

МЕДИЦИНА

УДК 616.89-008.42:616.89-008.428.1-053.7/.84-036.1-079.4-08
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-3>

Оксана КОБЗАР

аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112 (04071avic@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1827-1189>

Галина ПИЛЯГІНА

завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупіка, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112 (gpil.doctor@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-1256>

Oksana KOBZAR

Postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, National University of Health of Ukraine named after P.L. Shupika, street Dorogozhytska, 9, Kyiv, Ukraine, postal code 0411 (04071avic@gmail.com)

Galina Pilyagina

Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical psychology, National University of Health of Ukraine named after P.L. Shupika, Street Dorogozhytska, 9, Kyiv, Ukraine, postal code 04112 (gpil.doctor@gmail.com)

Бібліографічний опис статті: Кобзар О., Пилягіна Г. Деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад: сучасні уявлення. *Психологічне здоров'я*. 2021. Вип. 1 (6). С. 16–22. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-3>

Bibliographic description of the article: Kobzar, O., Pilyagina, G. (2021). Depersonalization-derealization disorder: modern ideas. *Psychological Health*, 1 (6), 16–22. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2021-1-3>

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЙНО-ДЕРЕАЛІЗАЦІЙНИЙ РОЗЛАД: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ

Анотація. Постановка проблеми. Феномен “деперсоналізації” як психопатологічний симптомокомплекс був вперше описаний наприкінці XIX ст., «дереалізація» як психопатологічний феномен була виділена в 1935 році, і з того часу ні в наукових дослідженнях, ні в клінічній практиці опис основних проявів деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР) не змінився.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ця стаття має оглядовий характер. Багато даних вказують на наявність деперсоналізації/дереалізації у людей без психічних порушень в умовах зниження психічного тону, перевтоми, стресу та кризи ідентифікації в підлітковому віці.

Виклад основного матеріалу. З'ясовано, що деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром (ДДС) за даними епідеміологічних досліджень зустрічається у 1–2% людей серед загальної популяції. ДДС бере свій початок у ранньому віці, частіше зустрічається серед осіб чоловічої статі та значно погіршує якість життя та функціонування. Пацієнти з даним розладом, незважаючи на кращий рівень освіти, частіше стають безробітними.

Висновки. Недостатність вивчення ДДР є вагомою підставою для подальшого наукового вивчення цього порушення задля розробки ефективних методів його лікування, результати яких планується представити в наших наступних публікаціях.

Ключові слова: деперсоналізація, дереалізація, феноменологія, лікування.

DEPERSONALIZATION-DEREALIZATION DISORDER: MODERN IDEAS

Abstract. Formulation of the problem. The phenomenon of “depersonalization” as a psychopathological symptom complex was first described in the late nineteenth century. has not changed.

Analysis of recent research and publications. This article is an overview. Many data indicate the presence of depersonalization / derealization in people without mental disorders in conditions of decreased mental tone, fatigue, stress and crisis of identification in adolescence.

Presenting main material. According to epidemiological studies, depersonalization-derealization syndrome (DDS) has been found in 1–2% of people in the general population. DDS originates at an early age, is more common in males, and significantly

impairs quality of life and functioning. Patients with this disorder, despite a better level of education, are more likely to become unemployed.

Conclusions. *Insufficient study of DDR is an important basis for further scientific study of this disorder in order to develop effective methods of treatment, the results of which are planned to be presented in our next publications.*

Key words: *depersonalization, derealization, phenomenology, treatment.*

Постановка проблеми. Феномен «деперсоналізації» як психопатологічний симптомокомплекс був вперше описаний наприкінці XIX ст., «дереалізація» як психопатологічний феномен була виділена згодом, в 1935 році (Sierra, 2010). З того часу ні в наукових дослідженнях, ні в клінічній практиці опис основних проявів деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР) не змінився (Sierra & Berrio, 2001): пацієнти «виказують скарги на якісні зміни в ментальній активності, тілі або навколишньому світі так, як наче останні стають віддаленими, нереальними або автоматичними». Важливо, що, незважаючи на крайню важкість у переживанні відчуження, пацієнти усвідомлюють нереальність і суб'єктивність цих змін. Водночас у хворих не виявляється порушень сенсорного апарату чи емоційної регуляції. Найчастішими скаргами пацієнтів з феноменом деперсоналізації-дереалізації є: втрата емоцій, відчуття відчуженості або відстороненості, тіла або реального світу (World Health Organization, 1992). І хоча в DSM-V, як і в попередніх її версіях, починаючи з DSM-III-R7 (Masó Et al., 2004), симптоми дереалізації розглядаються як додаткові до симптому деперсоналізації (DSM-V, 2013). В МКХ-10 ДДР має єдину категорію з наступними діагностичними критеріями – наявність критерію а або b, або їх двох, а також наявність критерію с та d:

- a) симптоми деперсоналізації;
- b) симптоми дереалізації;
- c) дані суб'єктивні переживання не викликані екзогенним впливом;
- d) чутливість не порушена.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Епідеміологічні дані щодо деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

ДДР може переживатися людиною як транзиторний, постійний чи рекурентний симптом, за наявності котрого досить важко досягнути повного одужання (Mula Met al., 2007). ДДР зустрічається приблизно в 2% людей серед загальної популяції (Simeon, 2004). В той час як минулі епізоди деперсоналізації протягом життя поширені серед загального населення з частотою від 26% до 74% (Dewe et al., 2018). Ці епізоди, зазвичай виникають в умовах стресу, втоми або вживання наркотиків (Schweden et al., 2018). Однак недостатнє діагностування клініцистами ДДР значно занижує епідеміологічні показники захворюваності на ДДР (Hunter et al., 2017).

Середній вік початку розладу – близько 16 років, хоча дехто може жити з симптомами ДДР, починаючи з дитинства чи підліткового віку, однак

в інших випадках їх клінічна маніфестація може проявитися після 20–30 або навіть 40 років (Simeon et al., 2003). У більшості досліджень наведені дані про однакову поширеність серед чоловіків і жінок (Baker, 2013). ДДР може виникати як гостро, так і поступово. При гострому початку пацієнти нерідко можуть назвати конкретний момент, коли вони вперше відчули патологічний стан. Як правило, різкий початок ДДР є характерним за таких тригерів як: травматична подія, вживання психотропних речовин (кетаміну, галюциногенів, марихуани, тощо), різкий початок іншого психічного захворювання, таких як депресія, панічний розлад – у цих випадках симптоми основного захворювання можуть швидко пройти, а ознаки ДДР залишитися надовго. При поступовому початку епізоди деперсоналізації-дереалізації виникають спочатку короткочасно, нетривало, і є не надто вираженими. Проте згодом їх частота збільшується, а вираженість прогресивно посилюється (Simeon et al., 2003).

Зазвичай, не дивлячись на край неприємні відчуття, пацієнти можуть роками не звертатися з цією проблемою до спеціаліста, не розуміючи патологічний характер цього стану. За даними науковців, середня тривалість симптомів доходить до дванадцяти років, перш ніж пацієнт потрапить до фахівця психіатра чи психотерапевта, який спеціалізується на лікуванні саме ДДР (Baker et al., 2003). До основних причин пізнього звертання хворих до фахівців по допомогу ДДР можна віднести:

1) страх пацієнта перед стигматизацією щодо психіатричного лікування, тому що більшість людей досі неохоче звертаються до психіатрів через небажання відчути себе людиною, яка має психічну хворобу;

2) складнощі в описі власних патологічних переживань та відчуттів внаслідок розуміння їх незвичності (деякі пацієнти навіть використовують для цього власні терміни), для пояснення переживань, оскільки вони відносяться до відчуттів довербального рівня (Neznanov & Aleksandrovsky, 2018);

3) несприятливий досвід попередніх звернень у заклади охорони здоров'я при відсутності ефективної допомоги, недікатному поведженні персоналу;

4) специфічна «нечутливість» спеціалістів, в тому числі і психіатрів, саме до проблеми ДДР, його гіподіагностика при гіпердіагностуванні депресивних проявів.

Феноменологія деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

Клінічна феноменологія деперсоналізації та дереалізації складно піддається опису, оскільки як відчуття відноситься до довербального рівня розвитку особистості. Тому, при описі своїх переживань, тобто симптомів ДДР, пацієнти часто використовують наступні формулювання: «так, наче...», «неначе», «це схоже на», «здається». Вербалізація відчуттів подібним чином свідчить про критичне ставлення до цих переживань. Деякі дослідники пропонують виділити чотири основні домени ДДР (Sierra and David, 2011):

1) Відчуття тілесної розлагодженості, яке хворий описує як:

- відчуття тіла чужим, наче воно не належить власникові, а всі рухи здаються автоматизованими;
- відстороненість від власного тіла, наче людина спостерігає за ним зі сторони з відчуттям, що воно рухається без їхнього свідомого втручання;
- відчуття певних частин тіла незвичними (легкими, довгими тощо, що фахівець може діагностувати як прояви дисморфобії), проте це не впливає на координацію рухів та пересування).

Ілюстрацією до цих проявів ДДР є збірний опис отриманий Simeon a D., Abugel J. (2006) від пацієнтів: «Мої думки відокремлені від мого тіла, наче мій розум знаходиться в одному місці, а тіло – в іншому. Я бачу, що роблю певні речі, наче в кінофільмі. Я рухаюсь наче у грі. Як я можу одночасно бути всередині себе і при цьому спостерігати за собою? Слова виходять з мого рота наче без мого спрямування. Я не відчуваю руки і ноги своїми. Як я їх контролюю? Що змушує їх рухатись? Я дивлюсь у дзеркало аби перевірити, але все ще відчуваю себе наче у «сутінковій зоні» (Simeon D., & Abugel J., 2006).

2) Емоційне заціпеніння. Це специфічне відчуття, градієнт вираженості якого може бути різним – від грубої втрати здатності відчувати до незначного зменшення насиченості в сфері емоцій. Хворі описують, нібито в них зменшується або зникає емоційна насиченість образів та відчуттів. Також пацієнти можуть скаржитися на нездатність співчувати. При цьому пацієнти з ДДР здатні «розуміти» емоції інших людей, але не здатні співпереживати їм, що свідчить про збереження, певною мірою, емоційного інтелекту («когнітивної емпатії») при порушеннях у сегменті «афективної емпатії» (Lawrence, Shaw et al., 2007).

3) Порушення суб'єктивності спогадів, яке виражається в тому, що пацієнти з ДДР часто скаржаться на емоційну безбарвність спогадів та образів. Пацієнти з ознаками ДДР знають, що така подія мала місце в їхньому житті, які емоції вона у них викликала, але нездатні пригадати і відчути їх з відповідною емоційною відповіддю. Деякі пацієнти з деперсоналізацію описують свої спогади так, наче вони були очевидцями і глядачами, що підпадає під

термін “пригадування з перспективи споглядача”, запропонований G. Nigro.

4) Дереалізація є ще одним патогенетично зв'язаним компонентом ДДР. Вона відчувається хворим як сприймання навколишнього світу незнайомим, плоским, нереальними, несправжніми або віддаленим. Деякі пацієнти відмічають, що навколишнє сприймається двовимірним, плоским або наче в тумані.

Коморбідність деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу з іншими психічними порушеннями.

ДДР частіше зустрічається у коморбідному поєднанні з іншими психічними порушеннями, ніж ізольовано. Найбільш часто він є коморбідним до тривожно-фобічних розладів, а саме панічного розладу (Baker et al., 2003), соціальної фобії (Simeon et al., 2003), а також до афективних розладів (Sedman & Reed, 2017), розладами особистості (межовим, уникаючим і обсесивно-компульсивним) (Baker et al., 2003), посттравматичним стресовим розладом (Stein et al., 2013). За даними літератури, 50% пацієнтів з ДДР вже мали в минулому виставлений психіатричний діагноз, найчастіше депресію або тривожний розлад, і лише близько 10% з них не мали депресії або тривоги в анамнезі. А нещодавнє дослідження показало пряму залежність підвищеного ризику виникнення депресивного або тривожного розладу в осіб з симптомами деперсоналізації та дереалізації (Schlaxa et al., 2020).

Сучасні погляди на патогенез деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

Сучасні погляди на ДДР зводяться до дослідження дисоціативного процесу, що лежить в основі патогенезу. Хоча ДДР має значні відмінності від групи інших дисоціативних розладів, більшість досліджень підтверджують дану концепцію. Різні автори досліджували феномен деперсоналізації з різних кутів, різними підходами, тому існує багато гіпотез стосовно патогенетичного механізму ДДР.

Одна з сучасних гіпотез пропонує наступне пояснення виникнення ДДР: патогенез ДДР пов'язаний з ПТСР. Так одне з нещодавніх досліджень вказало на помірний та високий кореляційний зв'язок ДДР з жорстоким поведінням в дитинстві (King et al., 2020). Цією концепції притримуються й інші автори, зазначаючи, що група з високими показниками деперсоналізації мала значно більше несприятливих переживань у дитинстві, зокрема, емоційне насильство та нехтування. Вони також переживають більше травмуючих подій в дорослому віці, мають вищий рівень тривоги, надмірну емоційну збудливість, та використовують менш адаптивні емоційно-орієнтовані стратегії подолання стресу (Thomson, et al, 2018). Оскільки патогенез ПТСР і ДДР зав'язаний на механізмі дисоціації, дана теорія має також і нейрофізіологічне підтвер-

дження, що ґрунтується на теорії про порушення опіоїдної системи мозку. Деякі дослідження демонструють зменшення проявів деперсоналізації при застосуванні антагоністів опіатів, оскільки вони зменшували стресс-асоційовану аналгезію у пацієнтів з ПТСР та симптоми дисоціації у пацієнтів з межовим розладом особистості в одному дослідженні. Для лікування хронічних станів деперсоналізації налоксон теж показує свою ефективність (Nuller et al., 2001), хоча не всі дослідження це підтверджують (Philipsen et al., 2004).

Існує інша гіпотеза заснована на ролі глутамата в процесі дисоціації. Дослідження Krystal, в якому суб-знеболюючі дози кетаміну, антагоніста N-метил D-аспартатних рецепторів, посилює суб'єктивне відчуття деперсоналізації, підтверджує його. Деякі автори пропонують наступне пояснення такого ефекту: дисоціація посилюється за рахунок підвищеного вивільнення глутамата у відповідь на блокаду NMDA-рецепторів та, відповідно, посилену дію глутамату на non-NMDA-рецептори (Abel, et al., 2003).

Окрім того, проведений ряд досліджень електрошкірних реакції у пацієнтів з деперсоналізацією. Оскільки емоційний досвід відноситься до сукупності суб'єктивних, поведінкових і нейрофізіологічних реакцій, викликаних афективно-навантаженими подразниками (наприклад, Barrett, 2017), то електрошкірна активність може бути використана як маркер вегетативних реакцій на дані подразники. Підсумовуючий огляд цього ряду досліджень свідчить про те, що деперсоналізація може характеризуватися гіперпильністю разом із сплещеною емоційною реактивністю на негативні подразники (Horn et al., 2020).

Основні підходи у лікуванні деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу.

Щодо медикаментозного лікування пацієнтів з ДДР результати досліджень розходяться. Так, наприклад, було запропоновано використання ламотриджину для пацієнтів з хронічним ДДР, оскільки тимостабілізатор перешкоджає пресинаптичному вивільненню глутамату – одному з основних нейромедіаторів збудження в ЦНС. Проте монотерапія ламотриджином не показала достатньої ефективності (Sierra-Siegert et al., 2003). Інші дослідження наводять дані про потенційну ефективність застосування ламотриджину в якості додаткової терапії при ДДР (Sierra, et al., 2006). Така комбінація ламотриджину з антидепресантами групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну є більш ефективною порівняно з комбінацією ламотриджину з трициклічними антидепресантами.

В основу інших досліджень була покладена теорія про порушення нейромедіації в опіоїдній системі мозку при ДДР. Було запропоновано засто-

сування антагоністів опіатних рецепторів при цьому розладі, зокрема, налоксону і налтрексону (Nuller et al., 2001; Simeon et al., 2005). Деякі автори навели дані своїх досліджень, що зменшення проявів ДДР при застосуванні цих препаратів ефективно, оскільки вони зменшували стресс-асоційовану аналгезію у пацієнтів з ПТСР та симптоми дисоціації у пацієнтів з межовим розладом особистості. Проте в іншому дослідженні результат не підтвердився (Philipsen et al., 2004).

Матеріали та методи дослідження. Основним методом дослідження на даному його етапі є історико-аналітичний, – вивчення представленості проблеми ДДР в науковій літературі в історичному аспекті, порівняльний метод – порівняння змісту публікацій по темі ДДР протягом ХХ ст. та в сучасних джерелах.

Етичні питання в процесі нашого дослідження стосувалися дотримання принципу академічної доброчесності.

Конфлікту інтересів не було, фінансових дотацій на проведення дослідження не отримували.

Виклад основного матеріалу. Дана стаття має оглядовий характер. Слід зауважити, що як теоретичним дослідженням, так і практичним аспектам проблеми ДДР в останні роки не приділялося достатньо уваги. Тому в аналізі наукової літератури, проведеному в рамках нашого дослідження, ми зверталися до праць авторів у історичному аспекті, що дозволило відслідкувати динаміку розуміння питання ДДР психіатричною спільнотою. За принципами сучасних психіатричних класифікацій ДДР віднесений в рубрику дисоціативних розладів з причини порушення інтеграції відчуття особистісної цілісності. Однак йому притаманні характеристики, які є нетиповими для дисоціативних розладів. При ДДР відсутня амнезія, хоча наявним є відчуження від власних спогадів, котре проявляється не відсутністю спогадів, а ставленням до них як до емоційно-нейтральних, особісно «непривласнених» фактів. І хоча пацієнти з ДДР мають відчуття відстороненості від власної особистості чи зовнішнього світу, ця відстороненість не супроводжується порушенням свідомості у сприйнятті себе або зовнішнього середовища – його афективним звуженням, що властиве для дисоціативних порушень. Саме ця особливість ДДР мають враховуватися при психотерапевтичному лікуванні таких пацієнтів. Оскільки відчуття деперсоналізації та дереалізації переживаються ними суб'єктивно складно, з наслідковим obsesивним шаром думок і постійним особістисним відстеженням інтенсивності відчуження, то до загальних психокорекційних втручань у таких хворих можна віднести техніки заземлення або фокусування на миттєвості переживань.

Дослідження деперсоналізації та дереалізації в незручних соціальних взаємодіях проявляє певні дезадаптивні процеси (наприклад, неправильне тлумачення власних дій як незграбних та недолгих). Виправлення цих дезадаптацій (наприклад, дисфункціональна реструктуризація пізнання) зменшує симптоми деперсоналізації (Colic et al., 2020). Прикладом цього може служити дослідження пацієнтів з коморбідною соціальною фобією (Schweden et al., 2016). Психодинамічні підходи можуть бути допоміжними в роботі з пацієнтами, чий деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад не хроніфікувався і має прив'язку до певної динаміки (Simeon, 2004).

Більшість досліджень, в котрих вивчалася ефективність лікування ДДР, показали або непереконливу ефективність терапії, що застосовувалася, або її повну неефективність. Тому можна стверджувати, що на сьогоднішній день не знайдено доказово ефективного лікування ДДР. Основні рекомендації, які надаються пацієнтам, це – уникати тригерів які посилюють стан деперсоналізації та дереалізації, а також за допомогою психологічних налаштувань долати ці відчуття. Таким чином, у фармакотерапії ДДР можуть бути перспективним застосування антидепресантів, антиконвульсантів, антагоністів опіатних рецепторів у поєднанні з повторювальними процедурами транскраніальної магнітної стимуляції, але доказовість цих терапевтичних підходів потребує подальших досліджень (Simeon D. et al., 2005).

Висновки. Дана стаття є оглядом сучасних літературних даних на проблематику ДДР. В сучасній

психіатричній та психотерапевтичній практиці ДДР є актуальною проблемою, насамперед, за відсутності єдиного підходу у розумінні феноменології та діагностуванні цього важкого хронічного невротичного порушення та доказової ефективної терапевтичної стратегії при ньому.

Поширеною є концепція, що деперсоналізація свідчить про важкість захворювання (насамперед, депресивного розладу), коли втрата здатності «відчувати» стає суб'єктивно обтяжливою (Mula et al., 2007). Окрім цього, ДДР суттєво погіршує якість життя пацієнтів, які не можуть опанувати власні емоційні переживання, а радше є сторонніми споглядачами за життям, їх повсякденні дії набувають автоматичного характеру, спогади стають лише фактами без емоційного відгуку, а світ видається чужим, далеким, нереальним. Нові концепції допускають ймовірність, що стійкі симптоми деперсоналізації та дереалізації можуть бути фактором ризику у виникненні депресивного та тривожного розладу.

Оскільки таким хворим важко пояснити оточуючим свої переживання (через страх бути неправильно зрозумілим та через складність вербалізації), відчуття відчуженості і відстороненості тільки посилюється. Тому вчасне виявлення та лікування ДДР здатне покращити якість життя пацієнтів.

Недостатність вивчення ДДР є вагомою підставою для подальшого наукового вивчення цього порушення задля розробки ефективних методів його лікування, результати яких планується представити в наших наступних публікаціях.

Список використаних джерел:

1. Abel K.M., Allin M.P., Kucharska-Pietura K. et al. Ketamine and fMRI BOLD signal: distinguishing between effects mediated by change in blood flow versus change in cognitive state. *Hum Brain Mapp.* 2013. Vol. 18 (2), pp. 135-45.
2. American Psychiatric Association Publishing. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Edition. 2013. pp. 301-304.
3. Baker D., Hunter E., Lawrence E., et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases, *The British Journal of Psychiatry.* 2003. Vol. 182. Issue 5. pp. 428-433.
4. Barrett L.F., Mesquita B., Ochsner K.N. & Gross J.J. *The experience of emotion.* *Annu Rev Psychol.* 2007. Vol. 58, pp. 373-403.
5. Colic J., Bassett T. R., Latysheva A. et al. Depersonalization and derealization in embarrassing social interactions: an experience sampling study in social phobia, major depression and controls. *J Anxiety Disord.* 2020. Vol. 70. pp. 102-189.
6. Dewe H., Watson D.G., Kessler K., Braithwaite J.J. The depersonalized brain: New evidence supporting a distinction between depersonalization and derealization from discrete patterns of autonomic suppression observed in a non-clinical sample. *Conscious Cogn.* 2018. Vol. 63. pp. 29-46.
7. Horn M., Fovet T., Vaiva G. et al. Emotional response in depersonalization: A systematic review of electrodermal activity studies. *J Affect Disord.* 2020. Nov 1; 276. pp. 877-882.
8. Hunter E.C., Charlton J., David A.S. Depersonalisation and derealisation: assessment and management. *BMJ.* 2017. Vol. 356:j745.
9. King C.D., Hill S.B., Wolff J.D., et al. Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res.* 2020. Vol. 292. pp. 113-301.
10. Lawrence E.J., Shaw P., Baker D., et al. Empathy and enduring depersonalization: the role of self-related processes. *Social Neuroscience.* 2007. Vol. 2(3-4), pp. 292-306.
11. Masó B., Ortega J. & Díaz C. Depersonalization: from disorder to the symptom. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004. Vol. 32(2), pp. 107-17.
12. Michal M., Wiltink J., Subic-Wrana C., et al. Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2009. Vol. 197(7). pp. 499-506.
13. Mula M., Pini S. & Cassano G. The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal. *Affect Disorder.* 2007. Vol. 99(1-3). pp. 91-94.

14. Neznanov N. & Aleksandrovsky Y. *Психиатрия: национальное руководство*. 2 edition. 2018. pp. 284–288.
15. Nuller Y., Morozova M., Kushnir O. & Hamper N. Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *Psychopharmacology*. 2001. Vol. 5(2), pp. 93–95.
16. Philipsen A., Schmahl C. & Lieb K. Naloxone in the Treatment of Acute Dissociative States in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2004. Vol. 37(5). pp. 196–199.
17. Schlax J., Wiltink J., Beutel M.E., et al. Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general population: Results from the Gutenberg health study. *J Affect Disord*. 2020. Vol. 273, pp. 41–47.
18. Schweden T. L. K., Pittig A, Bräuer D, et al. Reduction of depersonalization during social stress through cognitive therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2016. Vol. 43. pp. 99–105.
19. Schweden T. L. K., Wolfradt U., Jahnke S., Hoyer J. Depersonalization Under Academic Stress: Frequency, Predictors, and Consequences, *Psychopathology*. 2018. Vol. 51(4). pp. 252–261.
20. Sedman G. & Reed G.F. Relationship of depersonalization and suicidality in depressed patients. *Vojnosanitetski pregled. Military-medical and pharmaceutical review*. 2017. Vol. 75(00). p. 23.
21. Sierra M. Depersonalization. A New Look at a Neglected Syndrome. *Cambridge University Press*. 2010. Chapter 1, pp. 7–12.
22. Sierra M. & Berrio G. The Phenomenological Stability of Depersonalization: Comparing the Old with the New. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001. Vol. 189. No. 9. pp. 629–635.
23. Sierra M. & David A. Depersonalization: a selective impairment of self-awareness, *The Journal Conscious Cogn*. 2011. Vol. 20(1), pp. 99–108.
24. Sierra M., Baker D., Medford N., et al. Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases. *Clinical Pharmacology*. 2008. Vol. 29(5). pp. 253–258.
25. Sierra-Siegert M., Phillips M. L., Ivin G., et al. A placebo-controlled, cross-over trial lamotrigine in depersonalisation disorder. *The Journal of Psychopharmacology*. 2003. Vol. 17. No. 1. pp. 103–105.
26. Simeon D. & Knutelska M. An Open Trial of Naltrexone in the Treatment of Depersonalization Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2005. Vol. 25(3), pp. 267–270.
27. Simeon D. Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*. 2005. Vol. 18(6), pp. 343–54.
28. Simeon D., & Abugle J. Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self, *Oxford: Oxford University Press*. Reviewed by Etzel Cardeña, Ph. D., Thorsen Professor, Lund University, Sweden, 2006. pp. 353–358.
29. Simeon D., Guralnik O., Knutelska M., Yehuda R. & Schmeidler J. Basal norepinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Research*. Vol. 121(1). pp. 93–97.
30. Simeon D., Knutelska M., Nelson D. & Guralnik O. Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *The Journal Clinical Psychiatry*. Vol. 64(9). pp. 990–997.
31. Stein D.J., Koenen K.C., Friedman M.J., et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *The Journal of Biological Psychiatry*. 2013. Vol. 73(4). pp. 302–312
32. Thomson P, Jaque S.V. Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *J Trauma Dissociation*. 2018. Vol. 19(2). pp. 143–161.
33. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 1992. Vol. 1. Geneva: WHO.

References:

1. Abel K.M., Allin M.P., Kucharska-Pietura K., et al. (2003). Ketamine and fMRI BOLD signal: distinguishing between effects mediated by change in blood flow versus change in cognitive state. *Hum Brain Mapp*. Vol. 18 (2). pp. 135–45.
2. American Psychiatric Association Publishing (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. Fifth Edition. pp. 301–304.
3. Baker D., Hunter E., Lawrence E., et al. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 182. Issue 5. pp. 428–433.
4. Barrett L.F., Mesquita B., Ochsner K.N. & Gross J.J (2007) *The experience of emotion*, *Annu Rev Psychol*. Vol. 58. pp. 373–403.
5. Colic J., Bassett T.R., Latysheva A., et al. (2020). Depersonalization and derealization in embarrassing social interactions: an experience sampling study in social phobia, major depression and controls, *J Anxiety Disord*. Vol. 70. pp. 102–189.
6. Dewe H., Watson D.G., Kessler K., Braithwaite J.J. (2018). The depersonalized brain: New evidence supporting a distinction between depersonalization and derealization from discrete patterns of autonomic suppression observed in a non-clinical sample. *Conscious Cogn*. Vol. 63, pp. 29–46.
7. Horn M., Fovet T., Vaiva G., et al. (2020). Emotional response in depersonalization: A systematic review of electrodermal activity studies. *J Affect Disord*, Nov 1; 276. pp. 877–882.
8. Hunter E.C., Charlton J., David A.S. (2017). Depersonalisation and derealisation: assessment and management. *BMJ*. Vol. 356:j745.
9. King C.D., Hill S.B., Wolff J.D., et al. (2020). Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder, *Psychiatry Res*. Vol. 292. pp. 113–301.
10. Lawrence E.J., Shaw P, Baker D., et al. (2007). Empathy and enduring depersonalization: the role of self-related processes. *Social Neuroscience*. Vol. 2(3-4). pp. 292–306.
11. Masó B., Ortega J. & Díaz C. (2004) Depersonalization: from disorder to the symptom. *Actas Esp Psiquiatr*. Vol. 32(2). pp. 107–117.

12. Michal M., Wiltink J., Subic-Wrana C., et al. (2009). Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population, *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 197(7). pp. 499–506.
13. Mula M., Pini S. & Cassano G. (2007). The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: a critical reappraisal. *Affect Disorder*, Vol. 99(1-3). pp. 91–94.
14. Neznanov N. & Aleksandrovsky Y. (2018). *Психиатрия: национальное руководство*. 2 edition. pp. 284–288.
15. Nuller Y., Morozova M., Kushnir O. & Hamper N. (2001). Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *Psychopharmacology*. Vol. 5(2). pp. 93–95.
16. Philipsen A., Schmahl C. & Lieb K. (2004). Naloxone in the Treatment of Acute Dissociative States in Female Patients with Borderline Personality Disorder. *Pharmacopsychiatry*. Vol. 37(5). pp. 196–199.
17. Schlax J., Wiltink J., Beutel M.E., et al. (2020). Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general population: Results from the Gutenberg health study. *J Affect Disord*. Vol. 273. pp. 41–47.
18. Schweden T.L.K., Pittig A, Bräuer D. et al. (2016). Reduction of depersonalization during social stress through cognitive therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. Vol. 43. pp. 99–105.
19. Schweden T.L.K., Wolfradt U., Jahnke S., Hoyer J. (2018). Depersonalization Under Academic Stress: Frequency, Predictors, and Consequences. *Psychopathology*. Vol. 51(4). pp. 252–261.
20. Sedman G. & Reed G.F. (2017). Relationship of depersonalization and suicidality in depressed patients. *Vojnosanitetski pregled. Military-medical and pharmaceutical review*. Vol. 75(00). p. 23.
21. Sierra M. (2010). Depersonalization. A New Look at a Neglected Syndrome. *Cambridge University Press*. Chapter 1. pp. 7–12.
22. Sierra M. & Berrio G. (2001). The Phenomenological Stability of Depersonalization: Comparing the Old with the New. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 189, No. 9, pp. 629–635.
23. Sierra M. & David A. (2011). Depersonalization: a selective impairment of self-awareness. *The Journal Conscious Cogn*. Vol. 20(1). pp. 99–108.
24. Sierra M., Baker D., Medford N. et al. (2006). Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases. *Clinical Pharmacology*. Vol. 29(5). pp. 253–258.
25. Sierra-Siegert M., Phillips M.L., Ivin G. et al. (2003). A placebo-controlled, cross-over trial lamotrigine in depersonalisation disorder. *The Journal of Psychopharmacology*. Vol. 17. No. 1. pp. 103–105.
26. Simeon D. & Knutelska M. (2005). An Open Trial of Naltrexone in the Treatment of Depersonalization Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 25(3). pp. 267–270.
27. Simeon D. (2004). Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*. Vol. 18(6). pp. 343–54.
28. Simeon D., & Abugiel J. (2006). Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self, *Oxford: Oxford University Press*. Reviewed by Etzel Cardeña, Ph. D., Thorsen Professor, Lund University, Sweden, pp. 353–358.
29. Simeon D., Guralnik O., Knutelska M., Yehuda R. & Schmeidler J. (2003). Basal norepinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Research*. Vol. 121(1). pp. 93–97.
30. Simeon D., Knutelska M., Nelson D. & Guralnik O. (2003). Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *The Journal Clinical Psychiatry*. Vol. 64(9). pp. 990–997.
31. Stein D.J., Koenen K.C., Friedman M.J. et al. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *The Journal of Biological Psychiatry*. Vol. 73(4), pp. 302–312
32. Thomson P., Jaque S.V. (2018). Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *J Trauma Dissociation*. Vol. 19(2), pp. 143–161.
33. World Health Organization (1992). International statistical classification of diseases and related health problems. Vol. 1, Geneva: WHO.