

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: доцент, д.м.н. Березовская М.А.

Реферат

На тему: «Деперсонализационно-дереализационный синдром»

Выполнила: Бондарева А.С.

Красноярск 2020 г

Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
 - 3.1. Определение и клиническая картина синдрома
 - 3.2. Дифференциальный диагноз
 - 3.3. Лечение синдрома
4. Заключение
5. Список литературы

Введение

Деперсонализационные и дереализационные расстройства наблюдаются практически при всех психических заболеваниях, пограничных состояниях, а также в легкой и кратковременной форме у психически здоровых людей при эмоциональных нагрузках, некоторых соматических заболеваниях. Ввиду этого, оба этих явления принято объединять в единый деперсонализационно-дереализационный синдром и, в международной классификации (МКБ-10) в разделе невротические расстройства его выделяют как отдельную нозологическую форму. Распространенность данного синдрома и отсутствие достаточной ясности в вопросах его диагностики и лечения обуславливает необходимость изучения этих состояний.

Актуальность

Разнообразие нозологических форм и частота встречаемость в клинической картине заболеваний синдрома деперсонализации-дереализации, при этом, тяжесть лечения его проявлений на современном этапе, обуславливают актуальность изучения и диагностики данного состояния.

Определение и клиническая картина синдрома

Синдром деперсонализации — дереализации (МКБ-10) или расстройство деперсонализации/дереализации (DSM-5), до этого известное как деперсонализационное расстройство (DSM-IV-TR) — это расстройство, при котором больной предъявляет жалобы на постоянные (персистирующие, перманентные) или периодически возвращающиеся (рекуррентные, или рецидивирующие) ощущения деперсонализации и/или дереализации, соматопсихической диссоциации и/или психической анестезии. Конкретно о диагнозе «Деперсонализационно-дереализационный синдром» следует говорить, когда подобные нарушения являются ведущими, стойкими, а иногда и единственными признаками психического расстройства, что встречается не так часто.

Если обратиться к истории, сам термин «деперсонализация» ввел L. Dugas в 1889 году, определяя его, как «чувство потери собственной личности». Но и до сих пор определение деперсонализации трудно поддается формулировке, существенно отличаясь в различных руководствах по психиатрии и в классификациях психических расстройств, авторы которых сходятся лишь в дословном переводе термина, как «утрата собственного «Я». А. А. Перельман (1944) понимает деперсонализацию, как такое нарушение «Я», при котором пациенты оценивают «явления, относящиеся к их собственной психической деятельности, как нечто чуждое их личности, объясняемое влиянием извне». Также, к деперсонализации Перельман относит феномены «чтения мыслей», «вкладывания мыслей», псевдогаллюцинации, формируя так называемый «деперсонализационный синдром Клерамбо-Кандинского». По мнению же А. А. Меграбяна (1962) деперсонализация или психическое отчуждение входит в состав синдрома психического автоматизма, составляет его ядро. А в справочнике по психиатрии под редакцией А.В. Снежневского (1985) деперсонализация определяется как «расстройство самосознания, чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего Я». Снежневский также отмечает, что «...в более тяжелых случаях деперсонализация проявляется отчуждением мыслей, чувств, представлений, воспоминаний, поступков, которые воспринимаются больным не как их собственные, а как чуждые, «сделанные» искусственно путем воздействия извне». Некоторые авторы к деперсонализации относят нарушения схемы тела и психосенсорные расстройства (Гуревич М. О., 1932; Голант Р. Я., 1941; Меерович Р. И. 1948; Кашкарова Т. К., 1959), состояния «*deja vu*» (Шмарьян А. С., 1940). А А. К. Ануфриев (1969) рассматривает соматопсихическую деперсонализацию как «первичную и основную базу, на

которой развертывается аффективная, бредовая, галлюцинаторная и другая симптоматика, вплоть до помрачения сознания».

Патогенез деперсонализации, как и некоторых других психических заболеваний, недостаточно изучен. Стоит повторить, что явление деперсонализации является реакцией, неспецифичной в отношении нозологии, и практически во всех случаях деперсонализации предшествует интенсивная тревога, напряжение. Чаще всего данное явление возникает у эмоциональных и/или тревожных личностей. Это позволяет рассматривать состояние деперсонализации как своеобразную защитную реакцию на острый эмоциональный стресс, грозящий дезорганизацией психической деятельности или различными соматическими катастрофами (инсульт, гипертонический криз, инфаркт), как при различных психических расстройствах, так и у здоровых лиц в условиях интенсивного эмоционального напряжения. Ю.Л. Нуллер (1988,1997) рассматривает деперсонализацию как «патологическую защитную реакцию на чрезмерно интенсивную и угрожающую нарушениями гомеостаза тревогу». Стоит отметить, что, по Нуллеру, при этом происходит уменьшение или полное блокирование эмоциональных сигналов. Таким образом, при возникновении деперсонализации снижается стрессорное напряжение, подавляются тревога и страх. Вместе с этим нивелируются и остальные эмоции, наступает эмоциональная анестезия. Это проявляется в «бесчувствии», «безразличии», «отсутствии настроения», потери чувств к близким. Утрачивается эмоциональный контакт с окружающими и внешним миром.

Опять же, обращаясь в истории, стоит отметить, что Е. Краепелін, описывая деперсонализацию, выделил шесть ее признаков:

- 1) общее изменение ощущений, возникающих как из физической сферы, так и из течения духовных процессов;
- 2) утрату ощущений собственного тела;
- 3) туманность представлений;
- 4) утрату внутреннего чувства деятельности;
- 5) неосознание участия «Я» в страданиях и поступках;
- 6) обезличение.

Кроме того, современному пониманию деперсонализации во многом способствовала концепция самосознания К. Jaspers. По его мнению, сознание «Я» имеет четыре формальных признака:

- 1) активность «Я»;
- 2) единство «Я»;
- 3) идентичность «Я»;
- 4) противопоставление сознания «Я» внешнему миру.

Изменения одного или нескольких компонентов самосознания приводит к деперсонализации. Им соответствуют следующие расстройства:

1. Расстройство самосознания активности — субъективное переживание вялости, апатичности, затруднений в принятии решений; больные отмечают, что утратили способность отчетливо мыслить, все делают как бы автоматически.
2. Расстройство единства «Я» — переживание внутреннего разлома, распада личности («потеряла свое «Я», свою личность, из меня зло какое-то идет, мерзость какая-то»).
3. Расстройство идентичности «Я» — переживание раздвоенности личности в истинном смысле; возникает только тогда, когда характер развертывания двух рядов событий психической жизни позволяет говорить о двух отдельных, абсолютно независимых друг от друга личностях, каждой из которых свойственны свои ощущения и ассоциации; так называемый феномен расщепления «Я», при котором больные ощущают раздвоение «Я».
4. Расстройство противопоставления сознания «Я» внешнему миру — переживание отождествления себя с предметами внешнего мира: больным кажется, что они исчезают, становятся «математическими точками» или продолжают жить в окружающих предметах.

Также, помимо структуры деперсонализации, принято выделять различные «типы» деперсонализаций, рассматривая их как самостоятельные симптомы. Так, F. Fish (1967) описывал три типа деперсонализации:

1. Первый тип (*невротический*) возникает при эмоциональных кризах, во время которых происходит внезапное отчуждение чувства выполнения собственных действий.
2. Второй тип наблюдается при эндогенных депрессиях и представлен в виде *anaesthesia psychica dolorosa*.
3. Третий тип: в таком случае деперсонализация характеризуется чувством «начала утраты границ Я» (наиболее характерен для шизофрении).

Также принято различать деперсонализацию на аутодеперсонализацию, соматодеперсонализацию и дереализацию.

I. Аутопсихическая деперсонализация включает в себя:

- Деперсонализацию аффективной сферы (анестетическая деперсонализация) – патологическое психическое бесчувствие;
- сферы мышления (ассоциативная деперсонализация) – отчуждение, или ощущение автоматизации мыслительных и речевых актов;
- самосознания (диссоциативная деперсонализация) – утрата единства собственного Я, что сопровождается затруднением социальных контактов. В таком случае сознание «раздваивается», появляется второе (или более) «Я», которое существует одновременно, но действует как бы изолированно, автономно;
- эффекторно-волевая – чувство отчуждения волевой и двигательной деятельности.

Клинически, аутопсихическая деперсонализация проявляется жалобами на трудноописываемое словами изменение самого себя, собственной личности. Пациентам сложно подобрать нужные слова, чтобы рассказать об этих изменениях. Говорят, что «не такой, как раньше», «стал, как автомат», «как истукан»; часто придумывают собственные термины для обозначения своего состояния («отрубился» и т. п.), жалуются на идеаторные нарушения («не могу мыслить как раньше»; «говорю, а речь свою не слышу»); Особенно мучительно переживается «потеря всех чувств»: «разучился переживать», «не могу ни радоваться, ни волноваться, как раньше», «ничего не трогает», «перестал сочувствовать другим» — все это обычно обозначается как симптом «болезненного бесчувствия» (*anaesthesia dolorosa*), в структуре которого отмечаются полная утрата чувств («нет ни радости, ни горя», «исчезли все чувства к дочери, внукам»), мучительные тягостные переживания, суицидальные тенденции. Зачастую на первый план выступает переживание неестественности своего поведения. Пациенты отмечают, что все делают механически, заявляют, что «нет сообразительности в действиях».

II. Соматопсихическая деперсонализация представляет собой изменение восприятия собственного тела, утрата чувственной яркости, ощущение отчуждения физиологических процессов, данное явление сводится к необычным телесным ощущениям, переживанию чуждости собственного тела, отдельных его частей или физиологических функций («голова как ватная», «не чувствую ни рук, ни ног», «чувство боли пропало»); например, руки кажутся неодинаковыми по размеру, при этом, пациентом осознается

невозможность это; «все тело — отупевшим, бесчувственным, отяжелевшим; конечности — деревянными; лицо — опухшим» и т. п. Данные симптомы мучительны, не дают больным покоя, но те не в состоянии от них избавиться. В некоторых случаях больные не могут понять, сыты они или голодны, есть ли позывы на акт мочеиспускания или дефекации или нет.

Отличие соматопсихической деперсонализации от расстройства схемы тела заключается в том, что в первом случае переживается отчуждение, а во втором — изменения телесных размеров и пропорций. Также, к явлениям соматопсихической деперсонализации относятся отсутствие или притупление чувства голода, насыщения, сна, боли, температурной, тактильной и про-приоцептивной чувствительности. Важно отметить, что выполнение любых биологических потребностей не приносит удовлетворения или облегчения, поэтому зачастую пациент начинает вспоминать о необходимости выполнения какого-либо действия при крайней необходимости, когда организм начинает подавать сигналы. Так, например, при принятии ванны, часто возникают жалобы, что человек не чувствует влаги на своей кожи или температуры воды. Нередко пациент не в состоянии определить, спал ли он, поскольку чувство отдыха постоянно отсутствует.

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

Также принято выделять иные виды деперсонализации:

- *витальная* — снижение или исчезновение самого чувства жизни: «я как мертвая», «не пойму, живу я или нет», «я вроде бы и не существую совсем». : при нерезко выраженных проявлениях отмечаются переживания собственной измененности с ослаблением чувства жизнедеятельности; в тяжелых случаях исчезает самоощущение жизни («я не живу», «я не могу двигаться», «меня не существует», «я — ничто»);

При этом в дебюте заболевания преобладают явления невротической деперсонализации в трех основных психических сферах (восприятие, мышление, эмоции):

- исчезновение яркости и четкости восприятия окружающего;
- обостренное самонаблюдение (рефлексия);
- жалобы на потерю «чувственного тона».

Затем, у больных постепенно развивается клиническая картина сверхценной деперсонализации, которая определяется явлениями отчуждения, выступающими в различных сферах самосознания (ауто-, алло- и соматопсихическая деперсонализация). В целом, это кумулируется в форме снижения витальности, инициативы и активности.

При деперсонализационных переживаниях больные «настойчиво, даже назойливо, изо дня в день, из месяца в месяц в форме достаточно путанных и малопонятных жалоб сообщают о наличии у себя чего-то незнакомого и нового, причем они осознают, что причина изменений кроется в них самих» (Психиатрия. Национальное руководство. 2-е издание. Автор: Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г.:2018).

Возвращаясь к другому явлению – «дереализации», состоянию, при котором окружающий мир, окружающая обстановка воспринимаются пациентами неотчетливо, неясно, как что-то призрачное, бесцветное, застывшее, нереальное, декоративное, безжизненное. В таком случае больные утрачивают чувственное восприятие предметов, лиц, которые представляются им отвлеченными, абстрактными, лишенными чувственного компонента. К дереализации также относятся явления уже виденного (*déjà vu*, уже слышанного, испытанного, пережитого) и никогда не виденного (*jamaïs vu*, не слышанного, не испытанного, не пережитого). В первом случае в незнакомой обстановке у больных возникает ощущение, что данная ситуация им знакома, что больной в ней находился прежде, во втором – хорошо известная ему обстановка кажется чуждой, увиденной впервые. Также нарушается восприятие времени: оно кажется или медленно текущим (цайтлюпен), или необычайно стремительным (цайттрафтер).

Дереализация часто дополняет деперсонализацию, но может быть и без нее. Зачастую, больные жалуются на «незримую стену» между собой и окружающим, все видится «как через стекло», все кажется бесцветным, краски поблекли, звуки притупились.

Если явления деперсонализации и дереализации развиваются остро, то они сопровождаются растерянностью, страхом, двигательным беспокойством. При деперсонализации и дереализации сохраняется определенное критическое отношение к болезненным переживаниям.

Диагностические критерии

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».

Согласно МКБ-10, для диагноза синдрома деперсонализации-дереализации (F48.148.1) должно быть соответствие следующим критериям:

«А. Любое из двух:

1. Деперсонализация. Пациент жалуется, что отделился или находится «на самом деле не здесь». Например, больные могут жаловаться, что их чувства или ощущение внутренней жизни отделены, чужды им, не их собственные или потеряны, или ощущение, что их эмоции или движения принадлежат кому-то ещё, или они чувствуют себя, как играющие на сцене.

2. Дереализация. Больной жалуется на чувство нереальности. Например, могут быть жалобы, что окружение или определённые объекты выглядят незнакомыми, изменёнными, плоскими, бесцветными, безжизненными, неинтересными или похожи на сцену, где каждый играет.

Б. Сохранение понимания пациентом того, что эти изменения внутри него самого, а не навязаны извне другими людьми или силами.»

Эпизодические преходящие ощущения лёгкой деперсонализации и/или дереализации, не влияющие или совсем незначительно влияющие на функционирование человека в социуме, и на которые сам человек, как правило, не предъявляет жалоб, а иногда даже и не осознаёт, что эти явления вообще имели место, являются вариантом нормы и не могут служить основанием для постановки данного диагноза.

В то же время мучительные, перманентные и/или часто рецидивирующие ощущения деперсонализации и/или дереализации, безусловно, являются патологическими. Таким образом, диагноз синдрома деперсонализации-дереализации ставится только в тех случаях, когда диссоциативные ощущения являются перманентными или часто рецидивирующими, тяжёлыми и мучительными для больного и значимо мешают социальному и профессиональному функционированию больного, его повседневной жизни.

Но, несмотря на то, что данный синдром сопровождается значительным искажением или изменением субъективного восприятия реальности, он не относится к группе психотических расстройств и не связан с психозом. Больные синдромом деперсонализации-дереализации сохраняют способность отличать «неправильные» внутренние ощущения и объективную реальность окружающего мира, они сохраняют критическое восприятие себя и

собственных ощущений и переживаний, имеет место осознание болезни. Больные также сохраняют способность отличать реальность от воображения, мечт и фантазий как во время эпизодической, так и при постоянной деперсонализации, и, в отличие от больных с психозами, не представляют угрозы для общества, поскольку не теряют связей с реальностью, а проявления заболевания отличается относительной стабильностью и как правило не склонны к прогрессированию и усугублению.

Опять же, стоит повторить, что элементы данного синдрома могут встречаться и у психически здоровых людей при стрессе, сенсорной депривации, усталости, галлюциногенной интоксикации, либо при засыпании или пробуждении (гипнагогический и гипнапомпический феномены).

Причины развития

Говоря от патогенетических причинах развития, чаще всего синдром деперсонализации-дереализации вызывается интенсивными стрессами, серьёзными психотравмирующими воздействиями, такими как сексуальным насилием в детстве, побоями, руганью, плохим обращением, авариями, катастрофами, гибелью или тяжёлой болезнью близкого человека, тяжёлым заболеванием наблюдающегося у больного, войной, лишением свободы, пытками. Употребление наркотиков и других психоактивных веществ также может быть провоцирующим или усиливающим расстройство фактором, а иногда и непосредственно вызывать расстройство у предрасположенных лиц, хотя насколько роль в развития заболевания играют генетические факторы пока не известно. Опять же, синдром деперсонализации-дереализации может быть концептуализирован как защитный механизм психики, поскольку основные, «ядерные» симптомы расстройства, как предполагают, могут защищать психику пациента от чрезмерных негативных стимулов, переживаний и психотравмирующих воспоминаний, от сильного психоэмоционального стресса, чрезмерной тревоги или сильной тоски.

Дифференциальный диагноз

Следует отличать синдром деперсонализации-дереализации от расстройств, при которых ощущается «изменение личности», например, от шизофрении с ощущением воздействий и бредом метаморфозы, а также от ранней деменции и диссоциативных расстройств. Синдром может присутствовать при височной эпилепсии в некоторых постиктальных состояниях или предиктальной ауре.

В том случае, если синдром деперсонализации-дереализации наблюдается в клинической картине шизофрении, обсессивно-компульсивного расстройства, при фобических или депрессивных расстройствах, основными следует считать именно их.

В клинике других заболеваний

Явления деперсонализации и дереализации могут встречаться при многих психических заболеваниях: при тревожном расстройстве, паническом расстройстве, большом депрессивном расстройстве, биполярно аффективном расстройстве, кроме того, у больных с шизофренией, шизотипическим расстройством и шизоаффективным расстройством.

Напомню, что диагностические руководства предписывают не ставить диагноз синдрома деперсонализации-дереализации, если деперсонализация и дереализация встречаются в ходе другого психического расстройства (шизофрении, панического расстройства, острого стрессового расстройства и т. п.). О синдроме деперсонализации-дереализации правомерно говорить только тогда, когда деперсонализация и дереализация — ведущие, стойкие и почти единственные признаки психического расстройства (что встречается довольно редко). Деперсонализация может присутствовать как незначительный симптом в структуре психопатологического синдрома. Он может быть в рамках какого-либо психического расстройства, как существенный или доминирующий компонент психопатологического состояния (например, депрессивно-деперсонализационный синдром у больных депрессивным расстройством), или как единственный или ведущий компонент синдрома. В этом случае речь идет о деперсонализационном расстройстве или о деперсонализационном состоянии.

Что касается клиники других заболеваний, к примеру, при шизотипических расстройствах деперсонализационный синдром, определяющий клиническую картину заболевания, чаще всего касается преимущественно аутопсихической деперсонализации (в той ее части, которая имеет отношение к идеаторной форме самосознания). При органической патологии и при эпилепсии наблюдается пароксизмальное возникновение состояния «уже виденного» или «никогда не виденного», «уже слышанного» и «никогда не слышанного». При органическом поражении ЦНС чаще наблюдаются феномены отчуждения более элементарного характера в виде нарушения схемы тела, метаморфопсий, чувства раздвоения тела, двойника. Состояния отчуждения в большинстве случаев проявляются в приступообразной форме и бывают

кратковременными, однако, могут быть упорными и длительными – до нескольких лет – при травме головного мозга, энцефалите. При эпилепсии явления деперсонализации могут проявляться в форме ауры, либо в виде эквивалента припадка, либо в форме послеприпадочного состояния и сопровождаются нарушением ясности сознания. В этом состоянии отмечается аффективная насыщенность, чувство блаженства, вплоть до экстатических состояний, либо страх, тревога. У больных эпилепсией могут быть состояния отчуждения без нарушения ясности сознания, они проявляются переживаниями изменения формы, размеров и веса своего тела, а также и другими психосенсорными явлениями. Феномены отчуждения встречаются у больных с сохранностью личности; у дементных эпилептиков этих состояний не наблюдается (Д.Н. Рыбин, 2005)

Деперсонализационные проявления также, как правило, выступают чаще в тесной взаимосвязи с ипохондрическим самоанализом. Явления дереализации и соматопсихической деперсонализации выражены при этом менее заметно.

Надо сказать, что, при неглубоком уровне аффективных нарушений (дистимия, истероидная дисфория (как вариант атипичной депрессии)) в клинике преобладают парциальные анестетические расстройства: отстраненное восприятие предметной реальности, отсутствие чувства присвоения и олицетворения, ощущение потери гибкости и остроты интеллекта. По мере обратного развития депрессии отмечается тенденция к редукции деперсонализационных расстройств, хотя и в ремиссии нарушения самосознания не исчезают окончательно. В связи с внешними воздействиями (переутомление) либо аутохтонно, периодически, происходит эскалация деперсонализационных феноменов (восприятие собственного лица, отраженного в зеркале, как чужого, отчуждение окружающей реальности, тех или иных сенсорных функций).

Очень редко такие расстройства восприятия имеют «обратный знак», когда вместо отчужденности больными испытывается субъективная сопричастность ко всему происходящему, которое воспринимается необычно ясно, живо, приближаясь, но не достигая степени бредовых переживаний. В этом случае собственные мыслительные способности кажутся более заостренными, чем на самом деле (это могут понимать и сами больные), появляется ощущение слишком большой четкости восприятия, ощущение своей необычности, избранности, наличия у себя таланта проникать глубоко в чувства и переживания других (реперсонализационные феномены по В.М. Воловику (1980), явления «гиперперсонализации» как антоним

деперсонализации по А.Б. Смулевичу (2005), своего рода «дыхания жизни» в неодушевленных предметах по С.Ю. Циркину (2012). Обычно таким феноменам соответствует гипоманиакальный фон. В случае же более прогрессивного течения аутохтонного процесса трансформируются и деперсонализации, представляя в этом случае уже не искажение эмоций, а структуру дефицитарных изменений – дефектную деперсонализацию, при которой на первый план выступает «чувство неполноты», распространяющееся как на сферу эмоциональной жизни, так и на самосознание в целом.

Лечение

По различным данным, деперсонализационно-дереализационный синдром весьма трудно поддается лечению. Известно, что положительное воздействие оказывают антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Более поздние исследования показали эффективность комбинации ламотриджина и СИОЗС.

Если в структуре синдрома доминирует тревога, то используются анксиолитики. Если имеется очевидный интрапсихический конфликт, применяется раскрывающая психодинамическая терапия, которая может проводиться в течение нескольких лет. Если синдром деперсонализации-дереализации появляется в рамках другого заболевания, то лечение также состоит в лекарственной терапии для любого сопутствующего депрессивного и/или тревожного расстройства. Также, было выявлено, что при деперсонализации возникает расстройство опиоидной системы мозга, была обнаружена эффективность лечения антагонистами опиоидных рецепторов, такими как налтрексон.

Заключение

Таким образом, в заключение можно сказать, что деперсонализационно-дереализационный синдром представляет собой сложный, многофакторный психопатологический синдром, который может встречаться в рамках различных заболеваний, как психотического, так и непсихотического уровня, сопровождая или даже усугубляя клинику тех или иных расстройств.

Вопросы феноменологии деперсонализации-дереализации, клинических вариантов данного синдрома, особенностей динамики, взаимосвязи с другими психическими расстройствами и поведенческими нарушениями в настоящее время требуют тщательного и детального наблюдения проявлений

синдрома в период всего течения заболевания, что может помочь в диагностике и лечении данного расстройства.

Список литературы:

1. Деперсонализационные расстройства (психопатологические особенности и систематика) Крылов В.И. Трудный пациент. 2019. Т. 17. № 5. С. 43-50.
2. Крылов В.И., Бутылин Д.Ю. Клинико-психопатологические особенности ассоциированных навязчивых и деперсонализационных расстройств. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019
3. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978-5-9986-0243-6
4. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. ISBN 978-5-9704-4017-9
5. Yuri L. Nuller, Marina G. Morozova, Olga N. Kushnir, Nikita Hamper. Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study // Journal of Psychopharmacology. — 2016. — Т. 15, вып. 2. — С. 93—95.
6. Деперсонализация и психосенсорные расстройства у лиц молодого возраста, не обращающихся за помощью к психиатру (распространенность, клинические особенности и систематика) Руженкова В.В., Руженков В.А., Быкова А.А., Колосова М.А. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 26. № 1. С. 70-85.