

УДК 616.89-008.1:616.89-008.487:616-089.17-048.44

Для цитирования: Коцюбинский А.П., Протасов А.Р., Исаенко Ю.В., Степанова А.А., Болотова Д.Е. Диссоциативные симптомокомплексы при психических расстройствах. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 2 (127). С. 33-44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2\(127\)-33-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2(127)-33-44)

Диссоциативные симптомокомплексы при психических расстройствах

**Коцюбинский А.П.¹, Протасов А.Р.¹, Исаенко Ю.В.¹,
Степанова А.А.¹, Болотова Д.Е.²**

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8

РЕЗЮМЕ

Выделяемые в МКБ-11 личностные дименсии фактически представляют собой непсихотический уровень тех дименсий, которые обозначаются как психотические в случае развития тяжелых, хронических психических и поведенческих расстройств со стойкими и более тяжелыми симптомами. Это понимание открывает перспективу говорить о расширенном представлении каждой дименсии как о феномене, характеризующимся континуумом выраженности от непсихотического до психотического уровня. Предлагается включить в перечень дименсий её диссоциативный тип. Руководствуясь принципом пятиуровневой представленности всех дименсий в диапазоне от 0 до 4, нами предлагается глоссарий, содержащий конкретные принципы ранжирования диссоциативной дименсии. Такой диагностический подход позволит более точно дифференцировать психические состояния пациентов по степени глубины выраженности заболевания и целостному представлению его клинической картины.

Ключевые слова: диссоциация, диссоциативные расстройства, дименсии, дименсиональный подход, категориальный подход.

ВВЕДЕНИЕ

«Нозологический диктат», который, отражая категориальный диагностический подход, существовал в психиатрии в течение более 100 лет, но, так и не завершившись сколько-нибудь убедительным доказательством правомочности нозологической трактовки выделенных «эндогенных» заболеваний и их принципиальной независимости от «экзогенных» факторов, разочаровал многих приверженцев использования в психиатрии категориального диагностического подхода. В немалой степени это связано с тем, что широкая вариативность симптомов в пределах одного диагностического класса и низкая устойчивость диагноза в течение длительного времени у одного пациента не позволяют создать однородные группы для научного изучения биологических аспектов развития психических расстройств. Как итог – низкая репликация (повторение) результатов биологических исследований в области категориального изучения психических заболеваний. В литературе обоснована перспективность изучения генетических вариантов, ассоциированных с частными фенотипическими проявлениями (психопатологическими симптома-

ми, синдромами, типами течения), так как разнообразие клинической картины эндогенных психозов, вероятно, отражает сложную этиологию и изобилие патогенетических механизмов этих расстройств. Тем не менее нозологически центрированное изучение отдельных генов-кандидатов не даёт значительных результатов в этом направлении [1, 2]. Не удивительно, что после глубокого и всестороннего изучения этой проблемы китайские исследователи пришли к выводу, что выявление отдельных генов-кандидатов в психиатрии не всегда приносит ожидаемые результаты [3], в то же время как и в целом изучение генетики отдельных категориальных психических расстройств является малоперспективным. Подчеркивается, что лишь результаты полногеномного исследования ассоциаций (GWAS) спектрально различающихся синдромологических феноменов, а если точнее, то фактически дименсий, позволяют говорить о роли биологии нейронов, доминировании системных эффектов по сравнению с локальными и о значении развития нервной системы в критические периоды формирования биологической составляющей психического расстройства [4].

В результате внимание психиатров всё чаще привлечено к давней концепции единого психоза. Согласно этому воззрению, разные психические заболевания не являются, строго говоря, самостоятельными, а представляют собой частные проявления и разновидности единообразных адаптационно-компенсаторных механизмов, образующих различные клинические конфигурации, обусловленные привходящими обстоятельствами в отношении этиологии. Такое представление мотивирует необходимость рассматривать психические расстройства с точки зрения не только традиционно категориальных, отвечающих нозологическому подходу, но и с позиции размерных характеристик. Как считают M.L. Esterberg, M.T. Compton [5], размерный диагностический подход отражает истинный континуум психозов в популяции; устраняет потерю информации, возникающую при категориальном подходе, так как учитывает больший объем клинических данных, необходимой для вынесения соответствующих рекомендаций по лечению [6]; исключает высокую степень критериев диагностического совпадения, которая существует в настоящее время и используется при диагностике категориальных расстройств. Это позволяет повысить прогностическую способность клинических симптомов, ответа на лечение и исхода имеющегося расстройства [5].

Размерный подход, в основе которого лежит представление о размерности как об отдельном (независимом) признаке целостного объекта, в некоторой степени подводит к возможности количественного определения тяжести симптома или степени нарушения конкретной психологической функции. Это обусловлено тем, что основное значение слова «размерность» сводится к перспективе рангового выражения какого-либо конкретного признака целостного объекта [7], определяемого величиной, полученной в процессе измерения этого признака. В классификациях МКБ-11 и DSM-5 в качестве общих составляющих выделяются следующие психотические размерности: позитивная (бредовая и галлюцинаторная), депрессивная, маниакальная, негативная, когнитивная, психомоторно-кататоническая, которые ранжируются согласно 5-балльной шкале [8] в следующем порядке: 0 (нет симптомов), 1 (сомнительная выраженность), 2 (незначительная выраженность), 3 (средняя выраженность), 4 (значительная выраженность), а для когнитивной размерности как 0 (нет), 1 (сомнительное), 2 (легкое), 3 (среднее), 4 (тяжелое). Помимо психотических, также выделяются личностные размерности (негативная аффективность, диссоциальность, отгороженность, дезингибирующие и ананкастные признаки), ранжируемые в интервале от 0 (отсутствие данной размерности) до 4 (тяжелой или значительной выра-

женности, приводящей к частым и длительным декомпенсациям) [9]. Интегральное рассмотрение ранжирования размерностей – в диапазоне их проявлений от невротического до психотического уровня выраженности позволяет определить конкретный доминирующий размерный вектор развития спектра психических расстройств.

ЦЕЛЬ

Обсуждение возможности выделения диссоциативных процессов в отдельную размерность и представление глоссария, согласно которому, основываясь на 5-уровневой оценке представленности размерностей от 0 до 4 (от отсутствия признака до тяжелой степени, соответствующей психотическому уровню), диссоциативные проявления могут быть представлены в диапазоне от отсутствия проявлений (0), сомнительной выраженности – непсихотический уровень нарушения диссоциаций (1), незначительной выраженности – амплифицированный уровень нарушения диссоциаций (2), средней выраженности – субпсихотический уровень нарушения диссоциаций (3), значительной выраженности проявлений, соответствующих психотическому уровню нарушения диссоциаций (4).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для реализации поставленной цели в первую очередь хотелось бы обратить внимание на такой психический процесс, как диссоциация, которая не рассматривается в уже выделенных психотических размерностях и упоминается лишь в личностных размерностях, но на практике в ряде случаев достигает психотических проявлений при развитии психических расстройств. Так как диссоциативные патогенные процессы, вызванные детскими травматическими привязанностями, либо способствуют возникновению психических (например, диссоциативных) расстройств, либо могут по-разному проявляться в других диагностических категориях, усложняя клиническую картину и ухудшая прогноз, предлагается определение психопатологических исходов и выделяется так называемая травматически-диссоциативная размерность (traumatic-dissociative dimension, TDD), часто встречающаяся при расстройствах личности, посттравматическом расстройстве и во множестве других нозологий [10], что отягощает течение заболевания и усложняет лечение таких больных, а поэтому требует отдельного рассмотрения.

Основываясь на многолетнем клинико-динамическом и нейрофизиологическом исследовании истерических состояний (неврозы, психопатии и реактивные психозы), В.Я. Семке установил их нозологическое единство, представленное в рамках «истерической болезни» [11]. Обоснованием послужила общность этиологических, патогенетических и предрасполагающих факторов, которые в стрессовой ситуации, спровоцированной

нарушением интерперсональных отношений, реализуются в форме конверсионно-диссоциативных нарушений и приводят к возникновению разного уровня истерической патологии – невротического, психопатического, психотического. Наряду с общеспецифическими формами реагирования характерны проявления глубинных (подсознательных) психологических механизмов: для невротического регистра – бегство в болезнь, для психопатического – жажда внимания и имитации шаблонов окружающей среды, для психотического – возникновение диссоциации сознания («уход из действительности») [12, 13, 14, 15].

Согласно МКБ-11, диссоциация описывается как «непроизвольное нарушение или разрыв в нормальной интеграции одного или нескольких из следующих элементов: личности, ощущений, восприятий, аффектов, мыслей, воспоминаний, контроля над телесными движениями или поведением» [16]. Психическая травма и диссоциация – это два тесно связанных понятия в психопатологии [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. Клинические и эмпирические данные приводят к выводу, что диссоциативные патогенетические процессы травмы «привязанности», которые совершаются родителями или другими опекунами, порождают диссоциативные симптомы, доминирующие в клинических картинах ПТСР, пограничного и диссоциативного личностных расстройств, в то же время они могут проявляться в различной степени выраженности практически во всех диагностических категориях DSM-IV как комплексная оценка тяжелого состояния пациента [26].

В настоящее время концепция диссоциации по-прежнему широко обсуждается и является актуальной теоретической и практической проблемой, но всё ещё не предоставляя четкого общепринятого определения [27]. Среди прочего одна из причин расплывчатости и отсутствия ясности заключается в различном использовании этого термина. Следует отметить существование двух гипотез, имеющих разные определения, механизмы и последствия лечения диссоциативного процесса: «отстраненность» (compartment) и «разделение» (detachment) [28].

Отстранённость, или изолирующая диссоциация (изолирующий компартмент), является дефицитом способности контролировать психические процессы, формируется у личностей истероидного круга [29] и характеризуется нарушением способности контролировать те психические процессы, которые в норме доступны контролю со стороны сознания [30]. Изолирующий компартмент не сопровождается полной сепарацией (отчуждением) стресс-провоцированных событий и заключается в сохранении способности тестировать реальность [31, 32].

Разделение (отделение), или сепарирующая диссоциация (detachment), характеризуется полным отчуждением осознания себя в качестве объекта восприятия [32, 33, 34], т.е. аномалией пререклексивного самосознания [35, 36]. В этом случае имеет место частичная или полная элиминация из сферы внутренней реальности не только когнитивных, но и эмоциональных составляющих внешнего стрессорного воздействия [34], когда резко снижается критическая оценка создавшейся ситуации, «способность тестирования реальности» (dysfunctional reality testing abilities) [37]. При этом проявления диссоциации (отчуждение тех или иных психических функций) оказываются более стойкими и более протяженными во времени, чем при изолированной диссоциации, сопровождаясь отчуждением (полным или частичным) травматического события и его серьезных психологических последствий.

Наиболее часто в этом случае в группе диссоциативных расстройств в качестве объектов психопатологического анализа выступают явления ауто-, алло- и соматопсихической деперсонализации, а также психической анестезии (anaesthesia psychica dolorosa), когда целостное восприятие себя замещаются ощущением несвязности, отстраненности, чуждости, разобщенности [38] вплоть до полного отчуждения [32, 33, 34], или конверсионно-диссоциативные расстройства в виде искажения кодирования, преобразования информации о произошедшем событии [39, 40, 41]. Вместе с тем известно, что стресс-обусловленная диссоциация и связанные с ней конверсионно-диссоциативные расстройства в случае прекращения такого стимула, как травма или эмоциональное потрясение, как правило, достигают быстрой редукции проявлений скованности, потерянности. Однако в некоторых случаях развитие психических расстройств обусловлено тем, что диссоциативные проявления сохраняются достаточно продолжительное время, амплификационно усложняясь и приобретая дезадаптивный характер [42]. В результате некоторые из пациентов, первоначально пребывая в состоянии сильного стресса, в дальнейшем демонстрируют большинство из шизофренических симптомов первого уровня по Шнейдеру [43], а в случае наблюдаемых у них таких диссоциативных переключений, как лабильность настроения, – шизоаффективное или биполярное расстройство на психотическом уровне.

Это обстоятельство делает возможным рассмотрение диссоциации как отдельного дименсионального признака, требующего ранжирования в соответствии со степенью выраженности. Непсихотический уровень в таком случае будет представлен деперсонализацией и личностной диссоциацией.

Феномены деперсонализации широко распространены среди лиц без явных психических расстройств при отсутствии гендерной предпочтительности. Верификация распространенности и клинической структуры деперсонализационных симптомов у лиц молодого возраста показала, что деперсонализационные симптомы в то или иное время выявлялись у 94% обследованных студентов, причем чаще возникали у лиц с расстройством личности, невротическими и связанными со стрессом расстройствами [44]. В структуре тревожных расстройств диссоциативные симптомы в виде элементов вытеснения, включая частичную амнезию и конверсионные феномены, встречались у пациентов с паническим расстройством (27%), агорафобией (16%), генерализованным тревожным расстройством (6%); при ПР и агорафобии приступообразный страх и тревога сопряжены с острыми диссоциативными состояниями в результате транзиторного сужения сознания по механизму самогипнозизации [45]. Деперсонализация является своеобразным защитным процессом сознания для нейтрализации тяжелых переживаний и неприятных эмоций; защитно-адаптационная функция заключается в искажении, отрицании, трансформации, фальсификации восприятия угрожающей реальности, защите идентичности посредством отчуждения, отстранения от собственной личности [46]. Синдром деперсонализации, равным образом как и другие психопатологические синдромы, не обладает строгой нозологической специфичностью и встречается при широком круге расстройств; деперсонализация отчуждения и расщепления наблюдается как при тяжелых психотических расстройствах, так и у практически здоровых лиц при воздействии экстремальных факторов [47].

Деперсонализационный синдром обычно развивается на фоне пограничного или шизоидного расстройства личности. Преморбидные характеристики таких пациентов отличаются двойственностью натуры (диссоциированностью, интерпретируемой в психоаналитической литературе как проявление множественной личности) и полярностью дименсиональной личностной структуры, что обуславливает существование личности как бы в двух измерениях: во внутренней (аутизм с ощущением отстраненности от внешнего мира) и внешней реальности (конвенциональные установки личности, направленные на следование социальным нормам) [49]. Целесообразно отметить, что наличие двойственности натуры рассматривается в ряде исследований в качестве одной из наиболее важных характеристик шизоидного расстройства личности. По выражению Е. Kretschmer (1930), у шизоидов «различают внешнюю сторону и глубину»; согласно П.Б. Ганнушкину (1933), «в психике шизоидов словно две плоскости».

По материалам обследования группы больных с депрессивными эпизодами легкой степени в рамках рекуррентного депрессивного расстройства и биполярного депрессивного расстройства нарушение самосознания было представлено деперсонализацией измененности, которая по мере утяжеления приобретала черты, присущие деперсонализации утраты, присущей для более тяжелых фаз РДР и БАР, а также для периодов обострения дистимии. Обнаружена прямо пропорциональная связь выраженности деперсонализационных расстройств при депрессивных состояниях со степенью снижения настроения и обратно пропорциональная – со степенью идеаторного торможения. [49].

Не обладая строгой нозологической специфичностью, деперсонализационные нарушения встречаются при широком круге расстройств. Наличие этих симптомов свидетельствует о существовании у индивидуума психического дистресса [44]. Наиболее распространенные систематики деперсонализационных расстройств основаны на топографическом и феноменологическом принципах. Идея ранжировать нарушения самосознания только на основании феноменологического принципа вступает в противоречие с клинической реальностью. При оценке тяжести деперсонализационных расстройств следует учитывать совокупность клинических признаков: спонтанное или спровоцированное появление, устойчивость или лабильность нарушений, наличие или отсутствие ассоциированной психопатологической симптоматики [47].

В рамках клинко-патогенетического подхода в качестве самостоятельного феномена принято выделять невротическую деперсонализацию [50], сочетающуюся, как правило, с депрессивными, тревожно-фобическими, вегетативными нарушениями. Критическое отношение к состоянию при этом сохранено. Проявления носят преходящий и обратимый характер. Эгодистонический характер невротической деперсонализации позволяет некоторым авторам сближать её с обсессивно-компульсивным расстройством, отмечая наиболее частое возникновение подобной симптоматики в рамках этой нозологии [51, 52].

В отличие от невротической, сверхценная деперсонализация феноменологически определяется явлениями утраты и является крайним вариантом деперсонализации измененности и отчуждения. В соответствии с принципом топографической систематики деперсонализации было выдвинуто предположение о трехкомпонентной модели «психического содержания личности», в которой находят отражение психические процессы, телесность, окружающий мир [53], и выделены три разновидности деперсонализации: аутопсихическая, соматопсихическая и аллопсихическая.

Личностная диссоциация

Дезинтеграция психических функций на непсихотическом уровне выраженности варьируется в диапазоне от легких проявлений, которые могут быть уже на уровне константных проявлений психического диатеза, касаясь недостаточности взаимодействия между разными психическими функциями и «расщепления» различных сфер психики [54], до более выраженных проявлений в виде полифрагментированной множественной личности. Последняя представляет собой диссоциацию личностной идентичности, связанную с тем, что при длительном существовании неразрешимых проблем и межличностных сложностей конверсионные расстройства, определяемые внутриличностными адаптационно-компенсаторными механизмами, могут протекать длительно, приобретая черты диссоциативности, и оцениваемые в этом случае как личностное развитие [55] с произвольным нарушением или сбоем целостного функционирования одной или более из следующих сфер: личностная идентичность, ощущения, восприятие, эмоции, мышление, память, контроль над движениями тела или поведением. Такое состояние подразделяют на целостную диссоциацию личностной идентичности (код по МКБ-11 6B64) и частичное диссоциативное расстройство личностной идентичности, кодируемое по МКБ-11 как 6B65.

В рамках непсихотического уровня выраженности можно рассматривать также сверхценные или нозогенные диссоциативные реакции, представляющие собой кататимно-заряженный реактивно-шизоидный комплекс [8] расстройств, характеризующийся сочетанием аутистического отчуждения с утратой чувства реальности [19].

Амплифицированный непсихотический уровень выраженности нарушения диссоциаций, к которому в первую очередь можно отнести непсихотические проявления аутохтонных психических расстройств шизофренического спектра.

В отличие от непсихотических конверсионно-диссоциативных расстройств, амплифицированные конверсионно-диссоциативные явления характеризуются отсутствием психогенеза, оторванностью от внешних обстоятельств, а также некоторыми особенностями клинической картины и динамики состояния, что делает правомочным предположение об иных, чем при невротических состояниях, патогенетических механизмах этих расстройств и их близости к расстройствам шизофренического спектра [56]. В этом случае отмечается: 1) наличие сложных связей истерических расстройств с фобиями, навязчивыми влечениями, яркими овладевающими кататимно окрашенными представлениями (о «необыкновенной любви», идеальных взаимоотношениях с объектом экстатических привязанностей), вспышками генерализованной тревоги

и сенестоипохондрическими симптомокомплексами; 2) инертность истерических неврозоподобных проявлений – длящиеся месяцами контрактуры, гиперкинезы, стойкая афония, дисфагия, писчий спазм и др.; 3) обильное и рано начавшееся в структуре заболевания патологическое фантазирование с отстраненным содержанием, напоминающим сновидения или грезы и носящее грубый, вычурный и даже нелепый характер, с чувством охваченности, яркой визуализацией сценподобных причудливых представлений пациента в глазах окружающих; при этом собственные фантазии принимаются за истинную действительность, что приводит к серии неудач и разочарований.

Это же относится к частоте встречаемости и качественному отличию деперсонализационных феноменов. Пациенты с непсихотическими расстройствами шизофренического спектра демонстрируют большую степень выраженности деперсонализации, чем пациенты с невротическими расстройствами [58]. У пациентов с заболеваниями шизофренического спектра преобладала аутопсихическая деперсонализация (71,88%), в изолированном виде (46,9%), реже были представлены соматопсихическая и аллопсихическая деперсонализации. При этом деперсонализация не всегда была созвучна с симптомами основного заболевания, часто она существовала автономно [57] и обнаруживалась на доманифестном этапе психического расстройства, сохраняясь в структуре психоза [58], принимая гротескные, утрированные формы [59, 60, 61].

В противоположность непсихотическим деперсонализационно-дереализационным расстройствам амплифицированный деперсонализационно-дереализационный синдром преимущественно касается аутопсихической деперсонализации (в той её части, которая имеет отношение к идеаторной форме самосознания).

Отчуждение восприятия целостности, единства своего Я проявляется в следующем: чувстве утраты представлений о единстве и границах Я, расстроенности в окружающем, потере индивидуальной специфичности, изменении восприятия активности в виде ощущения раздвоения: больные отмечают, что в них как бы параллельно существуют две личности, два ряда душевных процессов развиваются одновременно. При максимальном развитии состояния у больных возникает чувство, что они исчезают, превращаются в «ничто», «пустоту», «вакуум», «точку». Искажение чувства целостности и имеющаяся в силу этого разрозненность восприятия может имитировать диссоциативное сужение или выпадение полей зрения без истинного их нарушения (жалобы на неспособность видеть предметы целиком, вследствие чего приходится переводить взор с одной части предмета на другую, чтобы осмотреть его во всей полноте) [38].

Отчуждение дифференцированности эмоций характеризуется появлением мучительного чувства утраты эмоций (обида, сострадания, привязанности или радости), потерей эмоционального резонанса – больные субъективно переживают полное бесчувствие к близким людям, утрату способности ощущать удовольствие и неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть, образно называют себя «живыми трупами». Сюда же следует отнести и некоторые жалобы на «утрату» или «прерывистость» чувства времени (больной видит движение часовых стрелок, но время для него как будто застыло на месте), с переживанием неподвижности, отсутствием перемен. Время может казаться лишенным сколько-нибудь субъективно значимого эмоционального наполнения, «пустым». В то же время в этом случае, несмотря на предъявляемые жалобы об отсутствии эмоций, реальная сохранность подтверждается поведением пациентов [38].

Отчуждение идеаторных форм самосознания проявляется в том, что пациенты воспринимают себя полностью лишенными собственного мировоззрения, взглядов, суждений, превращенными в безликих личностей. Свое поведение они считают «неестественным», «наигранным», что делает их «чужими среди людей», затрудняет общение с окружающими, отчуждает от других. При развитой картине нарушения аутопсихики объективно возникает расстройство способности к социальным коммуникациям. При соматопсихической деперсонализации отмечается переживание утраты витальных чувств (чувство насыщения, голода, как будто бы высохло тело, кончилась жизнь). При аллопсихической деперсонализации в некоторых случаях возможно возникновение деперсонализационного ощущения присутствия постороннего или «олицетворенная осознанность», при которой больной чувствует то же самое, что и при чьем-то реальном взгляде на себя, прекрасно зная при этом, что за его спиной никого нет.

Субпсихотический уровень выраженности нарушения диссоциаций. При дальнейшей генерализации диссоциативных расстройств на первый план выступают явления психической анестезии. Чувство бесчувствия проявляется потерей эмоционального резонанса, явления аутопсихической деперсонализации при этом могут достигать степени полного отчуждения, потери своего Я. Такого рода переживания наблюдались у 3 пациентов с шизофренией (9,3% от общей выборки) [57]. В ряде случаев диссоциативные субпсихотические нарушения выступают в форме изменения сознания активности Я – все поступки воспринимаются как нечто механическое, бессмысленное, чуждое. Чувство утраты связи с окружающими усиливается до ощущения полного непонимания поведения людей, взаимоотношений между ними.

Другая форма диссоциативных субпсихотических нарушений – изменение сознания идентичности Я и возникновение в этом случае противопоставления сознания Я внешнему миру. Больной перестает ощущать себя как личность, испытывает мучительную зависимость от окружающих – у него нет ничего своего, его мысли и поступки механически перенимаются у других людей, он лишь разыгрывает роли, переходит в совершенно чуждые для себя образы. В этом случае отмечается выраженность суицидальных тенденций с попытками их реализации. При субпсихотических диссоциативных нарушениях, в отличие от психотической деперсонализации, отсутствует ощущение сделанности собственных мыслей, поступков и движений.

Психотический уровень выраженности нарушения диссоциаций – бредовая деперсонализация. Изучение психопатологической структуры бредовой деперсонализации позволило выделить в её составе перцептивный, идеаторный (когнитивный), аффективный и поведенческий компоненты, с их помощью возможно проанализировать структуру синдрома. На разных этапах динамики бредовой деперсонализации соотношение этих компонентов было разным. Причем в данном исследовании [62] систематизация бредовой деперсонализации проводилась с опорой на работы К. Науг (1939), с разделением её на ауто-, сомато- и аллопсихический варианты, каждый из которых имеет свое содержание бредовых переживаний. Аутопсихическая бредовая деперсонализация (92,6%) проявлялась синдромом двойников (отрицательных, или синдромом Капгра; положительных, или синдромом Фреголи, а также собственных двойников), бредом одержимости. Соматопсихическая бредовая деперсонализация (41,2%) представлена бредом физического перевоплощения и нигилистическим ипохондрическим бредом (бред Котара). Аллопсихическая бредовая деперсонализация (27,9%) характеризуется бредовым переживанием измененности, нереальности или отсутствия окружающего мира. Больные убеждены, что вокруг них «разыгрывается театр» (бред инсценировки), что попали в параллельный мир («бред параллельных миров»), что окружающий мир вообще не существует (нигилистический мегаломанический бред, «бред гибели мира»). Тотальная бредовая деперсонализация (7,0%) проявлялась бредом тотального перевоплощения и нигилистическим мегаломаническим бредом [62]. При изучении бредовой деперсонализации с точки зрения феноменологических особенностей следует выделить феномен расщепления, представленный бредом одержимости, двойников, параллельных миров. Он заключался в чувственном переживании и убежденности больного в расщеплении своего психического Я

или окружающего мира, разделении психического и физического Я. На этом основании можно выделить параноидную и онейроидную деперсонализацию, возникающую при исчезновении переживаний собственного Я [62].

Как известно, симптомы психических расстройств сложно поддаются измерению. Психические расстройства, так же как и образующие их симптомы, подлежат лишь ранжированию [7]. Ранговая оценка некоторых признаков симптомов (с точки зрения интенсивности выраженности, тяжести и длительности) представляется маловероятной для количественного сравнения различных психических симптомов между собой (рассматриваемых как разные объекты измерения).

Сказанное определяет ограниченность использования шкалы диссоциации (Dissociative Experience Scale, DES) [63, 64] для широкого диапазона диссоциативных расстройств. Шкала состоит из 28 вопросов, испытуемого просят ответить, как часто в повседневной жизни он переживает то или иное диссоциативное состояние. Ответы даются с использованием 11-балльной визуальной аналоговой шкалы (0-100%). Выделяют три уровня диссоциации: *1-й уровень* – «отщепление» намечено слабо, степень осознания переживаний недостаточно четко соотносится с другими психологическими контекстами и объективными ситуациями; *2-й уровень* – на передний план выступает качество осознания, нормальное их противопоставление объективной действительности нарушается, границы между Я и окружающим миром смещаются; *3-й уровень* характеризуется глубокой степенью изменения осознания, при котором наступает «отщепление» в его развитом виде, в форме полной диссоциации между актуальным содержанием переживаний и мозговой деятельностью. При этом шкала не предназначалась в качестве диагностического инструмента, поэтому высокие оценки не должны быть истолкованы как признак диагноза диссоциативных расстройств. Дименсиональный подход в некоторой степени подводит к возможности количественно определить тяжесть симптома или степень нарушения конкретной психологической функции. В связи с этим растет понимание того, что психопатологию можно (и необходимо) оценивать по степени её тяжести [65], включая подпороговую симптоматику, которая позволит определять нарушения уже на начальных этапах. Однако недостатком такого подхода является его повышенная сложность и, следовательно, меньшая клиническая полезность по сравнению с категориальной классификацией [65], что в определенной степени можно преодолеть выделением не только новых дименсиональных характеристик, но и с помощью «понятного» клиницисту ранжирования дименсиональных признаков.

Таким образом, дименсиональный подход полезен для отражения истинного континуума психозов, позволяет устранить потерю информации, возникающую в процессе категоризации данных, а также исключает высокую степень совпадения между категориально определенными в настоящее время расстройствами (порождая искусственную проблему коморбидности), что повышает прогностическую способность клинических симптомов в определении дальнейшего ответа на терапию и возможных исходов заболевания [5]. При этом категориальная и дименсиональная модели психических расстройств не являются антагонистическими. Взаимно дополняя друг друга, в совокупности они создают в сообществе специалистов единую точку зрения о полиэтиологическом механизме развития психического заболевания и глубине его выраженности.

Диссоциация, встречающаяся во многих нозологических единицах с присущими внутри каждой из них единой причиной возникновения, механизмом развития, клиническими проявлениями, безусловно, требует акцентированного внимания и дифференцированного подхода при персонализированной терапии пациентов. Диапазон выраженности этих проявлений может свидетельствовать не только о разных патогенетических механизмах этого состояния, но и об адаптационно-компенсаторном потенциале имеющихся у индивидуума возможностей. В начале развития психических расстройств диссоциация выполняет роль психологической защиты и является наилучшей возможной адаптацией организма к ситуации. Но на более поздних этапах формирования психических расстройств из-за истощения защитных возможностей индивидуума проявления диссоциации становятся автоматическими и неадаптивными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с растущим в последнее время интересом к дименсиональному подходу вопрос о выделении дополнительных дименсий становится актуальным. Диссоциативные процессы, встречающиеся при различных психических расстройствах и проявляющиеся в широком диапазоне – от невротического до психотического уровня, могут утяжелять клиническую картину и течение заболевания, а значит, требуют дополнительных терапевтических вмешательств. Выделение диссоциативных симптомокомплексов в отдельный признак может способствовать не только более подробному пониманию механизмов возникновения психических расстройств, но и содействует проведению их более эффективной терапии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнялась в рамках основного плана НИР ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Так как исследование выполнено без участия живых людей, биологических материалов человека и носит обзорный характер, одобрение локальным этическим комитетом не требуется.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Резник А.М., Костюк Г.П., Морозова А.Ю., Захарова Н.В. Проблемы предпосылок шизофрении по данным молекулярно-генетических исследований. *Health, Food & Biotechnology*. 2016. Т. 1, № 1. С. 27-45. Reznik AM, Kostyuk GP, Morozova AYU, Zakharova NV. Problems of genetic prerequisites of schizophrenia – data of molecular-genetic research. *Health, Food & Biotechnology*. 2019;1(1):27-45 <https://doi.org/10.36107/hfb.2019.il.s163> (in Russian).
2. Harrison PJ. Recent genetic findings in schizophrenia and their therapeutic relevance. *J Psychopharmacol*. 2015 Feb;29(2):85-96. <https://doi.org/10.1177/0269881114553647>. Epub 2014 Oct 14. PMID: 25315827; PMCID: PMC4361495.
3. Hewitt JK. Editorial policy on candidate gene association and candidate gene-by-environment interaction studies of complex traits. *Behav Genet*. 2012 Jan;42(1):1-2. <https://doi.org/10.1007/s10519-011-9504-z>. Epub 2011 Sep 18. PMID: 21928046.
4. Klein RJ, Zeiss C, Chew EY, Tsai JY, Sackler RS, Haynes C, Henning AK, SanGiovanni JP, Mane SM, Mayne ST, Bracken MB, Ferris FL, Ott J, Barnstable C, Hoh J. Complement factor H polymorphism in age-related macular degeneration. *Science*. 2005 Apr 15;308(5720):385-9. <https://doi.org/10.1126/science.1109557>. Epub 2005 Mar 10. PMID: 15761122; PMCID: PMC1512523.
5. Esterberg ML, Compton MT. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Jun;11(3):179-84. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0028-7>. PMID: 19470278.
6. Van Os J, Gilvarry C, Bale R, Van Horn E, Tattan T, White I, Murray R. A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. UK700 Group. *Psychol Med*. 1999 May;29(3):595-606. <https://doi.org/10.1017/s0033291798008162>. PMID: 10405080.
7. Marková IS, Berrios GE. Epistemology of psychiatry. *Psychopathology*. 2012;45(4):220-7. <https://doi.org/10.1159/000331599>. Epub 2012 May 22. PMID: 22627668.
8. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull*. 2012 Sep;38(5):895-8. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs104>. PMID: 22987845; PMCID: PMC3446222.
9. Чеснокова О.И. Расстройства личности в международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11). Омский психиатрический журнал. 2017. № 4 (14). С. 4-9. Chesnokova OI. Personality disorders in The International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11). *Omsk Psychiatric Journal*. 2017;4(14):4-9 (in Russian).
10. Farina B, Liotti M, Imperatori C. The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Front Psychol*. 2019 Apr 26;10:933. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00933>. PMID: 31080430; PMCID: PMC6497769.
11. Семке В.Я., Белокрылова М.Ф. «Истерическая болезнь»: современные аспекты нозологической специфичности и психосоматических соотношений. Психические расстройства в общей медицине. 2006. № 1. С. 16-22. Semke VYa, Belokrylova MF. “Hysterical disease”: modern aspects of nosological specificity and psychosomatic relationships. *Mental Disorders in General Medicine*. 2006;1:16-22 (in Russian).
12. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Изд-во Медицина, 1988. 224 с. Semke VYa. Hysterical illness. Moscow: Meditsina Publishing House, 1988:224 (in Russian).
13. Бохан Н.А., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Диссоциация, как механизм психологической защиты при адаптации в иную культурную среду. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 26-30. Bokhan NA, Ovchinnikov AA, Sultanova AN. Dissociation as a mechanism of psychological defense in adapting to a different cultural environment. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2017;1:26-30 (in Russian).
14. Бохан Н.А., Овчинников А.А. Диссоциативная модель формирования алкоголизма. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. С. 156-166. Bokhan NA, Ovchinnikov AA. Dissociative model of alcoholism formation. Tomsk: Tomsk University Press, 2008:156-166 (in Russian).
15. Камалдинов Д.О., Киселева Л.Т., Овчинников А.А. Влияние социума и статус «моратория на идентичность» при формировании аддикции. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 2-3. С. 396-397. Kamatdinov DO, Kiseleva LT, Ovchinnikov AA. The influence of society and the status of the “moratorium on identity” in the formation of addiction. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 1999;2-3:396-397 (in Russian).
16. Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11. 2018. World Health Organization. ICD-11. 2018. (in Russian).
17. Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41(4):472-86. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472>.

18. Liotti G. Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *J Trauma Dissociation*. 2017 May-Jun;18(3):304-318. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295392>. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28318416.
19. Briere J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005 Dec;162(12):2295-301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2295>. PMID: 16330593.
20. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. WW Norton & Company, 2006.
21. Schore AN. Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In: PF Dell, JA O'Neil (eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge/Taylor & Francis Group: 107-141.
22. Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *Eur J Psychotraumatol*. 2011;2(1):5622. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>. Epub 2011 Mar 7. PMID: 22893823; PMCID: PMC3402152.
23. Şar V. Parallel-distinct structures of internal world and external reality: Disavowing and re-claiming the self-identity in the aftermath of trauma-generated dissociation. *Front Psychol*. 2017 Feb 17;8:216. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00216>. PMID: 28261144; PMCID: PMC5313499.
24. Farina B, Speranza AM, Dittoni S, Gnani V, Trentini C, Vergano CM, Liotti G, Brunetti R, Testani E, Della Marca G. Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Aug;264(5):449-58. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0461-9>. PMID: 24121863.
25. Farina B, Imperatori C. What if dissociation were a psychopathological dimension related to trauma? Authors' reply to diagnostic challenges leading to underdiagnosis of dissociative disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:409-10. <https://doi.org/10.2147/NDT.S131439>.
26. Farina B, Liotti G. Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *J Treatment Evaluation*. 2013;10(1):11-8.
27. van der Hart O, Dorahy MJ. History of the concept of dissociation. In: PF Dell, JA O'Neil (eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge/Taylor & Francis Group, 2009: 3-26.
28. Brown RJ. Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms. *J Trauma Dissociation*. 2006;7(4):7-28. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_02. PMID: 17182491.
29. Петелин Д.С. Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2018. 22 с. Petelin DS. Nosogenic reactions with autoaggression phenomena (postponement phenomenon) in malignant neoplasms: author's dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 2018:22 (in Russian).
30. Cardena E, Spiegel D. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry*. 1993 Mar;150(3):474-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.474>. PMID: 8434665.
31. van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Nov-Dec;38(11-12):906-14. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>. PMID: 15555024.
32. Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter EC, Frasquilho F, Oakley DA. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2005 Jan;25(1):1-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>. PMID: 15596078.
33. Allen JG, Console DA, Lewis L. Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr Psychiatry*. 1999 Mar-Apr;40(2):160-71. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(99\)90121-9](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(99)90121-9). PMID: 10080264.
34. Guralnik O, Giesbrecht T, Knutelska M, Sirroff B, Simeon D. Cognitive functioning in depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Dec;195(12):983-8. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815c19cd>. PMID: 18091191.
35. Parnas J. Genetics and psychopathology of spectrum phenotypes. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Jun;101(6):413-5. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101006413.x>. PMID: 10868464.
36. Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry*. 2002 Oct;1(3):131-6. PMID: 16946833; PMCID: PMC1489853.
37. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol*. 2003 Nov;42(Pt 4):331-53. <https://doi.org/10.1348/01446650322528892>. PMID: 14633411.
38. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. Изд. 3-е, исправленное и дополненное. М.: Изд-во Бином, 2012. 288 с. Tsirkin SYu. Analytical psychopathology. 3rd ed., revised and supplemented. Moscow: Binom Publishing House, 2012:288 (in Russian).
39. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6):902-7. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.902>. PMID: 8185001.

40. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, Crowley B, Vance KL, Kao TC, Baum A. Peritraumatic dissociation following motor vehicle accidents: relationship to prior trauma and prior major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2000 May;188(5):267-72. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00003>. PMID: 10830563.
41. Boelen PA, Keijsers L, van den Hout MA. Peritraumatic dissociation after loss: latent structure and associations with psychopathology. *J Nerv Ment Dis.* 2012 Apr;200(4):362-4. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31824cc60e>. PMID: 22456592.
42. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. 2nd ed. The Guilford Press, 2011:426.
43. Hoenig J. The concept of Schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider. *Br J Psychiatry.* 1983 Jun;142:547-56. <https://doi.org/10.1192/bjp.142.6.547>. PMID: 6349735.
44. 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 им. академика И.П. Павлова.* 2018. Т. 26, № 1. С. 70-85. Ruzhenkova VV, Ruzhenkov VA, Bykova AA, Kolosova MA. Depersonalization and psychosensory disorders in young people who do not seek help from a psychiatrist (prevalence, clinical features and taxonomy). *Pavlov Russian Medico-Biological Bulletin.* 2018;26(1):70-85. <https://doi.org/10.23888/PAVLOVJ201826170-85> (in Russian).
45. Усатенко Е.В. Сравнительный анализ тревожных расстройств (клинико-динамические проявления, когнитивно-стилевые и личностные особенности больных): дис. ... к.м.н. М., 2022. 202 с. Usatenko EV. Comparative analysis of anxiety disorders (clinical and dynamic manifestations, cognitive-stylistic and personality characteristics of patients): dissertation D. Sc. (Medicine). Moscow, 2022:202 (in Russian).
46. 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. Bogdanova MV, Gorodovikh EV. Depersonalization as a protective-adaptive mechanism aimed at preserving ego-identity. *Pedagogical Education in Russia.* 2015;11:61-65 (in Russian).
47. Крылов В.И. Деперсонализационные расстройства (психопатологические особенности и систематика). *Трудный пациент.* 2019. Т. 17, № 5. С. 43-50. Krylov VI. Depersonalization disorders (psychopathological features and taxonomy). *Difficult Patient.* 2019;17(5):43-50. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2019-10042> (in Russian).
48. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К., Двойников С.Ю., Ильина Н.А. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2014. Т. 114, № 12. С. 12-22. Smulevich AB, Ivanov SV, Miasnikova LK, Dvoynikov SYu, Il'ina NA. Stress-induced dissociation in the trajectory of schizotypal personality disorder (model nosogenias in cancer patients). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2014;114(12):12-22. <https://doi.org/10.17116/jnevro20141141212-22> (in Russian).
49. Крылов В.И., Деменева А.А., Ретюнский К.Ю. Феноменология деперсонализации при депрессивных расстройствах. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2020. Т. 120, № 12. С. 37-41. Krylov VI, Demeneva AA, Retyunsky KYu. The phenomenology of depersonalization in depressive disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2020;120(7):37-41. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120112137> (in Russian).
50. Haug K. Die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins und verwandte Entfremdungserlebnisse: eine klinische und psychologische Studie. Stuttgart. 1936:211.
51. Hollander E, Carrasco JL, Mullen LS, Truongold S, DeCaria CM, Towey J. Left hemispheric activation in depersonalization disorder: a case report. *Biol Psychiatry.* 1992 Jun 1;31(11):1157-62. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(92\)90161-r](https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90161-r). PMID: 1525279.
52. Torch EM. Review of the relationship between obsession and depersonalization. *Acta Psychiatr Scand.* 1978 Aug;58(2):191-8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1978.tb06931.x>. PMID: 696383.
53. Wernice C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig: Verlag von Georg Thieme, 1900.
54. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении. *Психиатрия.* 2013. № 4 (60). С. 27-31. Kozlovskaya GV, Kalinina MA. Schizotypal diathesis at early age as a predictor of schizophrenia. *Psychiatry.* 2013;4(60):27-31 (in Russian).
55. Смулевич А.Б. Расстройства личности. М.: Изд-во Медицинское информационное агентство, 2007. 192 с. Smulevich AB. Personality disorders. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2007:192 (in Russian).
56. Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В., Аксенова И.О., Моргунова А.М., Ражева М.К. Шизотипическое расстройство. Позитивные (неврозоподобные и субпсихотические) симптомокомплексы: методические рекомендации. СПб., 2018. 42 с. Kotsyubinsky AP, Isaenko YuV, Aksenova IO, Morgunova AM, Razheva MK. Schizotypal disorder.

- Positive (neurosis-like and subpsychotic) symptom complexes: clinical guidelines. Saint Petersburg, 2018:42 (in Russian).
57. Дьяконов А.Л. Синдром деперсонализации при расстройствах шизофренического спектра. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т. 11, № 2. С. 364-371. Diakonov AL. Depersonalization syndrome in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology. 2020;11(2): 364-371. <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.2.013> (in Russian).
58. Лобков С.А., Собенникова В.В. Отдельные аспекты расстройств самопознания невротического и процессуального генеза. Бюллетень медицинской науки. 2023. № 3 (S). С. 107-109. Lobkov SA, Sobennikova VV. Some aspects of disorders of self-cognition of neurotic and process genesis. Bulletin of Medical Science. 2023;3(S):107-109 (in Russian).
59. Ахажкина М.В. Психопатология и клиника деперсонализационных расстройств при шизофрении: автореф. дис. ... к.м.н. М., 1993. 24 с. Akhapkina MV. Psychopathology and clinical presentation of depersonalization disorders in schizophrenia: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 1993:24 (in Russian).
60. Воробьев В.Ю. Юношеская благоприятно текущая шизофрения с деперсонализацией: автореф. дис. ... к.м.н. М., 1971. 19 с. Vorobiev VYu. Juvenile schizophrenia with depersonalization: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 1971:19 (in Russian).
61. Haug K. Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. In: Bumke O, Ewald G, Haug K, Luxemburger H, Scheid F. (eds.) Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin, Heidelberg, 1939:134-204. https://doi.org/10.1007/978-3-642-47333-3_2.
62. Басова А.Я. Бредовая деперсонализация (варианты, динамика, коморбидность): автореф. дис. ... к.м.н. М., 2008. 24 с. Basova AY. Delusional depersonalization (variants, dynamics, comorbidity): dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 2008:24 (in Russian).
63. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis. 1986 Dec;174(12):727-35. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>. PMID: 3783140.
64. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Изд-во Питер, 2001. 272 с. Tarabrina NV. Tutorial on the psychology of post-traumatic stress. St. Petersburg: Piter Publishing House, 2001:272 (in Russian).
65. Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. Dialogues Clin Neurosci. 2020 Mar;22(1):7-15. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>. PMID: 32699501; PMCID: PMC7365296.

Поступила в редакцию 27.03.2025

Утверждена к печати 19.05.2025

Коцюбинский Александр Петрович, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». ORCID iD 0000-0002-4826-9688. Author ID Scopus 14030170900. ResearcherID N-2253- 2016. Author ID РИНЦ 354433. SPIN-код РИНЦ 1311-8036.

Исаенко Юлия Владимировна, к.м.н., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». ORCID iD 0000-0003-2922-1176. ResearcherID LKJ-2773-2024. Author ID РИНЦ 382177. juliya@bk.ru

Протасов Александр Романович, заведующий отделением социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». ORCID iD 0000- 0001-5797-1981. ResearcherID JQI-9936-2023. alxprotasov@gmail.com

Степанова Анастасия Анатольевна, младший научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». ORCID iD 0000-0002-4029-9401. Author ID Scopus 58503783500. ResearcherID KHT-7155-2024. Author ID РИНЦ 1168530. SPIN-код РИНЦ 6903-0988. na-stasi-a@yandex.ru

Болотова Дарья Егоровна, студентка лечебного факультета, 6-й курс, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. ORCID iD 0009-0008-3192-1925. dariabolotova@mail.ru

✉ Коцюбинский Александр Петрович, ak369@mail.ru

UDC 616.89-008.1:616.89-008.487:616-089.17-048.44

For citation Kotsyubinsky A.P., Protasov A.R., Isaenko Yu.V., Stepanova A.A., Bolotova D.E. Dissociative symptom complexes in mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2025; 2 (127): 33-44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2\(127\)-33-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2(127)-33-44)

Dissociative symptom complexes in mental disorders

**Kotsyubinsky A.P.¹, Protasov A.R.¹, Isaenko Yu.V.¹,
Stepanova A.A.¹, Bolotova D.E.²**

¹ *Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation*

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "First Saint Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Lev Tolstoy Street 6-8, 197022, St. Petersburg, Russian Federation*

ABSTRACT

Personality dimensions identified in ICD-11 actually represent a nonpsychotic level of those dimensions that are designated as psychotic in the case of development of severe, chronic mental and behavioral disorders with persistent and more severe symptoms. This understanding opens up the prospect of talking about an extended representation of each dimension as a phenomenon characterized by a continuum of severity from a nonpsychotic to a psychotic level. It is proposed to include its dissociative type in the list of dimensions. Guided by the principle of a five-level representation of all dimensions in the range from 0 to 4, we propose a glossary containing specific principles for ranking the dissociative dimension. This diagnostic approach will allow differentiating more accurately the mental states of patients across degrees of severity of the disease and its holistic clinical presentations.

Keywords: dissociation, dissociative disorders, dimensions, dimensional approach, categorical approach.

Received March 27, 2025

Accepted May 19, 2025

Kotsyubinsky Alexander P., D. Sc. (Medicine), Professor, chief researcher of the Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-4826-9688. Author ID Scopus 14030170900. ResearcherID N-2253-2016. Author ID RSCI 354433. SPIN-code RSCI 1311-8036.

Isaenko Yulia V., Cand. Sc. (Medicine), Head of the Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-2922-1176. ResearcherID LKJ-2773-2024. Author ID RSCI 382177. juliya@bk.ru

Protasov Alexander R., psychiatrist of the Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-5797-1981. ResearcherID JQI-9936-2023. alxprotasov@gmail.com

Stepanova Anastasia A., junior researcher of the Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-4029-9401. Author ID Scopus 58503783500. ResearcherID KHT-7155-2024. Author ID RSCI 1168530. SPIN-code RSCI 6903-0988. na-stasi-a@yandex.ru

Bolotova Daria E., senior at the Medical Faculty, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "First Saint Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0009-0008-3192-1925. dariabolotova@mail.ru



Kotsyubinsky Alexander P., ak369@mail.ru