

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8:616.89-008.485:159.923.2(048)

Для цитирования: Собенников В.С., Лобков С.А. Деперсонализация в клинике шизофрении (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 2 (127). С. 84-97. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2\(127\)-84-97](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2(127)-84-97)

Деперсонализация в клинике шизофрении (обзор литературы)

Собенников В.С., Лобков С.А.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 664003, Иркутск, улица Красного Восстания, 1

РЕЗЮМЕ

Актуальность. На доманифестном этапе шизофрении расстройства непсихотического регистра представляются важным объектом исследования в аспекте прогноза течения заболевания. В этой связи отмечается рост интереса отечественных и зарубежных авторов к изучению расстройств самосознания в клинике шизофрении, а полученные результаты оцениваются как значимые для ранней диагностики заболевания. Между тем, несмотря на длительную историю описания деперсонализации в клинике шизофрении, в МКБ-10 расстройства самосознания не включены в ранг диагностически и прогностически информативных при данном заболевании, а в современных руководствах в таком контексте они обсуждаются лишь отчасти. В отечественном национальном руководстве по психиатрии синдром деперсонализации-дереализации (F48.1) определяется как редко встречающееся расстройство и входит в рубрику МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-F48). Существующие противоречия предполагают необходимость дальнейшего изучения деперсонализации-дереализации как проявлений шизофрении. **Цель:** систематизация данных литературы о феноменологии расстройств самосознания, распространенности и клинических проявлениях деперсонализации-дереализации при разных формах психической патологии, с акцентом на значении в клиническом течении шизофрении. **Материалы и методы.** Поиск отечественных и зарубежных исследований с использованием наукометрических баз данных (eLibrary, CyberLeninka, PubMed, ResearchGate). Поиск литературы осуществлялся по ключевым словам: расстройство самосознания, деперсонализация, дереализация, шизофрения, доманифестный этап. Для анализа отбирались исследования, содержащие информацию о деперсонализационной симптоматике, преимущественно представленной в структуре расстройств шизофренического спектра. **Результаты.** Данные литературы свидетельствуют об отсутствии единства взглядов современных авторов относительно психопатологических и клинко-нозологических аспектов деперсонализации-дереализации. В патогенетическом отношении развитие деперсонализации соотносится с тревогой, депрессией и диссоциацией. В классификации МКБ-10 она представлена отдельной диагностической рубрикой, но при этом имеет широкое распространение в клинике различных психических расстройств, в том числе шизофрении. Катамнестические исследования подтверждают высокую стабильность деперсонализации-дереализации на протяжении всех стадий шизофрении, как при малопрогрессирующем течении, так и при манифестных формах заболевания. В клинике инициальных расстройств деперсонализация может проявляться в виде коротких эпизодов, в сочетании с иными расстройствами. При манифесте параноидной шизофрении с ней может быть связано формирование бредовых идей и психических автоматизмов. В клинике шизоаффективного психоза деперсонализация-дереализация также может представлять основу развития бреда инсценировки, метаморфоза, перевоплощения. Однако лишь единичные работы современных авторов посвящены анализу клинической типологии деперсонализации-дереализации при шизофрении. Требуется уточнения клиническая вариативность деперсонализации при различных типах течения и на разных этапах заболевания, поскольку эти данные могут способствовать совершенствованию диагностики, терапии, прогноза. **Заключение.** Анализ литературы показал, что, несмотря на длительный период изучения деперсонализации-дереализации, сохраняется потребность в углубленном изучении данного расстройства в клинике шизофрении. Это связано с распространенностью деперсонализации в клиническом течении шизофрении, представленностью на всех этапах заболевания вне зависимости от типа течения, её клинко-патогенетической вариативностью. Это предполагает возможность выделения клинко-прогностических характеристик с целью оптимизации диагностики, терапии, прогноза шизофрении.

Ключевые слова: расстройства самосознания, деперсонализация, дереализация, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, доманифестный этап.

ВВЕДЕНИЕ

Деперсонализация: феноменология и психопатология

Первоначальное описание феномена деперсонализации в психиатрической литературе появились в XIX веке, когда в 1873 г. деперсонализационно-дереализационный симптомокомплекс был изучен М. Krishaber под определением «цереброкардиальная невропатия» [1]. В клинической картине синдрома автор выделяет сенсорные, локомоторные и циркулярные расстройства. К проявлениям сенсорных нарушений он относил переживания утраты собственной идентичности, нарушения сна, снижение зрения, головокружение. Локомоторные расстройства включали ощущения утраты равновесия. Циркулярные расстройства объединяли вегетативные симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы и невыраженные изменения терморегуляции. Причиной развития данных расстройств Krishaber считал церебральные вазомоторные нарушения.

В последующем для обозначения чувства измененности и отчуждения собственного «Я» французским психологом Л. Дугасом (Dugas, 1898) было предложено существующее до сих пор название «деперсонализация» [2]. В дальнейшем в различной клинической трактовке выдвинутый термин находит применение в работах ряда французских авторов [3, 4, 5].

В 1913 г. К. Jaspers разрабатывает для деперсонализации обобщающее определение, соотнося этот феномен с нарушением самосознания и выделяя в качестве характерных признаков переживания чуждости, автоматичности, насильственности различных телесных ощущений, а также мыслей, эмоций и восприятия [6]. Критериями самосознания Jaspers считает: 1) чувство активности – осознание, что «Я» активное, деятельное, 2) осознание собственного единства – «Я» целостное в каждый момент времени, 3) осознание собственной идентичности – «Я» неизменно в прошлом и настоящем, 4) осознание личностного бытия – «Я» выделяется из остального мира. На этом основании Jaspers выделил главный элемент деперсонализации – отчуждение психических процессов, сопровождающееся осознанием их измененности вследствие редукции «чувства активности».

Позднее К. Shneider (1967) к данным критериям добавляет ещё один – «осознание переживания бытия», под которым понимается чувство собственного существования [7]. После работ Jaspers'a P. Schilder в 1914 г., описывая расстройства, при которых чувство «измененности» и «отчужденности» проецируется на окружающий мир, вводит в обиход термин «дереализация» [8].

Однако лишь в середине прошлого века субъективное чувство как внутренней, так и внешней

измененности, сопровождающееся переживанием нереальности, В. Ackner (1954) объединяет общим понятием «деперсонализация» [9]. Тем не менее до настоящего времени не существует единой систематики деперсонализации.

Наибольшее распространение получила классификация по сферам самосознания, предложенная К. Naug'ом (1939): 1) аллопсихическая, при которой окружающий мир переживается измененным, отчужденным, 2) аутопсихическая, проявляющаяся в виде отчуждения собственных психических процессов и собственной личности, 3) соматопсихическая, характеризующаяся отчуждением телесных ощущений.

В отечественной психиатрии деперсонализация традиционно относится к расстройствам самосознания [10]. Наиболее лаконичное и ёмкое определение данного расстройства среди отечественных источников можно найти в энциклопедическом издании (БСЭ, 1972, с. 306) [11]. Деперсонализация описывается как «...расстройство самосознания, чувство изменения своего «Я», проявляется чувством утраты единства «Я», раздвоением «Я», отчуждением собственных действий и мыслей. В свою очередь дереализация определяется как «...чувство измененности, нереальности окружающего, при этом внешний мир воспринимается как чуждый, искусственный, измененный...». С дереализацией сближаются феномены «уже виденного», «никогда не виденного», изменения в восприятии течения времени и т.п.

Приведенные литературные данные свидетельствуют, что взгляды исследователей относительно феноменологии деперсонализации с момента начала описания и до настоящего времени не претерпели существенных изменений. Вместе с тем психопатологические и клинко-нозологические аспекты даже по прошествии более чем векового периода изучения продолжают оставаться предметом оживленных дискуссий. Отсутствует единая точка зрения относительно синдромальной оценки деперсонализации, неоднозначно её рассмотрение в качестве продуктивного или негативного расстройства, а также требуют решения многие клинко-нозологические проблемы. При оценке тяжести деперсонализационных расстройств предлагается учитывать совокупность клинических признаков по следующим критериям: спонтанное или спровоцированное возникновение, устойчивость или лабильность нарушений, наличие или отсутствие ассоциированной психопатологической симптоматики [12]. В этой связи показательным примером могут служить современные классификации. В МКБ-10 синдром деперсонализации и дереализации (далее – ДП-ДР) включается в раздел F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

В американской классификации психических расстройств DSM-V этиопатогенетические акценты расставлены даже более определенно, ДП включена в кластер диссоциативных расстройств. Авторы считают, что функции Эго влияют на восприятие времени, что приводит к дежавю, ощущению безвременья, неправильной оценке длительности времени, переживанию предчувствия, и предлагают использовать психосоматический подход в терапии нарциссического расстройства личности [13, 14]. Такой подход к систематике отражает традиционную для психиатрии США опору на психоаналитическую концепцию, базирующуюся на представлениях о психогенезе расстройства, анализе механизмов психологической защиты, вытеснении и отстранении от источника конфликта, диссоциации. Подчеркивается, что соматосенсорная свободная ассоциация и оценка эмпирических аспектов деперсонализации, дереализации и диссоциативной амнезии открывают новые области во взаимоотношениях «врач-пациент» [15, 16, 17].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Систематизация данных литературы о феноменологии расстройств самосознания, распространенности и клинических проявлениях деперсонализации-дереализации при разных формах психической патологии, с акцентом на значении в клиническом течении шизофрении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поиск отечественных и зарубежных исследований с использованием наукометрических баз данных (eLibrary, CyberLeninka, PubMed, ResearchGate) по следующим ключевым словам: расстройства самосознания, деперсонализация, дереализация, шизофрения, доманифестный этап.

ОБСУЖДЕНИЕ

Деперсонализация как транснозологический феномен

Следует отметить, что изолированный синдром ДП-ДР, представленный в современных классификациях, диагностируется достаточно редко, – от 0,8% до 2%. Связь между ДП-ДР и другими психиатрическими расстройствами (например, паникой, депрессией и расстройствами тревожного спектра) предполагает возможные общие патофизиологические или этиологические факторы [18, 19]. В общей популяции распространенность деперсонализации варьируется от 1% до 2% [20], хотя существует точка зрения, что деперсонализация встречается чаще, чем её диагностируют [27]. Не установлено существенных различий в проявлении деперсонализации в зависимости от пола [21], но сообщается о её более частой встречаемости среди подростков, причем учащиеся/студенты с деперсонализацией чаще проживали с одним родителем, происходили из неблагополучной социально-экономической среды, имели тяжелый уровень глобального психи-

ческого расстройства, страдали от социальной незащищенности, низкой глобальной самооценки, низкой способности к совладанию [22, 23]. В процессе формирования самосознания подростка может отмечаться нарушение способности воспринимать мир целостным, идентификации себя с единством собственного тела или мышления, порождая нарушение или снижение базового «Я» и чувства существования в связанном мире [24]. Показательно, что среди психиатрического контингента распространенность деперсонализации, по данным разных исследователей, достигает 80% [25, 26]. Отмечено более частое начало ДП у женщин в 20-30 лет, тенденция к распространению на все психические переживания объясняется церебральным происхождением [26].

По данным ряда исследователей, ДП может наблюдаться не только при невротических расстройствах, но и при шизофрении, экзогенно-органических и аффективных расстройствах с преобладанием подавленного настроения [27, 28]. Предлагается выделять первичную деперсонализацию, формирующуюся самостоятельно, изолированно, и вторичную, возникающую на фоне психического расстройства [28]. При обследовании студентов колледжа (n=1301, с пограничным и диссоциативным расстройствами, здоровые) выявлены 4 фактора ДП-ДР: когнитивно-эмоциональное самоотчуждение, перцептивное отчуждение, телесное самоотчуждение, отчуждение от реальности [29]. В случаях коморбидности деперсонализации с иными расстройствами рекомендуется определение основного диагноза, при этом подходом, отражающим представленность ДП при широком спектре психических расстройств, в том числе психического уровня, является её оценка в качестве транснозологического синдрома [29]. Обсуждаются случаи ДП при депривации сна [30], алкогольной абстиненции [31], употреблении марихуаны в виде распада чувства времени, тревожности, напряжения, гнева и спутанности сознания [32], гипертермии [33], пограничном расстройстве личности [34], черепно-мозговых травмах с коморбидными посттравматическим стрессовым расстройством и психогенным головокружением [35], опухолях центральной нервной системы [36], эпилепсии [37]. У пациентов с ДП зачастую имеют место минимальные органические изменения в нервной ткани [38, 39, 40]. Выделены феномены бредовой ДП у пациентов с аутоагрессией: феномен расщепления и бред одержимости, феномен исчезновения с коморбидными депрессивными расстройствами, феномен расщепления на фоне маниакального или смешанного аффекта [41]. В зависимости от клинико-динамических характеристик ДП в рамках эндогенных депрессий выделены типологические варианты: пароксизмальный,

затяжной и хронический, в анамнезе пациентов отмечаются краткосрочные единичные эпизоды ДП в форме неясных ощущений неопределенной внутренней измененности на фоне переутомления, стрессовых факторов [42].

В развитии деперсонализации многие авторы указывают на значение тревоги, поскольку фобический компонент часто составляет основу ДП, в частности указывается на связь ДП с дисфорическим и стойким депрессивным аффектом, хронической тревогой [43], паническим расстройством и агорафобией [44]. ДП рассматривалась как расстройство развития самосознания, при этом ранее были выделены этапы становления синдрома ДП в юношеском возрасте: 1) витальная ДП (аффективные расстройства проявляются витальным, беспредметным, протопатическим страхом, 2) преобладание аллопсихических феноменов, сочетание тревоги с дистимией, 3) соматопсихические нарушения с 12-13 лет, 4) присоединение собственно аутопсихической деперсонализации [45]. В ряде работ тревожно-фобическая ДП трактуется как наиболее характерный для невротических расстройств вариант, как реакция на стресс и угрожающую непреодолимую тревогу, вместе с тем ДП в нормальной популяции, а также при функциональных и органических заболеваниях имеет нейрофизиологический путь развития [46, 47]. В спектре невротических расстройств ДП описывается при генерализованном тревожном расстройстве, диссоциативном подтипе ПТСР с преобладанием симптомов повторного переживания и гипервозбуждения из-за травматических воспоминаний [48], паническом расстройстве с ипохондрическими переживаниями и панических атаках с деперсонализационно-дереализационными переживаниями [49], обсессивно-компульсивном расстройстве в виде синдрома интеллектуальной обсессивной ДП [50], тревожно-фобическом расстройстве, когда повышенная тревога последовательно изменяет симптомы ДП-ДР у пациентов с периферийным вестибулярным синдромом [51].

Приводятся показатели распространенности ДП-ДР: 1,9% – в общей популяции, 5-20% и 17,5-41,9% – в выборках амбулаторных и стационарных пациентов, 1,8-5,9% – при злоупотреблении ПАВ, 3,3-20,2% и 3,7-20,4% – при тревожных и диссоциативных расстройствах, 16,3% – шизофрении, 17% – пограничном расстройстве личности, с наибольшей частотой – при депрессии (50%) [52]. Показана высокая частота встречаемости симптомов ДП-ДР у пациентов с социальной фобией в сравнении с контрольной группой здоровых (92% против 52%) в условиях стрессовой ситуации, обнаружена сильная положительная взаимосвязь с поведением безопасности и обработкой информации после угрожающего события [53].

При паническом расстройстве ДП ограничивается короткими эпизодами на высоте приступа пароксизмальной тревожности, обычно в виде ауто- и аллопсихической форм. Выявлена статистически значимая связь между ранним началом ДП и паническим расстройством [54]. Пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством могут испытывать соматопсихическую ДП в ходе исполнения ритуальных действий, после их завершения она редуцируется [55]. При депрессии ДП напрямую связывают с тяжестью депрессивного эпизода [56], в связи с чем существует предположение о патогенетическом родстве ДП и депрессии [59].

К характерным проявлениям ДП относят болезненную психическую анестезию [57, 58], а также ощущение замедления течения времени и восприятие окружающей обстановки блёклой, утратившей краски. При маниакальном синдроме, напротив, пациенты отмечают яркость, красочность восприятия окружения [60]. В литературе существует и противоположная точка зрения. Так, ещё К. Науг (1936) полагал, что ДП при депрессии встречается довольно редко, и даже рассматривал такие симптомокомплексы как деперсонализационно-подобные [61].

Деперсонализация в клинике шизофрении

В некоторых сравнительных исследованиях обнаружено, что частота проявлений ДП при биполярном аффективном и паническом расстройствах существенно ниже таковой при шизофрении [62, 63, 64]. Нарушения восприятия себя или окружающего могут наблюдаться в продромальных фазах шизофрении и при шизотипических расстройствах. Расстройства самоощущения предлагается рассматривать как предиктор расстройств шизофренического спектра [64]. По данным мета-анализа, расстройства самосознания показали большую специфичность для расстройств шизофренического спектра в сравнении с иными психическими расстройствами [65]. Расстройства личности имели большую вероятность возникновения в рамках расстройств шизофренического спектра ($p < 0,01$), соответственно РЛ являются основной клинической характеристикой шизофрении [66]. Обращаясь к историческому аспекту, следует отметить, что ещё «старые» авторы указывали на возникновение ДП в первую очередь при шизофрении [66, 67, 68], некоторые исследователи даже выделяют «особую» или «бредовую» ДП [67]. Размытые концептуальные границы ДП вызывают путаницу, тем более что в последнее время ДП стали относить к диссоциативным расстройствам. Однако рассогласование определения вызвало дальнейшие осложнения в изучении ДП, поэтому целесообразно использовать этот термин только для обозначения исходного ядра поведения, поскольку оно показало достаточную стабильность [68].

По мнению К. Jaspers'a (1913), само переживание измененности и отчуждения психических процессов является основой для формирования психических автоматизмов. По его описаниям, при нарушении «осознания собственного единства» возникает переживание «отделения души от тела», раздвоения или расщепления личности пациента. Последующая утрата «осознания собственной идентичности» может приводить к развитию чувства изменения собственного Я на фоне развития психоза. Нарушение «осознания личного бытия» предполагает возможность тенденции формирования открытости мыслей. Именно поэтому Jaspers считал, что ДП в большей степени характерна для шизофрении [6].

W. Mayer-Gross рассматривал ДП с феноменологической точки зрения – как переживание отчуждения по отношению к себе, а дереализацию – по отношению к окружающей среде, обоснованно полагая, что эти два переживания могут способствовать формированию бредовых симптомов [26]. Развивая данные представления, в конце XX века С. Sharfetter предложил выделять 5 компонентов самосознания, близких к описанным К. Jaspers'ом и К. Shneider'ом. По представлению Sharfetter'a, каждый из этих компонентов может нарушаться при ДП и становиться причиной формирования бреда [69].

Современными авторами соотнесение деперсонализации лишь с невротическими расстройствами часто подвергается сомнению, а изменения в самоощущении, восприятии других людей и окружающей среды выделяются как фундаментальные элементы допсихотических переживаний, характерных для формирования основных элементов шизофренических симптомов первого ранга [70, 71, 72, 73, 74, 75]. Были предложены диагностические критерии шизофрении, распознавания шизофреноформного или шизофреноподобного психоза [70]. При первом эпизоде шизофрении выделены факторы риска (нарушение восприятия себя, чрезмерная озабоченность и уход в сверхценные идеи) продромального поведения (уход из учебного заведения, выраженное изменение интересов, выраженная и продолжительная социальная пассивность, уход или изоляция, выраженное и продолжительное изменение внешнего вида и поведения) [71]. Аномальные субъективные переживания, включая изменение базового чувства себя, становятся основным маркером расстройств шизофренического спектра; обнаружена связь между потенциально высоким риском шизофрении/психозом, субпсихотическими симптомами, субъективным опытом когнитивной и когнитивно-перцептивной уязвимости, уровнем функционирования [72]. Показано сходство между ДП и расстройствами шизофренического спектра, формы

сниженной самоаффектации (ДП) могут включать характерные при шизофрении переживания. Автоматические или дефицитарные факторы (путаница себя/мира, себя/других) чаще встречаются при расстройствах шизофренического спектра [73]. Клиническая изменчивость и гетерогенность изменений в само- и мироощущении, переживания преувеличенного базового Я типичны для шизофрении [74, 75].

Существует мнение, что ДП-ДР является промежуточным состоянием в континууме субъективных переживаний, которые могут привести к развитию таких симптомов [76, 77, 78]. Исследования раннего течения шизофрении выявили препсихотическую продромальную стадию, психотическую префазу, общие для шизофрении и депрессии продромальные симптомы [77]. Симптомы первого ранга специфичны не только для шизофрении, но и биполярного расстройства [78].

Нарушение самосознания, т.е. изменения перспективы от первого лица, ассоциируемые с шизофренией, особенно на ранних стадиях, описывается как аномальные переживания, которые воспринимаются как происходящие с «Я», но без участия «Я» [79]. Обсуждаются феноменологические исследования изменений в познании, восприятии, самости и реальности, темпоральности, межличностном опыте и воплощении, а также их последствия для концептуализации галлюцинаций, которые рассматриваются как эквивалентный результат генетических, нейрокогнитивных, субъективных и социальных процессов. Опыт переживания ДП-ДР приближается к опыту переживаний расстройств шизофренического спектра [80].

Многие отечественные авторы выделяли «особую» или «бредовую» деперсонализацию [81, 82, 83]. Бред устанавливается благодаря тому, что изменяется восприятие окружающего, деградирующий интеллект не справляется с новыми ощущениями и галлюцинациями и допускает ошибки суждения [81]. А.В. Снежневский предлагал относить к ДП любое нарушение самосознания, выделяя в его структуре ощущение утраты единства личности, отчуждение, искажение психических процессов [84]. Бредовая деперсонализация при некоторых бредовых синдромах, по Снежневскому, – изменение сознания личности, когда больные «перестают быть для себя прежней личностью и становятся в своем сознании богом, властителем вселенной, посланцем иных планет...». Под самосознанием понимается отражение в сознании субъективных процессов и собственной личности. Клиническими критериями нарушения самосознания является расстройство сознания Я как личности и отсутствие или искажение сознания субъективной принадлежности собственных психических актов, а также психические автоматизмы [85].

Психические автоматизмы оцениваются как ДП с компонентом насильственности и воздействия извне, с восприятием своих ощущений и действий как инородного, с чувством отчужденности, неестественности, неконтролируемости своего поведения [86]. Рассматриваются бредовые варианты алло-, ауто- и соматопсихической ДП, включающие качественное изменение восприятия личностью своих психических процессов, физической деятельности и окружающего; при этом основными феноменами БП являются расщепление, исчезновение, перевоплощение [41].

Предпринимаются попытки установить специфические для шизофрении формы ДП. Одним из таких проявлений является ангедония, дано описание витальной ДП, при которой происходит растворение собственного «Я» больного шизофренией, чувство внутреннего разлада, что является наиболее трудным для речевой объективизации. Для оптимизации лечения ангедонии обоснована необходимость понимания нейробиологических коррелятов мотивации и удовольствия [87, 88]. Выделены типы ДП (личностных свойств, психических функций, сенсорных функций), основные синдромы (аффективно-деперсонализационный, деперсонализационно-ипохондрический, прогрессивный, регрессивный и фазный варианты динамики. Личностный тип ДП сопровождается чувством измененности, раздвоения собственной личности. Психофункциональный тип включает ощущения измененности окружающего, снижение живости эмоционального реагирования. Сенсорный тип характеризуется ощущениями утраты автоматичности своих движений, сенестопатиями, ощущением отсутствия частей тела, нарушением схемы тела [89, 90]. Во время приступов шизофрении в начале наблюдения ДП не была созвучна с бредом, существуя автономно, но при катанестическом наблюдении становилась дефектной или бредовой, срастаясь с бредом, по мере нарастания негативной симптоматики ДП постепенно тускнела, стиралась [92]. ДП в клинической картине шизофрении может наблюдаться уже в детско-подростковом возрасте, в виде коротких пароксизмов от нескольких минут до нескольких часов [22]. В динамике заболевания ДП может проявиться на любом этапе шизофренического процесса и распространяться на все сферы самосознания [93]. Установлено, что на доманифестном этапе в изолированном виде чаще обнаруживается аутопсихическая и соматопсихическая ДП, реже – аллопсихическая. В клиническом течении шизотипического расстройства выделяется отдельная форма с преобладанием деперсонализационной симптоматики, нередко с тенденцией больных к ипохондрической интерпретации своих переживаний [94].

Одним из частых и постоянных проявлений ДП при шизотипическом расстройстве считаются нарушения контроля и управляемости мышления [95]. С этим связано своеобразие описания ДП пациентами с применением «вычурных» сравнительных оборотов. По мере прогрессирования эндогенного заболевания происходит трансформация классической ДП в дефектную, когда начинают преобладать переживания измененности собственной личности [96].

Кроме того, при шизотипическом расстройстве ДП часто бывает ассоциирована с непсихотическими нарушениями (аффективными расстройствами, дисморфией, сенестопатией, повышенной тревогой, навязчивой и фобической симптоматикой). Навязчивости у данной категории пациентов отличаются эгосинтонностью, низкой осознанностью и часто имеют сексуальное содержание [97, 98]. Отмечается, что особенности клинических проявлений ДП в клинике шизотипического расстройства могут способствовать диагностическим ошибкам в связи с неправильной интерпретацией переживаний пациентов [99].

ДП также может доминировать в клинической картине доманифестного этапа параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства [100]. При параноидной шизофрении отмечена тематическая трансформация ДП в соответствии с фабулой бредовых идей – психотическая реперсонализация “psychotic re-personalization” [101]. Более 60 лет назад А.А. Меграбян указывал на то, что содержание бредовых идей часто вытекает из ДП [25]. Показано, что ДП является защитным процессом сознания, включающимся для нейтрализации переживаний и неприятных эмоций; она искажает, отрицает, трансформирует или фальсифицирует восприятие реальности, чтобы сделать тревогу менее угрожающей, защищает идентичность личности при воздействии стресса посредством отчуждения, отстранения от собственной личности, эмоционально-ценностного компонента [102].

Описаны варианты трансформации классической ДП на доманифестном этапе в бредовую ДП по мере формирования нигилистического бреда [103]. На высоте шизоаффективного психоза ДП представляет собой основу бреда инсценировки, метаморфоза, перевоплощения [104, 105, 106, 107, 108]. Бредовое переживание собственной измененности является основой характерных бредовых идей. Признаками бреда являются субъективная убежденность больного в верности своих умозаключений, невозможность коррекции бреда с помощью опыта и вытекающих из него выводов, несоответствие субъективных убеждений объективной реальности. В ряде исследований рассматриваются клинические проявления ДП-ДР при шизофрении и иных видах патологии.

Выделены типы ДП: 1) невротический, возникающий на фоне аффекта тревоги, страха, характеризующийся отчуждением собственных действий, 2) аффективный, появляющийся на фоне депрессии, проявления которого соотносятся с переживанием болезненной психической анестезии, 3) шизофренический, со свойственным отчуждением собственного «Я» [109].

Предложена дифференциация качественной и количественной ДП. Количественная ДП (аффективная или циркулярная) развивается в соответствии с маниакальным или депрессивным аффектом. При депрессии окружающее воспринимается нечетко, в мрачных тонах, при мании, напротив, кажется сияющим и ярким. Для качественной или шизофренической ДП деталям окружающей обстановки придается надуманный смысл, ложные значения. Нарушение общего чувства – субстрат для возникновения ДП-ДР и помрачения сознания, на базе нарушенного сознания возникают психотические состояния различной структуры [110].

Разработана систематика ДП по степени тяжести: при легкой степени преобладает утрата активности, единства собственного «Я»; для средней степени характерна психическая анестезия, сопровождающаяся отчуждением эмоций, телесных ощущений, окружающего мира; к тяжелым проявлениям относится отчуждение идеаторных форм самосознания. По типологии ДП при I типе преобладает утрата чувства активности, возникает ощущение раздвоения в сочетании с тревожностью, вегетативными расстройствами, навязчивым самоанализом. При II типе отчуждение распространяется на идеаторные сферы самосознания, самоанализ носит сверхценный ипохондрический характер. При III типе (психическая анестезия) в инициальной стадии преобладает эмоциональная недостаточность, в дальнейшем бесчувствие к близким, утрата способности ощущать чувства [111].

Имеются также указания, что выраженная ДП может блокировать симптоматику расстройства, при котором она возникает. В ряде случаев тяжелая ДП представляет собой хронический и инвалидизирующий синдром, для которого нет общепризнанной этиологии или лечения. Симптомы ДП в сочетании с обсессивно-компульсивным и паническим расстройствами редуцировались блокаторами обратного захвата серотонина [112, 113]. Высказывается мнение, что ДП при шизофрении препятствует развитию психоза и негативной симптоматики. Так как шизофрения или депрессия рассматриваются как болезнь, а ДП как симптом, существующие классификации ДП базируются либо на феноменологическом принципе, либо на том, в рамках какого заболевания встречаются проявления ДП (шизофреническая, депрессивная, невротическая, органическая) [114].

Выдвинуто предположение, что шизофрения с проявлениями ДП имеет более мягкое и медленное клиническое течение [115].

Анализ ДП в качестве фактора прогноза развития расстройств шизофренического спектра в течение жизни проводился лишь в единичных работах. С использованием шкалы исследования аномального самовосприятия EASE осуществлялось выявление расстройств самосознания среди подростков, в последующем (в зрелом возрасте) процедура исследования повторялась. В обследованной выборке (n=39) расстройства шизофренического спектра на этапе катамнеза были диагностированы в 23,1% случаев, т.е. расстройства самосознания продемонстрировали высокую стабильность с течением времени [116]. Результаты этого исследования подтверждены в работе авторов из Дании (n=96), которыми была выявлена высокая корреляция между нарушением адекватного отражения объективной реальности на исходном уровне и при повторном наблюдении через 5 лет, большинство из 25 пунктов шкалы аномального самовосприятия обнаружили равные пропорции между исходным уровнем и при последующем наблюдении [117].

Некоторые исследователи рассматривают расстройства самосознания как фенотип шизофрении [118, 119, 120]. Аномалии функций мозга и тела, связанные с мультисенсорной интеграцией, дифференциальной обработкой телесной информации, связанной с «Я» и «Другими», опосредующей самоощущение, могут лежать в основе нарушения расстройств «Я» при шизофрении [119]. Изучение связи между расстройствами самосознания, когнитивными дефицитами и симптомами при шизофрении показало, что утрата самовосприятия коррелирует с шизофренией, но не с когнитивными дефицитами. За исключением дефицита внимания, нейрокогнитивные нарушения у пациентов с шизофренией не превышают таковые в контрольной группе, что подтверждает точку зрения на шизофрению как на заболевание, характеризующееся специфическими чертами дорефлективного самонарушения, связанными с тяжестью симптомов [120]. Обнаружена ассоциация формальных нарушений мышления с расстройствами самосознания у пациентов с шизофренией. Связь между формальным расстройством мышления и расстройством личности укрепляет представление о расстройстве личности как об объединяющем психопатологическом ядре, лежащем в основе неоднородных симптомов шизофрении [121].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психопатологические и клинико-нозологические аспекты деперсонализации, несмотря на более чем вековой период её изучения, до настоящего времени не получили однозначной оценки.

В современных классификациях деперсонализация включена в кластер невротических расстройств, но часто диагностируется в клиническом течении целого спектра психопатологических состояний, в том числе при шизофрении. В современной литературе выделяются клинические варианты деперсонализации, предполагается их различная представленность в нозологической структуре невротических, аффективных расстройств и шизофрении. В данном контексте обсуждаются патогенетические связи деперсонализации с тревогой и депрессией, а в клинике шизофрении её проявления рассматриваются как базисные допсихотические переживания при формировании шизофренических симптомов первого ранга, однако эти представления не являются окончательно верифицированными. Поскольку шизофрению отличает полиморфизм клинической симптоматики, а деперсонализация может наблюдаться при различных вариантах течения заболевания и на всех этапах процесса, её клинико-патогенетические особенности могут заключать значимый диагностический и прогностический потенциал. В этой связи дальнейшее изучение психопатологических, клинико-динамических и прогностических аспектов деперсонализации в течении шизофрении представляется актуальной задачей, поскольку предполагает оптимизацию диагностики, персонализированной терапии и прогноза.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках основного плана НИР ФГБУ «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Проведён контент-анализ научных публикаций, клиническое исследование/испытание, связанное с людьми в качестве субъектов, не проводилось, в связи с чем его рассмотрение в локальном этическом комитете не требовалось.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Krishaber M. De la neuropathie cerebrocardiaque. Paris, 1873:139.
- Dugas L. Un cas de dépersonnalisation. Revue philos. 1898;XLV:500-607.
- Dugas L. Moutier – Dépersonnalisation et émotion. Revue Philosophique de la France et de l'Étranger (Paris). 1910;LXX:441-460.
- Dugas L. Moutier – La dépersonnalisation et la perception extérieure. J. De Psych. Norm. Et Path. 1910;7:481-498.
- Janet P. Le sentiment de dépersonnalisation. J. Norm. Et Path. 1908;19:514-516.
- Ясперс К. Общая психопатология: перевод с немецкого. М.: Изд-во Практика, 1997. 1053 с. Jaspers K. General psychopathology: translation from German. Moscow: Praktika Publishing House, 1997:1053 (in Russian).
- Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Изд-во Сфера, 1999. 36 с. Schneider K. Clinical psychopathology. Kiev: Publishing House Sfera, 1999:36 (in Russian).
- Schilder P. Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Berlin: Julius Springer, 1914:97.
- Ackner B. Depersonalization: I. Etiology and Phenomenology. II. Clinical syndromes. J. Ment. Sci. 1954;100(8):838-872. <https://doi.org/10.1192/bjp.100.421.838>
- Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций. Валдай, 1970. 190 с. Snezhnevsky AV. General psychopathology: course of lectures. Valdai, 1970: 190 (in Russian).
- Большая советская энциклопедия: в 30 т. / гл. ред. А.М. Прохоров. 3-е изд. М.: Изд-во «Советская энциклопедия», 1969-1978. Great Soviet Encyclopedia: 30 volumes / AM. Prokhorov (ed). 3rd ed. Moscow: Publishing House Soviet Encyclopedia, 1969-1978 (in Russian).
- 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 systematics). Difficult Patient. 2019;17(5): 43-50. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2019-10042> (in Russian).
- Arlow JA. Psychoanalysis and time. J Am Psychoanal Assoc. 1986;34(3):507-28. <https://doi.org/10.1177/000306518603400301>. PMID: 3760442.
- Goldberg A. Self-psychology and the narcissistic personality disorders. Psychiatr Clin North Am. 1989 Sep;12(3):731-9. PMID: 2798203.
- Brenner I. The characterological basis of multiple personality. Am J Psychother. 1996 Spring;50(2):154-66. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1996.50.2.154>. PMID: 8804518.
- Chefetz RA. The paradox of “detachment disorders”: binding-disruptions of dissociative process. Psychiatry. 2004 Fall;67(3):246-55. <https://doi.org/10.1521/psyc.67.3.246.48980>. PMID: 15491939.
- Janzarik W. Autopraxis, Desaktualisierung, Aktivierung und die Willensthematik [Autopractice, derealization, activation, and the subject of will]. Nervenarzt. 2004 Nov;75(11):1053-60. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1760-1>. PMID: 15372157.
- Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalization and derealization. A systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Jan;39(1):9-18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>. PMID: 15022041.
- Michal M, Beutel ME, Grobe TG. Wie oft wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung (ICD-10: F48.1) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert? [How often is the Depersonalization-Derealization Disorder (ICD-10: F48.1) diagnosed in the outpatient health-care service?]. Z Psychosom Med Psychother. 2010;56(1):74-83. German. <https://doi.org/10.13109/zptm.2010.56.1.74>. PMID: 20229493.

20. Sierra M. Depersonalization: A new look at a neglected syndrome. New York, Cambridge University Press, 2009:182.
21. Roberts WW. Normal and abnormal depersonalization. *J Ment Sci.* 1960 Apr;106:478-93. <https://doi.org/10.1192/bjp.106.443.478>. PMID: 14437841.
22. Parnas J, Carter J, Nordgaard J. Premorbid self-disorders and lifetime diagnosis in the schizophrenia spectrum: a prospective high-risk study. *Early Interv Psychiatry.* 2016 Feb;10(1):45-53. <https://doi.org/10.1111/eip.12140>. Epub 2014 Apr 11. PMID: 24725282.
23. Michal M, Duven E, Giralt S, Dreier M, Müller KW, Adler J, Beutel ME, Wölfling K. Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12-18 years in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Jun;50(6):995-1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0957-2>. Epub 2014 Sep 9. PMID: 25201182.
24. Borda JP, Sass LA. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors. *Schizophr Res.* 2015 Dec;169(1-3):464-473. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.024>. Epub 2015 Oct 26. PMID: 26516103.
25. Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван: Армянское гос. изд-во, 1962. 352 с. Mehrabyan AA. Depersonalization. Yerevan: Armenian State Publishing House, 1962:352 (in Russian).
26. Mayer-Gross W. On depersonalization. *Br J Med Psychol.* 1935;15:103-126. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1935.tb01140.x>.
27. Cattell JP, Cattell JS. Depersonalization: psychological and social perspectives. *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edition / S. Arieti (ed.). New York: Basic Books, 1974:766-799.
28. Lambert MV, Senior C, Fewtrell WD, Phillips ML, David AS. Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study. *J Affect Disord.* 2001 Mar;63(1-3):249-56. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00197-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00197-x). PMID: 11246104.
29. Sar V, Alioğlu F, Akyuz G. Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: The spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and healthy controls. *J Trauma Dissociation.* 2017 Jul-Sep;18(4):490-506. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240737>. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27681414.
30. Bliss EL, Clark LD, West CD. Studies of sleep deprivation-relationship to schizophrenia. *AMA Arch Neurol Psychiatry.* 1959 Mar;81(3):348-59. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1959.02340150080009>. PMID: 13626285.
31. Spiegel D. Hypnosis. *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* / JA Talbot, RE Hales, SC Yudofsky (ed.). Washington D.C.: Amer. Psychiatric Press, 1988:907-928.
32. Mathew RJ, Wilson WH, Humphreys D, Lowe JV, Weithe KE. Depersonalization after marijuana smoking. *Biol Psychiatry.* 1993 Mar 15;33(6):431-41. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(93\)90171-9](https://doi.org/10.1016/0006-3223(93)90171-9). PMID: 8490070.
33. Sedman G. An investigation of certain factors concerned in the aetiology of depersonalization. *Acta Psychiatr Scand.* 1972;48(3):191-219. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1972.tb04363.x>. PMID: 4680571.
34. Shah R, Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Levels of depersonalization and derealization reported by recovered and non-recovered borderline patients over 20 years of prospective follow-up. *J Trauma Dissociation.* 2020 May-Jun;21(3):337-348. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1719259>. Epub 2020 Jan 30. PMID: 32000616; PMCID: PMC9423009.
35. Grigsby J, Kaye K. Incidence and correlates of depersonalization following head trauma. *Brain Inj.* 1993 Nov-Dec;7(6):507-13. <https://doi.org/10.3109/02699059309008178>. PMID: 8260954.
36. Lehmann LS. Depersonalization. *Am J Psychiatry.* 1974 Nov;131(11):1221-4. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.11.1221>. PMID: 4424036.
37. Sedman G, Kenna JC. The occurrence of depersonalization phenomena under LSD. *Psychiatr Neurol (Basel).* 1964;147:129-37. <https://doi.org/10.1159/000128893>. PMID: 14134229.
38. Дереча В.А., Малкин П.Ф. Гипопатический синдром (клинико-электрофизиологические данные). Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечение депрессивных заболеваний. Л., 1969. С. 227-236. Derecha VA, Malkin PF. Hypopathic syndrome (clinical and electrophysiological data). Relevant issues of clinical psychopathology and treatment of depressive illnesses. Leningrad, 1969:227-236 (in Russian).
39. Светлакова Н.Ф. Гипопатический синдром. Клиника и терапия психических заболеваний с затяжным течением / под ред. П.Ф. Малкина. Вып. 2. Свердловск, 1959. С. 85-102. Svetlakova NF. Hypopathic syndrome. Clinical picture and therapy of mental illnesses with a protracted course / PF Malkin (ed.). Issue 2. Sverdlovsk, 1959:85-102 (in Russian).
40. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965. 319 с. Zhislin SG. Essays on Clinical Psychiatry. Moscow: Meditsina Publishing House, 1965:319 (in Russian).
41. Басова А.Я. Бредовая деперсонализация (варианты, динамика, коморбидность): автореф. дис. ... к.м.н. М., 2008. 23 с. Basova AY. Delusional depersonalization (variants, dynamics, comorbidity): dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 2008:23 (in Russian).
42. Деменева А.А., Ретюнский К.Ю. Психопатологическая дифференциация деперсонализационных расстройств при эндогенной депрессии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 4 (97). С. 31-37. Demeneva AA, Retyunsky KY. Psychopathological differentiation of depersonalization disorders in endogenous depression. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2017; 4 (97): 31-37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-31-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-31-37) (in Russian).
43. Tucker GJ, Harrow M, Quinlan D. Depersonalization, dysphoria, and thought disturbance. *Am J Psychiatry.* 1973 Jun;130(6):702-6. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.6.702>. PMID: 4701963.
44. Noyes R Jr, Woodman C, Garvey MJ, Cook BL, Suelzer M, Clancy J, Anderson DJ. Generalized anxiety

- disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *J Nerv Ment Dis.* 1992 Jun;180(6):369-79. <https://doi.org/10.1097/00005053-199206000-00006>. PMID: 1593271.
45. Беззубова Е.Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания. *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1993. Т. 93, № 3. С. 40-44. Bezzubova EB. Depersonalization as a disorder of self-awareness development. *S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry.* 1993;93(3):40-44 (in Russian).
 46. Ambrosino SV. Phobic anxiety-depersonalization syndrome. *N Y State J Med.* 1973 Feb 1;73(3):419-25. PMID: 4510099.
 47. Shrager D. The phobic anxiety-depersonalization syndrome. *Psychiatric Opinion.* 1977; 14(6):35-40.
 48. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press, 1988:305-308.
 49. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. СПб.: Институт медицинского маркетинга, 1997. 304 с. Veyn AM, Dyukova GM, Vorobieva OV, Danilov AB. Panic attacks. St. Petersburg: Institute of Medical Marketing, 1997:304 (in Russian).
 50. 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.
 51. Kolev OI, Georgieva-Zhostova SO, Berthoz A. Anxiety changes depersonalization and derealization symptoms in vestibular patients. *Behav Neurol.* 2014;2014:847054. <https://doi.org/10.1155/2014/847054>. Epub 2014 Jan 28. PMID: 24803735; PMCID: PMC4006595.
 52. Yang J, Millman LSM, David AS, Hunter ECM. The prevalence of depersonalization-derealization disorder: A Systematic Review. *J Trauma Dissociation.* 2023 Jan-Feb;24(1):8-41. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2079796>. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35699456.
 53. Hoyer J, Braeuer D, Crawcour S, Klumbies E, Kirschbaum C. Depersonalization/derealization during acute social stress in social phobia. *J Anxiety Disord.* 2013 Mar;27(2):178-87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.002>. Epub 2013 Feb 7. PMID: 23434546.
 54. Hidalgo Rodrigo MI, Díaz González RJ, Lana Moliner A, Pena García I, Hidalgo Rodrigo MA. La depersonalización en los trastornos de pánico [Depersonalization in panic disorders]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1997 May-Jun;25(3):167-71. Spanish. PMID: 9381960.
 55. Крылов В.И. Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. Ростов-на-Дону, 2016. 300 с. Krylov VI. Obsessive states: anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders. Rostov-on-Don, 2016:300 (in Russian).
 56. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. 3-е изд. М., 2012. 287 с. Tsirkin S. Yu. Analytical psychopathology. 3rd ed. Moscow, 2012:287 (in Russian).
 57. Gebattel V.E. Zur Frage der Depersonalization. Ein Beitrag zur Theorie der Melancholie. *Nervenarzt.* 1937;10:169.
 58. Petrilowitsch N. Psychiatrische Krankheitslehre und psychiatrische Pharmakotherapie. New York, 1956:55-58.
 59. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация: проблема коморбидности. Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997. С. 103-112. Nuller YuL. Depression and depersonalization: the problem of comorbidity. *Depressions and comorbid disorders.* Moscow, 1997:103-112 (in Russian).
 60. Дубницкая Э.Б. Аффективные расстройства. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике. М., 2000. С. 5-20. Dubnitskaya EB. Affective disorders. Borderline mental pathology in general medical practice. Moscow, 2000:5-20 (in Russian).
 61. Haug K. Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse: Eine klinische und psychologische Studie). Mit einem Geleitwort von M. Rosenfeld. Stuttgart, 1936:263.
 62. Madeira L, Carmenes S, Costa C, Linhares L, Stanghellini G, Figueira ML, Sass L. Rejoinder to Commentary: "Panic, Self-Disorder, and EASE Research: Methodological Considerations". *Psychopathology.* 2017;50(3):228-230. <https://doi.org/10.1159/000477371>. Epub 2017 Jun 10. PMID: 28601869.
 63. Parnas J, Nordgaard J, Henriksen MG. Panic, Self-Disorder, and EASE Research: Methodological Considerations. *Psychopathology.* 2017;50(2):169-170. <https://doi.org/10.1159/000471505>. Epub 2017 Apr 11. PMID: 28395290.
 64. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2003 Mar-Apr;44(2):121-34. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50017>. PMID: 12658621.
 65. Burgin S, Reniers R, Humpston C. Prevalence and assessment of self-disorders in the schizophrenia spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2022 Jan 21;12(1):1165. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05232-9>. PMID: 35064201, PMCID: PMC8782935.
 66. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Berlin: Verlag von J. Springer, 1920:539.
 67. Фридман Б.Д. К учению о деперсонализации. Тр. психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та. М.; Л.: Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, 1934. Вып. 4. С. 48-60. Friedman BD. On the doctrine of depersonalization. *Works of the Psychiatric Clinic of the 1st Moscow Medical Institute.* Moscow; Leningrad: State Publishing House of Biological and Medical Literature, 1934. Issue 4:48-60 (in Russian).
 68. Berrios GE, Sierra M. Depersonalization: a conceptual history. *Hist Psychiatry.* 1997 Jun;8(30 Pt 2):213-29. <https://doi.org/10.1177/0957154X9700803002>. PMID: 11619439.
 69. Scharfetter C. *Allgemeine Psychopathologie.* Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag, 1991:332.
 70. Langfeldt G. Diagnosis and prognosis of schizophrenia. *Proc R Soc Med.* 1960 Dec;53(12):1047-52. <https://doi.org/10.1177/003591576005301214>. PMID: 13758881; PMCID: PMC1871652.
 71. Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull.* 2000;26(1):217-32. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033442>. PMID: 10755683.

72. Raballo A, Pappagallo E, Dell' Erba A, Lo Cascio N, Patane' M, Gebhardt E, Boldrini T, Terzariol L, Angelone M, Trisolini A, Girardi P, Fiori Nastro P. Self-disorders and clinical high risk for psychosis: An empirical study in help-seeking youth attending community mental health facilities. *Schizophr Bull.* 2016 Jul;42(4):926-32. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv223>. Epub 2016 Jan 12. PMID: 26757754; PMCID: PMC4903056.
73. Sass L, Pienkos E, Nelson B, Medford N. Anomalous self-experience in depersonalization and schizophrenia: a comparative investigation. *Conscious Cogn.* 2013 Jun;22(2):430-41. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.01.009>. Epub 2013 Mar 1. PMID: 23454432.
74. Feysaerts J, Sass L. Self-disorder in schizophrenia: A revised view (1. Comprehensive review-dualities of self- and world-experience). *Schizophr Bull.* 2024 Mar 7;50(2):460-471. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad169>. PMID: 38069912; PMCID: PMC10919772.
75. Sass L, Feysaerts J. Self-disorder in schizophrenia: A revised view (2. Theoretical revision-hyperreflexivity). *Schizophr Bull.* 2024 Mar 7;50(2):472-483. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad170>. PMID: 38069907; PMCID: PMC10919789.
76. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med.* 1989 Dec;80(12):646-52. PMID: 2697899.
77. Häfner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry.* 2006 Oct;5(3):130-8. PMID: 17139339; PMCID: PMC1636122.
78. Rosen C, Grossman LS, Harrow M, Bonner-Jackson A, Faull R. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: a 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2011 Mar-Apr;52(2):126-31. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.005>. Epub 2010 Sep 9. PMID: 21295217; PMCID: PMC8474964.
79. Mishara A, Bonoldi I, Allen P, Rutigliano G, Perez J, Fusar-Poli P, McGuire P. Neurobiological Models of Self-Disorders in Early Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2016 Jul;42(4):874-80. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv123>. Epub 2015 Sep 18. PMID: 26385763; PMCID: PMC4903042.
80. Pienkos E, Giersch A, Hansen M, Humpston C, McCarthy-Jones S, Mishara A, Nelson B, Park S, Raballo A, Sharma R, Thomas N, Rosen C. Hallucinations beyond voices: A conceptual review of the phenomenology of altered perception in psychosis. *Schizophr Bull.* 2019 Feb 1;45(45 Suppl 1):S67-S77. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby057>. PMID: 30715544, PMCID: PMC6357976.
81. Гиляровский В.А. Бред. Большая медицинская энциклопедия. М., 1958. Т. IV. С. 330-338. Gilyarovskiy VA. Delusion.. The Great Medical Encyclopedia. Moscow, 1958;IV:330-338 (in Russian).
82. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. М.: Крон-пресс, 1997. С. 73. Gindikin VYa. Lexicon of minor psychiatry. Moscow: Kron-press Publishing House, 1997:73 (in Russian).
83. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. М.: ОГИЗ, 1936. 137 с. Akkerman VI. Mechanisms of schizophrenic primary delusions. Moscow: Association of state book and magazine publishing houses, 1936:137 (in Russian).
84. Снежневский А.В. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии в двух томах. Т. 1. М.: Изд-во Медицина, 1983. С. 16-96. Snezhnevsky AV. Clinical psychopathology. Handbook of psychiatry in two volumes. Vol. 1. Moscow: Meditsina Publishing House, 1983:16-96 (in Russian).
85. Семенов С.Ф. О клинических проявлениях расстройства самосознания. Проблемы сознания: Материалы симпозиума / под ред. В.М. Банщикова. М., 1966. С. 240-247. Semenov SF. On clinical manifestations of disorder of self-awareness. Problems of consciousness: Proceedings of the symposium / VM Bانشchikov (ed.). Moscow, 1966:240-247 (in Russian).
86. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Изд-во Медицина, 1985. 288 с. Kovalev VV. Semiotics and diagnostics of mental illnesses in children and adolescents. Moscow: Meditsina Publishing House, 1985:288 (in Russian).
87. Juckel G, Sass L, Heinz A. Anhedonia, self-experience in schizophrenia, and implications for treatment. *Pharmacopsychiatry.* 2003 Nov;36 Suppl 3:S176-80. <https://doi.org/10.1055/s-2003-45127>. PMID: 14677076.
88. Беззубова Е.В. Клинические особенности витальной деперсонализации при шизофрении. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91, № 7. С. 83-86. Bezzubova EV. Clinical features of vital depersonalization in schizophrenia. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 1991;91(7): 83-86 (in Russian).
89. Ахапкина М.В. К вопросу о клиническом течении шизофрении с деперсонализационными расстройствами. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993. Т. 93, № 5. С. 82-85. Akhapkina MV. On the clinical course of schizophrenia with depersonalization disorders. S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry. 1993;93(5):82-85 (in Russian).
90. Ахапкина М.В. Некоторые аспекты психопатологии деперсонализационных расстройств при шизофрении. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993. Т. 93, № 4. С. 46-49. Akhapkina MV. Some aspects of psychopathology of depersonalization disorders in schizophrenia. S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry. 1993;93(4):46-49 (in Russian).
91. 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/PL.2020.11.2.013> (in Russian).
92. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. М., 2007. 336 с. Tsygankov BD, Ovsyannikov SA. Psychiatry. Fundamentals of Clinical Psychopathology. Moscow, 2007:336 (in Russian).
93. Смудевич А.Б. Лекции по психосоматике. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 352 с. Smulevich AB. Lectures on psychosomatics. Moscow: Medical Information Agency, 2014:352 (in Russian).

94. Наджаров Р.А., Тиганов А.С., Смулевич А.Б., Шахматов В.Ф., Иванов В.Л. Шизофрения. Руководство по психиатрии в двух томах / под ред. Г.В. Морозова. М.: Изд-во Медицина, 1988. Т. I. С. 420-485. Nadzharov RA, Tiganov AS, Smulevich AB, Shakhmatov VF, Ivanov VL. Schizophrenia. Handbook of psychiatry in two volumes / GV Morozov (ed.). Moscow: Meditsina Publishing House, 1988;I:420-485 (in Russian).
95. Барзах Е.Н. Юношеская астеническая несостоятельность и предболезнь. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л., 1986. С. 50-56. Barzakh EN. Juvenile asthenic incapacity and pre-illness. Pre-illness and high-risk factors in psychoneurology. Leningrad, 1986:50-56 (in Russian).
96. Haug K. Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1939:134-204.
97. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res.* 2022 May;243:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.014>. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35219003.
98. Koren D, Tzivoni Y, Schalit L, Adres M, Reznik N, Apter A, Parnas J. Basic self-disorders in adolescence predict schizophrenia spectrum disorders in young adulthood: A 7-year follow-up study among non-psychotic help-seeking adolescents. *Schizophr Res.* 2020 Feb;216:97-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.12.022>. Epub 2019 Dec 27. PMID: 31889574.
99. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2003 Mar-Apr;44(2):121-34. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50017>. PMID: 12658621.
100. Личко А.Е., Вдовиченко А.А., Капитанки В.Ю. и др. Прогноз при дебютах вялотекущей психопатоподобной и неврозоподобной шизофрении у подростков мужского пола (по данным многолетнего катамнеза). Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. Т. 86, № 10. С. 1517-1521. Lichko AE, Vdovichenko AA, Kapitanaki VYu et al. Prognosis at the debut of sluggish psychopathic and neurosis-like schizophrenia in male adolescents (according to long-term follow-up data). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 1986;86(10):1517-1521 (in Russian).
101. Faure H. Les Appartenances du Délirant. Paris, France: Presses Universitaires de France, 1965.
102. 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, Gorodovychk EV. Depersonalization as a protective-adaptive mechanism aimed at preserving ego-identity. *Pedagogical Education in Russia.* 2015;11:61-65 (in Russian).
103. Баранов П.А. Психопатология анестетической депрессии в клинике приступообразно-прогредиентной шизофрении: автореф. дис. ... к.м.н. М., 1989. 24 с. Baranov PA. Psychopathology of anesthetic depression in the clinical picture of paroxysmal-progressive schizophrenia: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). Moscow, 1989. 24 (in Russian).
104. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда (клинико-психопатологическое исследование). Иркутск: Восточно-Сибирское краевое изд-во, 1936. 136 с. Akkerman VI. Mechanisms of schizophrenic primary delusions (clinical and psychopathological study). Irkutsk: East Siberian Regional Publishing House, 1936:136 (in Russian).
105. Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. Труды Института им. П.Б. Ганнушкина. М.: Изд-во НИИ им. Ганнушкина, 1940. № 5. С. 5-147. Kronfeld AS. Problems of syndromology and nosology in modern psychiatry. *Proceedings of the P.B. Gannushkin Institute.* Moscow: Publishing House of the Gannushkin Research Institute, 1940;5:5-147 (in Russian).
106. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1998. 426 с. Morozov GV, Shumsky NG. Introduction into Clinical Psychiatry (Propaedeutics in Psychiatry). Nizhny Novgorod: Publishing House of the Nizhny Novgorod State Medical Academy, 1998:426 (in Russian).
107. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Изд-во Медицина, 1975. 192 с. Papadopoulos TF. Acute endogenous psychoses. Moscow: Meditsina Publishing House, 1975:192 (in Russian).
108. Личко А.Е. Неврозоподобные расстройства. Шизофрения у подростков. Л.: Изд-во Медицина, 1989. С. 80-82. Lichko AE. Neurosis-like disorders. Schizophrenia in adolescents. Leningrad: Meditsina Publishing House, 1989:80-82 (in Russian).
109. Fish FJ. Signs and symptoms in psychiatry. Bristol: John Wright, 1967:120.
110. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредаобразования. Независимый психиатрический журнал. 1992. № 1-2. С. 14-24. Anufriev AK. On the psychopathology of the initial manifestations of delusion formation. *Independent Psychiatric Journal.* 1992;1-2:14-24 (in Russian).
111. Воробьев В.Ю. Деперсонализация. Большая медицинская энциклопедия. М., 1977. Т. 7. С. 326-329. Vorobiev VYu. Depersonalization. *The Great Medical Encyclopedia.* Moscow, 1977;7:326-329 (in Russian).
112. Liebowitz MR, McGrath PJ, Bush SC. Mania occurring during treatment for depersonalization: a report of two cases. *J Clin Psychiatry.* 1980 Jan;41(1):33-4. PMID: 7351398.
113. Hollander E, Liebowitz MR, DeCaria C, Fairbanks J, Fallon B, Klein DF. Treatment of depersonalization with serotonin reuptake blockers. *J Clin Psychopharmacol.* 1990 Jun;10(3):200-3. PMID: 2115893.
114. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Изд-во Медицина, 1981. 207 с. Nuller YuL. Depression and depersonalization. Leningrad: Meditsina Publishing House, 1981:207 (in Russian).
115. Малкин П.Ф. Клиника и терапия психических заболеваний с затяжным течением. Ч. 1. Ч. 2. Свердловск, 1956, 1959. Malkin PF. Clinical picture and therapy of mental illnesses with a protracted course. Part 1. Part 2. Sverdlovsk, 1956, 1959 (in Russian).
116. Parnas J, Raballo A, Handest P, Jansson L, Vollmer-Larsen A, Saebye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen

- Prodromal Study. *World Psychiatry*. 2011 Oct;10(3):200-4. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00057.x>. PMID: 21991279, PMCID: PMC3188774.
117. Nordgaard J, Handest P, Vollmer-Larsen A, Sæbye D, Pedersen JT, Parnas J. Temporal persistence of anomalous self-experience: A 5-years follow-up. *Schizophr Res*. 2017 Jan;179:36-40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.001>. Epub 2016 Oct 5. PMID: 27720316.
 118. Wright M. Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *JAAPA*. 2020 Jun, 33(6):46-47. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000662412.51169.bf>. PMID: 32452962.
 119. Gallese V, Ardizzi M, Ferroni F. Schizophrenia and the bodily self. *Schizophr Res*. 2024 Jul;269:152-162. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.05.014>. Epub 2024 May 29. PMID: 38815468.
 120. Sandsten KE, Wainio-Theberge S, Nordgaard J, Kjaer TW, Northoff G, Parnas J. Relating self-disorders to neurocognitive and psychopathological measures in first-episode schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2022 Nov;16(11):1202-1210. <https://doi.org/10.1111/eip.13269>. Epub 2022 Jan 26. PMID: 35081668, PMCID: PMC9786869.
 121. Nordgaard J, Gravesen-Jensen M, Buch-Pedersen M, Parnas J. Formal thought disorder and self-disorder: An empirical study. *Front Psychiatry*. 2021 Apr 8;12:640921. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640921>. PMID: 33897496, PMCID: PMC8060494.

Поступила в редакцию 22.02.2025
Утверждена к печати 19.05.2025

Собенников Василий Самуилович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0000-0003-1062-9155. SPIN-код РИНЦ 6540-6472. Author ID РИНЦ 439217. vsobennikov@gmail.com

Лобков Сергей Александрович, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0009-0005-8650-721X. SPIN-код РИНЦ 9831-5062. Author ID РИНЦ 1226471.

✉ Лобков Сергей Александрович, itetcover@gmail.com

UDC 616.895.8:616.89-008.485:159.923.2(048)

For citation: Sobennikov V.S., Lobkov S.A. Depersonalization in the clinical picture of schizophrenia (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2025; 2 (127): 84-97. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2\(127\)-84-97](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2(127)-84-97)

Depersonalization in the clinical picture of schizophrenia (literature review)

Sobennikov V.S., Lobkov S.A.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Irkutsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Krasnoye Vosstaniye Street 1, 664003, Irkutsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. At the pre-manifest stage of schizophrenia, nonpsychotic disorders are an important object of study in terms of prognosis of the disease course. In this regard, there is a growing interest of domestic and foreign authors in the study of disorders of self-awareness in the clinical picture of schizophrenia, and the results obtained are assessed as significant ones for the early diagnosis of the disease. Meanwhile, despite the long history of describing depersonalization in the clinical picture of schizophrenia, in ICD-10, the disorders of self-awareness are not included in the rank of diagnostically and prognostically informative ones for this disease, and in modern guidelines, they are discussed only partially in this context. In the domestic national handbook of psychiatry, depersonalization-derealization syndrome (F48.1) is defined as a rare disorder and is included in the ICD-10 heading "Neurotic, stress-related and somatoform disorders" (F40-F48). The existing contradictions suggest the need for further study of depersonalization-derealization as manifestations of schizophrenia. **Objective:** to systematize literature data on the phenomenology of self-awareness disorders, prevalence and clinical manifestations of depersonalization-derealization in different forms of mental pathology, with an emphasis on their significance in the clinical course of schizophrenia. **Materials**

and Methods. A search for domestic and foreign studies using scientometric databases (eLibrary, CyberLeninka, PubMed, ResearchGate) was conducted using the keywords: *self-awareness disorders, depersonalization, derealization, schizophrenia, pre-manifest stage*. Studies containing information on depersonalization symptoms, mainly presented in the structure of schizophrenia spectrum disorders, were selected for analysis. **Results.** Literature data indicate a lack of unity of views among modern authors regarding the psychopathological and clinical-nosological aspects of depersonalization-derealization. In pathogenetic terms, the development of depersonalization is associated with anxiety, depression, and dissociation. In the ICD-10 classification, it is presented as a separate diagnostic rubric, but is widely used in the clinical picture of various mental disorders, including schizophrenia. Follow-up studies confirm the high stability of depersonalization-derealization throughout all stages of schizophrenia, both in the slowly progressive course and in the manifest forms of the disease. In the clinical picture of initial disorders, depersonalization can manifest itself in the form of short episodes, in combination with other disorders. In the manifest of paranoid schizophrenia, it can be associated with the formation of delusional ideas and mental automatisms. In the clinical picture of schizoaffective psychosis, depersonalization-derealization can also be the basis for the development of delusions of staging, metamorphosis, reincarnation. However, only a few works by modern authors are devoted to the analysis of the clinical typology of depersonalization-derealization in schizophrenia. The clinical variability of depersonalization in different types of course and at different stages of the disease requires clarification, since these data can contribute to the improvement of diagnosis, therapy, and prognosis. **Conclusion.** The analysis of the literature showed that, despite the long period of studying depersonalization-derealization, there remains a need for an in-depth study of this disorder in the clinical picture of schizophrenia. This is due to the prevalence of depersonalization in the clinical course of schizophrenia, its presence at all stages of the disease regardless of the type of course, its clinical and pathogenetic variability. This suggests the possibility of identifying clinical and prognostic characteristics in order to optimize the diagnosis, therapy, and prognosis of schizophrenia.

Keywords: disorders of self-awareness, depersonalization, derealization, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, premanifest stage.

Received February 22, 2025

Accepted May 19, 2025

Sobennikov Vasily S., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Irkutsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-1062-9155. SPIN-code RSCI 6540-6472. Author ID RSCI 439217. vsobennikov@gmail.com

Lobkov Sergey A., assistant of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Irkutsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russian Federation. ORCID iD 0009-0005-8650-721X. SPIN-code RSCI 9831-5062. Author ID RSCI 1226471.

✉ Lobkov Sergey A., itetcover@gmail.com