

Деперсонализационные расстройства (психопатологические особенности и систематика)

В.И.Крылов

Первый Санкт-Петербургский медицинский
университет им. акад. И.П.Павлова,
Санкт-Петербург

В статье анализируется содержание, объем и границы понятия деперсонализация. Рассматривается положение деперсонализации в общей семиотике психических и поведенческих расстройств, возможные подходы к систематике деперсонализационных нарушений. Обсуждается вопрос об общих и частных, облигатных и факультативных признаках деперсонализации.

Ключевые слова: нарушения самосознания, деперсонализация, дереализация.

Depersonalization Disorders (Psychopathologic Features and Systematization)

V.I.Krylov

Pavlov First Saint Petersburg State Medical
University, St. Petersburg

The article analyzes the content, scope, and boundaries of the concept of depersonalization. The position of depersonalization in general semiotics of mental and behavioral disorders, possible approaches to systematization of depersonalization disorders are considered. The question of general and private, obligatory and optional features of depersonalization is discussed.

Keywords: self-consciousness, depersonalization, derealization.

Деперсонализация – одно из наиболее сложных понятий клинической психопатологии, характеризующее разнородные по психопатологическим и патогенетическим характеристикам нарушения. Во многом в связи с этим до настоящего времени отсутствует единый подход в оценке феноменологической сущности, диагностического и прогностического значения деперсонализационных расстройств.

Термин деперсонализация в дословном переводе обозначает обезличивание или исчезновение «я». Представляет интерес тот факт, что некоторые исследователи многие годы, занимавшиеся данной проблемой, считали термин деперсонализация неудачным. По их мнению, более адекватно отражают клиническую и патогенетическую сущность данное феномена термины психическое отчуждение [1] или психическая анестезия [2].

Проблема дефиниций ключевых психопатологических понятий – одна из наиболее актуальных и сложных проблем общей психопатологии. Дефиниции научных терминов требует «разъяснения отличительных признаков», «раскрывающих описание существенных отличительных признаков объекта или явления».

Две основные характеристики научного термина: содержание и объем понятия. Содержание понятия – совокупность существенных дискриминирующих признаков, объем понятия – число объектов, обладающих данными признаками.

Термин отчуждение имеет различное значение в философии, психологии, психиатрии. В экзистенциальной философии понятие отчуждение отражает основу, сущность человеческого бытия. Столкновение человеческого сознания с окружающим миром порождает отчуждение. Таким образом, отчуждение – философская категория, выражающая объективизацию «качеств, результатов, деятельности и отношений человека», превращающая его «из субъекта в объект воздействия».

В психологии под отчуждением понимают состояние эмоционально-психической отстраненности, чуждости по отношению к кому-либо или чему-либо, в том числе по отношению к самому себе.

На сегодняшний день в клинической психиатрии сложились три основных подхода к пониманию феноменологической сущности деперсонализации. Сторонниками первой точки зрения деперсонализация трактуется как выход из под контроля личности отдельных психических процессов, психических свойств, психических и соматических функций [2–4]. Отчуждение психических функций рассматривается в качестве общего сущностного свойства всех клинических вариантов деперсонализации.

Важное дополнение к определению деперсонализации как расстройства самосознания с отчуждением различных психических процессов предлагают Б.Д.Цыганков и С.А.Овсянников [4]. Авторы считают необходимым отразить в определении два значимых признака деперсонализации: субъективную тягостность и наличие критического отношения к болезненным нарушениям (осознание и болезненность переживаний).

Сторонники противоположной точки зрения полагают, что в основе деперсонализации лежит изменение психических функций и личности [5–7]. В качестве сущностного признака деперсонализации рассматривается «ощущение измененности отдельных или всех психических процессов».

Приверженцы третьей, компромиссной точки зрения считают, что проявлением деперсонализации является как отчуждение, так и изменение психических функций [8–13]. При этом, подчеркивается, что переживание измененности и отчуждения затрагивает не только психические процессы, но и телесные, физиологические функции.

Отдельно хочется отметить то, что, по нашему мнению, использование в определении деперсонализации термина ощущение является неудачным и мало обоснованным. Термин ощущение применяется в клинической психопатологии для обозначения начального этапа нарушений чувственного познания. Традиционно к нарушениям ощущения относят симптомы гиперестезии и гипестезии, парестезии, сенестопатии. Более обоснованным на наш взгляд является использование в дефиниции деперсонализации термина переживание. Термин переживание имеет более широкое значение, не связан с патологией определенного психического процесса.

Развитие деперсонализационных расстройств объясняют «прорывом в сознание» протопатической чувствительности – таламических ощущений и эмоций. Доминирование протопатической чувствительности определяет недостаточную степень дифференцированности, неопределенный характер ощущений, чувств, представлений. Деперсонализационные нарушения несопоставимы, качественно отличны от прежних переживаний больных. Необычный характер переживаний, невозможность их описания в привычных терминах вынуждает больных прибегать к образным сравнениям метафорам. Высказывания больных носят характер предположений. Для словесного выражения переживаемого используются сравнительные союзы «как будто», «словно», сравнительные обороты «кажется, что».

У некоторых больных появляется собственная терминология, посредством которой они описывают свои переживания. В этом случае используемые больными термины приобретают известное сходство с неологизмами [6]. Однако, в отличие от истинных неологизмов, используемые термины употребляются только для характеристики собственных субъективных переживаний. Кроме того, в отличие от истинных неологизмов у больных с деперсонализацией присутствует критическое отношение к используемым терминам.

Для большинства больных характерно стремление как можно более точно передать свои переживания. Как правило, больные дают очень точные определения для своих переживаний. Для описания своего самочувствия и состояния обычно больные используют одни и те же речевые обороты, которые, по их мнению, наиболее точно характеризуют деперсонализационные нарушения. В специальном клинико-семантическом исследовании выделены общие категории, объединяющие лексический состав высказываний больных с деперсонализацией – «неодушевленность», «неопределенность», «иное существование», объединенные смысловым признаком «отчуждение» [5].

Актуальной задачей общей психопатологии является выделение общих и частных, облигатных и факультативных признаков деперсонализационных расстройств. По мнению ряда авторов, в качестве основной сущностной характеристики деперсонализационных нарушений может рассматриваться неопределенный, субъективно тягостный характер болезненных переживаний [5, 14, 15]. Однако в достаточно большом количестве случаев деперсонализационные переживания имеют предельно конкретный характер [16]. Аналогичным образом деперсонализационные нарушения отнюдь не всегда имеют субъективно тягостный характер. В случае деперсонализации измененности больные лишь констатируют появление изменений в эмоциональной и когнитивной сфере.

В большинстве анализируемых публикаций отчуждение психических процессов рассматривается в качестве общего облигатного признака деперсонализации. Однако в случае деперсонализации измененности отчуждения психических функций не происходит. Основные психические не противопоставляются «я» больного. Проявление деперсонализации измененности – субъективное количественное или качественное изменение переживания основных психических процессов. Количественные или качественные изменения хотя бы одного из основных психических процессов и функции наблюдаются при всех без исключения вариантах деперсонализации. Данный клинический признак рассматривается нами в качестве общего облигатного диагностического

критерия различных клинических вариантов деперсонализации. К числу частных факультативных признаков деперсонализации могут быть отнесены критерии, характеризующие особенности вербализации деперсонализационных нарушений, и наличие либо отсутствие критики к проявлениям болезни. Разделение деперсонализации на психотический и непсихотический варианты во многом определяется наличием или отсутствием критического отношения к болезненным нарушениям. Наряду с этим для психотического варианта деперсонализации характерна бредовая интерпретация деперсонализационных нарушений. В большинстве монографий, руководств и учебных пособий деперсонализационные расстройства относят к нарушениям самосознания [17–20]. Близкой позиции придерживается Ю.А. Антропов [21], рассматривающий деперсонализацию в качестве одного из вариантов парциального расстройства сознания. Данная позиция согласуется с классическим пониманием деперсонализации как «измененного сознания собственного наличного бытия» [22], следствия «гипотонии поля сознания с расколом между «я» и другими системами личности» [23]. Против отнесения деперсонализации к нарушениям самосознания возражает С.Ю. Циркин [24]. По мнению автора, в основе деперсонализации лежит искажение эмоций, сопровождающих восприятие «я» и окружающей реальности. Деперсонализация является нарушением «только эмоционального компонента самосознания и восприятия». При этом «рациональное понимание себя и смысловое восприятие окружающего полностью сохранено». Иначе говоря, сущность деперсонализации является диссонанс, расхождение между эмоциональной и рациональной оценкой. Автор аргументирует свою позицию тем, что понимание деперсонализации как проявления нарушения самосознания может привести к объединению в рамках одного термина разнородных в клиническом отношении понятий.

В некоторых изданиях деперсонализационные нарушения рассматривают в качестве одного из вариантов патологии восприятия [14, 16, 27]. Ряд авторов занимает двойственную позицию по этой проблеме. С одной стороны, деперсонализация рассматривается в разделе общей психопатологии, посвященном нарушениям восприятия, с другой стороны, отмечается правомерность отнесения деперсонализации к нарушениям самосознания [15, 28].

Оценивая обоснованность рассмотрения деперсонализации в качестве патологии того или иного психического процесса, нельзя не согласиться с мнением о том, что деперсонализация является следствием нарушения не отдельных психических функций, а психической деятельности в целом [11, 16, 19, 20].

Деперсонализационные нарушения рассматриваются в качестве симптома, синдрома и даже самостоятельного психического расстройства. Деперсонализация редко наблюдается в изолированном виде. Симптоматика деперсонализации наиболее часто наблюдается в структуре астенических, аффективных, навязчивых состояний.

Синдром деперсонализации, как и другие психопатологические синдромы, не обладает строгой нозологической специфичностью, встречаясь при широком круге расстройств. В качестве самостоятельного психического расстройства с хроническим рекуррентным течением деперсонализация встречается достаточно редко. Так называемый, первичный деперсонализационно-дереализационный синдром, как правило, наблюдается у больных детского и подросткового возраста [28].

Существуют различные подходы к систематике деперсонализационных расстройств. Существенным недостатком существующих вариантов типологии деперсонализационных расстройств является отсутствие единого подхода, положенного в основе предлагаемой систематики. В качестве единиц систематики рассматриваются отдельные варианты деперсонализации, выделенные на основе различных принципов оценки нарушений – топографического, феноменологического, психопатологического, клинико-патогенетического. В частности, витальная деперсонализация представляет собой не что иное как частный вариант соматопсихической деперсонализации. Так называемая, невротическая деперсонализация является разновидностью деперсонализации измененности, либо утраты. Аналогичным образом дефектная деперсонализация может представлять собой деперсонализацию отчуждения или утраты. Диагностические критерии МКБ-10 предполагают отнесение к деперсонализации нарушений, которые могут быть квалифицированы в качестве деперсонализации измененности мысли и действия («удалены», «оторваны»), утраты («утрачены»), отчуждения («не его собственные»). Аналогичным образом в качестве критериев дереализации рассматриваются признаки, характеризующие естественность («нереальные», «искусственные»), а также цветовые («бесцветные») и пространственные («отдаленные») характеристики внешних объектов.

Обязательным условием отнесения нарушений к деперсонализационным расстройствам является субъективный характер и спонтанное возникновение болезненных переживаний. Таким образом, диагностические критерии МКБ-10 исключают возможность отнесения к деперсонализации нарушений, обладающих признаком насильственности («навязанные внешними силами и другими людьми»). Благодаря данному критерию деперсонализационные нарушения отграничиваются от психических автоматизмов, характеризующихся признаком сделанности, наведенности. Критерий исключения предполагает отсутствие признаков выключения и помрачения сознания («ясное сознание»).

К сожалению, вне рамок диагностических критериев МКБ-10 оказались клинические признаки соматопсихической деперсонализации. В диагностических указаниях отсутствуют описания клинических проявлений деперсонализации расщепления.

Наибольшее распространение и признание получили систематики деперсонализационных расстройств, основанные на топографическом и феноменологическом принципах.

Топографическая систематика деперсонализации. Систематика деперсонализации К.Вернике основывается на трехкомпонентной модели «психического содержания личности», в которой находят отражение психические процессы и телесность, а также окружающий мир [29]. В соответствии с данной моделью К.Вернике выделил три основных разновидности деперсонализационных нарушений – аутопсихическую деперсонализацию с отчуждением психических процессов, соматопсихическую деперсонализацию с отчуждением телесных ощущений и витальных функций, а также аллопсихическую деперсонализацию с отчуждением объектов окружающего мира.

Аутопсихическая деперсонализация – субъективное переживание измененности, отчуждения или утраты эмоций, представлений, воспоминаний, чувства целостности и единства собственного «я».

Одним из наиболее ранних проявлений аутопсихической деперсонализации является переживание из-

менности, ущербности эмоциональной жизни. Снижается способность к сопереживанию. Уменьшается чувственная насыщенность образов представлений и воспоминаний. Больные отмечают, что стали жить одним умом, рассудком, «нет прежней полноты чувств».

Другим инициальным проявлением деперсонализации является ангедония – снижение способности к получению удовольствия, переживанию радости, утрата способности к восприятию ранее привлекательных эмоциональных стимулов.

По мере развития болезни постепенно снижается, а затем и полностью утрачивается способность переживать не только положительные, но и отрицательные эмоции. Скорбное бесчувствие (*anesthesia psychica dolorosa*) – крайняя степень выраженности деперсонализационных нарушений в эмоциональной сфере. Под скорбным бесчувствием понимают переживание полной утраты чувств с одновременным переживанием мучительности, тягостности своего состояния. Больные утрачивают способность различать удовольствие и неудовольствие, испытывать горе и радость, грусть, печаль, ненависть. Характеризуя свое душевное состояние, больные используют различные сравнения «окаменел», «одеревенел». В наиболее тяжелых случаях выявляется симптом потери мысленного зрения – невозможность не только чувствовать, но и мысленно представлять себе то, о чем думаешь [5].

Отмечается «парадоксальная внутренняя двойственность»: снижение или утрата эмоций, связанных с конкретными событиями и ситуациями, при сохранности общей аффективности. Важно отметить, что деперсонализация «есть не потеря чувства «я», а наоборот чувство потери «я». С одной стороны, больные говорят об утрате чувств, с другой – страдают от чувства отсутствия чувств [1].

В некоторых работах, посвященных общей психопатологии, разграничиваются понятия *anesthesia psychica dolorosa* и *anesthesia psychica* [4]. В первом случае сохраняется мучительное переживание утраты способности к эмоциональному реагированию, во втором случае – переживания в связи с потерей чувств отсутствуют.

Особую позицию в отношении оценки клинической сущности анестетических нарушений занимает F.Fish [30]. По мнению автора, психическая анестезия не является деперсонализационным нарушением, отражая «реальную эмоциональную измененность».

Деперсонализация в идеаторной сфере проявляется переживанием недостаточности, неполноценности интеллектуальных функций. Утрачивается чувство естественности мыслительного процесса. Больные утверждают, что не способны к сосредоточению, концентрации внимания, утратили способность к логическому мышлению. Типичными являются жалобы на ухудшение памяти. В то же время больные точно и подробно воспроизводят основные события прошлой жизни.

Особым вариантом нарушения самосознания является деперсонализация с избирательным отчуждением когнитивных функций – идеаторная деперсонализация или моральная ипохондрия [31]. Необходимо отметить, что термин идеаторная деперсонализация нередко использовался в литературе в качестве синонима по отношению к термину дефектная деперсонализация [5, 31, 32]. Различное толкование термина идеаторная деперсонализация одна из причин диагностических расхождений при оценке состояния больных с нарушениями самосознания.

Характерными для больных с моральной ипохондрией являются жалобы на обеднение словарного запаса, утрату навыков логического мышления. Переживание умственного обеднения сочетается с переживанием снижения способности к эмоциональному контакту, сопереживанию при минимальной проекции болезненных нарушений на область соматопсихики и аллопсихики [31]. Деперсонализация с избирательным отчуждением идеаторных функций обратима по мере нормализации настроения. По нашему мнению деперсонализация с парциальным отчуждением идеаторных процессов может рассматриваться в качестве одной из разновидностей депрессивной деперсонализации.

Деперсонализация проявляется изменением переживания отдельных либо всех психических процессов. В зависимости от диапазона или объема деперсонализационных расстройств [9] различают **парциальную и тотальную деперсонализацию**. При парциальной деперсонализации имеет место изменение переживания отдельных психических процессов: ощущений, эмоций, мышления, своего «я». Термин тотальная деперсонализация имеет различное толкование в литературе. В первом случае к тотальной деперсонализации относят изменения, затрагивающие в различной степени сферу ауто, сомато и алло психики. При втором толковании термина под тотальной деперсонализацией понимают полную утрату, исчезновение «ощущения собственного «я» [4].

Соматопсихическая деперсонализация – ослабление, отчуждение или утрата телесного тонуса и основных физиологических функций. Изменение телесных ощущений касается всего организма либо имеет проекцию на отдельные анатомические участки и зоны.

Телесная ангедония одно из наиболее характерных проявлений соматопсихической деперсонализации. Утрачивается привычное ощущение телесного комфорта. Больные отмечают, что «тело стало вялым», «приобрело старческую дряблость», «потеряло прежнюю гибкость и упругость». Характерным является притупление или потеря чувства «мышечной радости», удовольствия после физической нагрузки.

Изменяется характер тактильных ощущений. Притупляются ощущения, связанные с реакцией на температурные раздражители – тепло и холод. Больные замечают, что стали иначе или совсем перестали чувствовать прикосновение одежды. Утрачивается естественный эмоциональный тон болевых ощущений, переживание боли притупляется.

Появляется особое ощущение измененности, неестественности движений, походки. Больные отмечают наличие «скованности», «неловкости» в движениях.

Характерным является субъективное переживание измененности отдельных физиологических функций. Больные обеспокоены тем, что не могут управлять ритмом и глубиной дыхания. Появляется ощущение неполноценности вдоха и выдоха, не зависящее от внешних обстоятельств. Меняются ощущения, связанные с работой сердца. Больных беспокоит отсутствие субъективных ощущений, связанных с привычной реакцией организма на нагрузку.

Достаточно часто встречаются жалобы на отсутствие чувства удовлетворения и облегчения при опорожнении кишечника и мочевого пузыря, завершенности актов мочеиспускания и дефекации.

Тяжело переживается больными угнетение влечений – притупление или утрата чувства голода, насыщения, удовольствия при приеме пищи, ослабление или потеря либидо, исчезновение оргастических ощущений. Частой является жалоба на отсутствие

чувства сна. Больные упорно, в течение длительного времени жалуются на полную утрату чувства сна, при фактическом его наличии.

Особая разновидность деперсонализационных расстройств, так называемая **витальная деперсонализация** [33]. К сожалению, единый подход к пониманию термина витальная деперсонализация отсутствует. В одних работах при описании симптоматики витальной деперсонализации акцент делается на утрате больными биологических влечений и чувств [33], в других на исчезновении «собственного наличного бытия» [28].

По нашему мнению, термин витальная деперсонализация является сборным понятием, объединяющим различные по степени тяжести проявления соматопсихической деперсонализации измененности и утраты, затрагивающие сферу влечений и витальных чувств. На первый план в клинической картине витальной деперсонализации выступают переживания, связанные с изменением или утратой ощущений и эмоций, связанных с interoцептивной и тактильной чувствительностью, биологическими влечениями. Характерным является чувство общего телесного дискомфорта с неопределенными жалобами на недомогание, разбитость с переживанием «необычности», «странности» своего состояния, с переживанием «неполноты чувства я есть». У больных исчезает потребность в пище, отсутствует чувство голода. Больные не испытывают чувства насыщения хотя и много едят.

Аллопсихическая деперсонализация – субъективное чувство изменения восприятия окружающего мира с переживанием нереальности, искусственности, безжизненности, чуждости. Меняется восприятие окружающего мира. При гипопатическом варианте деперсонализации реальная действительность кажется неотчетливой, тусклой, застывшей. Предметы утрачивают объем и перспективу. Окружающее воспринимается как бы сквозь пелену, пленку. Многие больные сравнивают свое восприятие мира с черно-белыми фотографиями, театральными декорациями. Лица окружающих знакомых и незнакомых людей кажутся странными, неестественными, напоминают лица персонажей рисованных или кукольных мультфильмов, марионеток. Акустические феномены отличаются неотчетливостью звука и тембра. Больные отмечают, что звуки доносятся как бы издали, испытывают затруднения в различении звуков различной модальности. Голоса окружающих утрачивают индивидуальные особенности.

Значительно реже наблюдается гиперпатический вариант аллопсихической деперсонализации. В этом случае окружающая действительность воспринимается с необычной четкостью, яркостью. Окружающие предметы находятся в постоянном необычном движении.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о соотношении терминов аллопсихическая деперсонализация и дереализация. Одни авторы рассматривают данные термины в качестве синонимов [20], другие разграничивают и даже противопоставляют [5]. Дерееализация трактуется в качестве вторичного производного, «сопутствующего, косвенного» признака деперсонализации.

Развитие деперсонализации и дереализации может происходить последовательно либо параллельно. При этом в одних случаях появление дереализации опережает появление деперсонализационных нарушений, в других случаях отмечается иная последовательность развития симптоматики. Установлено, что деперсонализация высших эмоций длительное время

Феноменология деперсонализации				
Признак	Измененности	Утраты	Отчуждения	Расщепление
Особенности «Я»	Видоизменение, противопоставление новых качеств прежним	Утрата прежних качеств «Я»	Неконтролируемость «Я»	Разделение, разобщение «Я»
Направленность вектора переживаний	В настоящее и прошлое	В настоящее	В настоящее	В настоящее
Вербальное выражение	Через сравнение	Констатация	Констатация	Как через сравнение, так и констатация

не сопровождается дереализацией. Появление дереализационной симптоматики наблюдается только в том случае, если анестетическая деперсонализация достигает степени скорбного бесчувствия [10].

Феноменологическая систематика деперсонализации. Описательный феноменологический подход предполагает выделение деперсонализации измененности, утраты, отчуждения, расщепления (см. таблицу).

Деперсонализация измененности наиболее легкая степень нарушения осознания «я» с переживанием психической и телесной измененности. В основе деперсонализации измененности лежит потеря сознания тождественности и идентичности собственного «я». Акцент в жалобах больных делается на сравнении переживаний собственного «я» в данный момент и в прошлом до начала болезни. Сегодняшнее психическое и физическое «я» качественно отличается от прежнего психического и физического «я».

Имеет место ослабление образного компонента образов восприятия и представления. «Четкость образов и мыслей не та, что раньше – меньшая». «Раньше переживал сильнее», «Испытываю меньше удовольствия, меньше радости, чем раньше».

Появляется чувство внутренней измененности чувств, образов, мыслей, которые становятся «иными», «непохожими» на прежние переживания. Проявлением деперсонализации измененности в аутопсихической сфере является снижение, ослабление либо напротив усиление, обострение эмоционального реагирования, четкости и ясности воспоминаний. Субъективное переживание «неловкости», «неуклюжести» движений одно из первых проявлений соматопсихической деперсонализации измененности. Деперсонализация измененности в аллопсихической сфере представлена переживаниями «необычности», «неестественности», «незнакомости», «искусственности» предметов и явлений окружающего мира.

При этом субъективное чувство измененности не сопровождается противопоставлением необычных переживаний собственному «я». Переживания больных имеют эго дистонный характер, полностью принадлежат «я» больного.

Частным вариантом деперсонализации измененности, по нашему мнению, является **ангедония**. В современной литературе ангедония рассматривается в качестве самостоятельного психопатологического феномена, отражающего различную степень дефицитарности восприятия и переживания положительных эмоций. При этом способность к восприятию и переживанию негативных эмоций сохранена и даже усилена. В МКБ-10 ангедония определяется как «утрата интересов и удовольствия, которые в норме доставляют удовольствие».

Существуют различные точки зрения по поводу положения ангедонии в общей систематике психических нарушений. Одними авторами ангедония рассматривается в качестве продуктивного, другими в качестве негативного психопатологического психопатологического симптома [34, 35]. При отнесении данного феномена к продуктивной симптоматике ангедония рассматривается в разделе нарушений самосо-

знания в качестве одного из вариантов деперсонализации [34], либо относится к аффективным нарушениям [36].

Определение ангедонии как «невозможности эмоционального удовлетворения от следования побуждению» подчеркивает связь ангедонических нарушений с мотивацией [4]. Двухкомпонентная модель депрессивного аффекта С.Ю.Циркина [4] с выделением в его структуре негативного и позитивного компонентов рассматривает ангедонию в качестве основного синдрообразующего элемента депрессии. Первичным автор выделяет негативный компонент аффекта – ангедонию, позитивный компонент – чувство тоски является реакцией на утрату способности радоваться. Иначе говоря, не ангедония является следствием устойчивого снижения настроения, а напротив снижение настроения – следствие неспособности испытывать положительные эмоции.

Предметом научной дискуссии является и вопрос о правомерности и обоснованности отнесения ангедонии к первичной негативной симптоматике при расстройствах шизофренического спектра. В ряде публикаций ангедония трактуется как один из компонентов «общего аффективного уплощения», вторичный психопатологический феномен, производный от чувственного притупления [34].

Деперсонализация утраты – полная или частичная потеря прежних качеств и характеристик психического и физического «я». Если в случае деперсонализации измененности речь идет о видоизменении основных качеств и характеристик «я», то в случае деперсонализации утраты имеет место исчезновение прежних качеств и характеристик, утрата индивидуальности «я».

Вектор переживаний больных направлен в настоящее. Акцент в жалобах больных делается на констатации произошедших с ними изменений. Проявлением деперсонализации утраты в аутопсихической сфере является переживание полной потери способности к реагированию на происходящее. Любые события не вызывают эмоционального отклика. Больные в равной степени тяжело переживают потерю способности испытывать положительные эмоции радоваться, так откликаться на печальные события испытывать разочарование, уныние, грусть. Частным вариантом деперсонализации утраты является симптом скорбного бесчувствия.

Характерным является переживание духовной «опустошенности», «обезличенности», утраты индивидуальных особенностей темперамента и характера. Больные отмечают утрату способности к общению, связи с окружающими.

При углублении деперсонализационных расстройств происходит ослабление вплоть до полного исчезновения различий между внутренним и внешним миром. Возникают сомнения в собственном существовании. Происходит своеобразное растворения «я» в окружающем.

В соматопсихической сфере деперсонализация утраты представлена переживанием отсутствия потребности в сне, исчезновением чувства голода и насыщения, полового влечения. При нарастании тяжести деперсонализационных расстройств имеет место

своеобразная десоматизация – личность «утрачивает телесную оболочку», «лишается телесного субстрата».

Проявлением аллопсихической деперсонализации утраты является переживание потери естественности, натуральности окружающего мира. «Все вокруг мертвое», «окружающее существует как за преградой, стеной».

Необходимо отметить, относительность разграничения деперсонализации измененности и деперсонализации утраты. По своей сути деперсонализация утраты является крайним вариантом деперсонализации измененности.

Деперсонализация отчуждения – субъективное переживание частичной или полной утраты контроля над психической и физической функциями со стороны «я», отстранение «я» от психических и телесных переживаний. Акцент в жалобах больных на чувство потери принадлежности психических и телесных функций «я» больного. В отличие от деперсонализации измененности ощущения, эмоции, воспоминания, представления не только не такие как раньше, но и «не принадлежат мне». Характерным является переживание «отстраненности», «чуждости», «обособленности» психических процессов «я» больного.

В основе данного варианта деперсонализации лежит нарушение соотношения переживаний субъекту. Собственная психическая деятельность воспринимается как автоматическая или чужая. Ощущения, чувства, мысли, движения возникают как бы автоматически или принадлежат кому-то другому. Вне границ «я» оказываются чувства, мысли, движения, телесные ощущения. Появляется чувство чуждости собственной личности. Больные занимают позицию стороннего наблюдателя, смотрят на мир и самих себя как бы «со стороны», «чужими глазами», сравнивают себя с роботами, автоматами, лишенными собственных чувств и мыслей.

Особый вариант соматопсихической деперсонализации отчуждения проявляется субъективным чувством неестественности или чужеродности собственного тела. При рассматривании и ощупывании своего тела больному кажется, что тело нереальное, чужое – «ноги и руки как не мои». В других случаях возникает ощущение фрагментарности, разделенности, независимости друг от друга частей собственно – симптом раздвоения телесного восприятия по К.Ясперсу [22].

Для деперсонализации отчуждения характерно переживание потери принадлежности психических процессов собственному «я». Важно отметить, что деперсонализационным нарушением присуща непроизвольность возникновения без переживания насильственности с объяснением изменений внешним воздействием. В связи с этим вызывает возражения отнесение к деперсонализации нарушений с одновременным переживанием непроизвольности и насильственности [18, 34].

Деперсонализация расщепления. Нарушение единства и целостности «я», распад единого целого «я» на отдельные части с нарушением взаимосвязанности и взаимосогласованности психической деятельности. Субъективное переживание «разделения» «я».

Наиболее легким вариантом деперсонализации расщепления является субъективное переживание дезинтеграции и дезавтоматизации, разобщения и обособления отдельных компонентов психической деятельности.

В основе данного варианта деперсонализации лежит нарушение «осознавания «я» как единого цело-

го». Проявляется переживанием внутреннего распада, раздвоения, нарушением «сознания единства «я» [22].

Субъективное переживание одновременного существования в одном индивиде двух одновременно существующих автономных личностей. Больные жалуются на существование двух независимых «я», находящихся в постоянном противодействии. При этом каждое из двух «я», по разному чувствует, думает и действует.

На основании клинико-патогенетического подхода принято выделять невротическую или функциональную (чувственную) и дефектную (органическую) деперсонализацию [32]. При функциональной деперсонализации наблюдается переживание измененности отдельных психических процессов, не достигающее до степени утраты и отчуждения. Характерным является потеря чувственного тона с ослаблением яркости и четкости восприятия, изменение чувств и мыслей, которые стали иными, не такими как прежде. Деперсонализационные переживания, как правило, сочетаются с депрессивными, тревожно-фобическими, обсессивно-компульсивными, вегетативными нарушениями. Критическое отношение к состоянию сохранено. Проявления функциональной деперсонализации преходящи, обратимы. Приведенные особенности клинической картины определяют использование для обозначения данного варианта нарушения самосознания двух терминов – невротическая и функциональная деперсонализация [5].

Дефектная деперсонализация отражает более глубокий уровень поражения психической деятельности. Нарушение самосознания представлено деперсонализацией утраты и отчуждения. Критическая оценка своего состояния может отсутствовать. Деперсонализационные нарушения стабильны, необратимы. По мнению К.Науг [32] деперсонализационные нарушения являются реакцией на «дефект или процесс, который ведет к этому дефекту». В основе дефектной деперсонализации лежат субъективно регистрируемые больными реально существующие изменения личности. Таким образом, феномен дефектной деперсонализации является клиническим проявлением «сплава», «соединения» позитивной и негативной симптоматики.

Отождествление понятий дефектная и идеаторная деперсонализация [5] представляется нам мало обоснованным. Понятие дефектная деперсонализация, основанное на клинико-патогенетическом подходе, отражает в первую очередь уровень и характер нарушений психической деятельности. Понятие идеаторная деперсонализация базируется в большей степени на топографическом подходе, отражая преимущественное нарушение когнитивных процессов (мышления, внимания, памяти) при данном варианте нарушения самосознания.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о динамике деперсонализационных расстройств. При прогредиентном течении болезни симптоматика функциональной или невротической деперсонализации сначала усложняется элементами анестетической деперсонализации, сменяющейся затем дефектной деперсонализацией [5].

А.С.Тиганов клинические варианты аутопсихической деперсонализации рассматривает в качестве этапов развития деперсонализационных расстройств [16, 20]. Первое проявление аутопсихической деперсонализации неопределенное, трудно формулируемое переживание собственной измененности (В.И.К. в данном случае речь идет о деперсонализации измененности). На следующем этапе динамики домини-

руют явления психической анестезии (деперсонализация утраты). На манифестном этапе и в исходе болезни наблюдаются переживания раздвоенности или утраты «я». При этом автор подчеркивает, что вопрос о том какой из двух вариантов деперсонализации раздвоения или утраты свидетельствует о более тяжелом нарушении психической деятельности, нуждается в дальнейшем изучении.

Определенная последовательность развития присуща и отдельным клиническим вариантам деперсонализации [19, 20]. Инициальным проявлением аллопсихической деперсонализации являются неопределенные переживания неестественности, декоративности за счет изменения цветовых и акустических характеристик внешних объектов. В дальнейшем чувство измененности затрагивает пространственные характеристики объектов окружающего мира. Деперсонализационные расстройства приобретают определенное сходство с психосенсорными нарушениями. Предметы выглядят плоскими, нарисованными. Больные испытывают затруднение при определении положения предметов в пространстве. На завершающем этапе динамики появляются сомнения в реальности окружающего мира. Больных мучает вопрос, не является ли окружающий мир продуктом их воображения? [19, 28].

Оригинальную систематику деперсонализации, основанную на экзистенциальной модели структуры самосознания, предложил К.Схарфетер [37]. Автор выделил пять основных составляющих самосознания. Нарушению каждой и составляющих соответствует определенная разновидность деперсонализации. Клиническим проявлением расстройства самосознания витальности является переживание исчезновения реальности своего бытия. Проявление расстройства самосознания активности – ослабление физических и психических возможностей индивида. Клиническое проявление расстройства самосознания целостности – переживание раздвоения «я». Следствием расстройства границ самосознания является переживание исчезновения границ между реальностью и продуктами воображения. Наконец, в случае расстройства идентичности самосознания происходит отчуждение отдельных периодов жизни.

Деперсонализация отчуждения и расщепления рассматриваются в ряде работ в качестве наиболее тяжелых вариантов нарушения самосознания [10]. В то же время деперсонализация отчуждения и расщепления наблюдаются как при наиболее тяжелых психотических расстройствах, так и у практически здоровых лиц при действии экстремальных факторов. На наш взгляд попытка ранжирования нарушений самосознания исключительно на основании описательного феноменологического принципа не соответствует клинической реальности. При оценке тяжести деперсонализационных расстройств необходимо учитывать совокупность клинических признаков. О тяжести нарушений, в частности, свидетельствует клиническая оценка симптоматики по следующим критериям: спонтанное или спровоцированное возникновение, устойчивость или лабильность нарушений, наличие или отсутствие ассоциированной психопатологической симптоматики.

Литература

1. Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван, 1962. – 355 с. / Megrabyan A.A. Depersonalizatsiya. Erevan, 1962; 355. [in Russian]
2. Нуллер Ю. Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: 1988. – 264 с. / Nuller YU. L., Mihalenko I.N. Affektivnye psihozy. L.: 1988; 264. Нуллер Ю. Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: 1988. – 264 с. / Nuller YU. L., Mihalenko I.N. Affektivnye psihozy. L.: 1988; 264.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995. – 640 с. / Blejher V.M., Kruk I.V. Tolkovyy slovar' psixiatricheskih terminov. Voronezh, 1995; 640. [in Russian]
4. Цыганков Б.Д., Овсянников. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. М.: 2007. – 336 с. / Cygankov B.D., Ovsyannikov. Psihiatriya. Osnovy klinicheskoy psixopatologii. M.: 2007; 336. [in Russian]
5. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н.Новгород, 1998. – 426 с. / Morozov G.V., Shumskij N.G. Vvedenie v klinicheskuyu psixiatriyu (propedevtika v psixiatrii). N.Novgorod. 1998; 426. [in Russian]
6. Незнанов Н.Г. Психиатрия. М.: 2018. – 496 с. / Neznarov N.G. Psihiatriya. M.: 2018; 496. [in Russian]
7. Петрова Н.Н. Психиатрия. М.:2017. – 507 с. / Petrova N.N. Psihiatriya. M.: 2017; 507. [in Russian]
8. Военная психиатрия. Под. ред. В.К.Шамрея и А.А.Марченко). СПб.: 2015. – 440 с. / Voennaya psixiatriya. Pod. red. V.K.Shamreya i A.A.Marchenko. SPb.: 2015; 440. [in Russian]
9. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. 2-е изд. М.: 2009. – 832 с. / Zharikov N.M., Tyul'pin YU.G. Psihiatriya: Uchebnik. 2-e izd. M.: 2009; 832. [in Russian]
10. Лыткин В.М., Нечипаренко В.В. Семилогия психических расстройств. М.: 2014. – 233 с. / Lytkin V.M., Nechiparenko V.V. Semilogiya psichicheskikh rasstrojstv. M.:2014; 233. [in Russian]
11. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Курс общей психопатологии. СПб.: 2008. – 328 с. / Mikirtumov B.E., Il'ichev A.B. Kurs obshchej psixopatologii. SPb.: 2008; 328. [in Russian]
12. Психиатрия. Руководство для врачей (в 2-х томах под ред. акад. РАМН А.С. Тиганова). М.: 2012. – 807 с. / Psihiatriya. Rukovodstvo dlya vrachej. v 2-h tomah pod red. akad.RAMN A.S.Tiganova. M.: 2012; 807. [in Russian]
13. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа. Под ред. В.А.Содаткина. Ростов-на-Дону, 2016. – 1078 с. / Psihiatriya. Rostovskaya nauchno-pedagogicheskaya shkola. Pod red. V.A.Sodatkina. Rostov-na-Donu, 2016; 1078. [in Russian]
14. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К., Дьяконов А.Л. Психопатология: симптомы и синдромы. Ярославль. – 2007. – 228 с. / Grigor'eva E.A., Hohlov L.K., D'yakonov A.L. Psixopatologiya: simptyomy i sindromy. Yaroslavl'. 2007; 228. [in Russian]
15. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. изд. 5-е. М.: 202. – 708 с. / Smetannikov P.G. Psihiatriya: Rukovodstvo dlya vrachej. izd. 5-e. M.: 2018; 202; 708. [in Russian]
16. Портнов А.А. Общая психопатология: Учебное пособие. М.: 2004. – 272 с. / Portnov A.A. Obshchaya psixopatologiya: Uchebnoe posobie. M.: 2004; 272. [in Russian]
17. Бухановский, Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. 2-е изд., Ростов-на-Дону, 1998. – 416 с. / Buhanovskij, Kutjavin YU.A., Litvak M.E. Obshchaya psixopatologiya: Posobie dlya vrachej. -2-e izd., Rostov-na-Donu, 1998; 416. [in Russian]
18. Жмуров А.В. Психиатрия. М.:2008. – 1312 с. / Zhmurov A.V. Psihiatriya- M.: 2008; 1312. [in Russian]
19. Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. М.: 2001. – 208 с. / Snezhnevskij A.V. Obshchaya psixopatologiya: Kurs lekcij. M.: 2001; 208. [in Russian]
20. Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций. М.: 2008. – 127 с. / Tiganov A.S. Obshchaya psixopatologiya. Kurs lekcij. M.: 2008; 127. [in Russian]
21. Антропов Ю.А. Диагностика психических болезней. М.: – 2013. – 261 с. / Antropov YU.A. Diagnostika psichicheskikh boleznej. M. – 2013; 261. [in Russian]
22. Ясперс К. Общая психопатология. М.: 1997. – 1056 с. / Yaspers K. Obshchaya psixopatologiya. M.: 1997; 1056. [in Russian]
23. Berze J. Die primare insuffizienz psychischen Antriebs. Berlin, 1929.
24. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. 3-е изд. М.: 2012. – 287 с. / Cirkin S.Yu. Analiticheskaya psixopatologiya. 3-e izd. M.: 2012; 287. [in Russian]
25. Иванец И.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия. М.: 2012. – 832 с. / Ivanec I.N., Tyul'pin YU.G., SHirko V.V., Kinkul'kina M.A. Psihiatriya. M.: 2012; 832. [in Russian]

26. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология. М.: 2016. / Ivanec N.N. Psihiatriya i medicinskaya psihologiya. M.: 2016. [in Russian]
27. Хритинин Д.Ф. Лекции по психиатрии и наркологии. 3-е изд. М.: 2019. – 353 с. / Hritinin D.F. Lekcii po psihiatrii i narkologii. 3-e izd. M.: 2019; 353. [in Russian]
28. Дьяконов А.Л. Еще раз о деперсонализации. Ярославль. – 2007. – 164 с. / D'yakonov A.L. Eshche raz o depersonalizacii. Yaroslavl'. – 2007; 164. [in Russian]
29. Wernice C. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig, 1900.
30. Fish F. Clinical psychopathology: signes and symptoms in psychiatry. Bristol. 1985; 77–86.
31. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов Ш.А. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. М.: 1997. – С. 28–53. / Smulevich A.B., Dubnickaya E.B., Thostov S.H.A. i dr. Psihopatologiya depressij (k postroeniyu tipologicheskoy modeli). Depressii i komorbidnye rasstrojstva. M.: 1997; 28–53. [in Russian]
32. Haug K. Die Stoerungen des Percolichkeitsbewusstseins und verwandt Entfremdungsergebnisse eine (Klinische und Pscyologisch Studie). Stuttgart. 1936; 211.
33. Беззубова Е.Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания. Ж. невропат. и психиатр. – 1993. – 74. – С. 40–44. / Bezzubova E.B. Depersonalizaciya kak rasstrojstvo razvitiya samosoznaniya. Zh. nevropat. i psihiatr. 1993; 74: 40–44. [in Russian]
34. Крылов В.И. Ангедония при расстройствах аффективного и шизофренического спектров: психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение. Психиатрия и психофармакотер. – 2014. – № 1. – С. 28–33. / Krylov V.I. Angedoniya pri rasstrojstvah affektivnogo i shizofrenicheskogo spektrov: psihopatologicheskie osobennosti, diagnosticheskoe i prognosticheskoe znachenie. Psihiatriya i psihofarmakoter. 2014; 1: 28–33. [in Russian]
35. Психиатрия. Справочник практического врача. Под ред. А.Г.Гофмана 4-е изд.). М.: 2017. – 624 с. / Psihiatriya. Spravochnik prakticheskogo vracha. Pod red. A.G.Gofmana 4-e izd. M.: 2017; 624. [in Russian]
36. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: 2011. – 431 с. / Krasnov V.N. Rasstrojstva affektivnogo spektra. M.: 2011; 431. [in Russian]
37. Scharffeter C. Algeveine Psychjpathijlgic.- Stuttgart- New-York. 1991; 332.

Сведения об авторах:

Крылов Владимир Иванович – д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург



ДВАДЦАТЬ ПЯТАЯ ЮБИЛЕЙНАЯ ОБЪЕДИНЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая неделя состоится в Москве с 7 по 9 октября 2019 года в Центре Международной Торговли (ЦМТ) по адресу: Краснопресненская набережная, д. 12.

ВНИМАНИЕ! МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ДВАДЦАТЬ ПЯТОЙ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НЕДЕЛИ ИЗМЕНИЛОСЬ!

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии, эндоскопии, гепатологии, педиатрии, нутрициологии и других смежных с гастроэнтерологией дисциплин. Большинство приглашенных докладчиков – признанные отечественные и зарубежные лидеры мнения.

В рамках Объединенной Российской гастроэнтерологической недели в нескольких залах будут проходить научные симпозиумы. Как и на предыдущих Неделях будет продолжено обсуждение стандартов и порядков оказания специализированной медицинской помощи и клинических рекомендаций по специальности «Гастроэнтерология»; лучшие специалисты проведут клинические симпозиумы Российской гастроэнтерологической ассоциации и выступят с лекциями мастер-класса. Планируется представление коллективов и школ, в течение многих лет развивающих отечественную медицину.

В период проведения Гастронедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, медицинской техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечебном питании, и специализированных изданий.

Перед Неделей с 4 по 6 октября 2019 года будет проведена Осенняя сессия Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА.

Вход на научные заседания Гастронедели свободный.

Почтовый адрес для переписки и справок: 127282, Москва, а/я 84, «ГАСТРО».

Телефон для справок: +7 926 213-25-52.

Электронная почта: fin.fin@ru.net , rga-org@yandex.ru.

Адреса в интернете: www.gastro.ru , www.liver.ru.