



# Синдром деперсонализации- дереализации в структуре тревожно-депрессивных расстройств: современный взгляд на патогенез и терапию

Докладчики: Алмагамбетова А.А.,  
Дююсенбекова К.М., Ким Д.А., Алдажар А.К.

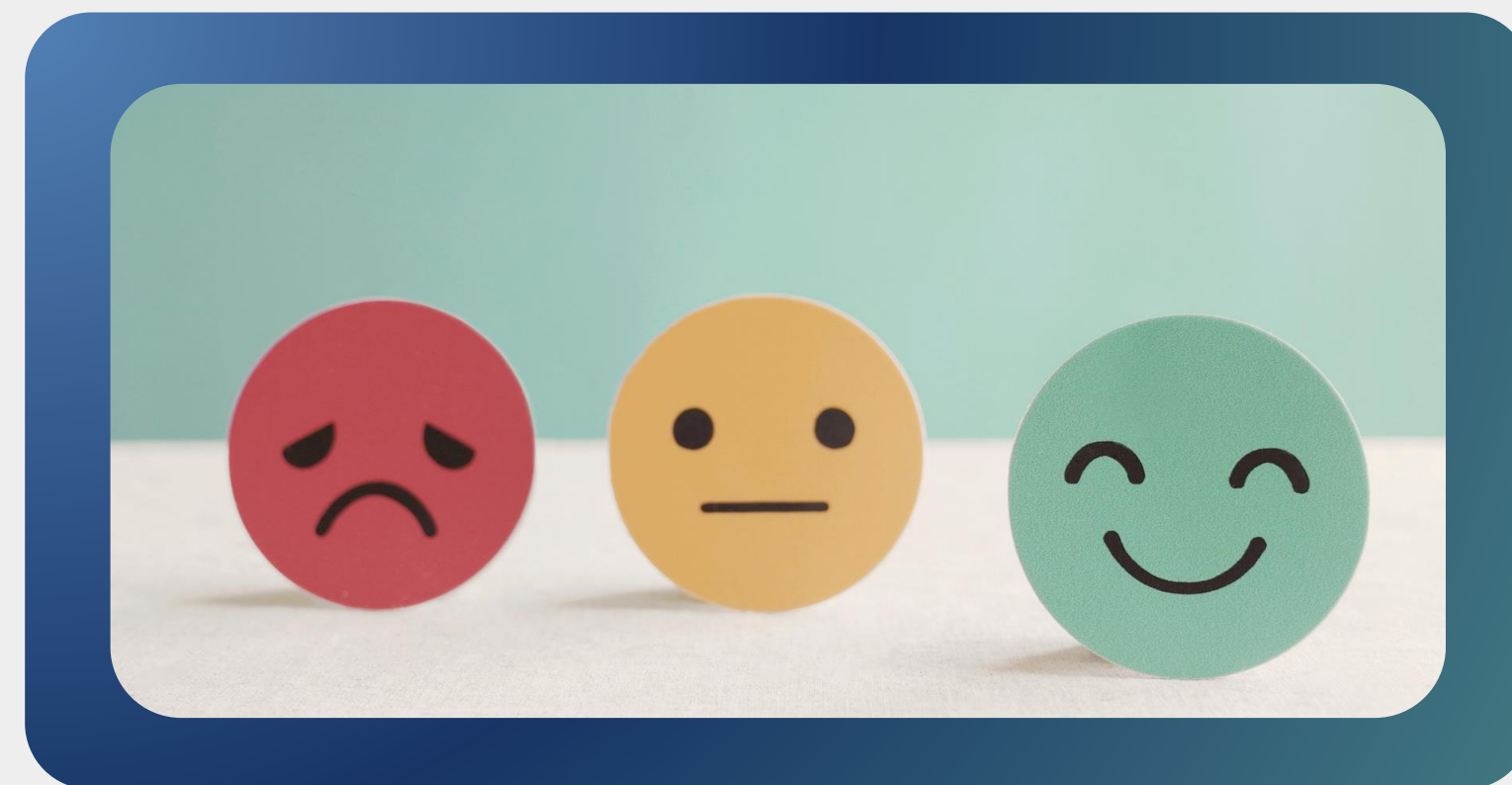




# ВВЕДЕНИЕ

Встречается у 1–2% населения, но значительно чаще — при тревожных и депрессивных расстройствах; симптомы деперсонализации наблюдаются примерно у половины пациентов с депрессией [20, 5]. В ICD-10 СДД выделен как отдельное расстройство, однако часто рассматривается как сопутствующее другим психическим нарушениям, что подчёркивает актуальность его изучения [20].

**Синдром деперсонализации-дереализации (СДД)** — диссоциативное расстройство, проявляющееся ощущением отчуждения от себя (деперсонализация) и/или нереальности окружающего мира (дереализация) [15].



# ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать современные представления о патогенезе– выяснить, какие механизмы лежат в основе синдрома деперсонализации дереализации (СДД).



Оценить эффективность терапевтических подходов– рассмотреть методы лечения при сочетании СДД с тревожно-депрессивными расстройствами.



# ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

**Объект исследования** — научные публикации по синдрому деперсонализации-дереализации (СДД). Проведён систематизированный поиск в базах PubMed, Scopus, Google Scholar, Cochrane Library и CyberLeninka за период 2000–2025 гг.

Критерии включения:



# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

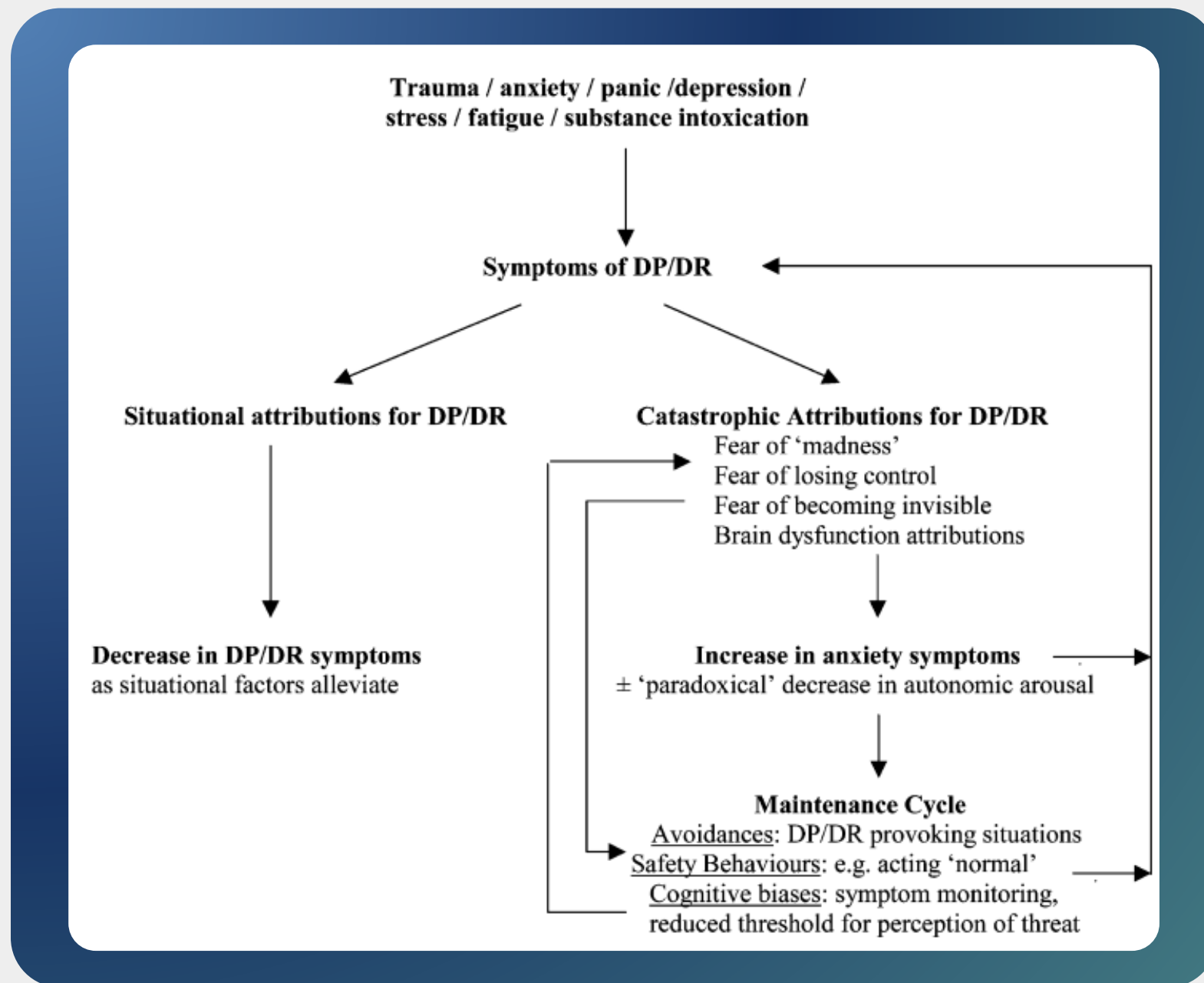
## Связь деперсонализации с тревожно-депрессивными расстройствами



- Деперсонализация часто возникает на фоне выраженного психоэмоционального стресса и может рассматриваться как защитный механизм психики, снижающий интенсивность переживаний [2].
- У пациентов с выраженной деперсонализацией чаще выявляются коморбидные тревожные расстройства, включая паническое расстройство и ПТСР [11].
- Отмечается тесная связь между депрессивными расстройствами и симптомами деперсонализации, что подтверждает их общий патогенез [5].
- При тревожно-депрессивных расстройствах деперсонализация связана с более тяжёлым течением и меньшей эффективностью терапии [3].
- Деперсонализация может усиливать тревогу и депрессию, формируя «порочный круг»: тревога → диссоциация → усиление тревоги → чувство беспомощности [10]. С точки зрения Anna Freud, СДД – защитная психическая изоляция, временно снижающая тревогу, но при длительном проявлении приводящая к чувству отчуждения себя и мира [11].



# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

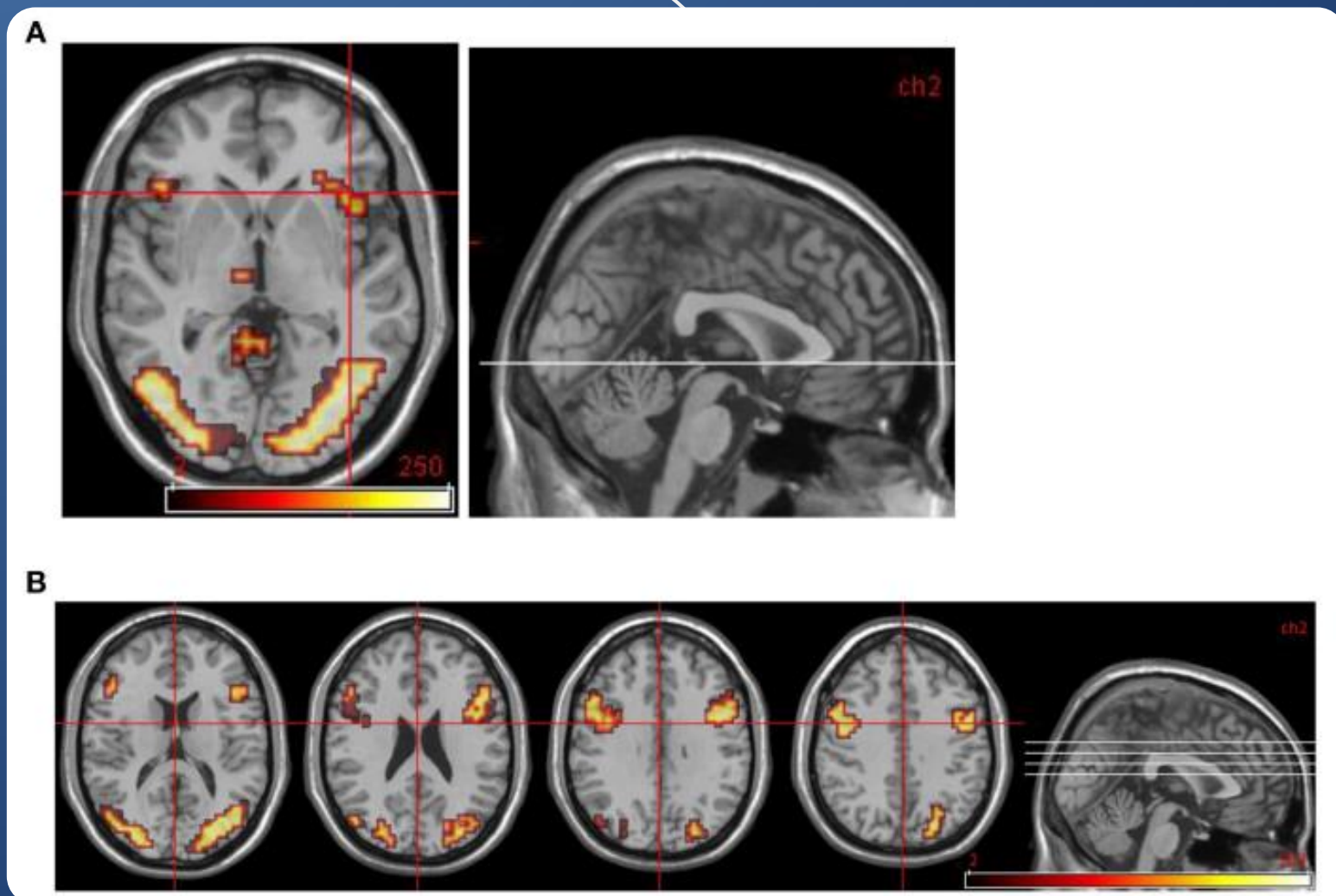


Деперсонализация и дереализация возникают под влиянием стресса, тревоги, паники, депрессии или усталости. Важна реакция человека на эти симптомы: если их воспринимать как временную стрессовую реакцию, они уменьшаются; катастрофические мысли усиливают тревогу. Формируется замкнутый круг: избегание, повышенное внимание к ощущениям и усиление симптомов [4].

Рис 1. Когнитивно-поведенческая модель синдрома деперсонализации [4].



# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ



У здоровых людей при воздействии эмоциональных стимулов активируются зоны, отвечающие за переживание эмоций и их телесное ощущение, прежде всего островковая кора, а также зрительные области и дорсолатеральная префронтальная кора. Это обеспечивает полноценное, «живое» восприятие эмоций с нормальной интеграцией чувств и телесных реакций [9]

Рис 2. Функциональная МРТ головного мозга у здоровых лиц (контрольная группа) [9].

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

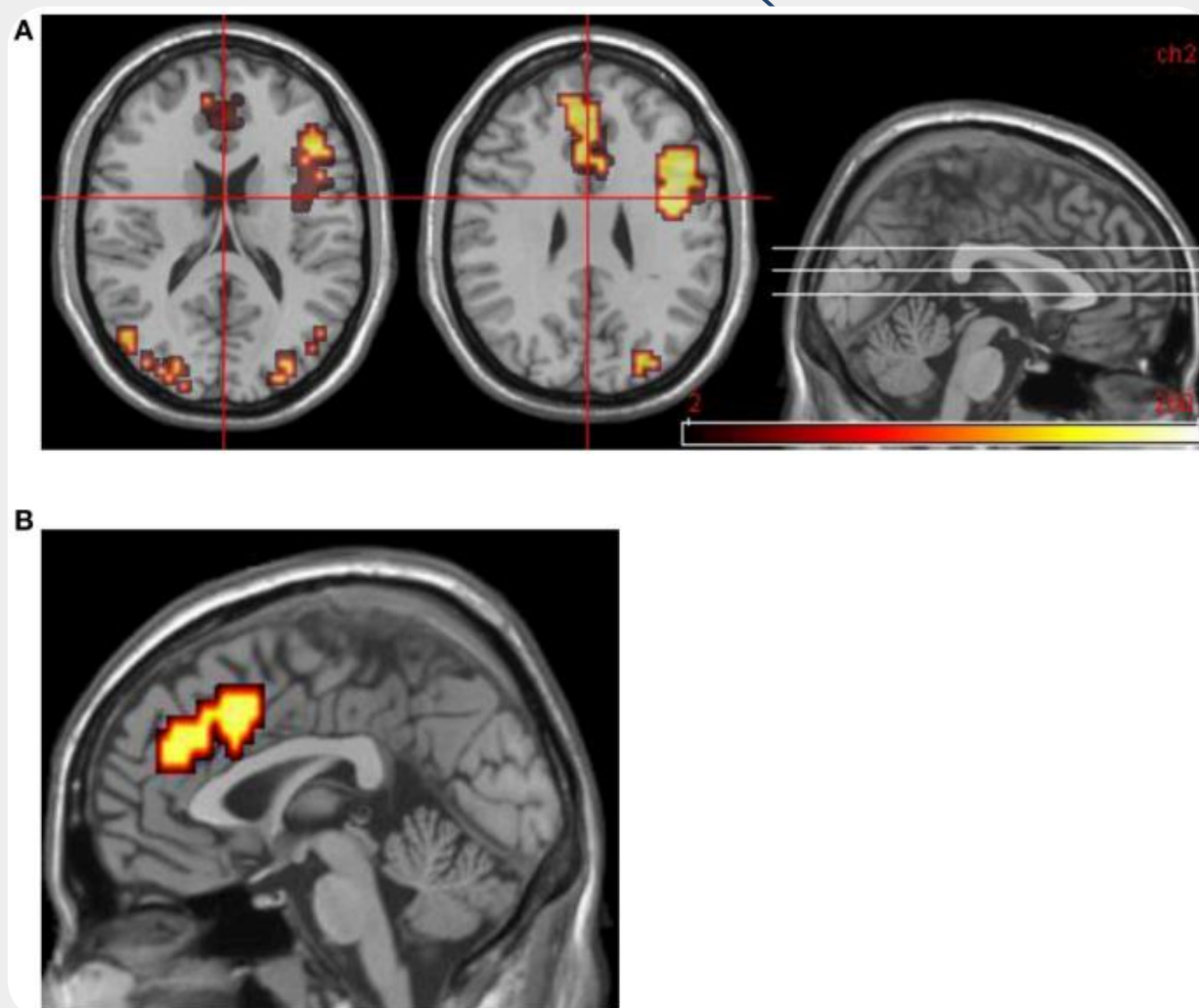


Рис 3. Функциональная МРТ головного мозга у пациентов с синдромом деперсонализации-дереализации [9].

При деперсонализации/дереализации наблюдается усиленная активация префронтальных областей — медиальной и вентролатеральной префронтальной коры, передней поясной коры — отвечающих за контроль и регуляцию эмоций, тогда как зоны, непосредственно связанные с эмоциональным переживанием, относительно менее активны [9].

Такое смещение от эмоциональной реактивности к усиленному когнитивному контролю приводит к тому, что человек осознаёт происходящее, но испытывает эмоции не полностью, что субъективно проявляется ощущением отстранённости и нереальности

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

## Нейробиологические механизмы деперсонализации

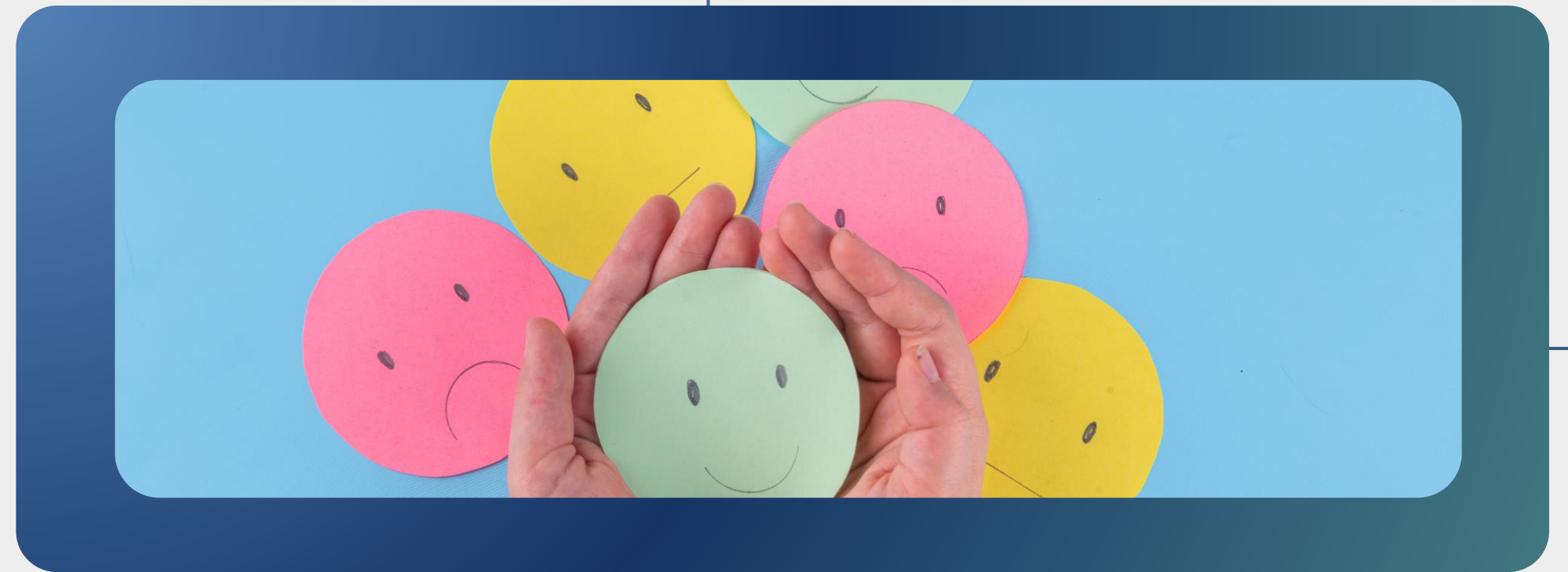


- Исследования нейробиологических механизмов показывают, что ключевую роль в развитии деперсонализации играет нарушение взаимодействия между лимбической системой и префронтальной корой головного мозга [16].
- Предполагается, что при деперсонализации происходит чрезмерное торможение эмоциональных центров, вследствие чего снижается субъективная интенсивность переживаний. Это воспринимается пациентом как чувство отчуждения и оторванности от собственного «Я» [16].
- Некоторые авторы рассматривают деперсонализацию как результат сверхпороговой активации префронтальной коры при одновременном подавлении активности миндалины, что приводит к снижению эмоциональной реакции на внешние стимулы [13].



# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

## Роль сенсорной интеграции и тревоги в развитии ДП/ДР



- Электрофизиологические исследования показывают, что нарушение интеграции интероцептивных и экстероцептивных сигналов может вызывать ощущение нереальности и нарушение целостности восприятия, как при диссоциативных состояниях, включая ПТСР [8].
- Хроническая тревожность и длительная активация стресс-систем способствуют развитию диссоциативных симптомов и ощущению отстранённости [20].

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение деперсонализационно-дереализационного синдрома (ДДС) остаётся сложным: стандартные антидепрессанты оказывают ограниченное влияние на основные симптомы. СИОЗС, например флуоксетин, могут умеренно снижать проявления ДДС, но как монотерапия при изолированной деперсонализации их эффективность ограничена, а улучшение чаще связано с уменьшением тревоги или депрессии [17, 18].



Ламотриджин, влияющий на глутаматергическую передачу, рассматривается как возможная адъювантная терапия. Клинически отмечается снижение симптомов при сочетании с антидепрессантами, но данные плацебо-контролируемых исследований противоречивы, поэтому нужны дополнительные рандомизированные исследования [14, 19].



Антагонисты опиоидных рецепторов, такие как налтрексон, изучались при ДДС. Они могут снижать выраженность симптомов через влияние на эндогенную опиоидную систему, однако данные ограничены и требуют дальнейших исследований [12].

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) считается одним из перспективных методов лечения ДДС. Согласно Hunter et al. (2023), она значительно снижает выраженность деперсонализационных симптомов и сопутствующей тревоги [6].

↓

Главная цель психотерапии — скорректировать дисфункциональные интерпретации симптомов и снизить патологическую самофокусировку, помогая пациентам лучше справляться с проявлениями ДДС и уменьшать их влияние на повседневную жизнь [6].

↓

Исследования показывают, что комбинированное применение фармакотерапии и психотерапии эффективнее при ДДС, чем каждый метод по отдельности, снижая симптомы деперсонализации и сопутствующую тревожность [7].

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Анализ современной литературы показывает, что синдром деперсонализации-дереализации тесно связан с тревожно-депрессивными расстройствами и является важным патогенетическим компонентом этих состояний.

В его основе лежат сложные нейробиологические и психологические механизмы: нарушение регуляции эмоций, дисфункция лимбико-префронтальных связей и хроническая активация стресс-систем.

Несмотря на исследования, эффективные методы лечения ограничены. Наиболее перспективен комбинированный подход — фармакотерапия вместе с психотерапией. Дальнейшее изучение патогенеза необходимо для разработки более эффективных методов лечения.



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ



1. Anna Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defence*, 1936 — CHAPTER 4. THE MECHANISMS OF DEFENSE
2. Cernis E. et al. Depersonalisation as transdiagnostic phenomenon. *Psychol Med*, 2021.
3. Cox B.J., Swinson R.P. Panic disorder and depersonalization. *Depress Anxiety*, 2002.
4. E.C.M. Hunter \*, M.L. Phillips, T. Chalder, M. Sierra, A.S. David Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation
5. Hunter E.C.M. et al. Epidemiology of depersonalization disorder. *Psychol Med*, 2004.
6. Hunter E.C.M. et al. (2023). Cognitive Behaviour Therapy for Depersonalization Derealization Disorder (DDD).
7. Hunter E.C.M. Treatment approaches for depersonalization. *CNS Drugs*, 2005.
8. Lanius R.A. Dissociation in PTSD. *Am J Psychiatry*, 2010.
9. Medford N., Brierley B., Brammer M., Bullmore E., David A.S. Functional imaging in depersonalization disorder. *Biological Psychiatry*, 2006
10. Michal M. et al. Depersonalization in depression and anxiety. *J Affect Disord*, 2009.



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ



11. Nuller Y.L. Depersonalization in depression. J Affect Disord, 2001.
12. Nuller Y.L. Naltrexone in depersonalization disorder. J Psychopharmacol, 2001
13. Phillips M.L. Neurobiology of depersonalization. Lancet Psychiatry, 2001.
14. Sierra M., Baker D., Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases, 2006.
15. Sierra M., David A. Depersonalization: A selective impairment of self-awareness. Consciousness and Cognition, 2011.
16. Sierra M., David A.S. Depersonalization: neurobiological perspectives. Biol Psychiatry, 2011
17. Simeon D. Depersonalisation disorder: pharmacological approaches. CNS Drugs, 2004
18. Simeon D. SSRIs in depersonalization disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 1998.
19. Simeon D., Guralnik O., Schmeidler J., Knutelska M. British Journal of Psychiatry, 2004.
20. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental Disorders, 2016.