

Психотерапевтичні інтервенції в лікуванні деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу

Галина Пилягіна

Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупіка

Оксана Кобзар

Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупіка

Вступ. На сьогодні психічні порушення, що проявляються деперсоналізацією та/або дереалізацією на тлі захисних механізмів дисоціації є одним з поширених патологічних феноменів, особливо в підлітковому та юнацькому віці. В статі наведені огляд і обґрунтування вибору інструментів короткострокового психотерапевтичного втручання в лікуванні деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР)

Мета. Дослідити ефект застосування цільової психотерапевтичної інтервенції в веденні пацієнтів з ДДР

Матеріали і методи. Наведено аналіз клінічних випадків пацієнок з ДДР як приклади раннього та пізнього (з точки зору перебігу розладу) застосування цільової психотерапевтичної інтервенції в терапії ДДР.

Результати. Виходячи з діагностичного визначення ДДР у пацієнок за допомогою напівструктурованого клінічного інтерв'ю та психодіагностичного дослідження, було розроблено та застосовано план (протокол) цільової психотерапевтичної інтервенції, котрий посилює ефективність лікування пацієнтів з ДДР.

Ключові слова: діагностика та лікування психічних розладів; деперсоналізація, дереалізація, дисоціація, деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад; психотерапевтичні підходи лікування психічних розладів

УДК: 616.89-008.42:616.89-008.428.1-053.7/.84-036.1-079.4-08

Актуальність

Ще починаючи з 30-тих років ХХ сторіччя, з тих пір як був вперше описаний, і до сьогодні феномен деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДпсДр) тісно пов'язується з теорією травми та пояснюється дисоціативним механізмом розвитку (Sierra, 2009; Loewenstein, 2018). Також є багато досліджень про індукований психоактивними речовинами деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад (ДДР), котрі посприяли кращому розумінню нейробіологічних аспектів цієї психопатології (Luckenbaugh et al., 2014; Madden, Einhorn, 2018; Lynn et al., 2022). Проте старі теоретичні моделі і, навіть, сучасні знання про феноменологію та патогенез ДДР не задовольняють потреби клініцистів щодо патогенетичних фокусів терапії.

За статистикою кожна друга людина за життя мала значущий епізод деперсоналізації та/або дереалізації (APA, 2013). Проте ДДР розвивається у близько 1-2% людей від загальної популяції (Yang et al., 2023). У підлітків, за думкою деяких дослідників, виражена

симптоматика ДпсДр може бути віковою нормою (Fagioli et al., 2015). На ДДР найчастіше страждають люди молодого віку, з середнім віком початку розладу – 16 років (Baker et al., 2003), (Simeon et al., 2003). Лише у 20% пацієнтів ДДР розпочинається після 20 років (APA, 2013). Тобто цей розлад, важкий з точки зору перебігу й лікування, притаманний людям працездатного віку, а тривале переживання ДпсДр в рамках ДДР призводить погіршення функціонування в більшості сферах життя.

Діагноз ДДР за критеріями Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 й 11 перегляду (МКХ-10 та МКХ-11) виставляється при його тривалому перебігу та вираженій дисфункції. Клінічна практика свідчить, що є певний проміжок та межа між тим, коли переживання ДпсДр виконують захисну психологічну функцію, і тим, коли цей механізм дисоціації стає дезадаптивним, тобто розвивається психопатологічний розлад. Внаслідок чого виникає виражена соціально-психологічна дезадаптація з погіршенням якості життя, втратою працездатності, проблемами у формуванні близьких стосунків, а також розвитку вторинної депресії або тривоги. Пацієнти з ДДР значно частіше не працюють і живуть з батьками, хоча й часто мають вищу освіту (Michal et al., 2016). Тому вкрай актуальним є розробка та втілення ефективних методів лікування ДДР. Але медикаментозне психофармакологічне лікування, на жаль, має малу ефективність з точки зору «зникнення» і, навіть, якісної корекції ДДР. Саме тому фокус уваги науковців спрямований на пошук ефективних психотерапевтичних інтервенцій при всьому континуумі проявів ДпсДр (Wang et al., 2023).

Мета

Розробити та впровадити план цільової психотерапевтичної інтервенції у пацієнтів з ДДР.

Клінічні випадки

Представлені клінічні випадки публікуються за інформованою згодою пацієнтів (персональні дані змінені).

Клінічний випадок 1

Пацієнтка А., 33 роки, діагноз: ДДР, депресивний епізод в анамнезі. (F48.1 та F32.0 в анамнезі за МКХ-10).

А. має вищу освіту, нещодавно після розчуження, має дитину-підлітка.

Вперше звернулася за консультацією до психіатра рік тому (2024 р.) у зв'язку з постійним відчуттям нереальності оточуючого світу. Останні сім років, з тих пір як почались проблеми у шлюбі, почала відчувати транзиторні епізоди деперсоналізації, які частішали і ставали тривалішими. Прийняття рішення розлучитися і процес розлучення дався важко, тому А. звернулася до психотерапевта.

На момент звернення робота з психотерапевтом в психоаналітичному підході тривала вже 3 роки. І саме від психотерапевта А. вперше дізналася, що стани відчуження і емоційного заніміння, які періодично виникали в неї, є деперсоналізацією. Проте вона не отримала достатньої інформації про стан, який приносив їй постійний дискомфорт. Окрім того, у 2020 р. у А. перенесла епізод депресії, який був успішно вилікуваний курсом есциталопраму.

На момент звернення у пацієнтки був діагностований ізольований ДДР, супутні діагнози відсутні, стан соматичного здоров'я задовільний.

Пацієнтці було проведено напівструктурованого клінічне інтерв'ю. Для психометричної оцінки стану використовувався блок психометричних шкал: шкала Гамільтона для оцінки

тривоги (HAM-A), шкала безнадійності А. Бека (ВНІ), шкала самооцінки тривоги Шихана (SPRAS), Кембріджський Деперсоналізаційний опитувальник (CDS), Шкала Дисоціації (DES), тест «Мета в житті» Дж. Крамбо та Л. Махоліка (Purpose-in-Life Test) в адаптації Д. О. Леонтєва - тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) (Crumbaugh, & Maholick, 1969, Леонтєв, 2000).

За шкалою HAM-A у пацієнтки А тривога відсутня – 7 б.; за ВНІ – 23 б. (ознаки помірної депресії); за SPRAS – 50 б. (рівень клінічно значимої тривоги); за шкалою CDS – 72 б. (клінічно значимий рівень деперсоналізації); DES – високі показники за субшкалою ДпсДр (33,33% при загальному балі дисоціації 23,21%); за СЖО – 101 б. (нормальний загальний показник осмисленості життя).

На консультативній зустрічі для А. було важливо аби їй прояснили наступні питання:

-Як довго можете продовжуватися ДДР (дослівно: «Чи це на все життя?»)?

-Як можна зменшити прояви ДДР?

-Що саме призвело до виникнення ДДР?

Враховуючи запит А. було проведено дві консультативні зустрічі тривалістю 90 хв., на яких покроково застосовувалися наступні психотерапевтичні інтервенції:

1. *Інформування*: пояснення механізму виникнення ДпсДр та наслідків тривалої дисоціації. Так, для А. було важливо почути, що з віком прояви ДДР зменшуються.
2. *Персоналізоване обговорення з визначенням причинності*: проговорено з А. її особистісні прояви ДДР та з якими його наслідками зіштовхнулася саме вона, і як це впливає на її теперішнє життя; роз'яснення, які психологічні патерни обслуговують підтримку стану ДпсДр.
3. *Складання індивідуального протоколу терапії*: напрям та обсяг дій (особливостей психотерапевтичного втручання), спрямований на зменшення симптоматики ДпсДр, який включав:

а) уникнення тригерів ДДР: для А. це, насамперед, стосувалося налагодження режиму сну/бадьорості, оскільки недосипання знано посилювали відчуття ДпсДр;

б) регулярні фізичні навантаження та перебування на природі (А. відмітила, що перебуваючи в парку, лісі прояви ДДР зменшувалися);

в) впровадження в повсякденну активність виконання техніки майндфулнес (Mishra, S. et al., 2021), (Levin KK, et al., 2022), (Lathan EC, et al., 2023).

г) застосування терапевтичних технік, котрі належать до когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) (McRedmond G, et al., 2024; Hunter EC, et al., 2005;).

Цю зустріч було проведено за планом цільової психотерапевтичної інтервенції у пацієнтів з ДДР

Аналізуючи випадок А., з точки зору етіології розладу: не було точно визначено точку відліку як життєву подію, відповідальну за виникнення ДДР. Як і в багатьох інших випадках ДДР (або захисних патопсихологічних проявів ДпсДр), пацієнтів турбує питання «чому це сталося саме зі мною?», оскільки психіці притаманна схильність до пошуку причинно-наслідкового зв'язку, яке дає відчуття захисту від вразливості та випадковостей. Так, А. було запропоновано скласти наратив (власну інтерпретативну історію), коли та як в неї виникли перші прояви ДДР, як вона справлялася з симптоматики ДпсДр весь цей час, і як зараз виглядає її життя з

наявністю ДДР. Все це допомогло визначити перспективні способи долаючої поведінки в майбутньому з урахуванням хронічного перебігу захворювання.

Через півроку після була проведена повторна зустріч для оцінки динаміки стану пацієнтки, зокрема виразності симптоматики ДпсДр. Суб'єктивно А. почувала себе краще, симптоми ДДР викликали в неї менше напруги – вона менше фіксувала увагу на цих відчуттях, що дозволило їй покращити якість життя й соціальні можливості у важливих сферах її життя.

Повторне застосування психодіагностичних шкал теж продемонструвала позитивну динаміку стану А. За шкалою HAM-A у пацієнтки тривога була відсутня, за BHI – відсутні депресивні ознаки (2 б.); шкала SPRAS виявила відсутність клінічно значимої тривоги (22 б.); шкала CDS продемонструвала відсутність клінічно значимої деперсоналізації (43 б.); але за субшкалою ДпсДр (шкала DES) вмявлено високі показники (8,3% при загальному балі дисоціації 5,7%); СЖО – зростання вже достатнього рівню загального показнику осмисленості життя (129 б.). Дані представлені на рис. 1.

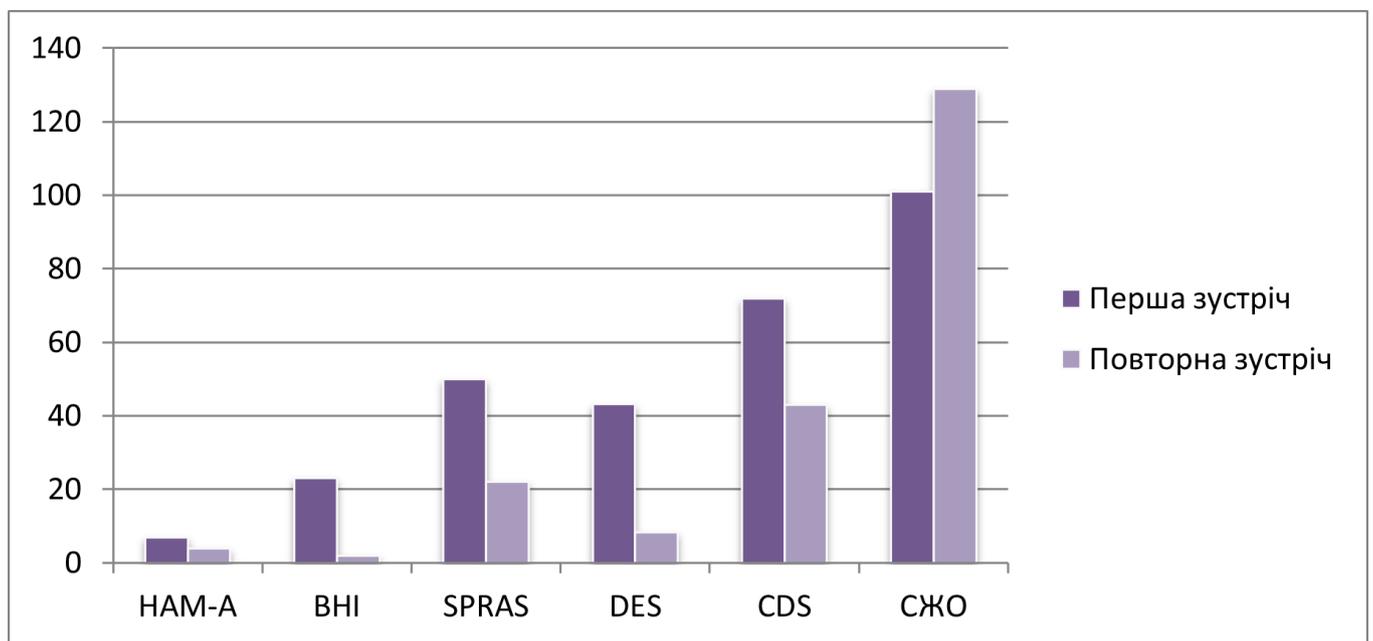


Figure 1. Дані психодіагностичного дослідження в динаміці у випадку А

Клінічний випадок 2

Пацієнтка В., 18 років, діагноз: ДДР, ізольовані фобії (канцерофобія) та панічний розлад, гостра реакція на стрес в анамнезі (F48.1 + F40.2 + F41.0 та F43.0 в анамнезі за МКХ-10).

В. на момент першої зустрічі закінчувала школу, багато навчалася (відмінниця), додатково відвідувала підготовчі курси і мала амбітні плани на майбутнє. Росла у повній сім'ї, її мати працювала медсестрою в онкологічному диспансері – як вона сама вважала, саме тому з раннього дитячого віку в В. сформувався фобічний страх захворіти онкологічним захворюванням.

Звернулася за консультацією у зв'язку з дискомфортом відчуттям відчуженості і нереальності навколишнього світу. Переживання ДпсДр виникали у В. в підлітковому віці – тоді прояви були короткочасними (до кількох хвилин) і не інтенсивними. Проте, після звернення до психолога з симптомами гострої реакції на стрес в лютому – березні 2022 р.

після травматичного досвіду першого місяця повномасштабного вторгнення в Україну, симптоми ДпсДр почали загострюватися. В. звернулася по допомогу із почастишенням панічних атак і загостренням тривожного розладу – посиленням страхом захворіти. Взаємодія з психологом була короткочасною та малоефективною за словами пацієнтки. В. зробила висновок, що робота з психологом могла похитнути її внутрішні опори: «ми занурились в переживання глибше, ніж я того хотіла. Зараз я вже нічого пропрацювати не хочу». Варто зазначити, що на момент першого звернення В. ще працювала з психологом і не зазначала ятрогенного впливу.

На момент консультації оцінка стану проводилася з використанням напівструктурованого клінічного інтерв'ю та того ж блоку психометричних шкал, як в клінічному випадку 1. Були отримані наступні результати: за шкалою HAM-A – 26 б. (відповідає сильній тривозі), за ВНІ – 18 б. (легкий рівень депресії), за SPRAS – 60 б. (клінічно значимий рівень тривоги), за шкалою CDS демонструє клінічно значиму деперсоналізацію – 114 б. (клінічно значимий рівень ДпсДр), за шкалою DES – 33,33% при загальному балі дисоціації 15% (високий рівень показників за субшкалою ДпсДр), СЖО – 77 б. (дещо знижений показник рівня свідомості життя).

Запит В. на консультативній зустрічі був спрямований:

- на з'ясування адекватності її переживань з точки зору «можливого безглуздя» (звучало питання: «чи все зі мною гаразд?»);

- на отримання інформації про лікування ДДР та можливості зменшення проявів ДпсДр без медикаментозної підтримки?

Згідно даного запиту, було проведено дві зустрічі тривалістю 90 хв., згідно плану цільової психотерапевтичної інтервенції у пацієнтів з ДДР:

1) *Інформування*: було прояснено механізм переживань ДпсДр та їх взаємозв'язок з тривожними розладами. Для В. цей пункт був найважливішим, тому на ньому зупинялися детальніше. Також пацієнтці була надана інформації про методи та їх доказово визначену ефективність щодо психофармакологічного та немедикаментозного (психотерапевтичного) лікування ДДР та тривожних розладів (від вживання препаратів В. відмовилась).

2) *Персоналізоване обговорення* із з'ясуванням сутності та оцінкою впливу ДДР на життя, успішність, самопочуття саме у В. із визначенням основних «когнітивних збоїв» у її самоусвідомленні.

3) *Складання індивідуального протоколу терапії* з визначенням факторів, які мають зменшувати симптоматику ДпсДр, а саме:

а) уникнення факторів, що посилюють прояв ДДР: для В. це налагодження режиму сну/бадьорості та навчання/відпочинку; а також можливість переїзду у більш безпечне місце життя (за досвідом перебування закордоном, при відсутності передчування небезпеки в неї зменшувалися прояви ДпсДр та їх хворобливе відчуття).

б) використання практик, які зменшують прояв ДДР: регулярні фізичні навантаження та збільшення активності щодо соціалізації (В. відмітила, що в стані відчуття самотності посилюються переживання ДпсДр);

в) навчання і впровадження в повсякденну активність виконання техніки майндфулнес, технік емоційної саморегуляції (при посиленні тривоги) та самоусвідомлення – прийняття себе та реальності.

На повторній зустрічі (через півроку) В. почувала себе суб'єктивно краще: симптоматика ДпсДр турбувала її значно менше. Повторне психодіагностичне тестування засвідчило позитивну зміну результатів: за шкалою HAM-A – 17 б. (відсутність тривоги); за BHI – 19 б. (легкий рівень депресії); за SPRAS – 29 б. (відсутність клінічно значимої тривоги); за шкалою CDS – 83 б. (наявність позитивної динаміки, хоча результати засвідчили клінічно значимий рівень деперсоналізації); проте її вираженість значно зменшилась за DES (за субшкалою ДпсДр) – 11,7% при загальному балі дисоціації 7,14%; СЖО – 83 б. (нормальний загальний показник осмисленості життя). Дані представлені на рис. 2.

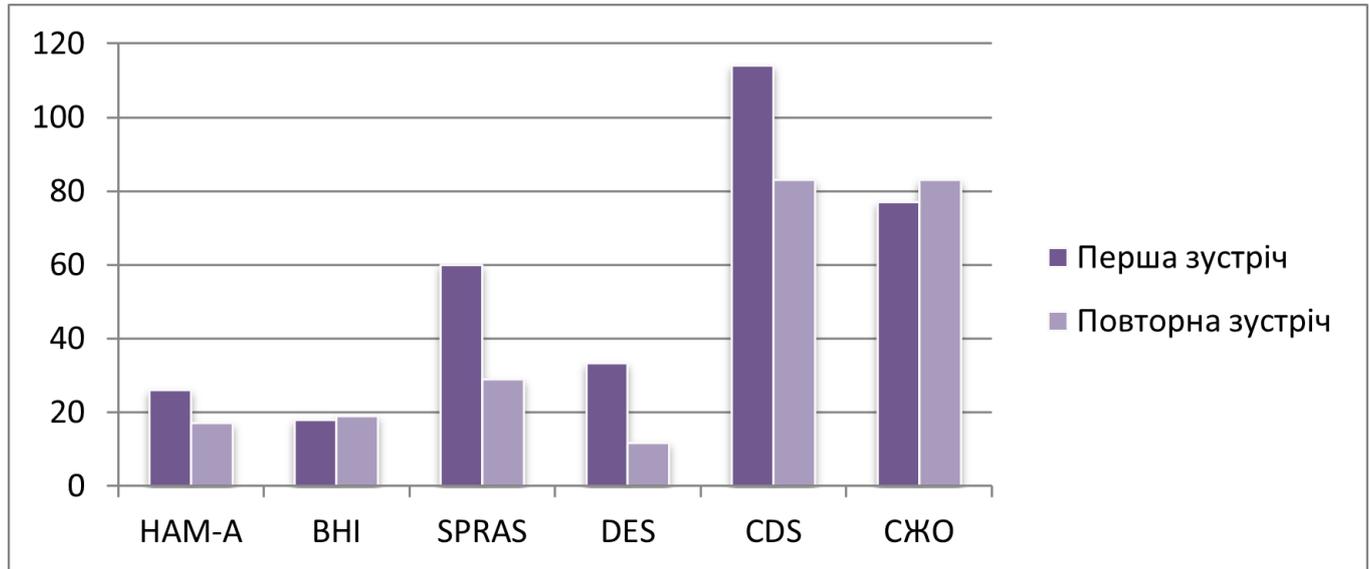


Figure 2. Дані психодіагностичного дослідження в динаміці у випадку В

Обговорення

У представлених клінічних випадках центральною ланкою у розробці психотерапевтичного плану роботи з ДДР було з'ясування чинників виникнення та формування психопатологічних провів ДпсДр.

Враховуючи неспроможність старих теоретичних моделей дисоціативного механізму (посттравматичної та соціо-когнітивної моделі), нами була поставлена ціль створити робочу психотерапевтичну модель плану цільової психотерапевтичної інтервенції у пацієнтів з ДДР, опираючись на відомі патогенетичні фактори феномену ДпсДр (Lynn et al., 2022).

На сьогоднішній день, можна виділити наступні патогенетичні ланки у формуванні та перебігу ДДР:

1. *Порушення сну.* У сучасних дослідженнях підтверджено посилення симптомів ДпсДр при нестачі сну (Arora T et al., 2020), визначаючи якість сну як найваріабельнішу змінну серед інших при ДДР (Aksen et al., 2021).
2. *Гіперасоціативність.* Значущі зміни в характеру асоціацій можуть призводити до того, що пацієнт не впізнає оновлену інформацію з особистісної пам'яті як важливу або власну і, відповідно, людина відчуває себе знеособленою (Huntjens et al., 2021).
3. *Емоційна дизрегуляція.* Неможливість якісного регулювання емоційними переживаннями та алекситимія за багатьма дослідженнями суттєво корелюють з дисоціативною симптоматикою, зокрема ДпсДр (Lemche et al., 2013), а також з імпульсивністю (Aksen et al. 2021).

4. *Схильність до фантазування.* Проведені мета-аналітичні дослідження довели значущість зв'язку між схильністю до фантазії та диссоціативною симптоматикою (Merckelbach et al., 2022).
5. *Дистрес і травми.* Вплив хронічного дистресу або психотравми є очевидним у виникненні ДпсДр, що «вмикає» диссоціативний механізм, незважаючи на високу варіабельність кореляції між важкістю травми та інтенсивністю диссоціації (Lynn SJ et al., 2022).
6. *Когнітивні викривлення (когнітивні збої).* Сучасні наукові дослідники розглядають схильність до катастрофізації в інтерпретації звичайних, минулих симптомів ДпсДр як ознаку серйозного психічного розладу за причину розвитку ДДР (модель Hunter et. al., 2003). Саме тому, ми включили пункти інформування та роботи з когнітивними збоями в запропонований психотерапевтичний план.
7. *Ненадійний тип прив'язаності та емоційне насилля.* Ці фактори є значущими у формуванні передиспозиції до виникнення ДДР (Teicher et al., 2016).

На основі даних численних сучасних наукових досліджень та власного клінічного досвіду, нами запропоновано план цільової психотерапевтичної інтервенції при ДДР, котрий обов'язково має включати психоедукаційні елементи, налагодження режиму сну, роботу з когнітивними збоями та зменшення рівня дистресу. Важливим аспектом такого невідкладного психотерапевтичного втручання є спрямування пацієнта на подальше проходження, як мінімум, короткотривалої психотерапії задля опанування емоційної дизрегуляції. Але важливішим завданням цієї інтервенції є мотивація щодо довготривалої особистісної психотерапії, яка фокусує пацієнта на самоусвідомлення і подолання процесу диссоціації (як основної патогенетичної ланки формування ДпсДр), когнітивно-емоційного дисбалансу та наслідків порушень прив'язаності у ранньому дитинстві, як патогенетичного підґрунтя формування ДпсДр.

В ході роботи з пацієнтками в наведених клінічних випадках 1 і 2 був застосований наступний план (протокол) цільової психотерапевтичної інтервенції у пацієнтів з ДДР:

1. *Інформування.* Включає в себе надання інформації про феномен ДпсДр: причини виникнення, фактори впливу, динаміку та прогноз на майбутнє. Психоедукація щодо патогенетичних особливостей диссоціативних механізмів і можливість їх нормалізації спрямована на зменшення рівня внутрішньої напруги, профілактику зацикленості та обсесивного «самосканування» на рахунок переживань ДпсДр і попередження формування когнітивних збоїв.
2. *Оцінка наслідків впливу.* Мета даного аспекту інтервенції допомогти пацієнтові проаналізувати зміни у поведінці та стилі життя, котрі відбуваються під впливом ДДР. Усвідомлення негативних наслідків наявного розладу є сильною мотивацією до змін і до відмови від викривлених поведінкових моделей і когнітивних переконань.
3. *Створення протоколу зменшення симптоматики.* На даному етапі центральним є з'ясування тригерів, які посилюють симптоматику ДпсДр, і пошук факторів, що зменшують її інтенсивність. Для окремого пацієнта ці фактори можуть різнитися за мірою впливу і суб'єктивними відчуттями. Сталим для більшості пацієнтів є фактор порушення сну, патогенетичний вплив якого ми розглянули вище. Також пацієнти відзначали, що симптоми посилювались під час перебування у небезпеці або при перевтомі. Тоді як соціалізація, фізичні навантаження та перебування на природі мали позитивний вплив на динаміку ДДР.
4. *Застосування технік.* В протокол запропонованої інтервенції було включено техніку майндфулнес, яка за результатами нашого та інших досліджень (Levin K K et al., 2022) є ефективною для пацієнтів з ДДР. У випадку діагностування розладів, коморбідних до ДДР (як, наприклад, у клінічному випадку 2: у пацієнтки було зафіксовано тривожно-фобічні порушення розладу у коморбідному поєднанні з ДДР), варто застосовувати декілька технік. Зокрема, техніки по долання тривоги і роботи з когнітивними збоями, а також терапевтичні техніки КПТ.

5. *Складання наративу*. Є додатковим аспектом у протоколі запропонованої інтервенції, який значно посилює ефективність технік КПТ. Роботу по написанню наративу варто проводити, коли пацієнт відчуває гостру несправедливість та неприйняття факту наявності в нього симптомів ДпсДр.

Запропонований план психотерапевтичної інтервенції має дещо спільне з планом групової терапії для пацієнтів з симптомами ДпсДр на амбулаторному лікуванні (Flückiger R et al., 2022). Але якісні відмінності запропонованого нами протоколу інтервенції полягають, в меншій кількості зустрічей; в тому що робота проводилася робота індивідуально, а не в групі; менше часу приділялося технікам КПТ, натомість використовувався нарративний підхід за показами. У наведених клінічних випадках застосування саме такого варіанту протоколу терапевтичної інтервенції при ДДР (після одної консультативної зустрічі в катамнестичному плані) зменшили симптоматику ДпсДр на 40% і 27% за шкалою CDS відповідно, а також зменшення балів на 27,6% та 16,2% за шкалою DES (загальний бал), а за субшкалою ДпсДр відповідно на 14,9% та 3,3%.

Висновок

Наразі відсутнє чітке розуміння патогенезу симптоматики ДпсДр, наслідком чого є відсутність протоколу ефективного лікування ДДР. Наявність малої кількості досліджень і з недостатньою вибіркою, утруднює роботу клініцистів. Саме тому клінічний досвід застосування запропонованого нами протоколу терапевтичної інтервенції у пацієнтів з ДДР може стати підґрунтям для подальшої розробки ефективних методів короткострокового втручання при цій важкій патології.

Окрім цього, для підтвердження ефективності короткострокових терапевтичних інтервенцій в лікуванні ДДР необхідні подальші клінічні дослідження.

Посилання

1. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Arora T, Alhelali E, Grey I. Poor sleep efficiency and daytime napping are risk factors of depersonalization disorder in female university students. *Neurobiol Sleep Circadian Rhythms*. 2020 Oct 14;9:100059. doi: 10.1016/j.nbscr.2020.100059. PMID: 33364526; PMCID: PMC7752711.
3. Aksen, D. E., Polizzi, C., & Lynn, S. J. (2021). Correlates and mediators of dissociation: Towards a transtheoretical perspective. *Imagination, Cognition and Personality*, 40(4), 372–392. <https://doi.org/10.1177/0276236620956284>
4. Baker D, Hunter E, Lawrence E, et al: Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 428–433.
5. Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). Purpose in Life Test (PIL) [Database record]. APA PsycTests.
6. Fagioli F, Dell'Erba A, Migliorini V, Stanghellini G. Depersonalization: physiological or pathological in adolescents? *Compr Psychiatry*. 2015 May;59:68-72. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.02.011. Epub 2015 Feb 20. PMID: 25748214.
7. Flückiger R, Schmidt SJ, Michel C, Kindler J, Kaess M. Introducing a Group Therapy Program (PLAN D) for Young Outpatients with Derealization and Depersonalization: A Pilot Study. *Psychopathology*. 2022;55(1):62-68. doi: 10.1159/000520008. Epub 2021 Nov 24. PMID: 34818653.
8. Hunter E C. Understanding and treating depersonalization disorder. In: Kennedy F, Kennerley, Pearson D, editors. *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. Hove, East Sussex:Routledge; 2013. p. 160–73. Hunter EC, Baker

- D, Phillips ML, Sierra M, David AS. Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behav Res Ther.* 2005 Sep;43(9):1121-30. doi: 10.1016/j.brat.2004.08.003. PMID: 16005701.
9. Hunter EC, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behav Res Ther.* 2003 Dec;41(12):1451-67. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00066-4. PMID: 14583413.
 10. Huntjens RJC, Janssen GPJ, Merckelbach H, Lynn SJ. The link between dissociative tendencies and hyperassociativity. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2021 Dec;73:101665. doi: 10.1016/j.jbtep.2021.101665. Epub 2021 May 29. PMID: 34091386.
 11. Lathan EC, Guelfo A, La Barrie DL, Teer A, Powers A, Siegle G, Fani N. Differing associations of depersonalization with physiological response during rest and breath-focused mindfulness in a trauma-exposed female population. *J Psychiatr Res.* 2023 Jun;162:193-199. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.05.028. Epub 2023 May 5. PMID: 37172509; PMCID: PMC10305839.
 12. Lemche E, Brammer MJ, David AS, Surguladze SA, Phillips ML, Sierra M, Williams SC, Giampietro VP. Interoceptive-reflective regions differentiate alexithymia traits in depersonalization disorder. *Psychiatry Res.* 2013 Oct 30;214(1):66-72. doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.006. Epub 2013 Aug 7. PMID: 23932225; PMCID: PMC4024664.
 13. Levin KK, Gornish A, Quigley L. Mindfulness and Depersonalization: a Nuanced Relationship. *Mindfulness (N Y).* 2022;13(6):1479-1489. doi: 10.1007/s12671-022-01890-y. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35492870; PMCID: PMC9043097.
 14. Loewenstein RJ. Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018 Sep;20(3):229-242. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein. PMID: 30581293; PMCID: PMC6296396.
 15. Luckenbaugh DA, Niciu MJ, Ionesc DF, Nolan NM, Richards EM, et al. 2014. Do the dissociative side effects of ketamine mediate its antidepressant effects? *J. Affect. Disord.* 159:56-6
 16. Lynn SJ, Polizzi C, Merckelbach H, Chiu CD, Maxwell R, van Heugten D, Lilienfeld SO. Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Trans-theoretical Framework. *Annu Rev Clin Psychol.* 2022 May 9;18:259-289. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424. Epub 2022 Feb 28. PMID: 35226824.
 17. Madden, S. P., & Einhorn, P. M. (2018). Cannabis-induced depersonalization-derealization disorder *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 13(2), 3-6. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2018.130202>
 18. McRedmond G, Gafoor R, Ring L, Morant N, Perkins J, Dalrymple N, Dumitru A, David AS, Lewis G, Hunter ECM. Cognitive Behaviour Therapy for Depersonalisation Derealisation Disorder (CBT-f-DDD): Study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *PLoS One.* 2024 Aug 9;19(8):e0307191. doi: 10.1371/journal.pone.0307191. PMID: 39121060; PMCID: PMC11315339.
 19. Merckelbach, H., Otgaar, H., & Lynn, S. J. (2022). Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000–2018: A meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 9(1), 2–26. <https://doi.org/10.1037/cns0000272>
 20. Michal M, Adler J, Wiltink J, Reiner I, Tschan R, Wölfling K, Weimert S, Tuin I, Subic-Wrana C, Beutel ME, Zwerenz R. A case series of 223 patients with depersonalization-derealization syndrome. *BMC Psychiatry.* 2016 Jun 27;16:203. doi: 10.1186/s12888-016-0908-4. PMID: 27349226; PMCID: PMC4924239.
 21. Mishra, S., Das, N., Mohapatra, D., & Mishra, B. R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy in depersonalization-derealization disorder: a Case Report [Letter]. *Indian Journal of Psychological Medicine.* <https://doi.org/10.1177/02537176211040259>
 22. Richard J. Loewenstein (2018) Dissociation debates: everything you know is wrong, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20:3, 229-242, DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
 23. Sierra-Siebert, Mauricio. (2009). Depersonalization: a new look at a neglected syndrome.



24. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O. Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry*. 2003 Sep;64(9):990-7. doi: 10.4088/jcp.v64n0903. PMID: 14628973.
25. Simeon D, Knutelska M. The role of fearful attachment in depersonalization disorder. *Eur. J. Trauma*, 2022; doi:10.1016/j.ejtd.2022.100266.
26. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016 Sep 19;17(10):652-66. doi: 10.1038/nrn.2016.111. PMID: 27640984.
27. Wang S, Zheng S, Zhang X, Ma R, Feng S, Song M, Zhu H, Jia H. The Treatment of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Dissociation*. 2023 Jul 11:1-24. doi: 10.1080/15299732.2023.2231920. Epub ahead of print. PMID: 37431255.
28. 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. doi: 10.1080/15299732.2022.2079796. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35699456.
29. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18 с.