

УДК 616.895.8:616.89-008.485:616-036:159.923.2

Для цитирования: Лобков С.А. Феноменологические аспекты расстройств самосознания в клинике манифестных форм параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 1 (130). С. 96-106. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-96-106](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-96-106)

## Феноменологические аспекты расстройств самосознания в клинике манифестных форм параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства

Лобков С.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1

<sup>2</sup> Клиники ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 664022, Иркутск, бульвар Гагарина 6

### РЕЗЮМЕ

**Цель:** сравнительный анализ феноменологических и структурно-типологических особенностей расстройств самосознания (деперсонализации и дереализации – ДП-ДР) на различных этапах течения параноидной шизофрении с приступообразным типом и шизоаффективного расстройства для уточнения их диагностической и прогностической значимости. **Материал.** Исследование проведено в психиатрическом отделении клиник ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, общепсихиатрических отделениях ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер» в 2022-2025 гг. **Методы:** клинико-анамнестический, клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Исследование посвящено сравнительному анализу феноменологических и структурно-типологических особенностей ДП-ДР у 117 пациентов с первым психотическим эпизодом приступообразной параноидной шизофрении (n=52) и шизоаффективным расстройством (n=65). **Результаты.** На основе Кембриджской шкалы деперсонализации предложена систематика ДП-ДР с выделением идеаторного, аффективного и соматического феноменологических доменов. Установлено, что при параноидной шизофрении преобладают переживания идеаторного домена (65,4% против 27,7% при шизоаффективном расстройстве;  $p < 0,001$ ), включающие нарушения протекания мыслительных процессов и утрату авторства мыслей. При шизоаффективном расстройстве доминирует аффективный домен (70,8% против 34,6% при параноидной шизофрении;  $p < 0,001$ ) с преимущественно гипопатическим оттенком переживаний. Соматический домен встречается с сопоставимой частотой (46-48%), но при параноидной шизофрении характеризуется нарушением аутоагентности движений, а при шизоаффективном расстройстве – психосенсорными особенностями. На манифестном этапе феномены идеаторного домена при параноидной шизофрении статистически значимо чаще трансформируются в идеаторный автоматизм (76,9% против 32,3%;  $p < 0,001$ ). Выявлена закономерность перехода от метафорических описаний («как будто») к категоричным утверждениям с бредовой интерпретацией.

**Ключевые слова:** расстройства самосознания, деперсонализация, дереализация, расстройства шизофренического спектра, доманифестный этап, шизоаффективное расстройство, параноидная шизофрения.

### ВВЕДЕНИЕ

Деперсонализация и дереализация (ДП-ДР), феноменологически включающие переживания отчужденности от собственных психических процессов и окружающей реальности, на современном этапе признаются трансдиагностическими состояниями в рамках континуума от неклинических до клинических популяций. Шкала диссоциации (DES) из 28 вопросов используется для оценки выраженности диссоциативных переживаний [1]. При шизофрении ДП чаще ассоциировалась с явлениями пассивности, ДР – с общими бредовыми идеями. Выявлено влияние времени в динамике болезни на взаимосвязь между ДП, ДР и симптомами первого ранга [2].

Представлены 4 домена ДП-ДР: аномальный телесный опыт в виде чужеродных ощущений, притупление или оскудение эмоций, аномалии субъективных воспоминаний, чувство отчуждения или оторванности от окружающего мира, но из них только категория «аномального телесного опыта» наиболее соответствует необычным и странным ощущениям, испытываемым пациентами с шизо-типическим расстройством [3]. ДП, являясь расстройствами самосознания и проявлениями диссоциативных расстройств, отражают также и фундаментальные нарушения переживания собственного «Я», представляющие собой ключевой элемент в понимании психопатологии расстройств шизофренического спектра.

По Ясперсу, проявления ДП связаны с отсутствием сознания собственной деятельности, отчуждённостью мировосприятия, аномальным ощущением собственного тела [4]. Шнайдер считал, что психические расстройства могут быть связаны с нарушением иерархии психических явлений, потерей «функции реального» и рассматривал ДП как симптом в структуре других психопатологических расстройств [5].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о высокой распространенности феноменов ДП-ДР, достигающей 23% в общей популяции, 36% среди пациентов с психическими расстройствами и до 66% у пациентов с шизофренией. Показатели распространенности варьировались: 1,8-5,9% (злоупотребление ПАВ), 3,3-20,2% (тревожные расстройства), 3,7-20,4% (диссоциативные расстройства), 16,3% (шизофрения), 17% (пограничное расстройство личности), 50% (депрессия); самые высокие показатели связаны с межличностным насилием (25-53,8%) [6]. Симптомы ДП/ДР ассоциированы с высоким риском психоза; по данным нейровизуализации возможно наличие разных патофизиологических механизмов – снижение нейронной активности в орбитофронтальной коре и повышение активности в хвостатом ядре, т.е. нисходящие (орбитофронтальная кора) и восходящие (хвостатое ядро) функции/механизмы в областях мозга могут способствовать возникновению ДП/ДР [7]. У лиц с ДП-ДР значения по методу фракционной анизотропии в левой височной и правой височно-теменной областях ниже, чем в контроле; полученные связи объясняются не тревожностью и депрессией, а тяжестью диссоциативных симптомов. Модель фронтолимбического дисбаланса предположительно лежит в основе симптоматики ДП-ДР [8]. Диссоциативные симптомы обнаружены у 36,4% пациентов с первым психотическим эпизодом, из них 13,6% соответствовали критериям диссоциативного расстройства, выявлены различия в частоте диссоциативных симптомов между лицами, пережившими и не пережившими детскую травму [9]. Средний возраст начала ДП-ДР с преобладанием среди мужчин составил 22,8 года; раннее начало связано с большей тяжестью течения заболевания, тенденцией к хроническому и персистирующему характеру. 71% пациентов соответствовали критериям первичного расстройства ДП, показатели симптомов ДП коррелировали с тревожностью и депрессией, диссоциативная амнезия не была выражена [10]. Дисфункциональная регуляция эмоциональных реакций связана с риском развития психоза и обусловлена низкой активацией вентролатеральной префронтальной коры, что приводит к высокому уровню негативных эмоций, снижению социальной адаптации и высокой частоте психотических симптомов [11].

Исследования последних десятилетий подтверждают значительную коморбидность расстройств самосознания не только с симптомами тревоги, депрессии, ПТСР, но и с расстройствами шизофренического спектра. Переживания ДП-ДР проявляются с большей частотой, продолжительностью и интенсивностью у пациентов на ранних стадиях параноидной шизофрении, постепенно уменьшаясь по мере перехода в хроническую форму. Участники с начальными эпизодами имеют более высокие баллы по Кембриджской шкале ДП и шкале диссоциативных переживаний [12]. При расстройствах шизофренического спектра ДП-ДР описаны как расстройство здравого смысла, воплощенное в переживании отстраненности и безжизненности; это базовое нарушение способствует дифференциации шизофрении и других психотических форм [13]. При шизофрении обнаружена высокая распространенность расстройств личности кластеров А (странные и эксцентричные РЛ) и С (тревожные и панические РЛ) – 12%; наиболее распространен параноидный подтип (7,65%). Значительно чаще, чем в общей популяции, встречались шизотипические и параноидные РЛ (4,4% и 7,6%), реже – пограничные, обсессивно-компульсивные, депрессивные, нарциссические, истерические РЛ [14].

Согласно модели базисных симптомов, ДП-ДР могут выделяться как промежуточные состояния в континууме от тонких субъективных нарушений переживания собственного «Я» к развитию шизофренических симптомов первого ранга. Факторы риска шизофрении могут быть связаны с высокой частотой сопутствующих расстройств (расстройство аутистического спектра и СДВГ), предшествующих началу шизофрении, а также с нарушениями нейромоторного, рецептивного, социального и когнитивного развития [15]. Семантическая неопределённость и диффузность в речи пациентов, разные виды слуховых галлюцинаций «сигнализируют» о переходе к психозу; эти две переменные предсказывают переход с точностью 93% в обучающем наборе данных и 90% в контроле; автоматизированный анализ языка можно использовать для прогноза широкого спектра психических расстройств задолго до возникновения [16].

В процессе психотической динамики происходит трансформация субъективных переживаний от сравнительных оценок «как будто» в убежденность «это есть» с переходом к бредовым интерпретациям, что определяется как «психотическая реперсонализация» [17]. Высокие баллы по Кембриджской шкале ДП связаны с частыми сновидениями по типу стороннего наблюдателя, отчетливыми телесными ощущениями, измененным восприятием тела, ночными кошмарами, лучшим запоминанием снов. Показатели CDS отрицательно

коррелировали с показателями границ тела в состоянии бодрствования и со степенью доверия к интероцептивным сигналам. Это проясняет сложную феноменологию ДП в связи с телесным самосознанием в бодрствования и во сне [18].

Данные о сопряженности проявлений ДП-ДР на инициальном и манифестном этапах шизофрении предполагают актуальность изучения прогностического значения таких клинических феноменов в структуре приступов процессуального заболевания с различной прогрессивностью – параноидной шизофрении с приступообразным типом течения и шизоаффективного психоза. Клинико-феноменологические особенности ДП-ДР в клинической картине этих вариантов расстройств шизофренического спектра в современной психиатрической литературе не имеют систематического описания и требуют дальнейшего изучения в аспекте совершенствования диагностики, прогноза и ранней адекватной терапии.

#### **ЦЕЛЬ**

Сравнительный анализ феноменологических и структурно-типологических особенностей расстройств самосознания (деперсонализации и дереализации) на различных этапах течения параноидной шизофрении с приступообразным типом и шизоаффективного расстройства для уточнения их диагностической и прогностической значимости.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

В исследовательскую выборку были включены 117 пациентов с первым психотическим эпизодом параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства с ДП-ДР в клинике манифестного приступа, проходивших стационарное лечение в психиатрическом отделении клиник ФГБОУ ВО ИГМУ, общепсихиатрических отделениях ИОПНД в период с октября 2022 г. по октябрь 2025 г. Стационарное лечение позволяло осуществить детальное изучение клинической феноменологии ДП-ДР у пациентов с параноидной шизофренией (далее – ПШ) с приступообразным типом и шизоаффективным расстройством (далее – ШАР) с учетом этапности развития шизофренического процесса в сравнительном аспекте – от преморбиды и инициальных расстройств к последующему манифесту заболевания.

В соответствии с целью исследования изучаемый контингент был разделен на 2 клинические группы: 1-я группа – пациенты (n=52) с ПШ с приступообразным типом течения (F20.01 по МКБ-10), 2-я группа – пациенты (n=65) с ШАР (F25 по МКБ-10).

Основные методы исследования: клинико-анамнестический, клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, психометрический. Для исследования ДП-ДР использовалась Кембриджская шкала деперсонализации [19].

Ретроспективная оценка доманифестного этапа проводилась на основании анамнестических сведений, полученных от пациентов и их родственников, а также данных медицинской документации.

Статистический анализ проводился в программе StatTech v. 4.8.5. Нормальность распределения количественных данных оценивалась критериями Шапиро-Уилка (n<50) и Колмогорова-Смирнова (n>50). Количественные данные представлены как M±SD с 95% доверительными интервалами. Категориальные данные описаны абсолютными и относительными частотами с 95% ДИ по методу Клоппера-Пирсона. Для сравнения групп использовали t-критерий Стьюдента (количественные показатели с нормальным распределением), U-критерий Манна-Уитни (при отклонении от нормальности), критерий хи-квадрат Пирсона или точный критерий Фишера (категориальные данные). Рассчитывались отношения шансов с 95% ДИ. Уровень статистической значимости установлен p<0,05.

Критериями исключения являлось наличие зависимости от психоактивных веществ, сопутствующей соматической и неврологической патологии, затрудняющих оценку результатов исследования.

Все пациенты, принявшие участие в исследовании, подписывали форму добровольного информированного соглашения на участие в данном исследовании.

Анализ социально-демографических характеристик показал следующее. Средний возраст пациентов 1-й группы составлял 27,19±3,17 года, 2-й группы – 30,71±4,73 года. Распределение по полу не выявило различий, 1-я группа: мужчин – 24 (46,2%), женщин – 28 (53,8%), 2-я группа: 31 мужчина (47,7%) и 34 (52,3%) женщины. В обеих группах преобладали лица со средним образованием, 1-я группа – 45 (86,5%), 2-я группа – 58 (89,2%), высшее образование имели 7 (13,5%) пациентов 1-й группы и 7 (10,8%) – 2-й группы. Обе выборки характеризовались низкой трудовой занятостью, официально трудоустроенных в 1-й группе было 6 (11,5%), во 2-й группе – 13 (20%), неофициальное трудоустройство имели 4 пациента (7,7%) 1-й группы и 14 (21,5%) – 2-й группы. Анализ семейного положения показал, что в 1-й группе в официальном браке состояли 8 (15,4%) пациентов, во 2-й группе – 13 (20%). Средний возраст обращения в учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, был ниже в 1-й группе, чем во 2-й (26.34±2,83 29.4±1.96 года). Длительность катамнестического наблюдения составила 1,5 [0,0; 3,00] года в обеих группах.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Проанализированы преморбидные особенности пациентов с ПШ с приступообразным типом течения и ШАР с ДП-ДР в клиническом течении заболевания.

Почти треть пациентов 1-й группы ( $n=15$ , 28,8%) и четверть пациентов 2-й группы ( $n=17$ , 26,2%) отмечали эпизоды проявления ДП-ДР уже подростковым возрасте (с 10 до 19 лет по критериям ВОЗ) [21]. В контексте последующего развития заболевания данный факт может оцениваться как проявление базисных расстройств [22]. По преморбидным личностным особенностям среди пациентов 1-й группы преобладали личности с акцентуацией шизоидных и психастенических черт – 24 (46,2%) и 14 (26,9%) соответственно, реже выявлялись эмоционально неустойчивые и смешанные особенности – 5 (9,6%) и 4 (7,7%), в 5 (9,6%) случаях личностная predisпозиция не установлена. Среди пациентов 2-й группы выявлены психастенические особенности – 17 (26,2%), циклоидные – 17 (26,2%), шизоидные – 9 (13,8%), эмоционально неустойчивые – 6 (9,2%), смешанные – 13 (20%), у 3 (4,6%) пациентов явных личностных особенностей не обнаружено.

В обеих группах наличие базисных расстройств в анамнезе статистически значимо чаще наблюдалось у пациентов с психастеническими ( $p=0,044$ ) и шизоидными особенностями ( $p=0,037$ ). Клиническими проявлениями ДП-ДР на преморбидном этапе у пациентов с шизоидными чертами ( $n=7$ , 13,5% из 1-й группы,  $n=2$ , 3,1% из 2-й группы) были кратковременные рудиментарные переживания измененного восприятия себя и окружающего мира на фоне охваченности фантазированием, погружением в сюжет собственных представлений, что индуцировалось длительными поездками, навязчивыми мыслями во время подготовки ко сну, при просмотре фильмов, чтении, иной повседневной деятельности. Данные феномены не сопровождались дискомфортом, пациенты лишь отмечали переживание отчуждения от окружающего, измененного самовосприятия и восприятия окружающего с оттенком необычности, поэтому такое состояние вызывало позитивные воспоминания даже по прошествии многих лет. Они определялись пациентами как «сильное погружение в неотвязные фантазии», «как будто уплыл в другое пространство», «был наедине с сюжетом своего воображения». На фоне таких состояний пациенты отмечали, что забывали о текущих делах, «происходящее вокруг будто растворялось», наступал «момент мысленного отключения от реальности».

У лиц с психастеническими чертами проявления отчуждения имели иную модальность ( $n=6$ , 11,5% из 1-й группы,  $n=11$ , 16,9% из 2-й группы). Состояния ДП-ДР у таких лиц возникали на высоте тревожных реакций, в форме эпизодов, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, с переживаниями, отражающими элементы нигилистического фабулирования: «конечности стали ватными», «как будто земля из-под ног про-

пала», «тело не слушается, дрожит», «как будто все мысли исчезли», «душа онемела». У немногочисленной части пациентов с иными преморбидными особенностями ( $n=2$ , 3,8% из 1-й группы и  $n=4$ , 6,2% из 2-й группы) в анамнезе выявлялись лишь рудиментарные непродолжительные проявления ДП-ДР, которые возникали в связи с аффективным напряжением и тревогой в связи с межличностными конфликтами, например, на фоне агрессии со стороны сверстников.

Далее были проанализированы феноменологические особенности ДП-ДР на этапе инициации приступообразной параноидной шизофрении и шизоаффективного психоза. Инициальный этап заболевания регистрировался при появлении неспецифических продромальных симптомов: аффективные расстройства – у 6 (11,5%) из 1-й группы и 45 (69,2%) из 2-й, тревожно-фобические – у 27 (51,9%) из 1-й группы и 29 (44,6%) из 2-й, сенесто-ипохондрические – у 19 (36,5%) из 1-й группы и 14 (21,5%) из 2-й, изменения в поведении и социальном функционировании – у 48 (92,3%) из 1-й группы и 29 (44,6%) из 2-й.

Средний возраст пациентов 1-й группы на момент начала инициального этапа составил  $25,31 \pm 6,24$  года, у пациентов 2-й группы –  $29,12 \pm 3,67$  года. Продолжительность до манифестного этапа в 1-й группе составила 35,50 [5,0; 137,00] месяца, у пациентов из 2-й группы – 24,00 [2,00; 83,00] месяца ( $p < 0,001$ ). На до манифестном этапе, предшествующем первой госпитализации, проявления ДП-ДР выявлялись у большинства пациентов – у 38 (73,1%) из 1-й группы и 58 (89,1%) из 2-й группы ( $\chi^2=4,88$ ;  $p=0,027$ ). Проявления ДП-ДР на данном этапе в основном носили транзиторный характер, имели продолжительность от нескольких часов до нескольких дней, в 1-й группе зарегистрированы у 36 (69,2%), во 2-й группе – у 58 (89,1%). Постоянный характер ДП-ДР отмечался у 2 (3,8%) пациентов 1-й группы.

Средний балл согласно результатам регистрации ДП-ДР с помощью Кембриджской шкалы (CDS) на момент первичного стационарного наблюдения составил 13,5 [5,0; 23,0] балла у пациентов с ПШ (1-я группа) и 9 [2,0; 27,0] баллов – у пациентов с ШАР (2-я группа). Различия между группами по этому показателю были статистически значимыми (U-критерий Манна-Уитни;  $p < 0,001$ ).

Для получения более точных данных о клинико-феноменологических характеристиках ДП-ДР в дальнейшем нами был предпринят анализ результатов Кембриджской шкалы, позволивший дифференцировать на основе семантики представленных в ней утверждений, три домена деперсонализации: идеаторный, аффективный и соматический.

Следует подчеркнуть, что при описании феноменов ДП-ДР все изученные пациенты всегда использовали метафоры и сравнительные обороты: «будто», «словно», «как», никогда полностью не отождествляя свои переживания с реальностью.

Идеаторный домен отражал вопросы 10, 21, 26 Кембриджской шкалы деперсонализации (рис. 1) и статистически значимо ( $p < 0,001$ ) чаще выявлялся у пациентов ПШ, чем с ШАР ( $n=34, 65,4\%$  против  $n=18, 27,7\%$ ).

10. «Иногда у меня бывает ощущение, как будто у меня нет никаких мыслей в голове, как будто она не думает, как будто она пустая или набитая чем-то вроде ваты, или как будто мыслей в ней мало и они текут медленно. И поэтому, когда я разговариваю, мне кажется, что это происходит автоматически, как если бы эти слова произносил не я, а какой-то робот или автомат. Или же я чувствую, что слова и мысли больше не имеют для меня эмоциональной окраски и значения».

21. «Иногда мне кажется, будто я лишился воображения или оно значительно снизилось. Например, мне кажется, что я не в состоянии вызвать в памяти картинку образа близкого друга или хорошо знакомого места».

26. «Иногда у меня бывает ощущение, что я настолько отстранен и оторван от своих собственных мыслей, что они как бы живут своей собственной жизнью, отдельно и независимо от меня, или что моя голова переполнена мыслями, их слишком много, и они как бы звучат слишком громко и неприятно, или как бы написаны в моем мозгу крупным кричащим шрифтом».

Рисунок 1. Типичные ответы, отнесенные к идеаторному домену (Кембриджская шкала ДП)

С проявлениями идеаторного домена ДП-ДР соотносились следующие переживания пациентов.

Изменение громкости мыслей – 23 (44,2%) пациента из группы с ПШ и 9 (13,8%) с ШАР сообщали, что их мысли стали восприниматься «как бы громко», с предчувствием, что окружающие могут их слышать ( $\chi^2=13,74; p < 0,001; \phi=0,343$ ).

Чувство чужеродности мыслей – на чувственном уровне мысли воспринимаются пациентами «как не свои», как будто «навязанные посторонними», «как будто не владеют и не управляют своими мыслями», хотя «сознательно» не допускают такой возможности. Такие феномены обнаружены у 34 (65,4%) пациентов с ПШ и 12 (18,5%) с ШАР ( $\chi^2=26,66; p < 0,001; \phi=0,478$ ).

Трансляция мыслей частично сопутствовала изменению громкости мысли, в связи с чем пациенты испытывали ощущение, что их «мысли, возможно, доступны окружающим». Данные переживания статистически значимо чаще обнаружены у пациентов с ПШ, чем с ШАР ( $n=28, 53,8\%$  против  $n=11, 16,9\%$ ) ( $\chi^2=17,68; p < 0,001; \phi=0,389$ ).

Отнятие мыслей – пациенты сообщали, что как будто их мысли «крадутся», «активно извлекаются», этот симптом статистически значимо чаще обнаружен при ПШ, чем при ШАР ( $n=31, 59,6\%$  против  $n=11, 16,9\%$ ) ( $\chi^2=21,95; p < 0,001; \phi=0,434$ ).

Мысли сопровождаются наплывом образов и воспоминаний. Так, 1 (1,9%) пациент из 1-й группы сообщал, что произнесенная им речь перемежается с неконтрольным наплывом образов, вытекающих из содержания произнесенных слов ( $\chi^2=1,27; p=0,260; \phi=0,104$ ).

Изменение скорости течения мыслей в виде ускорения/замедления мыслительного процесса. Пациенты сообщали о переживании изменения течения мыслей с их неконтролируемым наплывом либо замедлением. Такие особенности статистически значимо чаще встречались при ПШ, чем при ШАР ( $n=30, 57,7\%$  против 9 (13,8%) ( $\chi^2=24,85; p < 0,001; \phi=0,461$ ).

Аффективный домен выделялся в соответствии с семантикой переживаний больных, получивших отражение в вопросах 5, 7, 18 (рис. 2).

5. «Иногда я замечаю, что то, что раньше доставляло мне удовольствие, перестало его доставлять, или же удовольствие от прежде приятных и интересных мне вещей снизилось».

7. «Иногда я ощущаю, что вкус любимой еды больше не доставляет мне чувства удовольствия, или что вкус нелюбимой или плохой еды не доставляет мне неприятных ощущений. Хотя я вроде как чувствую вкус еды как таковой, но он не имеет больше эмоциональной окраски. Или же я чувствую, что мои вкусовые ощущения притупились или полностью исчезли».

18. «Иногда, порой совершенно неожиданно, мне кажется, что я как бы не испытываю чувств привязанности, любви, дружбы, теплоты по отношению к семье, близким, друзьям. Или что они кажутся мне словно чужими, посторонними, далекими, другими, не теми, что обычно, хотя я знаю, что это моя семья, мои близкие, мои друзья».

Рисунок 2. Типичные ответы, отнесенные к аффективному домену (Кембриджская шкала ДП)

Аффективный домен ДП-ДР статистически ( $p < 0,001$ ) чаще проявлялся в переживаниях пациентов с ШАР, чем с ПШ ( $n=53, 81,5\%$  против  $n=20, 38,7\%$ ). На инициальном этапе в рамках аффективного домена ДП у пациентов выявлены следующие феномены.

Снижение эмоциональной окраски восприятия, характеризовавшееся понижением способности наполнять восприятие эмоциональным содержанием компонентом. Данный феномен статистически значимо чаще обнаружен при ПШ, чем при ШАР ( $n=19, 36,5\%$  против  $n=42, 64,6\%$ ) ( $\chi^2=9,13$ ;  $p=0,003$ ;  $\phi=0,279$ ). Примеры формулировок пациентов: «знаю, что люблю родных, но не чувствую к ним привязанности», «вместо эмоций пустота», «как будто эмоции выкачали», «все события стали восприниматься нейтрально и равнодушно».

Гипопатический оттенок переживаний сопровождался восприятием окружающей обстановки

как «тусклой», «блеклой», «плоской»: «все вокруг потускнело», «как будто не хватает света», «дома и люди вокруг стали безжизненными и мрачными», «в моей палитре жизни много серого». Данный феномен статистически значимо чаще встречался при ШАР, чем ПШ ( $n=37, 56,9\%$  против  $n=7, 13,5\%$ ) ( $\chi^2=23,71$ ;  $p < 0,001$ ;  $\phi=0,450$ ).

Гиперпатический оттенок характеризовался «остротой» и особой «яркостью» восприятия окружающей обстановки. Обнаружен у 4 (6,2%) пациентов с ШАР и не встречался при ПШ, что, вероятно, связано с малым объемом выборки (точный критерий Фишера:  $p=0,133$ ;  $\phi=0,133$ ). Примеры описаний феномена: «за окном всё рябит, пестрит», «текст в книгах, мебель, лица, дома стали слишком детализированными, как будто надел очки от близорукости».

Соматический домен отражался в вопросах Кембриджской шкалы 3, 8, 12, 24, 27 (рис. 3).

3. «Некоторые или все части моего тела иногда кажутся мне как бы чужими, не своими, или незнакомыми, необычными, изменившимися, как если бы они не принадлежали мне или как если бы они принадлежали кому-то другому, но не мне».
8. «Иногда мое тело кажется мне необычно легким, воздушным или невесомым, как если бы оно плавало в воздухе или в невесомости. Или же наоборот, оно мне кажется необычно тяжелым, как если бы оно было налито свинцом, или как если бы некая таинственная сила прибивала меня к земле».
12. «Иногда у меня бывает ощущение, что мои руки, мои ноги или моя голова, тело, туловище как будто стали больше или меньше, или выглядят или ощущаются как-то странно, необычно, искаженно, будто они изменили свою форму, цвет или фактуру».
24. «Иногда у меня бывает ощущение, что, когда я двигаюсь, совершаю какие-то движения, я не управляю своим телом и своими движениями, или что я двигаюсь как робот или автомат. Мои действия и движения кажутся мне автоматическими или принадлежащими не мне, или совершаемыми как бы помимо моей воли. Хотя на самом деле я прекрасно знаю, что это мои движения, что эти движения совершаю именно я, но я не чувствую этого».
27. «Иногда у меня возникает потребность потрогать или пощупать себя, или причинить себе физическую боль или повреждение (навряде щипка, пореза или укола иглой), чтобы убедиться в том, что у меня все еще есть тело, что мое тело все еще принадлежит мне, или что я реально существую».

Рисунок 3. Типичные ответы, отнесенные к соматическому домену (Кембриджская шкала ДП)

Соматический домен представлен в переживаниях пациентов обеих групп практически в половине случаев: у 24 (46,2%) с ПШ и 31 (47,7%) с ШАР ( $\chi^2=0,03$ ;  $p=0,872$ ;  $\phi=0,015$ ), однако имел феноменологические различия в зависимости от нозологии.

Изменение аутоагентности/координации движений. Пациенты сообщали, что движения тела осуществляются кем-то со стороны или «как будто» слабо контролируются ими, примеры формулировок: «движения как у робота», «как будто не я планирую шаги», «движения казались странными, не такими как обычно, резкими», «потерялась легкость, двигаюсь с каким-то сопротивлением», «как будто потерял пульт от управления собой». Данный феномен статистически значимо чаще встречался при ПШ, чем при ШАР ( $n=19, 36,5\%$  против  $n=9, 13,8\%$ ) ( $\chi^2=8,17$ ;  $p=0,004$ ;  $\phi=0,264$ ).

Психосенсорные проявления. Пациенты сообщали, что тело и конечности воспринимаются тяжелыми, «как налитые бетоном», «непосильными», «как будто тело стало плотным и неподъемным», «как будто обвешалась гирями», «стало трудно держать руки навесу», «как будто гравитация усилилась, всё время тянуло вниз». Данные ощущения статистически значимо чаще зафиксированы при ШАР, чем при ПШ ( $n=19, 29,2\%$  против  $n=6, 11,5\%$ ) ( $\chi^2=5,38$ ;  $p=0,02$ ;  $\phi=0,215$ ).

При телесной ДП в ряде случаев пациенты отмечали, что «как будто органы работают неисправно», «как-то не так, как нужно», что сопровождалось фиксацией на физиологических процессах: акте дыхания, принимаемой позе, положении языка, перистальтике кишечника, работе сердца, шуме в ушах, мочеиспускании, акте дефекации. Примеры формулировок: «чувствовала себя ком-

фортно сидя только на самом краю стула и, положив ногу на ногу, постоянно перепроверяла свое положение, это очень мешало», «не могу проглотиться, мешают слюна», «было ощущение, что прямая кишка грязная, проверяла стенки кишки зеркалом», «часто делаю очень глубокий вдох, иначе боюсь задохнуться», «есть ощущения бульканья, переворачивания в сердце», «когда стучу по левому бедру, сразу появляются щелчки и странный хруст в левом ухе», «чувствую, что прямая кишка постоянно наполнена», «не могу удобно расположить язык», «мешает боль и жжение в языке». Данный феномен чаще встречался у пациентов с ПШ (n=7, 13,5%) и сопровождался ипохондрической аргументацией, а среди пациентов с ШАР наблюдался лишь в 1 (1,5%) случае (точный критерий Фишера:  $p=0,024$ ;  $\phi=0,229$ ).

В последующем были проанализированы проявления ДП-ДР на манифестном этапе.

Манифестация заболевания знаменовалась появлением симптомов психотического регистра. На этом этапе феноменология симптомов ДП-ДР претерпевала психотическую трансформацию, когда в описании переживаний утрачивались сравнительные обороты («как будто», «словно») и происходил семантический переход к констатации явлений автоматизма и бредовой аргументации на фоне разорванности мышления и редукции критики.

Синдромальная структура развернутого манифестного психотического эпизода в 1-й группе была представлена параноидным (n=48, 92,3%) и парафреническим (n=4, 7,7%) синдромами. Во 2-й группе преобладал аффективно-бредовый синдром: депрессивный (n=31, 47,7%), смешанный (n=24, 36,9%), маниакальный (n=14, 21,5%). В обеих группах с высокой частотой зарегистрировано подострое начало манифестного приступа: в 1-й группе – у 45 (86,5%), во 2-й группе – у 51 (78,5%). Острый дебют наблюдался у 7 пациентов (13,5%) в 1-й группе и 14 (21,5%) во 2-й.

По мере развития манифестного этапа в клинической картине в обеих группах (n=52, 100% и n=65, 100%) отмечались персистирующие проявления ДП-ДР. Феномены ДП-ДР первично регистрировались лишь на данном этапе, причем статистически значимо чаще при ПШ, чем при ШАР (n=14, 26,9% против n=7, 10,8%) ( $\chi^2=5,21$ ;  $p=0,022$ ;  $\phi=0,211$ ).

Идеаторный домен на манифестном этапе трансформировался в явления идеаторного автоматизма. Данный феномен выявлялся статистически значимо чаще при ПШ, чем при ШАР (n=40, 76,9% против n=21, 32,3%) ( $\chi^2=23,45$ ;  $p<0,001$ ;  $\phi=0,448$ ). Из них в 6 (11,5%) случаях при ПШ и в 3 (4,6%) случаях при ШАР идеаторный домен первично наблюдался на манифестном этапе (точный критерий Фишера:  $p=0,174$ ;  $\phi=0,130$ ).

Переход от субъективных переживаний измененности и отчужденности с подозрительностью к бредовой убежденности и уверенности происходил остро, по типу озарения. Примеры формулировок пациентов: «получил подтверждения своим сомнениям и догадкам», «озарило», «стало всё понятно», «наконец понял, кто за этим стоит», «раскрыл их схему воздействия».

Аффективный домен на манифестном этапе статистически значимо чаще зарегистрирован при ШАР, чем при ПШ (n=54, 83,1%) против n=22, 42,3%) ( $\chi^2=20,89$ ;  $p<0,001$ ;  $\phi=0,423$ ). На фоне гипо- и гиперпатических оттенков переживаний окружающая обстановка начинала восприниматься как «подстроенная», «угрожающая», «имеющая особый символический смысл», «театральная постановка», «сценическое представление» с формированием убежденности больного в возможности окружающих и самого себя изменяться, преобразовать свою внешность, с развитием идей интерметаморфоза.

В рамках аффективного домена ДП-ДР выявлялись следующие феномены.

Гипопатический оттенок переживаний статистически значимо чаще встречался у пациентов с ШАР, чем с ПШ (n=46, 70,8% против n=20, 38,5%) ( $\chi^2=12,18$ ;  $p<0,001$ ;  $\phi=0,323$ ).

Гиперпатический оттенок переживаний обнаружен у 8 (12,3%) пациентов с ШАР и 2 (3,8%) пациентов с ПШ (точный критерий Фишера:  $p=0,108$ ;  $\phi=0,152$ ). Из них в 2 (3,8%) случаях ПШ гиперпатический оттенок первично появился на манифестном этапе.

Переживания, соответствующие аффективному домену ДП-ДР, в ряде наблюдений предшествовали бреду интерметаморфоза у 4 (6,2%) пациентов с ШАР и у 2 (3,8%) с ПШ (точный критерий Фишера:  $p=0,685$ ;  $\phi=0,038$ ). Феноменологически бред интерметаморфоза представлял собой закономерную трансформацию переживаний аффективного отчуждения, при которой субъективное ощущение эмоциональной дистанции от близких («как будто они стали чужие») утрачивало критику и конверсировалось в бредовую убежденность в их реальном изменении или подмене. Происходило видоизменение переживаний с переходом от смутных сомнений отчужденности и изменения к мгновенным превращениям, которые могут реализовываться множественно.

Клинически данная трансформация прослеживалась в следующей динамике: на инициальном этапе пациенты сообщали о переживаниях эмоциональной отчужденности от близких с сохранением понимания их неизменности («знаю, что это мама, но не чувствую к ней ничего», «смотрю на мужа и не узнаю в нём прежнего человека, хотя понимаю, что это он»).

На манифестном этапе переживания разобщенности с близкими трансформировались в бредовые идеи физического или психологического изменения окружающих: «мама стала совершенно другой, её словно подменили», «у неё изменились глаза, взгляд чужой», «это не настоящие родственники, они играют роли», «окружающие меняют лица и внешность». При ШАР данные феномены носили острый транзиторный характер, при ПШ развивались подостро с последующей редукцией и инкапсуляцией в устойчивую бредовую систему.

В структуре интерметаморфоза выделялись следующие феноменологические варианты.

Бред подмены близких характеризовался убежденностью в том, что родственники или знакомые заменены двойниками, актёрами, переодетыми и загримированными лицами. Примеры формулировок: «это не моя мать, её заменили похожей женщиной», «муж выглядит так же, но внутри он другой человек», «врачи и медсёстры постоянно меняются местами, гримируются друг под друга».

Бред взаимного превращения проявлялся убежденностью в способности окружающих произвольно и основательно изменять свою внешность и превращаться в других людей («люди на улице превращаются друг в друга»), «один и тот же человек приходит ко мне под разными личинами», «персонал отделения – это одни и те же люди, которые постоянно переодеваются и подстраиваются под других»).

Аутопсихический вариант отличался убежденностью в собственном изменении или подмене, сформировавшейся на фоне аффективного неприятия и отчуждения от себя («я стала другим человеком, не узнаю себя в зеркале», «моё лицо изменилось, стало не таким, как прежде, и приобрело другое выражение, это не я»).

Первичное возникновение аффективного домена на манифестном этапе отмечалось в 1 (1,5%) случае ШАР и 2 (3,8%) случаях ПШ; различия между группами не достигали статистической значимости (точный критерий Фишера:  $p=0,571$ ;  $\phi=0,067$ ).

Соматический домен на манифестном этапе выявлен у 26 (50,0%) пациентов с ПШ и 23 (35,4%) с ШАР ( $\chi^2=2,56$ ;  $p=0,110$ ;  $\phi=0,148$ ), однако имел различные феноменологические особенности.

Изменение аутоагентности/координации движений на этапе психоза приобретало характеристики моторного автоматизма с бредовой аргументацией. Данный феномен статистически значимо чаще обнаружен у пациентов с ПШ, чем с ШАР ( $n=22$ , 42,3% против  $n=7$ , 10,8%) ( $\chi^2=15,32$ ;  $p<0,001$ ;  $\phi=0,362$ ). Из них первично на манифестном этапе данный феномен возник в 3 (5,8%) случаях ПШ (точный критерий Фишера:  $p=0,080$ ;  $\phi=0,161$ ).

Психосенсорные проявления на манифестном этапе приобретали бредовую аргументацию. Данный феномен статистически значимо чаще отмечался у пациентов с ШАР, чем с ПШ ( $n=21$ , 32,3% против  $n=6$ , 11,5%) ( $\chi^2=7,12$ ;  $p=0,008$ ;  $\phi=0,247$ ). В том числе первично на манифестном этапе он проявился в 2 (3,1%) случаях ШАР (точный критерий Фишера:  $p=0,502$ ;  $\phi=0,092$ ).

Телесная ДП на манифестном этапе приобретала характеристики сенсорного автоматизма с бредовой аргументацией идеей воздействия ипохондрического и персекуторного содержания. Данный феномен статистически значимо чаще встречался у пациентов с ПШ, чем с ШАР ( $n=10$ , 19,2% против  $n=2$ , 3,1%) (точный критерий Фишера:  $p=0,004$ ;  $\phi=0,259$ ). Из них первично на манифестном этапе он возник в 3 (5,8%) случаях ПШ и 1 (1,5%) случае ШАР (точный критерий Фишера:  $p=0,317$ ;  $\phi=0,114$ ).

### ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты согласуются с концепцией базисных симптомов G. Huber, G. Gross [22], рассматривающей феномены ДП-ДР как промежуточное звено между субклиническими нарушениями самосознания и развернутыми психотическими симптомами. Выявленное преобладание идеаторного домена ДП-ДР на доманифестном этапе ПШ и его последующая трансформация в идеаторный автоматизм на манифестном этапе подтверждает представления M. Sierra et al. [17] о «психотической реперсонализации» – процессе, при котором метафорические переживания отчужденности утрачивают критику и приобретают бредовую интерпретацию.

Доминирование аффективного домена ДП-ДР с гипопатическим оттенком по мере развития психоза при ШАР согласуется с последующим формированием выраженных аффективных расстройств в структуре приступа ШАР.

В формировании ДП-ДР прослеживается значение личностной predisпозиции. Так, на преморбидном этапе у пациентов с шизоидными чертами, рудиментарными проявлениями измененное восприятие преобладало на фоне аутистического фантазирования, в то время как у лиц с психастеническими особенностями первично развитие ДП-ДР было связано с тревожными реакциями.

Особенности соматического домена ДП-ДР при двух нозологических формах отражают специфику вовлечения различных уровней телесного самосознания в патологический процесс. При ПШ чаще наблюдались нарушения аутоагентности движений и телесной ДП с последующей трансформацией в сенсорный автоматизм, тогда как при ШАР преобладали психосенсорные проявления, отражающие модальность аффективных колебаний в эмоциональной сфере.

Транзиторный характер проявлений ДП-ДР на инициальном этапе (82,7% при ПШ и 90,8% при ШАР) с переходом к стабильным проявлениям, бредовой агломерации и трансформации на манифестном этапе (100% в обеих группах) отражает прогрессивную динамику шизофренического процесса.

Выявленные закономерности видоизменения феноменов ДП-ДР соотносятся с синдромальной структурой манифестного психоза. Формированию параноидного синдрома (92,3%) в группе ПШ предшествует доминирование идеаторного домена ДП-ДР с его трансформацией в идеаторный автоматизм. Аффективно-бредовой структуре приступа, отражающей аффективный домен при ШАР, предшествует ДП-ДР с наличием гипо- и гиперпатических особенностей переживаний.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Структурно-типологические особенности ДП-ДР в клинике приступообразной ПШ и ШАР, определяемые по Кембриджской шкале ДП рассматривались нами с выделением 3 феноменологических доменов, отражающих чувственные переживания (идеаторного, аффективного и соматического). В течении ПШ феноменология ДП-ДР характеризуется преобладанием переживаний идеаторного домена (65,4% при ПШ против 27,7% при ШАР;  $p < 0,001$ ), при ШАР – преобладанием аффективного домена с преимущественно гипопатическим оттенком переживаний (70,8% при ШАР против 34,6% при ПШ;  $p < 0,001$ ), что имеет прогностическое значение. Соматический домен ДП-ДР встречается с сопоставимой частотой при обеих нозологиях (46-48%), однако при ПШ характеризуется нарушением аутоагентности движений и телесной ДП, а при ШАР – психосенсорными особенностями переживаний в виде деформированной интерпретации реальных предметов, пространства, своего тела. На манифестном этапе ПШ феномены ДП-ДР с идеаторным доменом статистически значимо ( $p < 0,001$ ) чаще трансформируются в идеаторный автоматизм (76,9% случаев), чем при ШАР (32,3%). Выявлена закономерность трансформации феноменов ДП-ДР в динамике развития – от доманифестного этапа к манифестному происходит переход от метафорических описаний с использованием сравнительных оборотов («как будто», «словно») к категоричным утверждениям с бредовой интерпретацией сверхценных идей по мере утраты критики. Полученные данные свидетельствуют о структурной и семантической сопряженности расстройств самосознания и расстройств психотического уровня в клиническом течении приступообразной параноидной шизофрении и шизоаффективного психоза, что имеет принципиальное значение в аспекте ранней диагностики, прогноза адекватной терапии.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет 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

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», этическими стандартами, разработанными на основании Хельсинской декларации ВМА 1964 г. со внесенными поправками в 1975-2013 гг. Одобрено ЛЭК ФГБУ «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 2 от 07.12.2022).

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 1986 Dec;174(12):727-35. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>. PMID: 3783140.
- Humpston C, Harrow M, Rosen C. Behind the opaque curtain: A 20-year longitudinal study of dissociative and first-rank symptoms in schizophrenia-spectrum psychoses, other psychoses and non-psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2020 Sep;223:319-326. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.07.019>. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32962885; PMCID: PMC8521436.
- Быкова А.Ю., Беккер Р.А., Быков Ю.В. О трудностях дифференциальной диагностики между первичным деперсонализационно-дереализационным расстройством и шизотипическим расстройством. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture.* 2022. Т. 14, № 1. С. 11-82. Bykova AYU, Bekker RA, Bykov YuV. On the difficulties of differential diagnosis between primary depersonalization-derealization disorder and schizotypal disorder. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture.* 2022;14(1):11-82 <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2022-14-1-11-82> (in Russian).
- Ясперс К. Общая психопатология: Пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1053 с. Jaspers K. General psychopathology: Translated from German. Moscow: Praktika, 1997:1053 (in Russian).
- Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999. 236 с. Schneider K. Clinical psychopathology. Kyiv: Sfera, 1999:236 (in Russian).
- 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.

7. Buetiger JR, Hubl D, Kupferschmid S, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Federspiel A, Hauf M, Walther S, Kaess M, Michel C, Kindler J. Trapped in a glass bell jar: Neural correlates of depersonalization and derealization in subjects at clinical high-risk of psychosis and depersonalization-derealization disorder. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 11;11:535652. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.535652>. PMID: 33024435; PMCID: PMC7516266.
8. Sierk A, Daniels JK, Manthey A, Kok JG, Leemans A, Gaebler M, Lamke JP, Kruschwitz J, Walter H. White matter network alterations in patients with depersonalization/derealization disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2018 Aug;43(5):347-357. <https://doi.org/10.1503/jpn.170110>. PMID: 30125247; PMCID: PMC6158023.
9. Sun P, Alvarez-Jimenez M, Lawrence K, Simpson K, Peach N, Bendall S. Investigating the prevalence of dissociative disorders and severe dissociative symptoms in first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2019 Dec;13(6):1366-1372. <https://doi.org/10.1111/eip.12773>. Epub 2018 Dec 25. PMID: 30585427.
10. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, Sierra M, Lambert MV, Phillips ML, David AS. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry*. 2003 May;182:428-33. PMID: 12724246.
11. van der Velde J, Opmeer EM, Liemburg EJ, Bruggeman R, Nieboer R, Wunderink L, Aleman A. Lower prefrontal activation during emotion regulation in subjects at ultrahigh risk for psychosis: an fMRI-study. *NPJ Schizophr*. 2015 Sep 23;1:15026. <https://doi.org/10.1038/npjzsch.2015.26>. PMID: 27336036; PMCID: PMC4849453.
12. Luque-Luque R, Chauca-Chauca GM, Alonso-Lobato P, Jaen-Moreno MJ. Depersonalisation and schizophrenia: Comparative study of initial and multiple episodes of schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016 Jul-Sep;9(3):143-9. English, Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.010>. Epub 2016 Mar 6. PMID: 26961912.
13. Stanghellini G. Phenomenological psychopathology, profundity, and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*. 2011;18(2):163-166. <https://doi.org/10.1353/ppp.2011.0022>.
14. Wei Y, Zhang T, Chow A, Tang Y, Xu L, Dai Y, Liu X, Su T, Pan X, Cui Y, Li Z, Jiang K, Xiao Z, Tang Y, Wang J. Co-morbidity of personality disorder in schizophrenia among psychiatric outpatients in China: data from epidemiologic survey in a clinical population. *BMC Psychiatry*. 2016 Jul 8;16:224. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0920-8>. PMID: 27391323; PMCID: PMC4939030.
15. De Berardis D, De Filippis S, Masi G, Vicari S, Zuddas A. A neurodevelopment approach for a transitional model of early onset schizophrenia. *Brain Sci*. 2021 Feb 23;11(2):275. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020275>. PMID: 33672396; PMCID: PMC7926620.
16. Rezaei N, Walker E, Wolff P. A machine learning approach to predicting psychosis using semantic density and latent content analysis. *NPJ Schizophr*. 2019 Jun 13;5(1):9. <https://doi.org/10.1038/s41537-019-0077-9>. PMID: 31197184; PMCID: PMC6565626.
17. Sierra M, Baker D, Medford N, David AS. Unpacking the depersonalization syndrome: an exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychol Med*. 2005 Oct;35(10):1523-32. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005325>. PMID: 16164776.
18. Gwyther MPD, Lenggenhager B, Windt JM, Aspell JE, Ciaunica A. Examining the association between depersonalisation traits and the bodily self in waking and dreaming. *Sci Rep*. 2024 Mar 13;14(1):6107. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56119-w>. PMID: 38480797; PMCID: PMC10937666.
19. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res*. 2000 Mar 6;93(2):153-64. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(00\)00100-1](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00100-1). PMID: 10725532.
20. Лебедев С.В. Адаптация и психометрический анализ клинико-психопатологических методик самоотчета (опросников) на примере шкал деперсонализации. Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2005. № 4. С. 49-59. Lebedev SV. Adaptation and psychometric analysis of clinical-psychopathological self-report methods (questionnaires) using depersonalization scales as an example. *Moscow University Bulletin. Series 14: Psychology*. 2005;4:49-59 (in Russian).
21. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по ведению подростков и молодых людей с хроническими заболеваниями на переходном этапе: от педиатрической помощи к помощи взрослым. 2018. World Health Organization. Guidelines for the management of adolescents and young people with chronic diseases in transition: from pediatric to adult care. 2018 (in Russian).
22. 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.

Поступила в редакцию 15.12.2025  
Утверждена к печати 02.03.2026

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

✉ Лобков Сергей Александрович, litetcover@gmail.com

UDC 616.895.8:616.89-008.485:616-036:159.923.2

For citation: Lobkov S.A. Phenomenological aspects of self-awareness disorders in the clinical picture of manifest forms of paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2026, 1 (130): 96-106. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-96-106](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-96-106)

## Phenomenological aspects of self-awareness disorders in the clinical picture of manifest forms of paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder

Lobkov S.A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *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*

<sup>2</sup> *Clinics of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Irkutsk State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Gagarin Boulevard 6, 664022, Irkutsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Objective:** to conduct a comparative analysis of the phenomenological and structural-typological features of self-awareness disorders (depersonalization and derealization – DP-DR) across different stages of episodic (paroxysmal) paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder to clarify their diagnostic and prognostic significance. **Material.** The study was conducted between 2022 and 2025 at the Psychiatric Unit of the Irkutsk State Medical University Clinics and the general psychiatric units of the Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary. **Methods:** clinical-anamnestic, clinical-follow-up, clinical-psychopathological, psychometric, and statistical methods were employed. The study analysed DP-DR features in 117 patients presenting with their first psychotic episode of paranoid schizophrenia (n=52) or schizoaffective disorder (n=65). **Results.** Based on the Cambridge Depersonalization Scale, a DP-DR taxonomy was proposed, distinguishing ideational, affective and somatic phenomenological domains. In paranoid schizophrenia, ideational domain experiences predominated (65.4% versus 27.7% in schizoaffective disorder; p<0.001), characterized by disturbances in thought processes and loss of thoughts ownership. In schizoaffective disorder, the affective domain was dominant (70.8% versus 34.6% in paranoid schizophrenia; p<0.001) featuring predominantly hypopathic experiences. The somatic domain occurred with comparable frequency (46-48%), however, in paranoid schizophrenia it was characterized by impaired agency of movement, whereas in schizoaffective disorder it manifested through psychosensory disturbances. At the manifest stage, ideational phenomena in paranoid schizophrenia significantly more often transformed into mental automatisms (76.9% versus 32.3%; p<0.001). A transition pattern was identified from metaphorical descriptions (“as if”) to categorical statements with delusional interpretation.

**Keywords:** disorders of self-awareness, depersonalization, derealization, schizophrenia spectrum disorders, pre-manifest stage, schizoaffective disorder, paranoid schizophrenia.

Received December 15, 2025

Accepted March 02, 2026

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; head of the Psychiatric Department Clinics of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Irkutsk State Medical University”, Irkutsk, Russian Federation. ORCID iD 0009-0005-8650-721X. SPIN-code RSCI 9831-5062. AuthorID RSCI 1226471.

✉ Lobkov Sergey A., litetcover@gmail.com