

# Depersonalization-derealization disorder in men

O. M. Kobzar, G. Ya. Pyliagina

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

**The objective:** to analyze the features of the course of depersonalization-derealization disorder (DDD) in men on the example of a clinical case.

**Materials and methods.** The pilot study included 51 individuals, namely: 8 (15.7%) men and 43 (84.3%) women, with average age 21 years (SD=3.66) and 23.86 years (SD=6.88), respectively. Study participants had criteria for DDD according to the International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics 10th revision (ICD-10). The following tests were used in the research, such as the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), the Beck Hopelessness Questionnaire (BHI), the Sheehan Patient Rated Anxiety Scale (SPRAS), the Cambridge Depersonalization Scale (CDS), and the Dissociative Experiences Scale (DES).

Statistical data analysis was carried out using the IBM SPSS Statistics program.

**Results.** Depending on comorbid pathology, three groups of participants were formed: 1) without comorbid pathology; 2) with comorbid depressive disorders; 3) with anxiety disorders. Two men were found to have cannabis-induced DDD. The article presents one typical case of cannabis-induced DDD.

A statistically significant difference was determined between men and women who have higher scores on the Dissociative Experiences Scale DES ( $p=0.032$ ). Several correlations between the CDS and Beck tests, as well as the Beck and Hamilton tests (men  $T_p=0.571$ ;  $p=0.01$ ) were found only in men.

**Conclusions.** These cases have a high comorbidity, especially with anxiety disorders. Further research is needed to confirm this correlation. The specific weight of depersonalization-derealization symptoms according to the DES scale is significantly higher in men. Cannabis-induced DDD is more common in men than women. At the same time, no socio-demographic differences between the sexes were found.

**Keywords:** diagnosis of mental disorders, depersonalization, derealization, dissociation, depressive disorders, men's health, mental health assessment.

Depersonalization and derealization disorder (DDD) belongs to the group of dissociative disorders and occurs with a frequency of 1.8–2% in the general population [1, 2]. Despite the previously held belief that dissociative manifestations are more common in women, men and women are equally susceptible to developing DDD [3]. DDD most often affects young people, with an average age of onset of 16 years [4, 5].

Given the significant bias in the study of dissociative phenomena toward women, men's characteristics have hardly been studied.

Before the late 19th century and early 20th century, dissociative phenomena were attributed only to women and called «hysteria». Separately described cases of dissociative manifestations in men were ignored by the medical community [6]. Jean-Martin Charcot and his student Sigmund Freud were not the first who questioned the established views that hysteria is an exclusively female disease, but they made a significant contribution to the revision of this issue [7]. In the 20th century, hysteria began to be associated with traumatic experiences, and there were so many cases of dissociation in men, especially soldiers on the battlefield, that the issue was no longer in doubt [8].

From modern achievements, we know that male gender is one of the risk factors for posttraumatic stress disorder with dissociation symptoms [9]. A study on the gender difference in peritraumatic dissociation and distress and the prediction of acute stress disorder among victims of violent crime found that high levels of peritraumatic dis-

tress and traumatic experiences in the past are risk factors for the development of this disturbances in men [10].

Considering DDD, the etiological causes are still unknown [11]. There are three main models that explain the emergence of dissociative disorders, including DDD: the post-traumatic model, the socio-cognitive model, and the transtheoretical framework [12, 13].

We have already mentioned the post-traumatic model above; it was substantiated in the 20th century and for a long time was the only explanation. Despite of the fact that correlation between dissociation and trauma is strong, the post-traumatic model still has serious gaps [14–16].

In the 1980s, in contrast to the post-traumatic model, the socio-cognitive, iatrogenic and fantasy models emerged, denying the existence of dissociative processes as such and explaining this by the hypnotic nature of patients, their tendency to fantasies on socio-cultural influences, since at that time and still today, dissociative disorders are the subject of many stories in the media [17]. The transtheoretical framework considers dissociation as a disruption of normally adaptive systems and functions, and takes into account potentially interacting variables: sleep disturbances; impaired self-regulation and inhibition of negative cognitions and affects; hyperassociations and recruitment shifts; and deficits in testing reality [18, 19].

In addition, depersonalization/derealization can be artificially induced by the use of dissociative drugs – NMDA receptor blockers, such as ketamine, dextromethorphan or phencyclidine [20]. There are many cases of DDD induced by certain medications and recreational drugs, most

Table 1

Profile of the Participants and Gender Differences

| Research criteria                 | Men, n=8     | Women, n=43     |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|
| Age (mean, SD)                    | 21 (SD=3.66) | 23,86 (SD=6.88) |
| <b>Marital Status, n (%)</b>      |              |                 |
| Lonely                            | 4 (50)       | 18 (41.86)      |
| Single Married /In a Relationship | 4 (50)       | 24 (55.81)      |
| Separated /Divorced/Widowed       | -            | 1 (2.33)        |
| <b>Special high school, n (%)</b> |              |                 |
| Basic high school                 | 1 (12.5)     | 2 (4.65)        |
| Middle high school                | 2 (25)       | 11 (25.58)      |
| Post-Secondary                    | 5 ( 62.5)    | 30 (69.77)      |
| <b>Employment Status, n (%)</b>   |              |                 |
| Employed                          | 4 (50)       | 19 (44.2)       |
| Studying                          | 4 (50)       | 21 (48.84)      |
| Unemployed                        | -            | 3 (6.98)        |
| <b>Comorbid diagnosis, n (%)</b>  |              |                 |
| Anxiety disorder                  | 4 (50)*      | 6 (13.95)       |
| Depressive disorder               | 1 (12.5)     | 17 (39.53)      |
| Isolated DDD                      | 3 (37.5)     | 20 (46.5)       |

Note. \* – p<0.05.

Table 2

Difference in depersonalization subscale of DES

| Indexes        | Men, n=8 | Women, n=43 | Total, n=51 |
|----------------|----------|-------------|-------------|
| Mean           | 60.20    | 23.86*      | 29.56       |
| Std. Deviation | 12.237   | 6.878       | 15.454      |

Note. \* – The mean difference in male versus female score was statistically significant (p=0.032).

often cannabis [21, 22]. Cannabis-induced DDR is most common in males and adolescents, especially those with a history of anxiety disorders [23].

Given the significant bias in the study of dissociative phenomena towards women, the peculiarities in men have hardly been studied.

**The objective:** to analyze the features of the course of DDD in men on the example of a clinical case.

**MATERIALS AND METHODS**

We performed a pilot study with 51 outpatients at the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine in 2023. These included 8 (15.7%) men and 43 (84.3%) women; all participants were young Ukrainian civilians (18–44 years old).

In order to participate in the study, participants had to meet the following criteria (a) have a high score on the Cambridge Dissociative Disorder Scale (cut-off ≥ 70); (b) be over the age of 18; (c) have symptoms that met the criteria for DDR according to the International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 10th Revision (ICD-10). They were excluded if they had a past or present psychotic episode, organic brain disorder, substance use less than 3 months before participation in the study, or traumatic brain injury.

In addition to the socio-demographic study and diagnosis according to the ICD-10 criteria, patients' mental state was assessed using the following: Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Beck Hopelessness Inventory (BHI), Sheehan Self-Rating Anxiety Scale (SPRAS), Cambridge Depersonalization Inventory (CDS), Dissociation Scale (DES). Statistical analysis of the data was performed using IBM SPSS Statistics.

**RESULTS AND DISCUSSION**

Descriptive analyses were first performed using mean scores and standard deviations (SD) (Table 1).

It is important to emphasize that two of the 8 men had cannabis-induced DDD, while no women attributed the onset of DDD to psychoactive use.

According to Shapiro-Wilk test ration scales do not correspond to the normal distribution of data. Nonparametric tests were used for calculation: Kruskal-Wallis and Kendall's Tau correlation. Statistically significance was established at p<0.05.

There is statistically significant difference between the men and women having higher scores in dissociative subscale of DES (p=0.032) (Table 2). There are no significant differences in other tests score between the sexes.

Significant positive correlation was established in both male and female samples between:

1) DES scores and CDS scores (male  $T_b=0.643$ ;  $p=0.02$ ; female  $T_b=0.638$ ;  $p<0.001$ );

2) HAM-A and Sheehan tests scores (male  $T_b=0.643$ ;  $p=0.004$ ; female  $T_b=0.195$ ;  $p=0.043$ ).

Also there in significant negative correlation between DES scores and age (male  $T_b = -0.617$ ;  $p=0.002$ ; female  $T_b = -0,209$ ;  $p=0.047$ ). Also correlation between HAM-A and BHI tests scores in men is found ( $T_b=0.571$ ;  $p=0.01$ ), but isn't detected in women.

Here presented the clinical case as an illustration of several tendencies that were identified in the study. It's an example of cannabis-induced DDR and panic disorder in a man of working age:

**Clinical case**

A, 22 years old man, asked for help due to periodic panic attacks and a constant feeling of unreality of the world around him. Since the age of 20, he had been using marijuana from time to time, and in the last year almost daily. Against the background of constant use of cannabinoids, A. began to notice transient changes in consciousness that lasted several minutes and occurred in response to any external stimulation: excessively sweet or strong tea, cigarette smoking, intense physical activity, lack of sleep. These feelings were not intense and long-lasting, so they did not cause discomfort.

The transient states of depersonalization lasted for several months until the patient experienced a panic attack induced by marijuana use: he was afraid of the state of altered consciousness; he thought he was «losing his mind». After this episode, the depersonaliza-

tion\derealization became constant and frightening. A. also had occasional panic attacks when depersonalization and derealization feelings intensified, and felt as if he was losing control of his consciousness.

Test evaluation shows: DES score – 18.57 (normal, cut-off  $\geq 30$ ); depersonalization subscale of DES – 60 (cut-off  $\geq 30$ ); CDS – 75 (cut-off  $\geq 70$ ); BHI – 24 (moderate depression); HAM-A – 15 (normal); SPARS – 35 (clinical anxiety). The state of depersonalization and anxiety disorder had a significant impact on the quality of life: the patient stopped going to the gym, his academic performance deteriorated, and he gave up his romantic relationship with his girlfriend.

Because of pilot version of this study the male group isn't big enough. Moreover, the low representation of men in this study can be explained by the general tendency of men under 50 to visit medical specialists less often than women of the same age group [24–26].

All subjects were divided into three groups: those with isolated DDD, comorbid DDD with anxiety disorder or depressive disorder. Men most often fell into the group of DDD with comorbid anxiety disorder, while in women this group is the smallest.

## CONCLUSIONS

Men with DDD seem to be less likely to seek medical help, of all the respondents, the proportion of men is 18.6%. Detected cases in men are highly comorbid, especially with anxiety disorders. Longitudinal assessment is necessary to confirm this correlation. The specific weight of depersonalization-derealization symptoms in the DES scale is significantly higher in men.

Cannabis-induced DDD is more common in men rather than in women. None social-demographic difference between sexes was found.

*Conflict of interests: none declared.*

## Information about the authors

**Kobzar Oksana M.** – MD, PhD-student, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 463-68-11. *E-mail: 040716avic@gmail.com*  
ORCID:0000-0002-1827-1189

**Pyliagina Galyna Y.** – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 463-68-11. *E-mail: gpil.doctor@gmail.com*  
ORCID: 0000-0003-0169-1256

# Особливості деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу у чоловіків

**О. М. Кобзар, Г. Я. Пилягіна**

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

**Мета дослідження:** аналіз особливостей перебігу деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР) у чоловіків на прикладі клінічного випадку.

**Матеріали та методи.** У пілотне дослідження включено 51 особу, а саме: 8 (15,7%) чоловіків і 43 (84,3%) жінки, середній вік яких становив 21 рік ( $SD=3,66$ ) і 23,86 року ( $SD=6,88$ ) відповідно. Учасники дослідження відповідали критеріям ДДР згідно з Міжнародною класифікацією хвороб для статистики смертності та захворюваності 10-го перегляду (МКХ-10). Під час дослідження застосовували такі тести, як Шкала оцінки тривожності Гамільтона (HAM-A), опитувальник безнадійності Бека (BHI), шкала самооцінки тривожності Шихана (SPRAS), Кембріджський опитувальник деперсоналізації (CDS), шкала дисоціації (DES).

Статистичний аналіз даних проводили за допомогою програми IBM SPSS Statistics.

**Результати.** Залежно від коморбідної патології було сформовано три групи учасників: 1) без коморбідної патології; 2) з коморбідними депресивними розладами; 3) з тривожними розладами. У двох чоловіків було виявлено випадки канабіс-індукованого ДДР. У статті наведено один типовий випадок ДДР, спричинений канабісом.

Визначено статистично значущу різницю між чоловіками та жінками, які мають вищі показники за дисоціативною субшкалою DES ( $p=0,032$ ). Зафіксовано наявність декількох кореляцій між показниками CDS та тестів Бека, а також показниками тестів Бека та Гамільтона ( $T_b=0,571$ ;  $p=0,01$ ) лише у чоловіків.

**Висновки.** Наведені випадки мають високу коморбідність, особливо з тривожними розладами. Для підтвердження цієї кореляції необхідні подальші дослідження. Питома вага симптомів деперсоналізації-дереалізації за шкалою DES значно вища у чоловіків. Канабіс-індукований ДДР частіше діагностують у чоловіків, ніж у жінок. Водночас соціально-демографічних відмінностей між статями не виявлено.

**Ключові слова:** діагностика психічних розладів, деперсоналізація, дереалізація, дисоціація, депресивні розлади, чоловіче здоров'я, оцінка психічного здоров'я.

На сьогодні актуальним є дослідження особливостей деперсоналізаційно-дереалізаційного розладу (ДДР) у чоловіків. ДДР належить до групи дисоціативних та зустрічається з частотою 1,8–2% серед загальної популяції [1, 2]. Незважаючи на поширену раніше думку про те, що дисоціативні прояви більш характерні для жінок, чоловіки і жінки однаково схильні до ризику розвитку ДДР [3]. На ДДР найчастіше страждають люди молодого віку, середній вік початку розладу – 16 років [4, 5].

Враховуючи значну упередженість у вивченні дисоціативних подій у бік жінок, особливості у чоловіків майже не вивчалися.

До кінця XIX – початку XX століття дисоціативні явища приписували лише жінкам і називали «істерією». Особливо описані випадки дисоціативних проявів у чоловіків ігнорувалися медичною спільнотою [6]. Жан-Мартен Шарко та його учень Зигмунд Фрейд не перші піддали сумніву усталені погляди, що істерія – це виключно жіноча хвороба, але вони зробили значний внесок у перегляді цього питання [7]. Починаючи з XX століття істерію почали пов'язувати з травматичним досвідом, а випадків дисоціації у чоловіків, особливо солдатів на полі бою, стало так багато, що це питання більше не викликало сумнівів [8].

Результати сучасних досліджень свідчать, що чоловіча стать є одним з факторів ризику виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) із симптомами дисоціації [9]. Дослідження з гендерної відмінності перитравматичної дисоціації та дистресу і прогнозування гострого стресового розладу (ГСР) серед жертв насильницьких злочинів виявило, що високий рівень перитравматичного дистресу та травматичний досвід у минулому є фактором ризику розвитку ГСР у чоловіків [10].

Етіологічні причини цього розладу дотепер невідомі [11]. На сьогодні існують три основні моделі, які пояснюють розвиток дисоціативних розладів, зокрема і ДДР:

- посттравматична модель,
- соціально-когнітивна модель,
- транстеоретична модель [12, 13].

Посттравматична модель була обґрунтована у XX столітті і тривалий час була єдиним поясненням.

Незважаючи на те, що кореляція між дисоціацією і травмою сильна, посттравматична модель все ще має серйозні прогалини [14–16].

У 80-х роках XX століття на противагу посттравматичній моделі виникли соціально-когнітивна, ятрогенна та фантазійна моделі, які заперечували наявність дисоціативних процесів як таких і пояснювали це гіпнабельністю пацієнтів, схильністю до фантазування на соціокультурну тематику, оскільки в той час і сьогодні дисоціативні розлади є предметом багатьох сюжетних історій у мас-медіа [17].

Транстеоретична модель розглядає дисоціацію як порушення нормально адаптивних систем і функцій, враховує потенційно взаємодіючі змінні, а саме:

- порушення сну;
- порушення саморегуляції та гальмування негативних когніцій та афектів;

- гіперасоціації;
- недоліки в тестуванні реальності [18, 19].

Окрім того, деперсоналізація (дереалізація) може бути штучно спричинена застосуванням дисоціативних наркотичних засобів – блокаторів рецепторів NMDA, таких, як кетамін, декстрометорфан або фенциклідин [20]. Описано багато випадків ДДР, спричинених певними медичними препаратами і рекреаційними наркотиками, найчастіше канабісом [21, 22]. Це найбільш характерно для чоловіків, підлітків, особливо у тих, у кого в анамнезі були наявні тривожні розлади [23].

**Мета дослідження:** аналіз особливостей перебігу ДДР у чоловіків на прикладі клінічного випадку.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика у 2023 році було проведено пілотне дослідження за участю 51 амбулаторного пацієнта – 8 (15,7%) чоловіків та 43 (84,3%) жінок. Усі пацієнти були віком від 18 до 44 років.

*Критерії включення:*

- наявність високого бала за Кембриджською шкалою дисоціативних розладів (порогове значення  $\geq 70$ );
- вік старше 18 років;
- наявність симптомів, що відповідають критеріям ДДР згідно з Міжнародною класифікацією хвороб для статистики смертності та захворюваності 10-го перегляду (МКХ-10).

*Критерії виключення:*

- наявність в анамнезі психотичного епізоду у минулому або сьогодні,
- органічні розлади мозку,
- вживання психоактивних речовин менш ніж за 3 міс до участі в дослідженні,
- наявність черепно-мозкової травми.

Крім соціально-демографічного дослідження та діагностики згідно з критеріями МКХ-10 було проведено оцінювання стану за: шкалою Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A), шкалою безнадійності Бека (BHI), шкалою самооцінки тривоги Шихана (SPRAS), Кембриджським деперсоналізаційним опитувальником (CDS), Шкалою дисоціації (DES).

Статистичний аналіз даних проводили за допомогою програми IBM SPSS Statistics.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проведено описовий аналіз з використанням середніх балів та стандартних відхилень (SD) (табл. 1).

Слід підкреслити, що у двох із 8 чоловіків виявлено ДДР, спричинений вживанням канабісу, тоді як жодна жінка не пов'язувала початок ДДР із вживанням психоактивних речовин.

Згідно з тестом Шапіро-Уїлка, шкали не відповідають нормальному розподілу даних, тому для розрахунків були використані непараметричні критерії Крускала-Уолліса та тау-коефіцієнт Кендалла. Статистичну значущість встановлювали на рівні  $p < 0,05$ .

Таблиця 1

Профіль учасників та гендерні відмінності

| Показник                          | Чоловіки, n=8 | Жінки, n=43     |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|
| Вік (середній, SD)                | 21 (SD=3.66)  | 23,86 (SD=6.88) |
| <b>Сімейний стан, n (%)</b>       |               |                 |
| Одинаки                           | 4 (50)        | 18 (41.86)      |
| Одружений/у стосунках             | 4 (50)        | 24 (55.81)      |
| Розлучений/розлучена/вдова        | -             | 1 (2.33)        |
| <b>Освіта, n (%)</b>              |               |                 |
| Базова середня школа              | 1 (12.5)      | 2 (4.65)        |
| Середня спеціальна школа          | 2 (25)        | 11 (25.58)      |
| Вища                              | 5 (62.5)      | 30 (69.77)      |
| <b>Статус зайнятості, n (%)</b>   |               |                 |
| Працюють                          | 4 (50)        | 19 (44.2)       |
| Навчаються                        | 4 (50)        | 21 (48.84)      |
| Не працюють, не навчаються        | -             | 3 (6.98)        |
| <b>Коморбідні діагнози, n (%)</b> |               |                 |
| Тривожний розлад                  | 4 (50)*       | 6 (13.95)       |
| Депресивний розлад                | 1 (12.5)      | 17 (39.53)      |
| Ізольований ДДР                   | 3 (37.5)      | 20 (46.5)       |

Примітка. \* – p<0,05.

Таблиця 2

Відмінності за субшкалою деперсоналізації DES

| Показник                   | Чоловіки, n=8 | Жінки, n=43 | Усього, n=51 |
|----------------------------|---------------|-------------|--------------|
| Середнє значення           | 60,20         | 23,86*      | 29,56        |
| Стандартне відхилення (SD) | 12,237        | 6,878       | 15,454       |

Примітка. \* – Середня різниця показників чоловіків і жінок була статистично значущою (p=0,032).

Усі досліджувані були розподілені на три групи: з ізольованим ДДР, з ДДР коморбідним з тривожним розладом або депресивним розладом. Водночас чоловіки найчастіше потрапляли в групу ДДР з коморбідним тривожним розладом, тоді як у жінок ця група є найменшою.

**ВИСНОВКИ**

Чоловіки з ДДР рідше звертаються по медичну допомогу, серед усіх респондентів частка чоловіків становить 18,6%. Випадки захворювання у чоловіків мають високу коморбідність, особливо з тривожними розладами, поте для підтвердження цієї кореляції необхідно проводити подальше дослідження. Питома вага симптомів деперсоналізації-дереалізації за шкалою DES значно вища у чоловіків. Канабіс-індукований ДДР частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. Соціально-демографічних відмінностей між статями не виявлено.

Конфлікт інтересів: не заявлено.

Існує статистично значуща різниця між чоловіками та жінками, які мають вищі показники за дисоціативною субшкалою DES (p=0,032). В інших тестах суттєвих відмінностей між статями не виявлено (табл. 2).

Як у чоловічій, так і в жіночій вибірках було встановлено значущу позитивну кореляцію між:

1) показниками DES та CDS (чоловіки  $T_b=0,643$ ;  $p=0,02$ ; жінки  $T_b=0,638$ ;  $p<0,001$ );

2) показниками тестів Гамільтона та Шихана (чоловіки  $T_b=0,643$ ;  $p=0,004$ ; жінки  $T_b=0,195$ ;  $p=0,043$ ).

Також виявлено достовірний негативний кореляційний зв'язок між показниками DES та віком (чоловіки  $T_b=-0,617$ ,  $p=0,002$ ; жінки  $T_b=-0,209$ ,  $p=0,047$ ).

Виявлено декілька кореляцій між показниками CDS і теста Бека та показниками тестів Бека та Гамільтона (чоловіки  $T_b=0,571$ ;  $p=0,01$ ), проте у жінок не зафіксовано.

Наведено клінічний випадок як ілюстрація кількох тенденцій, які були виявлені в дослідженні. Це приклад канабіс-індукованого ДДР та панічного розладу у чоловіка працездатного віку.

**Клінічний випадок**

Пацієнт А., 22 роки, звернувся по допомогу у зв'язку з постійним відчуттям нереальності оточуючого світу, яке його лякало, та періодичними панічними атаками. З 20 років періодично вживав марихуану, в останній рік – майже щоденно. На тлі постійного вживання канабіноїдів А. відзначив транзиторні зміни свідомості, які тривали по кілька хвилин і виникали на будь-яку зовнішню стимуляцію: солодкий чай, куріння, інтенсивне фізичне навантаження, недосипання. Ці відчуття не були інтенсивними і тривалими, тому дискомфорт не викликали. Транзиторні стани деперсоналізації тривали кілька місяців, допоки пацієнт не пережив панічну атаку, індуковану вживанням марихуани: злякався стану зміненої свідомості, йому здавалося що він «втрачає розум». Після цього епізоду деперсоналізація стала постійною і такою, що лякає. Також приєдналися нечасті панічні атаки під час посилення деперсоналізаційно-дереалізаційних відчуттів, у А. з'являлися відчуття, що він втрачає контроль над свідомістю.

Оцінка за тестом: DES – 18,57 (норма, поріг  $\geq 30$ ); субшкала деперсоналізації DES - 60 (поріг  $\geq 30$ ); CDS – 75 (поріг  $\geq 70$ ); BHI – 24 (помірна депресія); HAM-A – 15 (норма); SPARS – 35 (клінічна тривожність).

Стан деперсоналізації та тривожний розлад значно впливали на якість життя: пацієнт перестав ходити в спортивний зал, погіршилась успішність у навчанні, відмовився від романтичних стосунків з дівчиною.

У пілотній версії цього дослідження група чоловіків є недостатньо великою. Крім того, малу кількість чоловіків у цьому дослідженні можна пояснити загальною тенденцією, що чоловіки до 50 років рідше звертаються до медичних фахівців, ніж жінки такого самого віку [24–26].

Відомості про авторів

**Кобзар Оксана Миколаївна** – аспірантка, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 463-68-11. *E-mail: 040716avic@gmail.com*  
ORCID:0000-0002-1827-1189

**Піялігіна Галина Яківна** – д-р мед. наук, проф., завідувачка, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 463-68-11. *E-mail: gpil.doctor@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-0169-1256

REFERENCES / ПОСИЛАННЯ

1. Michal M, Wiltink J, Subic-Wrana C, Zwerenz R, Tuin I, Lichy M, et al. Prevalence, correlates, and predictors of depersonalization experiences in the German general population. *J Nerv Ment Dis.* 2009;197(7):499-506. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181aacd94.
2. Yang J, Millman LSM, David AS, Hunter ECM. The Prevalence of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Dissociation.* 2023;24(1):8-41. doi: 10.1080/15299732.2022.2079796.
3. Simeon D, Abugel J. *Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self.* New York: Oxford University Press; 2006. 242 pp.
4. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry.* 2003;182:428-33.
5. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O. Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(9):990-7. doi: 10.4088/jcp.v64n0903.
6. Libbrecht K, Quackelbeen J. On the early history of male hysteria and psychic trauma. Charcot's influence on Freudian thought. *J Hist Behav Sci.* 1995;31(4):370-84. doi: 10.1002/1520-6696(199510)31:4<370::aid-jhbs2300310404>3.0.co;2-6.
7. Freud S. Observation of a severe case of hemianesthesia in a hysterical male. *Standard Edition 1. Vol 18. Gesammelte Werke; 1886.* 54 p.
8. Loewenstein RJ, Frewen PA, Lewis-Fernández R. *Dissociative Disorders.* Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins; 2017, p. 1866-952.
9. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biol Psychiatry.* 2013;73(4):302-12. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.08.022.
10. Boisclair DJ, Fortin C, D'Antono B, Guay S. Gender Differences in the Prediction of Acute Stress Disorder From Peritraumatic Dissociation and Distress Among Victims of Violent Crimes. *J Interpers Violence.* 2020;35(5-6):1229-50. doi: 10.1177/0886260517693000.
11. Watson O. Embodying the (Dis) embodiment: Narrating Depersonalization-Derealization Disorder. *Qual Health Res.* 2022;32(12):1858-64. doi: 10.1177/10497323221123763.
12. Lynn SJ, Polizzi C, Merckelbach H, Chiu CD, Maxwell R, van Heugten D, et al. Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Trans-theoretical Framework. *Annu Rev Clin Psychol.* 2022;18:259-89. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424.
13. Loewenstein RJ. Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20(3):229-42. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rlowenstein.
14. Fani N, King TZ, Powers A, Hardy RA, Siegle GJ, Blair RJ, et al. Cognitive and neural facets of dissociation in a traumatized population. *Emotion.* 2019;19(5):863-75. doi: 10.1037/emo000466.
15. Möller A, Søndergaard HP, Helström L. Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(8):932-8. doi: 10.1111/aogs.13174.
16. Lebois LAM, Kumar P, Palermo CA, Lambros AM, O'Connor L, Wolff JD, et al. Deconstructing dissociation: a triple network model of trauma-related dissociation and its subtypes. *Neuropsychopharmacology.* 2022;47(13):2261-70. doi: 10.1038/s41386-022-01468-1.
17. Gleaves DH, May MC, Cardeña E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(4):577-608. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00073-2.
18. Ashton JE, Harrington MO, Langthorne D, Ngo HV, Cairney SA. Sleep deprivation induces fragmented memory loss. *Learn Mem.* 2020;27(4):130-5. doi: 10.1101/lm.050757.119.
19. Merckelbach H, Otgaar H, Lynn SJ. Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000–2018: A meta-analysis. *Psychol Consciousness: Theory, Res, Pract.* 2022;9(1):2-26. doi: 10.1037/cns0000272.
20. Pikwer A. Depersonalization disorder may be related to glutamate receptor activation imbalance. *Med Hypotheses.* 2011;77(4):593-4. doi: 10.1016/j.mehy.2011.06.041.
21. Shamout Y, Sigal A, Litvinov IV. Minocycline-induced transient depersonalization: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2019;7:2050313X18823827. doi: 10.1177/2050313X18823827.
22. Hürlimann F, Kupferschmid S, Simon AE. Cannabis-induced depersonalization disorder in adolescence. *Neuropsychobiology.* 2012;65(3):141-6. doi: 10.1159/000334605.
23. Madden S, Einhorn P. Cannabis-Induced Depersonalization-Derealization Disorder. *Am J Psych Residents' J.* 2018;13:3-6. doi: 10.1176/appi.ajp-rj.2018.130202.
24. Australian Bureau of Statistics. Patient Experiences [Internet]. Canberra: ABS; 2022. Available from: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-services/patient-experiences/latest-release>.
25. Hansen AH, Høyе A. Gender differences in the use of psychiatric outpatient specialist services in Tromsø, Norway are dependent on age: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:477. doi: 10.1186/s12913-015-1146-z.
26. Kate MA, Hopwood T, Jamieson G. The prevalence of Dissociative Disorders and dissociative experiences in college populations: a meta-analysis of 98 studies. *J Trauma Dissociation.* 2020;21(1):16-61. doi: 10.1080/15299732.2019.1647915.

Стаття надійшла до редакції 16.11.2023. – Дата першого рішення 21.11.2023. – Стаття подана до друку 19.12.2023