

МЕТОДИКА, АППАРАТУРА

С. В. Лебедев

АДАПТАЦИЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК САМООТЧЕТА (ОПРОСНИКОВ) НА ПРИМЕРЕ ШКАЛ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ

Под *деперсонализацией* в психиатрии принято понимать широкий спектр расстройств, выражающихся в чувстве изменения, отчуждения или утраты собственного “Я”. Соответствующая симптоматика может обнаруживаться в разных модальностях восприятия: в зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной, в проприоцепции и т.д. (Меграбян, 1962; Ackner, 1954; Sierra, Berrios, 2001). В психиатрии до сих пор нет единой точки зрения на синдромологию деперсонализационного расстройства (ДР). Связано это прежде всего с тем, что ДР представляет собой совокупность различных по этиологии и патогенезу парциальных симптомокомплексов (Лебедев, 2003), что и не позволяет четко определить его границы.

Для измерения степени ДР широко используются два опросника — SCID-D (Steinberg, 1994) и DES (Bernstein, Putnam, 1986; Carlson, Putnam, 1993). Однако для отечественной клиники эти методики не подходят. Они разработаны в соответствии с классификацией DSM-IV (1994), которая, как известно, ориентирована в первую очередь на систему медицинского страхования США и на традиционные для этой страны схемы фармакотерапии, в связи с чем между ней и классификацией МКБ-10 (1994), используемой в России, имеются довольно значительные расхождения. В частности, в DSM-IV деперсонализация относится к группе диссоциативных расстройств (критику этого подхода см.: Лебедев, 2004).

В НЦПЗ РАМН было принято решение адаптировать новые методики, относительно недавно созданные в разных странах и, по словам их разработчиков, выгодно отличающиеся от SCID-D и DES, а также исследовать их психометрические особенности и при положительном результате применить в целях первоначального сбора данных и скрининга российских больных, страдающих ДР.

Перечислим и кратко охарактеризуем шкалы, подвергшиеся адаптации.

1. *Кембриджская деперсонализационная шкала* — CDS (Sierra, Berrios, 2000) составлена на основе описаний ДР в работах иссле-

дователей и клиницистов XX в. (см.: Sierra, Berrios, 1997, 1998, 2001) и оценивает частоту, продолжительность и интенсивность (сумму частоты и продолжительности) тех или иных ДР (всего 29 переменных). Различает “ощущение нереальности” в разных модальностях восприятия, в областях проприоцепции и болевой чувствительности, а также ощущение отсутствия мыслей и чувство неспособности представить образный ряд; разводит качественные изменения в “субъективном чувстве памяти” и нарушения схемы тела. Вместо одной переменной, оценивающей степень эмоционального оцепенения, в шкале присутствуют различные переменные, оценивающие степень утраты: привязанности, способности получать удовольствие, чувства страха в угрожающих ситуациях, а также наличие автоматического мышечного выражения эмоций при отсутствии их переживания. Содержит вопросы о таких отдельных симптомах, как *deja vu*, микро- и макропсии, ощущение выхода за пределы собственного тела и др., часто сопровождающих ДР (см., напр.: Denning, Berrios, 1994).

Данную шкалу было решено использовать в качестве эталона как наиболее соответствующую представлениям о ДР в европейской и отечественной психиатрических школах. Она была переведена на русский язык без изменения структуры.

2. *Шкала тяжести деперсонализации* — DSS (Simeon et al., 2001) состоит из 6 вопросов и заполняется клиницистом со слов пациента, который сообщает, насколько часто имел место тот или иной эпизод в течение последних двух недель и насколько интенсивным он был. По мнению разработчиков, тяжесть ДР характеризуется именно частотой и интенсивностью протекания отдельных эпизодов.

Данная шкала была переведена на русский язык. Инструкция изменена так, чтобы шкала заполнялась самим пациентом.

3. *Диссоциативная шкала* — Dis-Q (Vanderlinden et al., 1993) содержит 63 переменных со шкалированием по Лайкерту. В результате факторизации опросника на выборке из 374 человек разработчики выделили 4 фактора, условно названных “Нарушение целостности Я”, “Потеря контроля”, “Амнезия” и “Усиление концентрации внимания и памяти”.

Поскольку в DSM-IV ДР является одним из вариантов диссоциации, было решено параллельно адаптировать опросники на ДР и на диссоциацию на одной группе больных.

4. *Шкала соматоформной диссоциации* — SDQ-20 (Nijenhuis et al., 1996) создана из пула 77 утверждений, касающихся клинических описаний соматоформных диссоциативных манифестаций в соответствии с концепцией П. Жане. Утверждения, характеризующие различные (позитивные и негативные) симптомы, оцени-

ваются по 5-балльной шкале Лайкерта. В ходе исследований разработчики установили, что данная шкала больше подходит для диагностики диссоциативных расстройств по классификации МКБ-10, нежели по DSM-IV (Nijenhuis, 1999).

Эта шкала была переведена на русский язык без изменения структуры.

Выборки

Клиническая выборка формировалась следующим образом. Поскольку выборку с диагнозом “деперсонализационное расстройство” обнаружить не удалось, были взяты пациенты МГПБ № 13 с основными диагнозами “шизофрения” (F20.6, F20.8) и “шизоаффективное расстройство” (F25.0, F25.1, F25.2) после тщательного изучения их историй болезни. Основным критерий отбора — наличие эндогенного заболевания шизотипического круга (“шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства”), малопрогредиентного либо в ремиссии. Критерии исключения: продуктивная симптоматика, выраженные когнитивные дефекты, наличие ризидуально-органических расстройств, черепно-мозговая травма в анамнезе (сочетающаяся с ригидностью психических процессов) и другие симптомы, снижающие критичность и искажающие способность больных отвечать на вопросы тестов. В итоге совместно с психиатрами была подобрана когорта из 72 больных с достаточно сходной клинической картиной болезни (в обработку поступили данные 10 женщин и 43 мужчин в возрасте 20—64 лет, средний возраст 38.5 года).

Контрольную выборку составили здоровые мужчины (N = 132) и женщины (N = 178) в возрасте 18—75 лет (средний возраст 31.4 года). Этот шаг объясняется тем, что на настоящий момент в психиатрии нет единого мнения относительно феноменологии ДР, и многие отечественные клиницисты, игнорируя работы Меграбяна (напр., 1962) и Нуллера (напр., 1997), руководствуются позицией Ясперса (1997), который относит ДР к патологии сознания. Поэтому в нашем исследовании отсутствовал так называемый “внешний критерий валидности”, в роли которого в клинических исследованиях обычно выступает психиатрический диагноз. Поскольку классификация DSM-IV не отвечает задачам отечественных психиатров, а классификация МКБ-10 используется лишь номинально, то однозначных клинических критериев ДР на настоящий момент не существует. Для создания клинических шкал, измеряющих степень ДР, была необходима “точка отсчета”. Поэтому пришлось в качестве контрольной группы использовать не больных (например, с обсессивно-компульсивным расстройством), а здоровых испытуемых, у которых уровень симптоматики ДР заведомо ниже. Мы исходили также из того, что симптоматика

ДР распределяется непрерывно на всей популяции (Kaplan, Sadosky, 1988).

Процедура. Каждому больному сначала предъявлялась наиболее детализированная шкала CDS. Если пациент не отмечал указанных в шкале симптомов, его исследование прекращалось (данные изымались из анализа); если же отмечал, то заполнял остальные шкалы.

Обработка данных проводилась в статистическом пакете SPSS v.11.0.1.

Результаты и обсуждение

На контрольных (К) группах для каждой из четырех методик были вычислены средние показатели M , стандартные отклонения¹ и критические точки (cut-off point²), равные $M+SD$.

Из когорты больных было отобрано 18 человек (34%) с баллом выше нормы ($M+SD=48$) по шкале интенсивности CDS (в К-группе таких испытуемых оказалось 15%³). Таким образом, было принято решение о разбиении всей когорты больных на “низкую” и “высокую” группы по степени выраженности симптоматики.

В дальнейшем сравнивались 4 выборки: вся группа больных с К-группой, подгруппа больных с $CDS>48$ (“высокая” по степени выраженности ДР) с К-группой, подгруппа больных с $CDS\leq 48$ (“низкая” по степени выраженности ДР) с К-группой, а также подгруппы больных между собой. Различия выявлялись с помощью статистического критерия Z Колмогорова—Смирнова.

Затем вычислялись корреляции между показателями по шкалам “низкой” и “высокой” подгрупп больных (использовался статистический критерий ρ Спирмена).

¹ Стандартное отклонение, вычисляемое как квадратный корень из дисперсии показателя, в статистике обозначается двумя латинскими буквами SD (standard deviation) и характеризует дисперсию в выборочной совокупности случаев. В знаменателе дроби используется количество степеней свободы. В психометрике для обозначения стандартного отклонения используется греческая буква σ (сигма), которая характеризует дисперсию в общей генеральной совокупности случаев. В знаменателе дроби — количество наблюдений.

² Cut-off point используется в тех случаях, когда одной из целей методики является разбиение выборки на подвыборки (например, здоровых и больных людей). Тогда cut-off point будет той точкой, начиная с которой все испытуемые будут считаться больными (в условиях непрерывного распределения признака).

³ Это легко обнаружить, если вспомнить, что в рамках одного из допущений психометрики тестовые баллы распределяются в соответствии с нормальным законом: в область вокруг среднего, ограниченную интервалом в $1SD$, попадает приблизительно 68% всей выборки. По этой причине выше значения $M+SD$ так или иначе всегда будут находиться примерно 16% выборки.

Кроме того, исследовались отдельные психометрические показатели по некоторым из методик: проведен анализ переменных⁴; для методик, претендующих на наличие факторной структуры, проведен факторный анализ; для некоторых методик рассчитан показатель p (доля ключевых ответов на переменную теста).

Некоторых пояснений требует отсутствие в нашей работе исследований надежности. Все методики (CDS, DSS, Dis-Q, SDQ-20) представляют собой так называемые “клинические шкалы”, что в англоязычной литературе называется “checklist”. Это по сути перечень утверждений о наличии или отсутствии определенных симптомов, один из вариантов структурированного интервью. Для таких шкал отсутствует какое-либо статистическое обоснование. Если этот перечень составлен хорошо, то шкалы могут быть использованы для клинической диагностики, для формирования кластеров определенных симптомов, всегда сопутствующих один другому, и для диагностики успешности фармакотерапии.

Довольно часто авторы утверждают, что их шкалы являются высоконадежными, и многие из них даже измеряют несколько факторов, полученных в результате факторизации. Но дело в том, что подобные процедуры психометрического анализа в отношении клинических шкал бессмысленны. Если пациент отвечает правдиво, то у него либо обнаруживаются указанные симптомы, либо нет. Таким образом, внутренняя согласованность подобной методики характеризуется лишь тем, насколько симптомам, из перечня которых составлена шкала, свойственно сопутствовать один другому на исследованной выборке. Это довольно сильно отличается от задачи выявления внутренней согласованности — демонстрации того, насколько переменные опросника репрезентативны относительно всей генеральной совокупности переменных, измеряющих данную область критерия. Таким образом, измерение показателей

⁴ Анализ переменных (item analysis, item-total correlation) — это расчет корреляции Пирсона между показателями переменных и суммарным тестовым показателем. Несмотря на распространенное мнение отечественных психологов о том, что в данных целях следует использовать коэффициент ρ , являющийся всего лишь усеченным вариантом коэффициента Пирсона для сравнения ранговых последовательностей, это не совсем верно. Дело в том, что при создании тестов процедура анализа переменных обычно проводится в рамках валидации методики параллельно с расчетом ее внутренней согласованности. Поскольку алгебраический смысл вычисления показателя внутренней согласованности α Кронбаха сводится к оценке среднего значения показателя корреляции Пирсона между переменными, и сама формула представляет собой нормированную линейную ковариацию между переменными естественным является использование той же формулы и в рамках анализа переменных. В любом случае для шкал Лайкерта это наиболее приемлемый вариант (см.: Cronbach, 1984; Kline 2000; Nunnally, 1978 и др).

внутренней согласованности на подобных тестах — это всего лишь дань моде на точные числа (о неоднозначности показателя внутренней согласованности см.: Cattell, Kline, 1977; Cronbach, Meehl, 1955). То же относится и к факторизации клинических шкал. Сообщение о выделении n факторов может указывать только на то, что определенные симптомы манифестируют кластерами. Однако чаще всего это лишь означает семантическое сходство переменных, что обычно, по свидетельству Пола Барретта (в личной переписке), имеет место, когда коэффициент корреляции между переменными превышает 0.6. Р. Кеттелл (Cattell, 1973) называл такие факторы “bloated specifics” — “раздутыми частностями”. Подобная ситуация, видимо, имеет место и с так называемыми лексическими факторами, лежащими в основе 5-факторной модели личности, которую никак не удается валидизировать (за исключением факторов, схожих с айзенковскими Е и N) (Kline, 2000). Объединение переменных по сходству не имеет никакого психологического смысла и никак не связано с определением латентных факторов, для анализа которых и создаются факторно-аналитические тесты.

Если в результате факторизации теста обнаруживается несколько факторов, это означает только то, что следует не рассчитывать единый показатель по всему тесту, а использовать показатели по отдельным субшкалам, в которые собраны симптомы, так или иначе сопутствующие один другому. Также следует отметить, что, как правило, результаты измерений клиническими шкалами позволяют проводить статистический анализ групп испытуемых, что на определенном этапе может помочь в формировании новых гипотез. Это единственное, что оправдывает использование клинических шкал в психологии, поскольку никакой новой информации с их помощью получить нельзя, кроме той, что была использована при создании самих методик.

Учитывая сказанное, обобщим полученные результаты.

1. Опросник CDS. Обнаружены значимые различия между группами больных и здоровых людей по всем трем шкалам — частоте, продолжительности, интенсивности. Средние показатели больных приблизительно в 1.7 раза выше средних показателей здоровых.

При анализе показателей r обнаружилось, что у более чем 20 переменных они лежат в интервале 0.2—0.8. По-видимому, CDS — довольно чувствительное средство для измерения ДР, поскольку описывает весь спектр известной симптоматики. С учетом недостатков шкал такого типа CDS может применяться на первоначальных этапах исследования больных с целью обнаружения различной симптоматики ДР. Поскольку CDS создана на основе эклектиче-

кой концепции, она наиболее полно отражает взгляды различных психиатров на симптомокомплекс ДР. Исходя из этого может представлять интерес исследование не только количественной, но и качественной составляющей заболевания. Дело в том, что граница 48 баллов разделяет не людей с наличием и отсутствием ДР, а людей, входящих в “низкую” и “высокую” группы. Неверно полагать, что у человека с тотальным нарушением схемы тела (при отсутствии остальной симптоматики), набравшего максимум 20—30 баллов, ДР отсутствует. Перспективным может оказаться и изучение парциальных симптомов — как они группируются и чему коморбидны. По-видимому, пациенты, набирающие по 2—3 балла на каждом утверждении, и пациенты, набравшие 8—10 баллов только на четвертой шкале (а на других трех поставившие ноль), должны изучаться порознь. Имея одинаковую интенсивность (в числовом эквиваленте), их расстройства принципиально различны по характеру.

В выборке больных наиболее частыми оказались симптомы эмоционального оцепенения: пациенты чаще всего соглашались с утверждениями “Я не расстраиваюсь и не пугаюсь в тех ситуациях, которые обычно расстраивали или пугали меня” и “Я больше не получаю удовольствия от своих любимых занятий”, а также с пунктом о парамнезии (“Оказавшись в новой ситуации, я чувствую, что все происходящее мне уже знакомо”), которая, по свидетельству авторов (Sierra, Berrios, 2000), часто сопутствует ДР. Наиболее редкие симптомы так или иначе связаны с отчуждением образа собственного тела: “Мне кажется, что я нахожусь снаружи своего тела” и “Чтобы убедиться, что у меня есть тело и что я настоящий, мне необходимо прикоснуться к себе”. Можно предположить, что данная закономерность характеризует именно больных с шизотипическими расстройствами, а на других группах больных с симптоматикой ДР можно обнаружить иную картину распределения частоты симптомов. В качестве подтверждения правомочности этой гипотезы можно рассматривать тот факт, что симптоматика эмоционального дефекта часто описывается и в картине шизофренического расстройства, однако, видимо, при отсутствии осознания больным этой проблемы. Следовательно, можно также предположить, что ведущие симптомы коморбидного ДР в определенной мере обусловлены клинической картиной основного заболевания. Впрочем, это положение нуждается в дополнительном исследовании.

2. Опросник DSS. В ходе статистической обработки обнаружили значимые различия между “высокой” группой больных и остальными двумя группами (“низкой” и контрольной), что указывает на высокую специфичность методики. Однако при анализе кросскорреляций оказалось, что у пяти из шести переменных

обнаруживается достаточно большая область наложения: коэффициент Пирсона превышает 0.6, что означает высокое семантическое сходство переменных, указывающее на ограниченность измеряемой тестом области критерия. Таким образом, чувствительность данной методики теоретически оказывается довольно невысокой, что вполне согласуется с вычислением параметра чувствительности при опоре на показатели CDS как на эталон. А оставшаяся переменная практически ничего не измеряет, поскольку доля ключевых ответов p для нее не превышает 6%. Поскольку при диапазоне возможных значений переменных от 0 до 6 самый высокий показатель среднего по выборке больных составил 1.57, а для четырех переменных он не превышает единицы, то невозможно говорить и о высокой дискриминативности методики.

Шкала DSS может быть использована в качестве довольно грубого инструмента оценки тяжести симптоматики ДР (по DSM-IV) в тех случаях, когда по каким-либо причинам невозможно применить более точные и развернутые процедуры. Эта шкала обладает относительно высокой специфичностью (93%), если в качестве эталона применять шкалу CDS с намного более широким спектром симптоматики. У 83% больных с завышенным показателем по DSS обнаруживается завышенный показатель и по CDS. Однако ее чувствительность в данном случае составляет всего лишь 62%, что довольно мало.

3. **Опросник Dis-Q**, заявленный разработчиками как факторно-аналитический, таковым не является и не может являться. Поэтому при попытке реплицировать факторную структуру в русскоязычном варианте на контрольной выборке в дублирующем эксперименте переменные сгруппировались иначе. Кроме того, процент дисперсии, объясняемой выделенными факторами, оказался весьма невысок — всего 36%, чего, безусловно, недостаточно. После попытки факторизовать опросник по результатам выборки больных процент объясняемой факторами дисперсии поднялся до 49%, что отчасти связано с небольшим размером исходной матрицы. Несмотря на все еще низкий показатель объясняемой дисперсии, факторные оси были подвергнуты косоугольному вращению Direct Oblimin⁵, что тем не менее не позволило реплицировать исходную факторную структуру.

Несмотря на то что симптоматика, описанная шкалой Dis-Q, в России манифестирует иначе, нежели чем в Нидерландах и Бельгии (исследованные европейские выборки также составлялись

⁵ Если предполагается некая взаимосвязь между лежащими в основе шкалы факторами, бессмысленно пользоваться ортогональными процедурами вращения для получения простейшей факторной структуры; естественнее применять косоугольное вращение (см. Kline, 1999, 2000 и др.).

из генеральной совокупности здоровых испытуемых), все же было решено исследовать шкалы, получившиеся в результате вращения факторизованной матрицы результатов больных.

В ходе анализа частоты ключевых ответов стало ясно, что опросник состоит из двух групп переменных: первая описывает довольно тяжелые симптомы, которые напоминают синдром психического автоматизма (величина r для таких переменных довольно низка даже на исследованной выборке больных); вторая группа описывает обычные человеческие слабости вроде рассеянности и др. (типичный пример такого утверждения: “Иногда я забываю, куда положил(а) свои вещи” с $r = 0.85$). Таким образом, испытуемые, набравшие высокие тестовые показатели на подобных переменных, могут оказаться уравненными с теми, кто согласился с утверждением типа “Иногда я слышу голоса в своей голове, которые говорят, что мне следует сделать, или комментируют то, что я уже делаю”. Использование этого опросника лишено смысла.

4. Опросник SDQ-20. Как оказалось, соматоформная диссоциативная симптоматика несколько менее характерна для больных, чем для здоровых испытуемых. Но все же представители “высокой” группы отмечали значимо более высокий уровень соматоформных нарушений, хотя в контрольной выборке также удалось обнаружить людей с весьма высокими показателями по этой шкале. Так или иначе, но у исследованных больных с завышенным показателем по SDQ-20 всегда обнаруживаются симптомы ДР.

Кросскорреляции переменных подробно не изучались потому, что если принять на веру механизм символической соматизации, то в каждом отдельном случае могут обнаружиться любые совпадения симптомов, и любая корреляция между ними будет в определенной мере случайной.

Таким образом, можно утверждать, что соматоформные диссоциативные нарушения относительно редко встречаются у больных шизотипическими расстройствами, но при наличии у таких больных соматоформной диссоциации высока вероятность обнаружения и симптоматики, схожей с ДР. Однако те или иные ответы на вопросы еще не говорят о наличии или отсутствии какой-либо симптоматики. Вполне вероятно, что те немногие больные (5%), которые показали ненормативно высокие результаты как по CDS, так и по SDQ-20, должны быть исключены из анализа, поскольку их слишком мало, а такие результаты выпадают из общей картины выборочных показателей.

Заключение. Итак, Кембриджская деперсонализационная шкала (CDS), созданная на основании анализа феноменологии ДР, традиционно описываемой клиницистами, может быть использована для первоначального сбора данных в условиях клинических стационаров, для выделения характерных симптомокомплексов и для дифференциации больных с разными формами ДР. Она соответст-

вует представлениям отечественных психиатров, разрабатывавших теорию ДР, представлениям ведущих европейских специалистов в этой области и в известной мере критериям МКБ-10.

Шкала тяжести деперсонализации (DSS) может быть использована в целях грубого скрининга на больных с трудностями в импрессивной речи и с нарушениями внимания.

Диссоциативная шкала (Dis-Q) не может быть использована ни в прикладных, ни в научных исследованиях. Она оказалась всего лишь комплексом различных шкал, дающих весьма противоречивые результаты, что отражает сущность группы диссоциативных расстройств в DSM-IV.

Шкала соматоформной диссоциации (SDQ-20) может быть использована для скрининга конверсионных расстройств в популяционных исследованиях, среди клинических групп различных нозологий, для профессионального отбора при добавлении шкал валидности и т.д. Она оказалась малоприменимой для эндогенных больных. Традиционные для соматической конверсии симптомы довольно редко встречаются у больных шизотипическими расстройствами.

Фактически из четырех изученных опросников для исследования больных ДР может быть использована только шкала CDS, да и то весьма условно, учитывая отсутствие какой-либо психометрической точности в получаемых с ее помощью данных. По нашему мнению, неоправданное применение шкал, не позволяющих получать хоть сколько-нибудь точные результаты, сопряжено с риском принести больше вреда, чем пользы (Lebedev, 2003). К сожалению, многие практические психологи до сих пор недооценивают величину этого риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Лебедев С. Психодиагностика деперсонализационных расстройств // Материалы III Всероссийского съезда психологов. Ежегодник РПО. Т. 5. СПб., 2003.

Лебедев С.В. Адаптация и психометрический анализ методов психодиагностики деперсонализации: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.

Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван, 1962.

МКБ — Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994.

Нуллер Ю. Депрессия и деперсонализация: проблема коморбидности // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А. Смулевич. М., 1997.

Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Ackner B. Depersonalization: I. Aetiology and phenomenology // J. of Mental Sci. 1954. Vol. 100.

Bernstein E., Putnam F. Development, reliability and validity of a dissociation scale // J. of Nervous and Mental Disease. 1986. Vol. 174. N 12.

- Carlson E., Putnam F.* An update on the Dissociative Experiences Scale // *Dissociation*. 1993. Vol. 6.
- Cattell R.* Personality and mood by questionnaire. San Francisco, 1973.
- Cattell R., Kline P.* The scientific analysis of personality and motivation. London, 1977.
- Cronbach L.J.* Essentials of Psychological Testing. N.Y., 1984.
- Cronbach L.J., Meehl P.E.* Construct validity in psychological tests // *Psychol. Bull.* 1955. Vol. 52.
- Crowne D., Marlowe D.* A new scale of social desirability independent of psychopathology // *J. of Consulting Psychol.* 1960. Vol. 24.
- Denning T., Berrios G.* Autoscopie phenomena // *Brit. J. of Psychiatry*. 1994. Vol. 165. N 6.
- DSM-IV — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). Washington, DC, 1994.
- Kaplan H., Sadock B.* Clinical psychiatry from synopsis of psychiatry. Baltimore, 1988.
- Kline P.* An easy guide to factor analysis. Routledge, 1999.
- Kline P.* Handbook of Psychological Testing. Routledge, 2000.
- Lebedev S.* Russian Neuropsychologist Explores Cross-Cultural Assessment Issues // *INSNet*. 2003. Vol. 12.
- Nijenhuis E. et al.* The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) // *J. of Nervous and Mental Disease*. 1996. Vol. 184.
- Nijenhuis E.* Somatoform dissociation: Phenomena, measurement and theoretical issues. Assen, Van Gorcum, 1999.
- Nunnally J.* Psychometric Theory. N.Y., 1978.
- Riley K.* Measurement of dissociation // *J. of Nervous and Mental Disease* 1988. Vol. 176. N 7.
- Sanders S.* The perceptual alteration scale: A scale measuring dissociation // *Amer. J. Clin. Hypnosis*. 1986. Vol. 29. N 2.
- Sierra M., Berrios G.* Depersonalization: A conceptual history // *History Psychiatry*. 1997. Vol. 8.
- Sierra M., Berrios G.E.* Depersonalization: Neurobiological Perspectives // *Biological Psychiatry*. 1998. Vol. 44.
- Sierra M., Berrios G.E.* The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation // *Psychiatry Research*. 2000. Vol. 93.
- Sierra M., Berrios G.E.* The Phenomenological Stability of Depersonalization: Comparing the Old with the New // *J. of Nervous and Mental Disease*. 2001. Vol. 189. N 9.
- Simeon D., Guralnik O. et al.* Development of Depersonalization Severity Scale // *J. of Traumatic Stress*. 2001. Vol. 14. N 2.
- Steinberg M.* The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D). Washington, DC, 1994.
- Vanderlinden J. et al.* The dissociation questionnaire (Dis-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1993. Vol. 1. N 1.

Поступила в редакцию
27.02.04