

Психоневрологическая дилемма диагностики транзиторной амнезии. Случай 36-летней Татьяны



Менделевич В.Д., Нестерина М.К.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань
Россия, 420012, Казань, ул. Волкова, 80

В статье описан случай 36-летней Татьяны, в клинической картине заболевания которой наблюдался эпизод транзиторной амнезии длительностью менее суток без каких бы то ни было иных признаков психических и неврологических расстройств. Пациентка была госпитализирована в психиатрический стационар, где была дезориентирована в месте, времени и частично в собственной личности. Наблюдалось острое начало и резкое окончание амнестического синдрома, не связанное с психической травматизацией. Особое внимание уделено дифференциации амнестического синдрома и деперсонализации в рамках феномена «автобиографической амнезии». По диагностическим критериям описанный случай не соответствовал параметрам ни транзиторной глобальной амнезии, ни диссоциативной амнезии. В статье приводится обзор современной литературы и анализ клинического случая. Отмечается, что рутинное психопатологическое обследование исключает из круга дифференциации транзиторную глобальную амнезию, что может сказываться на точности диагностики.

Ключевые слова: транзиторная глобальная амнезия; диссоциативная амнезия; деперсонализация; автобиографическая амнезия; психоневрологическая диагностическая дилемма.

Контакты: Владимир Давыдович Менделевич; mendelevich_vl@mail.ru

Для ссылки: Менделевич ВД, Нестерина МК. Психоневрологическая дилемма диагностики транзиторной амнезии. Случай 36-летней Татьяны. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2025;17(2):63–70. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-63-70

Psychoneurological dilemma of diagnosis of transient amnesia. The case of 36-year-old Tatyana

Mendelevich V.D., Nesterina M.K.

Department of Psychiatry and Medical Psychology, Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan 80, Volkova St., Kazan 420012, Russia

The article describes the case of 36-year-old Tatyana, whose clinical case was characterized by an episode of transient amnesia lasting less than a day, without other signs of mental and neurological disorders. The patient was admitted to a psychiatric hospital where she was disorientated in place, time and partly in her own personality. There was an acute onset and an abrupt end to the amnestic syndrome, which was not due to mental trauma. Particular attention is paid to the distinction between amnesic syndrome and depersonalization in the context of the phenomenon of “autobiographical amnesia”. According to the diagnostic criteria, the case in question did not meet the parameters of either transient global amnesia or dissociative amnesia. The article provides an overview of modern literature and an analysis of clinical case. It is pointed out that routine psychopathological examination excludes transient global amnesia from differential diagnosis, which may affect the accuracy of the diagnosis.

Keywords: transient global amnesia; dissociative amnesia; depersonalisation; autobiographical amnesia; psychoneurological diagnostic dilemma.

Contact: Vladimir Davydovich Mendelevich; mendelevich_vl@mail.ru

For reference: Mendelevich VD, Nesterina MK. Psychoneurological dilemma of diagnosis of transient amnesia. The case of 36-year-old Tatyana. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(2):63–70. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-63-70

Тенденцией последних лет является то, что часть традиционных психопатологических симптомов и расстройств становятся неотъемлемой частью неврологии [1–3]. Из психиатрии в неврологию «перекочевали» такие феномены, как деменция, когнитивные расстройства, эпилепсия. Неврологи стали активно заниматься проблемами пациентов с тревожными, депрессивными, диссоциативными расстройствами [3]. При этом научный взгляд психиатров

и неврологов на этиопатогенез одних и тех же клинических феноменов может кардинально различаться, что способно приводить к ошибочной диагностике и неадекватной терапевтической тактике.

В ряду клинических феноменов, имеющих неоднозначную и противоречивую оценку среди неврологов и психиатров, выделяется феномен *транзиторной амнезии*. Он подразумевает внезапную для человека утрату памяти

на текущие и прошлые события без признаков расстройства сознания, нарушение ориентировки в месте, времени и иногда в собственной личности длительностью не более суток с быстрым полным восстановлением когнитивного функционирования. В неврологии он называется транзиторной глобальной амнезией (ТГА) и трактуется как результат ишемии гиппокампа, связанной с нарушениями венозного оттока [4–14], а в психиатрии — как диссоциативная (психогенная, функциональная) амнезия (ДА) вследствие воздействия значимых психологических травм [15–23]. Парадокс заключается в том, что в рамках психиатрической диагностики на практике ТГА исключается из круга дифференциальной диагностики амнестических расстройств и ишемический («органический») механизм не берется в расчет. Кроме того, ТГА практически не упоминается в тезаурусах психопатологических симптомов и синдромов, что полностью выводит данный феномен за скобки рутинного психопатологического анализа [24]. Можно утверждать, что для психиатров фактически все случаи транзиторной (пароксизмальной, преходящей) амнезии — это диссоциативная симптоматика.

При этом ДА до сих пор относится к «загадочным и противоречивым психическим расстройствам» [17], а по мнению I. Mangiulli и соавт. [25], считается «крайне неоднозначным явлением», существование которого «связано с верой в его существование», а не с клинической реальностью. Несмотря на неоднозначность трактовки этого феномена, в последние годы регистрируется существенный рост диагностики ДА [23], который некоторые авторы считают артефактом и связывают с «психиатрической модой», а не с истинным увеличением заболеваемости [26].

Приведенный ниже клинический случай Татьяны П. позволяет привлечь внимание психиатров к проблеме пароксизмальных амнестических расстройств и расширить круг заболеваний для более точной дифференциальной диагностики.

Клиническое наблюдение

Пациентка Татьяна П., 36 лет. В психиатрический стационар поступила 21.11.2024 впервые в жизни в сопровождении сотрудников скорой медицинской помощи. Медики были вызваны в отделение полиции, куда Татьяна обратилась за помощью в связи с тем, что при выходе из торгового центра не смогла понять, куда ей следует идти, где ее дом и где она находится. В приемном покое психиатрической больницы жалоб на состояние здоровья не предъявляла, была растеряна и не могла сообщить о себе какие-либо сведения.

Анамнез жизни. В связи с психическим состоянием сбор жалоб и анамнеза при поступлении был затруднен. Анамнез удалось получить позднее (через сутки) со слов самой пациентки, а затем ее мужа и сестры. Наследственность не отягощена. Родилась в одном из северных городов России старшим ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В возрасте 21 года вместе с младшей сестрой переехала в один из городов в центральной России. Поступила в техникум по специальности повар-кондитер, получила среднее профессиональное образование, параллельно отучилась на автомеханика и получила водительское удостоверение. В процессе учебы была активисткой, занималась творческой деятельностью, участвовала в выступлениях агитбригад, была организатором разнообразных мероприятий. В 2010 г. на время кани-

кул вернулась в родной город, где подрабатывала таксистом. Там познакомилась с будущим мужем. После каникул возвратилась домой, а жених остался работать в другом городе. Отношения оставались добрыми, изредка летали друг к другу в гости. В 2012 г. переехала к мужу, оформили брак. В 2019 г. ушла в декретный отпуск, родила дочь. В конце 2021 г. забеременела второй раз, произошло «замирание плода». В начале 2022 г. вновь забеременела и на 28-й неделе беременности вместе со старшей дочерью без мужа переехала к сестре в город, объясняя это тем, что «мужу проще было обеспечивать нас дистанционно». Там родила сына, муж приехал через два года. Последние пять лет не работает, находится в декретном отпуске. Имеет троих детей: дочь 5 лет, сына 3 лет и младшую 1,5-месячную дочь (роды за полтора месяца до госпитализации в психиатрический стационар).

В августе 2024 г. Татьяна была напугана тем, что взорвался соседний с местом ее проживания дом, в связи с чем было принято решение переехать в другой город, «подальше от боевых действий». Выбор пал на один из городов Поволжья. На момент переезда Татьяна была на последнем месяце беременности, через неделю после переезда родила дочь. Спустя несколько недель муж уехал, чтобы завершить дела по работе, взяв с собой старшую дочь.

Анамнез заболевания. Со слов мужа и сестры, психическое состояние Татьяны изменилось за неделю-две до госпитализации. Она стала ежедневно звонить супругу по видеосвязи, показывала младенца и трехлетнего сына, но жаловалась на то, что ей «грустно, тяжело», что «у сына кризисный возраст». Сообщала, что чувствует себя спокойнее, только когда муж на связи. Звонила сестре, говорила, что периодически «забывала», как приготовить еду, — «что-то со мной не так». В течение трех дней до госпитализации жаловалась на проблемы с памятью: «У меня сбои, иду в магазин, забываю, что надо купить, что приготовить детям...» В день госпитализации в пять утра позвонила мужу, была беспокойной, тревожной, в панике говорила: «Не могу уснуть, мне нехорошо, страшно, не понимаю, что происходит». Не могла вспомнить, откуда у нее в руках новый телефон, где и за какие деньги его приобрела. Сообщила, что последние три дня практически не спала. Через 5–6 ч муж позвонил ей по видеосвязи, но она уже находилась в полицейском участке.

Со слов окружающих, была обнаружена в продуктовом магазине, где вела себя «очень странно». Выйдя на улицу, не могла понять, в какую сторону ей идти домой. Обратилась за советом к прохожему, который рекомендовал зайти в полицейский участок. В отделении полиции Татьяна была растеряна, не могла понять, где она находится, не могла вспомнить свое имя, есть ли у нее дети, не сумела разблокировать телефон, поскольку не могла вспомнить пароль. После того как удалось это сделать, сотрудники созвонились с ее мужем. В беседе по видеосвязи не узнала ни мужа, ни дочь. Бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение психиатрической больницы.

В приемном отделении. Ориентировка во всех видах при поступлении была затруднена, не сообщала своего имени, не называла текущую дату, время верно определяла по настенным часам, время года — косвенно по погоде за окном («наверное, осень...»), местонахождение — «медицинское учреждение» — называла после указания врачом на белый халат. Внешний вид был неопрятным, волосы ярко-розового цвета, растрепаны. Во время беседы была двигателью спокойна, отчужден-

на, сидела в однообразной позе, смотрела в одну точку отстраненным взглядом. Выражение лица было озадаченным, мимика скудная. Речь достаточной громкости, монотонная, на поставленные вопросы отвечала односложно после паузы, наблюдались мнестические нарушения: «Как вас зовут?» — «Не знаю, сказали, что Татьяна...» — «У вас есть дети?» — «Говорили, что есть...» — «Вы кормите грудью?» — «Видимо, да...» («осматривала следы от грудного молока на одежде»). — «Вам сколько лет?» — «Не помню...» — «Вы какого пола?» — «Женского...». Терялась, не помнила о происходившем накануне, не давала никаких сведений о семье, образовании и психическом состоянии. Эмоционально была «притуплена».

Диагноз при поступлении: F53.9. Послеродовое психическое расстройство неуточненное, амнестический синдром. Лекарственных назначений не сделано.

Психический статус (на следующее утро после госпитализации). Проявляет инициативу в беседе, абсолютно критична к перенесенному накануне, оживленно сообщает о возвращении памяти на все события, полностью называет свое имя, отчество, фамилию, дает анамнестические и автобиографические сведения («Я помню абсолютно все, что произошло вчера, как с вами разговаривала, пыталась в голове зацепиться за хоть какие-нибудь мысли, но не могла, был просто шум...»). Сообщает, что в час ночи «автоматически сцедилась, далее отключилась», спала без пробуждений, проснулась около шести утра с полным осознанием происходящего. Ориентировка во всех видах верная. Внешне опрятна. Выглядит значительно более обеспокоенной, тревожной, чем накануне, с волнением спрашивает, с чем могло быть связано произошедшее. Отрицала наличие конкретной стрессовой ситуации, предшествовавшей событиям, упоминала лишь о «накопленном стрессе». Высказывала переживания за детей, желание быть с ними, однако понимала необходимость обследования в больнице («Мне нужно понять причину, чтобы такого больше не повторилось, иначе я могу стать опасной для своих детей»). Мышление в нормальном темпе, последовательное. Нарушений интеллектуально-мнестических способностей выявлено не было. Психопродуктивную симптоматику отрицала, поведением не демонстрировала. Сообщала, что до случившегося выраженных переживаний, усталости не ощущала, жила «по режиму», скучала по мужу, не была склонна к беспокойству и тревоге, всегда была бодрой, общительной, активной, социально открытой, целеустремленной. Описывала, что в конце октября оформила кредит и взяла новый телефон, тогда «случился первый провал памяти», осознала свои действия «буквально через две недели», планировала вернуть телефон, но в магазине получила отказ. Боялась сообщить об этом мужу, рассказала лишь спустя неделю, «он поддержал, сказал, что справимся, разберемся, успокаивал...». Во время беседы объективных признаков тревоги не выявлялось. В отделении была спокойной, помогала пациенткам и персоналу. Настроение было ровным. Жалоб не высказывала. На 8-й день нахождения в стационаре Татьяна была представлена на клинический разбор.

Психический статус (при клиническом разборе). В аудиторию вошла уверенным шагом, не демонстрируя признаков стеснения в присутствии десятков врачей. Речь грамотная, последовательная, с адекватным интонированием. Во время беседы проявляла заинтересованность и говорила, что сама бы хотела понять, почему у нее возник «сбой в работе мозга» и не повторится ли это в будущем. При этом была спокойна, синтонна, серьезна. Искренне благодарила врачей за помощь

и желание разобраться в причинах ее психического состояния. Для этого старалась подробно вспоминать события прошедших дней и особенно периода «сбоя работы мозга». Относилась к перенесенному с полной критичностью, считала, что это была кратковременная болезнь. Досконально помнила все подробности «того дня». Старалась быть откровенной и рассказывала о событиях, которые казались ей постыдными. В частности, рассказала, что за полтора месяца до этого совершила неоправданную покупку дорогого мобильного телефона, взяв для этого кредит в 146 тыс. рублей. Утверждала, что осознала свою ошибку через две недели после покупки, пыталась безуспешно вернуть телефон в магазин. Свой опрометчивый поступок назвала «первым провалом памяти». Не могла объяснить его мотивы и причины, по которым утатила от мужа столь дорогостоящую покупку. Категорически отрицала наличие какой-либо острой стрессовой ситуации, которая могла предшествовать «сбою работы мозга». Обращала внимание на то, что за последние месяцы накопились повседневные стрессы (переезд в другой город, сложности с устройством ребенка в детский сад, рождение другого ребенка, необходимость вести хозяйство при отсутствии помощи со стороны родственников, болезнь любимой кошки). В процессе беседы никакой психопатологической симптоматики не выявлялось.

Заключение психолога. Неустойчивость внимания, выраженность ассоциативной инертности, феномен привлечения слабых признаков при достаточном уровне интеллектуальных возможностей, продуктивности запоминания у личности с сочетанием черт ранимости и эмотивности со стеническими тенденциями, гиперкомпенсаторными ригидными установками, в состоянии повышенной тревожности при стремлении к самоконтролю.

МРТ головного мозга (на 9-й день после перенесенного расстройства). Данных, свидетельствующих о наличии острых ишемических изменений, объемных образований, очаговых изменений, метастазов в веществе головного мозга достоверно на момент исследования не получено. Легкое расширение периваскулярных пространств Вирхова—Робина 1-го и 2-го типа. Косвенные МР-признаки внутричерепной гипертензии.

МР-ангиография. По данным МР-ангиографии артериовенозных мальформаций, аневризматических расширений, аномалий развития, локальных сужений интракраниальных артерий головного мозга не выявлено. Артериальный круг большого мозга разомкнут, вариант развития. Легкая асимметрия интракраниальных сегментов позвоночных артерий (D>S).

МР-венография. При МР-венографии патологического расширения вен головного мозга не выявлено. МР-картина умеренной асимметрии кровотока по ветвям поперечного синуса (D>S). МР-картина умеренной асимметрии кровотока по сигмовидным синусам и яремным венам (D>S).

Электроэнцефалография. Биоэлектрическая активность головного мозга в пределах возрастной нормы. Легкие общемозговые изменения с тенденцией к десинхронизации. Очаговой медленноволновой и эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Обсуждение

Представленный клинический случай следует признать редким явлением для психиатрической, но не для неврологической практики. Обычно таких пациентов достав-

ляют в неврологические отделения с подозрением на инсульт. В психиатрические стационары пациенты с амнестическими расстройствами попадают в случаях сочетания грубых когнитивных нарушений с расстройствами сознания или неадекватным поведением. Как показывает анализ клинической картины заболевания Татьяны, ее психическое состояние изменилось остро и ему не предшествовали никакие очевидные психические травмы или соматические недуги. Со слов родственников, за два-три дня до эпизода мнестических нарушений Татьяна жаловалась на растерянность, на невозможность вспомнить, как выполнять бытовые и привычные дела. В эти дни она находилась в тревожном состоянии, часто звонила мужу, сон был нарушен. Однако продолжала заботиться о детях, ходила в магазин, возила кошку к ветеринару. Нарушения памяти и ориентации в месте и времени развились у нее крайне быстро в один из дней в утренние часы. Основными эмоциями были растерянность и озадаченность. Выраженной тревоги и беспокойства не наблюдалось, хотя пациентка говорила, что боялась не суметь найти дорогу домой, в связи с чем обратилась в отдел полиции. В этот период не отмечалось ни головных болей, ни головокружения, ни других соматических отклонений. Татьяна жаловалась только на «шум в голове». При поступлении в психиатрический стационар врачи не смогли вступить с ней в продуктивный контакт, поскольку пациентка была растеряна («безучастна»), дезориентирована в месте, времени и частично в собственной личности. Признаков расстройств сознания не обнаруживалось, как и бредовых идей или галлюцинаций. Мнестические нарушения одновременно исчезли после пробуждения на следующее утро и в дальнейшем на протяжении полуторанедельного наблюдения не возобновлялись. Татьяна оставалась адекватной, но несколько обеспокоенной перенесенным эпизодом и разлукой с детьми.

Таким образом, выявленная у пациентки транзиторная амнезия длилась менее суток (если это была амнезия). Обращает на себя внимание тот факт, что по восстановлению психического состояния пациентка была полностью критичной, помнила все детали «сбоя работы мозга», а также периоды до и после него. Перед психиатрами встал вопрос об оценке этиопатогенеза наблюдавшейся транзиторной амнезии. При поступлении предполагалось, что к расстройству могли привести послеродовой период и лактация. Однако описанное состояние не совпадало с диагностическими критериями послеродовых психических и поведенческих расстройств — ни по временному параметру, ни по психопатологической симптоматике. Вследствие этого дифференциальная диагностика должна была включать два расстройства — **диссоциативную амнезию** и **транзиторную глобальную амнезию**. Известно, что ДА характеризуется острой утратой памяти обычно на серьезные психотравмирующие события, непосредственно предшествующие изменению психического состояния, с нарушением ориентировки в месте, времени и нередко в собственной личности с элементами так называемой автобиографической амнезии и длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. Кроме того, ДА нередко сочетается с диссоциативной фугой и трансами. В соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) основной особенностью ДА является «потеря памяти о важных недавних

событиях, не связанная с органическим психическим расстройством и представленная столь обширно, чтобы его можно было бы объяснить обычной забывчивостью или усталостью. ДА обычно сосредоточена на травмирующих событиях, таких как несчастные случаи или неожиданные происшествия, утраты. Полная и генерализованная амнезия встречается редко, являясь частью диссоциативной фуги» (F44.1) [27].

Как показывает анализ изменений психического состояния пациентки Татьяны, во-первых, мнестическим нарушениям не предшествовала никакая острая и значимая психотравма, во-вторых, обнаруженные у нее психопатологические изменения длились менее суток. Таким образом, у диагностов не было полноценных оснований утверждать, что она перенесла эпизод ДА.

Другой возможной трактовкой появления мнестических нарушений у пациентки можно было считать какую-либо органическую причину, в частности ишемию гиппокампа, определяющую диагностику ТГА. Данный диагноз включен в неврологический раздел МКБ-11 (МВ21.12) и подразумевает наличие следующих диагностических признаков: 1) неожиданная (острая) утрата памяти и ориентации в месте и времени (но не в собственной личности); 2) антероградная амнезия; 3) длительность не более 24 ч [28]. Признаки анализируемого случая по большинству параметров не совпадали с перечисленными диагностическими критериями: у пациентки отсутствовала антероградная амнезия, обнаруживались нестойкие и неочевидные нарушения ориентации в собственной личности, но имелось совпадение по продолжительности амнестического эпизода. Для клинической дифференциации ДА и ТГА предложены различные критерии (см. таблицу) [29–31].

Дифференциально-диагностические критерии ДА и ТГА

Differential diagnostic criteria of dissociative amnesia (DA) and transient global amnesia (TGA)

| Критерий | ДА | ТГА |
|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Длительность | Недели, месяцы | 24 ч |
| Психотравма | Острая, значимая | Не имеет значения |
| Аффект | Растерянность, безучастность, тревога | Тревога, растерянность |
| Преморбид | Гистрионический | Не имеет значения |
| Амнезия периода | Частичная или ее отсутствие | Полная |
| Возраст манифестации, годы | 20–40 | 50–70 |
| Расстройство сознания | Может быть | Нетипично |
| Хронобиология | Нет закономерностей | Утренние или вечерние часы |
| Роль инсомнии | Не определяется | Высокая |

Таким образом, психическое состояние пациентки Татьяны по части критериев совпадало с диагностически значимыми критериями ДА, а по части – с ТГА. Наиболее дискуссионным моментом является необходимость обнаружения в анамнезе пациентов с ДА острых психических травм. Несмотря на то что данный критерий считается диагностически значимым, многие авторы утверждают, что в подавляющем большинстве случаев функциональных (диссоциативных) расстройств не удается найти связь между психологически значимым стрессом и манифестацией расстройства [32].

В последние годы в научной литературе все чаще высказывается точка зрения о том, что взаимосвязь между диссоциативными расстройствами и психической травмой не является доказанной и очевидной [33]. «Модель травмы», исходящая из убеждения, что диссоциация – это психобиологическое состояние или черта, выполняющая защитную функцию в условиях воздействия на человека травматического или подавляющего переживания, признана устаревшей и не подтвердившей свою состоятельность в корректных научных исследованиях [34, 35]. В ряде работ подтверждается значимость детских психотравм в происхождении диссоциативных расстройств [35–38], однако у Татьяны в анамнезе не обнаруживалось никаких травмирующих событий. В области так называемой «функциональной неврологии» идея этиопатогенетической связи психотравм с развитием функциональных неврологических расстройств (ФНР) завоевывает все больше сторонников. Так, S. Paredes-Echeverri и соавт. [39] обращают внимание на тот факт, что люди с ФНР сообщают о примерно трехкратном увеличении количества неблагоприятных жизненных переживаний по сравнению со здоровыми людьми. При этом понятно, что самоотчеты о травматическом опыте носят субъективный характер и не могут признаваться однозначными. Иную точку зрения на проблему связи психотравм и ФНР высказывает S. Аубек [40]. Она утверждает, что модель травмы, выступающей в качестве причины, не выдерживает критики и от термина «психогенный», предполагающего, что происхождение следует искать в психологических

факторах, следует отказаться. На основании современных данных сделан вывод о необходимости снижения значимости психологических факторов в развитии ФНР, что нашло отражение в новом определении ФНР в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5), которое еще в 2013 г. удалило критерии «наличие психологического фактора» из диагностических критериев ФНР (диссоциативных расстройств). И если из DSM-5 критерии психотравмы для данной группы расстройств исключены, то для психиатров, работающих по МКБ, они продолжают оставаться актуальными [24]. Возникает логичный вопрос: если не психотравма, то что в таком случае вызывает функциональные (диссоциативные, конверсионные) расстройства? До настоящего времени ответ на этот вопрос не найден. Однако, по мнению S. Taib и соавт. [22], у пациентов с ДА наблюдаются значительные префронтально-височно-лимбические нарушения по данным нейровизуализации.

Если в генезе ФНР роль психотравмы оценивается современными исследователями как дискуссионная, то в отношении связи психической травматизации и ДА специалисты высказываются достаточно однозначно – связь существует [41–44]. Утверждается, что при ДА пациент не пытается вспомнить некоторые травмирующие эпизоды из его жизни, поскольку подразумевается, что он не имеет желания решать эти вопросы [45]. Основной теоретической проблемой становится проблема достоверной оценки клинического феномена как амнестического, а не, к примеру, обусловленного симуляцией или деперсонализацией (диссоциативной, бредовой или какой-либо иной). Поведение Татьяны в день «сбоя мозга», жалобы на невозможность понять, где она находится, трудности с тем, чтобы сообщить паспортные данные, а также полная критичность и последующее сохранение памяти на «эпизод амнезии» можно теоретически рассматривать как деперсонализацию. Однако деперсонализация не должна сопровождаться полной утратой ориентации в собственной личности и носить пароксизмальный характер. Другой дифференциально-диагностиче-

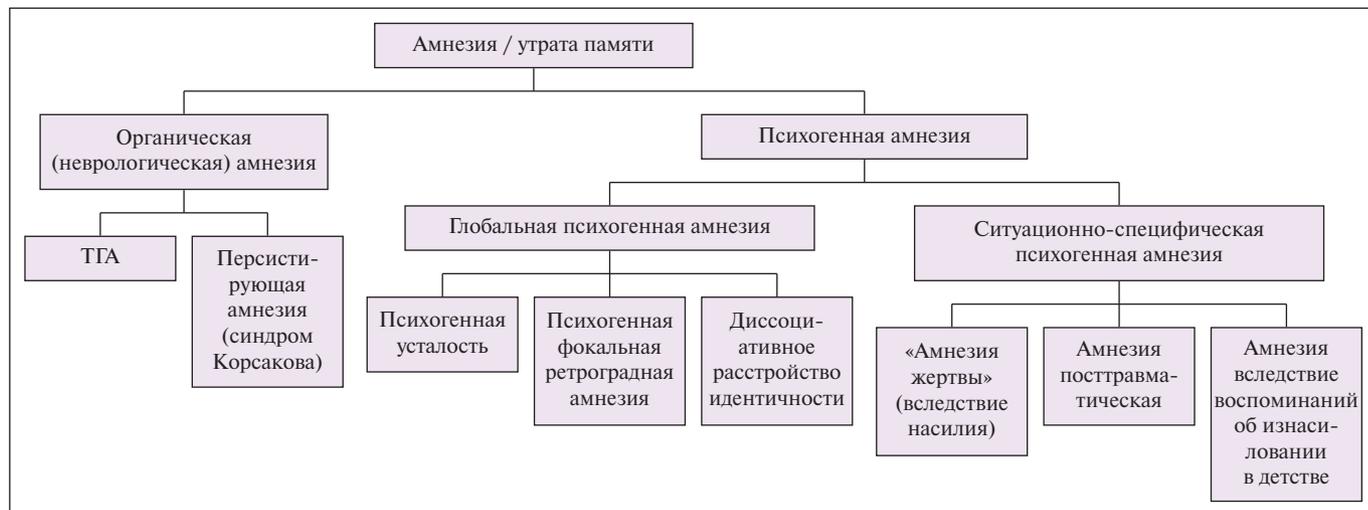


Рис. 1. Диагностический алгоритм для синдрома транзиторной амнезии [23]
 Fig. 1. Diagnostic algorithm for transient amnesia syndrome [23]

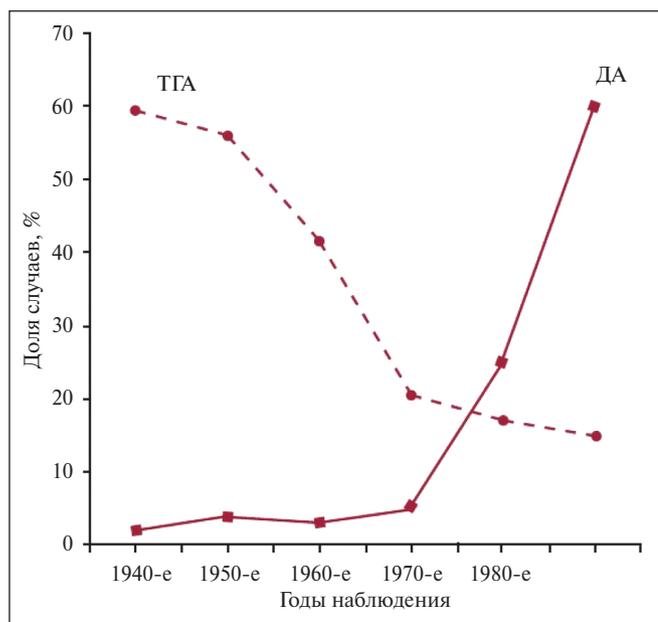


Рис. 2. Динамика выявления ТГА и ДА [4]
 Fig. 2. The dynamics of DA and TGA detection [4]

ской опцией мог бы стать синдром псевдодеменции, поскольку внешне поведение пациентки носило нелепый характер. Известно, что в рамках диссоциативной псевдодеменции в клинической картине расстройства должны быть представлены симптомы мимоговорения, пуэрилизма, которых не наблюдалось у пациентки Татьяны.

Отдельной темой в ракурсе обсуждаемого клинического случая является тема «автобиографической амнезии» [46–49]. Некоторые исследователи данного явления убеждены, что этот феномен является частью и проявлением ДА [46, 47]. Другие утверждают, что он относится не к мнестическим нарушениям, а к деперсонализации в рамках «латентной шизофрении» [48, 49]. В клинической картине за-

болевания пациентки Татьяны присутствовали признаки «автобиографической амнезии», однако, в отличие от классического описания данного феномена, у нее он оказался преходящим и самостоятельно купировался в течение суток. Кроме того, никаких признаков расстройств мышления или восприятия, типичных для расстройств шизофренического спектра, у пациентки не наблюдалось.

В настоящее время предлагается следующий диагностический алгоритм синдрома транзиторной амнезии (рис. 1) [23].

Немаловажной теоретической проблемой оценки синдрома транзиторной амнезии остается психоневрологическая дилемма, суть которой заключается в том, что неврологи при обнаружении пароксизмальных мнестических расстройств ориентированы на поиск органической причины («нейромания»), а психиатры – на выявление психогенной («нейрофобия») [50]. Вследствие этого статистика по заболеваемости и распространенности такой патологии имеет тенденцию к резким колебаниям. Зарегистрирован статистический «перекрест» – с 70-х годов XX в. отмечен существенный рост диагностики ДА при резком падении числа выявляемых случаев ТГА (рис. 2) [4].

По мнению М. Kritchevsky и соавт. [4], за несколько десятилетий с середины XX в. отмечены существенные изменения частоты диагностики «органической» и «психогенной» амнезии, что, возможно, связано с изменением представлений психиатров и неврологов в отношении этиопатогенеза синдрома транзиторной амнезии.

Заключение

Таким образом, случай «острой утраты памяти» у Татьяны отличается от классической клинической картины как ТГА, так и ДА. Он не отвечает диагностическим критериям ни ТГА, ни ДА, что диктует необходимость, во-первых, более углубленного изучения потенциального травматического опыта пациентки (включая детский), во-вторых, оценки возможной «вторичной выгоды» от выявленного феномена и, в-третьих, динамического наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Дюкова ГМ, Голубев ВЛ, Погромов АП, Мнацаканян МГ. Функциональные расстройства: систематика клинических проявлений и патогенез. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(12):137-44. doi: 10.17116/jnevro2016116121137-144 [Diukova GM, Golubev VL, Pogromov AP, Mnatsakanyan MG. Functional disorders: pathogenesis and systematic of clinical presentation. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(12):137-44. doi: 10.17116/jnevro2016116121137-144 (In Russ.)].
2. Menken M. The wall between neurology and psychiatry. *Advances in neuroscience indicate it's time to tear it down. BMJ*. 2002;324(7352):1468-9. doi: 10.1136/bmj.324.7352.1468
3. Менделевич ВД. Функциональный больной между психиатрией и неврологией. *Неврологический вестник*. 2022;54(1):5-10. doi: 10.17816/nb101756 [Mendelevich VD. Patient with functional disorder between psychiatry and neurology. *Nevrologicheskij vestnik = Neurology Bulletin*. 2022;54(1):5-10. doi: 10.17816/nb101756 (In Russ.)].
4. Kritchevsky M, Zouzounis J, Squire LR. Transient global amnesia and functional retrograde amnesia: contrasting examples of episodic memory loss. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1997 Nov 29;352(1362):1747-54. doi: 10.1098/rstb.1997.0157
5. Rogalewski A, Beyer A, Friedrich A, et al. Transient Global Amnesia (TGA): Younger Age and Absence of Cerebral Microangiopathy Are Potentially Predisposing Factors for TGA Recurrence. *Front Neurol*. 2021 Oct 27;12:736563. doi: 10.3389/fneur.2021.736563
6. Rand M, Hu A, Rawles J. Transient global amnesia: Psychiatric precipitants, features, and comorbidities. *Curr Psychiatry*. 2023;4:35-40. doi: 10.12788/cp.0345
7. Sander D, Bartsch T, Connolly F et al. Guideline “Transient Global Amnesia (TGA)” of the German Society of Neurology (Deutsche Gesellschaft für Neurologie): S1-guideline. *Neurol Res Pract*. 2023 Apr 20;5(1):15. doi: 10.1186/s42466-023-00240-0
8. Белова ЛА, Машин ВВ. Роль нарушения венозного кровообращения в развитии транзиторной глобальной амнезии. *Неврологический вестник*. 2015;(3):74-7. [Belova LA, Mashin VV. Role of violation of venous outflow in the development of transient global amnesia. *Nevrologicheskij vestnik = Neurology Bulletin*. 2015;(3):74-7 (In Russ.)].
9. Стаховская ЛВ. Транзиторная глобальная амнезия (клиника, диагностика, прогноз): Дис. ... докт. мед. наук. Москва; 2006. 245 с.

- [Stahovskaya LV. Transient global amnesia (clinic, diagnostics, prognosis): Diss. ... Doct. Med. Sci. Moscow; 2006. 245 p. (In Russ.)].
10. Komulainen T, Bärlund V, Tanila H, et al. Incidence and Risk Factors of Transient Global Amnesia. *Neuroepidemiology*. 2023;57(4):246-52. doi: 10.1159/000530713. Epub 2023 May 15.
 11. Liampas I, Kyriakouloupolou P, Akrioti A, et al. Cognitive deficits and course of recovery in transient global amnesia: a systematic review. *J Neurol*. 2024 Oct;271(10):6401-25. doi: 10.1007/s00415-024-12563-2. Epub 2024 Aug 1.
 12. Sparaco M, Pascarella R, Muccio CF, Zedde M. Forgetting the Unforgettable: Transient Global Amnesia Part II: A Clinical Road Map. *J Clin Med*. 2022 Jul 6;11(14):3940. doi: 10.3390/jcm11143940
 13. Кулеш АА, Дёмин ДА, Кайлева НА и др. Транзиторная глобальная амнезия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(2):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2-4-13 [Kulesh AA, Demin DA, Kayleva NA, et al. Transient global amnesia. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(2):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2-4-13 (In Russ.)].
 14. Spiegel DR, Smith J, Wade RR, et al. Transient global amnesia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Oct 24;13:2691-703. doi: 10.2147/NDT.S130710
 15. Becquet C, Cogez J, Dayan J, et al. Episodic Autobiographical Memory Impairment and Differences in Pronoun Use: Study of Self-Awareness in Functional Amnesia and Transient Global Amnesia. *Front Psychol*. 2021 Oct 14;12:624010. doi: 10.3389/fpsyg.2021.624010
 16. Максимова ТН, Прохорова СВ, Демидова ВА. К вопросу о диссоциативной амнезии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(1):65-9. doi: 10.14412/2074-2711-2018-1-65-69 [Maksimova TN, Prokhorova SV, Demidova VA. On dissociative amnesia. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(1):65-9. doi: 10.14412/2074-2711-2018-1-65-69 (In Russ.)].
 17. Staniloiu A, Markowitsch HJ. Dissociative amnesia. *Lancet Psychiatry*. 2014 Aug;1(3):226-41. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70279-2. Epub 2014 Jul 2.
 18. Hafizi S, Afolabi B. Generalized Dissociative Amnesia Versus Transient Global Amnesia. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021 Apr 22;23(2):20102631. doi: 10.4088/PCC.20102631
 19. Mangiulli I, Otgaar H, Merckelbach H. A Critical Review of Case Studies on Dissociative Amnesia. *Clin Psychol Sci*. 2021;10(2). doi: 10.1177/21677026211018194
 20. Staniloiu A, Markowitsch HJ. Dissociative Amnesia: Remembrances Under Cover. *Top Cogn Sci*. 2024 Oct;16(4):590-607. doi: 10.1111/tops.12734. Epub 2024 May 10.
 21. Коберская НН, Пятницкий НЮ, Менделевич СВ, Дамулин ИВ. Случай диссоциативной амнезии у пациента молодого возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007;(12):82-6. [Koberskaya NN, Pyatnickij NYu, Mendelevich SV, Damulin IV. A case of dissociative amnesia in young patient. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007;(12):82-6 (In Russ.)].
 22. Taib S, Yrondi A, Lemesle B, et al. What are the neural correlates of dissociative amnesia? A systematic review of the functional neuroimaging literature. *Front Psychiatry*. 2023 Jan 26;14:1092826. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1092826
 23. McKay GCM, Kopelman MD. Psychogenic amnesia: when memory complaints are medically unexplained. *Advanc Psychiatr Treatm*. 2009;15:152-8. doi: 10.1192/apt.bp.105.001586
 24. Менделевич ВД. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. Москва: Городец. 2016. 128 с. [Mendelevich VD. Terminological foundations of phenomenological diagnostics in psychiatry. Moscow: Gorodets. 2016. 128 p. (In Russ.)].
 25. Mangiulli I, Jelicic M, Patihis L, Otgaar H. Believing in dissociative amnesia relates to claiming it: a survey of people's experiences and beliefs about dissociative amnesia. *Memory*. 2021 Nov;29(10):1362-74. doi: 10.1080/09658211.2021.1987475. Epub 2021 Oct 12.
 26. Перехов АЯ, Сидоров АА. Психопатология «модных» диссоциативных расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(3):98-107. [Perekhov AY, Sidorov AA. Psychopathology of "fashionable" dissociative disorders. *Social'naya i klinicheskaya psikiatriya = Social and Clinical Psychiatry*. 2022;32(3):98-107 (In Russ.)].
 27. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO; 1994. 267 p. Available at: <https://psychiatr.ru/download/1315?view=1&name=ICD10+WHO.pdf>
 28. Transient global amnesia. MB21.12. Available at: <https://www.findacode.com/icd-11/code-1524600518.html>
 29. Dissociative amnesia. 6B61. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision, v2024-01. Available at: <https://www.findacode.com/icd-11/code-626975732.html>
 30. Safarik PJ. Dissociative amnesia: a clinical and theoretical reconsideration. 2017:89. Available at: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/80916/1/Dissociative%20Amnesia%20-%20Paulo-Sim%C3%A3o%20%281%29.pdf>
 31. Moini J, Koenitzer J, LoGalbo A. Dissociative Amnesia. *Glob Emerg Mental Disord*. 2024;482. doi: 10.1016/C2023-0-00656-2
 32. Менделевич ВД, Нестерина МК, Менделевич ЕГ, Давлетшина РИ. Диссоциативный мутизм, тетрапарез и роль невыявленной психотравмы. Случай Искандера Х. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024;5(8):48-55. doi: 10.47407/kr2024.5.8.00459 [Mendelevich VD, Nesterina MK, Mendelevich EG, Davletshina RI. Dissociative mutism, tetraparesis and the role of unidentified psychotrauma. The case of Iskander H. *Klinicheskii razbor v obshchey medicine = Clinical Review for General Practice*. 2024;5(8):48-55. doi: 10.47407/kr2024.5.8.00459 (In Russ.)].
 33. Loewenstein RJ. Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Sep;20(3):229-42. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
 34. Farina B, Liotti M, Imperatori C. The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Front Psychol*. 2019 Apr 26;10:933. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00933
 35. Schmidtova J, Stepanek P, Cermak I. The impact of childhood trauma on the emergence and development of dissociative disorders. *Ceskoslovenska psychologie* 2021;LXV(2):178-200. doi: 10.51561/cspsych.65.2.178
 36. Lynn SJ, Polizzi C, Merckelbach H, et al. Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Transtheoretical Framework. *Annu Rev Clin Psychol*. 2022 May 9;18:259-89. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424. Epub 2022 Feb 28.
 37. Sar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2014 Dec;12(3):171-9. doi: 10.9758/cpn.2014.12.3.171. Epub 2014 Dec 26.
 38. Spengler FB, Becker B, Kendrick KM, et al. Emotional Dysregulation in Psychogenic Voice Loss. *Psychother Psychosom*. 2017;86(2):121-3. doi: 10.1159/000452306. Epub 2017 Feb 10.
 39. Paredes-Echeverri S, Guthrie AJ, Perez DL. Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: Impact on symptom severity and physical health. *Front Psychiatry*. 2022 Nov 15;13:1040911. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1040911. Erratum in: *Front Psychiatry*. 2023 Apr 18;14:1192755. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1192755
 40. Aybek S. The role of stress, childhood trauma and personality in the development of functional neurological symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015;86(9). doi: 10.1136/jnnp-2015-311750.2
 41. Pieterse CB, Fouche PJP, Geyer T. Dissociative Amnesia related to Trauma: A Systematic Review. In: Thesis for: Post-graduate Psychology Degree. 2007:18. doi: 10.13140/RG.2.2.30881.21607

42. Zhang S. A Comparison Between Dissociative Amnesia and PTSD after Traumatic Experiences. *Scholar Rev J*. 2022;11:27-33. doi: 10.70121/001c.121674
43. Berntsen D, Rubin DC. Involuntary Memories and Dissociative Amnesia: Assessing Key Assumptions in PTSD Research. *Clin Psychol Sci*. 2014 Mar 1;2(2):174-86. doi: 10.1177/2167702613496241
44. Perkins JE. The Relationship Between Episodes of Dissociative Amnesia, Symptomology of Post-Traumatic Stress Disorder, and Childhood Sexual Abuse. Dissertations. 2015. 1577. Available at: <https://digitalcommons.andrews.edu/dissertations/1577>
45. Pope HG Jr, Hudson JI, Bodkin JA, Oliva P. Questionable validity of 'dissociative amnesia' in trauma victims. Evidence from prospective studies. *Br J Psychiatry*. 1998 Mar;172:210-5; discussion 216-7. doi: 10.1192/bjp.172.3.210
46. Милехина АВ. Синдром биографической амнезии (клинико-психопатологические особенности и лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2009. [Milekhina AV. Biographical amnesia syndrome (clinical and psychopathological features and treatment): Abstract Dis. ... Cand. Sci. (Med.). Moscow; 2009 (In Russ.)].
47. Кекелидзе ЗИ, Ларцев МА, Милехина АВ, Полякова ЛВ. Биографическая амнезия. Сообщение 1. *Российский психиатрический журнал*. 2008;(4):42-8. [Kekelidze ZI, Larcev MA, Milekhina AV, Polyakova LV. Biographical Amnesia. Message 1. *Rossijskiy psichiatricheskij zhurnal*. 2008;(4):42-8 (In Russ.)].
48. Остроглазов ВГ. Аутоперсонамнезия. Новый психопатологический феномен? Часть 4. *Независимый психиатрический журнал*. 2005;(2):34-45. [Ostroglazov V.G. Autopersonamnesia. A new psychopathological phenomenon? Part 4. *Nezavisimyy psichiatricheskij zhurnal*. 2005;(2):34-45 (In Russ.)].
49. Остроглазов ВГ. О проблеме «биографической амнезии». *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2009;(6):56-60. [Ostroglazov VG. On the problem of "biographical amnesia". *Psichiatriya i psihofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina* = *P.B. Gannushkin Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2009;(6):56-60 (In Russ.)].
50. Менделевич ВД. Нейромания и нейрофобия: как в психиатрии «физики» побеждают «лириков». *Неврологический вестник*. 2020;52(4):8-11. doi: 10.17816/nb49814 [Mendelevich VD. Neuromania and neurophobia: how in psychiatry "physics" win the "lyrics". *Nevrologicheskiy vestnik* = *Neurology Bulletin*. 2020;52(4):8-11. doi: 10.17816/nb49814 (In Russ.)].

Поступила / отрецензирована / принята к печати
Received / Reviewed / Accepted
27.11.2024 / 27.02.2025 / 28.02.2025

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Менделевич В.Д. <https://orcid.org/0000-0002-8476-6083>
Нестерина М.К. <http://orcid.org/0000-0001-6901-5903>