

Максимова Т.Н., Прохорова С.В., Демидова В.А.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия  
119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

## К вопросу о диссоциативной амнезии

Представлено клиническое наблюдение диссоциативной амнезии у пациента 22 лет. В преморбиде наблюдался выраженный истерический радикал. В результате психотравмирующей ситуации пациент дважды утрачивал воспоминания о событиях своей жизни, не мог вспомнить своего имени, места жительства. При этом сохранялись способность к запоминанию новой информации, учебные знания и некоторые танцевальные навыки. Органической патологии при проведении инструментальных методов исследования не обнаружено. Память в обоих случаях полностью восстанавливалась в течение нескольких месяцев.

В практике психиатров все чаще встречаются пациенты со схожими симптомами. При этом существуют различные точки зрения на возникновение подобной симптоматики. Очевидно, что проблема диссоциативной амнезии актуальна и требует дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** диссоциативное расстройство; психогенная амнезия; истерическое расстройство; «биографическая амнезия».

**Контакты:** Светлана Владимировна Прохорова; [mmasvetlana@yandex.ru](mailto:mmasvetlana@yandex.ru)

**Для ссылки:** Максимова ТН, Прохорова СВ, Демидова ВА. К вопросу о диссоциативной амнезии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(1):65–69.

### On dissociative amnesia

Maksimova T.N., Prokhorova S.V., Demidova V.A.

Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),  
Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia  
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021

The paper describes a clinical case of dissociative amnesia in a 22-year-old patient. A marked hysterical radical was observed in premorbid. As a result of the psychotraumatic situation, the patient twice lost memories of the events of his life, could not remember his name, place of residence. At the same time, his ability to memorize new information, training knowledge, and some dance skills were preserved. Instrumental examinations detected no organic pathology. Memory in both cases was fully restored within a few months.

Patients with similar symptoms were increasingly encountered in psychiatric practice. At the same time, there are different viewpoints on the occurrence of such symptoms. It is obvious that the problem of dissociative amnesia is relevant and requires further investigation.

**Keywords:** dissociative disorder; psychogenic amnesia; hysterical disorder; biographical amnesia.

**Contact:** Svetlana Vladimirovna Prokhorova; [mmasvetlana@yandex.ru](mailto:mmasvetlana@yandex.ru)

**For reference:** Maksimova TN, Prokhorova SV, Demidova VA. On dissociative amnesia. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2018;10(1):65–69.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-65-69>

В практике психиатров все чаще встречаются пациенты с утратой памяти исключительно на автобиографические события. При этом сохраняются способность восприятия новой информации, общие знания и профессиональные навыки [1–3]. Это вступает в противоречие с классическими представлениями о потере памяти, сформулированными в законе Т. Рибо (1882): прогрессирующая амнезия характеризуется сочетанием фиксационной амнезии и нарушения воспроизведения от настоящего к прошлому с последующей утратой эмоциональных впечатлений и навыков. Таким образом, диссоциативное расстройство имеет психогенное происхождение [4–6]. Сегодня эта проблема остается актуальной и требует дополнительного изучения [7, 8]. Представленный в настоящей статье клинический случай поможет улучшить диагностику и подходы к терапии подобных расстройств.

**Пациент М., 22 лет<sup>1</sup>, наследственность отягощена психическими расстройствами: дед и бабушка по линии матери злоупотребляли алкоголем. Брат матери однократно проходил стационарное лечение в Научном центре психического здоровья по поводу острого психотического состояния. У тетки по материнской линии был эпизод истерической слепоты. Мать – военнослужащая, спокойная, пунктуальная, коммуникабельная, заботливая, всегда старается найти компромисс и уладить любой конфликт. Отец – также военнослужащий, вспыльчивый, возбудимый, скрытный.**

**Пациент – единственный ребенок в семье. Родился в срок, беременность и роды у матери протекали без патологии. В первый год жизни мало плакал, хорошо спал. Ходить начал в полтора года, фразовая речь сформировалась к 2 годам. С 3 лет посещал детский сад, охотно общался с детьми, был «заводи-лой». С удовольствием занимался физкультурой, плавал в бас-**

<sup>1</sup>Данные анамнеза собраны со слов больного, его родственников и имеющейся медицинской документации.

сейне. Участвовал в коллективных играх, хорошо контактировал с воспитателями, выступал на детских утренниках. В школу пошел с 7 лет, в начальных классах интересовался математикой, учился на «4» и «5». Учителя были им довольны. Рос веселым и общительным. Занимал призовые места в школьных конкурсах. В средних классах интересовался точными науками: алгеброй, физикой и информатикой, участвовал в олимпиадах по этим предметам. Учителя выделяли его на уроках. Много общался с одноклассниками, легко заводил новых друзей. Любил одеваться в яркие цвета, выделяться «индивидуальным» стилем, быть в центре внимания.

В 8-м классе, поскользнувшись в ванной, ударился затылком, отмечалась кратковременная потеря сознания, на непродолжительное время полностью утратилось зрение. Был госпитализирован в Морозовскую больницу, но утром был выписан, так как зрение восстановилось.

В старших классах продолжал увлекаться информатикой и физикой, играл в компьютерные игры. В свободное время посещал спортивные секции, вел здоровый образ жизни. После окончания школы поступил в Московский технический университет на факультет защиты информации. Учеба нравилась, был уверен в правильном выборе специальности. С одноклассниками сложились доброжелательные отношения, продолжал дружить и со школьными товарищами. Увлёкся танцами в стиле «поп», уделяя им все свободное время и быстро добился успеха. Участвовал в соревнованиях, подрабатывал преподавателем танцев для детей. Много времени проводил в тренажерном зале, использовал биодобавки для роста мускулатуры, «чтобы усовершенствовать свое тело».

На III курсе института влюбился в девушку. Отношения складывались доброжелательные, построенные на взаимопонимании, доверии. Хотел создать с ней семью, поэтому через несколько месяцев предложил жить вместе у его родителей. Девушка занималась модельным бизнесом и через несколько месяцев уехала в длительную командировку в Японию. Сначала молодые люди часто перезванивались, общались в социальных сетях. Затем девушка написала, что встретила другого мужчину. Предложила расстаться, однако дружеские отношения хотела сохранить. Эту новость пациент воспринял тяжело, ухудшилось настроение, стал замкнутым, ничего не хотел делать.

9.10. 2015 г. девушка возвратилась из командировки, встретил ее в аэропорту и пригласил в ресторан, где подарил обручальное кольцо и предложил выйти за него замуж, но она отказалась. Вернувшись вечером домой, о произошедшем никому не рассказал, рано лег спать. На следующее утро сообщил отцу, что едет завести автомобиль. С автозаправочной станции прислал сообщение: указал место, в котором оставил записку, в ней говорилось, что намерен покончить жизнь самоубийством. Отец обнаружил его недалеко от автозаправочной станции. Заметив отца, начал от него убегать, затем остановился и упал, потеряв сознание. Очнувшись через несколько секунд, был растерян, на вопросы отвечал кратко, отца не узнавал. Говорил о себе в третьем лице: «С Алексеем все в порядке, об этом говорить я ни с кем не буду», «У него остался всего лишь один сон, чтобы раздать инструкции». Утверждал, что его миссия заключается в том, чтобы воссоединить влюбленных. Говорил, что его психикой овладело мифологическое существо «Кон Вагдир», что «Алексей выйдет на связь через несколько часов». Бригадой скорой помощи больной был доставлен в психиатрическую больницу.

По данным выписки из психиатрической больницы: при осмотре был напряжен, встревожен, не шел на диалог, периодически спрашивал, «кто он», озирался по сторонам, был дезориентирован в месте, времени. Заявлял, что видел трех людей, от которых получил инструкции. В клинике было назначено лечение галоперидолом, аминазином внутримышечно, циклодолом, кордамином, клозастеном.

20.10, спустя десять дней после госпитализации, проснувшись утром, стал называть себя Алексеем. Был удивлен, что находится в психиатрической больнице. Утверждал, что последнее, что запомнил, — это предложение руки и сердца девушке, однако ее ответ забыл. В дальнейшем после отмены всех психотропных препаратов состояние оставалось стабильным, общался с другими больными, играл в шашки, много времени проводил в коридоре. 23.10 был выписан с улучшением с диагнозом: «диссоциативное расстройство (истерическое, бредоподобное фантазирование)».

После выписки из стационара чувствовал себя хорошо. Через некоторое время вспомнил подробности произошедшей ситуации. Решил, что возобновлять отношения с девушкой не будет, продолжал заниматься танцами, преподавал детям, учился. Через месяц после того, как девушка позвонила ему с предложением начать отношения «с чистого листа», простил ей все обиды и согласился. Встречались несколько месяцев, однако отношения ухудшились, нередко возникали ссоры. Девушка часто уезжала в командировки, поэтому в основном переписывались в социальных сетях.

В сентябре 2016 г. поступил в магистратуру по своей специальности, учился с энтузиазмом. В октябре девушка опять предложила расстаться, отреагировал на это внешне спокойно, сказал, что хотел бы сохранить дружеские отношения. В день расставания отец застал его дома сидящим на кухне с бутылкой рома. Рассказал отцу, что сильно обеспокоен расставанием, девушка задела его чувства, «не мог поверить в происходящее». Заявил, что «родители добились своего». После этого лег спать.

На следующий день был напряжен, родителям ничего не рассказывал, не общался с друзьями. Резко решил поменять планы на будущее — бросить учебу в институте и пойти в армию, чтобы забыть девушку. На возражения родителей отвечал грубо либо игнорировал их. Утром 20 октября уехал из дома на автомобиле, чтобы пройти комиссию в военкомате, где был признан годным к воинской службе. Позвонил отцу, сказал, что возвращается домой. Спустя час прислал видеоролик: «Если вы смотрите это видео, значит, меня уже нет». Где находится, не сообщил. Видеоролик отправил отцу и своей бывшей девушке, которые в этот момент были на работе и не могли его посмотреть.

Двигался в сторону Рязанской области (там похоронен его дед). Спустя 2 ч произошла авария — пациент врезался в столб и получил сочетанные травмы: закрытую черепно-мозговую травму с потерей сознания, перелом VII ребра слева, ожоги 3-й степени (до 15% кожных покровов). В основном обгорели лицо, волосистая часть головы, шея, грудная клетка и кисти рук. Спустя час после аварии в тяжелом состоянии, без сознания был доставлен бригадой скорой помощи в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу. Через 2 дня был переведен в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Когда очнулся, не узнавал родителей, не понимал, как оказался в больнице, был дезориентирован в месте и времени. Не помнил событий своей жизни, все запомнил со слов матери

и отца «как существующий факт». Каждый день его навещали друзья, писали ободряющие сообщения. 12.12 после стабилизации соматического состояния был выписан из стационара.

Вернувшись домой, не узнал свой дом и квартиру, часто задавал вопросы, касающиеся его биографии. Интересовался, чем занимался раньше, не узнавал родных, «как будто новые люди». Не мог самостоятельно выходить за пределы квартиры, передвигаться на метро, потому что боялся заблудиться, не помнил названий станций. При этом настроение было хорошим, ровным. Вспоминал все со слов других людей, но «так как голова была пустая, новую информацию впитывала, как губка». Просматривал видеоролики с записью своих танцевальных выступлений, повторял движения. По его словам, «мышечная память и пластика позволяли все вспомнить». Однако в памяти сохранились некоторые профессиональные знания, законы физики. Постепенно в сопровождении друзей начал передвигаться на метро. Был эпизод, когда вдруг вспомнил все станции и переходы, появилась уверенность в том, что он знает, как дальше ехать, затем это ощущение также быстро исчезло.

С просьбой восстановить память обратился в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, был госпитализирован в первое общепсихиатрическое отделение.

**Соматический статус:** нормостенического телосложения, нормального питания. Кожа лица, спины, грудной клетки и кистей рук неровная, покрыта послеожоговыми рубцами. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Частота сердечных сокращений — 70 ударов в минуту. Артериальное давление — 120/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Клинический и биохимический анализы крови в норме. Электрокардиография патологии не выявила.

**Консультация невролога:** неврологических нарушений нет.

При электроэнцефалографии (ЭЭГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головы изменений не обнаружено.

**Консультация психолога:** на первый план выступают индивидуальные особенности больного — истероидный радикал в структуре личности. Ведущие защитные механизмы — подавление и вытеснение. Сниженная способность к формированию устойчивых установок к построению поведения на основе предшествующего опыта. Переживания больше ориентированы на внешнего наблюдателя. Склонность к формированию симбиотических отношений. Исследование мыслительной деятельности: темп работоспособности соответствует норме, однако отмечаются трудности включения в задания. Умеренное снижение уровня обобщения, лабильность мышления. Не выявлено нарушения отдельных психических функций, таких как память и внимание. Мотивационный компонент сохраняется на всем протяжении обследования.

**Психический статус:** в кабинет проходит уверенной походкой. Одета ярко. Сидит в удобной позе, закинув ногу на ногу. Активно жестикулирует. Говорит громко, речь внятная, ясная. Свободно вступает в разговор. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. На вопросы отвечает развернуто, подробно. Охотно общается на темы, которые ему интересны. Просит восстановить воспоминания о его жизни, чтобы свободно общаться на встрече выпускников. Рассказывает, что не мог вспомнить друзей: «Как будто передо мной все люди новые, незнакомые, всех воспринимаю как факт». Говорит, что опасается выходить из дома без сопровождения родственников, так как не помнит улиц и станций метро. Отмечает, что учебные

знания сохранились в памяти, некоторые танцевальные движения удается восстановить, когда просматривает свои концертные выступления и повторяет танец. При опросе легко воспроизводит законы физики и знания по своей специальности. Хорошо помнит художественную литературу, пересказывает содержание произведений. Легко запоминает имена докторов, утверждает, что всю информацию «впитывает, как губка». Охотно соглашается на госпитализацию.

В клинике проведена следующая терапия. Учитывая органический фон сложного генеза (перенесенные черепно-мозговые травмы, кома, отравление продуктами горения) и колебания настроения со склонностью к депрессии с суицидальными действиями был назначен нормотимик депакин до 750 мг/сут, с целью коррекции форм поведения истерического круга — нейрорептик кветиапин до 50 мг/сут. Кроме того, проводилась психотерапия.

Отмечена положительная динамика состояния. Сразу запомнил имя и отчество своего лечащего врача, имена других больных. Быстро познакомился с соседями по палате, охотно общался со студентами и докторами отделения. Большую часть времени проводил в палате, занимаясь с компьютером, в коридор выходил по необходимости. На 3-й день госпитализации обнаружил в компьютере видеоролик, где он прощается с родными. Резко ухудшилось настроение. Потребовал выписки, заявил, что не хочет ничего вспоминать. После психотерапевтической беседы согласился остаться. Не стал обсуждать с родителями обнаруженный видеоролик. В дальнейшем вел себя спокойно, снова хотел восстановить сведения своей биографии. Спустя 2 мес пребывания в стационаре полностью вернулась память, потребовал немедленной выписки, чтобы продолжить учебу и занятия танцами. Был выписан на терапии депакином 750 мг/сут.

**Обсуждение.** Состояния, схожие с представленным случаем, по-разному рассматриваются в современной психиатрической литературе. Одни авторы описывают это явление в рамках органических расстройств, ретроградной амнезии [1, 9–11], другие относят его к деперсонализационным расстройствам, в том числе и бредового уровня [12, 13]. Ряд авторов считает, что это симулятивно-установочное поведение [14]. Также встречаются указания на то, что это одно из проявлений малопрогрессирующей шизофрении [7].

У пациента главной патологией, выступающей на первый план, является диссоциативная амнезия (шифр в МКБ-10 — F44.0).

Диагностические критерии для установления данного диагноза следующие:

- характерная «конверсия» — трансформация в симптомы неприятного аффекта, порожденного конфликтной ситуацией, которую больной не в состоянии разрешить;
- частичная или полная утрата памяти на прошлое, осознание собственной личности и собственных ощущений;
- «психогенный» характер расстройства, напрямую связанного с конфликтной ситуацией, которая была объективно доказана, даже если она отрицается больным;
- внезапное начало и регресс, объем и генерализованность амнезии варьируются день ото дня.

Болезнь возникла у личности с выраженными истерическими чертами в преморбиде, склонной использовать такие защитные психологические механизмы, как вытеснение и подавление. Амнезия дважды была спровоцирована психогенно, в обоих случаях конфликтной ситуацией слу-



жил отказ девушки выйти за пациента замуж. Невозможность разрешить ситуацию и при этом сохранить высокую самооценку привела к тому, что все воспоминания о неприятных моментах стерлись из памяти вместе с событиями жизни пациента, но оба раза достаточно быстро (в течение нескольких месяцев) память восстанавливалась.

Так как у пациента в анамнезе имелись черепно-мозговая травма, ожоги, интоксикация угарным газом, указания на нахождение в коме в течение 5 дней, необходимо было проведение дифференциальной диагностики с органической амнезией. При органической патологии не наблюдается связи амнезии со стрессом. Снижение памяти происходит по закону Т. Рибо, суть которого в том, что страдает в первую очередь кратковременная, а не долговременная память, а нарушение воспроизведения развивается от настоящего к прошлому. В данном случае память утрачена избирательно, только на события жизни пациента. При проведении инструментальных методов исследования (МРТ, ЭЭГ) не выявлено патологии, характерной для органической амнезии. Быстрая положительная динамика на фоне лечения также свидетельствует в пользу диагноза психогенной амнезии [15–17].

Описания подобных случаев встречаются еще в классических работах европейских психиатров XIX в. В 1882 г. Т. Рибо в классификации амнезии выделил понятие «периодические амнезии», развивающиеся внезапно у истерических личностей под влиянием различных психогенных факторов. В 1886 г. основатель психоанализа З. Фрейд и его последователи установили роль положительных и отрицательных эмоций в запоминании и забывании материала, а в 1895 г. З. Фрейд указывал, что под влиянием сильных эмоций человек не способен описать фактические события. Автор считал, что воспоминания, не поддающиеся контролю, приводят к «фобии памяти» — боязни воспоминаний. Эти вторгающиеся воспоминания мешают синтезу опыта, что и заставляет их диссоциироваться, тем самым уменьшая их негативное влияние на психику человека [1]. В соответствии с этим в основе проявлений данной симптоматики лежит истерическое вытеснение [4].

В 1888 г. С.С. Корсаков описал «временные, или сопутствующие», формы амнезии, возникающие внезапно у истерических личностей в условиях стрессовых ситуа-

ций. Он отмечал, что чаще всего забывается какое-либо одно событие или сравнительно небольшой период жизни. С.С. Корсаков указывал, что под влиянием «переживания или без того, чтобы такое могло быть констатировано, часто после более или менее кратковременного расстройства сознания, наступает амнезия на ограниченный период времени». А в 1887 г. он также утверждал, что введение пациента в гипноз или применение некоторых лекарственных препаратов позволит выявить сохранность воспоминаний [1].

В 1898 г. П. Жане в книге «Неврозы и фиксированные идеи» в главе «Непрерывная амнезия» писал, что «памятью уничтожаются все воспоминания за какую-нибудь эпоху жизни». Автор рассматривал диссоциацию как способ избавления от травмирующих ситуаций из жизненного опыта [18]. В 1913 г. К. Ясперс впервые выделил такое понятие, как «психогенная амнезия», память при ней избирательна по эмоциональному содержанию [1]. В 1938 г. В.А. Гиляровский в учебнике «Психиатрия» описал случай полного забвения личной жизни пациенткой — от самого начала и до момента госпитализации. Причиной этого ученый считал «волнующие события» [7, 19]. Такого же рода расстройство неоднократно описывал А. Якубик в книге «Истерия» [20]. В 1946 г. В.А. Гиляровский также выделил психогенные амнезии, которые имеют место в период выраженного аффективного состояния, и как их разновидность — системные амнезии, при которых период забывания касается совокупности воспоминаний психотравмирующего характера [21]. В современной литературе это явление описано З.И. Кекелидзе и А.В. Милехиной, которые предложили термин «биографическая амнезия» [1]. Много работ посвятил подобной патологии, обозначенной как «аутоперсонамнезия», В.Г. Остроглазов [7, 22].

Указанные состояния достаточно сложно диагностировать, что связано с патопсихологическими особенностями пациентов, которые не способны сообщить достаточно информации о себе и обстоятельствах, предшествовавших амнезии [14].

Таким образом, «биографическая амнезия» до конца не изучена, существуют различные точки зрения на ее природу, что требует проведения дальнейших исследований.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Милехина АВ. Синдром биографической амнезии (клинико-психопатологические особенности и лечение). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва; 2009. [Milekhina AV. Biographical amnesia syndrome (clinical-psychopathological characteristics and treatment). Autoref. diss. cand. med. sci. Moscow; 2009.]
2. Jeste DV, Lieberman AJ, Fassler D, Peele R. American Psychiatric Association: Dissociative disorders. Desk reference to the diagnostic criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> edition. Washington; 2013. 156 p.
3. Jelinek L, Randjbar S, Seifert D, et al. The organization of autobiographical and nonautobiographical memory in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *J Abnorm Psychol.* 2009 May;118(2):288–98. doi: 10.1037/a0015633.
4. Иванец ИИ, Тюльпин ЮГ, Кинкулькина МА. Психиатрия и медицинская психология: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2014. С. 255–6. [Ivanets II, Tyul'pin YuG, Kinkul'kina MA. *Psikhiatriya i meditsinskaya psikhologiya: uchebnik* [Psychiatry and medical psychology: textbook]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. P. 255–6.]
5. Rubin DC, Dennis MF, Beckham JC. Autobiographical Memory for Stressful Events: The Role of Autobiographical Memory in Posttraumatic Stress Disorder. *Conscious Cogn.* 2011 Sep;20(3):840–56. doi: 10.1016/j.concog.2011.03.015. Epub 2011 Apr 13.
6. McNally RJ, Litz BT, Prassas A, et al. Emotion priming of autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Cognition and Emotion.* 1994;8:351–67.
7. 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". *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina.* 2009;(6): 56–60. (In Russ.)].
8. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull.* 2007 Jan;133(1): 122–48.
9. Олейников АН, Тунев ВМ. К вопросу о феномене «аутоперсонамнезии». Независимый психиатрический журнал. 2006;(3): 40–3. [Oleinikov AN, Tunev VM. To the question about the phenomenon of "autoperpersonamnesia". *Nezavisimiy psikhiatricheskii zhurnal.* 2006;(3):40–3. (In Russ.)].
10. Markowitsch, HJ. Organic and psychogenic retrograde amnesia: two sides of the same coin?

*Neurocase*. 1996;(2):357-71.

11. Markowitsch, HJ. Functional retrograde amnesia – mnestic block syndrome. *Cortex*. 2002 Sep;38(4):651-4.

12. Григорьева ЕА, Хохлов ЛК. Еще раз о биографической амнезии. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2011;(1):51-2. [Grigor'eva EA, Khokhlov LK. Again about biographical amnesia. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*. 2011;(1):51-2. (In Russ.)].

13. Остроглазов ВГ. Аутоперсонамнезия как дежавю. Расстройство памяти или деперсонализация? Независимый психиатрический журнал. 2007;(2):38-56. [Ostroglazov VG. Autopersonamnesia like deja vu. A memory disorder or depersonalization? *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal*. 2007;(2):38-56. (In Russ.)].

14. Солдаткин ВА, Остроглазов ВГ, Агафонова ДС. Аутоперсонамнезия (биографическая амнезия): Деперсонализация? Конверсия? Симуляция? Органическая амнезия? Независимый психиатрический журнал. 2013;(1):34-57. [Soldatkin VA, Ostroglazov VG,

Agafonova DS. Autopersonamnesia (biographical amnesia): Depersonalization? Conversion? Simulation? Organic amnesia? *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal*. 2013;(1):34-57. (In Russ.)].

15. Staniloiu A, Markowitsch HJ. The remains of the day in dissociative amnesia. *Brain Sci*. 2012 Apr 10;2(2):101-29. doi: 10.3390/brainsci2020101.

16. Ferree NK, Cahill L. Post-event spontaneous intrusive recollections and strength of memory for emotional events in men and women. *Conscious Cogn*. 2009 Mar;18(1):126-34. doi: 10.1016/j.concog.2008.11.008. Epub 2009 Jan 7.

17. Rubin DC, Dennis MF, Beckham JC. Autobiographical Memory for Stressful Events: The Role of Autobiographical Memory in Posttraumatic Stress Disorder. *Conscious Cogn*. 2011 Sep;20(3):840-56. doi: 10.1016/j.concog.2011.03.015. Epub 2011 Apr 13.

18. Жане П. Неврозы и фиксированные идеи. Санкт-Петербург;1898. 428 с. [Zhane P. *Nevrozy i fiksirovannye idei* [Neuroses and fixed ideas]. Saint-Petersburg;1898. 428 p.]

19. Пиляровский ВА. Психиатрия. Москва: Медгиз; 1938. 82 с. [Gilyarovskii VA. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Moscow: Medgiz; 1938. 82 p.]

20. Якубик А. Истерия. Москва: Медицина; 1982. 224 с. [Yakubik A. *Isteriya* [Hysteria]. Moscow: Meditsina; 1982. 224 p.]

21. Анторопов ЮА, Анторопов АЮ, Незнанов НГ. Основы диагностики психических расстройств. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 65 с. [Antoropov YuA, Antoropov AYu, Neznanov NG. *Osnovy diagnostiki psikhicheskikh rasstroystv* [Basics of diagnosis of mental disorders]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 65 p.]

22. Остроглазов ВГ. Аутоперсонамнезия. Новый психопатологический феномен? Независимое сравнительное исследование. Часть 1. Независимый психиатрический журнал. 2004;(4):51-8. [Ostroglazov VG. Autopersonamnesia. New psychopathological phenomenon? Independent comparative study. Part 1. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal*. 2004;(4):51-8. (In Russ.)].

Поступила 12.12.2017

#### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. 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.