Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 28—46.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 28—46.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

От интрузии к галлюцинации: интегративная психологическая модель трансформации травматической памяти при ПТСР

О.А. Сагалакова ✉, **Д.В. Труевцев**
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация
✉ olgasagalakova@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. ПТСР сопровождается не только интрузиями и флешбэками, но и мультимодальными галлюцинациями, ранее трактуемыми как проявление коморбидного психоза, что препятствовало построению целостной модели, связывающей галлюцинации с механизмами травматической памяти. **Цель.** Сформулировать интегративную модель перехода от интрузий к галлюцинациям при ПТСР и ее специфику при боевой травме. **Методы и материалы.** Теоретический синтез исследований травматической памяти и нейро-метакогнитивных коррелятов перцептивной декомпенсации. **Результаты.** Предложена каскадная модель — движение от интрузии к галлюцинации как фазовые переходы, движимые дезинтеграцией памяти, диссоциацией, метакогнитивной дисрегуляцией и доминированием травматических априорных ожиданий над сенсорными данными; боевая травма катализирует мультимодальность через кумулятивность и моральный диссонанс. **Выводы.** Галлюцинации — вершина континуума повторного переживания, переходящего в дисконтинуум (диссоциативный регистр). Каскадная модель объединяет нейрокогнитивный и психологический уровни анализа галлюцинаторного опыта и задает карту терапевтических мишеней для каждой фазы перехода.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, боевая травма, интрузии, мультимодальные галлюцинации, травматическая память, диссоциация, предиктивное кодирование, фазовый переход, культурно-исторический подход

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 24-28-01847, https://rscf.ru/project/24-28-01847/

© Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., 2026

CC BY-NC

Для цитирования: Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В. (2026). От интрузии к галлюцинации: интегративная психологическая модель трансформации травматической памяти при ПТСР. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 28—46. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302

From intrusion to hallucination: an integrative psychological model of traumatic memory transformation in PTSD

O.A. Sagalakova ✉, **D.V. Truevtsev**
Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russian Federation
✉ olgasagalakova@mail.ru

Abstract

Context and relevance. PTSD involves not only intrusions and flashbacks but also multimodal hallucinations, previously read as a manifestation of comorbid psychosis, which hindered the development of a unified model linking hallucinations to traumatic memory mechanisms. **Objective.** To formulate an integrative model of the intrusion-to-hallucination transition in PTSD and its specificity in combat trauma. **Methods and Materials.** A theoretical synthesis of research on traumatic memory and neuro-metacognitive correlates of perceptual decompensation. **Results.** A cascade model is proposed: the intrusion-to-hallucination pathway as phase transitions driven by traumatic memory disintegration, dissociation, metacognitive dysregulation, and dominance of traumatic priors over sensory input; combat trauma catalyzes multimodality via cumulative exposure and moral dissonance. **Conclusions.** Hallucinations are the peak of the re-experiencing continuum, transitioning into a discontinuum (a dissociative register). The cascade model integrates neurocognitive and psychological levels of analysis of hallucinatory experience and provides a phase-specific map of therapeutic targets.

Keywords: post-traumatic stress disorder, combat trauma, intrusions, multimodal hallucinations, traumatic memory, dissociation, predictive coding, phase transition, cultural-historical approach

Funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project number 24-28-01847, https://rscf.ru/en/project/24-28-01847/

For citation: Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. (2026). From intrusion to hallucination: an integrative psychological model of traumatic memory transformation in PTSD. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 28—46. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) остается одной из актуальных проблем клинической психологии. Его центральный симптом — повторное переживание травмы в виде непроизвольных интрузий. Однако у части пациентов, особенно при тяжелых, комплексных формах, симптоматика эскалирует до сложных измененных перцептивных феноменов, включая мультимодальные галлюцинации (МГ) (Toh et al., 2025). Долгое время их трактовали как признак коморбидного психоза, а грань между тяжелым ПТСР и психозом оставалась размытой.

Центральная научная проблема состоит в разрыве между исследованиями механизмов интрузивной памяти и представлениями об этиологии галлюцинаций при ПТСР, вследствие чего спорным остается вопрос, являются ли галлюцинации маркером психотического процесса или поздней фазой континуума травматического опыта (Longden, Madill, 2010; Perona-Garcelán et al., 2016). В пользу континуальной трактовки свидетельствуют данные, полученные без априорной гипотезы: машинное обучение на UK Biobank выявило травматический опыт среди факторов, связанных со слуховыми вербальными галлюцинациями — как при диагностированном психозе, так и в общей популяции (Ostojic et al., 2026). Современные обзоры отмечают дефицит моделей, обобщающих механизмы формирования МГ, а также лонгитюдных данных и протоколов терапии (Montagnese et al., 2021), а роль диссоциации за пределами слуховой модальности остается малоизученной (Dudley et al., 2024). Обсуждение осложняется отсутствием общепринятого определения галлюцинации, размытостью ее границ с иллюзиями, внутренней речью и мысленными образами, зависимостью от самоотчетов и дилеммой между экспериментальным контролем и экологической валидностью (Сагалакова, Труевцев, 2026).

Ведущие теории травматической памяти и восприятия — от когнитивных моделей ПТСР (Brewin, 2011; Ehlers, Clark, 2000) до концепции предиктивного кодирования (Adams et al., 2013) — показывают, как травма формирует стойкие ожидания угрозы, достраивающие реальность до галлюцинации; интрузивные процессы связывают с комплексным ПТСР (кПТСР) и моральной травмой (Ben-Ezra et al., 2024; Litz et al., 2009). Культурно-исторический подход (КИП) Л.С. Выготского применяется к клиническим феноменам как социально обусловленным процессам (Холмогорова, 2015), включая галлюцинации (Fernyhough, 2019; Сагалакова, Труевцев, 2026), а теория сложных динамических систем открывает перспективу для осмысления нелинейных процессов психики (Benight, Shoji, Delahanty, 2017; Collerton et al., 2023; McGovern et al., 2022).

Цель работы — предложить интегративную модель движения от интрузий к МГ при ПТСР как каскада фазовых переходов и проанализировать детерминанты этого процесса при боевой травме. Работа выполнена в форме теоретического (нарративного) синтеза: поиск проведен в Scopus, Web of Science, PubMed, Google Scholar и РИНЦ (2010—2026 гг., с акцентом на последние пять лет), включались рецензируемые эмпирические и теоретические работы, метаанализы и классические источники, задающие теоретическую рамку.

Феноменологический континуум: от интрузии к мультимодальной галлюцинации

Переход от навязчивого воспоминания к галлюцинаторному переживанию — движение по континууму с нарастающей интенсивностью, диссоциацией и утратой связи с реальностью. Повторное переживание начинается с интрузии — эгодистонного сенсорного вторжения фрагментов травматического опыта, лишенного нарративной структуры. В когнитивных моделях (Brewin, 2011; Ehlers, Clark, 2000) интрузия трактуется как неконтролируемая активация ситуационнодоступной памяти (SAM), чем объясняются ее яркость, фрагментарность и дефицит интеграции в автобиографический контекст.

Деконтекстуализация порождает эффект «здесь и сейчас»: перцептивные компоненты доминируют, память теряет временные и смысловые якоря. Понимание сенсорной природы интрузий обосновывает экстренные стратегии — визуально-пространственные вмешательства, подобные задаче на интерференцию, снижающие их интенсивность (Ehlers, Clark, 2000; Morrison, Frame, Larkin, 2003).

Апогеем деконтекстуализации становится флешбэк — качественный скачок, когда травматический эпизод проживается не как воспоминание, а как настоящее. Диссоциация обеспечивает сенсорное погружение, размывая границу «тогда и сейчас» и подавляя нарративный контроль. На нейроуровне это проявляется гиперактивацией миндалины, снижением активности медиальных отделов префронтальной коры (ПФК), связанных с самосознанием, функциональным разобщением структур вербализации и осмысления, а также перестройкой сетей покоя (Fenster et al., 2018). При боевом ПТСР флешбэки отличаются исключительной яркостью и мультисенсорностью: звуки, запахи и кинестетические ощущения имитируют боевую ситуацию. Их глубина и модальность определяются ха-

рактером ассоциативной памяти и уровнем диссоциации (Liu et al., 2025; Montagnese et al., 2021). Итогом становится рассогласование сенсорных и управляющих систем, создающее основу для финального шага каскада.

Крайней точкой континуума становится галлюцинация — нарушение мониторинга источника, при котором травматические воспоминания, сохраняя сенсорную составляющую, ошибочно принимаются за актуальное перцептивное переживание (Perona-Garcelán et al., 2016). Травматический опыт ассоциирован с галлюцинаторными переживаниями, особенно при кПТСР (Ostojic et al., 2026; Ben-Ezra et al., 2024). Галлюцинации не просто воспроизводят травматическую информацию, а формируются интеграцией травматических воспоминаний с актуальным восприятием, где травматическая схема определяет интерпретацию сенсорных данных (O'Connell et al., 2026). В русле движения «Слышащие голоса» галлюцинация понимается как диссоциативная манифестация отчужденных компонентов личности, связанных с травмой (Longden, Madill, 2010).

Мультимодальные галлюцинации — переживания, вовлекающие несколько сенсорных каналов, — служат маркером сложных форм боевого ПТСР, нередко с морально-травматическим компонентом (Litz et al., 2009; Montagnese et al., 2021). Они — результат активной реконструкции опыта. У бывших военнопленных сенсорные следы травмы включают и фрагменты непосредственной сенсорной памяти, и результаты последующего когнитивного осмысления (Crompton, Lahav, Solomon, 2017). При ПТСР распространены галлюцинации в двух и более модальностях, интрузивные по характеру и прямо или тематически связанные с травмой — по темам унижения, вины и угрозы (Dudley et al., 2024). Тип травмы связан со специфической модальностью галлюцинаторного переживания, причем значение имеет травматизация, пережитая как в детском, так и во взрослом возрасте (Bere et al., 2026). Вовлечение нескольких каналов усиливает переживание, но не всегда означает худший прогноз — конгруэнтная мультимодальность дает больше «точек входа» для интеграции опыта и может предсказывать лучший ответ на терапию (Hayward et al., 2024).

Трансдиагностический обзор измененных перцептивных переживаний показал их общность для психотических, аффективных, тревожных и диссоциативных расстройств, что смещает акцент с категории «галлюцинация» на континуум перцептивного опыта (Toh et al., 2025). Отечественная патопсихология, базируясь на положениях КИП, пришла к отказу от категориальной границы значительно раньше, еще в середине XX века — в экспериментах С.Я. Рубинштейн галлюцинации воспроизводились предъявлением едва различимых звуков при установке на напряженное прислушивание, а

их содержание определялось личным опытом слушающего. Отсюда вывод, что галлюцинация есть искаженное восприятие слабого раздражителя без принципиальной границы с иллюзией (Рубинштейн, 2016). При ПТСР такие галлюцинации отличаются высокой сенсорной яркостью, искажением мониторинга источника и переживанием происходящего как актуального.

Травматическая память и метакогнитивно-аттенционный цикл

Описанная феноменология требует объяснения на уровне механизмов. Далее термин «память» без уточнений обозначает травматическую память как специфическую систему организации опыта. Основу патологической реконструкции опыта составляют особенности организации памяти — ее фрагментарность и деконтекстуализация. Теория двойной репрезентации (Brewin, 2011) объясняет это разделением на вербально доступную (VAM) и ситуационно доступную (SAM) память; при ПТСР доминирование неинтегрированной SAM провоцирует вторжение сенсорных следов, лишенных автобиографического контекста. Фрагментарность следа задается уже на этапе кодирования — перитравматическая диссоциация препятствует интеграции опыта в нарративную память. Далее диссоциация участвует в каскаде в ином статусе — как фазовый переход при исчерпании метакогнитивного контроля и как устойчивый режим отстранения. Патологический цикл запускают особенности травматической памяти и негативные интерпретации травмы («мир опасен», «я стал хуже»), создающие ощущение текущей угрозы (Ehlers, Clark, 2000).

На этом фундаменте метакогнитивные и аттенционные механизмы формируют самоподдерживающийся круг. Ведущий элемент этого круга — когнитивно-аттенционный синдром (CAS), универсальный стиль персеверативной негативной обработки информации, включающий беспокойство, руминации, мониторинг угрозы и неадаптивные стратегии совладания (избегание, подавление мыслей) (Wells, 2019). В логике теории контроля внимания цикл усугубляется смещением аттенционного контроля — тревога переводит психику в режим поиска угрозы, и восходящая (bottom-up) система перехватывает приоритет, забирая ресурсы у нисходящей (top-down) системы когнитивного контроля (Eysenck et al., 2023). Взаимодействие двустороннее — смещение приоритета питает руминации, а они, истощая ресурсы контроля, закрепляют это смещение.

При перехвате когнитивных ресурсов активируются два механизма. Сначала — мозг достраивает обрывочный сенсорный сигнал до целостно-

го травматического образа (завершение паттерна; Montagnese et al., 2021), затем — сгенерированный памятью опыт проецируется вовне и переживается как реальный стимул из-за дефицита мониторинга источника (ошибочная атрибуция источника; Fernyhough, 2019; Morrison, Frame, Larkin, 2003). В рамках модели патогенным считается не ослабление способности тормозить нерелевантные мысли и стимулы, а обращение к подавлению как метакогнитивной стратегии, усиливающей навязчивость подавляемых образов и истощающей управляющие функции. Галлюцинация при ПТСР оказывается результатом (мета)когнитивного каскада, в котором особенности травматической памяти, смещение аттенционного контроля и ригидный цикл CAS позволяют фрагментам воспоминания достроиться до целостного образа и спроецироваться во внешнюю реальность.

Нейронная реализация этого каскада — устойчивая дисрегуляция фронто-лимбической сети, где конкурируют нисходящая система, управляемая ПФК, и восходящая, основную роль в которой играет миндалина. В классическом варианте ПТСР контур «застревает» в режиме перманентной угрозы. Гиперактивная миндалина генерирует сигнал опасности, выступая субстратом сверхточных априорных ожиданий угрозы; дисфункциональный гиппокамп не привязывает воспоминание к прошлому; гипоактивная вентромедиальная ПФК не подавляет сигнал миндалины, не в силах «успокоить» ее анализом контекста (Fenster et al., 2018). При ПТСР меняется сам знак взаимодействия миндалины с дорсальной передней поясной корой (dACC), центром мониторинга конфликтов и ошибок. Их эффективная связность становится положительной там, где у травмированных лиц без ПТСР она отрицательна (Li et al., 2021). Эта связка может лежать в основе мониторинга угрозы как компонента CAS.

При диссоциативном варианте ПТСР динамика меняется, что согласуется с идеей фазового перехода в иной режим работы. Наблюдается гиперактивность медиальных отделов ПФК, отражающая эмоциональную сверхмодуляцию — экстренную попытку нисходящей системы полностью подавить лимбическую активность (Lanius et al., 2010). Ценой избыточного тормозного контроля становится «отключение» от эмоций и телесных ощущений — деперсонализация и дереализация.

Диссоциация и коллапс агентности

Если описанные когнитивные процессы закладывают основу патологического цикла, то диссоциация является его качественным, эска-

лирующим итогом — фундаментальной перестройкой режима работы психики в ответ на когнитивную перегрузку. Перегрузка возникает из несоответствия — психика применяет сознательные метакогнитивные стратегии контроля к опыту, закодированному на сенсорном уровне. Неэффективные попытки контролировать непроизвольно вторгающийся опыт истощают управляющие функции и парадоксальным образом усиливают яркость и частоту интрузий, поддерживая ретравматизацию (Сагалакова, Труевцев, 2026). Метаанализ подтверждает, что диссоциация служит медиатором между травматическим воздействием и спектром посттравматически-психотических симптомов (Liu et al., 2025).

Когда система достигает предела способности к интеграции и контролю, срабатывает «переключатель» и психика переходит от режима гипервовлеченности (мучительной самофокусировки и руминаций) к режиму отстранения — диссоциации. Этот процесс объясняет теория сдвига саморегуляции, описывающая смену адаптивного совладания декомпенсацией как катастрофический скачок между двумя состояниями-аттракторами (Benight, Shoji, Delahanty, 2017). Переход протективен, но платой становится еще более глубокая дезинтеграция структуры самосознания.

Дезинтеграция разворачивается двояко. Во-первых, происходит фрагментация аспектов личности, перестающих быть интегрированными (структурная диссоциация, по E. Nijenhuis) — «отчужденные» части опыта становятся источником внутреннего диалога, который в условиях диссоциации воспринимается как внешний голос. Во-вторых, нарушаются метакогнитивные процессы — деперсонализация как утрата чувства агентности и абсорбция как патологическое погружение во внутренние переживания (Perona-Garcelán et al., 2016). Нарушение самосознания предсказывает дефицит мониторинга источника — если опыт не ощущается «моим», он атрибутируется внешнему миру.

По существу, речь идет о переходе от аналитической гипервовлеченности (CAS), где Я мучительно пытается осмыслить опыт, к перцептивному погружению (абсорбции), при котором границы Я растворяются и человек перестает думать о травме, а начинает ее видеть, слышать и чувствовать. Диссоциация оказывается динамическим процессом экзистенциальной дезинтеграции, запущенным когнитивной перегрузкой. Фрагментированный внутренний мир, лишенный чувства «своего», воспринимается из внешней перспективы.

Сама по себе диссоциация необходима, но недостаточна для галлюцинации. Чтобы внутренний опыт был воспринят как внешний, требуется сбой самомониторинга. У части пациентов он проявляется сни-

жением амплитуды негативности, связанной с ошибкой (error-related negativity, ERN). ERN генерируется в ответ на несоответствие между ожиданием и результатом действия и избыточно растет при тревоге, тогда как по мере усиления травматической диссоциации и психотических феноменов ее амплитуда снижается (Eysenck et al., 2023; Сагалакова и др., 2024).

Этот дефицит ведет к ошибочной атрибуции источника. Внутренняя речь и сгенерированные памятью образы не распознаются как порожденные Я и превращаются во внешний голос или мультимодальную галлюцинацию. Дефицит ERN — не только индикатор симптома, но и трансдиагностический биомаркер нарушения чувства агентности на базовом уровне обработки информации, хотя и не универсальный маркер.

Предиктивный дисбаланс, сетевой распад и патологический аттрактор

Чтобы описать каскад как единый процесс, когнитивные механизмы объединяются в рамках вычислительного подхода, отвечающего постнеклассическому типу рациональности, который, по В.С. Стёпину, ориентирован на сложные саморазвивающиеся «человекоразмерные» системы, к которым относится и переживающая травму психика. В основе подхода — представление о психике как активной самоорганизующейся системе, минимизирующей неопределенность. Предиктивное кодирование объясняет, как травма формирует сверхточные априорные ожидания угрозы, доминирующие над реальностью из-за нарушенного «взвешивания» их точности (Adams et al., 2013). Искажение восприятия подпорогового стимула было описано в отечественной патопсихологии задолго до предиктивного кодирования (Рубинштейн, 2016). S. Lyndon и P.R. Corlett (2020) интегрировали эту теорию в модель ПТСР, а Z.P. Pierce и J.M. Black (2024) предложили иерархическую концепцию, где нарушение баланса между уровнями обработки сенсорной информации и ожиданиями порождает устойчивые травматические феномены, включая галлюцинации.

Нейронный коррелят дисбаланса — доминирование нисходящих потоков над восходящими: несущая сверхточные ожидания активация из ПФК преобладает над реальными сенсорными данными, и человек «видит» и «слышит» не столько происходящее, сколько ожидаемое (Lyndon, Corlett, 2020). Теория дефицита корольларных разрядов уточняет меха-

низм — если при формировании внутренней речи мозг не отправляет предсказывающий сигнал в слуховую кору, собственная мысль воспринимается как неожиданный внешний стимул (Fernyhough, 2019). При высокой неопределенности среды вес априорных ожиданий патологически усиливается, и психика перестает обновлять модель даже при поступлении противоречивых данных (Adams et al., 2013). Нейровизуализация фиксирует у пациентов с галлюцинациями усиление нисходящей активации из ПФК при менее информативных восходящих сигналах; ПФК не просто утрачивает контроль над внутренними импульсами, но может активно способствовать формированию патологических сетевых динамик (Hugdahl, Aleman, 2025).

Устойчивость галлюцинаций объясняется на нескольких уровнях. Теория циркулярного вывода описывает реверберацию сигнала в рекуррентных цепях, когда нисходящий прогноз подтверждает сам себя, не допуская коррекции из-за снижения веса восходящего потока (Leptourgos et al., 2022). На микроуровне дисбаланс обусловлен ослаблением слой-специфичного торможения (нарушение баланса ГАМК и глутамата), ограничивающего в норме распространение патологической нисходящей активности (Montagnese et al., 2021). Многоканальный и хронический характер боевой травмы усиливает декомпенсацию — «перцептивное смещение» захватывает несколько сенсорных модальностей.

Наиболее общий уровень патологии — распад согласованной работы крупных сетей, формирующих чувство Я и его связь с миром. При ПТСР, особенно комплексном, наблюдается дискоординация сети пассивного режима (DMN; саморефлексия и автобиографическая память), сети значимости (SAL; распределение внимания между внутренним и внешним) и центральной исполнительной сети (CEN; когнитивный контроль). Нейровизуализация фиксирует дисконнективность внутри этих сетей и нарушение гибкого переключения между ними (Fenster et al., 2018; Lanius et al., 2010). Специфичным оказывается не столько глобальное снижение связности, сколько запаздывание синхронизации дорсальной аттенционной сети (DAN) с эндогенными флуктуациями внимания (задержка проактивного аттенционного контроля); у ветеранов симптоматика избирательно связана со снижением способности к устойчивому вниманию, но не с импульсивностью реагирования (Evans et al., 2022). Так формируется патологический аттрактор — система «застревает» в режиме ригидной самофокусировки, а затем, истощившись, переходит к диссоциативному отстранению, проецируя внутреннее содержание вовне.

Боевая травма: детерминанты и феноменология перцептивной декомпенсации

Описанный каскад универсален в случае ПТСР, однако боевой опыт обладает характеристиками, катализирующими переход от интрузий к МГ. Эти характеристики можно свести к четырем группам.

1. Кумулятивность, мультисенсорность и пролонгированность. Боевая травма обычно повторяется и затягивается, приводя к системному истощению регуляции (Fenster et al., 2018). Одновременное участие зрительных, слуховых и соматических каналов формирует интермодальный след, усиливающий завершение паттерна — каждый триггер легко достраивается до галлюцинаторной сцены (Brewin, 2011; Dudley et al., 2024; Montagnese et al., 2021).

2. Тотальность. Травма поражает психику и тело на всех уровнях — физическом, сенсорном, эмоциональном, когнитивном, социальном и экзистенциальном, лишая возможности обезопасить хотя бы одну сферу внутреннего опыта. Формируется след памяти, в котором интрузии, флешбэки и галлюцинации воспроизводят целостные сцены пережитого.

3. Агентность, моральная травма и социальный контекст. В боевых ситуациях субъект активно вовлечен в происходящее, а не пассивен, что способствует моральному диссонансу — нарушению базовых убеждений, чувству вины и экзистенциальному кризису; утрата сплоченности с группой и конфликт доверия становятся дополнительными факторами уязвимости (Litz et al., 2009).

4. Нервное истощение и гипербдительность. Хронический стресс, бессонница и избыток кортизола подрывают функции ПФК, ослабляя нисходящий контроль (Fenster et al., 2018). Психика переходит в режим настороженного ожидания угрозы, интерпретируя нейтральные сигналы как опасность, что делает систему уязвимой к диссоциативным и галлюцинаторным переходам. Совокупное действие тотальной сенсорной памяти, морального диссонанса и нейронного истощения объясняет распространенность тяжелых мультимодальных форм перцептивной декомпенсации при боевой травме.

Эти детерминанты формируют и специфическую феноменологию. Гражданская монотравма чаще связана с ограниченным сенсорным опытом, тогда как мультисенсорность и кумулятивность боевого опыта, согласно модели, повышают риск мультимодальных, конгруэнтных галлюцинаций: связь числа сенсорных модальностей с тяжестью симптоматики ПТСР подтверждена эмпирически (Dudley et al., 2024). Моральная травма и опыт собственных действий в бою повышают риск кПТСР, при

котором нарушения саморегуляции и моральные руминации становятся смысловым ядром переживаний, а слуховые галлюцинации распространены и тесно связаны с диссоциацией (Cheung et al., 2025).

В русле КИП галлюцинации концептуализируются как «повторно развернутая» внутренняя речь (Fernyhough, 2019), поэтому различия между типами голосов осмысляются как воплощение интериоризированных паттернов межличностных отношений, связанных с социальным контекстом травмы. Это проявляется в содержании галлюцинаций, дифференцируемых на два подтипа (Cioroboiu et al., 2025): голоса внутренней речи (ISV) — самоатакующий внутренний диалог, связанный с риском депрессии и суицидальности, и голоса гипербдительности (HV) — диалог с угрожающим «другим», связанный с паранойей. При боевой моральной травме галлюцинаторные переживания соответствуют этой классификации, включая описанные клинические риски, но дополнительно приобретают мультимодальный характер.

Интегративная каскадная модель перцептивной декомпенсации

Синтез данных позволяет выдвинуть интегративную модель, прослеживающую переход интрузий в МГ как нелинейный каскад — от деконтекстуализации памяти (интрузия) через диссоциативные фазовые переходы (флешбэк) к «сцене-максимуму» (галлюцинация). Она отвечает требованию единой рамки анализа (Collerton et al., 2023), но, в отличие от других моделей, интегрирует феноменологию, когнитивные механизмы и вычислительные принципы, не упуская содержания травматического опыта.

Концептуально модель опирается на системно-динамический подход к психопатологии, поскольку классические факторные модели позволяют выявлять группы риска, но не объясняют момент качественной смены режима. Переход «интрузия — флешбэк — галлюцинация» рассматривается как нелинейный процесс, в котором накопление аффективно-когнитивного напряжения приводит к фазовому переходу в точках бифуркации (Сагалакова, Труевцев, 2026). Модель предполагает, что катализаторами переходов выступают не только сбои управляющих функций, но и диссоциация, и моральные руминации. Первый скачок (от интрузии к флешбэку) происходит, когда аффект превышает возможности управляющих функций, а диссоциация выступает переключателем. Второй (от флешбэка к галлюцинации) — переход от пассивного перепроживания к активному конструированию реальности, при кото-

ром система, минимизируя неопределенность, обращается к активному выводу (*active inference*) и сама порождает перцептивный опыт.

Ядро каскада — иерархия самоподдерживающихся петель обратной связи, от метакогнитивных циклов (руминация, мониторинг угрозы) до реверберации в нейронных цепях. Петли накапливают напряжение для фазового перехода, а затем стабилизируют систему в патологическом аттракторе. В результате любой громкий звук попадает в аттрактор «опасность», достраивается до полноценного флешбэка, и система не может выйти из цикла. Отсюда и методологическое следствие — анализировать нужно не отдельные факторы риска, а траекторию обратных связей.

На нейрокогнитивном уровне цикл запускается дефицитом разделения паттернов в гиппокампе — любой триггер ошибочно классифицируется как угроза, и за этим следует уже описанное завершение паттерна (Collerton et al., 2023). Каждый эпизод углубляет аттрактор, сужая репертуар доступных системе состояний. Патогенным механизм становится преимущественно при участии диссоциации, которая подавляет управляющие функции, создает отчужденные состояния личности и реорганизует опыт в галлюцинации (Montagnese et al., 2021).

Содержание цикла определяется метакогнитивными процессами. Самофокусировка, подавление и моральная руминация превращают интрузию в обвиняющий внутренний диалог, который при диссоциации становится голосом или образом, мониторинг угрозы порождает гипербдительность, а коллапс агентности позволяет тревожным ожиданиям проявиться как галлюцинаторные феномены. В вычислительных терминах цикл объясняется принципом свободной энергии — система «застревает» в аттракторе, а галлюцинация становится актом активного вывода, фиксирующего модель «опасного мира» (McGovern et al., 2022).

Тем самым феномен переосмысляется — не как универсальный дефицит мониторинга, а как каскадный процесс, опосредованный диссоциацией. Понимание МГ как измененных перцептивных переживаний расширяет спектр терапевтических мишеней. Модель продолжает движение от «технических» объяснений галлюцинаций к интегративному подходу, в котором сам феномен оказывается следствием экстернализации полифоничного внутреннего мира, сформированного социальной и травматической историей, и несет лично осмысленное сообщение отчужденного опыта (Fernyhough, 2019; Longden, Madill, 2010; Toh et al., 2025).

Культурно-историческое основание модели не является декларативным. Понимание галлюцинации как «повторно развернутой» внутренней речи опирается на идею интериоризации Л.С. Выготского

(Fernyhough, 2019), а отечественная патопсихология, показавшая обусловленность галлюцинаторного образа активной деятельностью личности, значимостью раздражителя и условиями восприятия, выросла из школы Л.С. Выготского — А.Н. Леонтьева — А.Р. Лурии (Рубинштейн, 2016; Сагалакова, Труевцев, 2026). Существенно, что личность и система мотивов здесь не модулируют готовое восприятие извне, а конституируют его, выступая источником и основанием всякой деятельности, в том числе перцептивной. Поэтому предлагаемая модель не прикладывает вычислительные понятия к КИП, а обнаруживает их схождение, что открывает перспективы для осмысления природы галлюцинаций.

Клинические следствия

Клинически модель задает фазовую карту мишеней: фаза интрузии — переработка и реконтекстуализация воспоминаний; фаза флешбэка — стабилизация диссоциации и аффекта; фаза галлюцинации — ценностная и диалоговая работа с ее содержанием (Toh et al., 2025). Ведущую роль играют транскаскадные интервенции на метакогнитивные процессы и управляющие функции.

Заключение

Галлюцинации при ПТСР переосмысляются не как признак коморбидного психоза, а как вершина континуума повторного переживания и вместе с тем качественный скачок за его пределы (дисконтинуум) — диссоциативный феномен, в котором отчужденный травматический опыт экстернализуется и обретает голос. Каскадная модель интегрирует когнитивный, вычислительный и динамический уровни и служит основой фазово-специфичной терапии.

Модель предлагает верифицируемые гипотезы: дефицит разделения паттернов травматических воспоминаний сильнее предсказывает переход от интрузий к флешбэкам, чем уровень руминаций; моральные руминации при боевом ПТСР специфически предсказывают «самоатакующие», но не «гипербдительные» галлюцинации; эффект терапии управляющих функций опосредуется снижением диссоциации. Первый шаг эмпирической верификации каскада сделан на материале межличностной травмы, где выявлены три пути формирования мультимодаль-

ных галлюцинаций — «двойной» (диссоциация и подавление), «когнитивный» (подавление) и «соматический» (диссоциация) — и показано, что диссоциация опосредует связь травмы с суицидальным поведением (Сагалакова, Труевцев, 2026). Главное ограничение — преобладание теоретического анализа; полная проверка фазовых переходов требует продольных наблюдений и вычислительного моделирования.

Список источников / References

1. Рубинштейн, С.Я. (2016). О рефлекторной природе галлюцинаций. В: Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина (Ред.), *Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)* (с. 17—25). М.: Сам Полиграфист. (Впервые опубликовано в 1957 г.).
   Rubinstein, S.Ya. (2016). On the reflex nature of hallucinations. In: N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (Eds.), *Diagnostics in medical (clinical) psychology: Traditions and outlook* (pp. 17—25). Moscow: Sam Poligrafist. (In Russ.). (Original work published 1957).
2. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В., Жирнова, О.В., Сагалаков, А.М. (2024). Негативность, связанная с ошибкой: динамика нейрокогнитивного маркера чувствительности к несоответствию в решениях при психических расстройствах. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология, 14*(3), 485—497. https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.305
   Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V., Zhirnova, O.V., Sagalakov, A.M. (2024). Error-related negativity: Dynamics of the neurocognitive marker of sensitivity to mismatch in decisions in mental disorders. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology, 14*(3), 485—497. (In Russ.). https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.305
3. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В. (2026). Мультимодальные образы и «голос» межличностной травмы: диссоциативно-когнитивные механизмы в динамике формирования галлюцинаций и суицидального риска. *Неврологический вестник, 58*(2), 154—168. https://doi.org/10.17816/nb696961
   Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. (2026). Multimodal imagery and the «voice» of interpersonal trauma: Dissociative-cognitive mechanisms in the dynamics of hallucinations and suicide risk. *Neurology Bulletin, 58*(2), 154—168. (In Russ.). https://doi.org/10.17816/nb696961
4. Холмогорова, А.Б. (2015). Роль идей Л.С. Выготского для становления парадигмы социального познания в современной психологии: обзор зарубежных исследований и обсуждение перспектив. *Культурно-историческая психология*, *11*(3), 25—43. https://doi.org/10.17759/chp.2015110304
   Kholmogorova, A.B. (2015). The role of L.S. Vygotsky's ideas in the development of the social cognition paradigm in contemporary psychology: A review of international research and discussion of prospects. *Cultural-Historical Psychology, 11*(3), 25—43. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/chp.2015110304

5. Adams, R.A., Stephan, K.E., Brown, H.R., Frith, C.D., Friston, K.J. (2013). The computational anatomy of psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, Article 47. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00047
6. Ben-Ezra, M., Bachem, R., Hamama-Raz, Y., Levin, Y. (2024). The relationship between specific auditory hallucinations and acute PTSD vs. complex PTSD following direct and indirect exposure to the October 7 events in Israel. *Journal of Psychiatric Research*, *179*, 21—25. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.08.039
7. Benight, C.C., Shoji, K., Delahanty, D.L. (2017). Self-Regulation Shift Theory: A dynamic systems approach to traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 30*(4), 333—342. https://doi.org/10.1002/jts.22208
8. Bere, M., Rossell, S.L., Meyer, D., Nicholls, J.D., Halperin, S., Toh, W.L. (2026). Trauma and hallucinations across the sensory modalities: The importance of considering experiences in childhood and adulthood. *Schizophrenia Research, 289*, 71—78. https://doi.org/10.1016/j.schres.2026.01.009
9. Brewin, C.R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 203—227. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544
10. Cheung, C.T.Y., Huang, C.H.O., Geng, F., Chau, A.K.C., Yuan, G.F., Liu, C., Wong, J.Y., Fung, H.W. (2025). Auditory verbal hallucinations among intervention seekers with and without complex PTSD: Prevalence and relationship with dissociative symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, *184*, 405—410. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.03.021
11. Cioroboiu, N., Whittingham, K., Dodgson, G., Fernyhough, C., Alderson-Day, B. (2025). Auditory verbal hallucinations: The ins and outs of subtypes. *Psychiatry Research, 352*, e116696. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116696
12. Collerton, D., Barnes, J., Diederich, N.J., Dudley, R., Ffytche, D., Friston, K., Goetz, C.G., Goldman, J.G., Jardri, R., Kulisevsky, J., Lewis, S.J.G., Nara, S., O'Callaghan, C., Onofrj, M., Pagonabarraga, J., Parr, T., Shine, J.M., Stebbins, G., Taylor, J.P., Tsuda, I., Weil, R.S. (2023). Understanding visual hallucinations: A new synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 150*, e105208. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105208
13. Crompton, L., Lahav, Y., Solomon, Z. (2017). Auditory hallucinations and PTSD in ex-POWS. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(5), 663—678. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1267682
14. Dudley, R., White, S., Miskin, R., Oakes, L., Longden, E., Steel, C., Swan, S., Underwood, R., Peters, E. (2024). Hallucinations across sensory domains in people with post-traumatic stress disorder and psychosis. *Psychiatry Research, 342*, Article 116229. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116229
15. Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319—345. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0
16. Evans, T.C., Rodriguez Alonso, M., Jagger-Rickels, A., Rothlein, D., Zuberer, A., Bernstein, J., Fortier, C.B., Fonda, J.R., Villalon, A., Jorge, R., Milberg, W., McGlinchey, R., DeGutis, J., Esterman, M. (2022). PTSD symptomatology is

selectively associated with impaired sustained attention ability and dorsal attention network synchronization. *NeuroImage: Clinical, 36*, Article 103146. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103146

17. Eysenck, M.W., Moser, J.S., Derakshan, N., Hepsomali, P., Allen, P. (2023). A neurocognitive account of attentional control theory: How does trait anxiety affect the brain's attentional networks? *Cognition and Emotion, 37*(2), 220—237. https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2159936
18. Fenster, R.J., Lebois, L.A.M., Ressler, K.J., Suh, J. (2018). Brain circuit dysfunction in post-traumatic stress disorder: From mouse to man. *Nature Reviews Neuroscience*, *19*(9), 535—551. https://doi.org/10.1038/s41583-018-0039-7
19. Fernyhough, C. (2019). Modality-general and modality-specific processes in hallucinations. *Psychological Medicine, 49*(16), 2639—2645. https://doi.org/10.1017/S0033291719002496
20. Hayward, M., Bibby-Jones, A.M., Thomas, N., Paulik, G., Mutanda, D., Berry, C. (2024). Multi-modal hallucinations across diagnoses: What relationships do they have with voice-related distress? *Schizophrenia Research, 265*, 58—65. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.005
21. Hugdahl, K., Aleman, A. (2025). Role of prefrontal cortex in auditory-verbal hallucinations: Actor or passive bystander? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 176*, Article 106306. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106306
22. Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D., Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry, 167*(6), 640—647. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168
23. Leptourgos, P., Bouttier, V., Denève, S., Jardri, R. (2022). From hallucinations to synaesthesia: A circular inference account of unimodal and multimodal erroneous percepts in clinical and drug-induced psychosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *135*, Article 104593. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104593
24. Li, L., Xu, Z., Chen, L., Suo, X., Fu, S., Wang, S., Lui, S., Huang, X., Li, L., Li, S.J., Biswal, B.B., Gong, Q. (2021). Dysconnectivity of the amygdala and dorsal anterior cingulate cortex in drug-naive post-traumatic stress disorder. *European Neuropsychopharmacology*, *52*, 84—93. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.06.010
25. Litz, B.T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W.P., Silva, C., Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, *29*(8), 695—706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003
26. Liu, J., Tan, C.M., Ho, J.C., Tang, C., Verma, S., Subramaniam, M. (2025). Dissociation as transdiagnostic mediator between trauma exposure and the post-traumatic stress disorder-psychosis symptom spectrum: A structural equation modelling meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 381*, 592—634. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.192
27. Longden, E., Madill, A. (2010). Why hearing voices is dissociative in origin, not psychotic in kind. *Schizophrenia Research*, *117*(2—3), 185—186. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.234

28. Lyndon, S., Corlett, P.R. (2020). Hallucinations in posttraumatic stress disorder: Insights from predictive coding. *Journal of Abnormal Psychology, 129*(6), 534—543. https://doi.org/10.1037/abn0000531
29. McGovern, H.T., De Foe, A., Biddell, H., Leptourgos, P., Corlett, P., Bandara, K., Hutchinson, B.T. (2022). Learned uncertainty: The free energy principle in anxiety. *Frontiers in Psychology*, *13*, Article 943785. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.943785
30. Montagnese, M., Leptourgos, P., Fernyhough, C., Waters, F., Larøi, F., Jardri, R., McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Dudley, R., Taylor, J. P., Collerton, D., Urwyler, P. (2021). A review of multimodal hallucinations: Categorization, assessment, theoretical perspectives, and clinical recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(1), 237—248. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa101
31. Morrison, A.P., Frame, L., Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(4), 331—353. https://doi.org/10.1348/014466503322528892
32. O'Connell, J., Lim, M.H., Kamitsis, I., Peters, W., Bendall, S. (2026). Hallucinations as sensory-perceptual intrusions from traumatic memory: Empirical investigation of a phenomenologically important subgroup. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 18*(3), 485—496. https://doi.org/10.1037/tra0001902
33. Ostojic, D., Quilligan, F., Cannon, D.M., Madden, M.G., Donohoe, G., Morris, D.W. (2026). Machine learning identifies traumatic experiences as being associated with auditory verbal hallucinations in both a non-clinical population and individuals diagnosed with psychosis. *Psychiatry Research, 356*, Article 116854. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116854
34. Perona-Garcelán, S., Bellido-Zanin, G., Rodríguez-Testal, J.F., López-Jiménez, A.M., García-Montes, J.M., Ruiz-Veguilla, M. (2016). The relationship of depersonalization and absorption to hallucinations in psychotic and non-clinical participants. *Psychiatry Research*, *244*, 357—362. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.015
35. Pierce, Z.P., Black, J.M. (2024). The hierarchical predictive coding framework of post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses*, *188*, Article 111365. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2024.111365
36. Toh, W.L., Richards, S., Fernyhough, C., Longden, E., Moseley, P., Ramachandran, P., Thomas, N., Rossell, S.L. (2025). Hearing voices and other altered perceptual experiences across psychotic, mood, and anxiety disorders: From phenomenology and mechanisms to future directions. *Schizophrenia, 11(*1), Article 121. https://doi.org/10.1038/s41537-025-00673-3
37. Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 2621. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621

Информация об авторах

Ольга Анатольевна Сагалакова, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Мо-

сковский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9975-1952, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Дмитрий Владимирович Труевцев, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4246-2759, e-mail: truevtsev@gmail.com

Information about the authors

Olga A. Sagalakova, PhD (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9975-1952, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev, PhD (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4246-2759, e-mail: truevtsev@gmail.com

Вклад авторов

Сагалакова О.А. — основные идеи и концептуализация исследования; разработка и анализ модели; написание, редактирование рукописи.

Труевцев Д.В. — концептуализация исследования; участие в разработке и анализ модели; написание, редактирование рукописи.

Contribution of the authors

Sagalakova O.A. — core ideas and conceptualization of the study; development and analysis of the model; writing, editing of the manuscript.

Truevtsev D.V. — conceptualization of the study; participation in the development and analysis of the model; writing, editing of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 16.11.2025 — Received 2025.11.16
Поступила после рецензирования 02.02.2026 — Revised 2026.02.02
Принята к публикации 17.07.2026 — Accepted 2026.07.17
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30