



Психопатологические пересечения пограничного расстройства личности и посттравматического стрессового расстройства: фокус на истинных и ложных ревоспоминаниях

В.Д. Менделевич✉

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

✉mendelevich_vl@mail.ru

Аннотация

В статье на основании анализа клинического случая 21-летней пациентки с диагностированным пограничным расстройством личности (ПРЛ) и жалобами на ревоспоминания о перенесенных ранее тяжелых психических травмах приводятся данные о том, что психопатологические пересечения ПРЛ и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) возможны, но носят поверхностный, формальный характер. Констатируется, что центральное место при ПТСР занимают флешбэки, а при ПРЛ – флешфорварды в сочетании с ложными воспоминаниями. Сделан упор на том, что ни подтвердить, ни опровергнуть факт наличия в анамнезе психотравм при ПРЛ невозможно – сами пациенты убеждены в их истинности на основании «всплывающих в памяти воспоминаний». Утверждается, что появление в клинической картине ПРЛ разнообразных феноменов ревоспоминаний не позволяет приравнивать их к сходным с ПТСР симптомам. Ложные воспоминания выполняют функцию психологической защиты от эмоциональной нестабильности и выступают в качестве объяснения (а иногда и оправдания) селфхарма и невозможности управлять гневом. Другим «самооправдывающим» феноменом считаются жалобы пациенток на «голоса и сущности в голове», на которые переносится ответственность за инициацию самоповреждающего поведения. Предполагается, что при этом задействуется диссоциативный механизм психогенеза. Сделан вывод о том, что дальнейшие исследования смогут найти место феномену ложных воспоминаний в спектре мнестических расстройств.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, посттравматическое стрессовое расстройство, флешбэки, флешфорварды, ложные воспоминания.

Для цитирования: Менделевич В.Д. Психопатологические пересечения пограничного расстройства личности и посттравматического стрессового расстройства: фокус на истинных и ложных ревоспоминаниях. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 92–96. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00910

Psychopathological intersections of borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder: focus on true and false memories

Vladimir D. Mendelevich✉

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

✉mendelevich_vl@mail.ru

Abstract

Based on the clinical analysis of 21-year-old patient, diagnosed with borderline personality disorder (BPD) and complaining of recurring memories of previously severe mental trauma, this article presents data indicating that psychopathological overlaps between BPD and post-traumatic stress disorder (PTSD) are possible, but superficial and formal in nature. It is stated that flashbacks play a central role in PTSD, while flashforwards combined with false memories are central to BPD. It is emphasized that it is neither possible to confirm nor deny the presence of traumatic events in the BPD history – patients themselves are convinced of their authenticity based on "resurfacing memories." It is argued that the appearance of various flashback phenomena in the clinical picture of BPD precludes their equating with symptoms similar to PTSD. False memories serve as a psychological defense against emotional instability and serve as an explanation (and sometimes justification) for self-harm and anger management. Another "self-justifying" phenomenon is patients' complaints of "voices and entities in their heads," which are then blamed for initiating self-harming behavior. It is hypothesized that the dissociative mechanism of psychogenesis is involved. It is concluded that further research may be able to identify a place for the phenomenon of false memories within the spectrum of memory disorders.

Keywords: borderline personality disorder, post-traumatic stress disorder, flashbacks, flashforwards, false memories.

For citation: Mendelevich V.D. Psychopathological intersections of borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder: focus on true and false memories. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 92–96 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00910

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) со времени его описания и включения в международные классификации психических и поведенческих расстройств остается одним из самых загадочных и дискуссионных феноменов в психиатрии [1, 2]. До сих пор ведутся споры о его праве на существование и высказываются категоричные мнения о том, что «ПРЛ является ложным диагнозом, не подтвержденным наукой, от которого следует отказаться» [3]. В рамках ПРЛ обнаруживается ряд парадоксальных с точки зрения классической психиатрии состояний:

1. Непонятно, если ПРЛ – это расстройство личности, которое должно характеризоваться устойчивостью и

неизменностью, то почему в значительном проценте случаев при достижении взрослости происходят полное купирования симптоматики и фактическое выздоровление пациентов [4].

2. Неясно, если ПРЛ причислено к непсихотическому уровню психических расстройств, то почему в его структуре обнаруживаются «вербальные галлюцинации» и «квазипсихотические бредовые идеи» [5].

3. Не объяснено, почему ПРЛ одновременно относят к личностному и биполярному спектрам психических расстройств [6] и в схемы терапии включают стабилизаторы настроения и антипсихотики.

4. В связи с выявлением в анамнезе пациентов с ПРЛ психотравмирующих событий отсутствует единство взглядов по поводу того, считать ли ПРЛ «новой истерией» [7] или разновидностью посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Среди типичных феноменов особо выделяются истинные и ложные ревоспоминания и репереживания, дифференциация которых оказывается сложным процессом из-за отсутствия возможности подтвердить реальность событий, которые для пациента служат основой флешбэков и флешфорвардов [8].

Ниже приведен клинический случай, на основании которого можно проследить пересечения психопатологических феноменов, характерных для ПРЛ и комплексного ПТСР, выделить дифференциально-диагностические особенности расстройств и проанализировать специфику формирования особых мнестических расстройств.

Клинический случай

Пациентка Алла (имя изменено), 21 год. Находится под наблюдением психиатров с 14-летнего возраста. За эти годы неоднократно лечилась в психиатрических стационарах, перепробовав десятки психофармакологических препаратов и психологических сессий.

Анамнез жизни (автобиография)

«У меня было счастливое детство лет до восьми, хотя отец с мамой часто ссорились. Был такой эпизод, когда отец стал угрожать маме ножом, та позвала меня на помощь, сказала прикрывать ее своим телом, а потом упрекнула в том, что я не так это сделала. В тот момент я кричала и плакала громче, чем обычно. К нам пришла кучка соседок, я на мгновение почувствовала надежду, что нам помогут, мать вышла с ними поговорить, те предлагали вызвать полицию, но она отказалась от помощи. И все снова вели себя как ни в чем не бывало, как обычно это делалось. Я очень надеялась, что нас не оставят в такой сложной ситуации, но этого не произошло. Это подорвало мою веру в справедливость. С того времени я осознала, что никто мне в этой жизни не поможет, сколько ни кричи, и я одна в этой семье.

Несмотря на то, что я считала себя девочкой, почти все детство я провела с пацанами – вела себя и выглядела соответственно. Я нравилась всем – и знакомым, и незнакомым людям, потому была очень уверенной в себе и открытой, без каких-либо страхов и фобий. С раннего детства любила музыку и имела отличный слух и голос, поэтому родители отправили меня в музыкальную школу. Единственное, что я помню, – это мои ночные истерики. Проблемы начались со второго класса школы. Одноклассникам я не нравилась (была странноватой в том плане, что не интересовалась тем, чем интересовались они), и те решили, что именно я буду тем ребенком, которого будут унижать. Сначала это было безобидно, но во втором классе к нам пришла новая учительница, которая на лету схватила, над кем можно поиздеваться, так что она полностью поддержала травлю со стороны учеников.

Иногда в школе меня били. Не избивали, все ограничивалось неожиданными ударами в живот. В третьем классе один мальчик замахнулся на меня стулом, а у меня под рукой случайно оказалась чья-то железная линейка, которую я воткнула ему в плечо. С тех пор меня ненавидели еще сильнее, но издалека. Был случай, когда в автобусе на меня напал посторонний мужчина, сексуально домогался, но я дала ему отпор. Он упал и довольно сильно ударился головой о металлическую стойку. Через какое-то время дети этого человека разыскивали меня и решили устроить кровную месть, пытались убить. Мне снова никто не помог, хотя это было прилюдно. Я не помню, чем все это закончилось. Но с этого времени я окончательно утвердилась во мнении, что мне никто и никогда не поможет. Ощутила себя особенно одинокой, покинутой, начала себя резать – так становилось легче на душе. Иногда появлялись мысли уйти из жизни, но всегда меня что-то останавливало. Подруг себе не завела – я всех пугала своей непредсказуемостью и агрессивностью. Я поняла, что с этими проблемами мне нужно научиться справляться самостоятельно.

Примерно с 18-летнего возраста появились приступы тяжелых воспоминаний. Как-то мне почудилось, что ко мне в квартиру ломятся посторонние. В страхе представила, что они нападают на меня с ножом, точнее угрожают им. Мне показалось, что я зову на помощь, но никто не приходит. Был случай, когда после испуга (соседка неожиданно зашла в квартиру без стука, пока я была в одних трусах) возник интенсивный наплыв эмоциональных воспоминаний из детства, страшных и пугающих. Не так давно всплыло воспоминание о сексуализированном насилии, о котором я раньше не помнила. Кроме «воспоминаний наяву» часто стали появляться кошмарные сновидения. Там был тот же сценарий – мне ужасно плохо... люди знают об этом... я зову на помощь, но никто не приходит, как бы я ни старалась, и я понимаю, что я одна и должна справляться в одиночку. Часто во снах ощущала, что меня держат в плену в подвале в темном помещении, издеваются, насилуют. Просыпалась в поту и радовалась, что это был сон.

У меня не было детства – насилие, одиночество, суицидальность, юность потрачена на что? Десятки специалистов, больницы и лечение... Я понимаю, что перепробовала уже очень многое. Я достаточно старалась и поднималась каждый раз, когда падала. Но сил все меньше, инструментария тоже. Я не знаю, что мне делать... Мне кажется, я готова распасться на тысячу осколков, что у меня слюна вместо клея и я пытаюсь каждый раз третьей рукой склеить и собрать себя заново. И все это при условии, что слюна заканчивается. Я прокисшая загнившая картошка... Я измождена, устала и поношена. Меня нужно отправить на свалку ненужных вещей. Но я не хочу в секонд-хенд, я не хочу быть еще раз доношенной, я хочу лежать там, пока меня покрывает снег».

Психический статус

На беседу приходит взволнованной, склонна перебивать врача, драматизировать ситуацию, каждый раз

приводя аргументы об отсутствии каких бы то ни было маломальских улучшений в ее психическом состоянии. В речи часто использует научные термины из области психиатрии и психологии. Подробно рассказывает о схемах применявшейся психофармакотерапии, легко оперирует терминами, уточняет фармакологический профиль лекарств и их основные и побочные эффекты. Дает оценку психотерапевтическим методикам, специфике их влияния на ее эмоциональное состояние. Фиксирована на том, что «перепробовала десятки лекарств и психотерапии», но «все безрезультатно». Однако при более подробном расспросе соглашается, что ее психические реакции под влиянием лечения меняются в лучшую сторону, исчезают некоторые симптомы. В частности, подтвердила, что за последние месяцы стала более стабильной, устойчивой к стрессам и практически прекратила «резать себе руки». Соглашаясь с этой оценкой, продолжает говорить в основном об отсутствии кардинального улучшения, ссылаясь на то, что на ее самовосприятие существенное влияние оказывают непредсказуемые отношения с молодым человеком. В последние месяцы стала активно рассказывать об эпизодах наплыва неприятных воспоминаний, о части из которых она ранее не помнила. С удивлением сообщила, что «вдруг в голове всплыли воспоминания» о случаях сексуального насилия в подростковом возрасте – утверждает, что это возникло после грубостей, проявленных партнером («в голове появились картинки, как я беззащитна перед компанией агрессивных парней и пытаюсь от них отбиться, но они продолжают домогаться меня»). В эти периоды осознает, что это травмирующие воспоминания, но «они настолько яркие», что не способна в этот момент адаптироваться к реальности, рыдает и кричит. На вопрос о том, почему, с ее точки зрения, она не помнила об этом ранее, предположила, что «наверное, травмирующий опыт был вытеснен в подсознание и, возможно, именно это приводило ее ранее к селфхарму». При этом соглашается, что «не исключено, что память в стрессе сбивает и выдает за реальность то, чего на самом деле не происходило».

Рассказывает, что больше всего ее тревожат не воспоминания о сложных детских и подростковых годах, а наплывы мыслей («картинки») о том, что с ней что-то может случиться в будущем: «Это сложно объяснить, но это как будто кинолента моего будущего, которую прокручивают без моего разрешения. В отличие от флешбэков, где я вижу прошлое, здесь я вижу то, что только может случиться... но мой мозг подает это как уже свершившийся факт. Например, я общаюсь со своим парнем, и вдруг картинка резко меняется. Я уже вижу себя в трагическом будущем. Это не просто мысль "а вдруг?", это цветное, объемное видео с моими эмоциями там, в том будущем: я чувствую холод одиночества, слышу крики, вижу свои дрожащие руки. Самое жуткое – это ощущение, что это уже происходит. Мозг говорит: "Это не прогноз, это факт". Сердце колотится, пот выступает. Очень похоже на паническую атаку. На мгновение я начинаю верить, что этот кошмар неизбе-

жен. Возникает чувство беспомощности, ужас от того, что будущее предопределено, и гнев на себя за то, что не могу это контролировать. Через какое-то время картинка исчезает так же внезапно, как возникла, но остается тяжелое послевкусие – хочется уединиться, лечь и не двигаться». Различает эти эпизоды от периодов тревоги на основании того, что «обычная тревога – это тревога со знаком вопроса ("а что, если?"), с неприятными ощущениями в животе, а флешфорвард – это ответ без вопроса, это приговор, который я выношу себе сама, но не я его подписывала».

В беседе склонна к описанию своего состояния с использованием художественных образов, ярких сравнений. Активной психопатологической продукции (бреда, галлюцинаций и др.) не выявляется и не выявлялось на протяжении периода наблюдения. Не отмечается нарушений памяти, внимания, интеллект высокий.

Обсуждение

Представленный клинический случай следует признать диагностически неоднозначным и требующим дифференциации между ПРЛ и комплексным ПТСР. В рамках данной статьи особый интерес представлял анализ наблюдавшихся у Аллы эпизодов эмоционально травмирующих ревоспоминаний и репереживаний. Данные феномены можно было рассматривать как флешбэки, флешфорварды или как ложные воспоминания. В большинстве случаев у пациентки возникали эпизоды ярких «воспоминаний о будущем», т.е. появлялись ожидания от того, что с ней может произойти что-то трагическое (чаще насилие), которые они отличала от панических атак. Данное переживание носило характер «наплыва картинок», и пациентка для его описания использовала глагол «видеть». Критичность была сохранена, но Алла на мгновения «начинала верить, что этот кошмар неизбежен» и что «будущее предопределено». Описанный феномен подходил под определение флешфорварда – именно так пациентка и обозначала эти эпизоды ревоспоминаний.

Другим феноменом оказались ее воспоминания о событиях, о которых она до определенного времени не помнила – «это всплыло в памяти через много лет и оказалось откровением для меня самой». С ее слов, она «долгие годы не осознавала, что в молодости могли произойти драматические травмирующие события, но не сомневалась, что это было на самом деле, а не придумано ею». Доказательствами истинности воспоминаний для Аллы стало то, что «всплывшие в памяти события» наконец-то прояснили причины ее нынешнего плохого эмоционального состояния – она «убедилась», что всему причиной стали детские психотравмы. Обращал на себя внимание тот факт, что описание Аллой «выпавших из памяти событий» сопровождалось использованием не только красочных, но научнообразных определений, носило избыточно художественный оттенок – возникало опасение, что пациентка применяла для уточнения формулировок искусственный интеллект или научные публикации.

«Наплывы воспоминаний» сочетались у нее с типичными для ПРЛ симптомами – импульсивностью, страхом быть покинутой, неспособностью контролировать свои эмоции, управлять гневом и склонностью наносить самопорезы и пр. Однако сама Алла утверждала, что ее расстройство было связано с накопившимися на протяжении всей жизни травмирующими событиями, особенно происходившими в детском и подростковом возрасте. Как показал анализ клинического случая, данный процесс носил у нее характер психологической защиты, что считается типичной реакцией людей, попадающих в сложные жизненные обстоятельства [9]. Известно, что флешбэки и другие ревоспоминания/репереживания являются характерными для ПТСР, но не входят в диагностические критерии ПРЛ. В связи с этим встал вопрос об истинной значимости психотравм для формирования ПРЛ у обследованной нами пациентки Аллы. Делался упор на том, что ни подтвердить, ни опровергнуть факт их наличия невозможно.

В научной литературе исторически сложилось представление о тесной связи ПРЛ с психической травмой в детстве [10]. Однако современные исследования показывают более сложную картину, в которой травма выступает как значимый, но не облигатный фактор риска, взаимодействующий с биологической уязвимостью и другими средовыми переменными [11–16]. Многочисленные исследования подтверждают высокую распространенность травматического опыта среди лиц с ПРЛ не только на основании самоотчетов, но и по результатам экспериментально-психологических обследований. В классическом исследовании М. Zanarini и соавт. [17] с участием 467 пациентов с расстройствами личности было показано, что 91% пациентов с ПРЛ сообщали о перенесенном насилии, а 92% – о пренебрежении со стороны близких в возрасте до 18-летнего возраста. В большинстве исследований обнаруживалась связь между травматическими переживаниями в детстве и диагнозом ПРЛ – почти всегда с сексуальным насилием [18].

Изучению той же проблемы посвящена работа с громким названием «"Истинные" и "ложные" воспоминания о сексуальном насилии над детьми и феноменологический взгляд Кейси на процесс запоминания» [19]. По мнению J. Paris [20], все воспоминания пациентов с ПРЛ искажены когнитивными схемами, и «восстановленные воспоминания» могут быть особенно ненадежными. К тому же считается, что у большинства детей, переживших тяже-

лую травму, не развиваются симптомы ПРЛ, формирование которого зависит от сочетания ранней (первые 5–7 лет) хронической межличностной травмы, врожденной эмоциональной уязвимости (высокая чувствительность, импульсивность) и отсутствия хотя бы одного стабильного поддерживающего взрослого.

ПРЛ и ПТСР представляют собой клинические состояния, которые не только часто коморбидны, но имеют ряд сходных симптомов: эмоциональную дисрегуляцию, импульсивность, диссоциативные симптомы [21–26]. Долгое время в клинической практике существовала тенденция рассматривать ПРЛ как «осложненную» форму травматического расстройства [27]. А. Spoeck и соавт. [28] утверждают, что несмотря на сходство клинических особенностей комплексного ПТСР и ПРЛ и присутствие связи с психотравмами в обоих случаях, они все же являются двумя различными расстройствами. Ключевыми дифференцирующими признаками признаются выраженность травматического опыта и симптомы, связанные с травмой, остальные являются дополнительными [23].

В настоящее время приняты следующие дифференциально-диагностические критерии ПРЛ и ПТСР (см. таблицу).

В ракурсе проведенного анализа помимо различий в направленности памяти (флешбэк vs. флешфорвард) наибольший интерес представляла оценка «парадокса точности», ориентированного на осмысление природы ложных воспоминаний – от воспроизведения того, чего не было, до искажения контекста события. Анализ склонности пациентов с ПРЛ к ложным воспоминаниям показывает неоднородность и противоречивость результатов. Часть исследователей утверждают, что это довольно распространенное явление, другие констатируют, что это предположение нуждается в серьезной эмпирической проверке. L. Schilling и соавт. [29] оценили точность и уверенность в памяти у 20 пациентов с ПРЛ и 22 здоровых контрольных лиц в эксперименте с использованием визуального варианта парадигмы ложных воспоминаний (Диз–Родигер–Макдермтт), включающего негативное и позитивное изображения. Оказалось, что группы не различались по достоверности распознавания элементов, и был сделан вывод о том, что у пациентов с ПРЛ функции зрительной памяти не нарушены, что они не проявляют повышенной восприимчивости к искаженным воспоминаниям.

Дифференциация ПРЛ и ПТСР <i>Differentiation of BPD and PTSD</i>		
Критерий	ПТСР	ПРЛ
Основной феномен	Флешбэк	Флешфорвард + интерпретативная ретроспектива
Направленность памяти	Ретроспективная («прошлое угрожает настоящему»)	Проспективная + «искаженное прошлое»
Точность «следов»	Гиперточность сенсорных деталей	Низкая точность и высокая «суть»
Ложные воспоминания	Низкий уровень (дефицит контекста, но не факта)	Высокий уровень на эмоционально значимом и связанном с идентичностью фоне
Механизм искажения	Генерализация страха («безопасное кажется опасным»)	Извлечение смысла и диссоциация

Авторы другого исследования со сходным дизайном [30] поставили перед собой цель выявить специфику для ПРЛ и ПТСР ложных воспоминаний. Участники с ПРЛ без сопутствующего ПТСР ($n=32$), а также участники с ПТСР без сопутствующего ПРЛ ($n=28$) и психически здоровые участники ($n=30$) прошли тест на распознавание слов после прослушивания нейтральных, эмоционально негативных, связанных с ПРЛ или с ПТСР списков слов. По сравнению со здоровыми участниками, участники с ПТСР показали меньшее количество ложных воспоминаний о нейтральном материале, и не было выявлено других различий. Участники с ПРЛ не показали различий в формировании ложных воспоминаний по сравнению с контрольной группой – у них наблюдалось лишь большее число ложных воспоминаний, связанных с ПРЛ и ПТСР, по сравнению с группой с ПТСР. Авторы резюмировали, что люди с ПРЛ и контрольная группа все же различаются по параметру частоты формирования ложных воспоминаний.

Исследование, посвященное изучению адекватности и точности описания собственной личной жизни и жизни своих родителей пациентами с ПРЛ, показало, что по сравнению с контрольной группой пациенты с ПРЛ описывали свои личные истории и истории жизни своих родителей более негативно, с меньшим количеством тем, с «большой путаницей между собой при рассуждениях об историях своих родителей» [31]. По мнению Н. Otgaar и соавт. [32] ложные воспоминания могут встречаться не только в рамках ПРЛ, но и при других психопатологических состояниях, например при ПТСР и депрессии.

Таким образом, появление в клинической картине ПРЛ разнообразных феноменов ревоспоминаний, упоминаемых пациентами (на примере описанного случая Аллы), не позволяют приравнивать их к сходным с ПТСР симптомам. Ложные воспоминания выполняют функцию психологической защиты от эмоциональной нестабильности и выступают в качестве объяснения (а иногда и оправдания) селфхарма и невозможности управлять гневом. Другим «самооправдывающим» феноменом считаются жалобы пациенток на «голоса и сущности в голове», на которые переносится ответственность за инициацию самоповреждающего поведения [5]. Считается, что при двух перечисленных феноменах задействуется диссоциативный механизм [9, 33, 34], выполняющий функцию сохранения идентичности. Установлено, что связь между ПРЛ и ложными воспоминаниями опосредуется двумя ключевыми переменными: диссоциативными переживаниями и травматическим опытом.

О. Kernberg [35] утверждал, что суть ПРЛ заключается в нарушении интеграции идентичности: вследствие травматического опыта и использования диссоциации

как защитного механизма – пациенты оказываются неспособны интегрировать различные компоненты «self» и значимых других в целостную идентичность. Диссоциация при этом играет критическую роль, разрывая связи между опытом, памятью и идентичностью. Диссоциативные состояния нарушают мониторинг источника памяти – способность различать реально пережитые события и их внутренние репрезентации или псевдовоспоминания.

Проблема диссоциативных ложных воспоминаний, отличающихся от намеренного вымысла и лжи, продолжает находиться в центре внимания современной психиатрии [36]. По мнению Н. Dehon [37], высокие показатели диссоциации связаны с повышенным уровнем ложного воспроизведения критических стимулов и, что важнее, с ухудшением процессов мониторинга источника (source monitoring). Это подтверждает гипотезу о том, что диссоциация влияет не на активацию ассоциаций, а на неспособность отличить реально воспринятое от внутренне сгенерированного. Доказана связь ложных воспоминаний с травматическим опытом [33], однако в таком случае возникает проблема – если ложные воспоминания включают в себя информацию о травме, то получается, что в памяти воспроизводится не травма, спровоцировавшая ревоспоминание, а другое событие. Исследование К. Wilson и соавт. [38], возможно, проливает свет на другой диссоциативный феномен, встречающийся в рамках ПРЛ – жалобы пациентов на «голоса и сущности в голове», поскольку доказано, что люди с высокими показателями диссоциативности склонны верить в паранормальные явления и сообщать о ложных воспоминаниях. Это указывает на общую уязвимость к нарушениям мониторинга реальности.

Заключение

Как показали анализ клинического случая 21-летней Аллы и оценка результатов иных исследований, психопатологические пересечения ПРЛ и ПТСР возможны, но носят поверхностный, формальный характер. Единственным исключением является так называемый диссоциативный подтип ПТСР [39, 40]. Центральное место при ПТСР занимают флешбэки, а при ПРЛ – флешфорварды, но чаще всего их различает наличие ложных воспоминаний при ПРЛ. Дальнейшие исследования смогут найти место феномену ложных воспоминаний в спектре мнестических расстройств – между конфабуляциями, псевдореминисценциями и псевдологией.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is no conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Менделевич Владимир Давыдович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ». E-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Поступила в редакцию: 16.06.2026
Поступила после рецензирования: 02.07.2026
Принята к публикации: 23.07.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Vladimir D. Mendelevich – Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Kazan State Medical University. E-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Received: 16.06.2026
Revised: 02.07.2026
Accepted: 23.07.2026