



УДК: 340.631.1

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb108707>

## А была ли это симуляция психического расстройства? Клинический случай саморазоблачения пациента и его интерпретация

В.Д. Менделевич, И.А. Митрофанов

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Автор, ответственный за переписку: Владимир Давыдович Менделевич, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

Описан клинический случай Станислава Г. 18 лет, программиста, проходившего терапию в психиатрическом стационаре в связи с диагностированным у него шизотипическим расстройством. По прошествии месяца пациент признался, что симулировал психическое расстройство, поскольку не мог получить эффективного лечения от соматовегетативных симптомов диагностированного у него гипотиреоза и начал интенсивные поиски психопатологических причин собственной болезни. Считал, что у него были некоторые признаки шизотипического расстройства, но их было недостаточно для постановки официального диагноза и получения желаемой психофармакотерапии. Для убедительности изучил в интернете анамнезы больных и решил симулировать «элементы резонёрства, выхолащенность ассоциаций и искажённое восприятие слов собеседника, уплощённость аффекта». При повторном обследовании после заявления о симуляции был сделан вывод о том, что у него отсутствуют перечисленные симптомы, и что нет научных оснований подтвердить какой-либо психиатрический диагноз. Сомнения при анализе вызвала лишь мотивация пациента симулировать психопатологию при отсутствии традиционных оснований для симуляции (уголовное преследование, служба в армии), а также были обнаружены избыточная интеллектуализация проблем со здоровьем и специфический стиль мышления, не выходящий за рамки нормы. В статье дискутируется вопрос о том, имел ли пациент симптомы шизотипического расстройства, и, если имел, могли ли они полностью купироваться за короткий промежуток времени. В статье приведены обоснования вывода об обнаружении у пациента симулятивного поведения и данные о дифференциальной диагностике между симуляцией здорового и псевдосимуляцией при шизотипическом расстройстве, а также наблюдения о специфике мыслительной деятельности людей с шизоидным расстройством личности и синдромом Аспергера — диагнозах, предполагаемых у обследованного.

**Ключевые слова:** *симуляция психических расстройств, диссимуляция, псевдосимуляция, шизотипическое расстройство.*

### Для цитирования:

Менделевич В.Д., Митрофанов И.А. А была ли это симуляция психического расстройства? Клинический случай саморазоблачения пациента и его интерпретация // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 2. С. 96–104. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb108707>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb108707>

## Was it a malingering of a mental disorder? Clinical case of self-disclosure of the patient and its interpretation

Vladimir D. Mendelevich, Ivan A. Mitrofanov

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

*Corresponding author:* Vladimir D. Mendelevich, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### **ABSTRACT**

A clinical case of Stanislav G., 18 years old, an IT-specialist, who underwent therapy in a psychiatric hospital in connection with a schizotypal disorder diagnosed in him, is described. After a month, the patient admitted that he was feigning a mental disorder, because he could not receive effective treatment for the vegetative symptoms of hypothyroidism diagnosed in him, and began an intensive search for the psychopathological causes of his own illness. He believed that he had some signs of schizotypal disorder, but they were not enough to make an official diagnosis and receive the desired psychopharmacotherapy. For persuasiveness, he studied on the Internet the anamnesis of patients and decided to simulate “elements of reasoning, emasculation of associations and a distorted perception of the interlocutor’s words, flattening of affect”. On re-examination after claiming the sham, it was concluded that he did not have the listed symptoms and that there was no scientific evidence to support any psychiatric diagnosis. Doubts in the analysis were only caused by the patient’s motivation to simulate psychopathology in the absence of traditional grounds for malingering (criminal prosecution, military service), and excessive intellectualization of health problems and a specific style of thinking that did not go beyond the norm. The article discusses the question of whether the patient had symptoms of schizotypal disorder and, if so, whether they could completely stop in a short period of time. The article provides substantiations for the conclusion about the detection of feigning behavior in the patient, and provides data on the differential diagnosis between the malingering of a healthy person and pseudo-simulation in schizotypal disorder, as well as observations on the specifics of the mental activity of persons with schizoid personality disorder and Asperger’s syndrome — diagnoses assumed in the examined.

**Keywords:** *malingering of mental disorders, pseudo-malingering, schizotypal disorder.*

### **For citation:**

Mendelevich VD, Mitrofanov IA. Was it a malingering of a mental disorder? Clinical case of self-disclosure of the patient and its interpretation. *Neurology Bulletin*. 2022;LIV(2): 96–104. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb108707>.

Симуляция психических расстройств относится к довольно редкому явлению в современной психиатрии, её выявляют у 4–6% подследственных и 2% здоровых людей [1]. При этом псевдосимуляция (ошибочное предположение о наличии симуляции у человека с истинным психическим расстройством) встречается в клинической практике чаще. Катамнестические данные свидетельствуют о том, что в 15–30% случаев первичное заключение о симуляции в дальнейшем приводит к постановке диагноза шизофрении [1, 2]. Обычно симуляция направлена на получение ренты — избавления от уголовного наказания или службы в армии. Выделяются метасимуляция (искусственное предъявление психических расстройств, имевших место у пациента в прошлом), сверхсимуляция (сюрсимуляция), когда психически больной начинает сознательно предъявлять признаки иного психического расстройства, аггравация — сознательное усиление имеющихся психических расстройств [1, 3–10].

Люди, симулирующие психические расстройства, при их раскрытии либо продолжают настаивать на том, что всё, что они рассказывали, было правдой, и их зря уличают во лжи, либо соглашались с тем, что симулировали, но эту тему подробно не развивают. Представленный клинический случай Станислава Г. 18 лет, программиста (имя изменено) по принципиальным характеристикам отличается от типичных случаев симуляции и псевдосимуляции, поскольку добровольное признание обследованным не прояснило ситуацию, но поставило перед исследователями новые вопросы.

*Клинический случай.* Пациент Станислав Г. к психиатрам обратился самостоятельно впервые в жизни в связи с появлением необъяснимой слабости, снижением настроения и работоспособности. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Однако известно, что дед в последние годы жизни «вёл себя странно», высказывал идеи о «квантовом переходе мира в четвёртое измерение», был убеждён в «конце света», вследствие чего в 2012 г. уезжал из города прятаться в деревню. У психиатра не лечился.

Пациент родился старшим из пяти детей. Воспитывался в полной семье. Родители по профессии риелторы. С детства был замкнутым, пугливым, брезгливым. Держался обособленно. Из-за этого не смог посещать детские дошкольные учреждения, страшился детей и от страха «заби-

вался в угол». Окончил 9 классов школы, учился посредственно. Часто возникали конфликты со сверстниками, учителями. Увлекался футболом, танцами, учился в музыкальной школе по классу балалайки, занимал призовые места на городских конкурсах. В возрасте 12 лет стал самостоятельно изучать программирование. Позже увлёкся психологией, в частности изучением «психотипов» Юнга. После окончания школы поступил в Инновационный университет по специальности «коммерция». Проучился один год и ушёл из университета, занявшись профессионально программированием. Не женат, детей нет. Однократно в течение 3 мес пытался выстраивать отношения с девушкой, но безрезультатно («надоели друг другу»).

Несмотря на отсутствие базового образования, преуспел в профессии программиста — смог устроиться на престижном месте с высокой заработной платой. Через 4 мес работы программистом отметил появление слабости, «мушек перед глазами», понижение настроения. Из-за этого не смог продолжать работу, общаться с другими людьми «не хватало сил».

Решил, что серьёзно заболел и стал проходить многочисленные обследования у различных специалистов (неврологов, офтальмологов, эндокринологов), изучал специальную медицинскую литературу. При обследовании у него был диагностирован субклинический гипотиреоз. Однократно консультировался психиатром, патологии выявлено не было.

Незадолго до госпитализации в психоневрологический диспансер, находясь на улице, резко усилилась имевшаяся до этого слабость, появилось чувство тревоги и «два пятна перед глазами». Испугавшись, самостоятельно вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был помещён в неврологический стационар, где находился в течение 5 дней с диагнозом «Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы. Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой средней мозговой артерии (G45.8). Синдром вегетативной дисфункции периода пубертата по смешанному типу с вегетативными пароксизмами, цефалгиями, астено-невротическими проявлениями и диссомническими нарушениями». Диагноз впоследствии не подтвердился, был консультирован психиатром.

Учитывая то обстоятельство, что от лечения гипотиреоза значительного улучшения самочувствия не наступило, пациент решил само-

стоятельно понять и изучить причины возникновения своего недуга. Для этого прочёл большой объём медицинской литературы. Подошёл к этому обстоятельно и провёл систематический анализ. На основании размышлений предположил, что у него есть отдельные признаки шизотипического расстройства, по поводу которых и следует провести качественную терапию. Однако при обращении к психиатрам диагноз не подтверждался, что расстраивало Станислава. Он был убеждён, что его психическое расстройство следует лечить.

Для достижения своей цели решил, что «раз психиатры не могут поставить правильный диагноз, то нужно их подвести к правильным выводам». Предварительно изучив в сети интернет проявления нарушений мышления у пациентов с шизотипическим расстройством, на приёме начал их симулировать. Для этого при очередной консультации психиатра перечислил заранее заготовленные жалобы на длительно протекающую общую слабость, невозможность двигать мышцами, трудности мыслительной деятельности, навязчивые мысли и действия, «стыдные образы». Говорил, что его «внутренний взор направлен в паховую область». Высказывал беспокойство, что у него «челюсть неровная», «ноги как коробки», хотя в реальности таких переживаний не испытывал. Рассказал, что обследовался оториноларингологом по поводу жалоб, что одно ухо хуже слышит (патологии выявлено не было). Уверял врача, что из-за жалоб не может справиться с работой, иногда сложно «встать с кровати», «тяжело держать равновесие».

По результатам клинического обследования был направлен к участковому психиатру с предварительным диагнозом «шизотипическое расстройство», а затем для обследования и лечения был госпитализирован в дневной стационар психоневрологического диспансера.

*Психический статус при поступлении.* Ориентирован в месте, во времени, в собственной личности правильно. В беседу вступает охотно, подробно делится переживаниями. На вопросы отвечает не всегда по существу, соскальзывает на другие темы, склонен к витиеватым суждениям. Малоподвижен, сидит в закрытой позе. Мимика, жесты маловыразительные. Фон настроения снижен. Жалуется на выраженную слабость, истощение, невозможность сосредоточиться на работе, головные боли, тревогу, пониженное настроение. Отмечает, что ему «трудно думать...

голова не работает», «не могу двигать мышцами». Активно жалуется на «навязчивые стыдные образы», «тревогу в области паха», которую объясняет навязчивыми сомнениями в своей ориентации («может быть, я пассивный гомосексуалист»). Заявляет о том, что «я неправильный, неудачливый». Жалуется на навязчивые ритуалы: «Нужно всё сделать по пять раз или чётное количество раз — возвращаться домой, проверять закрыл ли дверь, выключил ли утюг». Недоволен консультациями предыдущих врачей, рассуждает о том, что «врачи не понимают многомерности тела». Затрудняется называть точно время изменения своего психического состояния. Отмечает, что всю жизнь есть жалобы на трудности управления мышцами тела: «хочется напрячь и расслабить мышцы». Слабость, мушки перед глазами с 5-го класса школы. Значительное ухудшение состояния в течение последнего года. Фиксирован на своём состоянии, ипохондричен. Мышление аморфное с тематическими соскальзываниями. Обманы восприятия и бредовые идеи выявить не удаётся, суицидальные мысли отрицает. Память, внимание, интеллект не снижены.

Пациенту была назначена психофармакотерапия (антидепрессанты, малые нейролептики, анксиолитики). Однако в течение нескольких недель улучшения самочувствия не было.

За период наблюдения в отделении повторно консультирован эндокринологом. После начала лечения левотироксином натрия (L-тироксин) отмечал значительное улучшение самочувствия, уменьшение слабости и других симптомов. Через некоторое время после появления признаков улучшения состояния на гормональной терапии «понял, что ошибся с диагнозом, что у него нет никакого шизотипического расстройства», и что этот диагноз сможет в будущем ему серьёзно навредить. Тогда решил признаться врачу в том, что большинство жалоб симулировал «по глупости». Утверждал, что из симптомов в реальности были только сильная слабость и «мушки перед глазами».

Подробно рассказал, как изучал психиатрическую литературу, чтобы подвести врачей к диагнозу шизотипического расстройства. Объяснял это страхом, что слабость, снижение работоспособности будут продолжаться и дальше. «Хотел, чтобы мне помогли». Подготовил в письменном виде «Признание в симуляции», в котором подробно описал свою историю. В частности, отметил, что, несмотря на отсутствие профиль-

ного образования, после трудоустройства в качестве программиста стал зарабатывать большие деньги (65 000 рублей в месяц), вследствие чего отказался от дальнейшего обучения в колледже. Называл это время «белой полосой в жизни», поскольку, помимо успехов на работе, «был колоссальный успех с девушками».

Однако через 4 мес работы появились симптомы, которые снизили его работоспособность и ограничили общительность. Именно с этого времени начал поиски причин недуга. Вспомнил, то, что изучал ранее из области психологии (психотипы Юнга), начал «вникать в суть психиатрии», прошёл тест в интернете, «разобрался в МКБ<sup>1</sup>». Первоначально пришёл к выводу, что психически здоров, и надо лечиться у эндокринологов. Однако отсутствие эффекта от лечения вновь заставило его искать причину своих недомоганий в психическом плане.

После прохождения магнитно-резонансной томографии головного мозга и электроэнцефалографии обратился к психиатру, который не обнаружил никакой психопатологии. «Сломанный слабостью, мушками и выбором между ожиданием и гормональным препаратом, я вновь вернулся к линии с шизотипическим расстройством. В те дни почти не спал. Затем поехал в деревню и под влиянием слабости принял решение идти к психиатрам и предъявить сфальсифицированные симптомы».

«С одной стороны я видел, что у меня есть некоторые признаки шизотипического расстройства, но их явно не хватало, с другой стороны, все болезненные проявления могли объясняться гипотиреозом, с третьей стороны, гипотиреоз лечить я не знал как (ещё не знал даже отличия L-tyrosine от L-тироксина)».

«Одолеваемый отчаянием и мыслью о том, что вдруг слабость не от гипотериоза, я возобновил поиски причин своей болезни среди психических расстройств. Приблизительно сверив, найдя так называемые «аномальные особенности поведения» и «нарушения мышления», я определил, что раз психиатры не могут поставить диагноз, то надо их «подвести к правильным выводам». Тогда изучил в интернете некоторые анамнезы больных шизотипическим расстройством и, «приправив» их дополнительными уникальными свойствами, встроил в свою речь элементы резонёрства по типу выхолащенности ассоциаций и некоторое искажённое восприятие слов собеседника (например, когда был вопрос про «слезливость» я перешёл на второстепенные свойства и выставил, словно я

подумал, что слезливость — это когда течёт слеза при виде какого-то человека). Я, будучи убеждённым в наличии этого расстройства частично осознанно, а частично бессознательно, фальсифицировал симптомы, полностью пропускал все жалобы через фильтр критериев, требуемых для постановки диагноза F21.8, включал уплощённость, холодность эмоциональных реакций».

Причиной этого своего симулятивного поведения назвал «желание приблизить нормальную жизнь». Уточнил, что упоминание о «тревоге в паховой области» взял из текста общения гештальт-терапевта с больным сенестопатиями. Добавил, что описывать наличие галлюцинаций не стал, но описал сенестезии, которых не было. Сообщил, что долго сомневался, стоит ли симулировать психическое расстройство, но к решительным действиям его подтолкнула мысль о том, что лечение гипотиреоза не купирует слабость, и он вследствие этого потеряет высокооплачиваемую работу.

На момент принятия решения о том, чтобы заявить о своём психическом расстройстве, отчётливо осознавал, чем это обернётся: невозможностью получить права (предварительно отучился в автошколе за самостоятельно заработанные 25 000 рублей, также некоторые из заработанных деньги отложил на машину — 250 000 рублей). На тот момент от отчаяния настолько был убеждён в наличии расстройства, что был готов пожертвовать сдачей на водительское удостоверение и мечтой переехать на юг.

«Все действия, описанные выше, я совершал в попытке вернуть жизнь без слабости. Отказываюсь от лечения психотропными лекарствами несуществующей болезни. Прошу по возможности не ставить диагноз шизотипическое расстройство. Я просто хотел жить без слабости, но, совершив ошибку, я вместо нормальной жизни получу лишение мечты — выглядит как какое-то наказание. Я не виноват в том, что так вышло».

*Психический статус.* В беседе немного волнуется, ёрзает на стуле, произвольно теребит одежду. Беспokoится, как к нему теперь (после признания в симуляции) отнесутся психиатры, смогут ли не поставить диагноз психического расстройства.

Мышление последовательное, продуктивное со склонностью к систематизации и детализации. Признаков аморфности, соскальзываний,

<sup>1</sup>МКБ — Международная классификация болезней.

разноплановости, резонёрства не обнаружено. Подробно описал историю своей болезни, которую теперь понимает исключительно как эндокринологическую патологию. Смущаясь, рассказывает о том, как искал литературу по шизотипическому расстройству, как выбирал подходящие для симуляции симптомы.

В вопросах психиатрической терминологии проявляет повышенную осведомлённость — точно называет характеристики тех или иных психопатологических симптомов, выбранных для симуляции. Однако продемонстрировать, как именно он симулировал выхолащенность эмоций и элементы резонёрства, отказался.

Интеллект и уровень знаний высокий. Память и внимание в норме. Обращает на себя внимание некоторая схематизация при описании своей жизни. На темы, не связанные с процессом симуляции, говорит сухо, односложно с некоторой отрешённостью. Визуальный контакт устанавливает и удерживает достаточно. Бредовых идей и галлюцинаций не обнаружено.

*Экспериментально-психологическое обследование.* Во время обследования контакту доступен, на вопросы отвечает в плане заданного, проявляя сосредоточенность на субъективно-значимых темах. Фон настроения ровный. Инструкции к предлагаемым методикам понимает достаточно. Работает в равномерном темпе, незаинтересованно. В процессе тестирования выявляется замедленное вработывание механического запоминания, нарушений опосредованной памяти нет (из 10 слов — 5-6-7-7-9, из 10 образов правильно воспроизвёл 8). Концентрация и устойчивость внимания (по таблице Шульце — 38''-29''-35''-37'') — признаки лёгкой неустойчивости.

В пиктограмме преобладают индивидуально-значимые образы, склонность к схематизму, графические символы, признаки эмоциональной напряжённости. В методике дискриминации свойств понятий незначительное расширение числа привлекаемых признаков по всем трём ключам. В субтестах «Понятливость» и «Сходство» теста Векслера проявляет искажение процессов обобщения, опоры в единичных случаях на конкретные признаки. Мышление с признаками субъективности, нечёткости, с неустойчивостью мотивационной направленности.

По результатам проективного тестирования (метод цветочных выборов): стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей. Неудовлетворённое желание найти признание и

общность интересов в кругу значимых окружающих вызывает повышенную напряжённость самоконтроля.

Профиль личности по данным стандартизованного метода исследования личности: код 6 — 68Т, 8 — 70Т может указывать на склонность к сверхценным идеям, трудности в контактах узкого круга. Субъективизм в суждениях. Вывод: при экспериментально-психологическом исследовании выявляются признаки субъективизма, неустойчивости мотивационной направленности в мышлении, а также своеобразие мотивов поведения и высказываний, трудности социальной адаптации.

*Магнитно-резонансная томография.* Данных за наличие объёмных образований и патологических очагов головного мозга нет. При наличии клиники не исключается гипоплазия каудальных отделов обеих гемисфер мозжечка. Умеренная вентрикуломегалия (боковые и III желудочек). Вариант развития виллизиева круга: неполная передняя трифуркация правой внутренней сонной артерии, с гипоплазией сегмента А1 левой передней мозговой артерии. Снижение кровотока по правой позвоночной артерии.

*Заключение эндокринолога.* Субклинический гипотиреоз.

Клинический случай Станислава Г. специфичен тем, что психиатрами на основании предъявляемых им жалоб был выставлен диагноз шизотипического расстройства, и, если бы не признание Станислава в симуляции, то он так и продолжал бы получать психофармакотерапию и находиться в дневном стационаре. Сомнения в том, что Станислав не страдает никаким психическим расстройством, появились у лечащего врача лишь после того, как «пациент» сообщил о том, как и почему решил симулировать шизотипическое расстройство. После самораскрытия пациент перестал предъявлять жалобы на состояние своего физического и психического здоровья, однако сообщил, что «соматические симптомы прошли под влиянием терапии гипотиреоза, а психопатологических и не было».

Перед психиатрами встал вопрос о том, действительно ли Станислав симулировал шизотипическое расстройство, или же имела место псевдосимуляция, и он был психически болен, но потом выздоровел. Необычным показалась мотивация симулировать психическое расстройство — в жизни Станислава не было никаких оснований для этого (ему не угрожали ни уголовное пресле-

дование, ни служба в армии, ни что-то иное). Основным мотивом симуляции стало стремление избавиться от недомогания, которое существенно снизило его работоспособность и влияло на профессиональные и финансовые перспективы. Необычным показался выбор расстройства для симуляции — чаще для этого выбирают галлюцинации, бред, навязчивости, депрессивные симптомы [11]. В специальной литературе нам не встретилось ни одного описания симуляции шизотипического расстройства.

В данном случае выбор Станислава пал на шизотипическое расстройство, потому что отдельные симптомы-жалобы этого расстройства показались ему схожими с тем, что он испытывал в реальной жизни. Речь шла об астенизации, трудностях сосредоточения внимания и, в связи с этим, о появившихся нелюдимости, замкнутости, отгороженности. Другие психические расстройства, по его мнению, не очень подходили под описание его состояния.

Психопатологическое обследование после самораскрытия продемонстрировало полное отсутствие у обследованного характерных для шизотипического расстройства проявлений, в частности отсутствовали какие бы то ни было расстройства мышления (аморфность, метафоричность, гипердетализация, стереотипии), речи (в виде вычурности и разорванности), не было выраженной эмоциональной холодности, чужаковости, патологической социальной отгороженности, подозрительности и отрывочных параноидных идей, не выявлялось квазипсихотических эпизодов. При беседе Станислав был адекватен, разумен и синтонен. При этом при поступлении в дневной стационар он демонстрировал витиеватость мышления, элементы соскальзывания, говорил о наличии «навязчивых стыдных образов», «тревоге в области паха».

Из психологических особенностей пациента обратил на себя внимание ипохондрический настрой в связи с появлением ординарных соматовегетативных симптомов (недомогания, слабости, «мушек перед глазами»), а также повышенная склонность к интеллектуализации проблемы со здоровьем. Под интеллектуализацией традиционно понимают совокупность психических процессов осознания, понимания и вербализации человеком собственных переживаний, мыслей, конфликтов и диссонансов, взаимоотношений с другими людьми [12]. Ведущей целью этого процесса бывает овладение внутренней и

внешней реальностью, установление контроля над ними. Цель интеллектуализации — превращение собственных конфликтов и других эмоционально насыщенных проблем в исключительно умственную задачу.

Считают, что интеллектуализация входит в перечень значимых диагностических критериев взрослых с синдромом Аспергера и шизоидного расстройства личности [13]. Такие пациенты обычно ориентированы на детали и часто не представляют общей картины. Кроме того, у них возможны такие формальные нарушения мышления, как разрыхление ассоциаций и алогичность [14, 15].

Было предложено три варианта толкования клинических феноменов Станислава:

1) у него никогда не было никаких психопатологических симптомов, и он их симулировал, но при этом у него имелись личностные особенности шизоидного или аутистического круга, не достигавшие патологического уровня;

2) у него были нарушения, позволившие выставить диагноз шизотипического расстройства, однако под влиянием психофармакотерапии или самопроизвольно они купировались, и самораскрытие отражало стремление избавиться от стигматизирующего диагноза;

3) у него было расстройство аутистического спектра или шизоидное расстройство личности, на фоне которого соматовегетативные симптомы привели к декомпенсации психического состояния.

Анализ клинического случая показал высокую осведомленность обследованного в психиатрической терминологии, описаниях психопатологических симптомов и синдромов, классификации расстройств. Станислав легко и уверенно дискутировал с психиатрами по профессиональным вопросам, демонстрировал высокий интеллект и склонность к аналитическому мышлению. Ни одного из симптомов, которые легли в основу диагностики у него шизотипического расстройства, обнаружено не было.

В связи с этим встал вопрос, могли ли данные симптомы подвергнуться обратному развитию в результате психофармакотерапии. Известно, что шизотипическое расстройство презентует себя в виде преимущественно негативной психопатологической симптоматики, когнитивных нарушений и социальной отгороженности [16–18]. В связи с этим представляется маловероятным, чтобы такие симптомы, как выхолощенность эмоций,

аморфность мышления, могли быть подвержены быстрой редукции в рамках шизотипического расстройства. Однако следует признать, что склонность к интеллектуализации могла отражать наличие аутистических или шизоидных черт.

Таким образом, клинический анализ случая пациента позволяет сделать вывод о том, что по результатам обследования нет веских научных оснований признать, что Станислав Г. страдал каким-либо психическим расстройством, а значит логичным представлялся вывод о том, что его поведение носило симулятивный характер, отражавший механизмы психологической защиты у человека с шизоидными особенностями характера. Дальнейшее наблюдение (при согласии пациента) сможет более аргументировано ответить на вопрос о том, наблюдалась ли в описанном случае симуляция психического расстройства,

или же это была псевдосимуляция у психически больного человека или лица со специфическим стилем мышления.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Менделевич В.Д. — анализ литературы, клинический разбор случая; Митрофанов И.А. — клинический разбор случая.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** Mendeleovich V.D. — analysis of literature, clinical case study; Mitrofanov I.A. — clinical case study.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия. М.: Юрайт; 2021. 539 с.
2. Nay G.G. Feigned psychosis: A review of the simulation of mental illness // *The British Journal of Psychiatry*. 1983. Vol. 143. P. 8–10. DOI: 10.1192/bjp.143.1.8.
3. Сафуанов Ф.С. Симуляция психического расстройства: социально-психологический аспект. Теоретическое исследование // *Российский психиатрический журнал*. 2018. Т. 4. С. 48–55.
4. Resnick Ph.J., Knoll J. Faking it: how to detect malingered psychosis // *Current Psychiatry*. 2005. Vol. 4. N. 11. P. 13–25.
5. Harris M. The Malingering of psychotic disorders // *Jefferson Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 15. N. 1. P. 13–24. DOI: 10.29046/JJP.015.1.003.
6. Waite S., Geddes A. Malingered psychosis leading to involuntary psychiatric hospitalization // *Australas Psychiatry*. 2006. Vol. 14. N. 4. P. 419–421. DOI: 10.1080/j.1440-1665.2006.02317.x.
7. Humphreys M., Ogilvie A. Feigned psychosis revisited — a 20 year follow up of 10 patients // *Psychiatric Bulletin*. Vol. 20. Issue 11. P. 666–669. DOI: 10.1192/pb.20.11.666.
8. Merkelbach H., Jelicic M., Pieters M. The residual effect of feigning: how intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting // *J. Clin. Exp. Neuropsychol*. 2011. Vol. 33. N. 1. P. 131–139. DOI: 10.1080/13803395.2010.495055.
9. Rosinski A. A comparison of simulated schizophrenia in mental health experts and genuine schizophrenia in psychiatric patients. NY; 2021. [https://academicworks.cuny.edu/gc\\_etds/4549/](https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/4549/) (access date: 18.05.2022).
10. Bellman V., Chinthalapally A., Johnston E. et al. Malingering of psychotic symptoms in psychiatric settings: Theoretical aspects and clinical considerations // *Hindawi Psychiatry Journal*. 2022. Vol. 4. P. 1–9. DOI: 10.1155/2022/3884317.
11. Ткаченко А.А. Симуляция и диссимуляция психических расстройств. Руководство по судебной психиатрии. М.: Юрайт; 2021. С. 501–522.
12. Налчаджян А.А. Фрустрация, психологическая самозащита и характер. Т. 2. Защитные механизмы, самосознание и характер. Цифровая книга; 2013. С. 86–87.
13. Volkmar F.R. Intellectualization of affect. *Encyclopedia of autism spectrum disorders*. NY: Springer; 2013. DOI: 10.1007/978-1-4419-1698-3\_1066.
14. Eussen M.L.J.M., de Bruin E.I., van Gool A.R. Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015. Vol. 24. P. 163–172. DOI: 10.1007/s00787-014-0552-9.
15. Иванова М.М., Бородина Л.Г. Особенности мышления у взрослых с диагнозом расстройства аутистического спектра без умственной отсталости, поставленным в детстве // *Аутизм и нарушения развития*. 2021. Т. 1. №70. С. 34–43. DOI: 10.17759/autdd.2021190104.
16. Stern T.A. Personality and personality disorders // *Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2016. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/schizoid-personality-disorder> (access date: 18.05.2022).
17. Кобзова М.П. Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР). *Медицинская психология в России*. 2015. Т. 1. №30. С. 9.
18. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012. Т. 112. №8. С. 7–14.



## REFERENCES

1. Berezancev AYu. *Sudebnaya psixiatriya*. M.: Yurajt; 2021. 539 p.
2. Hay GG. Feigned psychosis: A review of the simulation of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 1983;143:8–10. DOI: 10.1192/bjp.143.1.8.
3. Safuanov FS. Simulyaciya psixicheskogo rasstrojstva: social'no-psixologicheskij aspekt. Teoreticheskoe issledovanie. *Rossiiskij psixiatricheskij zhurnal*. 2018;4:48–55. (In Russ.)
4. Resnick PhJ, Knoll J. Faking it: how to detect malingered psychosis. *Current Psychiatry*. 2005;4(11):13–25.
5. Harris M. The malingering of psychotic disorders. *Jefferson Journal of Psychiatry*. 2000;15(1):13–24. DOI: 10.29046/JJP.015.1.003.
6. Waite S, Geddes A. Malingered psychosis leading to involuntary psychiatric hospitalization. *Australas Psychiatry*. 2006;14(4):419–421. DOI: 10.1080/j.1440-1665.2006.02317.x.
7. Humphreys M, Ogilvie A. Feigned psychosis revisited — a 20 year follow up of 10 patients. *Psychiatric Bulletin*. 20;11: 666–669. DOI: 10.1192/pb.20.11.666.
8. Merckelbach H, Jelicic M, Pieters M. The residual effect of feigning: how intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2011;33(1):131–139. DOI: 10.1080/13803395.2010.495055.
9. Rosinski A. *A comparison of simulated schizophrenia in mental health experts and genuine schizophrenia in psychiatric patients*. NY; 2021. [https://academicworks.cuny.edu/gc\\_etds/4549/](https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/4549/) (access date: 18.05.2022).
10. Bellman V, Chinthapally A, Johnston E et al. Malingering of psychotic symptoms in psychiatric settings: Theoretical aspects and clinical considerations. *Hindawi Psychiatry Journal*. 2022;4:1–9. DOI: 10.1155/2022/3884317.
11. Tkachenko AA. *Simulyaciya i dissimulyaciya psixicheskikh rasstrojstv*. Rukovodstvo po sudebnoj psixiatrii. M.: Yurajt; 2021. p. 501–522. (In Russ.)
12. Nalchadzhyan AA. *Frustraciya, psixologicheskaya samoza-shchita i karakter*. T. 2. Zashchitnye mekhanizmy, samosoznanie i karakter. 2013. p. 86–87. (In Russ.)
13. Volkmar FR. *Intellectualization of affect*. *Encyclopedia of autism spectrum disorders*. NY: Springer; 2013. DOI: 10.1007/978-1-4419-1698-3\_1066.
14. Eussen MLJM, de Bruin EI, van Gool AR. Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24:163–172. DOI: 10.1007/s00787-014-0552-9.
15. Ivanova MM, Borodina LG. Osobennosti myshleniya u vzroslykh s diagnozom rasstrojstva autisticheskogo spektra bez umstvennoj otstalosti, postavlennym v detstve. *Autizm i narusheniya razvitiya*. 2021;1(70):34–43. DOI: 10.17759/autdd.2021190104. (In Russ.)
16. Stern TA. Personality and personality disorders. *Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2016. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/schizoid-personality-disorder> (access date: 18.05.2022).
17. Kobzova MP. Dinamika kognitivnykh funkciy i social'naya adaptaciya u pacientov s shizotipicheskim rasstrojstvom (SHTR). *Medicinskaya psixologiya v Rossii*. 2015;1(30):9. (In Russ.)
18. Gurovich IYa, Shmukler AB, Zajceva YuS. Dinamika nejro-kognitivnogo funkcionirovaniya bol'nykh na nachal'nykh etapah razvitiya shizofrenii i rasstrojstv shizofrenicheskogo spektra. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im SS Korsakova*. 2012;112(8): 7–14. (In Russ.)

## ОБ АВТОРАХ

**Менделевич Владимир Давыдович**, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8489-3130>; eLibrary SPIN: 2302-2590; e-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

**Митрофанов Иван Александрович**, ассистент, каф. психиатрии и медицинской психологии; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0541-7038>; eLibrary SPIN: 5782-0447; e-mail: [iv.mitrofanov@mail.ru](mailto:iv.mitrofanov@mail.ru)

## AUTHOR'S INFO

**Vladimir D. Mendelevich**, M.D., Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8489-3130>; eLibrary SPIN: 2302-2590; e-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

**Ivan A. Mitrofanov**, M.D., assistant, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0541-7038>; eLibrary SPIN: 5782-0447; e-mail: [iv.mitrofanov@mail.ru](mailto:iv.mitrofanov@mail.ru)