

Судебная психологическая экспертиза

УДК 159.923
ББК Ю937.2

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ¹

**В. Матанова, К. Куков, С. Вырбанов, П. Маринов,
А. Джорджанова, А. Петрова**

Феномен защитного поведения или симуляции появляется серьезной, но в то же время относительно слабо изученной проблемой в области судебной психологии и судебной психиатрии, представляющей определенные трудности в практике экспертов. В публикации рассматриваются некоторые аспекты исследований защитного поведения и симуляции с позиций клинической и судебной психологии и психиатрии. Подробно описана практическая значимость систематического наблюдения и клинико-психологического исследования. Особое внимание в этом отношении уделяется проективным и специализированным психологическим и психодиагностическим методам.

Ключевые слова: защитное поведение, симуляция, судебная психология, проективные психодиагностические методики.

Различные формы целенаправленного умышленного защитного поведения или симуляция в целом и в криминогенных ситуациях, в частности, являются объектом изучения нескольких профессиональных областей: медицины (в частности, судебной медицины и судебной психиатрии), психологии (в частности, судебной психологии и судебной пато- и нейропсихологии²), правоведения и криминологии. В целом те или иные аспекты защитного поведения рассматриваются не только при вынесении судебной экспертной оценки, но и в повседневной медицинской практике при

определении трудоспособности (при соматических и психических расстройствах), а также в деятельности психолога (при психологическом консультировании и психодиагностике).

Генезис такого типа поведения описан Rogers et al. (1983, pp. 443–460; 1998, pp. 353–367) в рамках нескольких теоретических моделей, объясняющих основную мотивацию субъекта для имитации психического расстройства, в частности, патогенную модель, правовую модель и адаптационную модель.

Разработанная в начале XX века в контексте психоанализа патогенетическая концепция является самой популярной (Resnick et al., 2008). Эта модель рассматривает симуляцию в рамках психического заболевания, при котором человек на самом деле испытывает трудности в преодолении уже существующего психического заболевания (Kucharski et al., 2006, pp. 633–644). Другими словами, индивид безуспешно пытается взять под контроль свое истинное состояние и по собственной воле воспроизводит симптомы психического расстройства. Согласно этой модели, при ухудшении психического состояния индивида его способность контролировать психопатологические симптомы уменьшается, и психическое заболевание становится очевидным.

¹ Статья представлена редакции на болгарском языке. Перевод и научная литературная редакция статьи выполнены одним из авторов статьи А. Джорджановой и канд. мед. наук, доц. М. Бербиным.

² В оригинальном тексте на болгарском языке употребляется термин «нейропсихологическое». Однако семантика и описания этого термина в русскоязычной литературе существенно отличаются от контекста его употребления в болгарской специальной литературе. Наиболее близким болгарскому термину русскоязычным термином является «пато- и нейропсихологическое». Именно этот термин используется в русскоязычном переводе текста статьи (прим. научных редакторов-переводчиков).

Вторая объяснительная модель, описанная Rogers et al. (1998, pp. 353–367), рассматривает защитно-симулятивное поведение с правовой (криминологической) позиции, согласующейся с описанием симулирования в Четвертом издании Руководства по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders American Psychiatric Association, DSM-IV). В этой модели симулирование рассматривается как анти-социальное деяние, совершенное антисоциальным лицом (Rogers, 2008, p. 11).

Отметим, что в DSM-IV предлагается рассматривать дополнительные факторы, которые могут использоваться при оценивании симуляции (American Psychiatric Association, 1994; 2000). Эти факторы связаны с антисоциальным поведением и отношением (Vitacco et al., 2005, pp. 133–153). В рамках этой модели предполагается, что симулянт по существу является «плохим» человеком и обманщиком (McDermott et al., 2008, pp. 463–664).

Разработанная Rogers et al. (1998) адаптационная модель основана на убежденности в том, что все мотивы симуляции не могут быть определены посредством простого этикетирования человека как «сумасшедшего», а его действий – как «плохих». Эта модель предполагает, что симулирующий совершает анализ пользы и вреда такого поведения и его последствий, а затем делает выбор и принимает решение о том, что симулирование является лучшим выбором из доступных.

Наиболее важными характеристиками этой модели являются наличие индивидуальных представлений о ситуации, воспринимаемой как неблагоприятной или неприятной для индивида.

Наличие определенной пользы симулирования на фоне отсутствия более эффективного способа достижения цели отмечает Kucharski et al., (2006). Эта модель стремится исключить негативные коннотации, связанные с симуляцией, чтобы объяснить поведение на основе потребности личности адаптироваться к неблагоприятным условиям.

В контексте адаптационной модели в DSM-IV приводится возможное объяснение симулятивного поведения: «В некоторых случаях симуляция может быть представлена как адаптивное поведение, например, путем демонстрации индивидом того, что у него есть болезнь в период пребывания в плену врага во время войны».

Исследование защитного поведения или симуляции требуют уточнения представлений о некоторых феноменах, связанных с этим понятием (Stoymenov et al., 1988):

Симулирование – сознательное представление соматического нарушения или психического заболевания либо их отдельных симптомов в целях личного обогащения.

Диссимуляция – сокрытие болезни или отдельных симптомов в целях получения выгоды или достижения определенных целей.

Аггравация – намеренное преувеличение симптомов реально существующего заболевания с целью извлечения какой-либо выгоды от этого.

Дезаггравация – преуменьшение тяжести состояния или сокрытие определенных признаков заболевания.

Сюрсимуляция – симулирование признаков, «надстроенных» над картиной реально существующего психического дефекта (Дончев, 2006, pp. 303–304).

Метасимуляция – сознательное и намеренное изображение исчезнувших из клинической картины симптомов (Дончев, 2006, p. 308).

В другой классификации преднамеренного избегающего поведения (симуляции), использующейся в судебной психиатрической и психологической практике, предлагается различать следующие три основных типа симуляции.

При **первом типе** наблюдается фальсификация анамнестических данных, которые представляет сам человек либо его близкие, или представление ложной информации, в том числе поддельных документов, касающихся индивида либо его родственников.

Второй тип защитного поведения (симуляции) заключается в предъявлении в клинической картине мнимых симптомов эпилепсии, депрессии, шизофрении (бред, галлюцинации).

Третий тип защитного поведения (симуляции) связан с предъявлением симптомов, которые «изготовлены» самим пациентом, а не являются результатом протекания какого-либо определенного заболевания, то есть имеется презентация мнимой болезни (Дончев, 2006, p. 310).

«Мнимые» (искусственные, имитируемые) психические расстройства проявляются у определенного типа пациентов, которые описывают различные симптомы, начиная от ухудшения памяти, аффективных симптомов

и неспособности справляться с различными проблемами. Пациенты отвечают «вокруг вопросов», избегая подтвердить или опровергнуть все, на что они жалуются.

Одной из форм искусственного психического расстройства или симуляции является синдром Ганзера, включающий пуэрилизм (возврат к стилю детскости в поведении, реагировании и речи), псевдодементность (стремления давать неправильные ответы на простые вопросы), склонность к глупому шутливому (например, надеванию пальто на ноги и т. д.), снопоподобные помрачения сознания (Стоименов, 1988).

Другим типом мнимого расстройства является симулирование определенного соматического заболевания, которое индуцировано и смоделировано самим пациентом, например, симптомы повышенной температуры тела в результате манипуляции с термометром или инъекции веществ, вызывающих гипертермию (Corsini, 2008, p. 1186).

Определенным типом мнимого соматического расстройства является **синдром Мюнхгаузена**, проявляющийся в склонности к псевдологии (стремлению придумывать события, приключения с целью прославления себя), многократные поступления в медицинские учреждения по поводу самоповреждений или воображаемого острого заболевания (Стоименов с соавт., 1988). Этот синдром также принято считать следствием неосознаваемо мотивированного поведения.

При судебно-экспертном оценивании следует принимать во внимание, что во временном плане симуляция может быть предварительной (то есть проявляться до совершения незаконных деяний); может проявляться в момент правонарушения или преступления с целью замаскировать его мотивы и может демонстрироваться после совершения деяния (Дончев, 2006). В обобщенном плане следует отметить, что симуляция может наблюдаться и у здоровых людей или акцентуированных личностей, а некоторые другие связанные с термином «симуляция» феномены (диссимуляция, аггравация, дезаггравация, сюрсимуляция и метасимуляция) наблюдаются на патологической почве.

Симуляция является одним из видов поведения, при котором наблюдается картина психического расстройства, а симулирующий его субъект может извлечь некоторую пользу. При симуляции существует возможность сочетания двух типов защитного поведения или

симуляции – как фальсификация представляющих подэкспертным или его близкими анамнестических данных, так и представление в клинической картине симптомов эпилепсии, депрессии, шизофрении.

В современных классификационных системах – Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и в DSM-IV проблемы симуляции также представлены.

В DSM-IV симуляция рассматривается как преднамеренное представление ложных или сильно преувеличенных симптомов с целью достижения определенных экстернализованных (внешних по отношению к себе) поощрений. При этом защитное поведение (симуляция) рассматривается в разделе «Искусственные (имитируемые) расстройства» («Factitious Disorders») и включает в себя расстройства с преимущественно психологическими проявлениями и симптомами либо с преимущественно телесными симптомами, либо с их сочетанием без преобладания каких-либо из них. При этом диагностические критерии такого расстройства в DSM-IV сформулированы в следующем виде:

А. Телесные, психологические признаки или симптомы намеренно вызваны или симулированы.

Б. Мотивацией такого поведения является принятие роли больного.

С. Внешние стимулы для этого поведения (например, экономическая выгода, избегание ответственности либо улучшение соматического благополучия), в отличие от сознательного симулирования болезни отсутствуют.

К этой же категории относятся нарушения, протекающие с имитируемыми симптомами, которые не в полной мере отвечают критериям для классических «искусственных» расстройств. Например, «искусственное расстройство подмены», при котором физические или психологические признаки или симптомы у одного человека с целью принятия им роли больного намеренно вызываются или симулируются проявляющим о нем заботу другим человеком.

В этом проявляется их отличие от сознательного симулирования болезни, внесенного и в DSM-IV в раздел «Дополнительные условия, которые могут быть фокусом внимания в клиническом аспекте» («Additional Conditions that May Be a Focus of Clinical Attention»), и в МКБ-10 в раздел Z «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» под кодом Z76.5. При

этом расстройстве отмечается четкое стремление к выгоде, которую лица с таким расстройством пытаются получить от обслуживающих их в больничном учреждении лиц при предъявлении им несуществующих симптомов в попытке получить компенсацию за них.

Главной особенностью сознательного симулирования болезни («Malingering (conscious simulation)», «Престорено расстройство») является намеренное представление ложных или грубо преувеличенных психологических либо телесных симптомов, мотивированных внешними стимулами (например, уклонением от воинской службы, работы, приобретением финансовой выгоды, избеганием уголовной ответственности и др.). В некоторых случаях симулирование болезни может являться формой адаптивного поведения (например, симулирование болезни узниками во время войны с целью вызвать положительное отношение своих врагов).

Сознательное симулирование болезни следует заподозрить особенно серьезно с учетом любых следующих сочетаний:

- 1) медико-юридический контекст клинической картины (например, при направлении юристом, адвокатом кого-либо к врачу для вынесения заключения);
- 2) значительное расхождение между личными утверждениями о пережитом стрессе или инвалидизации индивида, с одной стороны, и объективными данными, с другой;
- 3) отсутствие сотрудничества во время диагностического обследования и оценки статуса, в соблюдении предписанного терапевтического режима;
- 4) наличие антисоциального расстройства личности.

Сознательное симулирование болезни отличается от искусственного, имитируемого, мнимого расстройства тем, что при первом проявления симптомов имеют внешнюю мотивацию, а при вторых такие стимулы отсутствуют. Данные об интрапсихическом характере причин необходимости поддержания роли больного предполагают наличие искусственного (имитируемого) расстройства. Сознательное симулирование болезни следует отличать от конверсионных расстройств и соматоформных расстройств на основании преднамеренности презентуемых симптомов и связанными с ними очевидных внешних стимулов. При сознательной симуляции, в отличие от конверсионных расстройств, после

проведения внушения или гипноза облегчение симптомов, как правило, не достигается.

В МКБ-10 защитное поведение (симуляция) обсуждается в главе «Психические и поведенческие расстройства», в частности как «Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам» (код F68.0). При этом нарушении соматические симптомы, объясняемые и вытекающие, как правило, из доказанного соматического расстройства, заболевания или инвалидности, являются преувеличенными или пролонгированными по времени за счет психологического состояния пациента. Это, как правило, проявляется вследствие дистресса из-за боли, инвалидности и, часто, озабоченности чувствами тревоги и беспокойства (которые могут быть оправданными), возможной длительной или профессиональной нетрудоспособности и боли. Кроме того, регистрируется «Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности соматического или психологического характера («поддельное», «мнимое» расстройство, код F68.1)». При этом наблюдается периодическая или постоянная симуляция симптомов, нанесение самоповреждений на фоне отсутствия установленного соматического или психического расстройства либо сниженной трудоспособности.

Мотивация такого рода поведения неясна и предположительно имеет внутренний характер, а состояние интерпретируется как расстройство, связанное с принятием роли больного, часто сочетающееся с другими расстройствами личности, поведения и нарушениями межличностных отношений.

Важным аспектом диагностики симуляции является понимание причин ее личностной мотивации, среди которых стремление повлиять на исход дела; получить рецепт на медикаменты, компенсацию или нетрудоспособность; избежать судебного или уголовного преследования (в том числе и по причине психического заболевания).

При клинико-психологической и патонейропсихологической экспертной оценке может выявляться преувеличивание симптомов и проблем, что само по себе является симуляцией. Например, у пациентов с тяжелым депрессивным расстройством могут возникнуть когнитивные нарушения и негативная симптоматика, вплоть до депрессивной псевдодеменции.

Некоторые пациенты опасаются, что их проблемы могут быть пропущены врачом ли-

бо специалист может пренебречь ими. Исходя из таких опасений, в жалобах пациентов могут преувеличиваться частота, сила, тяжесть или длительность симптомов. Другие больные могут преувеличивать имеющиеся проблемы для того, чтобы повлиять на динамику отношений между врачом и пациентом. С точки зрения этих пациентов, такого рода преувеличение может привлечь больше внимания к ним и сделать их более значимыми людьми для врача. Конечно, иногда наблюдается и глубоко укоренившаяся психологическая потребность быть в роли больного. В этих случаях умышленное усиление симптомов и проблем способствует сохранению такой роли, и предъявляемые пациентами жалобы отвечают диагностическим критериям расстройств личности и поведения в зрелом возрасте, классифицируемых в разделе F68 МКБ-10.

При судебной экспертизе в случаях, связанных с преступным поведением, часто требуется делать вывод в отношении основных мотивов или причин предполагаемой аггравации или симуляции симптомов.

Такие факторы были обобщены Iverson (2007) в следующие группы: психосоциальные факторы; мотивационные и(или) стимулирующие факторы; право на компенсацию; избегание ответственности; обоснование и отрицание потребности ухода со стороны супруга; состояние отчаяния и потребность в особом медицинском уходе; состояние гнева и(или) фрустрации; потребность в получении медикаментов; стремление избежать судебного преследования; жадность (алчность); стремление оказывать влияние; стремление избежать приговора; извлечение преимуществ из соматического статуса и получение компенсации; выученная модель поведения (например, при хронической боли), вероятность заключения мирового соглашения за причинение вреда; наличие депрессии или негативистского мышления; личностные черты и расстройства; эффект ноцебо; особенности атрибуции; блокирование чего-нибудь ненужного; эффект «старые добрые времена»; возможность получения прибыли, ренты, например, финансовой или юридической (Iverson, 2007, pp. 94–102). При этом вышеперечисленные факторы могут встречаться как изолированно, так и в сочетании друг с другом.

Кроме того, некоторые социально-психологические факторы также могут по-

влиять на восприятие и распознавание симптомов человеком. В их число включаются:

- ноцебо-эффект, проявляющийся на фоне стандартной терапии негативными ожиданиями последствий болезни или причинно связанных с ней симптомов, определенным складом мышления или системой убеждений, которые могут негативно повлиять на здоровье, вне зависимости от других факторов риска;

- атрибутирование – стремление безосновательно приписывать нормальным телесным ощущениям (например, учащение пульса при подъеме по лестнице) или каким-либо признакам (например, температуре тела 37,0 градусов) как проявлениям болезни (например, пневмонии или сердечного приступа) или инвалидизации;

- эффект «старые добрые времена» и тенденция предвзятости ответов, проявляющаяся избыточной переоценкой происходящих с ними изменений на фоне оценок и выводов пациентов о состоянии их здоровья и в прошлом, когда они имели гораздо меньше проблем со здоровьем.

Таким образом, причины симулирования могут быть сгруппированы в две группы: избегание чего-либо болезненного (в судебно-экспертном контексте – угрозы ареста, уголовного преследования) или получение удовольствия, состояния удовлетворенности (наркотиков, жилья, финансовой компенсации от работодателя и т. п.).

Различия в симулировании также можно выделить в две основные группы. Внутренние причины связаны с противоречиями между сообщаемыми пациентом симптомами и данными истории болезни. Внешние факторы связаны с расхождениями между самими сообщаемыми и наблюдаемыми симптомами; между декларируемыми и фактическими симптомами, с одной стороны, и уровнем функционирования, с другой; между клинической симптоматикой и результатами психологических тестов.

Факторы, предполагающие наличие симуляции или аггравации, включают в себя явно выраженные противоречия в декларируемых симптомах либо невероятность их комбинации; отказ пациента от сотрудничества либо уклончивость в контактах (преобладание общих ответов либо ответов типа «не знаю» или «не помню»); защитное либо установочное поведение в виде повторения вопросов; враждеб-

ность; а также результаты специализированных тестов либо их отдельных шкал.

Очевидно, что вышеизложенное затрудняет осмысление и концептуализирование главных причин симуляции или причин преувеличения. Рассмотрение таких состояний как «крик о помощи» предполагает, что человек имеет серьезные психологические либо психиатрические проблемы и отчаянно ищет кого-либо, способного увидеть или обратить внимание на эти проблемы. Понятие «крик о помощи» имеет давнюю историю в области психологии и пато-нейропсихологии. С другой стороны, в психиатрии и общей медицине клиницисты склонны приписывать преувеличенное значение «психологических факторов» «психиатрическим проблемам», «небиологическим факторам» или вторичной выгоде от болезни. Некоторые врачи склонны даже использовать неопределенные и непонятные термины (такие, например, как «субтенториальный» пациент) для того, чтобы общаться между собой при пациентах, которые считают, что их проблемы заключаются только в их «голове» (или, «технически», считают «местоположением» своих проблем всю область «tentorium cerebri»³). В то же время клиницисты советуют не использовать понятие «крик о помощи» в качестве объяснения симуляции либо аггравации при отсутствии убедительных доказательств такой тенденции.

При оценке депрессии может наблюдаться негативное отношение к себе, к миру и будущему (так называемая отрицательная триада Бека). Такое негативное мышление может проявиться в очевидном преувеличении симптомов и проблем. У проявляющего такой негативизм депрессивного человека это легко может быть выявлено во время интервью.

Во время проведения экспертной оценки требуется проводить анализ и личностного стиля, который включает в себя реакции в конфликтных ситуациях, как правило, проявляющиеся склонностью драматизировать и преувеличивать свои проблемы (что типично, например, для истерической личности).

Еще одной важной частью экспертного оценивания является исследование умышленного преувеличения (симулирования) в связи с глубинно укоренившейся психологической

потребностью (оценка механизмов психологической защиты и реактивного сопротивления личности, «reactance»), наблюдаемой у больных и инвалидов (например, использованием ипохондризации и соматизации как защитных механизмов). И не в последнюю очередь наблюдаемое поведение и представляемые симптомы могут рассматриваться как мотивированная попытка повлиять на экспертную оценку с целью достижения благоприятного исхода судебного дела или оценки степени нарушения.

Психологическая оценка защитного поведения (симулирования)

Анамнестические данные. В оценке симуляционного поведения важная роль принадлежит анамнестическим данным. По мнению P.J. Resnik et al., перед проведением интервью целесообразно рассмотреть всю доступную информацию, полученную от друзей, родственников, при предыдущих медицинских осмотрах, в документах или полицейских отчетах (Resnik et al., 2005, pp. 13–25).

Наблюдение. Наблюдение является одним из методов, используемых для верификации полученной информации. Наблюдение при исследовании лиц, в отношении которых имеются подозрения в возможной симуляции, должно включать в себя его реакции в ходе исследования – длительные паузы, иные особенности поведения, не подкрепляющие симптомы, сообщаемые подэкспертными. Наблюдение требуется продолжить не только в экспериментальной ситуации, но и, например, в стационарном отделении или палате, при общении с другими пациентами, в ситуациях, при которых подэкспертный убежден, что за ним никто не наблюдает. Такое поведение медицинских работников и персонала может значительно отличаться от того, которое проявляется с другими пациентами.

Интервью. В интервью рекомендуется использование открытых вопросов, чтобы пациенты были в состоянии объяснить свои симптомы собственными словами. Важно также побудить индивида рассказать свою историю последовательно, избегая задавать наводящие вопросы, которые могут дать подсказку для предъявления специфических симптомов, что может привести к вынесению определенного диагноза.

Кроме того, при подозрении на симулирование рекомендуется проводить интервью на

³ В переносном смысле – «область, покрытую твердой мозговой оболочкой» или «головной мозг в целом» (прим. научных редакторов-переводчиков).

протяжении более продолжительного времени (в том числе и отсроченно по времени), потому что возникающее при этом утомление может снизить способность человека подкреплять предъявление ложных симптомов (Chesterman et al., 2008; Resnick et al., 2005, pp. 13–25). При исследовании лиц с подозрением на симулирование целесообразно опираться на данные стабильного суточного (двадцатичетырехчасового) наблюдения (Resnick et al., 1997, pp. 130–152), а также на маркеры, которые могут привлечь внимание к возможности симуляции декларируемых нарушений и проблем (Resnick et al., 2005, p. 4).

Симулянты могут декларировать редкие либо необычные симптомы, которые почти никогда не наблюдаются даже у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями (Rogers, 2008, pp. 14–38). Интервьюирующий может обратить внимание человека на эти необычные симптомы, чтобы увидеть, были ли они приукрашены (Miller, 2001).

Следует искать и несоответствия в полученных из других источников данных и данных самого исследуемого лица (например, несоответствие между сообщаемыми симптомами и наблюдаемым поведением).

Психологические тесты для исследования когнитивных процессов

Исследование памяти. В исследовании памяти диапазон возможностей симулирования может быть очень большим. Симулирование может включать в себя невозможность фиксации слов или отказ от исполнения методики до фиксации только одного или двух слов. При отсроченном воспроизведении исследуемые лица не могут воспроизвести слова, но знают заданные слова. Другой вариант симулирования на практике наблюдается при воспроизведении фигур (тест Бентона, тест Бендера и т. д.), в ходе которого испытуемые отказываются воспроизводить простые (элементарные) фигуры либо искажают их, с тенденцией отказа или искажения при выполнении копирования фигур по образцу.

Исследование мышления. При исследовании особенностей мышления симуляционное поведение может наблюдаться при работе с тестовыми методиками. При выполнении теста «Исключение четвертого лишнего» могут наблюдаться ошибки при работе с элементарными табличными стимулами. При предъявлении вопросов, связанных с обнаружив-

шейся логической взаимосвязью особенностей личности и последовавшей ошибки, противоречащей очевидной логической модели мышления, также предполагается наличие симулирования.

Симуляционное поведение может наблюдаться и при исполнении тестовой методики «Классификация предметов», например, когда исследуемые огорчаются при похвале за хорошую работу и начинают делать больше ошибок по мере получения положительных оценок за работу (Иванов, 1976, pp. 121–126).

Исследование интеллекта. Возможное симулирование при исследовании интеллекта может проявляться различными вариантами: испытуемый может отказаться от исполнения тестового задания; может показать низкие интеллектуальные способности, которые не соотносятся с действительным уровнем функционирования индивида; может показать результат более низкий, чем ранее; может делать очевидные ошибки. При исследовании симуляции проводится качественная и количественная оценка ошибок.

Качественная оценка включает оценку типовых ошибок, например, показывание неправильных ответов в ситуации выбора из 5 неправильных и 1 правильного, при условии, что обследуемый подтвердил правильность понимания инструкции. Для некоторых тестов (например, стандартные прогрессивные матрицы Raven) имеется разработанная формула количественной оценки симуляции, основанная на ответах на первые 24 айтема в сравнении с ответами на последний из 24 айтемов (Gudjonsson, 1986, pp. 25, 35–41; McKinzey, 1999, pp. 435–439).

Скрининг симулирования. Использование самооценочных скрининговых шкал для оценки симулирования является эффективным способом оценки его наличия и хорошей основой для дальнейшего углубленного изучения в случае выявления симулирования. Преимуществом таких инструментов является то, что они не требуют много времени (исследование может занимать до 15 мин, по Rogers, 2008). Специалисты должны учитывать несколько факторов при выборе и использовании инструментов оценки. Эти факторы включают в себя (Smith, 2008, pp. 323–342) представляемые (симулируемые) симптомы; среду и ситуацию, в которой проводится исследование (в условиях клинического отделения или в условиях мест лишения свободы), и

способ проведения (самооценочные, оценочные средства, интервью и др.).

М-тест (M-test) является самооценочным инструментом, предполагающим получение дихотомичных ответов типа «верно/не верно» на 33 предъявляемых айтема, распределенных в 3 шкалы скрининг-измерения и предназначенных для оценки симулирования симптомов шизофрении (Beaber et al., 1985, pp. 1478–1481).

Структурированный вопросник симптомов симулирования (Structured Inventory of Malingered Symptomatology, SIMS) является самооценочным опросником, содержащим 75 айтемов, предполагающим получение ответа «правильно» либо «неправильно». Вопросник SIMS предназначен для выявления симуляции при проведении клинической и судебной экспертной оценки и его проведение обычно занимает около 15 минут (Widows, 2005).

Вопросник оценки депрессии (ADI, Mogge, 2004, pp. 107–113) представляет собой валидную и информативную самооценочную методику, содержащую 39 вопросов, предназначенных для оценки индивидуальных симптомов депрессии и симулирования депрессивных симптомов, в частности (Smith, 2008, pp. 323–342;).

Вопросник Миллера для судебной оценки симптомов (Miller Forensic Assessment of Symptoms Test, M-FAST) представляет собой краткое структурированное интервью, целенаправленно предназначенное для скрининга симуляции (Miller, 2001).

Вопросники для выявления симулирования

Вопросник оценки личности (PAI) является самооценочным вопросником, состоящим из 344 айтемов, разработан для оценки психопатологии и значимых индивидуально-личностных характеристик (Mogey, 1991).

Валидность **Миннесотского многофакторного личностного опросника 2-й версии** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, MMPI-2) хорошо исследована (Greene, 1991). Хорошо изучены и возможности выявления симуляции психического заболевания (Chesterman et al., 2008, pp. 275–300). Данные по оценочным шкалам (шкалам Валидности [Достоверности], Лжи и Коррекции) содержат в себе информацию о достоверности профиля MMPI-2 в целом. Низкие значения шкалы Лжи и Коррекции, высокие – шкалы Валидности (часто – свыше 99 Т-баллов) являются ин-

дикатором симулирования (Singh et al., 2007, pp. 126–132).

Структурированное интервью о наличии симптомов (SIRS) представляет собой широко распространенный и валидный инструментарий, содержащий 172 айтема для структурированного интервью (длительностью, как правило, около 45–60 минут), направленный на выявление симуляции психических заболеваний (Rogers, 1992). Методика SIRS используется в клинической и судебно-медицинской практике и является «золотым стандартом» при исследовании симуляции, с наилучшей эмпирически подтвержденной эффективностью ее выявления (Rogers, 2008, pp. 14–38).

Вопросник Айзенка (EPQ) является инструментом для изучения личностных свойств. Подозрение на симуляцию может возникать при не валидном профиле и значениях шкалы Лжи в 7–9 баллов.

Гиссенский тест содержит 40 полярных айтемов, объединенных в шесть шкал социально-психологических и индивидуально-психологических характеристик. Симулирование предполагается при наличии множества полярных ответов, оцениваемых одним либо семью баллами (Кокошарова, 1984, с. 153–166).

В контексте вышеизложенного вызывает сожаление, что в экспертной психологической практике в Болгарии наблюдается дефицит стандартизованных методик для клинко-психологического и экспертного исследования.

Проективные методы и моделирование (Тест тематической апперцепции, тест М. Люшера, рисуночный тест, апперцептивный тест Розенцвейга, тест Роршаха)

Благодаря неструктурированности стимульного материала можно наблюдать различные варианты поведения во время выполнения таких тестов. Поведение варьирует от отказа в выполнении тестовых методик до неиспользования инструкций стереотипного воспроизведения одного и того же сюжета (очевидный индикатор защитного поведения), краткости рассказа с простым содержанием и односложными высказываниями. Из-за специфики работы с проективными методиками анализ данных и интерпретации должны выполняться специалистом в области клинической психологии, имеющим необходимое образование, клинический опыт и прошедшим

обучение для работы с психологическим инструментарием такого типа.

Обобщая вышеизложенное, следует подчеркнуть, что симулирование рассматривается как преднамеренное предъявление человеком проблем и симптомов заболевания с целью получения некоторой пользы. Описанные выше сложности потребовали разработки конкретных критериев оценки таких состояний. В психологической литературе и, в частности, в пато-нейропсихологических исследованиях такие критерии были предложены Slick (1999, pp. 545–561). Для диагностики симулирования должны быть ясные и убедительные доказательства о неуспешности выполнения тестовых методик свидетельства (например, плохая репродукция при выполнении теста Бентона).

Симуляционным поведение человека должно считаться только в том случае, если оно определяется как волевое и рациональное.

При других причинах (например, при расстройствах личности, расцениваемых как преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам (F 68) или соматоформных расстройствах) не требуется наличие альтернативных объяснений.

Необходимо делать оценку причин преувеличения или выдумывания нарушения. При этом такие причины не должны являться результатом уменьшения возможностей человека справляться с задачами.

Необходимо оценивать нормативные основы, культурные особенности и привычки в социальной группе, выявлять контрастность поведения человека с такими особенностями.

Необходимо исключить определенные психические расстройства (например, шизоаффективные расстройства), нарушения развития (умственная отсталость) или неврологические расстройства (например, деменция).

В основе симулирования когнитивных нарушений должно лежать намеренное плохое выполнение тестовых методик. Доказательством такого рода плохого выполнения пато- и нейропсихологических тестов может быть одно из следующих:

а) более или менее плохое выполнение одного или нескольких тестов на фоне заторможенности либо интерферированности когнитивных процессов;

б) плохие результаты при решении одного или нескольких хорошо валидизированных тестов или показателей, предназначенных для измерения такого поведения;

в) убедительное несоответствие между тестовыми результатами и известными моделями мозговой и психической деятельности (например, биологическим индексом тяжести);

г) убедительное расхождение между тестовыми результатами и наблюдаемым поведением;

д) убедительное несоответствие между тестовыми результатами и данными исследований, связанных с потенциальной (симулируемой) болезнью;

е) убедительное несоответствие между результатами исследования и документированной историей болезни и жизни.

По мнению Slick et al. (1999, pp. 545–561), полученные от пациента сведения также могут использоваться для поддержки моделирования диагностики. Следующие факторы могут считаться сомнительными и требуют внимательного рассмотрения:

а) сообщаемый пациентом анамнез расходится с документированной историей жизни и болезни;

б) предъявляемые пациентом жалобы и декларируемые симптомы не согласуются с известными моделями мозговой и психической деятельности;

в) сообщаемые пациентом симптомы противоречат результатам наблюдений за его поведением;

г) представленные пациентом симптомы не согласуются с информацией, полученной из достоверных источников;

д) наличие доказательств об аггравации или данных самоотчетов по психологическим тестам (например, по MMPI-2), имеющим валидизированные шкальные индикаторы о наличии тенденций к лжи, симуляции, аггравации, умышленного искажения сообщаемой информации.

Трудности в оценке симулирования описаны в известном классическом эксперименте, проведенном психологом David Rosenhan. Это исследование считается важным в критике психиатрического диагноза, иллюстрирующим возможность симулирования тяжелого психического заболевания (Rosenhan, 1973).

Исследование проводилось в два этапа в 12 различных психиатрических больницах пяти различных штатов США. На первом этапе использовалось участие здоровых исследуемых или «псевдопациентов» (одним из которых являлся сам автор публикации). Каждый из них рассказал, что у него были слуховые галлюцинации. Все они были госпитализированы с диагнозом психотического рас-

стройства, по поводу которого им было назначено лечение. При этом 11 пациентам вынесен диагноз шизофрении, а одному – диагноз биполярного аффективного расстройства. Согласно предварительно полученным инструкциям, после госпитализации они обращали внимание персонала, что они чувствуют себя лучше и больше не имеют галлюцинаций. Вопреки этому, они были выписаны из клиники только после того, как согласились принимать лекарства, признав тем самым, что страдают психическим расстройством. Все участники исследования были выписаны с оценкой «ремиссия».

Вторая часть исследования проводилась D. Rosenhan в университетском госпитале, сотрудники которого были ознакомлены с результатами первого этапа, но оспаривали их, утверждая, что такие ошибки не могут быть допущены в их учреждении. В соответствии с программой исследования персоналу было сообщено, что в ближайшие три месяца один или несколько «псевдопациентов» постараются лечь в больницу и каждого пациента следует оценивать, принимая во внимание риск того, что любой из них может оказаться симулянтом. Из 193 поступивших пациентов 41 был оценен как «псевдопациент», а другие 42 считались подозрительными в отношении симулирования. Однако на самом деле David Rosenhan не посылал в клинику никаких «псевдопациентов» и все поступившие действительно были больны.

Несмотря на отсроченность во времени (с 1973 г.), этот эксперимент разъясняет, насколько трудно различить правильный и ошибочный диагноз при психозах. Современные представления о проблеме дают дополнительные основания к формированию системы оценки подозреваемых в симуляции лиц.

Слуховые галлюцинации у таких лиц, ясные, отчетливые и звучащие, как правило, вне головы. Одинаково часто слышатся мужские и женские голоса. При шизофрении основными темами галлюцинаций являются сюжеты преследования (персекуторные) и директивности (наставления). Императивные слуховые галлюцинации представляются легкими для их исполнения. Обычно «истинные голоса» не всегда приводит к реальному подчинению, особенно если призывают к чему-либо опасному. Галлюцинации и бред у пациентов редко являются обязывающими. Наличие в клинической картине только императивных галлюцинаций без других психотиче-

ских симптомов дает основание подозревать симуляцию (Resnick, Knoll, 2005).

Другая разделительная линия облегчает оценку галлюцинации при шизофрении, если пациент вовлечен в какую-либо деятельность (работа, просмотр телевизора, изменение положения тела, поиск контакта с другим человеком и др.). Особенно важно, что при симуляции человек при постановке задачи может снизить либо исключить предъявление галлюцинаций, в отличие от находящихся в активной фазе пациентов. Симулирующие часто используют весьма необычный язык для предполагаемых голосов.

Зрительные галлюцинации значительно чаще встречаются среди симулянтов, чем у психотических пациентов. Нетипичные, грандиозные и гротескные зрительные галлюцинации могут служить подкреплению предъявляемых симптомов, особенно когда они изолированы и несозвучны поведению человека.

Бред при симуляции с различными содержанием, вариативностью тематики и степенью систематизации связан с жизнью до освидетельствования. При симуляции нередко человек говорит, что бред происходит и исчезает спонтанно. Считается, что странности и нелепости в бреде более свидетельствуют о дезорганизованности мышления и не подтверждаются при симуляции. При истинном бреде поведение созвучно с симптоматикой болезни, в то время как при симуляции это не подтверждается. Декларируемые параноидальные мысли без соответствующего им параноидального поведения дают основания предполагать наличие симуляции.

В заключение следует отметить, что симулирование и демонстративно болезненное поведение представляют определенные трудности для исследования. В то же время современная клиническая психология имеет серьезный инструментарий для исследования симулирования. Длительное наблюдение в клинических условиях значительно повышает надежность оценки симулирования при проведении судебно-психологической и судебно-психиатрической экспертизы.

Литература/References

1. Дончев П. Руководство по судебной психиатрии. София, 2006, с. 320 [Donchev P. *Rukovodstvo po sudebna psikhiiatriya*. (Guide to Forensic Psychiatry), Sofiya, 2006, p. 320].
2. Иванов В. Клиническая психология. Медицина и физкультура. София, 1976, с. 180. [Ivanov V. *Klinichna psikhologiya*. *Meditcina i*

fizkultura. (Clinical Psychology. Medicine and Sports), Sofiya, 1976, p. 180].

3. Кокоскарлова А. Изследване на личността в клиничната практика. Медицина и физкултура. София, 1984. [Kokoshkarova A. *Izsledvane na lichnostta v klinichnata praktika. Meditsina i fizkultura* (Study of personality in clinical practice. Medicine and Sports), Sofiya, 1984].

4. Корсини Р. Энциклопедия по психология и поведенческа наука. Наука и изкуство. София, 2008, 1186 с. [Korsini R. *Entsiklopediya po psikhologiya i povedencheska nauka. Nauka i izkustvo*. (Encyclopedia of psychology and behavioral science. Science and art), Sofiya, 2008, p. 1186].

5. Стоименов Й., Рачев И. Психиатричен клиничен речник. Медицина и физкултура. София, 1988, 310 с. [Stoimenov Y., Rachev I. *Psikhiatrichen klinichen rechnik. Meditsina i fizkultura*. (Psychiatric clinical vocabulary. Medicine and Sports), Sofiya, 1988, p. 310].

6. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed.) Washington, DC.

7. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Revised 4th ed.) Washington, DC, p. 39.

8. Beaber R.J., Marston, A., Michelli, J., & Mills, M. A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *American Journal of Psychiatry*, 1985.

9. Chesterman L.P., Terbeck S., Vaughan F., Review: Malingered psychosis, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, № 19(3), 2008.

10. Greene R.L. *The MMPI-2/MMPI: An interpretative manual*, Boston, MA: Allyn & Bacon, 1991

11. Gudjonsson G., Schackleton H. The pattern of scores on Raven's Matrices during "faking bad" and "non-faking" performance, *British Journal of Clinical Psychology*, 1986.

12. Iverson G. L. Identifying exaggeration and malingering. 200, *Pain Practice*, 7(2).

13. Kucharski L.T., Duncan S., Egan S.S., Falkenbach D.M. Psychopathy and malingering of psychiatric disorder in criminal defendants. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(5), 2006.

14. McDermott B.E., Leamon M., Feldman M.D. & Scott C.L. (2008). Factitious Disorder and Malingering. In R. H. Hales & S. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

15. McKinzey R.M., Podd M.H., Krehbiel M.A., Raven J. Detection of malingering on Raven's Standard Progressive Matrices: A cross-validation. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 1999.

16. Mogge N.L., LePage J.P. The Assessment of Depression Inventory (ADI): A new instrument used to measure depression and to detect honesty of response. *Depression and Anxiety*, 20, 2004.

17. Morey L.C. *Personality Assessment Inventory: Professional manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.

18. Miller H.A. *Manual for the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST)*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2001.

19. Resnick P.J. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.

20. Resnick P.J., Knoll J.L. *Faking it: How to detect malingered psychosis*, Current Psychiatry, 2005.

21. Resnick P.J., Knoll J.L. Malingered psychosis. In Rogers, R. (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (3rd ed.), New York, NY: Guilford, 2008.

22. Rogers R., & Cavanaugh, J. L. (1983). "Nothing but the truth"...A re-examination of malingering. *Journal of Psychiatry and Law*.

23. Rogers R., Bagby R.M., Dickens S.E. *Structured Interview of Reported Symptoms professional manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.

24. Rogers R., Salekin R.T., Sewell K.W., Goldstein A., Leonard K. A comparison of forensic and nonforensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory models. *Law and Human Behavior*, 22(4), 1998.

25. Rogers R. (2008). Detection strategies for malingering and defensiveness. *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.

26. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*, 1973. № 179 (4070): 250.

27. Slick D., Sherman E.M., Iverson G.L. Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 1999.

28. Singh, J., Avasthi A., Grover S. Malingering of psychiatric disorders: A review. *German Journal of Psychiatry*, 2007.

29. Smith G.P. (2008). Brief screening measures for the detection of feigned

Судебная психологическая экспертиза

psychopathology. In R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.

30. Vitacco M. J., & Rogers, R. (2005). Assessment of malingering in correctional settings. In C. L. Scott & J. B. Gerbasi (Eds.), *Handbook*

of Correctional Mental Health. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

31. Widows M.R., Smith G.P., *Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2005.

Ваня Матанова, профессор, доктор психологических наук, заведующая кафедрой психологии, Софийский Университет «Св. Климент Охридски», г. София, Республика Болгария, v_matanova@yahoo.com.

Калоян Куков, доктор психологии, клинический психолог Консультативно-диагностического центра, Университетская многопрофильная больница активного лечения (УМБАЛ) «Света Марина» г. Варна, Республика Болгария, kalojan_pl@yahoo.com

Светлин Върбанов, судебный психиатр-резидент Клиники судебной психиатрии УМБАЛ «Света Марина», г. Варна, Республика Болгария, officeub@mail.bg

Петр Маринов, доктор медицины, доцент, руководитель Клиники судебной психиатрии УМБАЛ «Света Марина», Государственной консультант по судебной психиатрии, Министерство здравоохранения Республики Болгария, г. Варна, Республика Болгария, petmarinov@abv.bg

Аделина Джорджанова, судебный психиатр Клиники судебной психиатрии УМБАЛ «Света Марина», г. Варна, Республика Болгария, adelina.jordjanova@abv.bg

Анка Петрова, судебный психиатр Клиники судебной психиатрии УМБАЛ «Света Марина» УМБАЛ «Света Марина» г. Варна, Республика Болгария, dr_anka_petrova@abv.bg

Поступила в редакцию 4 марта 2014 г.

**Bulletin of the South Ural State University
Series "Psychology"
2014, vol. 7, no. 2, pp. 71–82**

CLINICAL PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND PSYCHODIAGNOSIS OF PROTECTIVE BEHAVIOR AS A PROBLEM OF FORENSIC EXPERT PRACTICE

*V. Matanova, Sofia University St. Kliment Ohridski, Sofia, Republic of Bulgaria,
v_matanova@yahoo.com.*

K. Kukov, Clinic St. Marina, Varna, Republic of Bulgaria, kalojan_pl@yahoo.com

*S. Vyrbanov, Department of Forensic Psychiatry, University Hospital St. Marina, Varna,
Republic of Bulgaria, officeub@mail.bg*

*P. Marinov, Department of Forensic Psychiatry, University Hospital St. Marina, Varna,
Republic of Bulgaria, petmarinov@abv.bg*

*A. Djordanova, Department of Forensic Psychiatry, University Hospital St. Marina, Varna,
Republic of Bulgaria, adelina.jordjanova@abv.bg*

*A. Petrova, Department of Forensic Psychiatry, University Hospital St. Marina, Varna,
Republic of Bulgaria, dr_anka_petrova@abv.bg*

The phenomenon of defensive behavior or simulation is a serious, but at the same time, relatively insufficiently explored problem in field of forensic psychology and psychiatry, and it creates certain difficulties in experts' practices. The publication discusses some aspects of protective behavior studies and simulations from the standpoint of clinical and forensic psychology and psychiatry. It contains a detailed explanation of practical importance for systematic observation and clinical psychological research. Particular attention in this regard is paid to the projective and specialized psychological and psychodiagnosis techniques.

Keywords: protective behavior, simulation, forensic psychology, projective psychodiagnosis techniques.

Received 4 March 2014