

*В.И. Петров, Н.В. Иванчиков, А.А. Кралько,
Т.И. Чегерова, А.В. Кудрявцева*

СИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

*ИУ «Тюрьма №4» УДИН МВД по Могилёвской области,
УО «Могилёвский высший колледж милиции»,
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь,
УО «Могилёвский государственный университет им. А.А. Кулешова»*

Представлены современные сведения о симуляции психических расстройств. Необходимо учитывать особенности функционирования психики человека в проблемные периоды жизни. Рекомендованы несколько приёмов выявления симуляции.

Указано, что использование несложных действий может улучшить качество судебно-психиатрической экспертизы. Сегодня следует искать новые пути решения проблемы профилактики и выявления симуляции психических расстройств.

Ключевые слова: *симуляция, психические расстройства, определение, экспертиза.*

*V.I. Petrov, N.V. Ivanchikov, A.A. Kralko, T.I. Chegerova,
A.V. Kudryavtseva*

THE SIMULATION OF MENTAL DISORDERES AS ONE FROM THE FORM OF ЗАЩИТНОГО BEHAVIOUR IN CRIMINAL PROCEDURE

The contemporary data about simulation mental disorderes are presented. One must to take into account the peculiarities of function the mentality of the person in the problem periods of the life. Some methods of defining the simulation are recommended. With the use of some simple methods one can to do the quality of judicial psychiatric expertise better. Today one must search of new ways to solve the problem prophylaxis and defining simulation mental disorderes.

Key words: *simulation, mental disorderes, defining, expertise.*

Известный психиатр, один из основоположников советской психиатрии, П.Б. Ганнушкин писал: «Душевная болезнь связывается с состоянием всего организма, с врождённой конституцией индивидуума, с состоянием его обмена веществ, с функционированием эндокринной системы, наконец, с состоянием нервной системы... Головной мозг является только главной ареной, на которой разыгрывается и развёртывается всё действие».

Причины большинства психических болезней до сих пор в значительной мере остаются неизвестны. Неясно также соотношение в их происхождении наследственности, внутренне обусловленных особенностей организма и вредностей окружающей среды [2].

Данная ситуация создаёт предпосылки для возможности симуляции психических расстройств как одной из форм защитного поведения в проблемные периоды жизни людей, одним из мотивов поведения которых может быть попытка избежать уголовной ответственности за

совершённое преступление на любом этапе процессуальных действий. Возникшие жизненные проблемы значительно активизируют защитные тенденции личности в борьбе за сохранение социального статуса [4].

Симуляция психических расстройств является актуальной этико-правовой проблемой судебной психиатрии. Диагноз любого психического расстройства всегда несёт в себе негативную социально-этическую нагрузку. Вместе с тем, выставленный в ряде случаев судебно-психиатрической экспертизы, он может помочь избежать уголовной ответственности. По этой причине диагностика состояния психического здоровья субъектов судебно-следственного процесса и гражданского судопроизводства всегда представляет определённые сложности. Тенденция к увеличению симулятивных проявлений у лиц, привлекаемых к уголовной ответственности, неуклонно растёт [3].

В практике судебно-психиатрической экспертизы си-

□ В помощь практикующему врачу

муляция встречается в 2,0 - 3,5% всех случаев экспертиз правонарушителей, причём, у женщин в 2 раза реже, чем у мужчин [5].

Симуляцией психического заболевания является сознательное, преследующее определенную цель притворное поведение, заключающееся в преднамеренном изображении несуществующих признаков психического расстройства или искусственном вызывании их у себя с помощью медикаментозных средств [5]. По МКБ-10 это «преднамеренное вызывание у себя или имитация соматических или психологических симптомов или инвалидизации в соответствии с внешними стрессами или побудительными мотивами».

Симулировать психические расстройства могут разные категории спецконтингента, находящиеся в местах лишения свободы. Поскольку симуляция является индивидуальным творчеством, она отражает особенности личности. Этим индивидам, как правило, свойственны определённые личностные черты, которые позволяют достоверно воспроизводить психические нарушения: способность к подражанию, перевоплощению, богатое воображение, внушаемость и в то же время - выдержка, целеустремленность [5].

Симулировать могут как здоровые (истинная симуляция), так и психоаномальные лица (патологическая симуляция), у которых симулятивные проявления возникают на уже болезненной почве, например, у психопатов, невротиков, олигофренов на фоне имеющегося заболевания или дефекта [3].

К симуляции в переломные моменты жизни прибегают как содержащиеся под стражей (подследственные), так и осуждённые. Симулятивное поведение чаще наблюдается у подследственных, имеющих больше неясных проблем, чем у осуждённых, ситуация которых в какой степени определилась (известен срок лишения свободы, вид режима и др.). Для подследственных, к примеру, серьёзным жизненным испытанием могут стать заключение под стражу, предъявление обвинения, ознакомление с материалами дела, судебное разбирательство и другие обстоятельства, характеризующиеся напряженностью и неопределенностью ситуации. У осуждённых симуляция психических расстройств возможна при изменении режима содержания, отказе в досрочном освобождении и т.п.

Среди симулянтов преобладают лица с «определённым психиатрическим опытом», ранее уже проходившие судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ), осведомлённые об основаниях, практике назначения и проведения экспертных исследований. Чаще это социально и педагогически запущенные индивиды, совершившие общественно-опасные действия повторно, к которым ранее применялись принудительные меры безопасности и лечения или условия длительной социальной изоляции.

Причины симуляции психического расстройства чаще всего следующие [3]:

- создать впечатление, что преступление было вызвано болезненными мотивами и избежать уголовной ответственности;
- изменить ход следствия и затянуть ход судебного разбирательства;
- получить необходимую информацию;

- предугадать следственные мероприятия;
- навязать следствию свою версию деяния;
- добиться направления на СПЭ;
- добиться преимуществ, положенных только психически больным;
- смягчить остроту последствий криминальных действий.

Выбор симулируемых симптомов зависит в основном от осведомленности симулирующего в области психиатрии, его знаний, почерпнутых из специальной литературы. Он учитывает знания и жизненный опыт симулянта, часто чисто случайные причины (реплика врача, советы испытуемых, подражание другим). Дополняют «картину» психического расстройства наблюдения за душевнобольными из прошлого опыта, в том числе, больными родственниками, представления о бытующих в обществе на данном историческом отрезке причинах и симптомах психических заболеваний. Эта многоликость причин создаёт большую вариабельность проявлений симуляции, отсутствие каких-либо определенных закономерностей в предъявлении симулируемых симптомов и последующем продолжении симулятивного поведения. В целом же, проявления симуляции связаны с особенностями структуры личности и характером болезненной симптоматики при наиболее распространенных психических расстройствах.

Симуляцию как попытку избежать уголовной ответственности можно условно разделить на три временные категории, которым соответствуют определённые цели [5]:

- предварительная (превентивная) симуляция, проводимая в период, предшествующий преступлению (цель - заранее создать мнение о противоправном действии как акте, совершённом в состоянии психического расстройства);
- симуляция, преднамеренно осуществляемая в период правонарушения (цель - сокрытие истинной мотивации совершения общественно-опасного действия);
- последующая симуляция, проводимая после совершения правонарушения, как сознательное, целенаправленное поведение (цель - избежать уголовной ответственности), которая в судебно-психиатрической практике встречается наиболее часто.

Существует два способа симуляции:

1) Симуляция самого психического заболевания, когда своим поведением и высказываниями подэкспертные пытаются воспроизвести патологическое состояние психики, которого нет. Это достигается чаще хорошей импровизацией с воспроизведением отдельных фрагментов психического расстройства или попытки показать его целостную картину, реже приёмом специальных лекарственных средств, временно вызывающие состояние, которое может произвести впечатление психического расстройства.

2) Симуляция анамнеза жизни и болезни, когда общаются ложные сведения о якобы имевшем место в прошлом патологическом состоянии. Она встречается чаще, чем симуляция самого психического заболевания. Впечатление о перенесённом в прошлом психическом расстройстве, которого в действительности не было, дополняется фиктивными медицинскими документами, вы-

мысленными сведениями, убедительными рассказами близких, которые предварительно специально инструктируются по соответствующей теме. Они «отмечают» в целом или по отдельности у подэкспертного странности в высказываниях, поведении, агрессивные тенденции, снижение интеллекта, памяти и т. п.

Иногда симулирующие индивиды предварительно госпитализируются в психиатрический стационар или обращаются в психоневрологический диспансер с определенным набором заранее продуманных жалоб для создания видимости перенесенного психического расстройства. Важно знать, что различные способы симуляции могут сочетаться. Вместе с тем, следует учитывать, что доказанная в определённый промежуток времени симуляция не исключает психической болезни у индивида в более поздний период.

С течением времени меняется патоморфоз психических расстройств, соответственно видоизменяются и проявления симуляции. Если в далёком прошлом чаще всего симулировались судорожные припадки, то в 1930-х годах сначала преобладали симулятивные проявления бредовых синдромов, затем – демонстрация аффективных расстройств и слабоумия. В 1960-х годах преобладающими формами симуляции стали различные изолированные симптомы: мутизм, элементы псевдодеменции и т.п. В конце XX начале XI веков снова отмечается рост числа случаев симуляции с предъявлением бредовых идей, различных по структуре и содержанию. Чаще всего высказываются идеи преследования, воздействия (аппаратами, лучами, гипнозом), ипохондрического характера (утверждения о неизлечимом заболевании) [5].

Симулятивные бредовые идеи могут носить чётко продуманный, систематизированный характер, что может составить серьёзные диагностические трудности, обнаруживать сходство с различными психическими расстройствами, особенно с шизофренией. Так, идеи изобретательства в виде новых машин, механизмов, способов лечения неизлечимых заболеваний и т.п. могут подкрепляться соответствующими рисунками, схемами и чертежами. Утверждения симулирующего индивида перемежаются с выдержками из книг, диссертаций, научно-популярных изданий. Возможны утверждения подэкспертных об общении с космосом, НЛО, предъявление жалоб на внутренние голоса, указания на расстройства мышления («пустота в голове», «отсутствие мыслей», «обрыв мыслей»). Нередко симулянты указывают на переживания, отмечающиеся при синдроме психического автоматизма («внушение мыслей», «что-то толкает, заставляет...»). Эти высказывания обычно повторяются у большинства подэкспертных в одинаковой, штампованной, однообразной форме. Следует учесть, что при продуктивной симптоматике, как правило, есть связь демонстрируемых признаков психического расстройства с прошлым опытом личности, её склонностями и интересами.

Симуляция психических расстройств обычно осуществляется в форме изображения отдельных болезненных симптомов (например, галлюцинаций, бреда, расстройства памяти, отказа от речи) или синдромов (ступор, возбуждение, депрессия). Значительно реже симуляция выглядит в виде воспроизведения отдельных форм пси-

хических заболеваний. Симуляция целостной картины психического расстройства сложна и встречается редко. Для таких случаев характерно предварительное знакомство с особенностями психической болезни по учебникам, наблюдениям за больными, с помощью тщательно инструктажа «подготовленными» лицами.

На современном этапе развития психиатрии наиболее часто симулируются (особенно в присутствии врача):

- состояния с вялым, монотонным поведением, невыразительной мимикой, отказом от контакта;
- состояния с расстройством памяти;
- состояния с бредовыми идеями, слуховыми и зрительными обманами;
- демонстративные суицидальные проявления.

Вариативность симуляции в деталях неисчерпаема, однако почти в каждом случае в полном объеме или частично присутствуют так называемые дежурные симптомы - слишком прямолинейные, очевидно нарочитые, с разоблачительным подтекстом, но отказаться от которых симулянт психологически не в состоянии. К таким установочным атрибутам относятся: проявления «малой симуляции», рассчитанной на чувства жалости и участия экспертов (жалобы на постоянную «головную боль», неопределенный соматический дискомфорт, «отсутствие сна, аппетита», демонстрация общей вялости, подавленности и другое без соответствующих соматоневрологических оснований); тенденциозное преподнесение анамнеза; реабилитирующее звучание «психопатологической» продукции в сочетании с нарочитым игнорированием нелепости или необычности своего поведения или высказываний и активным неприятием предположения о психической болезни («я - здоров», «ничего странного в этом нет!» и т.д.); демонстрация своего «безразличия» к факту ареста, исходу дела, возможному наказанию, а также «равнодушия» к экспертному решению [5].

Одно из первых мест в симуляции психических расстройств занимают ссылки на провалы и нарушения памяти на прошлые события или время совершения преступления. Жалобы обычно демонстративны и утрированы. При изображении этих жалоб симулянт не может избежать противоречий, нередко обнаруживает промахи.

Близко к вышеуказанной форме симуляции стоит симуляция слабоумия. Здесь также, кроме демонстрации полного отсутствия каких-либо знаний и навыков, изображаются расстройства памяти. Пациенты нелепо отвечают на вопросы, грубо ведут себя при обследовании. Всегда бывает заметна диссоциация между тем, что преподносится и истинным положением дел. Симулянт всегда собран, насторожен, настроение с оттенком злобной раздражительности (нет благодушия и эйфории, свойственной больным с картиной истинного слабоумия).

Сравнительно реже симулируются психомоторное возбуждение и глубокая депрессия. Для их демонстрации необходимо большое эмоционально-волевое напряжение, вызывающее быстрое истощение и усталость.

Сегодня всё чаще симулируют расстройства эмоций в виде склонности к аффектам в прошлом, пытаясь доказать наличие аффективных нарушений. Нередки попытки доказать присутствие странных увлечений, например, религией, философией («философическая интоксикация») в подростковом возрасте, что характерно для

□ В помощь практикующему врачу

шизофрении [4].

В начале симуляции поведение обследуемых бывает изменчивым, меняют набор симулируемых симптомов и манеру общения с врачом и окружающими, позже - оно становится постоянным и заученным.

Продолжительность симуляции различна, при успешности «демонстрации образа» - может продолжаться долго. В некоторых случаях симуляция простых истерических синдромов может переходить в истерическую реакцию.

В ряде случаев симулянты после нескольких месяцев притворства могут действительно обнаруживать ухудшения психического и физического здоровья. Причины этого многолики [3]: :

- аутоинтоксикация желудочно-кишечного тракта вследствие поедания собственных экскрементов;
- снижение резистентности организма вследствие отказов от пищи;
- кровопотеря по причине нанесения самоповреждений.

С течением времени на соматически ослабленной почве у симулянтов могут легко развиваться тяжёлые инфекционные и реактивные состояния (с изменённым сознанием, аффектами, бредообразованием).

Несмотря на сложность выявления симулятивных проявлений существуют определённые ориентировочные признаки, указывающие на их наличие. Что должно насторожить врача и позволяет заподозрить симуляцию психического расстройства, особенно в случаях соответствующей мотивации поведения?

- появление признаков болезни в присутствии медперсонала;
- спокойное выражение лица симулянта с отсутствием характерных жестов и мимики, свойственных истинно галлюцинирующим больным;
- нетипичность, полиморфность, противоречивость (несовместимость имитации слабоумия с интеллектуальными по своему содержанию письмами родственникам) симптоматики, «лоскутность», изолированность отдельных выявленных симптомов, их несовместимость, отсутствие целостной картины психического заболевания и его характерной динамики развития;
- искусственность жалоб, заметная напряжённость, раздражительность и злоба пациента во время беседы с дотошным психиатром;
- «заштампованность» высказываний, однообразие поведения и реагирования;
- назойливость в предъявлении болезненных симптомов, неумение развить их;
- быстрое психологическое истощение симулянта, в том числе, его речевой продукции;
- при расспросе о «голосах» или «видениях» часто заметно смущение, нерешительность, стремление закончить разговор, избегание прямого ответа симулянта;
- симулятивные «бредовые» идеи часто преподносятся в стереотипной форме в виде заранее подготовленных формул;
- симулянт не может уточнить многих деталей и подробностей изображаемого явления;
- нередко эмоции (аффективный фон) совершенно не соответствуют изображаемому явлению: например, бредовые идеи величия «не вяжутся» с подавлен-

ным настроением симулянта;

- мимика симулянта выражает живой и напряжённый аффект, тревожное ожидание и страх наказания;
- симулянт всегда следит за производимым на медперсонал впечатлением;
- в предъявляемом «творчестве» симулянтов всегда обнаруживается связь с его прошлым личностным опытом, интересами, прочитанной литературой [2,3].

Особенно большое значение для диагностики симуляции психических расстройств имеют результаты экспериментально-психологического обследования, в частности, ММПИ или модификация этого метода исследования личности – ММИЛ (метод многостороннего исследования личности) [1]. Эти данные представляют важную дополнительную информацию о наличии или отсутствии у этих лиц нарушений мышления, эмоционально-волевой сферы, интеллектуально-мнестических функций, а также симулятивных установок.

При правильной тактике медперсонала и представителей юридических органов симулирующие индивиды всё чаще отказываются от притворного поведения и честно признаются в нём. Выявлению симуляции способствуют выяснение личной заинтересованности подэкспертного в постановке ему диагноза психического расстройства, знание особенностей притворного поведения врачами-психиатрами и другими специалистами, а также наблюдение пациента в условиях стационара в различных ситуациях в течение необходимого для установления истины времени.

Выводы

1. Симулятивное поведение лиц, вступивших в противоречие с законом, в виде демонстрации психического расстройства может быть защитной попыткой ухода от уголовной ответственности.
2. Наличие симуляции в прошлом не исключает наличия психического расстройства в настоящем и будущем времени.
3. Знание основных признаков симуляции психических расстройств и правильная тактика медперсонала (лучше в условиях стационара) способствует своевременному выявлению симулирующих индивидов и соблюдению законности в уголовном процессе.

Литература

1. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. – М., 1976. – 186 с.
2. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия: учебник / Н.М. Жариков, В.П. Котов, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин, - 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.
3. Калемина, В.В. Основы судебной медицины и психиатрии: Учебное пособие / В.В. Калемина, Г.Р. Колоколов. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2012. – 356 с.
4. Петров, В.И. Медицинская психология. Курс лекций: учебное пособие / В.И. Петров. – Могилёв, УО «Могилёвский государственный университет им. А.А. Кулешова», 2012. – 367 с.
5. Судебная психиатрия: Учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитоновна, С. Н. Шишков. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 752 с.

Поступила 17.10.2013