В. И. Петров, В. И. Мурзич

СИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

архив библиотеки МГУ имени А.

неуклонно растет. Чаще это касается подследственных, реже – осужденных.

Под понятием «симуляция психического расстройства» понимают поведение, преследующее цель изобразить или искусственно вызвать (например, с помощью медикаментов) несуществующие психические нарушения. Это сознательное, притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства, совершаемое с корыстной целью в надежде избежать наказания.

В практике судебно-психиатрической экспертизы симуляция встречается в 2,0–3,5 % всех случаев экспертиз правонарушителей, причем у женщин в 2 раза реже, чем у мужчин. Она характерна для лиц с повторными правонарушениями, социально и педагогически запущенных, длительно находящихся в изоляции в специфической микросреде.

Причины симуляции психического расстройства чаще всего следующие:

- 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.

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.

В зависимости от временного фактора (хронологический аспект) выделяют 3 вида симуляции:

1. *Предварительная симуляция* (перед совершением преступления). Цель – доказать наличие психического расстройства в прошлом.

2. *Симуляция в момент преступления* (для сокрытия его истинных мотивов). Цель – убедить всех, что преступление совершено в болезненном состоянии.

3. *Симуляция после совершения преступления* (в виде защитного поведения с целью уклониться от ответственности). Это самый частый вариант, регистрируемый на СПЭ.

Существуют разные способы симуляции психических расстройств:

- с помощью речи и поведения;
- посредством приема лекарственных средств;
- с использованием симуляции анамнестических данных, которая применяется чаще, чем симуляция болезненных состояний (пациенты излагают события прошлой жизни, болезни с указанием о якобы имевшем место психическом расстройстве или указывают, что родственники кончали жизнь самоубийством, страдали психическими расстройствами);
- посредством соответствующей подготовки родственников, чтобы те сообщали сведения, подтверждающие версию психической болезни у подэкспертного.

Важно знать, что различные способы симуляции могут сочетаться. Вместе с тем следует учитывать, что доказанная в определенный промежуток времени симуляция не исключает психической болезни в более поздний период.

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 психических заболеваний.

Симуляция в некотором роде – это индивидуальное личное творчество, учитывающее знания и опыт симулянта, его психиатрическую осведомленность, часто чисто случайные причины (реплика врача, советы испытуемых, подражание другим).

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.

Позволяет заподозрить симуляцию:

- 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 напряженность, 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 подавленным настроением симулянта;

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

- мимика симулянта выражает живой и напряженный 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.

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 диссоциации 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 все 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 шизофрении.

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 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:

- 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 развиться тяжелые инфекционные и реактивные состояния (с измененным сознанием, аффектами, бредообразованием).

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

При правильной тактике медперсонала и представителей юридических органов симулянты все чаще отказываются от притворного поведения и чистосердечно признаются в нем. Выявлению симуляции способствует выяснение личной заинтересованности пациента 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 времени.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова