

«Судебная психиатрия»

Серия «Хочу все знать»

М.Н. Мисюк, доцент кафедры юридической психологии МИУ,
кандидат медицинских наук, доцент, врач высшей категории

Учебное пособие

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Москва, Издательство «ПРОСПЕКТ»

2015

Глава 12. Симуляция психических расстройств

Симуляция психического заболевания – сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства, в их изображении или искусственном вызывании с помощью лекарственных средств, совершаемое с корыстной целью в надежде избежать наказания.

С точки зрения судебно-психиатрической науки и практики проблема симуляции является сложной и не всегда легко разрешаемой.

Усиливают трудности решения этой проблемы ряд факторов. Это, имеющее место, психическое расстройство, которое не всегда может быть легко доказано на практике. В то же время не всегда может быть выявлена истинная симуляция; психические расстройства и симуляция могут сосуществовать, поэтому при установлении факта симуляции и его доказательства нельзя исключить наличие психического расстройства.

В ряде случаев психические расстройства вытекают из симуляции, и симуляция переходит в психическое расстройство. Таким образом, доказанная в определенный промежуток времени симуляция не исключает психической болезни в более поздний период.

Во всех случаях симуляции присутствуют *сознательность, преднамеренность и целеустремленность*.

Симуляция может наблюдаться как в период следствия, так и у осужденных, однако наиболее часто проявляется в критические переломные периоды: заключение под стражу, судебное разбирательство при изменении режима содержания, отказ в досрочном освобождении и т.д.

Хронологически (относительно события преступления) различают три вида симуляции психических расстройств:

- до совершения преступления (с целью создать впечатление, что личность еще ранее была больна психически);
- в момент преступления (чтобы доказать, что преступление совершено в болезненном, невменяемом состоянии);
- и после совершения преступления (как защитная психическая реакция с целью уйти от ответственности).

Симуляцию психического заболевания различают в зависимости от ее способа. Поведение и высказывания личности направлены:

- 1) на доказательство наличия признаков психического заболевания или
- 2) на симуляцию анамнеза (рассказ о перенесенном якобы психическом заболевании, которого не было у испытуемого). Эти способы могут сочетаться друг с другом.

В судебно-психиатрической практике различают симуляцию *истинную*, или чистую, которая наблюдается у психически здоровых лиц, и *патологическую* – симуляцию на патологической почве (на фоне психического заболевания или дефекта).

Формы истинной симуляции зависят от личностных факторов, ведущими среди которых является осведомленность лица о симптоматике и особенностях течения психических заболеваний в зависимости от собственного опыта. Обычно лица прибегают к симуляции анамнестических данных, чем болезненного психического состояния. Достаточно редко встречается симуляция определенной клинической формы заболевания, чаще симулируются отдельные симптомы (галлюцинации, бред, расстройство памяти, мутизм) или синдромы (ступор, возбуждение, депрессия).

Поведение симулянтов изменчиво, так как они сталкиваются с различными трудностями в зависимости от общения с врачами-экспертами и персоналом.

Вначале демонстрируемые ими симптомы непостоянны, в дальнейшем они становятся постоянными и заученными. При длительном периоде наблюдается автоматизация симулятивного поведения, которое в некоторых случаях может переходить в истерические реакции.

По материалам Института им. проф. В.П.Сербского, чаще всего симулируется вялая депрессия с монотонным поведением, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, проявляющейся либо в форме мутизма, либо в нелепых ответах. Наряду с этим отмечается двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на бред преследования, возможность отравления, а также демонстративные суицидальные проявления (высказывания, приготовления, самоповреждения).

Нередко на этом фоне симулируются элементарные галлюцинаторные расстройства, преимущественно зрительного характера (угрожающие фигуры, одетые во всё чёрное, устрашающие лица и т.п.).

Таким образом, преобладают такие формы симуляции, которые не требуют больших познаний в психиатрии, значительных усилий для воспроизведения, мало истощают организм и могут легко автоматизироваться.

При длительной симуляции большую роль играет наступающая автоматизация симулятивного поведения, при которой сознание притворства сохраняется, поведение управляется ведущим целевым представлением, но появляются привычные приёмы, требуется меньшая затрата психических и физических сил. Иногда, обычно при симуляции обычных истерических синдромов (мутизм, гиперкинезы, паралич) наступает истерическая фиксация симулируемого расстройства, и симуляция переходит в истерическую реакцию.

В некоторых случаях симулянты после нескольких месяцев притворного поведения обнаруживают ухудшение физического и психического здоровья, к чему они активно стремятся. Ухудшение физического здоровья может быть связано и с аутоинтоксикацией желудочно-кишечного происхождения, и инфекциями (отказ от пищи, поедание собственных экскрементов, нанесение самоповреждений).

На физически ослабленной почве в последующем легко могут развиваться тяжёлые реактивные состояния (с изменённым сознанием, аффективными нарушениями и психогенным бредообразованием).

Нередко симулянты отказываются от притворного поведения и чистосердечно признаются в симуляции, что является важным дифференциально-диагностическим признаком.

Симуляция, возникающая на патологической почве. От истинной симуляции следует отличать защитное целевое поведение, возникающее на патологической основе. Такого рода поведение может проявляться в различных формах.

Аггравация – целевое преувеличение незначительно выраженных симптомов имеющегося заболевания или остаточных явлений после перенесенной в прошлом психической болезни.

Явления аггравации наиболее часто в судебно-психиатрической практике встречается у больных, страдающих олигофренией, сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных с травматическими поражениями головного мозга, у психопатических личностей.

Метасимуляция (продление заболевания) проявляется обычно в изображении продления отдельных симптомов перенесенного ранее психического заболевания.

Обычно наблюдаются формы сознательного продления симптомов реактивного психоза, возникающего после ареста. Такие формы отличаются длительностью течения и представляют трудности как для судебно-психиатрической экспертизы, так и для психотерапевтического воздействия.

Демонстрация психически больным человеком симптомов, не свойственных его заболеванию - *сверхсимуляция* или *сюрсимуляция* - является редким явлением и распознается довольно легко. Она проявляется в чуждой, несвойственной основному заболеванию симптоматике и отражает патологическую мотивацию поведения душевнобольных.

Основные методы распознавания симуляции психических заболеваний сводятся к наблюдению и клиническим методам исследования (электроэнцефалография, компьютерная томография, психодиагностика и др.).

При симуляции на патологической почве основное значение для судебно-психиатрической оценки имеет установление характера и глубины имеющихся изменений.

При решении экспертных вопросов, в заключении необходимо указать на наличие симуляции или аггравации, а также на имеющиеся у подэкспертного особенности психики, не исключающие способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Диссимуляция психических расстройств – преднамеренное утаивание, сокрытие имеющегося психического заболевания или отдельных его симптомов. Различают полную и частичную диссимуляцию.

При полной диссимуляции больные отрицают у себя психические расстройства, как на момент обследования, так и в прошлом.

При частичной диссимуляции больные скрывают только отдельные клинические проявления, а о других рассказывают достаточно подробно. К частичной диссимуляции относятся такие случаи, когда все имеющиеся психические расстройства больные относят к прошлому, полностью отрицая их на момент обследования.

К диссимуляции прибегают больные, которые опасаются госпитализации в психиатрический стационар, лишения гражданских прав или же стремятся выписаться из психиатрической больницы, особенно в период пребывания на принудительном лечении.

Иногда встречаются случаи, когда диссимилируют бредовые больные с целью выписки из стационара для получения возможности реализации бредовых идей, представляющих по своему содержанию высокую социальную опасность (поимка мнимых преследователей, бредовая месть и т.п.). Больные в состоянии депрессии также могут диссимилировать, стремясь к осуществлению суицида.

Избранная больными форма диссимуляции во многом зависит от того, в какой степени они могут критически осознать, что именно из особенностей их поведения воспринимается окружающими как признак болезни. Проявления диссимуляции зависят также от того, насколько имеющиеся психопатологические расстройства позволяют больным контролировать свое поведение.

Таким образом, способность к диссимуляции свидетельствует о частичной критике к своим болезненным переживаниям. В то же время наличие диссимуляции отражает недостаточный учет больными всех особенностей реальной ситуации и недостаточно полное прогнозирование последствий своего состояния и поведения. Особенно часто это отмечается у больных шизофренией. Распознавание диссимуляции, препятствующей

своевременной диагностике истинного характера заболевания, в судебно-психиатрической практике нередко представляет значительные трудности.

Для распознавания диссимуляции большое значение имеют данные анамнеза, указывающие на перенесенные в прошлом психотические состояния. При диссимуляции, несмотря на скупой, формальный и уклончивый характер ответов больных, не позволяющий выявить бредовые переживания, всегда в той или иной форме сохраняется симптоматика, которую невозможно диссимулировать.

Специфические для шизофрении расстройства мышления в виде некоторой непоследовательности, соскальзывания, особенностей эмоциональных проявлений легко будут замечены специалистами. Некоторые характерные черты проявляются и в манере поведения, вычурности, в неадекватности мимики, свойственной больным угловатой моторике. Существенную помощь в распознавании диссимуляции оказывают психологические методы обследования.

Констатация диссимуляции особенно важна при решении вопроса о наличии показаний к госпитализации больного. Наличие диссимуляции необходимо учитывать при выборе мер медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно опасное деяние и признанных невменяемыми.

Судебно-психиатрическая оценка. Принимая во внимание всю серьёзность последствий установления симуляции, судебно-психиатрическую экспертизу подозреваемых в симуляции лиц следует проводить путём стационарного исследования в специальных отделениях при психиатрических больницах или в специальном судебно-психиатрическом учреждении, где имеются все условия для внимательного и всестороннего наблюдения испытуемых. Кроме того, в подобных учреждениях обеспечивается достаточная изоляция и исключается возможность побега лиц, подозреваемых в симуляции.

Судебно-психиатрическая оценка здоровых личностей, обнаруживающих признаки симуляции, не представляет никаких затруднений: они признаются *вменяемыми*.

При установлении факта симуляции следует направлять испытуемых обратно в места лишения свободы; в распоряжение органов расследования или суда, не выжидая прекращения симуляции.

Симулирующие могут продолжать упорно симулировать с целью зачёта срока пребывания в больнице на экспертизе или на побег. Продолжение производства по делу в обычном порядке лишает их подобных установок и способствует прекращению симуляции.