

## ВОЗМОЖНОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ СИМУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК СПОСОБА УКЛОНЕНИЯ ОТ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

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 сведения о наиболее характерных признаках симуляции психических расстройств в судебно-психиатрической практике. Показаны возможности медицинского персонала в выявлении симулятивного поведения. Сегодня необходимо искать новые экспертные пути решения проблемы выявления симуляции психических расстройств.*

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

V. I. Petrov, N. V. Ivanchikov, A. A. Kralko, T. I. Chegerova, V. G. Kulvanovsky

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

*The data about the most characteristic signes of simulation mental disorderes in judicial psychiatric practic are presented. It is showed the possibilites medical personnel in the defining the simulation behaviour. Today one must search of new expertise ways to solve the problem defining simulation mental disorderes.*

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

---

Психиатрическая помощь на современном этапе развития общества начала приобретать не свойственные ей ранее черты. Это выражается в следующем:

- расширился круг лиц и явлений психиатрической жизни, оказавшихся в поле зрения психиатров;
- имеется риск расширенного толкования понятий психической патологии, гипердиагностики психических заболеваний;

- увеличился процент пациентов на приёме врача-психиатра, которые по своему интеллекту, нравственному сознанию и волеизъявлению не уступают представителю медицины, несмотря на наличие у них пограничных психических расстройств;
- возрос интерес психиатров к здоровым лицам, которые могут быть подвержены возникновению психических расстройств, в том числе, к индивидам, симулирующим их наличие [3].

Доступность медицинской литературы психиатрической тематики, наличие сведущих в медицине родственников, определённый собственный прошлый опыт и опыт лиц, вступивших в противоречие с законом, создают предпосылки для симуляции психических расстройств лицами, совершившими общественно-опасные деяния. Чаще используются два типа симуляции: «имитационный» (наглядный) и «вербальный». Для первого характерна тенденция скорее изображать психопатологические нарушения, чем их словесно расшифровывать. Для другого типа более свойственна демонстрация расстройства «на словах», чем имитация внешних проявлений болезни. Их «симулятивное творчество», в отличие от наглядного типа, более вербализовано [4].

Для соблюдения законности крайне важно вовремя распознать симулятивные проявления психических расстройств у субъектов судебно-следственного процесса и гражданского судопроизводства. Это обычно производится в ходе судебно-психиатрической экспертизы, чаще в данном случае проводимой стационарно.

Что же характерно для симуляции психического расстройства как способа уклонения от уголовной ответственности?

Всегдастораживают отрицание испытываемым правонарушением или ссылки на провалы в памяти, замалчивание или облагораживание истинных мотивов совершённого преступления. Симулирующий индивид склонен замещать истинные мотивы своего криминального поведения «психопатологическими» объяснениями. Подэкспертный стремится как-то связать совершенное правонарушение с болезненной симптоматикой («голоса», «видения», «преследование» и т.п.) [4].

Начав симулировать психическое расстройство, подэкспертный в первые дни находится в поиске оптимальной модели поведения. Он экспериментирует, меняет элементы взаимодействия с окружающими, с осторожностью беседует с врачом, пытаясь уловить производимое впечатление. Уловив сомнение в тоне собеседника к своим высказываниям, он отказывается от них. Тут же могут быть предъявлены другие «признаки болезни», при необходимости меняется манера контакта с врачом и окружающими, а также выбор симулируемых симптомов.

Налицо характерная картина психической болезни: она статична, без характерной динамики. Часто имеет место сюр-симуляция (сверхсимуляция) – изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (например, при шизофрении демонстрируется грубая потеря памяти, что не характерно для этого заболевания). Такое изображение пациентом несочетающихся симптомов наводит на мысль о симуляции [2].

При выборе «образа» для симуляции подэкспертные обычно учитывают несколько моментов: энергетическую затратность демонстрируемого феномена, возможность многократного его повторения и достоверного изображения несложного признака расстройства, не требующего «глубокой психиатрической грамотности». Более опытные выбирают такое поведение, которого они могли бы придерживаться с наименьшей затратой сил, где нет необходимости разбираться в психиатрии, а элементы симулятивного поведения без труда автоматизируются. Изображать сложные психотические симптомы с утра до вечера, изо дня в день крайне сложно даже для идеально здоровых людей.

Симуляция психотического состояния чаще проявляется в воспроизведении отдельных его симптомов или синдромов, например, галлюцинации, ступора, моторного возбуждения, слабоумия. Гораздо реже подэкспертные симулируют отдельные клинической формы психического расстройства. Погрузившись в этот процесс, симулирующие индивиды по

незнанию могут воспроизводить несовместимые симптомы различных психических болезней [1].

Ряд психотических симптомов трудно поддается подражанию, так как требует для этого огромного эмоционального напряжения и сил. Очень трудны для длительного подражания речевое и двигательное возбуждение, речевая спутанность, причём, в отличие от психически больных здоровые лица в подобных случаях быстро истощаются.

Изображение измененного мышления и некоторых видов слабоумия тоже вызывает у симулирующего большие затруднения, так как требует длительной концентрации внимания на теме разговора. Поэтому к таким формам симуляции психически здоровые личности прибегают редко [4].

При симуляции депрессии с её сниженным настроением, монотонным поведением, невыразительной мимикой обращает на себя внимание установка на недоступность подэкспертного. Это заметно по его уклончивым и кратким ответам на вопросы, требующие конкретной детализации. Наряду с этим отмечается двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на возможность отравления. Характерны элементы демонстративно-шантажного поведения в виде суицидальных проявлений (антивитальные высказывания, подготовительные мероприятия, аутоагрессия). На этом фоне пониженного настроения симулируются галлюцинаторные расстройства, чаще зрительного характера («образ человека во всём чёрном», «устрашающие лица»), реже имеют место ложные слуховые восприятия (приказы, угрозы, оклики), бредовые идеи отношения и преследования («за мной следят», «ко мне плохо относятся», «все ждут моей смерти»).

Иногда встречаются формы поведения и предъявление таких симптомов, которые описывались в литературе предыдущих лет как «**несимулируемые симптомы**» (например, состояния обездвиженности или гипомании отмечаются не в течение всего симулятивного поведения, а в виде отдельных эпизодов) [4].

В судебно-психиатрической практике возможна и метасимуляция – сознательное продление заболевания или целевое изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов, например, перенесенного алкогольного делирия. Преувеличение признаков имеющегося психического расстройства называется аггравацией. Она может быть умышленной (сознательной) и неумышленной (неосознанное желание пациента вызвать сочувствие медперсонала, в частности у олигофренов, которые начинают преувеличивать свою интеллектуальную недостаточность). Важно знать, что аггравантам свойственны две особенности: сохранность личности и наличие осознания своего дефекта [1].

Условно можно представить психологический «портрет» симулянта психических расстройств в следующем виде. Это мотивированный на симуляцию человек, который пытается приукрасить свою роль в произошедших событиях («реабилитирующий эффект»), изменяет анамнез, утаивает компрометирующие факты, оправдывает своё правонарушение. Он максимально «загружает» врача-эксперта заученной информацией по проявлениям якобы психического расстройства, непрерывно навязывает её, подчёркивает какие-то факты, боится что-то пропустить. Отбираются максимально запоминающиеся, эффектные события и состояния (моторное возбуждение, галлюцинации, бред, нелепое поведение). Этот «портрет» дополняет стремление добиться наибольшей убедительности в предъявлении «болезни». Характерна частая смена симптомов, отстаивание перед экспертом своих заявлений, несуразность объяснений по их поводу. Нередки заимствования признаков других психических расстройств, нагромождение симптоматики, что может происходить после разговоров с дру-

гими душевнобольными или «советчиками». Устав от «спектакля» симулирующий индивид временно меняет тактику поведения, позволяет себе расслабиться («выйти из роли»), например, ищет дополнительные источники отдыха и расслабления (читает книги, просматривает журналы, играет в настольные игры). Немного отдохнув, он снова может приняться «за старое».

Как противодействовать индивидам, симулирующими психические расстройства и изобличать их?

Основным методом распознавания симуляции является клинико-психопатологический, а также соматоневрологическое, электрофизиологическое, экспериментально-психологическое исследования. Учитывая трудности распознавания симуляции, экспертизу лиц, подозреваемых в притворном поведении, более целесообразно проводить в стационаре при условии полного прекращения психофармакологической терапии.

1. Клинико-психопатологический метод включает анализ структуры психопатологических синдромов с учётом их нозологической принадлежности, стереотипа и последовательности их развития. Для каждого синдрома психического расстройства типичен определённый набор симптомов, определённые особенности поведения, характерная временная динамика болезни и изменения её проявлений на фоне лекарственной терапии.

При подозрении о возможной симуляции необходимо применение углубленного клинического интервью с использованием некоторых приёмов [4]:

- возможности задавайте открытые вопросы (ответ подэкспертный должен формулировать сам, а не выбирать из нескольких правильный);
  - старайтесь не прерывать пациента при изложении анамнеза;
  - избегайте наводящих или подсказывающих вопросов, поскольку они могут давать намёки в отношении истинных признаков реальных психических симптомов;
  - получите информацию о том, не сталкивался ли пациент с проявлениями психозов ранее, например в связи с родом своей работы;
  - не проявляйте раздражения или недоверия, так как это может усиливать защитные формы поведения со стороны пациента;
  - интервью должно продолжаться в течение довольно длительного времени, поскольку усталость уменьшает способность симулирующего лица придерживаться придуманной версии;
  - задавайте вопросы о невозможных в данном случае симптомах, чтобы проверить, будет ли пациент подтверждать их наличие;
  - упоминайте в присутствии пациента о легко имитируемом симптоме. Последующее внезапное появление этого симптома будет явно свидетельствовать в пользу симуляции.
- Следует обращать внимание на своеобразную форму предъявления симптоматики, которая свидетельствует о произвольности, надуманности и заученности клинической картины психического расстройства:
- демонстративность, искусственность и утрированность жалоб или изображения психопатологических нарушений с фиксацией на них внимания психиатра-эксперта;
  - чрезмерная старательность и добросовестность подэкспертного в описании своих ощущений и переживаний;
  - стереотипность и заштампованность высказываний, сочетающиеся с заметной аффективной напряженностью пациента, подавляемым раздражением, быстрой истощаемостью свободного рассказа, уклонением от расспросов и демонстративными обидами;
  - испытуемый стремится придерживаться определенной схемы изложения своего состояния (не дает себя перебить,

начинает сначала, стараясь высказаться до конца, ничего не упустив);

- он не желает говорить об отдельных деталях своего расстройства, неспособен развить собственные идеи и конкретизировать жалобы;
- характерна неуверенность в изложении симптоматики (остановки, топтание на месте, буквальное повторения, ожидание подсказки), готовность идти на поводу вопросов врача и попытки убедить эксперта в наличии признаков болезни;
- в общении с врачом прослеживается «борьба за симптоматику», а также установка подэкспертного на недоступность в сочетании с собранностью и внимательностью, указывающими на заинтересованность в экспертизе.

Важно правильно организовать наблюдение, которое выявляет особенности симулятивного поведения подэкспертных. Характерно несоответствие между предъявляемыми бредовыми идеями, яркими зрительными галлюцинациями и предъявляемым поведением, которое остается правильным и ситуационно обусловленным. Очень подозрительны утрированные, гротескные формы поведения, вытекающие из характера жалоб. В таких случаях подозреваемые в симуляции, выказывающие бред отравления, демонстративно отказываются от еды, и в то же время охотно питаются находясь в одиночке, потребляя продукты из передач, которые доставили родственники [1].

В основе выявления возможной симуляции психических расстройств лежит тщательное исследование описываемой пациентом психопатологической симптоматики. При этом особое внимание следует обращать на особенности описываемых бредовых идей и галлюцинаций, поскольку типичные признаки таких симптомов хорошо изучены. Предложена даже «пороговая» модель для оценки галлюцинаций и бреда, указывающая на признаки, заставляющие подозревать симуляцию.

Так, подозрительны следующие симулятивные проявления галлюцинаций: они непрерывные, а не интермиттирующие; неопределенны или невняты; не связаны с бредом; сообщаются неестественным языком; пациент не может указать приемы, применяемые для уменьшения интенсивности «голосов»; он говорит, что подчиняется всем приказам «голосов».

При оценке бредовых идей подэкспертного вызывает сомнение в их симуляции внезапное возникновение и прекращение; настойчивое желание привлечь к ним внимание; несоответствие содержания бреда поведению пациента; при наличии бредовых идей, имеющих странное содержание при отсутствии формальных нарушений мышления [4].

2. Сопоставление врачом старой и новой анамнестической информации (из истории жизни, болезни), полученной от симулянта в поисках противоречий, которые неизбежно в большинстве случаев имеют место.

3. Симулянты психических расстройств не могут точно назвать ранее принимаемые лекарства, их схемы, побочные действия, Ф.И.О. лечащих врачей, избегают называть больницу, где ранее получали психиатрическую помощь. Если же имеется определённая информация на этот счёт, то следует искать подтверждения указанных фактов в соответствующих медицинских документах.

4. У психиатра должно вызывать подозрение в симуляции при оценке предшествующей госпитализации следующее: неубедительность и атипичность симптоматики психического расстройства, кратковременность пребывания в стационаре, неоправданная поспешность в диагностике психического расстройства у пациента, его выписки из стационара и др.

5. Экспериментально-психологические методы для распознавания притворного поведения основаны:

- на изучении нарочитых ошибок (подэкспертный совершает их специально);

- на постановке задач, заставляющих действовать в непривычных и меняющихся условиях, в ограниченных временных рамках;

- на применении специальных отвлекающих приёмов: например, похвала результата, показанного подэкспертным, что резко ухудшает продуктивность его дальнейшей деятельности;

- на фиксации внимания на показателях, которые в действительности не важны и не учитываются и др.).

6. Изучение в ходе наблюдения промахов подэкспертных и их непоследовательность в поведении: например, изображая отказ от речи в общении с врачом, пациенты вполне нормально разговаривают с другими больными в курилке; притворяясь слабоумными, подробно и долго знакомятся с материалами дела, делают из него выводы).

Симулирующим лицам очень сложно придерживаться «одной линии поведения». Поведение при симуляции часто носит двойственный характер. Подэкспертные, демонстрирующие медперсоналу своё слабоумие, предпочитают общаться с психически здоровыми соседями по палате, смотрят телевизор и дают комментарии событиям, читают и пишут письма, внимательно изучают список продуктов из передачи. «Клиника расстройства расцветает» лишь при беседах с врачами или медперсоналом, в отделении же, когда подэкспертный считает, что за ним никто не наблюдает, он ведет себя правильно. Его поведение соответствует обстоятельствам, он знает к кому, с какой просьбой обратиться, учитывает распределение обязанностей в отделении. Однако при виде кого-либо из входящих в палату врачей симулирующие индивиды тут же меняют форму поведения. При этом тут же восстанавливается соответствующая мимика, отражающая характер демонстрируемой болезни.

7. Подозрительны в отношении симуляции следующие моменты: несоответствие психического состояния пациента его анамнезу (истории жизни, болезни), нетипичная динамика предъявляемых симулянт психопатологических расстройств (например, наблюдается диссонанс между упорядоченным поведением и обильным содержанием бредовых высказываний).

8. С целью выявления симулятивных проявлений целесообразно использование «лукавых» вопросов [2]:

- полезно в присутствии симулянта говорить о несуществующих симптомах его болезни, которых якобы у него нет;

- ненавязчиво расспрашивать у него о признаках симулируемой болезни, которые никогда при ней не встречаются (симулянт «пополняет копилку» несуществующими признаками своей болезни, чем раскрывает себя);

- отвлекать и заставлять выполнить то, от чего симулирующий индивид отказывался до нарушения концентрации его внимания излишними вопросами.

9. Исследование отдельных физических симптомов, которые нельзя имитировать: например, симптом Аграйла-Робертсона при прогрессивном параличе вследствие заражения сифилисом (исчезновение реакции зрачка на свет при сохранении способности к конвергенции и аккомодации) или длительные запоры и истощение - при депрессии).

10. Использование электроэнцефалографии при подозрении на симуляцию эпилепсии (не регистрируются типичные для эпилепсии волны ЭЭГ).

Судебно-психиатрическую экспертизу лиц, подозреваемых в симуляции психических расстройств, следует проводить в условиях стационара. В этих случаях полезно использовать комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

Неоднократно исследователями предпринимались попыт-

ки упорядочить критерии определения симуляции. Так, Р. J. Resnick в 1997 году предложил свою модель принятия клинического решения, которая предусматривает соответствие нескольким критериям для подтверждения симуляции:

- 1) Понятный мотив симуляции;

- 2) Изменчивость преподнесения симптоматики, что проявляется как минимум одним из следующих признаков:

- выраженное несоответствие поведения при осмотре и вне ситуации осмотра;

- непоследовательность в описании психотических симптомов;

- противоречия между сообщаемым анамнезом заболевания и медицинской документацией;

- 3) Изображение несуществующих симптомов, что проявляется, по меньшей мере, одним из следующих признаков:

- детальное описание симптомов, не имеющих отношения к распространенным темам идей величия, параноидного или религиозного бреда;

- внезапное появление симптоматики, объясняющей асоциальные формы поведения;

- атипичные бредовые идеи или галлюцинации.

- 4) Подтверждение факта симуляции психоза следующими данными:

- госпитализация после попытки разоблачения;

- убедительная, подкрепляющая мнение о симуляции, информация, например данные психометрических тестов или объективного анамнеза [4].

При правильной тактике ведения пациента симулятивные проявления в большинстве случаев распознаются, что позволяет сделать соответствующие организационные выводы.

Симулятивное поведение в начале многообразное и выразительное в своих демонстративных проявлениях, позже становится однообразным, стабильным и заученным. Как правило, большинство симулирующих психическое расстройство под влиянием трудностей притворства, усталости, психического истощения, скептического отношения врача и окружающих отказываются от притворного поведения. Эта метаморфоза в поведении нередко сопровождается эмоциональным напряжением, возбуждением, агрессивностью с оттенком злобности. Часть симулирующих индивидов бывают подавлены самой ситуацией симуляции, со временем приводящей к признанию в симуляции.

Важно помнить, что наличие симуляции у здорового человека в прошлом не исключает возникновения у него психического расстройства в будущем. Кроме того, в отдельных случаях длительная симуляция психического расстройства с учётом значительного психоэмоционального напряжения может привести к формированию реальных психических нарушений.

#### Выводы

1. Симуляция психических расстройств, при соответствующей подготовке медицинского персонала, принимающего участие в экспертной оценке психического здоровья лица, пытающегося избежать уголовной ответственности, может быть своевременно заподозрена и распознана.

2. Демонстрация несуществующих признаков психического расстройства требует от подэкспертного значительного напряжения имеющихся физических и психических ресурсов, что может быть причиной отказа (с течением времени) от данной формы установочного поведения.

3. Симулятивное поведение может свидетельствовать о неординарности функционирования психики симулирующего индивида, сохранности его личности, критическом отношении к проблемной ситуации и понимании возможных последствий при неблагоприятном развитии расследования уголовного дела.

## ☆ Краткие сообщения

### Литература

1. 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.
2. Калемина, В.В. Основы судебной медицины и психиатрии: Учебное пособие / В.В. Калемина, Г.Р. Колоколов. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К<sup>0</sup>», 2012. – 356 с.
3. Кралько, А.А., Короткевич Т.В., Петров В.И. Актуальные

этико-правовые проблемы психиатрии. Материалы республиканской научно-практической конференции «Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи», 29.10.2013, Минск, С. 37-40.

4. 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 16.01.2014 г.