

SIMULAZIONE E DIAGNOSI*

di
Paolo Nardi

*Psicologo
Resp. Settore Ricerca Internet,
Istituto di Formazione CEIPA
Socio Ordinario AIPG*

**Newsletter AIPG n° 10, anno 2002*

L'alterazione e manipolazione opportunistica della realtà non è cosa facile; essa richiede capacità decisamente più ampie di chi sa dire solo la verità. Il processo mentale di chi mente per raggiungere un obiettivo presuppone l'esistenza contemporanea di due versioni della realtà, una diversa o contrapposta all'altra. Il bugiardo deve avere presente la verità per negarla (Andreoli, 2000).

E' per questo motivo che il problema della menzogna appare di grande interesse e importanza in ambito forense, ogniqualvolta sia necessaria una approfondita indagine sulle motivazioni, più o meno profonde, alla base della scelta del soggetto di produrre, intenzionalmente, sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati sotto la spinta di incentivi esterni: come evitare il servizio militare, il lavoro, ottenere risarcimenti finanziari, evitare procedimenti penali, etc.

In ambito giudiziario, nel tentativo di ottenere un vantaggio pratico dalla manipolazione della realtà, la simulazione di malattia mentale acquista un peso rilevante per poter ottenere benefici importanti come ad esempio, la sospensione del giudizio, gli arresti domiciliari, il trasferimento da una istituzione non gradita ad un'altra, etc. Secondo il DSM IV, la *Simulazione* differisce dal *Disturbo Fittizio* in quanto la motivazione alla produzione del sintomo è, nella *Simulazione*, un incentivo esterno; mentre nel *Disturbo Fittizio* gli incentivi esterni sono assenti e prevale, fondamentalmente, un bisogno intrapsichico di mantenere il ruolo di malato. La *Simulazione* si differenzia, inoltre, dal *Disturbo di Conversione* e da altri *Disturbi Somatoformi* tramite la produzione intenzionale di sintomi e gli evidenti incentivi esterni associati con essa. Tra le cosiddette psicosi carcerarie, è stata ampiamente studiata la *Sindrome di Ganser*, sin dal 1889 quando fu per la prima volta descritta dal medico omonimo; oggi è classificata nel ICD-10 tra i *Disturbi Dissociativi*. Questo quadro patologico è caratterizzato da uno "stato crepuscolare isterico" (accentuati aspetti confusionali), durante il quale il detenuto cerca di recitare, più o meno consapevolmente, la parte del malato di mente, in conformità a ciò che egli ha imparato o ritiene essere la malattia mentale. Nel particolare contesto del carcere, possiamo ipotizzare che la Sindrome di Ganser possa insorgere come reazione allo stress (disturbo reattivo alla carcerazione) non solo innestandosi su di un Disturbo Istrionico di Personalità preesistente, ma anche su altre tipologie di personalità premorbosa, in tutti i casi in soggetti con equilibrio mentale precario già definito (Costa, 2000). Oltre alla Sindrome di Ganser, si distingue la *Sindrome Pseudo-demenziale*, che è costituita da uno stato psicopatologico in cui il paziente appare "come se" fosse demente. A differenza della sindrome precedente, presenta un andamento scialbo, piuttosto monotono, con scarsa partecipazione emotivo-affettiva. Mentre nella Sindrome di Ganser, il "desiderio di un guadagno secondario" nasce dalla necessità di dover sfuggire ad una situazione minacciosa (detenzione, timore di violenze da parte di altri detenuti, etc), nel caso della Sindrome Pseudodemenziale esso si ricollega molto spesso a problemi di tipo assicurativo e pensionistico (Giberti e Rossi, 1983).

Nell'ambito della simulazione numerosi sono gli elementi che complicano un intervento diagnostico, e successivamente terapeutico. Il simulatore ha una spiccata capacità di apprendimento e decodificazione del linguaggio verbale e non verbale di tutto l'ambiente circostante; ma la difficoltà più grande che si presenta al clinico/perito è la scarsa chiarezza nello stabilire un confine

preciso tra ciò che viene agito consapevolmente e ciò che viene operato al di fuori della volontà cosciente. Vi sono casi frequenti in cui il soggetto, attraverso l'autosuggestione, comincia a credere alla sua stessa menzogna, vivendo l'intera situazione da lui creata con autentica partecipazione emotiva. Altra difficoltà consiste nel riconoscere e individuare l'incentivo esterno (spesso abilmente celato) che, non raramente, può mescolarsi e confondersi con un vantaggio emotivo interiore (Loretto, et al., 1990). È stato evidenziato che l'abilità del simulatore, la sua capacità di interpretare e vivere il "simulato", è strettamente correlata alla propria particolare struttura di personalità. Il soggetto che simula riesce meglio a produrre in maniera più veritiera e convincente la sintomatologia, se lui stesso è portatore di tratti di personalità tendenti a quella specifica psicopatologia (Callieri e Semerani, 1959).

La reclusione di per sé sola, non può generare un quadro psichico: essa può invece fungere da *fattore patoplastico*, precipitante o slatentizzante una pregressa condizione di precario equilibrio mentale, o innescare reazioni abnormi o aggravare preesistenti quadri psicotici (Piperno, 1989). Addentrando nei dettagli della pratica clinica, i sintomi psichiatrici che risultano simulati in maniera preminente sono: le allucinazioni, i deliri, la confusione mentale, il mutismo, l'eccitamento maniacale e la depressione del tono dell'umore (Nivoli, et al., 1999). Fornari (1999) ritiene che alcuni comportamenti tipici e per questo riconoscibili possano essere individuati per evidenziare la simulazione; in linea di massima, il simulatore, almeno nei periodi iniziali:

- * dà ad osservare sintomi, isolati, non legati da una correlazione patologica: li riproduce, imitandoli;
- * inizia esibendo con enfasi ed elencando i propri disturbi "patologici", a differenza del vero malato di mente che costantemente li dissimula e accuratamente li minimizza;
- * è molto meno coerente, molto meno costante, molto meno convincente rispetto al vero malato psichico;
- * sintomi, quali amnesie, confusione mentale o sintomi neurologici non trovano una corrispondenza funzionale e di distretto organico;
- * si diletta nel denunciare stati crepuscolari di coscienza (dal semplice ottundimento allo stupore) e quadri pseudo-demenziali;
- * descrive deliri e allucinazioni, definendoli con i loro termini precisi e appropriati: solo per il fatto che un delirio e una allucinazione sono riconosciuti in maniera così esatta e cosciente dal "malato", cessano per ciò di esistere come disturbi psicopatologici;
- * evidente è la componente isterica, recitativa e finalistica, sia nell'emissione dei comportamenti, che nell'elencazione dei disturbi patologici maggiori (allucinazioni e deliri);
- * spesso il simulatore presenta comportamenti infantili inadeguati e con paure spropositate (è ingenuo, bamboleggia, drammatizza, manifesta variazioni tipicamente infantili del tono dell'umore, disegna pupazzetti, etc.);
- * risponde alle cure ed agli psicofarmaci in modo abnorme; il simulatore è sostanzialmente refrattario e non recettivo ai trattamenti psicofarmacologici e a quelli psicoterapeutici, a differenza del vero malato di mente;
- * mostra miglioramenti o recidive non consoni all'abituale decorso dei disturbi;
- * in particolare questi ultimi regolati dall'andamento del processo penale;
- * come anche sintomi da astinenza di farmaci se si sente in pericolo e improvvise guarigioni se raggiunge lo scopo prefissato;
- * la durata della malattia è regolata dal procedimento in corso e/o dalle restrizioni subite.

Oltre alla documentazione fornita dalla attenta osservazione clinica delle modalità di descrizione e manifestazione dei sintomi che il simulatore presenta, il perito si deve avvalere anche dell'uso di una batteria di reattivi mentali per confermare ed obbiettivare il sospetto nato dalle intuizioni cliniche (Capri, 1989). Attraverso il test proiettivo di Rorschach (Capri e Fontanesi, 1985; Bannatyne, et al., 1999) è possibile rilevare una eventuale simulazione; attraverso indici significativi quali resistenze e allungamento dei tempi di latenza; abbondanza di rifiuti (>2); ecc. Inoltre, alcuni autori (Bannatyne, et al. 1999; Seamson, et al. 1981), sostengono che in presenza di

simulazione sono frequenti risposte “drammatiche” fornite agli stimoli maculari, che implicano l'uso di sangue, di mutilazioni e di odio. Un altro test proiettivo attraverso il quale si può rilevare la tendenza a simulare è il Disegno della Figura Umana (DFU) applicato secondo la metodologia di Karem Machover. (Machover, 1983). Analizzando i disegni effettuati dal punto di vista dei tratti grafici e dei contenuti, valutiamo l'eventuale presenza di elementi psicopatologici e l'incongruità fra le due raffigurazioni e la storia costruita. Tra i questionari di personalità, è possibile evidenziare tentativi di simulazione o dissimulazione mediante il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* MMPI-1 e MMPI-2, sulla base delle sue tre scale di validità (L, F, K). In particolare, nella combinazione tra la scala F e quella L, quando siano elevate, assieme a tutto il profilo, con K, peraltro, molto bassa, sono soggetti che tendono, pertanto, a simulare o quanto meno ad appesantire un quadro psicopatologico. Di contro, i soggetti che tendono a fornire un'immagine conformistica di se stessi, o a dissimulare (attraverso meccanismi difensivi di tipo “denegazione”), rispondono dando un profilo “sommerso” con una netta elevazione della scala K. Nel caso in cui è solo la scala F a mostrare punteggio elevato, ciò può essere per mancanza di cooperazione tra soggetto e somministratore, scarsa comprensione delle domande, richiesta d'aiuto e psicosi; ma anche come tentativo di affermare falsi sintomi mentali. (Mosticoni e Chiari, 1993). Altro importante test in grado di rilevare tentativi di simulazione è il Bender Gestalt Test (Bender, 1983). Chi tenta di simulare al Bender raramente riesce a fare quegli errori che solitamente caratterizzano persone con un vero danno organico (Capri, 1989). Riproporre il compito al soggetto, a distanza di tempo, è una tecnica per individuare la simulazione, in quanto, difficilmente il soggetto ricorderà gli errori commessi nella prima somministrazione; e gli errori che farà saranno sicuramente diversi (Capri, 1989).

In conclusione è da sottolineare che, in linea di massima, quanto più la personalità premorbose appare attendibilmente “normale” ben adattata, e quanto più i motivi reali di simulazione sono proporzionati alla patologia denunciata, in assenza di lesioni organiche rilevabili, tanto più probabilmente si può sospettare una forte componente simulatoria. Circa i metodi diagnostici per lo smascheramento della simulazione, nessuno di quelli proposti fino ad oggi, tuttavia, può fornire la certezza, ma solo una percentuale statistica che indirizzi il giudizio clinico (Piperno, 1989).

Riferimenti Bibliografici

- American Psychiatric Association: *DSM IV: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Masson Ed.; Milano, 1996
- Andreoli V.: “*La simulazione*”. Atti del Convegno su “Simulazione e Dissimulazione”; Aversa, novembre 2000
- Bennatyne L. A.; Gacono C. B.; Greene R. L.: “*Differential patterns of responding among three groups of chronic, psychotic, forensic outpatients*”. *J. Clin. Psychology*; 1999 December, 55 (12): 1553-1563
- Bettetini M.: “*Breve storia della bugia. Da Ulisse a Pinocchio*”. Raffaello Cortina, 2001
- Callieri B.; Semerari A.: “*La simulazione di malattia mentale*”. Abbruzzini Ed.; Roma, 1959
- Capri P.: “*I test in psichiatria forense*”. In (a cura di) Jaria A.: “*Le prove psicodiagnostiche negli accertamenti peritali medico-legali e psichiatrico-forensi ed in particolare il test di Rorschach*”. Edizioni Universitarie Romane EUR; 1989 Vol. 4, (1): 53-81
- Capri P.; Fontanesi M.: “*Il Rorschach nei problemi giudiziari penali e civili*”. Studi Rorschachiani, 1985 II; 1:7-15
- Costa E.: “*Revisione critica della Sindrome di Ganser*”. Atti del Convegno su “Simulazione e Dissimulazione”; Aversa, novembre 2000
- De Ajuriaguerra J.; Marcelli D.: “*Psicopatologia del bambino*”. Masson Ed.; Milano, 1991
- Edens J. F.; Buffington J. K.; Tomicic T. L.: “*An investigation of the relationship between psychopathic traits and malingering on the Psychopathic Personality Inventory*”. *Assessment*. 2000 September; 7 (3): 281-296
- Fornari U.: “*Trattato di Psichiatria Forense*”. UTET, Torino, 1997

- Giberti F.; Rossi R.: *“Manuale di psichiatria”*. Piccinin Ed.; Padova, 1983
- Goldenberg A.: *“Dal dire la verità”*. In *“Psichiatria dell’adolescente”*; Vol. 1, Roma, 1975
- Laughlin H. P.: *“Le nevrosi nella pratica clinica”*. Giunti Barbera Universtiraria; Firenze, 1967
- Lotettu L.; Sanna M. N.; Pittalis A.; Nivoli G. C.: *“Simulazione di malattia mentale e disturbo di personalità paranoide”*. In P. Sarteschi, C. Maggini (a cura di); *“Personalità e psicopatologia”*; vol. 2, 785-790. ETS, Pisa, 1990.
- Machover K.: *“Il Disegno della Figura Umana”*. Organizzazioni Speciali OS; Firenze, 1983
- Morey L. C.; Lanier V. W.: *“Operating characteristics of six responses distortion indicators for the Personality Assessment Inventory”*. *Assessment*, 1998 September; 5 (3): 203-214
- Mosticoni R.; Chiari G.: *“Una descrizione obiettiva della personalità. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI -”*. Organizzazioni Speciali OS; Firenze, 1993
- Nivoli G. C.; Lotettu L.; Sanna M. N.: *“Simulazione e malattia mentale”*. In *“Trattato Italiano di Psichiatria”*, 2° ed. (a cura di Cassano G. B. et al.). Masson Ed; Milano, 1999.
- Organizzazione Mondiale della Sanità: *“I.C.D.-10: Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali”*. OMS, Ginevra, 1992
- Piperno A.: *“La prisonizzazione: teoria e ricerca”*. In *“Carcere e trattamento”*, (a cura di) F. Ferracuti: *“Trattato di criminologia, medicina criminologia e psichiatria forense”*. Giuffrè, Milano, 1989, Vol. 11
- Sanna M.N.; Loretto L.: *“L’omicidio per vendetta in Barbagia”*. Carlo Delfino Ed.; Sassari, 2001
- Seamons D.T.; Howell R. J.; Carlisle A. L.; Roe A. V.: *“Rorschach simulation of mental illness and normality by psychotic and nonpsychotic legal offenders”*. *J. Personality Assessment*; 1981 April, 45(2): 130-135
- Tagliapietra A.: *“Filosofia della bugia. Figure della menzogna nella storia del pensiero occidentale”*. Bruno Mondatori Ed.; 2001