

La simulazione di malattia mentale*

di
Laura Peruzzi

Psicologa, Socio Ordinario AIPG

* Newsletter n° 21, anno 2005

Scrivendo Jung in un trattato del 1903¹ “La simulazione di malattie mentali è un fenomeno rarissimo, che rimane quasi esclusivamente limitato a detenuti e carcerati. Per il pubblico abituale il timore del manicomio è troppo grande e questa forma di simulazione troppo scomoda perché valga la pena di cercare vantaggi illeciti per questa via [...]”.

Oggi le cose non stanno esattamente come descritto da Jung ad inizio secolo, e forse non corrispondevano al vero neanche allora.

Infatti, per ritrovare, nella storia, la prima testimonianza di simulazione di malattia mentale allo scopo di ottenere vantaggi, bisogna addirittura retrocedere fino alla guerra di Troia, quando l'eroe Ulisse si finse folle per risparmiarsi di partecipare al conflitto. Cominciò quindi ad mettere in pratica un comportamento a dir poco bizzarro, arando il proprio campo e cospargendovi sopra il sale; ma Palamede, un guerriero troiano, sospettando l'inganno, gli tese un tranello, ponendo davanti l'aratro il figlio Telemaco, cosicché Ulisse fu costretto a fermarsi, ad ammettere la propria finzione e a partire inevitabilmente per la guerra.

Un altro celebre episodio di simulazione di follia lo ritroviamo nella tragedia shakespeariana Amleto, dove Amleto stesso finge di essere in preda alla follia per riuscire a tramare, indisturbato, l'uccisione dell'assassino del padre.

Negli ultimi decenni la psichiatria moderna ha avuto a disposizione una vasta gamma di episodi di simulazione, tanto da consentire la stesura di interi trattati e di classificazioni (Nivoli, Loretta e Sanna, 1999).

Questo anche perché, facendo riferimento a quanto scritto da Jung, al contrario di ciò che affermò lui nel 1903, la situazione odierna degli ospedali psichiatrici giudiziari rappresenta una meta più auspicabile rispetto al carcere e quindi sono sempre di più i soggetti accusati dei più svariati reati, che tentano la strada dell'infermità mentale.

Definizione di simulazione

Il DSM-IV (1994) spiega il concetto di *simulazione* come una “produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni”. La suddetta definizione considera in primo luogo la consapevolezza del paziente di porre in atto sintomi fisici o psichici che non corrispondono alla realtà; ed in secondo luogo, la necessità, da parte dell'osservatore, di comprendere una motivazione legata ad incentivi esterni, quali l'ottenimento di un risarcimento finanziario, l'evitamento di un procedimento penale, l'esenzione da obbligo di lavoro, la prescrizione di un farmaco desiderato.

Suddivisione clinica della simulazione

L'attuale psichiatria concentra la sua attenzione su un vasto spettro di patologie psichiatriche a cui la simulazione si può applicare. Il paziente può attuare un'ampia gamma di varietà cliniche per mettere in atto la propria finzione; anzi, in teoria potrebbe tentare di simulare tutte le malattie mentali e tutti i sintomi psichiatrici.

¹ Jung C.G. (1903) *Simulazione di malattia mentale. Perizia medica su un caso di simulazione di malattia mentale*

Nivoli e collaboratori (1999) suggeriscono una classificazione delle varie modalità di simulazione che si possono riscontrare frequentemente nella pratica clinica e che possono indirizzare la diagnosi, l'eziologia e i provvedimenti, non solo terapeutici.

A) Creazione

Il soggetto che, in questo caso, simula la malattia mentale, non presenta una reale sintomatologia di interesse psichiatrico; ciò, probabilmente, perché non ha una esperienza personale o comunque diretta con nessuna malattia psichiatrica e non ha quindi un apprendimento opportuno di quella che può essere una giusta manifestazione sintomatica. I sintomi e i comportamenti simulati, infatti, rispecchiano ciò che il soggetto ritiene, per propria credenza, possa essere un' adeguata condotta per un malato di mente, tendendo molto spesso all'esagerazione, alla teatralità e quindi alla inverosimiglianza.

B) Imitazione

Quando il paziente simula una malattia mentale per imitazione, non presenta alcuna sintomatologia psichiatrica e non ha mai sofferto in prima persona di nessuno disturbo psichiatrico. Ha però avuto modo di stare a diretto contatto con soggetti che manifestano determinati sintomi di malattia mentale e di averli quindi assimilati. Ciò può avvenire in conseguenza dell'osservazione di un familiare, ma più spesso questo genere di simulazione lo si può riscontrare nell'ambiente carcerario, e in particolare negli ospedali psichiatrici giudiziari. Infatti, un detenuto che viene mandato per un determinato periodo in osservazione presso un O.P.G., ad esempio per indagare dietro un comportamento eccessivamente disturbante, ha a disposizione una vera e propria scuola in cui poter apprendere nel dettaglio le varie manifestazioni patologiche di una vasta gamma di disturbi mentali, dalla loro reattività ai farmaci, ai rapporti con personale medico-psichiatrico.

C) Rievocazione

In questo caso il paziente lamenta la presenza di una sintomatologia psicotica di cui ha realmente sofferto in passato ma che attualmente è scomparsa .

In questa situazione è particolarmente difficile rintracciare il limite che separa verità e finzione, in quanto chi manifesta questo tipo di atteggiamento simulatorio spesso non è uscito completamente dalla patologia che lo ha riguardato nel passato.

D) Stabilizzazione

E' un caso simile al precedente, ma nella stabilizzazione il paziente non risulta clinicamente guarito dalla patologia psichiatrica che lo riguarda e quando i sintomi si fanno via via meno invasivi, il soggetto accentua volontariamente il loro manifestarsi. Come nel caso della rievocazione, anche nella presente situazione è difficile dividere nettamente la malattia dalla guarigione e le recidive reali dalle recidive simulate.

E) Radicamento

In questa circostanza il soggetto che aveva inizialmente, in piena coscienza, simulato una sintomatologia psichiatrica che non esisteva, con il passare del tempo diviene vittima non più cosciente della patologia presentata, percependola come reale.

F) Allegazione

Il paziente in questo caso lamenta una sintomatologia di interesse psichiatrico, la cui gravità non corrisponde alla realtà ed è in più spesso correlata ad una patologia di tipo organico

G) Pretestazione

Nell'ambito della pretestazione, il paziente attribuisce la sua patologia psichica, reale, ad una falsa causalità al fine di ottenere un vantaggio facilmente identificabile. Spesso in questa situazione il paziente, pur di ottenere determinati benefici (premio di assicurazione, facilitazioni sul lavoro ecc.), mette in atto una particolare vivacità sintomatologica con grave compromissione della qualità della vita.

H) Autoinduzione

L'autoinduzione si ha quando un paziente si procura volontariamente una patologia psichiatrica, mediante diverse modalità (uso di droghe, farmaci, digiuno, lesioni personali, ecc.) con lo scopo di ottenere un obiettivo ben preciso. A questo proposito bisogna aggiungere che per il clinico la

diagnosi differenziale con alcune patologie psichiatriche è ardua, come con i disturbi fittizi e i disturbi di somatizzazione.

I) Mascheramento

Nel mascheramento il paziente simula una patologia psichiatrica che, coscientemente ha lo scopo di nascondere una reale psicosi. Si tratta generalmente di pazienti che, per sfuggire da situazioni emotive spiacevoli o da disagi psicopatologici, offrono al medico sintomatologie di copertura, seppure di interesse psichiatrico.

L) Dissimulazione

Il paziente, pur presentando alterazioni psichiatriche patologiche nega la loro presenza e cerca di assumere il ruolo di una persona sana. La coscienza di malattia è assente; il paziente pur presentando una patologia psicotica, può apprendere a nascondersela, ottenendo vantaggi secondari (ottenere un permesso, sottrarsi alla terapia farmacologica ecc.).

Indipendentemente dalle modalità di simulazione che il paziente mette in atto, il clinico ha la capacità di discernere tra il reale e il simulato individuando quelli che sono reazioni sintomatiche sospette.

Il già citato studio di Nivoli e collaboratori (1999) mette in luce quali possono essere le caratteristiche di un sintomo simulato. In generale è stato riscontrato che i sintomi che maggiormente sono oggetto di simulazione sono *i deliri, le allucinazioni, il mutismo, la mania, la depressione e lo stato confusionale acuto*.

Elementi che rendono sospetta la reale esistenza di un *delirio* sono una improvvisa modalità di esordio, un' ostentata comunicazione di questo, ma senza coerenza di contenuti, la mancanza di un vissuto personale, ovvero di come il delirio viene vissuto dal soggetto, incoerenza con altre sintomatologie manifestate dal soggetto.

Per la valutazione dell'attendibilità delle *allucinazioni* vale quanto detto per i deliri, ma in questo caso il fattore di primaria importanza riguarda l'area sensoriale rappresentata; le allucinazioni più frequenti sono quelle uditive, seguite dalle visive, ma difficilmente si manifestano non associate ad altri elementi psicopatologici. Quando l'allucinazione appare l'unico sintomo è d'obbligo mettere in dubbio la sua autenticità.

L' insorgere del *mutismo* affonda spesso le sue radici in un evento traumatico, rintracciabile non di rado nell'infanzia; se il disturbo risulta essersi presentato in modo improvviso, senza essere associato ad alcuna patologia psichiatrica, allora legittimamente può sorgere il dubbio della finzione del disturbo.

Il reale *disturbo maniacale* si caratterizza in prima istanza per una notevole pervasività comportamentale; ogni aspetto della vita del paziente è fortemente influenzato dagli episodi maniacali; quando questi però si manifestano associati ad un comportamento "prudente" allora è necessario valutare se siamo o meno di fronte ad un comportamento simulato. Altra caratteristica da prendere in considerazione in tale circostanza è la reattività agli stimoli: poiché il paziente affetto da crisi maniacale ha una ridotta reattività agli stimoli, è necessario diffidare della patologia di colui che mostra una marcata reattività (ad esempio al caldo o al freddo).

Per quanto riguarda la *depressione*, questa ha una modalità di esordio graduale, scatenata spesso da eventi drammatici o che precedono il suo manifestarsi di settimane o mesi; un insorgere più brusco lo possiamo avere nei casi di depressione bipolare, in cui il paziente alterna episodi maniacali ad episodi depressivi. Se il clinico si trova di fronte ad una repentina insorgenza di depressione, ma in assenza di depressione bipolare, si potrebbe trattare facilmente di un paziente che sta simulando il disturbo.

Infine, per valutare la reale esistenza dello *stato confusionale acuto (delirium)* è importante tenere presente che questo ha un'insorgenza rapida e improvvisa; inoltre alla base vi è un'eziologia organica, pertanto un'area di indagine fondamentale risiede nella ricerca della causa che ha determinato la sintomatologia. Un ultimo elemento che deve far dubitare dell'autenticità del

disturbo è la sua cronicità nel tempo: una caratteristica del delirium è infatti una sua risoluzione in tempi piuttosto brevi.

Spesso il clinico si trova a fronteggiare situazioni alquanto ardue, in quanto non sono rari i casi in cui realtà e simulazione si amalgamano a tal punto che è difficile discernere l'una dall'altra anche per il paziente stesso. Come detto da Jung² infatti “*i bugiardi più spontanei sono i truffatori patologici, e ciò che più convince nelle loro menzogne è il fatto che ci credono essi stessi, in quanto non sono in grado di ben distinguere la verità dalla finzione*”.

Diagnosi differenziale

Alla luce di quanto esposto sopra, appare evidente come per il clinico non sia affatto semplice effettuare una diagnosi differenziale tra un disturbo simulato e una patologia psichiatrica realmente esistente. Ciò è reso ancora più arduo dalla frequente comorbidità che può sussistere tra diverse sintomatologie come ad esempio, come ci informa il DSM-IV, la contemporanea presenza di disturbi di somatizzazione, disturbi fittizi e simulazione.

Feldman e collaboratori (1994) hanno redatto una distinzione che permette la classificazione dei pazienti in appartenenti alla categoria medica (affetti da patologia organica), alla categoria psichiatrica (affetti da un disturbo somatoforme) e alla categoria legale (disturbi fittizi e simulazione).

In linea generale, quindi, il problema della diagnosi differenziale si pone principalmente con a) i disturbi fittizi, b) i disturbi somatoformi e c) i disturbi dissociativi (Nivoli, Loretto e Sanna, 1999).

a) Nel *disturbo fittizio*, benché siamo in presenza di una produzione intenzionale di sintomi fisici o psichici, non è possibile individuare un incentivo esterno: mentre nel caso della simulazione la motivazione è chiaramente riconducibile ad un forte incentivo esterno ben individuabile.

Catalogata dal DSM IV tra i disturbi fittizi è la *pseudologia fantastica* che consiste, tra l'altro, nel raccontare fatti di interesse psichiatrico forense non rispondenti alla realtà. Le menzogne possono essere ricche di elementi stupefacenti, fantastici e abbondare di numerosi dettagli. Non di rado, in questi casi vi può essere il passaggio tra simulazione conscia e inconscia (Enoch, 1990).

b) La simulazione si differenzia dai vari *disturbi somatoformi* perché in questi ultimi la produzione di sintomi non è intenzionale, gli incentivi esterni non sono manifesti e si può ottenere l'alleviamento dei sintomi mediante la suggestione o l'ipnosi (DSM-IV).

c) Infine, i *disturbi dissociativi* si differenziano dalla simulazione per la difficoltà a rinvenire un incentivo esterno facilmente rintracciabile, la maggiore capacità dissociativa del soggetto e la sua più agevole influenzabilità attraverso l'ipnosi.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, (ed. italiana ad cura di Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R.) Masson, Milano.

Feldman M.D., Ford C.V. (1994), *Patient or pretender: inside the strange world of factitious disorders*, Wiley, New York.

Jung C.G. (1978), *Simulazione di malattia mentale: 1903 Perizia medica su un caso di simulazione di malattia mentale: 1904*, Boringheri, Torino.

Nivoli C.G., Loretto L., Sanna M.N. (1999), *Simulazione e malattia mentale*. In *Trattato italiano di psichiatria*, (1999) 2° edizione, a cura di Cassano G.B. et al., Masson, Milano

² vd rif. prec.

* Da una Ricerca – Pilota CEIPA condotta con le Dr.sse Carla Sorace e Sofia Stazzi.