



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

LA SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE

Isabella Merzagora

Milano, 12 maggio 2017
Gruppo Interdisciplinare di Studio Danno Iatrogeno – G.I.S-D.I.
Gruppo italiano di Studio Danno Alla Persona – G.I.S.D.A.P.
Convegno: “Responsabilità Professionale e Danno alla Persona in Psichiatria”

*L'affermazione della prossima
slide è falsa*

*L'affermazione della slide
precedente è vera*

- Da Galeno a Zacchia (De morborum simulatione)
- Deliri, insania, stultitia, furore, mania, melanconia, isteria, demenza ...
- Non stupisce: minore “oggettività”, sintomi più che segni, quel che lui ci dice
- Menzogna, esagerazione, pretestazione, etc.
- Ma non è questo che volete da me



MENZOGNA

- La verità psichica e la verità dei fatti
- Anche in buona fede: per esempio i “ricordi apparenti”, il costruttivismo. Esperimenti, ma sarà capitato anche a voi.
- “In psicologia il solo criterio decisivo è la realtà mentale, mentre la realtà materiale va posta in seconda linea” (Reik): ipoteca.



Un onorevole compromesso

- Non è mestiere per permalosi
- Non identificazione acritica
- Non transfert negativi, ostilità, rifiuto, etc.
- Soprattutto per il nesso di causa: esplorare la pregressa – e di solito presunta- sanità mentale



SIMULAZIONE

- Non dicotomia: un continuum fino a “vere e proprie” malattie che “simulano la simulazione”
- Disturbo da sintomi somatici
- Disturbo da ansia di malattia
- Disturbo di conversione
- Disturbo fittizio
- Il DSM serve ai clinici, dichiarazioni cautelative, però
...



- “Tutti i disturbi di questo capitolo hanno una caratteristica comune: la rilevanza di sintomi somatici associati a disagio e compromissione significativi. [...] La principale diagnosi di questa classe diagnostica ... dà rilievo a una diagnosi posta in base a sintomi e segni positivi (sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi), piuttosto che all’assenza di spiegazione medica per tali sintomi somatici. Una caratteristica distintiva di molti individui con disturbo da sintomi somatici non sono i sintomi somatici in quanto tali, ma piuttosto il modo in cui gli individui li presentano e li interpretano”.
- “L’attendibilità della decisione di stabilire che un sintomo somatico non ha spiegazione medica è limitata ... E’ importante notare che alcuni altri disturbi mentali possono inizialmente manifestarsi con sintomi prevalentemente somatici
- Eccetera ...

Disturbo da conversione

- Nel disturbo di conversione, la caratteristica essenziale sono i sintomi neurologici che, dopo opportuna valutazione specialistica, risultano incompatibili con la fisiopatologia neurologica.
- Il “sottotitolo” è “disturbo da sintomi neurologici funzionali”, e si chiede di specificare : Con debolezza e paralisi, Con movimento anomalo (per es., tremore, movimenti distonici, mioclono, disturbi della deambulazione), Con sintomi riguardanti la deglutizione, Con sintomi riguardanti l’eloquio, Con attacchi epilettiformi o convulsioni, Con anestesia o perdita di sensibilità, Con sintomi sensoriali specifici (per es., problemi visivi, olfattivi o uditivi), e persino Con sintomi misti
- Quindi aspettare a dire che simula

Disturbo fittizio

- A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associato a un inganno accertato. B. L’individuo presenta se stesso agli altri come malato, menomato o ferito. C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni



E poi

- Ganser
- Pseudologia fantastica
- Menzogna patologica
- Confabulazioni
- Tutte collegate o vero e proprio effetto di malattia



- Tutte queste “cose” per il clinico sono malattia, e per esempio lo sono per il DSM; per il perito o consulente è giusto che lo siano?
- Davanti a noi c'è la persona che soffre, ma dietro a noi c'è la società che deve risarcire, prosciogliere, sanzionare l'autore di un comportamento, e via dicendo.
- Una consensus conference?



Allora, come fare?

- Intuito e competenza
- Come NON fare: il DSM, la mancata cooperazione, il Disturbo Antisociale (circolare)
- Testimonianze e documentazioni, accurata anamnesi (non voglio insegnare ai gatti ad arrampicare)
- Domande aperte
- Trabocchetti su sintomi improbabili o proprio impossibili
- Simulazione parziale, rievocatrice o fissatrice: più difficile svelarla



- Commentare ad alta voce e il sintomo magicamente compare ... ma suggestionabilità e compiacenza
- Esagerazione? Si penalizza chi sta peggio, considerare genuinamente malato solo colui che non appare troppo malato?
- Tener duro: la fatica riduce la capacità di mantenere la simulazione



- Atteggiamento (salvare la faccia)
- Si simuleranno i meno ovvi e i più noti, oppure un “amalgama”, es.: allucinazioni
- Le malattie che conosce, ma fallacia clinica e fallacia medico legale
- Il DPTS e le sue diverse “versioni”. La certezza del diritto?



AMNESIE

- Spesso allegate: come riconoscere quelle genuine?
- Traumatic Memory Argument e Trauma Superiority Argument
- Esordio e fine non circoscritti
- “legge di Ribot”
- Diagnostica per immagini? (attenzione alla troppa fiducia nel colloquio)



- Comportamento non verbale
- dissonanza tra postura ed espressioni facciali, gesti, tono di voce, latenze
- la comunicazione non verbale è più difficile da controllare e dunque manipolare a scopi simulatori
- quanto più è ampia la discrepanza fra i canali di comunicazione –per esempio, un viso corrucciato che si accompagna ad una voce squillante- e tanto più è probabile che il soggetto stia mentendo; più decisivi ancora i messaggi del corpo che nella maggior parte delle persone avrebbero minori possibilità di controllo.
- Ma tranelli anche qui, es.: stranieri



Anche qui è possibile l'errore di Otello: menzogna o altro?

- I test: di che tipo?
- *Test of Memory Malingering (TOMM)*, poi la *Fake Bad Scale (FBS)*, il *Malingering Neurocognitive Dysfunction (MND)*, lo *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)*



- Un problema pratico ma anche etico (che riguarda anche il criterio ex adjuvantibus e Zacchia)
- Come si misura il misuratore? Se vengono fatte in laboratorio con persone a cui viene chiesto di simulare la malattia, il coinvolgimento emotivo non è lo stesso della “vita vera” in cui magari si cerca di sottrarsi a una condanna; se invece si conclude che chi ha raggiunto un alto punteggio al test di turno allora simula, il ragionamento è autoreferenziale
- Più di un test, e non solo test



Lie-detector et similia

- Il presupposto ottimistico
- Art. 88 c.p.p.
- E se la mia memoria ha immagazzinato il falso ricordo? Errore di Otello? Il callido mentitore e il bugiardo patologico?
- “Scoprono” le emozioni, non le menzogne



In conclusione sono ottimista:
per esempio, con me nessuno è
riuscito a simulare ... infatti non
me ne sono mai accorta

GRAZIE

criminologia.clinica@unimi.it