

La simulazione della malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie

Malingering in penitentiary institutes

A.M.A. Nivoli, L.F. Nivoli, M.N. Sanna, S. Casula, L. Loretto, G.C. Nivoli

Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università di Sassari

Summary

Objective

The purpose of the present study is to improve therapists' skills to manage the psychiatric interview with malingering patients in penitentiary environment.

Method

The present study, a clinical-case series report, is a personal contribution of the authors based on their clinical experience about malingering in different penitentiary institutes in Italy. We described eighteen examples of different dynamics of malingering mental illness in the penitentiary environment.

Results

In particular, we described the following typologies of malingering: 1) imitate, 2) worsen; 3) inflate; 4) invent; 5) mend;

6) temporize; 7) escape; 8) horrify; 9) move to pity; 10) intrigue; 11) disturb; 12) blackmail; 13) forecast; 14) remember; 15) take into partnership; 16) focus on; 17) proclaim; 18) dramatize.

Conclusion

The description of the typologies of simulation in penitentiary environments allows the therapist: 1) to avoid the involuntary suggestions of symptoms that can be useful to malingering psychopathology 2) to avoid being involved in manipulatory relations with malingering patients 3) to make a better clinical assessment for the recognition and treatment of malingering in penitentiary environment.

Key words

Malingering • Psychiatric interview • Penitentiary institutes • Prisons • Mental disorder

Riassunto

Oggetto

Lo scopo del presente studio è quello di migliorare le abilità diagnostiche dei terapeuti nei soggetti che simulano la malattia mentale in ambiente carcerario e di affinare la gestione dell'intervista psichiatrica con i pazienti simulatori.

Metodo

Il presente studio, che è costituito da una serie di casi clinici, si basa sull'esperienza clinica degli autori, riguardo alla simulazione della patologia psichiatrica in diversi Istituti penitenziari italiani. Vengono descritti 18 esempi di differenti dinamiche di simulazione di malattia mentale in ambiente carcerario.

Risultati

In particolare sono descritte le seguenti tipologie di simulazione: 1) copiare; 2) aggravare; 3) inflazionare; 4) inventare; 5) ri-

aggiustare; 6) temporeggiare; 7) sfuggire; 8) inorridire; 9) impietosire; 10) incuriosire; 11) disturbare; 12) ricattare; 13) predire; 14) ricordare; 15) associare; 16) focalizzare; 17) predicare; 18) drammatizzare.

Conclusioni

La descrizione delle tipologie di simulazione in ambiente carcerario consente ai terapeuti di: 1) evitare un involontario suggerimento dei sintomi che potrebbero essere usati per la simulazione della patologia psichiatrica; 2) evitare di essere coinvolti in relazioni manipolatorie con pazienti simulatori; 3) migliorare la valutazione clinica per il riconoscimento ed il trattamento della simulazione della malattia mentale in carcere

Parole chiave

Simulazione • Intervista psichiatrica • Istituto penitenziario • Carcere • Malattia mentale

Corrispondenza

Gian Carlo Nivoli, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Sezione di Psichiatria, Villaggio San Camillo, s.s. 200, 07100 Sassari, Italia • Tel. +39 079 254406 • Fax +39 079 228350 • E-mail: clinpsic@uniss.it

TABELLA I.La simulazione della malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie. *Simulation of mental illness in penal institutions.*

Copiare	Il paziente sfrutta, per descrivere la propria psicopatologia, i suggerimenti di sintomi che lo psichiatra fornisce, spesso in modo inconsapevole, con le sue domande e commenti
Aggravare	Il paziente aumenta la gravità clinica dei sintomi
Inflazionare	Il paziente, per essere creduto, lamenta progressivamente sempre nuovi sintomi diversi tra loro
Inventare	Il paziente, nel corso del colloquio, intuisce l'importanza di un sintomo non descritto in precedenza, perché assente, e lo lamenta
Riaggiustare	Il paziente, dopo aver preso coscienza della poca credibilità delle sue lamentele iniziali, cerca di modificarle per renderle più credibili
Temporeggiare	Il paziente, di fronte a domande cui non sa dare una risposta, cerca "di prendere tempo" per capire che cosa dovrebbe rispondere
Sfuggire	Il paziente trovandosi in difficoltà con lo psichiatra per timore di essere palesemente smascherato cerca in qualche modo di interrompere il colloquio
Inorridire	Il paziente, per dimostrare la sua pretesa di malattia di mente, ricorre a comportamenti fuori dall'ordinario che provocano sgomento, disgusto, orrore in chi le osserva
Impietosire	Il paziente per essere creduto cerca, con il suo comportamento, di suscitare sentimenti di pietà, commiserazione e di benevolente desiderio di aiutarlo
Incuriosire	Il paziente mette in atto comportamenti o verbalizzazioni ritenuti sintomi di malattia mentale che hanno lo scopo di promuovere una grande curiosità per la loro stranezza e bizzarria
Disturbare	Il paziente cerca di proporre la propria pretesa malattia mentale, attraverso un comportamento molestatore assillante con continue richieste ai medici ed allo psichiatra
Ricattare	Il paziente, per convalidare la propria pretesa malattia mentale, minaccia di compiere atti autolesionistici gravi, lesione all'integrità fisica delle persone, il suicidio o l'omicidio
Predire	Il paziente descrive la sintomatologia di una psicopatologia che ritiene possa presentarsi in futuro pur non essendo presente allo stato attuale
Ricordare	Il paziente presenta una sintomatologia che lo ha colpito per la sua gravità in passato, a livello di vittima, di spettatore o di persona informata
Associare	Il paziente per avvalorare la propria pretesa malattia mentale cerca di trasformare lo psichiatra in un amico compiacente od in un complice
Focalizzare	Il paziente dirige il contenuto del colloquio con lo psichiatra su di una precisa richiesta gestita in modo rivendicativo, rifiutando di descrivere adeguatamente la sintomatologia
Predicare	Il paziente tende a ripetere, in modo stereotipato, una stessa tipologia di discorso, che ritiene significativa di una patologia mentale
Drammatizzare	Il paziente, per avvalorare la sua pretesa psicopatologica, esibisce, con carattere di estrema urgenza, una sintomatologia presentata come drammatica

Il Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (DSM-IV-TR) definisce la simulazione (*malingering*) come "la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati motivate da incentivi esterni ...". È presente, in questa definizione, la volontarietà e la consapevolezza nell'esibire sintomi falsi o grossolanamente esagerati e la presenza di motivazioni esterne chiare e specifiche che sottendono questo agito. Questa definizione di simulazione di malattia mentale non tiene conto degli aspetti clinici che concernono la difficoltà, in molti casi, di tracciare confini netti tra simulazione conscia ed inconscia. Inoltre,

questa definizione non considera tutto quello spettro di psicopatologia nel corso del quale il paziente racconta delle non verità, come ad esempio nei disturbi fittizi, dissociativi, somatoformi, isterici, ecc. Tuttavia, la definizione di simulazione del DSM-IV-TR è spesso riscontrabile, così come descritta, nella pratica psichiatrica nelle istituzioni penitenziarie. In questi contesti privativi di libertà, non raramente il paziente, per ottenere benefici (trasferimenti in altre istituzioni, arresti domiciliari, infermità mentale totale o parziale al momento del fatto, incompatibilità col regime carcerario, semplici spostamenti di cella, agevolazione economica o di lavoro

all'interno o all'esterno dell'istituzione, ecc.), esibisce in modo volontario e consapevole i sintomi di una falsa malattia mentale.

Obiettivo del presente studio, è quello di migliorare la preparazione professionale dello psichiatra che presta opera in istituti penitenziari od in strutture analoghe (e di altri operatori della salute mentale come psicologo, criminologo, socio terapeuta, ecc.) attraverso: a) la capacità del riconoscimento e di una diagnosi approfondita di simulazione di malattia mentale b) la capacità di gestire il colloquio col paziente che simula.

La metodologia utilizzata nel presente studio è la descrizione di casi clinici. Sono illustrate diciotto modalità (Tab. I) attraverso le quali il soggetto in un'istituzione penitenziaria può, in modo volontario e consapevole, simulare la malattia mentale. Si tratta di modalità che non sono mutuamente esclusive l'una dall'altra e che possono variamente integrarsi tra loro. Inoltre, tutte queste modalità di simulazione non escludono la partecipazione di modelli generali di spiegazione della simulazione, che privilegiano la psicopatologia di interesse psichiatrico¹⁻³, la psicopatologia di interesse criminologico⁴⁻⁹, l'adattamento a difficili situazioni sociali¹⁰⁻¹³ e la coerenza con la desiderabilità sociale¹⁴⁻¹⁷. L'approccio utilizzato in questo studio si può integrare con tutti quegli approcci che mettono in luce la presenza di una simulazione attraverso scale d'indagine, test proiettivi, esami neuropsicologici, interviste strutturate, ecc.¹⁸ e con l'approccio più squisitamente medico legale¹⁹⁻²¹.

Tipologia della simulazione di malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie

Per ognuna delle modalità di simulazione di malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie è illustrata la definizione e sono fornite esemplificazioni con un caso clinico. Gli esempi clinici riportati sono tratti dall'esperienza degli autori in qualità di psichiatri presso istituzioni penitenziarie in Italia.

Copiare

Il paziente cerca di sfruttare i suggerimenti in tema di sintomi psichici che il terapeuta, in modo più o meno consapevole, gli fornisce attraverso la richiesta di informazioni anamnestiche e di chiarificazioni dei sintomi. Il termine "copiare" è tratto dal gergo delle corse automobilistiche in fuoristrada: copiare il terreno sta a significare che il pilota deve condurre l'autovettura il più possibile aderente al terreno, senza salti improvvisi, cadute o sobbalzi. Il pilota cioè copia il profilo del terreno come il paziente cerca di copiare e di intravedere le risposte che lo psichiatra si attende nel caso di diagnosi di malattia mentale.

Caso clinico n. 1

M.F., 42 anni, sesso maschile, livello di istruzione elementare, nessun precedente psichiatrico, imputato per reati contro la persona, ha già scontato una precedente condanna a quattro anni di detenzione.

Domanda dello psichiatra: "È vero che in quel periodo stava molto male psichicamente?"

Risposta del paziente: "Sì, in quel periodo stavo molto male".

Domanda dello psichiatra: "Era molto depresso?"

Risposta del paziente: "Sì, ero molto depresso".

Domanda dello psichiatra: "Riusciva a dormire la notte?"

Risposta del paziente: "No, passavo le notti in bianco e non riuscivo affatto a dormire".

Aggravare

Il paziente dopo aver "copiato" od "inventato" un sintomo, cerca di ampliarlo, espanderlo e cioè renderlo molto più grave allo scopo di sfruttarlo al meglio come segnale indicativo di grave malattia mentale.

Caso clinico n. 2

Z.C., 21 anni, sesso femminile, grado di istruzione media superiore, precedenti psichiatriche con diagnosi di disturbo borderline di personalità, imputata per spaccio di sostanze stupefacenti, precedente episodio depressivo, all'età di 18 anni, regredito con psicofarmaci. La paziente che ha copiato dallo psichiatra il sintomo della depressione può continuare a renderlo sempre più grave affermando: "Sono talmente depressa che non solo debbo restare al buio senza muovermi, ma non riesco neanche a pensare, anzi penso solo al suicidio. Lei mi deve salvare".

Inflazionare

Il paziente, di fronte ai medici ed agli specialisti che rimangono indifferenti o non credono ad una sua pretesa malattia mentale, può tendere ad aumentare non solo la gravità dei sintomi (aumentare), ma anche a lamentare tanti e nuovi sintomi diversi (inflazionare). Alla fine di questi "aumenti" ed "inflazioni" il paziente lamenta sintomi estremamente gravi ed anche una abnorme varietà di sintomi. Nei casi più eclatanti, il paziente lamenta i sintomi più disparati, spesso difficilmente conciliabili tra loro.

Caso clinico n. 3

B.E., 28 anni, sesso maschile, istruzione di livello elementare, nessun precedente psichiatrico, imputato per reati contro le persone e il patrimonio, sette anni di precedente detenzione. Il paziente, dopo aver inutilmente tentato di ottenere gli arresti domiciliari per "grave de-

pressione”, lamenta il “delirio di essere Gesù Cristo”. In seguito anche allo scarso successo dell’ultimo tentativo di apparire depresso e delirante, mette in scena “crisi epiletiche”.

Inventare

Il paziente durante il colloquio con lo psichiatra può avere l’intuizione, sulla base di quanto racconta lui stesso o anche sulla base di quanto involontariamente suggerisce lo psichiatra, che un determinato comportamento o sintomo specifico siano particolarmente indicativi di malattia mentale. Da questo momento in poi il paziente tende a trascurare gli altri sintomi lamentati precedentemente e dedica una esclusiva attenzione e valorizzazione al sintomo recentemente inventato. Questo sintomo spesso non era comparso nella fase iniziale dell’elenco delle lamentazioni del paziente, proprio in ragione del fatto che in quel momento questo sintomo “non esisteva”.

Caso clinico n. 4

C.P., 42 anni, sesso maschile, istruzione elementare, nessun precedente psichiatrico, condannato per reati contro la persona, quattro anni di detenzione. Il paziente, mentre descrive il suo stato d’animo, reattivo alla carcerazione, con ansia, depressione, profonde frustrazioni e irritabilità, rimane colpito, nella sua attenzione, dalla domanda dello psichiatra: “Hai mai pensato di porre fine alla tua vita?”. Da questo punto in poi il paziente, che intuisce che potrebbe essere molto utile ai suoi fini parlare di un suo desiderio suicidario, inventa un vero e proprio “castello di suoi desideri suicidari” ed anche racconta di “tentativi suicidari” che in realtà non sono avvenuti.

Riaggiustare

Il paziente, nel corso della descrizione di un sintomo o dei sintomi, si rende conto di offrire informazioni od assumere atteggiamenti, che potrebbero mettere in allarme il suo interlocutore rispetto alla veridicità delle descrizioni. Per questo motivo il paziente corregge, ritraffa, rettifica, specifica alcune precedenti affermazioni, allo scopo di fornire una maggiore credibilità al suo racconto.

Caso clinico n. 5

S.A., 37 anni, sesso maschile, precedente diagnosi di disturbo antisociale di personalità, imputato per reati contro la persona e il patrimonio, 8 anni di precedente detenzione. Il paziente afferma di vedere nella propria cella la madre e il padre, che hanno per lui amorevoli parole di conforto. Nel momento in cui il paziente si rende conto che in realtà sta descrivendo allo psichiatra un sogno e non una patologia mentale, precisa: “Dottore, guardi che non è un sogno, si tratta di allucinazioni ... io vedo e sento delle cose che non esistono ... io li vedo i miei

genitori, gli parlo ... lo so che non ci sono ... voglio dire ... ci sono ... in conclusione, caro dottore, voglio dire che vedo delle cose che non ci sono ... e questo vuol dire che sono un malato da curare ...”.

Temporeggiare

Il paziente, nel corso della descrizione di un sintomo, coglie alcune incongruenze nel suo stesso eloquio ed alla richiesta dello psichiatra di fornire maggiori informazioni, non sa cosa rispondere. Il paziente cerca allora di “guadagnare tempo” usando varie tecniche di “temporeggiamento delle risposte” allo scopo di comprendere quale sia la miglior risposta che deve offrire al suo interlocutore per convincerlo di essere malato di mente.

Caso clinico n. 6

F.R., 22 anni, sesso maschile, livello di istruzione elementare, precedenti psichiatrici con diagnosi di disturbo Borderline, imputato per spaccio di sostanze stupefacenti, tre anni di precedente carcerazione. Il paziente lamenta di soffrire per delle allucinazioni uditive: “Sento delle voci che mi danno fastidio e che non mi lasciano tranquillo”. A seguito delle esortazioni da parte dello psichiatra di specificare il contenuto delle voci, il paziente stupito e contrariato, perché non si attendeva questa domanda, utilizza una tecnica di temporeggiamento con frasi del tipo: “Bè, adesso non ricordo bene, ci devo pensare un attimo a cosa dicono quelle voci ... quelle voci variano molto da giorno a giorno, non sempre parlano in modo che le senta in modo chiaro ... parlano un po’ di tutto ... Ma lei dottore cosa vuol sapere esattamente ... mi spieghi meglio ...”.

Sfuggire

Il paziente si rende conto di aver esibito allo psichiatra un sintomo od una serie di sintomi che non sono credibili. Di fronte a questa situazione penosa e frustrante cerca di sfuggire all’approfondimento che lo psichiatra vuole fare nel colloquio. I “percorsi di sfuggita” (come vengono chiamate nelle navi le vie da percorrere per raggiungere la salvezza) del paziente per interrompere il disastro del suo fallimento simulatorio, possono essere assai varie e rappresentate da scene isteriche e teatrali, di grande sofferenza, improvvisi malesseri fisici, passaggi all’azione improvvisa e violenta sulle cose, ecc.

Caso clinico n. 7

M.R., 43 anni, sesso maschile, livello di istruzione media inferiore, precedenti psichiatrici di “scompensi psicotici in paziente politossicomane”, imputato e condannato per reati contro la persona, contro il patrimonio e per spaccio di sostanze stupefacenti. Il paziente lamenta una grave depressione per cui continua a richiedere farmaci.

Esortato ad illustrare i suoi sintomi di depressione, dopo circa mezz'ora di dialogo in realtà si accorge di aver parlato della sua rabbia verso gli avvocati che gli hanno richiesto ingenti somme di denaro "senza fare nulla", verso falsi testimoni che "lo hanno messo nei guai per cavarsela loro", verso i magistrati che "lo hanno condannato innocente", ecc. Rendendosi conto di non aver descritto allo psichiatra alcun sintomo di depressione, il paziente per interrompere il dialogo, perché si sente in estremo disagio ed in timore di essere smascherato, ricorre a una scena teatrale mettendosi ad urlare, a piangere, a gridare ad alta voce, in modo tale da dover essere calmato e tranquillizzato. "Io ho una bambina di cinque anni che sta morendo, perché malata, ho un'altra bambina di otto anni che sta impazzendo perché sono lontano da lei e continua a chiamare papà, papà ... ho una moglie con quattro tumori che soffre senza di me ... io in questi momenti marcisco qua ingiustamente e voi non fate nulla ... voi non credete che sono depresso ... voi tutti mi volete morto ...".

Inorridire

Il paziente, allo scopo di ottenere una diagnosi di malattia mentale, può mettere in atto comportamenti così contrari al buon senso ed ai normali istinti di igiene personale, di mantenimento della propria integrità fisica e di gestione della sessualità, ecc., che suscitano in chi lo osserva meraviglia, paura, ribrezzo, disgusto ed orrore. Molti di questi comportamenti che inorridiscono, hanno lo scopo di stimolare, almeno nelle aspettative del paziente, in chi l'osserva il commento: "Una persona che agisca così, non può che essere malata di mente".

Caso clinico n. 8

G.N., 51 anni, sesso maschile, livello di istruzione elementare, precedenti tentativi di simulazione di malattia mentale, condannato per due sequestri di persona ed omicidio, 18 anni di precedente carcerazione. Il paziente, per simulare una psicosi, scrive inizialmente lunghe lettere al Papa, al Presidente della Repubblica, ai vari presentatori televisivi, ai più importanti uomini politici, nelle quali afferma di essere preso di mira da una associazione malavitosa mondiale che lo vuole uccidere e vuole rovesciare il Governo, abolendo tutte le forme di religione. Dopo alcuni mesi di queste manifestazioni, il paziente incomincia a mangiare le proprie feci ed a bere le proprie urine. Dopo qualche mese, il paziente è inviato agli arresti domiciliari. Situato nella propria dimora, il paziente non manifesta alcun comportamento strano o sintomo psicotico. In particolare rilascia un'intervista molto ben strutturata ad un giornale locale, mettendo in luce di essere stato condannato pur essendo innocente. Al contempo intenta, in accordo ed in collaborazione con il suo

avvocato, una causa all'amministrazione della giustizia per le sofferenze ingiustamente patite in carcere.

Impietosire

Il paziente, allo scopo di far valere la sua strategia nel simulare una malattia mentale, può cercare di utilizzare nelle sue manifestazioni un "basso profilo di disturbo all'istituzione" e cioè non creare problemi medici o disciplinari che turbino il normale svolgersi della quotidianità del lavoro di medici, infermieri, personale di custodia o della convivenza con altri detenuti, cercando contemporaneamente di muovere a compassione ed a pietà, per le sue "profonde sofferenze", chi lo deve valutare. Mostrarsi in un ambiente carcerario "più grigio del grigio dei muri" ed al contempo "estremamente sofferente" a livello personale, senza arrecare disturbo o creare problemi al normale svolgimento della vita carceraria, può, in alcuni casi, essere una strategia vincente ai fini della simulazione della malattia mentale.

Caso clinico n. 9

R.S., 47 anni, sesso maschile, livello di istruzione elementare, nessun precedente psichiatrico, condannato per reati contro il patrimonio, ha già scontato in precedenza sei anni di detenzione. Il paziente, che lamenta un lieve disturbo alla circolazione venosa agli arti inferiori (reale), verbalizza progressivamente, nel corso di qualche mese, una concomitante depressione con stati di panico (non reali nella descrizione esibita). Il paziente non è solito lamentarsi con i medici e con gli specialisti. Spesso le sue sofferenze e la sua difficoltà di movimento sono riportate ai medici dai compagni di cella, mentre il paziente mantiene sempre un atteggiamento di estrema passività, sottomissione e non arreca alcun disturbo. In seguito a questa sintomatologia, al paziente è riconosciuta l'incompatibilità con il sistema carcerario. Una settimana dopo la scarcerazione il paziente, mentre al mercato ortofrutticolo sta scaricando con grande vigoria fisica pesanti carichi di ceste di frutta, incontra l'infermiere del carcere che lo aveva assistito nelle settimane precedenti per le gravi sofferenze lamentate. Al commento stupito e divertito dell'infermiere: "Adesso stai bene", l'ex paziente risponde maliziosamente ammiccando, come tra amici di vecchia data: "Mai stato male! ...".

Incuriosire

Il paziente mette in atto, allo scopo di simulare una malattia mentale, dei comportamenti o delle verbalizzazioni che hanno lo scopo di promuovere una grande curiosità e, talvolta, ilarità nell'ambiente che lo circonda. Si tratta quindi di pazienti che invece di ricorrere al processo di inorridire, impietosire, disturbare, ricattare, cercano di incuriosire e muovere al riso, mettendo in luce, perché

ritenuti sintomi di malattia mentale, la particolare stranezza e bizzarria dei loro comportamenti, delle loro verbalizzazioni o delle loro richieste.

Caso clinico n. 10

M.F., 34 anni, sesso maschile, istruzione media inferiore, precedenti psichiatriche di "scompensi psicotici in paziente politossicomane", condannato per reati contro il patrimonio e spaccio di sostanze stupefacenti, 4 anni di precedente detenzione. Il paziente che desidera essere trasferito in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario da una colonia penale su di un'isoletta circondata dal mare, ricorre a vari comportamenti strani e bizzarri per realizzare la sua strategia. In un primo tempo smonta con grande abilità e perizia i tubi dell'acqua, del lavandino e del bagno provocando un allagamento dell'intero braccio di detenzione, tra l'ilarità (era il mese di luglio e la temperatura ambientale era molto alta) dei detenuti e degli agenti di custodia. Con successo poi manomette l'impianto elettrico della cella, provocando numerosi cortocircuiti, di cui era difficile sospettare la causa e la provenienza, all'intera sezione del carcere. Il paziente diventa poi uno specialista nello smontare in piccolissimi pezzi tutto l'arredamento della cella, avendo cura di rimontarlo nelle settimane successive. Infine, lo stesso detenuto, non ottenendo risultati con questi comportamenti indirizza al Direttore del carcere la seguente richiesta: "Prego la S.V. di accordare il permesso di usare la motobarca Cristina (uno dei vari mezzi navali con la quale la colonia penale si metteva in contatto con la terra ferma) durante un turno di notte per poter andare a pescare e poter rifornire la mattina tutto il carcere di pesce fresco. Grato della gentilezza con cui sarà accolta la richiesta, porgo i più deferenti saluti".

Disturbare

Sino a qualche anno or sono era noto ai detenuti che desideravano essere inviati all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, che il mezzo migliore per ottenere questo trasferimento era quello di utilizzare un cosiddetto comportamento "disturbante" ("alto profilo di disturbo delle istituzioni") nell'ambito della vita carceraria, che in genere è scandita da ritmi precisi di orari, di spazi e di compiti tra le persone. Tra i mezzi più utilizzati per "disturbare" vi era quello di "urlare di notte", fingendo stati ansiosi e di panico; mettere in atto saltuarie "crisi pantoclastiche" in cui si spaccavano tutti i mobili della cella ma non si aggrediva alcuna persona tra il personale di custodia ed i detenuti; la "chiusura" in assoluto silenzio su se stessi, senza lavarsi, provvedere all'igiene personale, gettando il cibo nel corridoio; ecc. Attualmente, al posto di queste precedenti azioni di disturbo, che possono far perdere benefici di legge, può essere utilizzata la continua richie-

sta a medici e specialisti di psicofarmaci, asserendo di "stare male", di "non guarire". Le continue richieste di visite mediche e di visite specialistiche, soprattutto con la minaccia di un possibile suicidio, possono rappresentare una grande azione di disturbo, che il detenuto può fare sui medici, sugli specialisti e sul personale di custodia. Il paziente, in questo senso, diventa un vero e proprio "molestatore assillante" del personale dell'istituzione. Quest'azione pressante sul personale medico in particolare, può esitare nella prescrizione di farmaci in grande quantità e di differenti qualità, non giustificate da una reale sintomatologia psichica. Si tratta di prescrizioni fatte esclusivamente per "placare" le "continue richieste assillanti" formulate dal paziente "molestatore assillante" e non per curare una specifica sintomatologia reale.

Caso clinico n. 11

G.O., 46 anni, sesso maschile, livello di istruzione superiore, precedenti psichiatriche per depressione, condannato per spaccio e traffico a livello internazionale di sostanze stupefacenti, 4 anni di precedente detenzione. Il paziente da circa tre anni presenta la caratteristica di richiedere con urgenza delle visite mediche. Dalla propria cella il paziente, apparentemente disperato e in preda ad una crisi (svenimento, agitazione psichica e motoria, comportamento pantoclastico su oggetti ecc.) fa appello sul personale di custodia, il quale è così obbligato a chiamare il medico di guardia, che a sua volta deve segnalare il caso al medico responsabile di turno, il quale ancora chiamerà spesso di urgenza il medico specialista psichiatra per un consulto. Anche il direttore dell'istituzione ed il responsabile del personale di custodia sono implicati nel caso: a loro giungono le continue lamentele di tutto il personale medico, paramedico e preposto alla sicurezza, a causa del disturbo continuo del paziente sui ritmi della vita carceraria. In questo contesto di disturbo, il paziente continua sempre a richiedere "più farmaci" perché "non guarisce" e la sua sintomatologia "continua a peggiorare". In due occasioni e in due differenti istituzioni penitenziarie, i farmaci al paziente sono stati del tutto sospesi a causa della diagnosi formulata di "simulazione": il paziente assumeva una enormità di psicofarmaci a dosi altissime senza ottenere alcun risultato clinico (il paziente non ha lamentato alcun effetto collaterale perché in concreto non assumeva farmaci). Il paziente, dopo tre anni di queste continue azioni di disturbo, è riuscito ad ottenere gli arresti domiciliari. Allo stato attuale si reca regolarmente a controllo psichiatrico ogni mese, gode di ottima salute fisica e psichica ed non ha assunto psicofarmaci di cui non ha alcuna necessità.

Ricattare

Il paziente, resosi conto di non aver fornito o di non essere in grado di fornire sintomi utili a convincere lo psichiatra

della presenza di una malattia mentale, può ricorrere a tecniche ricattatorie, tra cui predomina l'utilizzazione di manifestazioni, anche teatrali, della volontà di suicidarsi, oltre le minacce di autolesionismo, di eteroaggressività e di crisi pantoclastiche. Nell'istituzione penitenziaria la possibilità che un detenuto compia un gesto suicidario è particolarmente temuta da tutti: medici, paramedici, specialisti, personale di custodia, ecc., sia sotto l'aspetto umano (empatia verso le sofferenze altrui, sentimenti di colpa per quello che avrebbe potuto essere fatto per evitare il suicidio, ecc.) quanto sotto l'aspetto giuridico-amministrativo (inchieste da parte del magistrato, possibili responsabilità penali e civili, ecc.). I detenuti sono al corrente della grande forza ricattale che può avere la semplice minaccia di suicidio sul personale medico: "Se non mi scrivi che sono ammalato gravemente io mi suicido". Alcuni pazienti non esitano ad utilizzare il "fantasma del ricatto" del suicidio per cercare di ottenere ciò che desiderano.

Caso clinico n. 12

A.P., 21 anni, sesso maschile, istruzione universitaria, politossicomane con diagnosi di disturbo Borderline di personalità, condannato per spaccio e traffico di sostanze stupefacenti, 2 anni di precedente detenzione. Il paziente, dopo aver manifestato la sua intolleranza a rimanere nel sistema carcerario, così si esprime: "Non posso vivere in questo carcere ... io sto morendo ... io sto impazzendo e voi non fate nulla per me ... devo ammazzarmi. Voi non credete che io mi sono ammalato e che sto soffrendo ... io sarò costretto a tagliarmi i polsi ... così finalmente mi crederete ... se non muoio vi denuncerò tutti quanti ...".

Predire

Il paziente descrive la sintomatologia di una psicopatologia che ritiene possa verificarsi in futuro, anche se allo stato attuale non è presente. In questi casi il paziente descrive i suoi timori e le sue paure future come se fossero già presenti e attuali, praticando molto spesso un continuo ed assillante "autoconvincimento". La previsione di una psicopatologia futura può anche basarsi su di un'attuale situazione medica e psicologica frustrante, foriera di disagio psichico.

Caso clinico n. 13

C.R., 28 anni, sesso maschile, livello di istruzione elementare, politossicomane con diagnosi di disturbo Antisociale di personalità, condannato e incarcerato per reati contro il patrimonio e spaccio di sostanze stupefacenti, 3 anni di precedente detenzione. Il detenuto verbalizza: "Tutto mi sta andando male ... non ho amici ... non ho un avvocato che mi difenda ... i giudici non mi vengono

a sentire ... i familiari mi hanno abbandonato ... qui in carcere non ho soldi ... non ho nemmeno i denti per mangiare perché mi occorrono i soldi per poterli far mettere dal dentista ... ho il ginocchio sempre gonfio che si blocca e non riesco nemmeno ad andare al cesso perché non riesco a piegare le ginocchia... io sto impazzendo e domani non potrà che essere peggio di oggi e dopodomani peggio di domani ... io sono impazzito, senza rimedio e senza scampo. Non riesco più a ragionare. Ho già il cervello saltato ... non ricordo nulla. Non riesco a concentrare l'attenzione. Non provo più sentimenti, sono già morto ... mandatemi in un ospedale psichiatrico ...".

Ricordare

Il paziente descrive una psicopatologia che in epoca passata lo ha particolarmente colpito, spaventato ed affascinato per la sua gravità e che può essere utilizzata nella sua situazione attuale per giustificare le sue rivendicazioni. Questa psicopatologia può essere stata vissuta da lui personalmente od anche solo osservata come spettatore in altre persone, letta od udita dalle fonti più svariate (mezzi di comunicazione di massa, riviste, giornali, contatto con pazienti psichiatrici, presenza di personale in ospedali psichiatrici giudiziari, racconti di detenuti che valorizzano determinati sintomi o comportamenti o verbalizzazioni che si sono dimostrati utili ad altri compagni che hanno simulato con successo la malattia mentale, ecc.).

Caso clinico n. 14

D.F., 25 anni, sesso maschile, istruzione superiore, precedenti psichiatrici di depressione e abuso di sostanze alcoliche, condannato per reati contro la persona e contro il patrimonio, due anni di precedente detenzione. Il paziente confida allo psichiatra: "Sono talmente giù di morale, depresso, arrabbiato con il mondo e con me stesso che non mi rimane che ammazzarmi ... Non c'è più alcun motivo perché io viva ... mi ricordo la stessa cosa è capitata a mio cugino in questo carcere ... anche lui era depresso ed arrabbiato e poi si è ucciso ... Anche a me sta capitando la stessa cosa: Aiutatemi!". Il paziente ebbe modo di raccontare in forma dialettale al compagno di cella: "... Già poco me li sono spaventati tutti (traduzione: ho fatto provare un grande spavento a tutti), vedrai che mi mandano agli arresti domiciliari per non avere le grane di un morto in carcere ... si ricordano ancora tutti della morte di mio cugino e delle inchieste giudiziarie che gli hanno dato un sacco di problemi ...".

Associare

Il paziente dopo aver inutilmente tentato di convincere i medici e gli specialisti della propria malattia mentale può cercare, in via molto amicale, la complicità degli

stessi medici e specialisti per poter soddisfare la sua strategia e cioè essere dichiarato malato di mente ed ottenere i guadagni secondari che si era prefissato (trasferimenti, sconti di pena, misure alternative alla privazione di libertà, ecc.). Il paziente cerca cioè di trasformare seri ed obiettivi professionisti della salute mentale in “amici compiacenti” o francamente in “complici a suo servizio” per ottenere ciò che desidera.

Caso clinico n. 15

P.I., 36 anni, sesso maschile, nessun precedente psichiatrico, condannato per reati contro la persona, sette anni di precedente detenzione. Il paziente appartenente ad un'importante organizzazione criminale, dopo aver tentato di ottenere gli arresti domiciliari simulando degli stati di panico ed una grave claustrofobia, continuamente richiede colloqui con lo psichiatra del carcere (anche ricorrendo al mezzo di far telefonare allo psichiatra, nel proprio ambulatorio privato, da “amici” che occupano importanti cariche politiche per ottenere una raccomandazione). Il paziente utilizza familiarmente il “tu” con lo specialista anche se quest'ultimo continua ad utilizzare il “lei”. In una di queste occasioni il paziente, trattando lo psichiatra sempre come un carissimo amico fraterno ed un complice, gli chiede: “Senti un po', non mi è andata con gli stati di panico e con la claustrofobia, ma che cavolo di malattia mi consigli di lamentare per essere inviato agli arresti domiciliari? Aiutami ad avere questi benedetti arresti domiciliari ... cosa ne dici se io tentassi un suicidio ... la cosa potrebbe essere utile? ...”.

Focalizzare

Il paziente cerca di dirigere tutto il contenuto del colloquio con lo psichiatra esclusivamente su una precisa richiesta spesso in modo intrusivo e petulante e si rifiuta, nel modo più assoluto, di descrivere con modalità dettagliata ed adeguata la sintomatologia psichica di cui afferma di soffrire.

In genere, la focalizzazione avviene attraverso tre fasi distinte. Nella prima fase vi è un generico “sto male”, “non sto bene”. Nella seconda fase vi è una richiesta specifica, esclusivamente mirata allo scopo di non soffrire e di star meglio: richiesta di farmaci, di certificazioni, di trasferimenti, ecc. Nella terza fase vi è un confronto, spesso in termini rivendicativi ed aggressivi, con lo psichiatra che non aderisce a precise richieste: “... allora lei non fa nulla per me”, “allora non mi volete aiutare ...”, ecc.

Caso clinico n. 16

G.S., 22 anni, sesso maschile, istruzione superiore, politossicomane, condannato per reati contro il patrimonio e spaccio di sostanze stupefacenti, un anno di precedente detenzione. Il paziente allo psichiatra: “Sto male”.

Lo psichiatra: “Mi spieghi cosa intende per star male”. Il paziente: “Sto male ... sto male ... cosa vuole che le dica ... è come se stessi morendo, come se stessi impazzendo. Sto male, non ce la faccio più”. Lo psichiatra: “Me lo può spiegare meglio?”. Il paziente: “E cosa vuole che le spieghi? Io le chiedo solo di prescrivermi del Tavor per dormire, è di questo che ho bisogno. Non posso più continuare a soffrire, e poi ho anche bisogno del Valium durante il giorno. Le chiedo solo di scrivermi queste medicine e basta ... se lei non le vuole scrivere me lo dica chiaramente: non voglio fare niente per lei ... me ne frego che lei stia male ...”.

Predicare

Il paziente tende a ripetere, in modo stereotipato, con piccole variazioni, una stessa tipologia di discorso, che ritiene significativa per provare l'autenticità di una sua malattia mentale, ad ogni domanda o situazione che deve affrontare. Si tratta, cioè, di soggetti che si sono preparati una tipologia di discorso compiuto, che tendono a ripetere come se fosse una “predica”, ad ogni domanda o circostanza in cui debbano esprimersi.

Caso clinico n. 17

L.F., 29 anni, sesso maschile, precedente diagnosi di disturbo schizotipico in paziente politossicomane, condannato per reati contro il patrimonio (in particolare frode), quattro anni di precedente detenzione. Al paziente viene comunicato che non può ottenere gli arresti domiciliari. Dopo qualche giorno il paziente inizia un suo discorso partendo dal presupposto che lui si ritiene un Dio in terra. Consapevole di questo ruolo il paziente manifesta tutta la sua comprensione verso le persone attorno a lui, distribuendo inizialmente, perdoni e consigli affettuosi. In particolare mette in atto un comportamento apparentemente altruistico ed affettuoso. “Capisco che in questo momento non avete la possibilità di mandarmi a casa, non dovete preoccuparvi ... io non vi farò del male ... io non mi farò del male ... queste cose le capisco ... è un mio compito quello di capire gli esseri umani e per questo io vi ringrazio degli sforzi che avete fatto e che farete in futuro. Io che sono la bontà in persona, sento che anche voi siete buoni e che anche voi, se avreste avuto la possibilità, mi avreste aiutato. Voi e le vostre famiglie potete stare tranquilli e sereni perché io so che siete buoni, lo vedo dai vostri visi, lo vedo dalle vostre azioni. Continuate pure così ad essere bravi e generosi e non abbiate timore di nulla ...”. Dopo vari mesi di queste “prediche” plurigiornaliere spesso punteggiate da velate minacce (ritorsioni sui familiari del personale, ricatto legato alla possibilità di un suo suicidio), ma non accompagnate da altri sintomi di interesse psichiatrico, il paziente, resosi conto che non avrebbe ottenuto altro che un trasferimento in

un'altra istituzione penitenziaria a maggior sicurezza e lontano dalla residenza, rinunciò alle sue esibizioni di simulazione di malattia mentale ed alle sue minacce.

Drammatizzare

Il paziente, per avvalorare una sua pretesa malattia mentale, presenta, con un carattere di estrema urgenza, una sintomatologia acuta che descrive come estremamente drammatica. In questi casi il paziente che, spesso, si lamenta di essere in pericolo immediato di vita o di cadere in una crisi con sofferenze atroci e intollerabili, cerca di comunicare allo psichiatra, attraverso un'estrema drammaticità, una sua pretesa malattia mentale.

Caso clinico n. 18

C.G., 34 anni, sesso maschile, istruzione media inferiore, nessun precedente psichiatrico, abuso di sostanze alcoliche, condannato per reati contro il patrimonio, ha già scontato sei anni di reclusione. Il paziente chiama d'urgenza il medico e lo psichiatra affermando: "... ho cercato di farcela da solo ma è da oltre due settimane che non riesco più a mangiare, sono diventato anoressico ... Tutto quello che mangio vomito ... anche un piccolo pezzetto di carne, di pane ... io sto morendo ... mi ha preso questa anoressia fulminante ... mandatemi in ospedale perché qui io muoio ... non lo dico solo io. Chiedete al mio compagno di cella: è due settimane che mi vede vomitare e non mangio più nulla". Il compagno di cella, interrogato davanti al paziente, annuisce confermando. Il compagno di cella, interrogato senza la presenza del paziente, afferma: "Vi chiedo solo di cambiare cella e di non finire nei guai per colpa del mio compagno o per colpa vostra ...". In realtà il paziente si nutriva regolarmente e non aveva alcun disturbo.

Conclusioni

La conoscenza di tutte le possibili modalità attraverso le quali il soggetto in un'istituzione carceraria simula una malattia mentale per ottenere chiari benefici identificabili, non esenta l'operatore della salute mentale da una attenzione privilegiata alla possibile presenza di psicopatologie di interesse psichiatrico-psicologico-criminologico; ai tentativi fisiologici di adattamento ad un ambiente con privazione di libertà, ansiogeno e frustrante; alle coerenze con valori criminali sottoculturali che possono integrarsi con il tentativo simulatorio. Indispensabile poi, per l'operatore della salute mentale, essere in grado di interrogare e comprendere il soggetto che mente e che simula con una adeguata tecnica di colloquio, riconoscendo in particolare le proprie e le altrui reazioni emotive, che possono interferire nel processo diagnostico e nell'indirizzo terapeutico²². Particolare attenzione deve

poi essere posta, in ambiente carcerario, alla trasformazione dalla simulazione conscia a quella inconscia (ad esempio, da una protestazione di una falsa innocenza sino a un delirio di innocenza) ed in particolare ai vari passaggi all'azione legati a tentativi di convalida della simulazione della malattia mentale (ad esempio, il paziente simula un tentativo di suicidio e poi contro la sua volontà si verifica il suicidio reale). Pur con i limiti metodologici che precedono, è possibile mettere in luce, sulla base delle tipologie di simulazione descritte, almeno due osservazioni cliniche utili nella gestione del paziente che simula in ambiente carcerario:

- a. il terapeuta deve evitare di suggerire, con le sue domande, i sintomi che il paziente potrebbe utilizzare per simulare una malattia mentale;
- b. il terapeuta deve essere in grado di evitare le situazioni di tipo manipolatorio (attraverso l'amicizia, il ricatto, lo sfruttamento di sentimenti di colpa, la minaccia) che il paziente che simula può ricercare nella relazione terapeutica.

Sarà compito di ulteriori studi l'esame a livello quantitativo e qualitativo delle caratteristiche bio-psico-sociali dei soggetti che simulano, degli interventi terapeutici che apportino maggiore beneficiabilità al paziente, della influenza sulla tipologia di simulazione di specifici ambienti carcerari o di specifiche strutture di assistenza psichiatrica, utili per meglio approfondire gli interventi diagnostici e terapeutici sul soggetto che simula una malattia mentale.

Bibliografia

- 1 Perry JC, Cooper SH. *Empirical studies of psychological defense mechanisms*. In: Michels R, Cavenar JO, Cooper AM, et al., editors. *Psychiatry*. Vol. I. Philadelphia, PA: JB Lippincott 1985.
- 2 McClure RF. *Admitting personal problems and outcomes in hospitalised psychiatric patients*. *J Clin Psychol* 1978;34:44-9.
- 3 Staruss DH, Spitzer RL, Muskin PR. *Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV*. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1168-72.
- 4 Slovenko R. *Patients who deceive*. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006;50:241-4.
- 5 Edens JF, Poythress NG, Watkins MM. *Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: a comparison of the PAI, SMS, and SIRS*. *J Pers Assess* 2007;88:33-42.
- 6 Cleckley H. *The mask of sanity*. 5ª edn. St. Louis, MO: Mosby 1976.
- 7 Mare RD. *Manual for the Revised psychopathy checklist*. Toronto: Multihealth Systems 1991.
- 8 Snyder S. *Pseudologia fantastica in the borderline patient*. *Am J Psychiatry* 1986;143:1287-9.

- ⁹ Ford CV, King BH, Hollender MH. *Lies and Liars: psychiatric aspects of prevarication*. Am J Psychiatry 1988;145:554-62.
- ¹⁰ Rogers R, Dickey R. *Denial and minimization among sex offenders: a review of competing models of deception*. Annals of Sex Research 1991;4:49-63.
- ¹¹ Cox BJ, Swinson, RP, Dorenfeld DM, et al. *Social desirability and self-reports of alcohol abuse in anxiety disorder patient*. Behav Res Ther 1994;32:175-8.
- ¹² Henly GA, Winters KC. *Development of problem severity scales for the assessment of adolescent alcohol and drugs abuse*. Int J Addict 1988;23:65-85.
- ¹³ Haywood TW, Grossman LS, Hardy DW. *Denial and social desirability in clinical examinations of alleged sex offenders*. J Nerv Ment Dis 1993;181:183-8.
- ¹⁴ Crowne DP, Marlowe D. *A new scale of social desirability independent of psychopathology*. J Consult Psychol 1960;224:349-54.
- ¹⁵ Carsky M, Selzer MA, Terkelson K, et al. *A questionnaire to assess acknowledgement of psychiatric illness*. J Nerv Men Disease 1992;180:458-64.
- ¹⁶ Diamond B. *The simulation of insanity*. J Soc Therapy 1956;2:158-65.
- ¹⁷ Halleck S. *The criminal's problem with psychiatry*. In: Allen RC, editor. *Reading in law and psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press 1975, pp. 51-4.
- ¹⁸ Rogers R. *Clinical assessment of malingering and deception*. II ed. New York: The Guilford Press 1997.
- ¹⁹ Ferracuti S, Parisi L, Cappatelli A. *Simulare la malattia mentale*. Torino: Centro Scientifico Editore 2007.
- ²⁰ Iorio M, Massimelli M, Maina G, et al. *Simulazioni in medicina legale*. Torino: Edizioni Minerva Medica 2009.
- ²¹ Nivoli GC, Loretto L, Sanna MN, et al. *Simulazione e malattia mentale*. In: Volterra V, editor. *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*. Milano: Masson 2006, pp. 289-308.
- ²² Nivoli GC. *Il perito e il consulente di parte in psichiatria forense*. Torino: Centro Scientifico Editore 2005.