

## **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

**Corso di Laurea in Psicologia Clinico - Dinamica (M4A)**

**Tesi di Laurea Magistrale**

### **LA SIMULAZIONE IN PSICOLOGIA E PSICHIATRIA FORENSE: UNA RASSEGNA SISTEMATICA**

**Malingering in Forensic Psychology and Psychiatry: A Systematic Review**

***Relatore:***

**Prof.ssa Arianna Palmieri**

***Relatore esterno:***

**Dott. Emanuele Pick**

***Laureanda:* Giulia Bridget Marisa Bordoni**

***Matricola:* 2016616**

**Anno Accademico 2022/2023**



## Indice

<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Capitolo 1</b> .....	<b>6</b>
<b>Introduzione</b> .....	<b>6</b>
1.1 DEFINIZIONE DI SIMULAZIONE DI UNO STATO DI MALATTIA .....	6
1.2 I MANUALI DIAGNOSTICI, ORIGINE ED EVOLUZIONE DEL COSTRUTTO .....	10
1.2.1 MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DSM) .....	11
1.2.2 MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO (PDM) .....	14
1.2.3 CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI (ICD).....	16
1.3 DIFFERENZIAZIONE TRA SIMULAZIONE E MALATTIA MENTALE .....	16
1.3.1 STRUMENTI E METODI PER IDENTIFICARE LA SIMULAZIONE.....	21
1.4 LA SIMULAZIONE NELLA VALUTAZIONE FORENSE.....	25
<b>Capitolo 2</b> .....	<b>32</b>
<b>Obiettivi della ricerca</b> .....	<b>32</b>
<b>Capitolo 3</b> .....	<b>37</b>
<b>Metodi</b> .....	<b>37</b>
3.1 METODOLOGIA DI RICERCA .....	37
3.2 CRITERI D'ESCLUSIONE E D'INCLUSIONE.....	37
3.3 FONTI.....	38
3.4 ESTRAZIONE DEI DATI.....	39
<b>Capitolo 4</b> .....	<b>40</b>
<b>Risultati</b> .....	<b>40</b>
4.1 RIEPILOGO DEI RISULTATI .....	40
<b>Capitolo 5</b> .....	<b>67</b>
<b>Discussione</b> .....	<b>67</b>
5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI .....	67
5.1.1 VALUTARE LA SIMULAZIONE DI MALATTIA, I TEST PSICOMETRICI.....	71
5.1.2 VALUTARE LA SIMULAZIONE DI DISTURBI SPECIFICI.....	81
5.1.3 L'UTILIZZO DEI TEST NEL CONTESTO INTERNAZIONALE .....	92
5.2 LIMITI RISCONTRATI.....	107
5.3 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE .....	108
<b>Bibliografia</b> .....	<b>110</b>



## Abstract

La presente rassegna sistematica della letteratura, sulla base delle premesse teoriche esposte nel Capitolo 1 “**Introduzione**” e dei principi forniti dalle linee guida PRISMA (*The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) in conformità alla versione aggiornata ed esplicitata nel *PRISMA 2020 Statement* (Page et al., 2021), è finalizzata ad esporre l’attuale stato dell’arte in merito alla simulazione di malattia, con focus particolare all’ambito forense, e si pone l’obiettivo di riportare i recenti sviluppi in merito alle criticità legate al fenomeno, le varie argomentazioni elaborate dagli esperti e le risposte che quest’ultimi hanno formulato in merito ai quesiti esistenti. Nello specifico, il focus dell’analisi è posto sui vari strumenti di *assessment* attualmente in uso per disambiguare ed evidenziare la presenza o meno di simulazione, quale sia il loro grado di attendibilità e quali siano le alternative disponibili, o recentemente sviluppate, per gli specialisti in grado di identificare le diverse e specifiche psicopatologie e in che modo queste rendano possibile la loro differenziazione rispetto al comportamento simulatorio. Infine, si analizza come questa prospettiva testistica si declina nei vari paesi europei, ovvero, come vengano affrontate le varie questioni legate alla valutazione della simulazione e quale sia il rapporto esistente tra specialisti e strumenti di valutazione. Se ne conclude che la simulazione di sintomi si presenta a tassi non irrilevanti, in diversi ambiti ed in riferimento a determinati cluster di sintomi, motivo per cui le varie ricerche menzionate sembrano confermare unanimemente la necessità di utilizzare un approccio che comprenda la combinazione di strumenti multipli, con lo scopo di ottenere il più alto tasso di validità convergente che funga da guida nella diagnosi differenziale e riduca al minimo i tassi d’errore ed incertezza nel corso della valutazione. Inoltre, future ricerche sono necessarie per migliorare le conoscenze sulla simulazione di malattia in ambito forense, come anche in quello clinico, e nello specifico per sviluppare, adattare ed imparare ad utilizzare le varie tecniche, nei diversi contesti e con le differenti popolazioni con cui gli esperti si trovano ad operare, e per ridurre il grado di eterogeneità presente tra i paesi a livello di strumenti utilizzati, non essendoci ancora un accordo generale sulla metodologia di cui avvalersi.

# Capitolo 1

## Introduzione

### 1.1 DEFINIZIONE DI SIMULAZIONE DI UNO STATO DI MALATTIA

Con il termine simulazione [dal latino *simulatio -onis* der. di *simulo -are* “simulare”] si intende “l’atto di simulare, in particolare qualsiasi atto o atteggiamento che tenda a far sorgere in altri un falso giudizio; *s. di infermità*, reato consistente in una falsa affermazione di infermità, nell’ambito della medicina legale per ottenere il riconoscimento di uno stato di invalidità o di infermità che consenta di fruire di particolari benefici”. La lingua inglese utilizza, un termine unico e specifico per descrivere l’atteggiamento del fingersi malato: “*malingering*”, ovvero “*pretend illness*”, parola che etimologicamente significa “fingere malattia per evitare di adempiere ai propri doveri”<sup>1</sup>. “*Malingering*” deriva dal francese “*malingere*”: “*mal*”, erroneamente o impropriamente<sup>2</sup>, e “*hangire*”, cagionevole di salute<sup>3</sup>, tradotto interamente come “persona che finge una malattia”<sup>4</sup> (Sahoo et al., 2020). Nell’ambito della psichiatria forense, la simulazione è per definizione la produzione cosciente ed intenzionale di sintomi fisici e psichici amplificati ed esagerati al fine di richiamare l’attenzione ed ottenere determinati benefici lucidamente perseguiti (Fornari, 2015). Data la definizione di Miller (2015), si presenterebbe come una variabile continua, caratteristica che ne definisce l’impossibilità ad essere identificata secondo criteri di “presenza” o “assenza” da un punto di vista dicotomico, risultando modulabile in diversi gradi e in riferimento all’obiettivo posto (Sartori et al., 2016). Uno dei primi accademici che tratta le diverse presentazioni della simulazione è Garner (1965) il quale ne identifica tre sottotipi: simulazione pura, i soggetti fabbricano sintomi inesistenti; simulazione parziale, i soggetti esagerano sintomi reali; e false imputazioni<sup>5</sup>, i soggetti riportano sintomi genuini, ovvero sintomi che sono osservati su pazienti che non simulano, ma li attribuiscono consciamente a cause/eventi non correlati<sup>6</sup> (Cartwright et al., 2019). Più recentemente, nel proprio compendio, Gulotta (2020) propone una rassegna del fenomeno descrivendo le varie tipologie di simulazione rilevabili in psicologia: pura o creatrice di

---

<sup>1</sup> “*To pretend to be ill in order to avoid having to work*”, Cambridge Dictionary.

<sup>2</sup> “*Wrongly or improperly*”.

<sup>3</sup> “*Sickly*”.

<sup>4</sup> “*One who feigns illness*”.

<sup>5</sup> “*False imputation*”.

<sup>6</sup> Le ricerche dimostrano come la simulazione parziale sia la forma più comunemente riscontrata, in generale, inoltre, questo sottotipo insieme alle false imputazioni risultano più complicate da individuare, rispetto alla simulazione pura, data la presenza di una componente di sintomi genuini al loro interno (Cartwright et al., 2019).

malattia psichica, consistente nell'inventare una sintomatologia dal nulla; rievocatrice, per cui si ripropone una sindrome sofferta in passato, ma assente nell'attualità; fissatrice, in cui il soggetto finge come ancora esistente una patologia nonostante questa sia ormai cessata, il soggetto continuerebbe quindi a mostrare le caratteristiche di una patologia anche quando la sintomatologia genuina è scomparsa; la pretestazione, infine, si caratterizza dall'attribuzione di un fenomeno morboso ad una causa diversa da quella reale (viene simulato il nesso di causalità) (Gulotta, 2020). Lo stesso autore specifica, inoltre, come tra i vari quadri di simulazione venga annoverata anche la Sindrome di Munchausen, definita nel DSM-IV-TR come Disturbo fittizio con segni e sintomi predominanti e nella sua versione più recente (DSM-V) come Disturbo fittizio provocato a sé, in cui i pazienti simulano lo stato di malattia per poter ottenere il ricovero e, di conseguenza, usufruire delle cure mediche; diversa dalla Sindrome di Munchausen per procura, denominata Disturbo fittizio provocato ad altri dal DSM-V (precedentemente, Disturbo fittizio per procura), con cui si intende il comportamento osservabile nei genitori (o più in generale nei parenti) che inventano patologie a carico dei figli sottoponendoli a cure ed accertamenti che risultano spesso essere dannosi per la salute, poiché non necessari, a tal punto da causare, in alcune circostanze, la morte dei minori (Gulotta, 2020). Nonostante tale sindrome risulti essere molto vicina alla definizione di simulazione, essa configura più precisamente un disturbo fittizio, definibile come la falsificazione consapevole di segni o sintomi fisici e psichici con lo scopo di presentarsi agli altri con il "ruolo del malato" e non di ottenere vantaggi secondari di tipo giuridico. Un ulteriore aspetto riconducibile al comportamento simulatorio è l'esagerazione per cui è presente un reale stato di infermità, ma ciò che viene simulato è la gravità dei disturbi e le alterazioni funzionali da esse derivate (Gulotta, 2020), inoltre, Fornari (2015) definisce l'amplificazione come "parte integrante della simulazione, ma che può rappresentare il tipo di funzionamento di determinati disturbi di personalità o una normale, soggettiva, comune e comprensibile elaborazione della sofferenza psichica" (Fornari, 2015, p.169). Infine, la sindrome di Ganser "è uno stato crepuscolare isterico durante il quale il detenuto tenta di recitare, più o meno consapevolmente, la parte del malato di mente in conformità con quello che ha imparato o che ritiene sia la malattia mentale<sup>7</sup>; la componente dell'intenzionalità appare più sfumata e prevale invece una componente isterica dissociativa, con chiari ed accentuati aspetti crepuscolari e confusionali psicogeni; può capitare

---

<sup>7</sup> All'interno dell'ICD-10 la Sindrome di Ganser è associata al codice alfa-numeric F44.80 ed è classificata tra le Sindromi Dissociative (o da Conversione) F44.8. Appartiene allo stesso gruppo la Sindrome di Personalità Multipla (F44.81) (Fornari, 2015).

che il disturbo evolva verso un quadro sovrapponibile a quello di psicosi”<sup>8</sup> (Gulotta, 2020, p.174). In generale, dunque, è possibile identificare tre diverse modalità con cui la simulazione può essere categorizzata: (a) simulazione pura: completa fabbricazione di una sintomatologia con assenza di sintomi reali; (b) simulazione parziale: esagerazione di sintomi esistenti, presentandoli in modo più negativo di quanto non siano realmente in modo tale da rendere la severità del disturbo maggiore del reale, o proroga di sintomi che nel tempo si sono attenuati o che sono già scomparsi; (c) falsa ripresa oppure falso miglioramento di sintomi ancora presenti. Oltre alla sopra presentata, Stracciari et al. (2010) propongono una seconda categorizzazione distinguendo due tipologie di simulazione: (1) simulazione generalizzata: si presenta quando vi è un atteggiamento simulatorio generale nel quale vengono creati o amplificati dei sintomi appartenenti a diverse aree psicopatologiche, come ad esempio la depressione, l’ansia e i deficit cognitivi; (2) simulazione specifica: costituita a partire dalla descrizione di aspetti patologici più o meno puntuali riguardanti un particolare disturbo (Stracciari et al., 2010).

Si propone di seguito anche la definizione di dissimulazione, aspetto che può essere ugualmente presente in ambito forense quando si tratti l’indagine di sintomi fisici o psichici, in quanto una stessa persona può percorrere entrambe le direzioni, simulare o dissimulare, a seconda degli incentivi cui si trova di fronte (Ekman, 2009). Con dissimulare [dal latino *dissimulo -are*, propr. “render dissimile”], si intende “nascondere il proprio pensiero o i propri sentimenti, propositi, intenzioni, ecc., in modo che altri non se ne accorga, spesso anzi fingendo il contrario. Più genericamente, nascondere, celare”. In ambito psicopatologico significa “nascondere, minimizzare, non lasciare spazio alla propria individualità ed espressività, non far trasparire o far trasparire solo in parte la propria sofferenza e i segni della propria malattia” (Fornari, 2015, p.173)<sup>9</sup>. Da un punto di vista clinico, le cause alla base del comportamento dissimulatorio sono in parte intrinseche della patologia presente nel soggetto ed in parte organizzate all’interno del contesto relazionale della persona, le motivazioni alla base dei suoi processi risultano quindi raggruppabili in categorie soggettive, oggettive e situazionali (Fornari, 2015). Da un punto di vista adattivo, dissimulare (“*dissembling*”) è definito come “un istinto e mezzo di protezione per l’individuo e la specie” o come “una risposta adattiva a circostanze avverse” (Rogers, 1990). Quando il disagio è di natura psichica, il soggetto

---

<sup>8</sup> Oggi questa sindrome viene categorizzata come Disturbo Dissociativo non altrimenti specificato, caratterizzato da “risposte di traverso”<sup>8</sup> alle domande, quando non vi sia un’associazione con l’Amnesia Dissociativa o con la Fuga Dissociativa (Ferracuti et al., 2007).

<sup>9</sup> Secondo Fornari i disturbi che vengono più frequentemente dissimulati sono i Disturbi Deliranti e i Disturbi Depressivi Maggiori.

dissimulatore nasconde la propria sintomatologia, rimanendo consapevole delle proprie condizioni ma tentando di negarle; con ciò manipola la verità e la sostituisce con informazioni opposte per adattarsi al preciso contesto, per cui il soggetto è particolarmente motivato a celare la propria condizione psicotica o comportamentale (Cassano & Grattagliano, 2019). Tale fenomeno di dissimulazione è riscontrabile sia in contesti forensi che in situazioni di vita quotidiana e chi mente, dunque, nasconde determinate informazioni senza però esprimere effettivamente nulla di falso; la dissimulazione può, infatti, essere contrapposta alla falsificazione, chi falsifica non solo tiene taciuta l'informazione vera ma presenta anche un'informazione falsa come se fosse vera (Gulotta, 2020). Ne risulta, perciò, che il comportamento del dissimulatore è in realtà un atto passivo, viene taciuta una verità e non si afferma nulla di falso (Ekman, 2009). Un'ulteriore distinzione da sottolineare è quella presente tra menzogna e inganno, la prima si riferisce al contenuto della comunicazione e si declina nella rivelazione di un messaggio non ritenuto vero, il secondo, al contrario, è riconducibile ad un comportamento “teso ad incidere non solamente sulle conoscenze ma anche sul comportamento stesso dell'interlocutore, sulle sue aspettative, sulle motivazioni, ecc.”; l'accento viene posto, dunque, per quanto riguarda la menzogna sulla funzione informativa della comunicazione, mentre per quanto concerne l'inganno sulla sua funzione di influenza interpersonale (Gulotta, 2020, p.211)<sup>10</sup>.

Per quanto riguarda la prevalenza delle condotte distorsive, termine con cui ci si riferisce sia al comportamento simulatorio che dissimulatorio, questa risulta essere altissima in ambito psicologico e, in particolare, in campo forense (Fornari, 2015). Attualmente risulta però difficile avere una stima precisa del fenomeno (Conroy & Kwartner, 2006), dato che non può essere ridotto alla dicotomia assenza-presenza e può coesistere in diversi ambiti (psicologico, cognitivo e medico) in comorbidità con altri disturbi (Orrù et al., 2021). In letteratura ci sono diversi dati e generalmente si può identificare un *range* della sua vastità che si aggira tra il 20% e il 40% (Mittenberg et al., 2002); la frequenza con cui tale fenomeno si presenta in ambito forense è associata all'assenza di un contratto terapeutico tra periziando e perito, all'imputato/indagato non è consentito, infatti, libero accesso all'accertamento peritale, il quale risulta “indesiderato, non richiesto e spesso imposto” (Fornari, 2015). La perizia non è infatti legata ad un fine terapeutico, il suo obiettivo è quello di valutare lo stato di mente in riferimento

---

<sup>10</sup> L'autore identifica le modalità principali attraverso cui si mette in atto una menzogna, queste azioni sono: la dissimulazione, l'omissione, l'occultamento, il fuorviamento, l'esagerazione della verità o la rivelazione ostentata, la simulazione attraverso contraffazione e camuffamento, la finzione e la confusione.

ad un atto di rilevanza giuridica, che sia esso agito o subito; lo scenario clinico, invece, è finalizzato alla cura del paziente e alla promozione della salute, obiettivi entrambi perseguiti attraverso la costruzione di un solido legame terapeutico basato sull'alleanza tra terapeuta e paziente (Fornari, 2015), relazione che Gabbard (2018) definisce, “un ingrediente critico nel determinare gli esiti di una psicoterapia” (Gabbard, 2018, p.61). In un *setting* clinico, il problema risulta, quindi, ridotto (12-19% in contesti clinici e 10-25% nei *setting* di ricerca (Wood et al., 2021) ma non è tuttavia assente se si considerano i disturbi fittizi (fisici e/o psichici) e l'amplificazione o simulazione degli stessi. Secondo le caratteristiche diagnostiche fornite dal DSM-V, anche in presenza di una condizione medica già esistente, agire questi comportamenti ingannevoli può portare ad una considerazione, da parte di terzi, di “tali individui come più malati o menomati di quanto non siano effettivamente” ed una tale considerazione avrebbe come diretta conseguenza la messa in atto di interventi clinici considerati “eccessivi” rispetto alle reali condizioni del soggetto (APA, 2013). In ambito neuropsicologico si stima che la presenza di simulazione si aggiri intorno ad un *range* del 8-30%, nel contesto nordamericano, ed in campioni forensi Rogers et al. (1998) stimano un *rate* del 17.4% (Mittengerg et al., 2002). In generale i dati che si basano sui classici tassi di prevalenza della simulazione presenti nello studio di Mittengerg et al. (2002) identificano il fenomeno nel 30% dei casi di disabilità professionale o di compensazione, nel 29% dei casi di valutazione degli infortuni e nei 19% dei casi criminali (Mittengerg et al., 2002). Nelle situazioni in cui siano presenti possibili risarcimenti economici è più probabile che vi sia un'esagerazione dei sintomi (“*exaggeration*”), al contrario, i casi connessi alla sfera della responsabilità criminale sono associati ad alti tassi di simulazione dei sintomi (“*malingering*”) (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020).

## 1.2 I MANUALI DIAGNOSTICI, ORIGINE ED EVOLUZIONE DEL COSTRUTTO

Si propongono di seguito le definizioni tratte da tre diversi manuali diagnostici: il DSM Quinta Edizione, il PDM Seconda Edizione e l'ICD Decima Revisione. Il primo è uno dei manuali più utilizzati dai professionisti della mente nell'ambito della pratica clinica e della ricerca, appartenente ai sistemi nosografici; il secondo, ad orientamento psicodinamico, tenta di fornire una cornice diagnostica in grado di descrivere l'intera gamma del funzionamento individuale integrando la conoscenza nomotetica con quella idiografica; l'ultimo, stilato

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, in inglese WHO), è ad impronta medica ed uno strumento di gestione della salute e dell'igiene pubblica.

### 1.2.1 MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DSM)

Con la Terza Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III) nel 1980 furono introdotte nello scenario psicologico/psichiatrico nuove categorie diagnostiche, concetti quali quello di “Disturbo Fittizio” si aggiunsero al già esistente glossario e si iniziò ad utilizzare quest'ultimo nello specifico per diagnosticare quei pazienti che si riteneva avessero caratteristiche differenti dall'Isteria ed i cui sintomi venivano prodotti consciamente anziché inconsciamente (Sahoo et al., 2020). Il costrutto venne distinto rispetto ai disturbi mentali e declinato come una “condizione con chiare implicazioni psicologiche” e oggetto d'attenzioni cliniche (Sahoo et al., 2020). Nella sua versione revisionata, il DSM-III-R, fu introdotta una descrizione della Simulazione di Malattia (“*Malingering*”) ed inclusa sotto la voce *V-code* come “una condizione non attribuibile ad una malattia mentale che potrebbe essere oggetto di attenzione o trattamento”<sup>11</sup>; entrambe le edizioni furono molto accurate nell'escludere la simulazione dalla classificazione delle malattie mentali riconosciuta e più precisamente nel distinguerla rispetto ai Disturbi Fittizi (Sahoo et al., 2020). La Quinta Edizione del Manuale (DSM-V), dedica una sezione alla Simulazione di Malattia (“*Malingering*”), la quale non è considerata come una patologia a sé stante con una diagnosi in senso stretto ma come una condizione non medica<sup>12</sup> (APA, 2013). La simulazione viene distinta rispetto al Disturbo Fittizio<sup>13</sup> principalmente grazie a due caratteristiche fondamentali, a cui fare riferimento per una diagnosi differenziale: la produzione volontaria e consapevole di sintomi da parte del soggetto e la presenza di incentivi o vantaggi esterni (APA, 2013). La diagnosi di disturbo fittizio, infatti, richiede “la dimostrazione che l'individuo stia volontariamente contraffacendo, simulando o causando segni o sintomi di malattia o infortunio in assenza di evidenti vantaggi esterni”; nonostante queste distinzioni, i due disturbi vengono considerati come esistenti lungo un continuum e con varie sovrapposizioni concettuali (Sahoo et al., 2020). Da definizione del American Psychiatric Association (APA, 2013):

---

<sup>11</sup> “*A condition not attributable to a mental disorder that may be a focus of attention or treatment*”.

<sup>12</sup> Voce “Simulazione di Malattia”: sezione “Altre Condizioni che Possono essere Oggetto di Attenzione Clinica”, paragrafo “Mancata Aderenza al Trattamento Medico” codificata con V65.2 (Z76.5).

<sup>13</sup> Sindrome di Munchausen nella Quarta Edizione del DSM, definita come Disturbo fittizio con segni e sintomi predominanti.

“La caratteristica fondamentale della simulazione è la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivati da incentivi esterni come la volontà di evitare il servizio militare, il lavoro, ottenere risarcimenti finanziari, sottrarsi a procedimenti penali, oppure procurarsi farmaci. In alcune circostanze, la simulazione può rappresentare un comportamento adattivo – per esempio, fingere una malattia quando si è prigionieri del nemico in tempo di guerra. La simulazione dovrebbe essere fortemente sospetta quando viene osservata una combinazione dei seguenti fattori:

1. Contesto medico-legale di manifestazione dei sintomi (per es., l’individuo viene sottoposto a valutazione clinica su indicazione di un magistrato, oppure l’individuo fa un’autovalutazione mentre sono in sospeso una vertenza o accuse penali).
2. Marcata discrepanza tra lo stress o la disabilità denunciata dall’individuo e i riscontri oggettivi e le osservazioni.
3. Mancanza di collaborazione durante la valutazione diagnostica e nell’accettazione del regime terapeutico prescritto.
4. Presenza di disturbo antisociale di personalità.

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. La simulazione si differenzia dal disturbo di conversione e da disturbi mentali correlati a sintomi somatici per la produzione intenzionale di sintomi e per gli evidenti incentivi esterni associati ad essa. L’evidenza definitiva della finzione (come chiara evidenza che la perdita di funzionalità è presente durante la valutazione, ma non a casa) dovrebbe suggerire una diagnosi di disturbo fittizio se lo scopo apparente dell’individuo è quello di assumere il ruolo di malato o, nel caso della simulazione, di ottenere un incentivo, come il denaro” (APA, 2013).

Nell’individuare tra gli indici di sospetto di una simulazione la presenza di un Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD)<sup>14</sup>, il manuale fa riferimento ad uno dei caratteri diagnostici di base del disturbo: “A2. Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale”, definendo la disonestà e la manipolazione come “caratteristiche centrali del disturbo” finalizzate al “profitto o piacere personale” attraverso la menzogna o la simulazione (APA, 2013, p.763). La più alta prevalenza

---

<sup>14</sup> Voce “Disturbi di personalità del gruppo B”: codifica 301.7 (F60.2) (APA, 2013).

del disturbo, maggiore del 70%, risulta essere tra i campioni “più gravi di maschi con disturbo da uso da alcol e da cliniche per il trattamento dell’abuso di sostanze, carceri o altri ambiti forensi” (APA, 2013, p.765).

Anche se una definizione di dissimulazione non è inclusa nel manuale diagnostico, secondo Stracciari et al. (2010) essa dovrebbe seguire le stesse regole valide per il costrutto di simulazione: in un contesto forense si può parlare di dissimulazione solo se è intenzionale e motivata da importanti incentivi o vantaggi esterni; va distinta, per cui, la tendenza a mentire quale tratto tipico di determinate personalità dalla menzogna indotta, presumibilmente, da un determinato contesto, come quello medico-legale (Stracciari et al., 2010). La motivazione alla base del comportamento del soggetto è dunque, in quest’ultimo contesto, un fattore che aumenterebbe la probabilità di ricorrere a condotte distorsive (simulatorie e/o dissimulatorie) a seconda dell’obiettivo utilitaristico perseguito (Montrone et al., 2016). All’interno del manuale diagnostico dei disturbi mentali il Disturbo Fittizio, al contrario, è stato collocato nella categoria del Disturbo da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati, nell’ICD-10 invece rimangono una categoria eterogenea. Nel DSM-V, si può parlare di Disturbo Fittizio<sup>15</sup> (“*Factitious Disorder*”) provocato a sé quando siano presenti i seguenti criteri diagnostici (APA, 2013):

- A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associato ad un inganno accertato.
- B. L’individuo presenta sé stesso agli altri come malato, menomato o ferito.
- C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.
- D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Si parla anche di Disturbo Fittizio provocato ad altri (precedentemente, disturbo fittizio per procura) quando il criterio A sia associato alla falsificazione in un altro individuo e per il criterio B l’individuo presenti un’altra persona (vittima) ad altri come malata, menomata o ferita; importante in questo caso è il fatto che sia il perpetratore, non la vittima, a ricevere questa diagnosi (APA, 2013). In generale, i soggetti che presentano un disturbo fittizio tenderebbero a presentare storie inaccurate e si impegnano per mantenere il ruolo di malato (APA,2013); il principale guadagno in questo genere di disturbo è identificabile nel sollievo da ansia psicologica, sollievo che il paziente consegue nell’assicurarsi il ruolo di paziente e nel

---

<sup>15</sup> Specificare: Episodio singolo o Episodi ricorrenti (due o più eventi di simulazione di malattia e/o autoinduzione di lesioni).

suscitare attenzione medica<sup>16</sup> nei suoi confronti attraverso l'esagerazione, finzione e produzione intenzionale di sintomi, il malessere fabbricato può essere psicologico, fisico o entrambi (Kohutis & McCall, 2020). I soggetti che riportano questo tipo di disturbo tendono a cooperare durante la valutazione diagnostica e a rispettare le raccomandazioni di trattamento fornite dal personale medico, però continueranno a presentare i sintomi per poter continuare a fruire dell'attenzione medica, questa assenza di risposte al trattamento è un chiaro indizio di disturbo fittizio (Kohutis & McCall, 2020). Oggi la prevalenza del Disturbo Fittizio è sconosciuta (APA, 2013), probabilmente a causa del ruolo svolto dall'inganno utilizzato dalla specifica popolazione. Tra i pazienti ospedalizzati, il DSM-V stima che circa l'1% dei soggetti presenti l'insorgenza di elementi che soddisfano i criteri per diagnosticare il disturbo, alcuni autori stimano che la prevalenza del disturbo sia compreso tra 0.05% e 2.0% (Fleige et al., 2007; Gieler & Eckhardt-Henn, 2004).

Nell'utilizzare le definizioni sopra riportate in ambito forense, il Manuale stesso, sotto la dicitura "Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-V in ambito forense", avverte lo specialista di alcune limitazioni metodologiche da tenere in considerazione durante la pratica. Testualmente "È importante notare che il DSM-V non fornisce linee guida per il trattamento di nessun disturbo. Se usate in modo appropriato, le diagnosi e le informazioni diagnostiche possono assistere nelle loro deliberazioni coloro che prendono decisioni legali... Tuttavia, l'uso del DSM-V dovrebbe essere sostanzialmente da una consapevolezza dei rischi e delle limitazioni del suo impegno in ambito forense... esiste il rischio che le informazioni diagnostiche siano usate in modo improprio o frainteso. Questi pericoli insorgono a causa della corrispondenza imperfetta tra le questioni basilari per la legge e le informazioni contenute in una diagnosi clinica... una diagnosi non implica alcuna connessione necessaria con l'eziologia o le cause del disturbo mentale di un individuo né con il grado di controllo dell'individuo sul comportamento che può essere associato al disturbo... la diagnosi di per sé non dimostra che un determinato individuo è (o era) incapace di controllare il proprio comportamento in un determinato momento." (APA, 2013, p.29-30).

### 1.2.2 MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO (PDM)

Nel Manuale Diagnostico Psicodinamico, Seconda Edizione (PDM-2) (McWilliams & Lingardi, 2017) è assente una definizione di simulazione di malattia, si riporta di seguito,

---

<sup>16</sup> A differenza della simulazione per cui i soggetti non ricercano l'attenzione medica ma le loro azioni sono guidate dal voler ottenere un guadagno esterno.

dunque, esclusivamente ciò che il manuale espone in riferimento ai Disturbi Fittizi. Secondo quest'ultimo poco è conosciuto rispetto l'eziologia, i pattern familiari o i fattori predisponenti dei suddetti disturbi, tranne che gli individui “tipicamente presentano una storia, precedente l'esordio e probabilmente traumatizzante, di trattamenti medici” (McWilliams & Lingardi, 2017, p.231). Inoltre, non sarebbe infrequente che tali fenomeni fittizi possano essere considerati come una variante della diagnosi di PTSD<sup>17</sup> (Disturbo Post Traumatico da Stress), nella quale “il paziente agirebbe una malattia dolorosa, o che porterebbe a sottoporsi ad interventi chirurgici, con l'intento di poter percepire “questa volta” di avere il controllo di ciò che invece durante l'infanzia gli era stato inflitto” (McWilliams & Lingardi, 2017, p.231). In altre parole, si tratterebbe di “una forma di ripetizione compulsiva motivata dal desiderio di avere il controllo. Questi pazienti possono anche avere definito il loro senso del sé in termini di sofferenza fisica” (McWilliams & Lingardi, 2017, p.231). Tra gli individui che presentano questa patologia, spesso è presente una qualità manipolatoria ed opportunistica dell'affetto, il contatto con i medici o altre figure legate alla salute può assumere caratteristiche ossessive ed i pattern relazionali possono declinarsi secondo caratteristiche di dipendenza e bisogno (McWilliams & Lingardi, 2017). Da un punto di vista terapeutico, gli individui con questa forma di disturbo risultano “difficili da trattare” in ambito medico e molto refrattari alla psicoterapia; similmente alle personalità psicopatiche (P10), così definite dal manuale anziché “antisociali”<sup>18</sup>, in riferimento a cui i clinici riportano “una mancanza del consueto legame emotivo che può instaurarsi con un paziente e, anzi, sperimentano insoliti sentimenti di apprensione, tensione e agitazione” (McWilliams & Lingardi, 2017, p. 54). Questi soggetti presentano condotte tipicamente “orientate alla conquista del potere, per usarlo poi a proprio esclusivo vantaggio”, inoltre, “spesso sembrano trarre piacere dall'ingannare e manipolare gli altri”, tutte caratteristiche che sembrerebbero accostarsi a quelle di un disturbo fittizio o di una simulazione (McWilliams & Lingardi, 2017). Molti contributi teorico-clinici sottolineano la componente passivo-parassitaria della psicopatia, per cui “l'individuo tende a utilizzare il raggirio o la truffa nel contesto dei propri rapporti” (McWilliams & Lingardi, 2017, p. 54).

---

<sup>17</sup> Da definizione del DSM-V.

<sup>18</sup> Vedi definizione APA di ASPD, paragrafo 1.2.1

### 1.2.3 CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI (ICD)

Al fine di riportare complessivamente le definizioni esistenti nei principali manuali diagnostici internazionali, per distinguere la simulazione dal disturbo fittizio, si propongono di seguito le classificazioni presenti nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, Decima Revisione (ICD-10). Nel ventunesimo capitolo del suddetto manuale, sotto la categoria F68 Altri Disturbi della Personalità e del Comportamento nell'Adulto, si trova la dicitura F68.1 Produzione Intenzionale o Simulazione di Sintomi o Invalidità Fisici o Psicologici (Disturbo Fittizio): "Il soggetto imita ripetutamente determinati sintomi senza ragione apparente e può intenzionalmente infliggersi autolesioni per prodursi sintomi di malattia. La motivazione è oscura e presumibilmente interna, collegata con lo scopo di adottare il ruolo di malato. La condizione si associa spesso a marcati disturbi della personalità e delle relazioni. (Sindrome di Münchhausen, Paziente "Peregrinante"). Esclude: Dermatite Fittizia (L98.1) e Simulazione di Malattia (per motivi evidenti) (Z76.5)". Sotto la categoria Z76 Persone che Ricorrono ai Servizi Sanitari in Altre Circostanze si trova, invece, la diagnosi Z76.5 Simulatore di malattia [simulazione cosciente] che per definizione è caratterizzata come: "Persona che si finge malata per ovvi motivi. Esclude: Disturbo Fittizio (F68.1) e Paziente "Peregrinante" (F68.1)". Nell'Undicesima Revisione dell'ICD, come nella decima, la Simulazione di malattia è denotata come una condizione, e non come una malattia mentale, che potrebbe essere oggetto di attenzione clinica (Sahoo et al., 2020), similmente a quanto accade nel DSM-V.

### 1.3 DIFFERENZIAZIONE TRA SIMULAZIONE E MALATTIA MENTALE

Jung scrive: "La simulazione di malattia mentale 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" (Jung, 1973). In contesti criminologici sorge, infatti, un problema diagnostico differenziale quando si tratta il comportamento simulatorio, più nello specifico quando va accertato se un soggetto stia o no realmente simulando (Mastronardi & Del Casale, 2012). La diagnosi di simulazione è posta in una condizione differenziale rispetto ad una vasta gamma di condizioni patologiche quali: sindromi

psichiatriche del *Vorbeireden* (Ganser, pseudodemenza, isterismo), sindromi di interesse neurologico (a carattere organico) ed altre condizioni di interesse psichiatrico (stati alterati di coscienza ASC, disturbi psicotici e simili, disturbi somatoformi, disturbi fittizi e altre condizioni) (Mastronardi & Del Casale, 2012). Mastronardi e Del Casale (2012) affermano che, da un punto di vista psichiatrico, la denominazione “simulazione” in sé non dovrebbe essere però utilizzata a fini diagnostici poiché racchiude un significato a connotazione morale, di condanna (Mastronardi & Del Casale, 2012). Gli autori lo definiscono un termine che esprime “un processo di cambiamento di qualità o comportamenti, non necessariamente tendente a negatività o sopraffazioni di sorta, anzi spesso usato dalla natura solo per la sopravvivenza di alcune specie” (Mastronardi & Del Casale, 2012). Nonostante tale corrente di pensiero, in linea generale, vi sono una serie di elementi che possono aiutare ad identificare la sofferenza psicologica *tout court* dagli aspetti legati alla simulazione, distinzione che è innanzitutto clinica, uno su tutti è rappresentato dal fatto che quasi sempre il simulatore si “ammala” e “guarisce” molto rapidamente; in ambito giuridico-forense queste due caratteristiche sono in stretta correlazione con l’andamento del processo (meccanismo finalistico) e rendono impossibile per lo specialista definire una precisa durata del quadro presentato<sup>19</sup> (Fornari, 2015). Fornari (2015) identifica una serie di caratteristiche che il soggetto manifesta, almeno per quanto riguarda i periodi iniziali, e che con molta probabilità possono convergere nel soggetto simulatore, nonostante ciò, queste non rappresentano condizioni sufficienti affinché si possa identificare con certezza il comportamento simulatorio (Fornari, 2015). Riassumiamo gli aspetti osservati dall’autore nei seguenti punti:

- Imitazione e riproduzione di sintomi singoli isolati e non legati ad una correlazione patologica e non riconducibili ad uno “stile di vita” che, anche nella malattia, mantiene coerenza espressiva;
- Esibizione ed elenco spontaneo di disturbi, con immediatezza espressiva (il vero malato tende a dissimulare costantemente o a minimizzare accuratamente);
- Incapacità di mantenere una distanza emotiva che il malato mentale reale, invece, presenta immediatamente e costantemente all’interno della relazione peritale;
- Minor coerenza e costanza sintomatologica (il simulatore risulta meno convincente);
- Denuncia di stati crepuscolari di coscienza e quadri pseudo-demenziali;

---

<sup>19</sup> Secondo questa logica, il quadro risulta essere “comunemente reversibile” e “durerà tanto quanto la situazione che lo ha scatenato e fino a quando non sarà stato raggiunto lo scopo prefissato” (Fornari, 2015, p.172).

- Descrizione precisa e scientificamente corretta di deliri ed allucinazioni, sottolineandone l'esistenza all'esaminatore;
- Presenza di atteggiamento mimico, gestuale e comportamentale volto a richiamare l'attenzione del perito;
- Elenca disturbi psicosomatici che amplificano il "valore della malattia";
- Refrattarietà a sottoporsi a trattamenti specifici, più nello specifico terapie farmacologiche, denunciandone l'inefficacia per la cura della propria sofferenza (o si finge l'assunzione di farmaci prescritti);
- Presenza di una componente falsamente partecipata, recitata e finalistica (nell'emissione dei comportamenti e nell'elencazione dei disturbi);
- Amnesie non uniformi, troppo estese e riguardanti per lo più episodi sfavorevoli, a fine difensionale (sono conservati gli aspetti vantaggiosi);
- Presentazione di risposte insensate ("parlar di traverso"), perseverazioni motorie;
- Presenza di una componente isterica nel comportamento e nell'elenco dei disturbi;
- Adozione di comportamenti infantili (come drammatizzazione e variazione dell'umore);
- Risposta all'eventuale somministrazione di psicofarmaci incoerente a quella di soggetti affetti da autentici disturbi psicotici;
- Induce nei diversi osservatori quadri diagnostici fortemente discordanti;
- Miglioramenti e guarigioni rapidi e miracolosi, correlati all'andamento del procedimento ("traspare il meccanismo finalistico volto ad evitare situazioni spiacevoli e responsabilità nei confronti del reato addebitatogli").

Mastronardi e Del Casale (2012) individuano ulteriori indici di sospetto, sottolineando come non esista un individuo che agisce secondo una definizione precisa di "simulatore-tipo", ma casi a sé stanti ognuno caratterizzato dai propri sintomi, stati di coscienza, tratti caratteriali e motivazioni (Mastronardi & Del Casale, 2012). Nel diagnosticare la simulazione di malattia mentale è fondamentale tenere in considerazione (1) lo stretto rapporto che tale condizione sembra avere con altre patologie<sup>20</sup> (Disturbo Fittizio, Sindrome di Ganser, stati isterici, stati psicotici, patologie organiche associate alla demenza, ipomaniacali e disturbi di personalità) e, in generale, (2) come la sua prevalenza sia vicino allo zero nella popolazione media, essendo presente quasi esclusivamente in soggetti detenuti o sottoposti a giudizio, trattati in Ospedali

---

<sup>20</sup> Indici di sospetto: individui con carattere a sfondo isterico (suggestionabilità, passività e dipendenza), presenza di caratteristiche cliniche (*Vorbe Ireden* o "parlare di traverso", sintomi grossolani o impossibili), soggetti affetti da Disturbo Antisociale di Personalità.

Psichiatrici Giudiziali (OPG), o in personalità d'interesse generalmente criminologico<sup>21</sup> (Mastronardi & Del Casale, 2012). Inoltre, Rogers e Shuman (2005) osservano come nonostante la chiara definizione presente nei manuali diagnostici la diagnosi possa comunque risultare in un processo complesso, l'utilizzo dei criteri forniti dal DSM porterebbe, infatti, ad una sua identificazione con un'accuratezza di solo 13.6 - 20.1% (veri positivi) e ad un'elevata percentuale di errore (falsi positivi), tra il 79.9% e l'86.4% (Rogers & Shuman, 2005). Rogers (2021) sottolinea come i quattro indicatori forniti nell'ultima versione del manuale per sospettare la simulazione di malattia non siano dei formali criteri d'inclusione, inoltre, più di tre decenni fa le loro limitazioni furono facilmente riconosciute e pubblicate per la prima volta nel *The Journal* (e successivamente nel *The Bulletin*) (Walczyk et al., 2018). La principale criticità evidenziata dall'autore è riscontrabile nella tendenza a confondere caratteristiche comuni con caratteristiche distintive, un esempio è la valutazione della mancanza di cooperazione come indicatore di simulazione, in riferimento a ciò, molti pazienti psicotici presentano una tendenza due volte superiore a non cooperare rispetto ai soggetti simulatori (Rogers, 2021). Etichettare erroneamente un soggetto come simulatore può essere stigmatizzante, gli effetti generati da un tale errore hanno un impatto negativo sia sulla vita della persona che sulla corretta applicazione della giustizia in un contesto giudiziario penale (Walczyk et al., 2018). A causa della difficoltà a raggiungere una diagnosi accurata, i clinici spesso si astengono dal diagnosticare comportamenti simulatori per paura delle conseguenze legali (Adetunij et al., 2006), il suo mancato riconoscimento in casi di infermità o incompetenza può comportare, infatti, un ritardo di mesi, o addirittura di anni, nello svolgimento del procedimento giudiziario o portare ad un'ospedalizzazione non necessaria (Walczyk et al., 2018). I soggetti, inoltre, possono beneficiare dell'opportunità di essere trasferiti da strutture di sicurezza, come prigioni, a complessi psichiatrici più confortevoli e da cui risulterebbe essere più facile la fuga (Soliman & Resnick, 2010). Molti individui simulano con successo disturbi mentali, cognitivi e fisici per poter ottenere vantaggi finanziari, eludere il lavoro, ottenere l'accesso a farmaci<sup>22</sup> ed evitare la prigione, questi vantaggi impattano negativamente sull'efficienza dell'operato del sistema sanitario e ne aumenta le spese (Walczyk et al., 2018).

---

<sup>21</sup> Primo indice di sospetto: individui posti in condizioni detentive (carcere, OPG, prigionieri di guerra, sequestri di persona). Secondo indice: sospetti devianti (per Jung, soggetti particolarmente inclini al furto e alle truffe, secondo altri autori, al gioco e tendenti alla menzogna cronica).

<sup>22</sup> L'uso inappropriato di farmaci antipsicotici, prescritti a soggetti che simulano efficacemente una psicosi, comporta l'insorgere di gravi effetti collaterali quali distonia, diabete, un alto livello di colesterolo nel sangue e sindromi metaboliche (McDermott & Sokolov, 2009).

Oltre ai sopra citati indici di sospetto, in linea generale, tre sono le caratteristiche che sono state definite di fondamentale importanza nell'identificazione della simulazione: (1) la presentazione di sintomi singoli, slegati e privi di correlazione patologica; (2) questi sintomi vengono prodotti, esibiti ed elencati<sup>23</sup> e, infine, (3) non sono mai compenetrati a livello emotivo o vissuti da parte del soggetto<sup>24</sup> (Mastronardi & Del Casale, 2012). Callieri e Semerari (1959) individuano, inoltre, criteri precisi per stabilire una diagnosi di simulazione, riassumibili in tre punti: (1) assenza di segni ovvi di malattia o disturbo di personalità; (2) completa consapevolezza dell'individuo per quanto riguarda ciò che sta facendo e la motivazione alla base del comportamento messo in atto<sup>25</sup>; (3) chiarezza dello scopo che si vuole raggiungere, ovvero la presenza di un risultato prestabilito (Mastronardi & Del Casale, 2012). Tutte queste caratteristiche, se applicate rigidamente durante l'*assessment*, raramente porterebbero ad una diagnosi di simulazione in quanto difficilmente nei soggetti osservati si rilevano sia una totale assenza di psicopatologia che una piena consapevolezza della simulazione (Mastronardi & Del Casale, 2012). Pancheri e Cassano (1999) definiscono i processi che si trovano alla base del comportamento simulatorio, delineando le tipologie con cui la simulazione si presenta in ambito clinico (creazione, imitazione, rievocazione, stabilizzazione, radicamento, esagerazione, allegazione, pretestazione, autoinduzione, mascheramento e dissimulazione); "l'innegabile commistione tra il simulato e il patologico" è testimoniato dal comportamento assunto dai soggetti affetti da disturbi psichici, i quali, nell'utilizzare queste diverse forme di simulazione, tendono ad accentuare sintomi già presenti o a crearne di nuovi, un ulteriore riscontro, inoltre, è dato dalla possibilità che stati simulativi evolvano verso malattie concrete di interesse psichiatrico (Mastronardi & Del Casale, 2012); Fornari (2015) specifica, infatti, come ci sia un generale accordo tra gli autori nell'affermare che "un'inizio cosciente e non coerente della sintomatologia" può risultare in un'eventuale decorso caratterizzato da "una progressiva autonomia e coerenza", non sarebbe raro, secondo l'autore, riscontrare che "una sintomatologia ganseriana o diversamente simulata all'inizio, evolva poi verso un quadro praticamente sovrapponibile ad una psicosi" (Fornari, 2015, p.171). L'esperto, dunque, che tratta soggetti potenzialmente simulatori non deve escludere a priori la possibilità che il soggetto soffra di un disturbo mentale genuino, di interesse psicologico, psichiatrico e/o criminologico, causato da un'eventuale detenzione in un istituto correzionale e dalla perdita di determinate libertà (Cassano & Grattagliano, 2019), inoltre, la presentazione di esagerazione

---

<sup>23</sup> Terzo indice di sospetto (produzione di sintomi slegati, privi di correlazione eziologica e volontà di esibirli).

<sup>24</sup> Quarto indice di sospetto: assenza di partecipazione emotiva.

<sup>25</sup> Quinto indice di sospetto: presenza di una precisa motivazione a mettere in atto il comportamento simulatorio.

non indica automaticamente la presenza di una simulazione ma potrebbe essere associato ad un altro fenomeno, come un disturbo fittizio (Kohutis & McCall, 2020).

### 1.3.1 STRUMENTI E METODI PER IDENTIFICARE LA SIMULAZIONE

Nella pratica i metodi e gli strumenti testistici, che attualmente vengono utilizzati per identificare le condotte distorsive in riferimento ai disturbi psichiatrici, si dividono in due categorie: (1) strumenti psicometrici specifici, “costruiti ad hoc con il fine di identificare stili inattendibili di presentazione dei sintomi”; (2) metodi applicati a comuni strumenti psicodiagnostici e reattivi di personalità, che sono stati sviluppati, e attualmente già trovano applicazione, nei contesti della psicologia clinica e della psichiatria (Gulotta, 2020, p.175). In linea generale i vari strumenti possono essere anche suddivisi in *Symptom Validity Tests* (SVT) e *Performance Validity Tests* (PVT), i primi sono stati ideati per avvertire l’esaminatore sulla validità dei dati che sono stati raccolti, nello specifico sulla validità dei sintomi riportati dal soggetto esaminato mettendoli a confronto con quelli presentati da soggetti che soffrono di una reale patologia, evidenziando i *pattern* atipici; i secondi, invece, valutano la validità della performance del soggetto in riferimento a determinati “*ability task*”, risultando, dunque, essere misure del comportamento<sup>26</sup> (Kohutis & McCall, 2020) e si dividono in due grandi classi: test indipendenti<sup>27</sup> e indicatori di validità integrati (EVI)<sup>28</sup> (Rai et al., 2019). Le due tipologie di test generalmente non contengono informazioni ridondanti, per cui è possibile una valutazione comprensiva che contenga entrambe per valutare la validità e la presenza di simulazione (Banovic et al., 2021). Va considerata la presenza di simulazione quando una persona fallisce un SVT o un PVT, specialmente se fallisce una serie di questi<sup>29</sup>, tuttavia il *malingering* non può essere presunto solo in base a questo, informazioni convergenti e divergenti, ottenute dall’utilizzo di diversi metodi di valutazione, vanno prese entrambe in considerazione (Kohutis & McCall, 2020). Per evitare il “*positive response bias*”, secondo cui vi è una deliberata esagerazione e sovrastima delle abilità dei soggetti, oltre ai risultati del test, è di vitale importanza considerare anche le informazioni esterne e contestuali nel formulare un giudizio; anche i profili di risposta considerati nulli dall’analisi dei dati devono essere interpretati in considerazione del contesto della singola valutazione (Kohutis & McCall, 2020). Fornari

---

<sup>26</sup> In ambito neuropsicologico valutano il grado di congruenza tra il punteggio ottenuto e le reali abilità del soggetto (Tylicki et al., 2021).

<sup>27</sup> Sviluppati specificatamente per valutare la validità della performance.

<sup>28</sup> Rappresentano punteggi di *cut off* ricavati dai test tradizionali per le capacità cognitive e misurano contemporaneamente abilità cognitive e validità della performance.

<sup>29</sup> “*A person fails on an SVT or PVT, especially on a series of them*” (Kohutis & McCall, 2020).

(2015) definisce l'applicazione dei reattivi mentali un utile complemento per un inquadramento diagnostico approfondito, rappresentando "situazioni stimolo standardizzate più o meno strutturate che evocano nell'esaminato risposte verbali, mimiche e gestuali" (Fornari, 2015, p.88). Lo stesso autore sottolinea come la percentuale di errore e d'interpretazione, riscontrabili successivamente alla somministrazione di una batteria di test, appaia ridimensionarsi quando la valutazione del soggetto risulti essere complessiva, includendo dunque sia un esame obiettivo psichiatrico che un esame di vari dati empirici derivanti dall'utilizzo di strumenti testologici specifici, comunemente riconosciuti come validi e attendibili (Fornari, 2015). Il contributo fondamentale che tale integrazione di informazioni comporta è la possibilità di interpretare i dati ricavati dalla somministrazione di test in relazione alle conoscenze legate al funzionamento individuale della specifica persona, le informazioni standardizzate vengono dunque declinate ed interpretate in relazione alle specifiche caratteristiche del soggetto esaminato, evitando una classificazione rigida e decontestualizzata (Fornari, 2015). Lo stesso autore identifica tre categorie<sup>30</sup> entro le quali i test tipicamente utilizzati nella pratica sia clinica che forense possono essere inseriti: test di efficienza mentale<sup>31</sup>, test di personalità<sup>32</sup> e test neuropsicologici<sup>33</sup> (Fornari, 2015).

Infine, tra le varie categorizzazioni, Rogers et al. hanno corroborato 10 tecniche di misurazione della simulazione all'interno del settore dei disturbi mentali (Rogers, 2008; Rogers & Bender, 2013); in generale, gli autori suddividono gli strumenti testistici in strumenti che valutano la simulazione psichiatrica (utilizzate dai test SIRS, SIMS, MMPI-2, MCMI-II, M-FAST) e che individuano la simulazione cognitiva (riscontrabili nel TOMM, FIT e WMT)<sup>34</sup>, all'interno di

---

<sup>30</sup> Molti test possono essere utilizzati con modalità diverse a seconda dell'interpretazione che viene data ai risultati ottenuti, dunque, le categorie in cui vengono posti individuano il loro prevalente, ma non esclusivo, utilizzo (Fornari, 2015).

<sup>31</sup> Valutano il funzionamento cognitivo globale e le singole funzioni psichiche di un soggetto. Esempi di test sono: le scale WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale), le Matrici progressive di Raven, i reattivi di memoria di Rey, i test di copiatura e di ripetizione a memoria di disegni, il test di Bender, il Mini Mental State Evaluation (MMSE) e altri (Fornari, 2015).

<sup>32</sup> Esplorano la personalità globalmente o in una sua specifica dimensione. Esempi di test sono: il test di Rorschach, il TAT (Thematic Apperception Test), il CAT (versione della TAT per ragazzi tra i 3 e i 10 anni), il PN test (Patte Noire) analogo al CAT, l'Object Relations Technique (ORT) risulta essere uno sviluppo del TAT, il Blacky test, tutti i test di disegno e questionari (Fornari, 2015).

<sup>33</sup> Test dei gettoni, il Boston Naming test, Wechsler memory scale, il Recognition memory test, il Questionario di Giudizio di Azioni Trasgressive di Blair, i test di intelligenza generale, le Stime Cognitive di Shallice ed Evans, Fluenza verbale (semantica e fonemica), Confabulation Battery, test di Memoria Verbale, test di Memoria Visuo-spaziale, test di Memoria Autobiografica, test delle Funzioni Linguistiche, test di Attenzione, test per l'esame delle Funzioni Visuo-percettive, Visuo-spaziali, Visuo-costruttive e Prassiche, test delle Funzioni Frontali, test per l'esame dell'Intelligenza Sociale, Test del Gioco d'Azzardo di Bechara e Damasio, il Benton Judgement of Line Orientation, il Test di Stroop (Fornari, 2015).

<sup>34</sup> *Detection strategies for malingered mental disorders e detection strategies for malingered cognitive impairment.*

queste categorie vengono identificati due sottogruppi di strategie tipicamente presenti nei test: rappresentazioni improbabili<sup>35</sup>, che si basano sulla nozione per cui i soggetti simulatori tendono a presentare sintomi inusuali o atipici riscontrabili in un basso numero di pazienti reali, e rappresentazioni amplificate<sup>36</sup>, che si basano sull'assunzione per cui i *malingers* tendono ad aumentare enormemente la frequenza o l'intensità con cui i sintomi si presentano, vedi Tavola 1, (Rogers & Correa, 2008). L'analisi di queste tecniche ha rivelato la presenza di un tratto comune, messi a confronto con coloro che soffrivano genuinamente di un disturbo psichiatrico, i soggetti che fingevano presentavano dei sintomi e *pattern* di comportamento che deviavano da ciò che può essere considerato tipico, le loro rappresentazioni risultavano essere, infatti, rare o esagerate; i simulatori, dunque, si impegnano a creare nella mente del clinico un'immagine della patologia *target*, la quale però risulterebbe non combaciare a livello sintomatologico con i *pattern* caratteristici dei casi reali (Walczyk et al., 2018). Le tecniche di individuazione della simulazione cognitiva si focalizzano sulla misurazione dell'accuratezza della performance, a differenza di quelle che valutano la simulazione psichiatrica, in generale però entrambe ricercano *pattern* di risposta inusuali (Rogers et al., 2011; Rogers, 2008). L'applicazione dei vari test, utili nel riconoscimento della simulazione di una malattia psichiatrica e/o di un deficit cognitivo, va integrata con le conoscenze che le tecniche di individuazione della menzogna ("*methods of lie detection*"<sup>37</sup>) possono offrire, più nello specifico informazioni ricavabili dagli approcci cognitivi innovativi (Walczyk et al., 2018). Infatti, nonostante l'avanzata tecnologia attualmente disponibile per individuare la simulazione, le tecniche attualmente utilizzate dagli esperti vengono considerate lontane dall'essere adeguate a causa degli alti tassi di falsi positivi e falsi negativi che producono e della loro suscettibilità al *coaching*<sup>38</sup> (Walczyk et al., 2018). Considerando i dati ottenuti dalle varie ricerche riportate da Walczyk et al. (2018) il riconoscimento del comportamento simulatorio può essere facilitato dall'integrazione dei metodi esistenti con i miglioramenti apportati alle tecniche di "*Lie Detection*" (Walczyk et al., 2018). In generale, molti strumenti sono stati studiati per indagare la loro capacità di distinguere non solo la simulazione ma anche di individuare la falsa presentazione di una psicopatologia in generale e/o di specifici disturbi; quest'ultimo aspetto diagnostico risulta di vitale importanza dato l'alto tasso di soggetti che nei diversi ambiti valutativi forensi

---

<sup>35</sup> "*Unlikely presentations/detection strategies emphasize the presence of unusual and atypical characteristics that are not generally observed in genuine populations*".

<sup>36</sup> "*Amplified presentations/strategies evaluate the frequency and intensity of characteristics commonly found in genuine populations*".

<sup>37</sup> *Human Lie Detectors, Arousal-Based Approaches e Cognitive Load-Inducing Approaches*.

<sup>38</sup> Vedi Capitolo 5, paragrafo 5.1.2 VALUTARE LA SIMULAZIONE DI DISTURBI SPECIFICI.

presentano un'ampia gamma di sintomi (Cassano & Grattagliano, 2019). Secondo alcuni autori, attualmente nel contesto italiano, trattando gli strumenti psicodiagnostici, l'unica opzione che possa garantire attendibilità e risulti effettivamente utili al professionista in ambito forense risulta essere l'MMPI-2<sup>39</sup> (Gulotta, 2020). Nonostante questa corrente di pensiero, Cassano e Grattagliano (2019) identificano i test adattati al contesto italiano e che hanno dimostrato essere tra i più validi e affidabili nell'identificazione della simulazione, strumenti diagnostici che si dividono in: questionari multiscala self-report standardizzati, tra cui l'MMPI-2 ed il *Personality Assessment Inventory* (PAI); e interviste strutturate, tra cui la *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS)<sup>40</sup> e la *Structured Inventory of Malingering Symptomatology* (SIMS)<sup>41</sup> (Cassano & Grattagliano, 2019)<sup>42</sup>.

Tavola 1. *Strategie per l'individuazione della simulazione di malattie mentali sviluppate da Rogers* (Walczyk et al., 2018).

<b>Categoria</b>	<b>Strategia</b>
Presentazione improbabile “ <i>unlikely presentation</i> ”	<i>Rare symptoms</i>
	<i>Quasi-rare symptoms</i>
	<i>Improbable symptoms</i>
	<i>Symptom combination</i>
	<i>Spurious patterns of psychopathology</i>
Presentazione amplificata “ <i>amplified presentation</i> ”	<i>Indiscriminant symptom endorsement</i>
	<i>Symptom severity</i>
	<i>Obvious symptoms</i>
	<i>Reported vs. observed symptoms</i>
	<i>Erroneous stereotypes</i>

<sup>39</sup> In quanto prova dipendente dalla visione che il soggetto vuole fornire, può aiutare a comprendere sia un'eventuale psicopatologia presente nella persona ma anche, e soprattutto, a valutare la propensione alla menzogna individuando il grado di attendibilità delle dichiarazioni sintomatologiche dei diversi soggetti esaminati (Roma et al., 2016).

<sup>40</sup> Composta da otto scale che permettono la categorizzazione dell'individuo in tre categorie (onesto, indeterminato, simulatore) e validata con l'intento di ridurre al minimo il numero di falsi positivi (Gulotta, 2020).

<sup>41</sup> Considerato come uno degli strumenti più affidabili (McDermott, 2012).

<sup>42</sup> Altri autori suddividono i test in tre categorie: interviste strutturate, utili nella valutazione di disturbi psichiatrici; strumenti per la valutazione cognitiva e della personalità e, infine, tecniche sviluppate appositamente per identificare la simulazione (Ardic et al., 2019).

#### 1.4 LA SIMULAZIONE NELLA VALUTAZIONE FORENSE

In ambito forense è indispensabile distinguere, il più rigorosamente possibile, i quadri “reattivi alla carcerazione” (condizioni sintomatologiche elaborate dal detenuto più o meno consapevolmente in modo soggettivo) dai quadri “psicotici reali”, unico oggetto d’interesse forense al fine della valutazione dell’imputabilità del soggetto al momento del fatto reato, della sospensione del procedimento penale o dell’esecuzione della pena (Fornari, 2015). Nell’esaminare le dichiarazioni fornite, è rilevante valutare le proporzioni esistenti tra ciò che risulti essere intenzionale e viceversa ciò che è di per sé autentico; occorre, infatti, considerare come molti degli scompensi psicopatologici dichiarati celino un progetto secondario finalizzato “all’evitamento del procedimento penale e/o degli interrogatori oppure a discreditarle dichiarazioni rese da terze parti” (Fornari, 2015, p.170). In questi casi è di fondamentale importanza conoscere la “posizione giuridica” del periziando al momento della valutazione e l’analisi psicopatologica risulta essere lo strumento adatto a dimostrare “se è per lo meno lecito dubitare del loro significato di malattia e discriminare i veri malati, o chi presenta una sofferenza psichica autentica, da quelli che tali non sono” (Fornari, 2015, p.170). Per poter giungere a questa distinzione tra elementi autentici e caratteristiche simulate è fondamentale che l’osservazione psichiatrica sia “tempestiva e protratta”, se, al contrario, questa venisse posticipata di mesi, o addirittura di anni, “la malattia presentata nel corso degli accertamenti peritali potrebbe assumere precise caratteristiche di veridicità ed autenticità” in seguito all’influenza del contatto con veri malati mentali (Fornari, 2015, p.170). La quantità di test che “concretamente trova una effettiva, ampia ed abituale utilizzazione nell’esame peritale” risulta essere limitata (Fornari, 2015). Il perito ed eventualmente l’esperto in psicologia clinica, nominato dal magistrato sotto richiesta del perito stesso, sono le uniche figure professionali che hanno la facoltà di somministrare i test in ambito peritale. “Essendo scorretto e pericoloso, e quindi da evitare, giungere ad una diagnosi clinica attraverso la somministrazione dei test”, il perito dovrà valutarne i risultati e inserire quest’ultimi all’interno della discussione clinica e psichiatrico-forense specifica in modo pertinente, soppesandone la rilevanza ai fini della perizia ed in accordo con lo psicologo (Fornari, 2015, p.89). Affinché la prova scientifica possa essere utilizzata all’interno del processo, questa deve soddisfare i criteri di ammissibilità del preciso contesto applicativo, è compito del giudice compiere le necessarie valutazioni per giungere alla conclusione per cui uno strumento o un metodo tecnico-scientifico possa essere

ritenuto sufficientemente affidabile da essere utilizzato nel processo (Sammicheli, 2019). I criteri alla base di questa decisione epistemologica, con i quali, dunque, una prova scientifica viene considerata “buona e da ammettersi”, sono gli stessi a cui il perito-tecnico dovrà attenersi per essere “legittimamente accolto nel processo” (Sammicheli, 2019). Come da indicazioni delle linee guida presenti nella Carta di Noto (2017), per la valutazione testistica è necessario “utilizzare metodologie basate sui fatti (*evidence-based*)” e strumenti che possiedano le caratteristiche di ripetibilità e accuratezza, e che siano riconosciuti come affidabili dalla comunità scientifica di riferimento” (Carta di Noto, 2017, p.5). Le prove scelte, dunque, devono essere a valutazione oggettiva e possedere caratteristiche di validità e attendibilità. Secondo le Linee Guida per l’acquisizione della prova scientifica<sup>43</sup>, “1. La prova scientifica deve rispondere ai requisiti della rilevanza nell’ottica della sua idoneità epistemologica da valutarsi secondo i criteri dell’art. 190 c.p.p. e pertanto si distingue dalla cosiddetta “pseudo-scienza” per il suo rigore metodologico.”, per cui “non è quindi possibile inserire nel processo qualunque conoscenza che non sia ragionevolmente fondata” (ISISC, 2008, p.2). I criteri d’ammissibilità formulati sono: (1) il criterio Frye<sup>44</sup> in cui viene fissato il principio generale di accettabilità dei test (“*General Acceptance Test*” o Frye Test) secondo il quale una prova scientifica può essere considerata ammissibile se “ancorata alla generale accettazione da parte della comunità scientifica di riferimento”; (2) i criteri Daubert<sup>45</sup> consistenti nella verificabilità, falsificabilità, controllo della comunità scientifica, percentuale di errore noto o potenziale, rispetto degli standard relativi alla tecnica impiegata e la sua generale accettazione da parte della comunità scientifica<sup>46</sup> (Sammicheli, 2019, p.62). In Italia questi principi sono stati tradotti nelle caratteristiche che una prova scientifica deve possedere per essere considerata uno strumento dotato di una valida idoneità probatoria: validità teorica dei principi, dei metodi e delle applicazioni utilizzate; adeguatezza ai fini dell’accertamento processuale del caso specifico; controllabilità dell’applicazione concreta dei principi e delle metodologie; qualificazione dell’esperto che utilizza le suddette tecniche; comprensibilità delle conoscenze introdotte anche da parte delle altre parti del processo (Sammicheli, 2019). Tra gli strumenti valutativi, è opinione di alcune scuole non ritenere adatte all’applicazione in psicologia giuridica, e quindi

---

<sup>43</sup> ISISC Siracusa, giugno 2008.

<sup>44</sup> Dal caso Frye vs. United States del 1923, che riguardava l’ammissibilità di una tecnica progenitrice del poligrafo.

<sup>45</sup> Dal caso Daubert vs. Merrell Dow Pharmaceuticals del 1993.

<sup>46</sup> In un’ulteriore elaborazione, nel caso Kuhmo Tire del 1999, la Corte Suprema ha introdotto due importanti specificazioni: la prima secondo cui “i criteri di vaglio della prova scientifica debbano essere considerati applicabili a tutte le *expert testimonies* di carattere tecnico o altamente specializzato”, la seconda consistente nella valorizzazione “dell’importanza del fattore di pertinenza del contributo scientifico al caso concreto” (Sammicheli, 2019, p.63).

sono valutate non accettabili ai fini del riconoscimento della simulazione, le tecniche proiettive (Gulotta, 2020). Queste sono state considerate, da numerosi e recenti studi, scarsamente diagnostiche e di conseguenza non utilizzabili nel contesto forense, sia che ci si trovi ad operare in ambito penale che in quello civile, a causa della loro “eccessiva soggettività, dell’ampia possibilità di interpretazione dei risultati e quindi dell’assenza di una lettura univoca, validabile e verificabile” (Gulotta, 2020, p.175). Vari esempi delle sopra citate sono il test di Rorschach (test proiettivo strutturale), il questionario dei 16 Fattori di Personalità (16PF), le tecniche proiettive di disegno e di completamento di frasi ed infine il *Thematic Apperception Test* (TAT, test proiettivo tematico) (Gulotta, 2020).

Durante la valutazione e somministrazione dei test, è consigliabile che gli esperti ricordino come i soggetti che simulano concentrano i propri sforzi nell’assicurarsi una diagnosi desiderabile (“*desirable*”), per cui agiscono nel modo in cui pensano una persona che soffre realmente di quella condizione si comporterebbe e presentano sintomi che pensano siano associati al disturbo *target*; tuttavia, l’imitazione spesso non concorda con le modalità con cui il disturbo si presenta realmente da un punto di vista clinico e sono queste discrepanze ad indicare ai valutatori forensi la possibilità di *malingering* (Kohutis & McCall, 2020). Entrambi la simulazione ed i disturbi fittizi tendono ad essere episodici, situazione-specifici e dipendenti dalle implicazioni del setting in cui il soggetto è inserito, legale, medico o sociale; le persone tenderebbero, infatti, a presentare comportamenti ed avere motivazioni in un contesto forense molto differenti rispetto a soggetti clinici (Kohutis & McCall, 2020). Secondo l’Associazione Italiana di Psicologia Giuridica (AIPG, 2017), le malattie della mente maggiormente simulate sono: (1) la schizofrenia, rappresentata raramente in contesti psichiatrico-forense a carattere penale ma molto frequente nei procedimenti di adozione o affidamento di minori in modalità dissimulativa; (2) la Sindrome di Ganser, nel regime carcerario; (3) i quadri depressivi, con finalità medico legale per ottenere un beneficio o relativamente alla detenzione o al riconoscimento di danno biologico, in sede civile la dissimulazione è frequente nei casi di affidamento minorile; (4) le amnesie, frequentemente simulate dagli imputati di fatti di sangue, i quali affermano di non ricordare il crimine avvenuto, ma presenti anche nei casi di valutazione di danno biologico in seguito ad un trauma; (5) il Disturbo Post Traumatico da Stress, simulato prevalentemente per scopi economici (i sintomi principali vengono conosciuti attraverso i media e diventano facilmente simulabili poiché poco verificabili); (6) stati isterici, in diversi contesti; (7) disturbi di personalità, frequenti in tutto l’ambito forense; (8) stati ipomaniacali e maniacali, nel regime carcerario e in modalità dissimulativa nell’affido minorile; (9) stati

psicotici deliranti, nei soggetti sottoposti a giudizio e rappresentati più diffusamente, a confronto con la schizofrenia, nel regime carcerario (AIPG, 2017). Secondo stime recenti, la simulazione sarebbe presente nelle varie valutazioni peritali in percentuali comprese tra il 13% ed il 21% (Rogers et al., 2004; Vitacco et al., 2007). In ambito neuropsicologico, invece, Rogers et al. (1998) stimano che i disturbi maggiormente simulati, tra il 30% ed il 40%, siano il trauma cranioencefalico lieve, la fibromialgia e la sindrome da fatica cronica, i disturbi somatoformi ed i processi patologici associati al dolore (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). In studi più recenti, Capilla et al. (2009) hanno registrato come i disturbi maggiormente simulati nel contesto medico-legale fossero associati al dolore cronico (45%-60%) ed ai disturbi affettivi (ansia e depressione, 50%) (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). Le motivazioni che portano una persona a mettere in atto un comportamento simulatorio, in ambito sia clinico che forense, possono essere tra le più disparate; i soggetti “fortemente determinati a raggiungere un obiettivo sono i simulatori migliori, quelli più ingannevoli”; questi, sono anche i soggetti più a rischio poiché maggiore è la probabilità che mostrino un’evoluzione verso una malattia mentale reale (Mastronardi & Del Casale, 2012). Jung osserva come la simulazione sia presente in molti casi in cui il soggetto “ha un motivo che lo porta ad investire una carica affettiva molto elevata, la quale farebbe scattare degli automatismi negativi”, un osservatore esterno può in alcune circostanze valutare queste motivazioni come “molto serie e perfino comprensibili”, altre volte invece possono sembrare “ridicole ed effimere” (Mastronardi & Del Casale, 2012). I sintomi ed i comportamenti oggetto della simulazione variano, dunque, a seconda della motivazione che li genera, nei diversi contesti di valutazione sono, infatti, variabili le simulazioni che si possono incontrare; Mastronardi e Del Casale (2012) identificano alcuni motivi di simulazione: nelle carceri napoletane dei primi anni del ‘900, “la follia era simulata per ottenere il vitto di malato”, nello stesso periodo ad alcuni soggetti era richiesto di simulare dai capi della camorra i quali “suggerivano anche la forma della malattia e collaboravano per la buona riuscita della recita” (Mastronardi & Del Casale, 2012). Uno dei motivi più frequentemente rilevati è la mancanza di volontà a presentarsi in aula di tribunale, in aggiunta gli autori evidenziano: evitare la pena di morte, ottenere l’incompatibilità con il regime carcerario o uno sconto di pena, ottenere una piena libertà, conseguire pensione di invalidità in seguito ad un sinistro o mediante amplificazione di patologie già esistenti, acquisire risonanza e notorietà sui mezzi di comunicazione di massa, giustificarsi per mancanza di lealtà nei confronti della criminalità organizzata per paura delle ripercussioni (Mastronardi & Del Casale, 2012). Inoltre, nei diversi contesti giudiziari, il professionista è chiamato a valutare determinate caratteristiche a seconda del quesito postogli dal giudice, se la persona esaminata metterà in atto un comportamento

simulatorio, questo sarà condizionato anche dallo specifico oggetto dell'indagine. Infatti, data la definizione di simulazione riportata precedentemente<sup>47</sup>, i soggetti cercano di influenzare il risultato della valutazione per ottenere un risultato a loro favorevole e che consenta quindi di fruire di particolari benefici; se ne può dedurre, dunque, che se è la presenza di incentivi o vantaggi esterni ciò che porta alla produzione volontaria e consapevole di sintomi, in ambito legale saranno le così dette circostanze aggravanti (art. 61 c.p.) o attenuanti (art. 62 c.p.) oggetto della simulazione. Quindi, a seconda del contesto valutativo, delle motivazioni e dell'oggetto d'indagine, il comportamento si declinerà nella presenza o assenza di determinate caratteristiche fisiche o psichiche. In generale, i diversi comportamenti simulatori riconosciuti e associati ai vari contesti sono: (a) penale - lesioni personali, omicidi, delitti sessuali, ecc.; (b) civile - risarcimenti, pratiche matrimoniali, ecc.; (c) penitenziario - incompatibilità carceraria, sconti di pena, ecc.; (d) medico-legale - pensioni di invalidità, ottenimenti di rendita, ecc.; (e) militare - congedo, licenze varie, ecc.; (f) bellico - sfuggire alla prigionia di guerra (Mastronardi & Del Casale, 2012).

Considerata l'ampia gamma di motivi che possono portare alla simulazione, le condizioni individuali del soggetto agente e quelle ambientali, ogni situazione va valutata singolarmente, caso per caso (Mastronardi & Del Casale, 2012). Spesso l'esaminatore, nell'individuazione del motivo primario che sembrerebbe muovere le azioni del soggetto, può giungere alla conclusione che questo *primum movens* sembrerebbe essere "più superficiale alla coscienza, e rappresenta spesso il risultato terminale di una lunga catena di motivazioni cosce e inconse" (Mastronardi & Del Casale, 2012). Molti professionisti, che operano sia in ambito clinico che medicolegale, concordano nell'affermare che la finzione di sintomi non è sempre però motivata dal desiderio di ottenere dei vantaggi e che non si può escludere la possibilità che la simulazione possa essere agita nel tentativo di preservare la propria integrità psicologica (Sahoo et al., 2020). In merito a ciò, Rogers (1990)<sup>48</sup> ha proposto tre modelli concettuali utili nell'ambito d'indagine della simulazione di malattia e nell'identificare le sue principali motivazioni: Patogenetico, il quale identifica come motivazione alla base della finzione sintomatologica la volontà di controllare l'esperienza da malato ("*experience of illness*") ed ottenere vantaggi secondari ("*gain secondary incentives*"), la simulazione risulta parziale ("*partial malingering*") poiché si verificherebbe in presenza di un reale disturbo (Rogers, 1990), la

---

<sup>47</sup> "La caratteristica fondamentale della simulazione è la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivati da incentivi esterni." (APA, 2013).

<sup>48</sup> E nella sua versione più recente: Rogers, *An Introduction to Response Styles*, 2018.

simulazione, dunque, sarebbe “essa stessa il sintomo di una vera malattia mentale manifesta” ed evolverebbe inevitabilmente in una psicosi florida (Gulotta, 2020); Criminologico, che considera la simulazione come “uno stile di risposta consistente in una falsificazione o esagerazione intenzionale di sintomi fisici o psichici allo scopo di ottenere vantaggi esterni” (Gulotta, 2020), individui socialmente devianti (*i.e.* coloro con una personalità antisociale) sarebbero più predisposti a fabbricare una malattia quando coinvolti in situazioni legali (*i.e.* valutazione medico-legale<sup>49</sup>) e dimostrano una scarsa compliance e cooperazione durante la valutazione ed il trattamento (Rogers, 1990); e dell’Adattamento, secondo cui lo stile di simulazione rappresenterebbe una “modalità attiva di adattamento alle esigenze processuali di contraddittorio” e non si manifesterebbe, o raramente si manifesta, in contesti “sia pure forensi, ma non di contraddittorio” (Gulotta, 2020, p.174), l’atto di simulare è associato al tentativo del soggetto di superare *stressor* estremi<sup>50</sup> (Rogers, 1990). Declinando queste tre prospettive nell’ambito forense, il primo, considerando la simulazione come *primo movens* di una patologia della mente, tende a de-enfatizzarla nel preciso contesto considerato. Il modello criminologico, trattando i comportamenti simulatori come falsificazione di sintomi con lo scopo di raggiungere un guadagno secondario, considera i problemi pregressi con la legge ed esperienze antisociali fattori di rischio per la sua messa in atto e, al contrario del primo, la de-enfatizza nel contesto clinico. Infine, il modello adattivo concettualizza la simulazione come una scelta ragionata, l’individuo trovandosi in una situazione percepita come ostile e pericolosa, in presenza di aspettative ma non di valide alternative, viene portato ad inscenare comportamenti definiti, in contesti psichiatrico-forensi, simulatori. Secondo quest’ultima concettualizzazione, il soggetto effettua una valutazione più o meno cosciente dei costi e dei benefici relativamente all’obiettivo prefigurato. Questo modello considera la gamma di conseguenze e la mancanza di alternative come fattori di rischio per la messa in atto di una simulazione e de-enfatizza quest’ultima in tutti quei contesti in cui i soggetti non avrebbero alcun interesse ad apparire malati (AIPG, 2017). Rogers (1990) propone tre fasi antecedenti la simulazione durante il processo adattivo: (a) il soggetto percepisce il colloquio come involontario ed avverso, (b) il paziente non vede altre alternative per raggiungere il proprio scopo e (c) mette in atto la simulazione poiché percepita come l’unico strumento a sua disposizione (Sahoo et al., 2020).

---

<sup>49</sup> La simulazione si verificherebbe quando i soggetti, esposti ad accuse legali, cercherebbero una sospensione di pena.

<sup>50</sup> “*This model considers the perspective of malingering as an adaptive process and views the act of malingering as an individual’s attempt to cope with extreme stressors*” (Sahoo et al., 2020).

Tavola 2. *I contesti della simulazione e della dissimulazione.*

<b>Simulazione</b>		<b>Dissimulazione</b>	
<b>Penale</b>	Capacità di intendere e di volere Compatibilità del regime carcerario Misure alternative	<b>Penale</b>	Pericolosità sociale
<b>Civile</b>	Danno alla persona Interdizione/inabilitazione	<b>Civile</b>	Capacità genitoriale Capacità di provvedere ai propri interessi

## Capitolo 2

### Obiettivi della ricerca

Come è stato argomentato nel capitolo precedente, definire e valutare il costrutto della simulazione di malattia implica la presa in considerazione di vari aspetti e, fin dalla sua introduzione in letteratura, diverse sono le controversie che negli anni sono state identificate dai professionisti in riferimento al fenomeno, Sahoo et al. (2020) ne descrivono dodici.

(1) La prima questione riguarda la definizione stessa di *malingering*; mentre il DSM-V e l'ICD-11 si focalizzano principalmente sull'evidente esagerazione di sintomi ed altri aspetti legati alla finzione, il concetto utilizzato in ambito legale si concentra esclusivamente sulla sintomatologia presentata, per cui valutare se un soggetto stia mentendo o meno spetta all'esperto ed eventualmente sarà la corte a dare un verdetto finale in questione.

(2) In secondo luogo, la sovrapposizione presente tra la simulazione ed altri fenomeni e costrutti rende la prima difficilmente distinguibile rispetto ad altri disturbi<sup>1</sup> e l'accuratezza della diagnosi risiede nell'esperienza e nella logica interpretazione data dallo specialista.

(3) Un terzo problema viene identificato nell'utilizzo indiscriminato di vari termini per riferirsi al costrutto di *malingering*, spesso dunque si impiegano terminologie inesatte o errate che rischiano di modificare la definizione stessa di simulazione di malattia fornita dai manuali.

(4) I modelli concettuali proposti per spiegare il fenomeno della simulazione (patogenetico, criminologico e dell'adattamento)<sup>2</sup> posso essere utilizzati per descrivere anche altre patologie, specialmente quello criminologico.

(5) Secondo molti autori la definizione fornita dal DSM sarebbe molto criticata (Bass & Halligan, 2007; Rogers, 1990), questa rischia, infatti, di creare potenziali *bias* e problemi concettuali; nello specifico le attuali linee guida suggeriscono di cercare la simulazione in soggetti con un Disturbo Antisociale della Personalità (ASPD) e l'accento è posto eccessivamente sulla concezione di *malingering* come un'azione antisociale ("*bad act*") commessa da un soggetto antisociale ("*bad individual*") in ambito legale ("*bad*

---

<sup>1</sup> Disturbi Fittizi, Simulazione, Disturbi Dissociativi/Conversione e Disturbi Somatoformi.

<sup>2</sup> Vedi paragrafo 1.4

*circumstances*)<sup>3</sup>, caratteristiche che porterebbero tutte ad un noto *bias* conosciuto come “*hominem fallacy*”<sup>4</sup>, per cui l’esperto sarebbe portato a sottovalutare e trascurare la simulazione in persone con una buona reputazione quando in realtà è da ricordare come il costrutto sia specifico per ogni contesto (“*context specific*”) e non un tratto personale associato al singolo individuo<sup>5</sup>. Inoltre, Mueller e Evans (2020) sottolineano come sia ben nota la tendenza a processare più accuratamente le emozioni, le impressioni e le informazioni se negative, rispetto a quelle positive, impattando sulla decisione clinica formulata dal professionista della salute mentale; uno dei concetti più datati sul *bias* delle decisioni cliniche è, infatti, il processo di controtransfert riferito alla reazione emotiva conscia del terapeuta al paziente<sup>6</sup> (Mueller & Evans, 2020).

(6) Quando la valutazione della simulazione segue un approccio categoriale e, dunque, vengono utilizzati diversi strumenti di valutazione (“*personality assessment inventories*”), soggetti con una psicopatologia genuina e soggetti che presentano sintomi simulati dovrebbero ottenere punteggi opposti. Nell’adottare però un singolo punteggio di *cut off*, il rischio di produrre falsi positivi, e dunque classificare erroneamente i pazienti, è molto elevato. Similmente, quando si adotta l’approccio dimensionale, questi errori possono accadere quando si fa affidamento sull’analisi della varianza utilizzando la statistica F per le scale di personalità (*i.e.* MMPI), poiché in queste scale il contenuto di molti item utili nell’identificare la simulazione si sovrappone con le caratteristiche di alcuni disturbi mentali reali.

(7) Molte difficoltà si riscontrano nel dover valutare la simulazione, i classici segni da ricercare sono stati individuati e descritti prima che moderne tecnologie e tecniche (come il neuroimaging e i test neuropsicologici) fossero sviluppati, inoltre l’affidabilità generale di questi segni non è mai stata chiaramente dimostrata. Inoltre, identificare accuratamente la simulazione in specifici gruppi che costituiscono una minoranza (culturale, etnica, linguistica, patologica, ecc.) risulta ancora più controverso, date le diverse espressioni che la malattia può assumere e come queste differenze spesso non siano tenute in considerazione durante l’*assessment* o gli strumenti tipicamente utilizzati non siano stati sviluppati e validati empiricamente per questi campioni. Il rischio, dunque, risiede nella potenziale tendenza a

---

<sup>3</sup> Rogers (2018) sottolinea come questa “*misconception is perpetuated by the DSM-5, which attempts to use the presence of [ASPD] as a screening indicator for malingering*” (Rogers, 2018, p.9).

<sup>4</sup> *Argumentum ad hominem*, letteralmente “argomento contro l’uomo”.

<sup>5</sup> “*Malingering is a context specific state not a trait*” (Rogers, 2018).

<sup>6</sup> Vedi Gabbard, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 5th Edition* (2014).

discriminare, stereotipare ed interpretare erroneamente i risultati ottenuti nei vari test somministrati.

(8) Diagnosticare la simulazione è un problema legato alla varietà di manifestazioni cliniche possibili, le criticità si riferiscono alla relazione esistente tra il comportamento simulatorio e le varie sintomatologie/diagnosi psichiatriche, nello specifico risiedono nella possibilità per cui ogni disturbo può essere simulato, dal deficit cognitivo, alle lesioni craniche, all'amnesia, alla depressione con multiple lamentele somatiche, alla malattia psicotica caratterizzata da esperienze allucinatorie, ai sintomi suggestivi da PTSD, al dolore cronico, ecc. Il tipo di presentazione fornita dal soggetto varia a seconda della situazione e della natura degli incentivi reclamati dal simulatore. Patologie come il Disturbo da Personalità Multipla è stato rivendicato da soggetti indagati in casi di omicidio (Coons, 1991) e varie amnesie sono state presentate da vari colpevoli di reati sessuali in riferimento al crimine presunto (Bourget & Bradford, 1995).

(9) Diverse criticità sono state associate, inoltre, agli obiettivi perseguiti dai test utilizzati nelle valutazioni della simulazione. Per esempio, l'MMPI si basa sull'interpretazione degli stili di risposta, ma è una credenza errata pensare alla simulazione come ad uno stile di risposta "statico"<sup>7</sup> (i.e. "*once a malingerer always a malingerer*"); dati clinici non supportano le descrizioni date dagli stili di risposta che sembrerebbero essere fonte di giudizi errati da parte degli esperti nei confronti dei pazienti. Diversi sono, infatti, i fattori che possono influenzare lo stile di risposta del soggetto, dalle caratteristiche personali a quelle ambientali<sup>8</sup>.

(10) Etichettare un soggetto come simulatore è altamente stigmatizzante ed è un'operazione che richiede una certa attenzione, ragione per cui gli autori suggeriscono di utilizzare il termine solo in quelle circostanze in cui si è assolutamente sicuri e anche in queste occasioni suggeriscono di adottare, in alternativa, sinonimi quali "inattendibile" ("*unreliable*") o "inaccurata" ("*inaccurate*") presentazione di sintomi. Le conseguenze associate all'attribuzione di una diagnosi di simulazione di malattia sono molto gravi, gli specialisti, infatti, tenderebbero ad esitare nella valutazione per timore di danneggiare i soggetti o, al contrario, di eventuali cause legali a loro carico. Inoltre, tra i professionisti è presente un forte *bias* nei confronti della diagnosi, la quale andrebbe contro il ruolo primario del medico, ovvero aiutare i propri pazienti e non dubitare della veridicità dei sintomi da loro riportati, per cui la

---

<sup>7</sup> "*Malingering is a state not a trait and is always context specific*".

<sup>8</sup> Fattori quali: scarsa comprensione di ciò che si è letto, incapacità di rispondere in modo appropriato agli item, misure culturalmente inappropriate, disinteresse, condizioni di salute come un mal di testa, errori dovuti all'esaminatore nell'amministrare il test, ecc. (McDermott, 2012).

principale preoccupazione risiederebbe nel rischio di compromettere la relazione medico-paziente. Da tenere a mente, inoltre, è il fatto che aver individuato una simulazione non preclude necessariamente la possibilità che il soggetto soffra di un disturbo reale, si veda per esempio i casi in cui la simulazione sia sospettata in soggetti presentanti disturbi psichiatrici in comorbidità. Infine, a causa della scarsa formazione nei confronti della valutazione forense durante il percorso accademico, molti specialisti non si sentono abbastanza sicuri nell'indagare il fenomeno. In riferimento a quest'ultimo punto, lo studio di Raharjanti et al. (2021) svolto in Indonesia ha evidenziato come gli psichiatri che avevano frequentato, durante il proprio percorso di studi, corsi formativi strutturati in materia di psichiatria forense mostravano una fiducia nelle proprie capacità diagnostiche ("*self-confidence*") maggiore in riferimento alla valutazione forense e nel trascrivere il *report* finale.

(11) Alcuni dei disturbi più comunemente simulati sono il PTSD ed i disturbi neurocognitivi. Per quanto riguarda il primo, la diagnosi divenne molto popolare durante la guerra del Vietnam e solo dopo un'attenta analisi nel 1997 si iniziò a sospettare un alto tasso di simulazione, ma distinguere i soggetti che veramente ne soffrivano da chi fingeva era estremamente difficile data la popolarità che aveva ormai assunto ed il contesto sociale influenzato dagli attivisti antiguerra, grazie ai quali crebbe il sentimento di empatia nei confronti dei veterani e della loro diagnosi. Similmente, nella simulazione dei disturbi neurocognitivi, i test neuropsicologici ancora non sono accettati ed utilizzati sistematicamente dagli specialisti.

(12) Altre criticità si identificano nella facilità con cui le informazioni relative ai disturbi psichiatrici, e dunque anche la modalità con cui si presentano, siano reperibili online, rendendo sempre più semplice la simulazione credibile di sintomi; inoltre, varie fonti telematiche negli anni hanno fornito un'accurata descrizione delle tecniche utilizzate nell'indagine dei disturbi clinici. Nonostante ciò, alcuni strumenti recentemente sviluppati sarebbero resistenti a queste tipologie di simulazione.

Sulla base delle premesse teoriche precedentemente riportate, la presente revisione sistematica PRISMA della letteratura è finalizzata ad esporre l'attuale stato dell'arte in merito alla simulazione di malattia, con focus particolare all'ambito forense, e si pone l'obiettivo di riferire i recenti sviluppi in merito alle criticità legate al fenomeno, le varie argomentazioni elaborate dagli esperti e le risposte che quest'ultimi hanno formulato in merito ai quesiti esistenti. Nel complesso, lo scopo principale dell'elaborato è quello di fornire ai professionisti, psicologi o psichiatri, gli strumenti adatti ad affrontare la valutazione medico-legale e ridurre i tassi di

errore ed incertezza, inoltre, un secondo intento è quello di offrire una base per studi futuri sul tema. Nello specifico, il focus dell'analisi è posto sui vari strumenti di *assessment* attualmente in uso per disambiguare ed evidenziare la presenza o meno di simulazione, quale sia il loro grado di attendibilità e quali siano le alternative disponibili, o recentemente sviluppate, per gli specialisti in grado di identificare le diverse e specifiche psicopatologie e in che modo queste rendano possibile la loro differenziazione rispetto al comportamento simulatorio. Infine, dato il numero degli studi emersi nel corso della raccolta dei dati, si andrà ad analizzare anche come questa prospettiva testistica si declina nei vari paesi europei, ovvero, come vengano affrontate le varie questioni legate alla valutazione della simulazione e quale sia il rapporto esistente tra specialisti e strumenti di valutazione.

## Capitolo 3

### Metodi

#### 3.1 METODOLOGIA DI RICERCA

La metodologia di ricerca adottata per la presente revisione sistematica della letteratura si basa sui principi forniti dalle linee guida PRISMA in conformità alla versione aggiornata ed esplicitata nel *PRISMA 2020 Statement* (Page et al., 2021). La recente pubblicazione costituisce un aggiornamento alla precedente dichiarazione datata al 2009<sup>1</sup> (Moher et al., 2009) ed è finalizzata ad aiutare gli autori di revisioni sistematiche a produrre elaborati chiari e trasparenti nelle motivazioni (“*why the review was done*”), nelle metodologie utilizzate (“*what the authors did*”) *i.e.* in che modo si è identificato e selezionato gli studi, e nei risultati ottenuti (“*what they found*”) *i.e.* caratteristiche e contributi degli studi ed i risultati delle meta-analisi (Page et al., 2021). Il *PRISMA 2020 Statement* comprende una *Checklist* di 27 punti<sup>2</sup>, che riporta nel dettaglio specifiche raccomandazioni per ogni item, e diagrammi di flusso revisionati per *review* originali o aggiornate<sup>3</sup> (Page et al., 2021).

#### 3.2 CRITERI D’ESCLUSIONE E D’INCLUSIONE

Si riportano di seguito i vari criteri d’inclusione ed esclusione utilizzati nella ricerca e nella selezione degli articoli scientifici.

Criteri d’esclusione:

- Parole chiave utilizzate nella sezione “*Article title, Abstract, Keywords*”: *maligner\** OR *dissimulat\**, *forens\**, *assessment\** OR *questionnaire\** OR *intervi\** in congiunzione logica “AND”;
- Un arco temporale compreso negli ultimi cinque anni, ovvero tra il 2018 ed i primi mesi del 2023;

---

<sup>1</sup> “*The PRISMA 2020 statement replaces the 2009 statement and includes new reporting guidance that reflects advances in methods to identify, select, appraise and synthesise studies*” (Page et al., 2021).

<sup>2</sup> La struttura e la presentazione degli items è stata modificata per facilitarne l’utilizzo.

<sup>3</sup> “*The PRISMA 2009 statement comprised a checklist of 27 items recommended for reporting in systematic reviews and an “explanation and elaboration” paper providing additional reporting guidance for each item, along with exemplars of reporting*” (Page et al., 2021).

- Articoli scritti in lingua inglese, compresi quelli reperibili tradotti da una seconda lingua;
- Articoli di ricerca originali, esclusi i capitoli di libro, le review, le metanalisi, le note/commenti, gli atti di convegni;
- Pubblicazione avvenuta su riviste internazionali.

Criteri d'inclusione:

- Ricerche che si sono focalizzate sulla valutazione e validazione dei test psicometrici in ambito forense;
- Articoli che si sono concentrati sullo studio degli strumenti per specifici campioni clinici;
- Ricerche che hanno analizzato le tecniche psicometriche in riferimento a determinati contesti culturali e nazionali.

### 3.3 FONTI

Per raggiungere lo scopo preposto ed esposto nel Capitolo 2 “**Obiettivi della ricerca**”, ovvero esporre l’attuale stato dell’arte in merito alla simulazione di malattia, riportando i recenti sviluppi in merito alle criticità legate al fenomeno, le varie argomentazioni elaborate dagli esperti e le risposte che quest’ultimi hanno formulato in merito ai quesiti esistenti, sono stati consultati i *database* scientifici online, specificatamente Scopus e PubMed. Nei motori di ricerca sono stati utilizzati corrispettivamente le seguenti parole chiave:

- **Scopus:** “ ( TITLE-ABS-KEY ( malinge\* OR dissimulat\* ) AND TITLE-ABS-KEY ( forens\* ) AND TITLE-ABS-KEY ( assessment\* OR questionnaire\* OR interv\* ) ) AND PUBYEAR > 2017 AND PUBYEAR < 2024 AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) ) ”
- **PubMed:** “ ((malinge\* OR dissimulat\*) AND (forens\*)) AND (assessment\* OR questionnaire\* OR interv\*) AND ((english[Filter]) AND (2018:2023[pdat])) ”

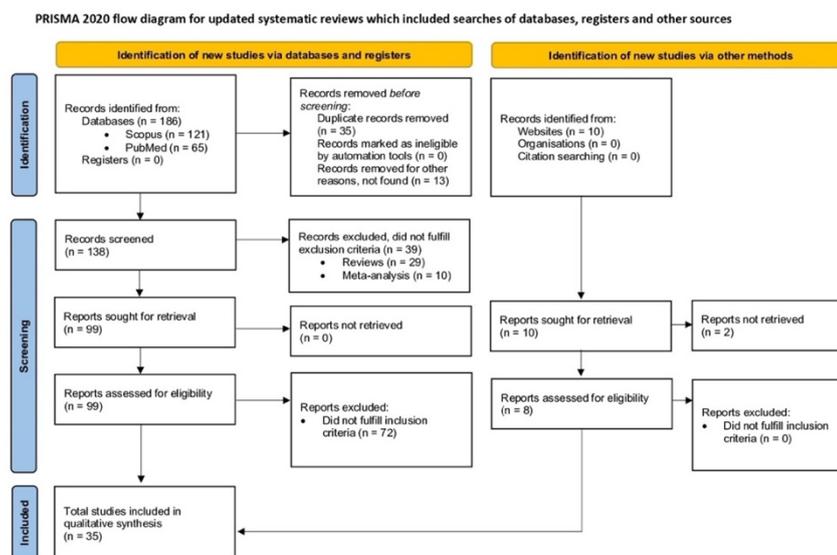
La ricerca bibliografica è stata condotta nel periodo tra febbraio e marzo 2023, producendo 121 risultati per il database di Scopus e 65 articoli per PubMed, infine, l’ultima consultazione dei motori di ricerca risale rispettivamente al 20/03/2023 e al 21/03/2023. In seguito alla mancata reperibilità di alcuni studi poiché “*In Press*”, in totale, dopo aver letto gli abstract dei vari articoli ed aver iniziato la procedura di screening, ne sono stati scaricati 138 e l’eliminazione

dei doppioni ha ridotto il numero a 99, si è concordato, inoltre, di escludere ogni Review, Metanalisi ed Overview e, dunque, di mantenere solo articoli su ricerche originali. La selezione finale ha prodotto 27 articoli scientifici, dopo il controllo bibliografico di quest'ultimi non si è ritenuto necessario espandere i criteri di inclusione a determinati anni, trascurati adottando i criteri iniziali, in cui la letteratura avesse prodotto conoscenze utili al fine della presente rassegna. Infine, ulteriori 8 articoli sono stati selezionati attraverso l'utilizzo di parole chiave diverse dalle sopra citate, producendo un totale di 35 articoli, avendo valutato utili i contenuti e le informazioni in essi riportati ai fini della discussione del presente elaborato. Si propone nella Figura 1 la procedura di ricerca riassunta nel diagramma di flusso PRISMA.

### 3.4 ESTRAZIONE DEI DATI

Dagli articoli selezionati per la ricerca sono state estratte le seguenti informazioni: (1) Autore/i; (2) Titolo del documento; (3) Anno di pubblicazione; (4) Titolo della fonte/rivista di pubblicazione; (5) Obiettivo/i; (6) Strumenti utilizzati/valutati; (7) Campione di ricerca; (8) Risultati principali; (9) Limiti.

Figura 1. Diagramma di flusso PRISMA



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org>

## Capitolo 4

### Risultati

#### 4.1 RIEPILOGO DEI RISULTATI

I dati raccolti sono stati raggruppati in tre categorie principali: ricerche che si sono focalizzate sulla valutazione e validazione dei test psicometrici in ambito forense, articoli che si sono concentrati sullo studio degli strumenti per specifici campioni clinici e ricerche che hanno analizzato le tecniche psicometriche in riferimento a determinati contesti culturali e nazionali. Nella Tavola 3 si riporta una sintesi dei risultati suddivisi per gruppo d'appartenenza e posti in ordine cronologico di pubblicazione; i suddetti verranno poi analizzati nel seguente Capitolo 5 “**Discussione**”.

Tavola 3. *Sintesi dei risultati.*

ANNO	AUTORE/I	TITOLO ARTICOLO	RIVISTA
<b>I TEST PSICOMETRICI</b>			
2018	Tylicki, J. L.; Wygant, D. B.; Tarescavage, A. M.; Frederick, R. I.; Tyner, E. A.; Granacher, R. P.; Sellbom, M.	<i>Comparability of Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and Structured Interview of Reported Symptoms-Second Edition (SIRS-2) classifications with external response bias criteria.</i>	<i>Psychological Assessment, advance online publication</i>
Obiettivi	Il presente studio indaga le problematiche legate all'utilità clinica del SIRS-2 esaminando le associazioni presenti tra le scale di validità del SIRS, del SIRS-2 e dell'MMPI-2-RF. 1. Si è esaminata la sensibilità e la specificità dei tre strumenti nell'identificare gruppi di soggetti onesti da quelli simulatori, per entrambi i campioni forensi e civili si è ipotizzato che entrambe le versioni del SIRS ottenessero tassi di specificità uguali (>90%) ma un decremento della sensibilità per il SIRS rispetto al SIRS-2; 2. È stata indagata le differenze nei punteggi di validità, grazie all'MMPI-2-RF, tra SIRS e SIRS-2, aspettando di osservare punteggi alle scale significativamente più elevati per soggetti del gruppo simulatorio e significativamente più bassi per i rispondenti onesti;		

	<p>3. Sono stati confrontati i punteggi nelle scale dell'MMPI-2-RF con quelli del SIRS e del SIRS-2 da un punto di vista classificatorio, per esplorare quali siano i sintomi psicologici ed i tratti di personalità che i partecipanti tendevano maggiormente ad esagerare in ogni gruppo;</p> <p>4. Si sono esaminati le differenze sostanziali nelle scale di validità dell'MMPI-2-RF con quelle del SIRS-2 nel sotto-campione identificato dal SIRS come simulatorio, per determinare se questi soggetti identificati dal SIRS venivano riclassificati come tali dal SIRS-2 e se l'MMPI-2-RF mostrasse prove di esagerazione nelle sue scale.</p> <p>5. Infine, si è esaminato le differenze sostanziali nelle scale di validità dell'MMPI-2-RF con quelle del SIRS nel sotto-campione identificato dal SIRS-2 come onesto, per determinare se il SIRS-2 li riclassificava correttamente.</p>		
Risultati Principali	<p>I risultati evidenziano come sia meno probabile che il SIRS-2 identifichi i simulatori se messo a confronto con la sua versione originale, inoltre, secondo i dati ricavati dal MMPI-2-RF lo strumento classificherebbe erroneamente i soggetti esaminati. Più nello specifico, gli indici MT e SS non valutano le strategie di risposta che gli autori intendevano catturassero, sottolineando la necessità di un nuovo sistema di classificazione per lo strumento; l'indice SS utilizzato per valutare il grado di "disengagement", ad esempio, sembra non essere correlato alla simulazione e necessita di essere rivisto o rimosso. La seconda versione del SIRS sembrerebbe ridurre il tasso di falsi positivi, penalizzando, però, notevolmente la sensibilità dello strumento perdendo anche la propria utilità clinica nell'identificare accuratamente i simulatori sia in ambito forense sia civile che penale.</p>		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I soggetti a cui è stato somministrato il test rientrano esclusivamente nella categoria di coloro che erano sospettati da parte dello staff clinico di una simulazione, per cui questo approccio potrebbe caratterizzarsi di un <i>bias</i> nella selezione del campione, portando ad un tasso di simulazione che potrebbe non essere rappresentativo della popolazione criminale generale;</li> <li>- Dato che il test non è stato somministrato "routinely" nel campione considerato, gli autori hanno deciso di considerare dei punteggi di <i>cut off</i> molto rigidi;</li> <li>- Il campione si compone solamente di soggetti di genere maschile;</li> <li>- Le dimensioni ridotte dei sottogruppi potrebbe aver portato ad una bassa identificazione delle differenze sostanziali presenti tra essi e l'eliminazione di alcuni gruppi, considerati troppo esigui, non ha permesso di esaminare la performance dei gruppi globalmente.</li> </ul>		
2020	López-Miquel, J.; Pujol-Robinat, A.	<i>Análisis descriptivo de la simulación de síntomas psicológicos en una muestra forense.</i>	<i>Revista Española de Medicina Legal</i> , 46: 175-182
Obiettivi	<p>La ricerca si propone di analizzare il fenomeno della simulazione di sintomi psicologici ed il modo in cui questo si manifesta nel contesto forense. Più nello specifico gli autori mirano a studiare (1) quali siano le caratteristiche differenziali descrittive che caratterizzano la popolazione di soggetti</p>		

	simulatori vs non-simulatori nell'ambiente forense e (2) valutare l'utilità dei criteri clinici come degli strumenti psicometrici disponibili per l'identificazione e quantificazione della simulazione.		
Risultati Principali	Le scale del SIMS che hanno mostrato il più grande potere discriminatorio tra il gruppo di simulatori e quello di non-simulatori sono la Dn ( <i>neurological deterioration</i> ) e la Am ( <i>amnesiac disorders</i> ), la scala, al contrario, che ha ottenuto, in media, la più bassa discrepanza è la Bi ( <i>low intelligence</i> ), la quale mostra un potere discriminatorio quasi pari a zero tra i sottogruppi con o senza disturbi. Nel caso specifico, i simulatori hanno ottenuto punteggi notevolmente più alti in confronto al gruppo di non-simulatori, compresi i soggetti con un disturbo; questi dati sostengono l'ipotesi per cui il SIMS rende possibile la discriminazione tra i casi in cui siano presenti disturbi genuini e soggetti che, invece, li simulano.		
Limiti	L'utilizzo di un campione randomico, e, dunque, non controllato, non ha reso possibile individuare il tasso reale di prevalenza di simulazione nel contesto forense.		
2020	Roma, P.; Giromini, L.; Burla, F.; Ferracuti, S.; Viglione, D. J.; Mazza, C.	<i>Ecological validity of the Inventory of Problems-29 (IOP-29): an Italian study of court-ordered, psychological injury evaluations using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) as criterion variable.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 13: 57-65
Obiettivi	Lo scopo principale dello studio è valutare la validità convergente ed esterna del IOP-29 in un contesto forense reale su valutazioni, di danni psicologici, ordinate dal tribunale; nello specifico si è indagata se la sua accuratezza classificatoria ed i punteggi di <i>cut off</i> suggeriti, e derivati principalmente dai confronti clinici di studi precedenti, fossero generalizzabili al contesto considerato. Per fare ciò gli autori hanno esaminato i punteggi ottenuti nel IOP-29 e nel SIMS in 74 valutazioni consecutive condotte in Italia per la valutazione di possibili danni psicologici sotto richiesta del giudice. Il SIMS, nello specifico, è stato utilizzato come variabili dipendente, data la sua dimostrata efficacia nei contesti forensi reali (van Impelen et al., 2014) ed il suo ampio utilizzo tra i professionisti europei.		
Risultati Principali	Gli autori osservano come l'IOP-29 produca le stesse statistiche riportate dagli studi precedenti e come l'utilizzo del SIMS o del IOP-29 in contesti reali di danni psicologici, per la valutazione forense, porti a risultati classificatori quasi identici; infatti, entrambi i test giungono alle stesse conclusioni in merito alla classificazione della performance dei soggetti come credibile o non-credibile. Considerando i risultati globalmente, questi forniscono una forte prova di validità convergente ed esterna del IOP-29, per cui, il test sembra ottenere una buona performance sia in contesti sperimentali che in quelli forensi reali.		

Limiti	<p>- Dato l'utilizzo di un disegno sperimentale basato sui "known-groups", la caratterizzazione dei sintomi riportati dagli esaminati come credibili o non-credibili è soggetta ad errori;</p> <p>- Tutte le valutazioni, ordinate dai giudici, utilizzate per l'analisi dei dati si focalizzano sui danni psicologici, per cui i risultati potrebbero non essere generalizzabili ad altri contesti forensi;</p> <p>- Data la difficile reperibilità dei dati forniti dalle valutazioni ordinate dal tribunale, il campione sperimentale risulta piccolo, inoltre, essendo lo studio stato condotto in Italia, le sue caratteristiche linguistiche e culturali potrebbero interferire nella generalizzabilità dei dati ad altri paesi.</p>		
2021	Tylicki, J. L.; Rai, J. K.; Arends, P.; Gervais, R. O.	<i>A comparison of the MMPI-2-RF and PAI overreporting indicators in a civil forensic sample with emphasis on the Response Bias Scale (RBS) and the Cognitive Bias Scale (CBS).</i>	<i>Psychological Assessment</i> , 33(1), 71-83
Obiettivi	<p>La ricerca mira ad investigare l'efficacia della scala CBS ponendola a confronto con le scale di validità del PAI e con le scale "overreporting" del MMPI-2-RF in un campione forense con disabilità. Il presente studio risulta essere la prima indagine indipendente che indaga l'utilità della CBS in un campione forense ed è stato condotto come un'estensione della ricerca condotta da Tarescavage et al. (2013) che ha valutato l'utilità delle scale "overreporting" del MMPI-2-RF.</p>		
Risultati Principali	<p>Precedentemente allo sviluppo della scala CBS, la NIM risultava essere la scala di validità del PAI più efficace, i risultati della ricerca, tuttavia, indicano come i punteggi della CBS siano più fortemente correlati con i punteggi del PVT rispetto alla NIM, supportandone la validità di costruito. In generale, anche le altre scale del PAI (MAL, RDF, NDS e MPRD-DF) sono risultate meno efficaci nell'individuare una scarsa performance nei PVTs. I risultati ANOVA rivelano, inoltre, come la scala RBS producesse il più ampio <i>effect size</i> nel distinguere i gruppi, seguita dalla CBS, stabilendo la presenza di un'associazione tra i punteggi delle due scale. In conclusione, i risultati dello studio supportano l'utilità della CBS nel valutare il <i>cognitive response bias</i> e nell'individuare la MND (<i>malingered neurocognitive dysfunction</i>), specificamente in un campione civile con disabilità, inoltre, la CBS risulta essere la scala di validità del PAI più efficace nel distinguere tra soggetti che rispondono genuinamente ed individui che fingono un deficit cognitivo in presenza di incentivi esterni, individua efficacemente il <i>bias</i> di risposta e le lamentele esagerate sulla memoria in un contesto forense.</p>		
Limiti	<p>- Generalmente la scala RBS ottiene prestazioni migliori rispetto alla CBS nel valutare la MND, questi risultati possono essere dovuti al fatto che la CBS è stata sviluppata e validata con un campione di pazienti ambulatoriali, mentre per la RBS è stato utilizzato un campione forense civile con disabilità, lo stesso del presente studio; inoltre, sono stati utilizzati PVTs indipendenti nello sviluppo e nella validazione della scala RBS, mentre per la CBS è stata adottata una combinazione di PVT indipendenti ed "embedded";</p>		

	<p>- I dati della ricerca sono stati raccolti da uno studio indipendente in una città canadese del <i>midwest</i>, da soggetti senza un trauma cranico apparente nel contesto delle lamentele riportate, i risultati possono, dunque, non essere generalizzabili ad altre popolazioni geografiche.</p>		
2021	Wood, M. E.; Coffey, C. A.; Glassmire, D. M.	<p><i>Specificity and item endorsement rates of personality assessment inventory over-reporting scales across ethnic, gender and diagnostic groups in a forensic inpatient sample.</i></p>	<p><i>International Journal of Law and Psychiatry</i>, 74</p>
Obiettivi	<p>Lo scopo dello studio è di valutare la specificità degli indici NIM, MAL e RDF in un campione forense di pazienti post-sentenza con incentivi esterni della simulazione sconosciuti. Si presume che i soggetti soffrano di una malattia mentale genuina dato che il ricovero legale si è basato sulla presenza di un disturbo mentale accertato dalla corte. Dati i risultati delle ricerche precedenti, gli autori ipotizzano che i punteggi di <i>cut off</i> comunemente adottati per la scala NIM otterranno valori di specificità più alti rispetto a quelli della MAL e della RDF nel campione esaminato. Inoltre, si valuta se le stime della specificità variano in diversi sottogruppi demografici (<i>i.e.</i> genere, etnia e diagnosi), date le conosciute differenze presenti tra campioni di pazienti forensi ed il campione utilizzato per lo sviluppo e la validazione delle scale del PAI, e, oltre alla sensibilità, si esamina il grado di “<i>item endorsement</i>” e di “<i>configural elevations</i>” per cercare di definire quale e se uno di questi elementi contribuisce ad elevare i punteggi delle scale nei vari gruppi. Infine, la ricerca si focalizza sull’indagare se la scala NIM del PAI mostra un basso grado di <i>endorsement</i> simile tra i vari gruppi etnici e di genere nei pazienti psichiatrici forensi; inoltre, si ipotizza che le scale NIM e MAL siano associate a psicopatologie genuine, in linea con le linee guida fornite dal manuale del PAI, mentre sia presente una piccola associazione tra la scala RDF e le scale cliniche del test.</p>		
Risultati Principali	<p>- I risultati mostrano come 5 dei 9 item della NIM siano stati avvallati dal 20% dei partecipanti e ciò risulta essere costante per tutti i gruppi demografici; il contenuto di questi item riflette un disagio generale ed è correlato alla psicosi, i dati, dunque, riflettono le specifiche dello strumento contenute nel suo manuale per cui punteggi elevati in questa scala può indicare la presenza di una psicopatologia grave. Nonostante gli alti tassi di <i>endorsement</i> nella NIM, la scala mostra generalmente una specificità adeguata nel campione in esame, tuttavia, i valori variano per i vari sottogruppi demografici, con una relativa diminuzione in alcuni (<i>i.e.</i> un tasso di errore del 25% di falsi positivi per il gruppo di afroamericani). L’aumento del punteggio di <i>cut off</i> produce una diminuzione del tasso di falsi positivi nei vari sottogruppi, implicando, però, anche minor sensibilità dello strumento.</p> <p>- L’indice MAL ha mostrato valori alti per quanto riguarda la specificità, a tutti i livelli;</p>		

	<p>- La scala RDF con il punteggio raccomandato di <i>cut off</i> (59 T) ha mostrato una specificità estremamente bassa per i sottogruppi con disturbo psicotico, comportando la necessità ad aumentarlo a 73 T per ottenere buoni risultati; l'utilizzo di quest'ultimo risulta più efficace nell'individuare l'<i>overreporting</i> in molte presentazioni di malattie psicotiche gravi e in generale dello spettro psicotico.</p>		
Limiti	<p>1. Data la natura archiviale dello studio e l'utilizzo di "<i>consecutively administred PAI profiles</i>", non è stato possibile determinare la rappresentatività del campione per la popolazione generale di soggetti ospedalizzati; tuttavia, il campione risulta rappresentativo per tutta quella tipologia di pazienti a cui probabilmente saranno somministrati test multi-scala, come il PAI, in un setting forense;</p> <p>2. È possibile che alcuni individui nel campione abbiano distorto in qualche modo le proprie risposte, nonostante lo screening iniziale sui soggetti per cui erano assenti incentivi esterni a simulare e dunque si era escluso l'<i>overreporting</i>;</p> <p>3. È sconosciuta la presenza di partecipanti nel campione che hanno intrapreso uno stile di risposta <i>underreporting</i> e con quale entità;</p> <p>4. Alcuni dei sottogruppi includevano un numero esiguo di partecipanti.</p>		
2021	Wendy, Ng.; Mattos, L. A.; Coffey, C. A.; Molina, S. M.; Gottfried, E. D.; Glassmire, D. M.	<i>The association between clinicians' initial judgements of feigning and outcomes on symptom validity measures among pretrial forensic psychiatric inpatients.</i>	<i>International Journal of Law and Psychiatry</i> , 76
Obiettivi	<p>Lo studio valuta l'associazione tra le tipologie di condizioni che rinviano ad una valutazione testistica (per simulazione, competenza a stare a processo, problemi clinici generali) e la probabilità di individuare la simulazione utilizzando l'M-FAST ed il SIRS con un campione di pazienti ricoverati forensi con incentivi a simulare una psicopatologia. Nello specifico esamina l'associazione tra il giudizio clinico non-strutturato sulla simulazione e l'effettiva <i>performance</i> dei soggetti ai due SVT</p> <p>Ipotesi:</p> <p>1. Data la maggiore accuratezza dei dati statistici rispetto al giudizio clinico, gli autori ipotizzano che i soggetti valutati per sospetta simulazione non avrebbero mostrato tassi di identificazione maggiori rispetto alle altre condizioni con l'M-FAST ed il SIRS;</p> <p>2. I soggetti esaminati con trascorsi di simulazione nella propria diagnosi non avrebbero mostrato una più alta probabilità nell'essere identificati come simulatori nel M-FAST e nel SIRS.</p> <p>La ricerca non si focalizza sulla valutazione dell'utilità dei due test, dimostrata da altri studi precedenti, ma utilizza i due strumenti per valutare se le ipotesi cliniche si associano con i comportamenti simulatori evidenziati dei test.</p>		

Risultati Principali	<p>I risultati non mostrano differenze tra le varie condizioni che avevano rimandato ad una valutazione testistica e suggeriscono che i clinici sono in grado di identificare la simulazione attraverso un giudizio clinico non-strutturato solo in alcune situazioni. I dati evidenziano, infatti, come nelle situazioni in cui i soggetti intraprendono tentativi di simulazione meno sofisticati o esagerano eccessivamente l'estensione della psicopatologia i clinici hanno moderatamente successo nell'identificazione del comportamento utilizzando esclusivamente le proprie abilità cliniche; nei casi in cui la simulazione non risulta immediatamente chiara il rischio di un'errata valutazione aumenta, specialmente in assenza di dati ricavati dalla somministrazione di test oggettivi che guidino il processo decisionale. In generale, in assenza di quest'ultima metodologia di valutazione sono risultati più i casi di mancata identificazione che di identificazione della simulazione, dati che sostengono i risultati ottenuti da altre ricerche per cui il giudizio clinico da solo generalmente non soddisfa i requisiti statistici minimi per essere considerato idoneo ad identificare la simulazione.</p>		
Limiti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le informazioni riguardo i soggetti non rimandati ad una valutazione di simulazione sono sconosciuti, come anche il tasso di pazienti che potrebbero essere stati identificati erroneamente come simulatori (falsi positivi) all'interno dell'ospedale;</li> <li>2. Dato l'estremamente alto tasso di simulazione nel campione esaminato, è possibile che molti dei soggetti sottoposti ad una valutazione più complessiva fossero sospettati di simulare;</li> <li>3. Molte delle analisi hanno comportato il confronto tra gruppi disuguali in termini di dimensioni.</li> </ol>		
2021	Orrù, G.; Mazza, C.; Monaro, M.; Ferracuti, S.; Sartori, G.; Roma, P.	<i>The development of a short version of the SIMS using machine learning to detect feigning in forensic assessment.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 14: 46-57
Obiettivi	<p>Con lo stesso intento di Malcore et al. (2015), il presente studio mira ad indagare se la versione abbreviata e più semplice da somministrare del SIMS possa essere sviluppata utilizzando la nuova tecnica di <i>machine learning</i> (ML). Lo studio, inoltre, estende i risultati riportati da Mazza et al. (2019), in cui si erano analizzate le tecniche ML e se il loro utilizzo fosse utile allo sviluppo di una versione abbreviata valida del SIMS. L'intento degli autori, riducendo il numero di item del test, è di superare uno dei principali limiti dello strumento, ovvero la durata della somministrazione.</p>		
Risultati Principali	<p>La ricerca, grazie all'utilizzo delle tecniche ML, ha ottenuto una serie di versioni abbreviate del SIMS composte da soli 8-10 item e che potessero ottenere un'accuratezza classificatoria simile a quella del test completo (75 item) nel distinguere tra partecipanti "<i>consistent</i>" e quelli "<i>inconsistent</i>". Ogni versione prodotta non presenta differenze nei tassi di falsi positivi vs falsi negativi, si caratterizza da livelli di accuratezza equivalenti sia per specificità che per sensibilità e</p>		

	la validità convergente tra le versioni e le scale di validità selezionate dal MMPI-2-RF supporta il loro utilizzo.		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le tre versioni ridotte del SIMS sono state costruite utilizzando un approccio <i>bottom-up</i>, i risultati, infatti, si basano sulla performance di partecipanti reclutati in un contesto forense reale e non istruiti a mentire in riferimento ad un disturbo mentale nel contesto sperimentale;</li> <li>- La classificazione dei partecipanti si è basata sulla valutazione dei clinici e non su misurazioni oggettive;</li> <li>- Le regole classificatorie complesse del SIMS formulate dagli autori rendono il test più difficile da simulare senza che si venga identificati, ma richiedono specifici software per la somministrazione.</li> </ul>		
2022	Grossi, L. M.; Green, D.; Cabeldue, M.; Pivovarova, E.	<i>Assessing feigning with the Feigning Evaluation Integrating Sources (FEINS) in a forensic psychiatric sample.</i>	<i>Psychological Services</i> , 19(2), 213-224
Obiettivi	<p>Il presente studio si prefigge di fornire dati in riferimento all'utilità di uno strumento di valutazione forense (il FEINS) sviluppato per integrare sistematicamente fonti multiple di informazione in un'unica opinione empiricamente fondata sulla simulazione. L'obiettivo degli autori è esaminare lo strumento con un campione criminale psichiatrico forense di soggetti nella fase pre-giudizio, più nello specifico (1) valutare l'affidabilità dei soggetti nel registrare i punteggi del FEINS (<i>interrater reliability</i>); (2) esaminare la validità di costruito dello strumento valutando la relazione presente tra i 20 punteggi degli item, il punteggio totale, i dati di test psicologici specifici e l'opinione di valutazioni formali forensi (<i>construct validity</i>); (3) identificare la media ed i <i>range</i> dei punteggi ottenuti dagli individui classificati in definitiva dal FEINS come "<i>Low</i>", "<i>Moderate</i>" o "<i>High likelihood</i>" nel simulare (<i>classification validity</i>); (4) cercare di incrementare la validità attraverso la valutazione delle abilità del FEINS nel prevedere le opinioni degli esperti forensi oltre il giudizio clinico non-strutturato ed oltre i dati dei test considerati singolarmente (<i>incremental validity</i>).</p>		
Risultati Principali	<p>Il presente <i>pilot study</i> è il primo a valutare l'utilizzo del FEINS con un campione di pazienti, in generale i risultati ottenuti forniscono supporto preliminare per il suo utilizzo come strumento di valutazione forense in contesti clinico-forensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Interrater Reliability</i>: il FEINS risulta essere generalmente codificato affidabilmente per quanto riguarda i punteggi della maggior parte degli item, il punteggio totale ed il giudizio finale, tuttavia, l'affidabilità risulta essere estremamente bassa per gli item che valutano la psicopatologia e risulta discutibile quando i dati dei test ed i risultati vengono posti a confronto;</li> <li>- <i>Classification e Construct Validity</i>: approssimativamente un quarto (27.6%) dei partecipanti è stato classificato come tendenza "<i>Moderate-High likelihood</i>" nel simulare, dato generalmente</li> </ul>		

	<p>coerente con i <i>base rate</i> della simulazione in contesti psichiatrico-forensi; inoltre, valutatori <i>postrestoration CST (competent to stand trial)</i> hanno fornito supporto alla validità di costruito dello strumento, tuttavia, la mancanza di variabilità in questi giudizi pone il dubbio sulla generalizzabilità dei risultati. Aspetti legati alla validità convergente e discriminante sono stati esplorati ed i risultati suggeriscono che il FEINS generalmente valuta diversi costrutti;</p> <p>- <i>Incremental Validity</i>: il punteggio totale dello strumento ha dimostrato essere abile a prevedere la competenza associata all'opinione del valutatore rispetto ad altre variabili indipendenti, per cui lo strumento sembra poter aiutare a migliorare l'abilità del clinico ad identificare la simulazione efficacemente; la varianza è rimasta sotto al 30%, suggerendo che l'utilità del FEINS possa essere limitata, questo dato, tuttavia, è stato influenzato dall'intervallo trascorso tra la fase di codifica del FEINS e la valutazione CST successiva (durata variabile per ogni partecipante), per cui la presentazione fornita dai soggetti potrebbe essersi modificata portando alla valutazione, nelle due fasi, di quadri clinici differenti.</p>
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un primo limite sembra essere associato alle variabili dei risultati, come in molte altre ricerche sulla simulazione, nel presente studio i tassi di simulazione attuale sono sconosciuti; il tasso di <i>malingering</i> è stato esplicitamente identificato solo perché di interesse di una delle valutazioni CST, variabile dipendente, e questo dato è risultato inaspettatamente basso rispetto ai risultati della letteratura. Ciò sembra riflettere la natura del <i>setting</i> specifico, per cui il campione presumibilmente si componeva solo di soggetti che esibivano un approccio più discreto alla simulazione e individui con presentazioni genuine;</li> <li>- Il basso tasso di simulazione identificata nello studio ha limitato l'analisi delle differenze tra i vari gruppi ("<i>Moderate</i>", "<i>Low</i>" e "<i>High</i>") e, di conseguenza, anche l'analisi delle valutazioni <i>postrestoration CST</i>;</li> <li>- Informazioni aggiuntive fornite dai soggetti esterni all'ospedale non sono state ricercate per perseguire lo scopo della ricerca, per poter proteggere la privacy degli individui che si sono offerti volontari come partecipanti;</li> <li>- I ricercatori che hanno codificato il FEINS hanno utilizzato molti dati rilevanti, inclusi i risultati prodotti da un'ampia batteria di test associati alla valutazione di psicopatologie genuine e falsificate, un'intervista clinica condotta a scopo di ricerca e documentazione fornita dall'ospedale; questa metodologia potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati ad altri contesti in cui i dati potrebbero risultare più difficili da ottenere;</li> <li>- Essendo un <i>pilot study</i> iniziale, il campione risulta essere ridotto, limitando le analisi condotte e le conclusioni che possono essere dedotte dai risultati, composto interamente da uomini e principalmente di colore, per cui è poco chiaro se i dati sono generalizzabili ad individui di altro genere ed etnicamente diversi;</li> </ul>

	- I dati possono risultare poco generalizzabili ad altri contesti in cui il rischio di simulazione risulta essere elevato, come ad esempio quello civile.		
2023	Pignolo, C.; Giromini, L.; Ales, F.; Zennaro, A.	<i>Detection of feigning of different symptom presentations with the PAI and the IOP-29.</i>	<i>Assessment, 30(3), 565-579</i>
Obiettivi	Per riempire i vuoti nella letteratura, il presente studio mira a testare l'accuratezza diagnostica del PAI e del IOP-29 nell'individuare la simulazione di tre categorie differenti di presentazioni sintomatologiche (depressione, PTSD e schizofrenia) in un campione sia forense che di comunità. Nello specifico, gli autori intendono valutare l'estensione con cui la sensibilità degli strumenti vari in funzione dei disordini simulati e del contesto in cui vengono somministrati.		
Risultati Principali	<p>L'analisi iniziale dei dati suggerisce come sia il PAI che il IOP-29 differenziano efficacemente i soggetti che rispondono onestamente dai simulatori sperimentali. Per quanto riguarda i test specifici,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAI: la scala NIM ha prodotto risultati consistenti per quanto riguarda le varie presentazioni di sintomi ed i campioni analizzati, tuttavia, delle differenze significative sono state riscontrate tra il gruppo dei rispondenti onesti quando veniva confrontato il campione di comunità con quello forense, quest'ultimo, infatti, produceva punteggi più elevati (e lo stesso avviene per la scala MAL). I risultati ottenuti nella scala MAL risultano stabili tra le sintomatologie solo nel campione forense, mentre nel campione di comunità sono stati riscontrati punteggi più bassi per la simulazione di PTSD. Le differenze tra i campioni suggeriscono come i valori della specificità delle due scale decrescano quando vi è un passaggio dal contesto di comunità a quello forense. Infine, la RDF è risultata l'unica misura che non mostra interazioni significative tra le sintomatologie presentate e le fonti dei risultati;</li> <li>- IOP-29: la scala FDS produce uno stabile <i>effect size</i> tra le varie presentazioni di sintomi nel campione forense, tuttavia, nel considerare il gruppo di soggetti onesti il campione forense produce punteggi più elevati rispetto a quello di comunità suggerendo una possibile bassa specificità dello strumento in ambito forense.</li> </ul> <p>In generale, nel considerare le scale del test, la NIM produce uno stabile <i>effect size</i> e questo risulta essere più alto rispetto a quello della MAL e della RDF e nel campione di comunità; inoltre, la simulazione di PTSD risulta essere la più complicata da identificare, le scale MAL e RDF producono, infatti, punteggi di sensibilità molto bassi. Per quanto riguarda il IOP-29, l'efficacia nel discriminare i simulatori dagli onesti risulta essere molto simile in tutte e tre le condizioni esaminate, con risultati generalmente più significativi per il campione di comunità e soprattutto nel valutare la depressione.</p>		
Limiti	1. Le motivazioni in un contesto reale di simulazione sono inevitabilmente differenti da quelle del presente studio empirico;		

	<p>2. Risulta molto complicato valutare la <i>compliance</i> dei soggetti istruiti a simulare;</p> <p>3. Gli autori non hanno avuto accesso ad un campione clinico di pazienti con depressione, schizofrenia o PTSD;</p> <p>4. Il campione di comunità si caratterizza di differenze in termini di età, genere e stato civile e quello forense è composto solo da uomini;</p> <p>5. Dato che i <i>base rate</i> della simulazione sono sconosciuti, i risultati PPP e NPP del presente studio devono essere considerati come provvisori (“<i>tentative</i>”).</p>		
<b>VALUTARE DISTURBI SPECIFICI</b>			
2018	Van Impelen, A.; Merckelbach, H.; Jelicic, M.; à Campo, J.	<i>Antisocial features are not predictive of symptom exaggeration in forensic patients.</i>	<i>Legal and Criminological Psychology</i> , 23, 135-147
Obiettivi	<p>Lo studio si prefigge di indagare il valore predittivo legato al Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) e alle sue caratteristiche principali (assenza di rimorso, esternalizzazione della colpa e disonestà) per l’esagerazione di sintomi. In contrasto con ricerche precedenti, gli autori testano l’assunzione secondo cui gli individui che mentono in un dominio sono più propensi a farlo anche in altri, comparando l’accuratezza dei sintomi riportati da pazienti con quella dell’illecito descritto e quantificando il grado con cui i soggetti negano o minimizzano il comportamento delinquenziale. Inoltre, lo studio valuta l’estensione del rimorso provato dai pazienti in riferimento all’illecito compiuto e dell’attribuzione della colpa a fattori esterni alla persona o a disturbi mentali o all’assenza di controllo.</p>		
Risultati Principali	<p>Data la centralità della disonestà come caratteristica del ASPD, può sembrare utile utilizzare il disturbo come indicatore di un’esagerazione ed associare ad esso un valore predittivo, tuttavia, i risultati della presente ricerca non supportano questa credenza sottolineando, al contrario, come le assunzioni alla base dell’ipotizzata relazione debbano essere messe in discussione. In generale, la ricerca evidenzia come ogni possibile indicatore di esagerazione dei sintomi sia inefficace se utilizzato singolarmente ed il loro valore predittivo aumenta quando se ne fa uso congiuntamente ma, nonostante ciò, queste variabili risultano inefficaci e contribuiscono relativamente all’individuazione dell’esagerazione. L’unico indice potenzialmente utile e valutato dagli autori statisticamente rilevante è l’attribuzione della colpa a fattori esterni, nonostante i dati l’associazione tra questo e l’esagerazione di sintomi non ha prodotto un valore predittivo sufficiente (43-29% <i>detection rate</i>; 75-60% <i>false-positive rate</i>).</p>		
Limiti	<p>1. Dimensioni ridotte del campione utilizzato, dei 57 pazienti, 10 avevano una diagnosi di ASPD e 7 di loro hanno prodotto al SIMS punteggi associabili all’esagerazione di sintomi.</p> <p>2. Le cause associabili alla bassa accuratezza dei report degli illeciti esaminati non possono essere determinate, infatti, è possibile che l’inaccuratezza sia dovuta in parte a errori di memoria genuini piuttosto che a distorsioni intenzionali delle informazioni associabili ad un ASPD.</p>		

2019	Brand, B. L.; Webermann, A. R.; Snyder, B. L.; Kaliush, P. R.	<i>Detecting clinical and simulated Dissociative Identity Disorder with the Test of Memory Malingering.</i>	<i>Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy</i> , 11(5), 513-520
Obiettivi	<p>Lo studio esamina la capacità del TOMM nel distinguere gli individui con DID dai soggetti che simulano la patologia.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I risultati ottenuti nel test nel Trial 1, Trial 2 e la somma di entrambi permettono di differenziare accuratamente un DID simulato da uno clinico;</li> <li>2. Il gruppo caratterizzato da DID simulati otterrà punteggi significativamente più bassi rispetto al gruppo clinico, indicando come i soggetti simulatori presentino una performance tale da dare l'impressione d'avere difficoltà nella sfera della memoria.</li> </ol>		
Risultati Principali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A supporto delle ipotesi, i risultati indicano come i soggetti che simulano mostrino un rendimento tale da dare l'impressione di avere difficoltà mnemoniche, a differenza dei pazienti con un DID che non presentano questo caratteristico "<i>lack of effort</i>" (a riprova dell'assenza di segni di simulazione di deficit della memoria);</li> <li>- I punteggi del TOMM distinguono adeguatamente i simulatori dai pazienti clinici, considerando sia la DFA (<i>Discriminant Function Analysis</i>) che le statistiche ricavate dal Trial 1 e 2; i risultati, infatti, indicano una specificità del 87% per il Trial 1 e del 97% per il Trial 2, percentuali in linea con quelle del SIRS-2.</li> </ul>		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il campione clinico con DID è omogeneo e si differenzia da quello di controllo solo demograficamente, i risultati non possono essere, dunque, generalizzati a soggetti con diverse caratteristiche legate al disturbo e coinvolte in casi clinici e forensi;</li> <li>- È stata preferita una "<i>simulation design</i>" piuttosto che il confronto tra un campione caratterizzato da DID genuini ed un gruppo di noti simulatori di DID;</li> <li>- Il campione dei simulatori è stato istruito sui sintomi legati ad un DID ma non sulla necessità di evadere le tecniche di valutazione della validità presenti all'interno del test. Future ricerche dovranno esaminare l'eventuale resistenza dello strumento al <i>coaching</i> dei sintomi e delle strategie di valutazione;</li> <li>- Pazienti con un DID possono presentare sintomi legati all'amnesia in condizioni che suscitano grande stress o in cui sia presente uno stimolo che rievoca l'esperienza traumatica, lo studio non presentava queste caratteristiche e, dunque, non ha potuto valutarne l'impatto sulla performance dei soggetti.</li> </ul>		
2020	Mueller, C.; Evans, S. E.	<i>Performance validity testing and aggression in a forensic inpatient setting.</i>	<i>Journal of Forensic Psychology Research and Practice</i> , 20:2, 101-113

Obiettivi	<p>Lo studio esamina la possibile correlazione presente tra soggetti ritenuti simulatori e tassi più alti di aggressività tra pazienti ricoverati rispetto ai pazienti non sospettati di fingere. Inoltre, gli autori si prefiggono di investigare se siano presenti delle differenze nei tassi di aggressività tra individui valutati per possibile simulazione e con risultati ai test non validi rispetto ai soggetti con risultati validi (test che valutano la performance).</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I pazienti che mettono in atto un numero maggiore di atteggiamenti aggressivi vengono più comunemente rinviati a valutazioni della simulazione;</li> <li>2. Coloro che ottengono risultati non validi ai test presentano tassi più alti di aggressività.</li> </ol>		
Risultati Principali	<p>- Non sono state riscontrate differenze significative nell'aggressività tra coloro la cui performance era stata ritenuta non valida e coloro i cui risultati risultavano validi ai PVT somministrati; questo dato va contro la credenza di molti clinici secondo cui i tassi di aggressività tenderebbero a diminuire se gli individui che simulano vengono identificati precocemente e rinviati in tribunale;</p> <p>- Gli individui sospettati di simulare e sottoposti a valutazioni in merito presentavano tassi più elevati di aggressività rispetto alla popolazione generale, dati che indicano una tendenza maggiore da parte dei clinici a sospettare di simulazione i pazienti più aggressivi.</p>		
Limiti	Non riportati.		
2021	<p>Banovic, I.; Filippi, F.; Viglione, D. J.; Scrima, F.; Zennaro, A.; Zappalà, A.; Giromini, L.</p>	<p><i>Detecting coached feigning of schizophrenia with the Inventory of Problems-29 (IOP-29) and Its Memory Module (IOP-M): a simulation study on a French community sample.</i></p>	<p><i>International Journal of Forensic Mental Health</i></p>
Obiettivi	<p>Il presente studio è stato condotto per indagare tre aspetti principali, in generale mira a testare l'accuratezza classificatoria degli strumenti IOP e la loro resistenza al <i>choaching</i> in riferimento alla simulazione di schizofrenia con un campione di individui di lingua francese.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si è testata l'estensione con cui fornire ai simulatori sperimentali istruiti (<i>coached</i>) consigli espliciti contro la simulazione eccessiva riducesse la sensibilità dei strumenti IOP;</li> <li>2. Si è indagato se l'utilizzo del IOP-M congiuntamente al IOP-29 avrebbe aumentato l'individuazione della schizofrenia sperimentale simulata, rispetto all'utilizzo del IOP-29 singolarmente;</li> <li>3. Si è valutata la validità della versione francese del IOP-29 e del IOP-M conducendo lo studio in Francia.</li> </ol>		
Risultati Principali	<p>In generale i risultati hanno provato che:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fornire ai simulatori sperimentali consigli espliciti su come evitare di simulare eccessivamente (destando, dunque, sospetto) non riduce la sensibilità degli strumenti IOP; i risultati dei test, infatti,</li> </ol>		

	<p>non sono stati influenzati negativamente dalla presenza di “<i>cautionary statements</i>” che avvertissero il campione a non “<i>over-do-it</i>”;</p> <p>2. utilizzare l’IOP-M congiuntamente all’IOP-29 comporta un aumento della validità dei test, rispetto all’utilizzo singolo del IOP-29; lo studio, infatti, fornisce supporto all’ipotesi per cui la combinazione di SVT e PVT incrementa la possibilità di individuare i segnali della simulazione durante la valutazione della credibilità non solo di deficit cognitivi ma anche di disturbi psichiatrici;</p> <p>3. la versione francese del IOP-29 e del IOP-M hanno dimostrato ottenere risultati coerenti con quelli di altre versioni dei test nell’individuare la simulazione di schizofrenia.</p>		
Limiti	<p>- È assente un campione clinico di individui con schizofrenia, per cui l’<i>effect size</i> dello studio e la sua specificità possono risultare artificialmente esagerati;</p> <p>- Il comportamento simulatorio in un contesto sperimentale non corrisponde necessariamente al comportamento simulatorio in un contesto di vita reale, per cui la validità esterna dello studio può essere dubbia;</p> <p>- Il campione sperimentale relativamente piccolo ed il fatto che i partecipanti fossero studenti universitari uomini, istruiti e giovani, limitano la generalizzabilità dei risultati.</p>		
2021	Tierney, S. M.; Webber, T. A.; Collins, R. L.; Pacheco, V. H.; Grabyan, J. M.	<i>Validity and utility of the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) on an inpatient epilepsy monitoring unit.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 14: 248-256
Obiettivi	<p>La ricerca si propone di valutare l’utilità del M-FAST in un campione di pazienti ricoverati per disturbo epilettico attraverso un approccio su due fronti.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <p>1. Vengono valutati gli intervalli dei punteggi ottenuti nel test per identificare il <i>cut off</i> idoneo a validare il test come un SVT efficace per la popolazione specifica, ipotizzando che si otterrà un punteggio clinicamente valido;</p> <p>2. Viene valutata la potenziale utilità diagnostica del test, ipotizzando che verrà individuato un punteggio di <i>cut off</i> tale da distinguere soggetti con un PNEE (<i>Psychogenic non-epileptic event</i>) confermato dal V-EEG rispetto ai soggetti con un ES (<i>epileptic seizure</i>).</p>		
Risultati Principali	<p>I risultati della ricerca suggeriscono come l’M-FAST sia un valido strumento per individuare le presentazioni sintomatologiche non valide, specificatamente per la popolazione esaminata ovvero veterani ricoverati in una EMU (<i>epilepsy monitoring unit</i>). Nel campione specifico, un punteggio di <i>cut off</i> <math>\geq 5</math> ha mostrato un’accuratezza moderata in riferimento alla presentazione di sintomi non validi, compositamente agli indici dell’MMPI-2-RF e del SIMS.</p> <p>- La ricerca supporta l’utilità dello strumento in ambito clinico, date le rapide tempistiche di somministrazione (25 item che richiedono solo 5-10 minuti);</p>		

	<p>- I risultati indicano come l'M-FAST possa essere un utile perduttore di “<i>later SVT performance</i>”, i quanto punteggi <math>\geq 5</math> sono associabili ad una più alta probabilità di “<i>symptom over-endorsement</i>” in misure più lunghe;</p> <p>- A differenza di altri test, l'M-FAST diminuisce le criticità legate alle capacità di comprensione e di lettura degli item ed ha dimostrato di essere generalizzabile a diversi <i>background</i> etnici;</p> <p>- In disaccordo con la seconda ipotesi, il punteggio di <i>cut off</i> che meglio prevedeva una bassa validità sintomatologica non si traduceva in un'accurata differenziazione tra PNEE e ES nel campione esaminato, gli autori ipotizzano che questo dato sia dovuto alla discrepanza tra psicopatologie target degli item del test e quadri sintomatologici tipicamente valutati nella popolazione.</p>		
Limiti	<p>Lo studio potrebbe presentare un campione molto eterogeneo dato che non è stato tenuto traccia delle caratteristiche dei pazienti quali numero e tipologia di condizioni neurologiche e psicologiche in comorbidità, durata della malattia, frequenza degli episodi epilettici, storico dei farmaci antiepilettici assunti e dati semiologici. Questa eterogeneità potrebbe, tuttavia, essere a favore della generalizzazione dei dati alla popolazione reale.</p>		
2021	Nesbit-Bartsch, A. E.; McDermott, B. E.; Warburton, K. D.	<i>Gender and malingering in defendants deemed incompetent to stand trial.</i>	<i>Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law</i> , 49(2)
Obiettivi	<p>L'obiettivo dello studio è descrivere le differenze di genere nei tassi di simulazione ed esplorare i fattori legati alle opinioni dei clinici rispetto ai soggetti che simulano. Inoltre, gli autori mirano a descrivere le differenze di genere da un punto di vista delle caratteristiche demografiche, cliniche e legali in individui ritenuti incapaci di stare in giudizio (IST, <i>incompetent to stand trial</i>).</p>		
Risultati Principali	<p>I dati della ricerca evidenziano numerose differenze tra donne e uomini rispetto alle variabili della giustizia penale. In linea con i risultati di studi precedenti, le donne sono meno inclini a possedere un'estesa storia criminale di arresti, presentano diversi <i>pattern</i> di crimini commessi e vengono arrestate principalmente per crimini minori o legati al furto. Per gli uomini, invece, è più comune essere arrestati per omicidio o reati sessuali. A differenza dei risultati ottenuti da altri autori, in presenza di una combinazione di furto e omicidio i due generi commettono i reati legati a queste categorie con tassi simili. I risultati evidenziano, inoltre, come gli uomini fossero 1.5 volte più simulatori rispetto alle donne, nonostante fosse assente una distinzione di genere nei risultati del M-FAST, e come fosse più probabile che tornassero in tribunale con una diagnosi di simulazione. I dati indicano come le differenze nei tassi di simulazione tra i generi siano legate ai pattern di sintomi presentati e all'estensione dei trascorsi nella storia degli arresti subiti. Una spiegazione del trend fornita dagli autori è legata alla presenza di un potenziale <i>bias</i> di genere nei confronti degli uomini e al fatto che determinate tipologie di sintomi diminuiscano il sospetto di una simulazione nei clinici. In conclusione, i risultati del M-FAST si sono dimostrati essere il miglior predittore</p>		

	per entrambi i generi, nonostante gli uomini risultassero sottorappresentati in quanto è possibile che utilizzino una più ampia gamma di strategie nel mentire rispetto alle donne (è possibile anche il caso contrario, ovvero che siano le donne, invece, ad essere sovra-rappresentate).		
Limiti	<p>- Diversi esperti hanno stilato i criteri di valutazione utilizzati nello studio, ma l'affidabilità interna della valutazione non è stata verificata;</p> <p>- Nonostante l'M-FAST abbia dimostrato una buona affidabilità interna, data la buona struttura dello strumento, i punteggi BPRS (<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>) necessitano di un giudizio clinico.</p>		
2021	Pina, D.; Puente-Lopéz, E.; Ruiz-Hernández, J. A.; Godoy-Fernández, C.; Llor-Esteban, B.	<i>Cues for feigning screening in whiplash associated disorders.</i>	<i>Legal Medicine</i> , 48
Obiettivi	<p>L'obiettivo della presente ricerca è valutare l'abilità di una serie di indizi, estratti dalla letteratura rilevante dell'ambito della simulazione, nel discriminare tra pazienti clinici con una sintomatologia genuina e simulatori istruiti.</p> <p>Ipotesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli indici inclusi nello studio sono in grado di discriminare significativamente tra i due gruppi;</li> <li>2. Il gruppo dei simulatori otterrà punteggi più elevati rispetto al gruppo di pazienti clinici.</li> </ol>		
Risultati Principali	<p>I risultati, in sintesi, mostrano come i soggetti istruiti a mentire tendano a sovrastimare la severità del WAD (<i>Whiplash-Associated Disorders</i>) e a presentare un punto di vista molto più negativo e catastrofico rispetto ai pazienti onesti, ottenendo punteggi più elevati nella Dimensione 2 "<i>Attitude toward the situation of illness</i>", che si è dimostrata essere l'indice con la più alta capacità discriminatoria; nella Dimensione 5 "<i>Inconsistencies</i>", seconda nel discriminare i due gruppi; e nella Dimensione 3 "<i>Attitude toward the evaluation</i>", dove si è potuto osservare un atteggiamento distante e diffidente nel gruppo simulatorio e non in quello dei pazienti. I dati sono compatibili con il profilo del simulatore comunemente presentato dalla letteratura, tuttavia, molti indici studiati possono essere utili nel contesto medico-legale ma non può essere ancora consigliato il loro utilizzo nella pratica clinica.</p>		
Limiti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La <i>simulation design</i> ha utilizzato un gruppo di soggetti sani i quali seguivano delle istruzioni, precisamente di mettere in atto un comportamento simulatorio. Rogers e Bender (2018) specificano come questa tipologia di campione non offra la stessa prestazione di un simulatore reale, per cui, mentre la validità interna dello studio è relativamente alta, la validità esterna risulta limitata intaccando di conseguenza la generalizzabilità dei risultati;</li> <li>2. I dati raccolti sono limitati alla valutazione di pazienti con la WAD in un contesto legale, per cui i dati non possono essere utilizzati in altri contesti o con altre condizioni mediche;</li> </ol>		

	<p>3. Non è stato possibile applicare valutazioni neuropsicologiche per classificare i pazienti clinici e costruire un <i>known-group design</i> date le caratteristiche della clinica in cui è stata condotta la ricerca e le limitazioni da essa imposte;</p> <p>4. Nonostante la condizione in doppio-cieco della valutazione, il contesto e l'età dei soggetti potrebbero essere fonte di <i>bias</i>.</p>		
2023	Barth, M. R.; Brand, B. L.; Nester, M. S.	<i>Distinguishing clinical and simulated Dissociative Identity Disorder using the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test.</i>	<i>Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy</i>
Obiettivi	<p>Lo studio si pone l'obiettivo di valutare la capacità del M-FAST nel distinguere i soggetti con DID genuino da individui che simulano la patologia, utilizzando i punteggi di <i>cut off</i> di 6 (Miller, 2000) e il punteggio adattato da Wolf et al. (2020)<sup>1</sup> di 16.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gli individui con un DID genuino ottengono nel M-FAST un punteggio totale inferiore rispetto ai simulatori;</li> <li>2. la sensibilità del M-FAST risulta più alta rispetto alla sua specificità;</li> <li>3. la specificità del M-FAST aumenta quando viene adottato un punteggio di <i>cut off</i> di 16 o maggiore.</li> </ol>		
Risultati Principali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Come previsto dalla prima ipotesi, gli individui con un DID genuino ottengono un punteggio totale inferiore rispetto ai simulatori nel M-FAST; i soggetti che tentano di simulare, infatti, avvalorano molti più sintomi gravi o inusuali;</li> <li>- In linea con la seconda ipotesi, inoltre, la sensibilità dello strumento risulta superiore rispetto alla sua specificità, classificando correttamente il 91.5% dei simulatori, considerando il tradizionale punteggio di <i>cut off</i> di 6, e solo l'82.9% dei partecipanti con DID genuino, confermando la bassa specificità dello strumento (.75);</li> <li>- La terza ipotesi non trova supporto, con un punteggio di <i>cut off</i> di 6, infatti, il tasso di specificità è di .75, l'aumento del punteggio a 16 la riduce a .66 e la sensibilità da .93 cala a .50;</li> <li>- Infine, i risultati evidenziano come il 23% dei soggetti esaminati ottenessero un punteggio di esattamente 7, ponendo quest'ultimo come ipotetico punteggio di <i>cut off</i> la sensibilità aumenta a .96, la specificità a .89 ed il 93.6% degli individui veniva correttamente classificato. Gli autori suggeriscono, dunque, di adottare un punteggio di 7, il quale aumenta la capacità dello strumento di classificare correttamente pazienti con DID genuino, mantenendo l'abilità di identificare la simulazione.</li> </ul>		

<sup>1</sup> Lo studio esamina le proprietà psicometriche del M-FAST in un campione di veterani con un alto tasso di PTSD, i risultati ottenuti dagli autori evidenziano criticità nell'utilizzo del test con il campione valutato data l'affidabilità problematica e si suggerisce di adottare altre misure di *screening* come l'IOP-29 (Wolf, et al., 2020).

Limiti	<p>- I partecipanti con DID genuino erano principalmente Europei e Americani con un buon livello d'istruzione, ricerche future dovrebbero esaminare un campione molto più variegato (<i>i.e.</i> etnia, <i>status</i> socioeconomico, livello d'istruzione, ecc.);</p> <p>- Per uno <i>screening</i> iniziale dei partecipanti del campione "simulatori" è stato utilizzato il DES per eliminare potenziali simulatori con un disturbo genuino, escludendo questa tipologia di soggetti dallo studio;</p> <p>- La <i>simulation design</i> dello studio, inoltre, costituisce di per sé un limite, riducendo la validità esterna; ricerche future dovrebbero considerare campioni ricavati da comunità e/o demografici per il gruppo di controllo;</p> <p>- La ricerca non ha utilizzato alcuna misura per descrivere l'ampia gamma di sintomi frequentemente riportati da soggetti con DID.</p>		
2023	Ales, F.; Giromini, L.; Warmelink, L.; Polden, M.; Wilcockson, T.; Kelly, C.; Winters, C.; Zennaro, A.; Crawford, T.	<i>On the use of Eye Movements in symptom validity assessment of feigned schizophrenia.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 16: 83-97
Obiettivi	<p>Lo studio si prefigge di fornire prove aggiuntive a sostegno dell'utilità delle tecnologie di <i>eye tracking</i> nella SVA. Sono stati indagati i movimenti oculari in soggetti sani durante un SVT istruiti a simulare la schizofrenia e sono stati confrontati con quelli dei partecipanti appartenenti al gruppo di controllo sottoposti allo stesso test (IOP-29) ma istruiti a rispondere onestamente.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I soggetti simulatori perdono più tempo ad osservare le varie opzioni di risposta di un item rispetto al gruppo di controllo; l'alto tasso di incertezza e di sforzo cognitivo richiesto nel mentire porta, infatti, i soggetti a considerare con maggiore attenzione le opzioni di risposta fornite;</li> <li>2. I soggetti simulatori si focalizzano, inoltre, di più sulle opzioni che l'IOP-29 identifica come maggiormente indicative di una simulazione.</li> </ol>		
Risultati Principali	<p>In generale, rispetto al gruppo di controllo i soggetti simulatori perdono più tempo a guardare il testo degli item dell'IOP-29 e si focalizzano e ritornano maggiormente sulle opzioni di risposta tipicamente associate alla menzogna, i risultati, dunque, sembrano confermare come valutare i movimenti oculari durante la somministrazione di un SVT fornisca informazioni utili in riferimento alla credibilità delle risposte date al test. Generalmente si considera la "<i>fixation duration</i>" associabile alla durata dei processi cognitivi utilizzati e al grado di coinvolgimento nel compito, per i simulatori decidere quale risposta fornire, infatti, sembra richiedere più tempo in quanto mentire aumenta il carico cognitivo e lo sforzo necessario a completare la prova, parzialmente a causa del fatto che la risposta sincera deve essere soppressa durante la simulazione.</p>		

Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- È assente un confronto diretto con soggetti che soffrono genuinamente di schizofrenia, data l'impostazione della “<i>simulation design</i>” adottata, piccoli incentivi sono stati offerti al gruppo sperimentale dei simulatori e la performance del suddetto gruppo è stata confrontata con il gruppo di controllo. In assenza di confronti con pazienti reali i risultati non sembrano generalizzabili al contesto clinico;</li> <li>- Il campione è costituito principalmente da donne, altri studi sui movimenti oculari sottolineano come siano presenti differenze tra i generi nel <i>visual scanning</i>;</li> <li>- La validità esterna dello studio può essere messa in discussione data la differenza presente tra simulatori reali e simulatori istruiti e dato l'utilizzo del secondo gruppo nella ricerca;</li> <li>- Lo studio non è stato sottoposto ad un controllo <i>post-manipulation</i>;</li> <li>- Sono presenti limitazioni tecniche date dalla modalità di scelta delle risposte, questa potrebbe aver comportato l'adozione di processi automatizzati nel rispondere agli item presentati.</li> </ul>		
<b>TEST ADATTATI A SPECIFICI PAESI E CONTESTI CULTURALI</b>			
2018	Geurten, M.; Meulemans, T.; Seron, X.	<i>Detecting over-reporting of symptoms: the French version of the self-report symptom inventory.</i>	<i>The Clinical Neuropsychologist</i>
Obiettivi	<p>Lo scopo principale della ricerca è di adattare il SIRS a partecipanti di lingua francese e, successivamente, di esaminare le proprietà psicometriche di questa nuova versione del questionario per la valutazione della credibilità dei sintomi riportati in ambito forense e clinico. Più nello specifico, dopo aver tradotto lo strumento in francese, se n'è indagata la struttura fattoriale, la coerenza interna e la validità convergente. Inoltre, si è esaminato se la versione fosse in grado di discriminare tra partecipanti istruiti a simulare un deterioramento cognitivo, gruppo di controllo e pazienti con un danno cerebrale acquisito (ABI). Quest'ultimo gruppo è stato inserito poiché, in ambito forense, è divenuto comune condurre una valutazione neuropsicologica per determinare se pazienti con un ABI presentino un significativo deterioramento delle capacità cognitive.</p>		
Risultati Principali	<p>I risultati sottolineano la presenza di una struttura bi-fattoriale della versione francese del SIRS, entrambe queste due sottoscale possiedono una buona validità convergente ed una eccellente affidabilità interna. Il test, inoltre, sembra discriminare adeguatamente tra partecipanti che esagerano sintomi (<i>over-report symptoms</i>) e coloro invece che non lo fanno, sostenendo come la versione francese del SIRS sia uno strumento valido alla valutazione di un possibile avvallamento indiscriminato di sintomi (<i>possible indiscriminate symptom endorsement</i>). La buona consistenza interna dimostrata da entrambe le sottoscale del test (sintomi genuini e pseudo-sintomi) indica che gli item che le compongono valutano lo stesso costrutto generale, indi per cui non è necessario un'ulteriore divisione delle scale. Inoltre, il test ha dimostrato una buona capacità discriminatoria tra simulatori istruiti e gruppo di controllo, ottenendo un buon livello di specificità e sensibilità, e</p>		

	<p>tra simulatori istruiti e pazienti con un ABI, mostrano una buona sensibilità e specificità per la scala dei sintomi genuini ed un adeguato potere discriminatorio per la scala degli pseudo-sintomi. In generale, la scala dei sintomi genuini ha dimostrato un più alto potere discriminatorio rispetto alla scala degli pseudo-sintomi.</p>		
Limiti	<p>1. Per confermare ed estendere i risultati del presente studio sono necessarie ricerche ulteriori, infatti, per valutare la sensibilità all'esagerazione di sintomi è stato chiesto a soggetti sani di simulare i sintomi vissuti più frequentemente dopo un ABI e di farlo in modo da convincere un clinico;</p> <p>2. Oltre alle ridotte dimensioni del campione di soggetti ABI, questi risultano più vecchi e con un più basso livello d'istruzione rispetto ai simulatori istruiti;</p> <p>3. L'alto tasso di punteggi positivi riscontrato nel gruppo di controllo, utilizzando il punteggio di <i>cut off</i> tradizionale per la scala degli pseudo-sintomi, risulta superare i risultati comunemente ottenuti in altre ricerche che valutano la validità del SIRS.</p>		
2018	Arin, N.; Khowboonngam, S.	<i>Detection strategies for feigned psychopathology: test development and effects of criminal charge simulation design on response styles.</i>	<i>The Journal of Forensic Psychiatry &amp; Psychology</i>
Obiettivi	<p>1. Sviluppare uno strumento nuovo utilizzando le due principali strategie di identificazione: la <i>Unlikely Detection Strategy</i>, che comprende la <i>Rare Symptoms</i> e la <i>Sympatom Combinations</i>, e la <i>Amplified Detection Strategy</i>, che comprende la <i>Extreme Psychopathology</i>, la <i>Over Negative Self-Image</i> e la <i>Suggestibility &amp; Over-report</i>;</p> <p>2. Testare l'efficacia del test di identificazione della simulazione e determinare se è in grado di distinguere tra risposte oneste e risposte simulate</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <p>1. Il costrutto di misurazione (<i>measurement construct</i>) del SVT-Th (versione thailandese del SVT) risulta in linea con i dati empirici ottenuti dall'analisi fattoriale confermativa (CFA);</p> <p>2. I punteggi medi ottenuti nel SVT-Th dal gruppo sperimentale e di controllo rivelano che tra i due è presente una differenza significativa e che i punteggi del primo sono più alti rispetto a quelli del secondo.</p>		
Risultati Principali	<p>1. I dati empirici supportano il modello sviluppato, il valore del peso fattoriale delle quattro “<i>sub-strategies</i>” oscilla tra .66 e .92 e tutti i punteggi standardizzati sono maggiori di .30. Ogni fattore ha dimostrato significatività statistica al livello .01, l'affidabilità generale del SVT-Th è .94 e, analizzandola attraverso una strategia a due fattori, è risultata essere .86 per le <i>Amplified Detection Strategy</i> e .91 per le <i>Unlikely Detection Strategy</i>;</p> <p>2. I risultati mostrano una correlazione statisticamente significativa tra l'intero campione ed i pazienti psichiatrici onesti, mentre nessuna correlazione è stata trovata con gli studenti</p>		

	<p>“<i>undergraduate</i>” onesti, infine, come da aspettative degli autori, una relazione statisticamente significativa molto alta e positiva è stata riscontrata tra il campione generale e quello dei simulatori. Nel confrontare la validità diagnostica degli indici della simulazione, utilizzando la curva ROC (<i>Receiver Operating Characteristic</i>), si è concluso come 79 sia il valore di <i>cut off</i> ottimale per sensibilità e specificità (rispettivamente, .98 e .87).</p>		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilizzo di uno studio sperimentale basato su un campione non clinico di soggetti quali studenti universitari;</li> <li>- Impossibilità di definire se i soggetti abbiano risposto sinceramente;</li> <li>- Essendo lo strumento stato creato per lo studio specifico, è stato necessario testare la sua efficacia con un gruppo di soggetti in un contesto forense (principalmente con carcerati), individui che la letteratura ha dimostrato presentare alti tassi di simulazione di psicopatologie.</li> </ul>		
2018	Reyes, A.; LaBode-Richman, V.; Salinas, L.; Barr, W. B.	<i>WHO-ALT recognition trial: initial validation for a new malingering index for spanish-speaking patients.</i>	<i>Applied Neuropsychology: Adult</i>
Obiettivi	<p>Gli autori propongono che il NeSBHIS (<i>Neuropsychological Screening Battery for Hispanics</i>) possa essere utile da un punto di vista clinico nel contesto forense quando si trattino lamentele neurologiche rilevanti. Lo studio retrospettivo utilizza un “<i>known-groups design</i>” per valutare la performance attraverso il trial di riconoscimento del WHO-ALT (<i>World Health Organization Auditory Verbal Learning test</i>) in un campione di lingua spagnola residente nel nord est degli stati uniti e si prefigge di sviluppare un punteggio di <i>cut off</i> standardizzato che possa individuare la “<i>suspect effort</i>” al test.</p>		
Risultati Principali	<p>La ricerca produce una validazione preliminare del trial di riconoscimento del WHO-ALT come nuovo indice della simulazione in individui di lingua spagnola. Il test, infatti, dimostra avere una buona validità di costrutto con la popolazione ispanica, dato a sostegno del suo utilizzo per la valutazione della simulazione; il punteggio di <i>cut off</i> di 10 si associa ad una modesta sensibilità (56.25%), nonostante ciò, lo strumento si dimostra utile in congiunzione con altri PVT, incrementando la probabilità di giungere ad una diagnosi accurata di simulazione di malattia.</p>		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo studio considera un campione di soggetti con sette o più anni di istruzione, i dati dunque non possono essere generalizzati ad individui con un più basso livello di istruzione;</li> <li>- Le dimensioni dei vari gruppi campione risultano essere ristrette, limitando l'affidabilità dei risultati;</li> <li>- I due gruppi di non simulatori sono stati selezionati in base alle performance ai PVT (<i>i.e.</i> TOMM) somministrati ed è possibile che questi dati non siano stati sufficienti a catturare le performance valide;</li> <li>- Gli effetti dovuti al genere non sono stati pienamente indagati, data la scarsità di donne nel gruppo dei probabili simulatori.</li> </ul>		

2019	Ardic, F. C.; Kose, S.; Solmaz, M.; Kulacaoglu, F.; Balcioglu, Y. H.	<i>Reliability, validity and factorial structure of the Turkish version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Turkish SIMS).</i>	<i>Psychiatry and Clinical Psychopharmacology</i> , 29:2, 182-188
Obiettivi	La ricerca mira ad esaminare l'affidabilità, la validità e la struttura fattoriale del SIMS in uno studio <i>known-group</i> con un campione forense psichiatrico turco.		
Risultati Principali	I risultati confermano come la versione turca del SIMS mostri proprietà psicometriche stabili ed affidabili e come la struttura fattoriale sia solida, dati a sostegno del suo utilizzo per l'identificazione della simulazione in casi forensi psichiatrici in Turchia.		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il campione esaminato comprende pazienti del Ministry of Justice Forensic Medicine Institute, per i quali sono presenti specifiche limitazioni legali sulla durata del periodo di osservazione, fattore che ha portato a dover condurre la valutazione di test-retest in una sola settimana;</li> <li>- Il campione è costituito principalmente di partecipanti uomini, fattore che ha portato ad una distribuzione inadeguata da un punto di vista della distribuzione numerica tra i generi;</li> <li>- Almeno la metà del campione iniziale è stato eliminato a causa dell'inadeguata capacità dei partecipanti a rispondere alle domande poste durante lo studio;</li> <li>- Il campione potrebbe non rappresentare genuinamente la popolazione generale di simulatori della pratica clinico-forense in Turchia.</li> </ul>		
2020	Gudmundsson, S.; Mortensen, E. L.; Sestoft, D.	<i>The use of psychological assessment and validity tests in forensic psychiatric examinations.</i>	<i>Journal of Forensic Psychology Research and Practice</i>
Obiettivi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantificare in quale misura venga utilizzata la valutazione psicologica con imputati danesi nell'esame psichiatrico forense pregiudizio e quanto spesso queste valutazioni includano il TOMM e/o il SIMS;</li> <li>2. Quali siano le circostanze che portano alla somministrazione dei suddetti test, incluso le caratteristiche demografiche degli imputati, il loro status di reclusione e la tipologia di crimine;</li> <li>3. Quali sono le diagnosi psichiatriche e le raccomandazioni forensi associate all'utilizzo di questi test.</li> </ol>		
Risultati Principali	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I tassi di utilizzo della valutazione psicologica, come parte dell'esame psichiatrico forense, tra i clinici variano tra il 18% ed il 67%;</li> <li>2. La frequenza associata all'utilizzo di test validi nella valutazione psicologica risulta essere ancora più bassa, del solo 7%, includendo la somministrazione del TOMM e del SIMS, e solo il 3% di tutte le valutazioni psichiatrico forensi includevano l'utilizzo dei due test;</li> <li>3. Nel considerare le circostanze che portano alla somministrazione dei test, gli autori non hanno ottenuto dati a sufficienza che potessero aiutare a comprendere le motivazioni legate all'utilizzo del TOMM e del SIMS nelle valutazioni.</li> </ol>		

Limiti	<p>- Il gruppo di controllo potrebbe non essere un gruppo rappresentativo dato che non comprende imputati provenienti dall'intero paese considerati durante un determinato lasso temporale, alcuni dati non erano disponibili ed includevano sia casi in cui era presente una valutazione psicologica sia casi in cui questa era assente;</p> <p>- Lo studio si basa sull'esperienza di quattro clinici psichiatrici-forensi in Danimarca ed include un limitato numero di psicologi e psichiatri che operano in ambiti differenti;</p> <p>- Dato lo specifico focus dello studio sulla <i>validity assessment</i> in Danimarca, i dati raccolti potrebbero non essere generalizzabili ad altri paesi europei o paesi con un sistema sanitario e legale differente;</p> <p>- La bassa soglia per il <i>fail group</i>, dovuta allo scarso numero di imputati esaminati con due strumenti testistici;</p> <p>- È presente una generale mancanza di accuratezza nelle informazioni riguardanti i <i>base-rate</i> sulla prevalenza del NRB (<i>Negative Response Bias</i>) in altri paesi con un sistema sanitario e legale simile a quello della Danimarca, specialmente per gli imputati di etnia non danese.</p>		
2020	Areh, I.	<i>Forensic assessment may be based on common sense assumptions rather than science.</i>	<i>International Journal of Law and Psychiatry</i> , 71
Obiettivi	<p>Lo studio mira a stabilire come gli esperti formulino le proprie opinioni, quali test vengano utilizzati in Slovenia nella valutazione forense e in che misura vengano seguite le linee guida per i professionisti sulla formulazione di opinioni.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <p>Nel formulare risposte ai quesiti posti dalla corte, gli esperti utilizzano per lo più test non-standardizzati con proprietà psicometriche inadeguate e che mancano di valori normativi per il loro utilizzo appropriato.</p>		
Risultati Principali	<p>I risultati mostrano come vi sia una grande discrepanza rispetto a ricerche simili e come sia presente una <i>non-compliance</i> con le linee guida fornite, le quali dovrebbero garantire che le opinioni formulate siano scientificamente fondate ed accettabili per il loro utilizzo nel contesto giuridico. In Slovenia, le tecniche proiettive vengono utilizzate molto più spesso rispetto ad altri paesi in cui risulta essere, al contrario, preponderante l'utilizzo di strumenti oggettivi. Gli autori ne deducono che nel paese in questione non vengano seguite le linee guida per la valutazione forense. Il test considerato come il più utilizzato risulta essere il Rorschach, eppure questo non soddisfa gli standard minimi di credibilità per un test psicologico e, al contrario, presenta seri problemi di validità e norme ingannevoli. Gli esperti sloveni, infine, raramente considerano la possibilità di simulazione nel soggetto valutato; in mancanza di utilizzo di specifici strumenti per la sua identificazione, i professionisti forensi riflettono minimamente sulla sua possibile presenza.</p>		
Limiti	Solo il 64% delle opinion degli esperti è stato revisionato.		

2021	Banovic, I.; Filippi, F.; Viglione, D. J.; Scrima, F.; Zennaro, A.; Zappalà, A.; Giromini, L.	<i>Detecting coached feigning of schizophrenia with the Inventory of Problems – 29 (IOP-29) and Its Memory Module (IOP-M): a simulation study on a french community sample.</i>  (VEDI “VALUTARE DISTURBI SPECIFICI”)	<i>International Journal of Forensic Mental Health</i>
2021	Ter-Stepanyan, A.; Azizian, A.; Gasparyan, K.; Ghazaryan, G.; English, P.	<i>Assessing initial psychometric properties of the Armenian version of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) with psychiatric patients and simulator participants.</i>	<i>Journal of Forensic Psychology Research and Practice</i>
Obiettivi	<p>Lo scopo del presente studio è indagare le proprietà psicometriche e l'equivalenza linguistica della versione armena del M-FAST.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La versione tradotta avrebbe mostrato un rendimento simile a quello ottenuto da altri studi di verifica condotti in precedenza;</li> <li>2. La versione tradotta è in grado di distinguere tra pazienti psichiatrici e gruppo di controllo.</li> </ol>		
Risultati Principali	<p>I dati sono coerenti con i risultati di studi precedenti per quanto riguarda il test originale e le varie traduzioni sviluppate, in riferimento alle proprietà psicometriche, affidabilità e validità. La coerenza interna è alta per entrambi i campioni per quanto concerne il punteggio totale e, quest'ultimo, è risultato, rispetto a studi precedenti, considerevolmente più elevato rispetto a quello del test originale.</p>		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo studio non comprende un campione di soggetti simulatori (<i>known feigning group</i>);</li> <li>- I campioni in esame non presentavano lo stesso livello d'istruzione dei partecipanti;</li> <li>- La traduzione in esame si è basata su un singolo dialetto, quando invece l'armeno moderno consiste di due dialetti standardizzati;</li> <li>- Non è stato possibile per gli autori determinare gli effetti della somministrazione del RBANS durante la stessa sessione di testing in cui è stato somministrato l'M-FAST;</li> <li>- Non è stata inclusa la fase di test-retest per l'affidabilità.</li> </ul>		
2021	Šömen, M. M.; Lesjack, S.; Majaron, T.; Lavopa, L.; Giromini, L.;	<i>Using the Inventory of Problems-29 (IOP-29) with the Inventory of Problems Memory (IOP-M) in malingering-related assessments: a</i>	<i>Psychological Injury and Law, 14: 104-113</i>

	Viglione, D. J.; Podlesek, A.	<i>study with a Slovenian sample of experimental feigners.</i>	
Obiettivi	<p>Gli autori sviluppano un adattamento per il contesto sloveno del IOP-29 e del IOP-M e ne valutano la validità quando utilizzati combinatamente. Lo scopo principale della ricerca mira a determinare come la popolazione sana di lingua slovena risponda a entrambi i test e quanti dei soggetti esaminati ed appartenenti al gruppo dei simulatori che si presentano come psicologicamente feriti verranno identificati come tali.</p> <p><b>Ipotesi:</b></p> <p>Si otterranno risultati simili a quelli di altri studi condotti con campioni di soggetti che parlano altre lingue, per cui i due test sono entrambi, usati singolarmente, in grado di discriminare efficacemente i simulatori dai soggetti onesti e l'IOP-M, inoltre, identificherà i simulatori non individuati dal IOP-29.</p>		
Risultati Principali	<p>L'analisi statistica rivela come, mettendo a confronto i valori significativi della scala FDS (<i>False Disorder probability Score</i>) del IOP-29 del gruppo onesto vs quello di simulatori, il test discrimina significativamente i due campioni, tuttavia, tra i due nessuna differenza è stata notata. I valori medi della scala per i due gruppi (.75 per depressione e .78 per schizofrenia) sono simili a quelli osservati in campioni sperimentali di altre ricerche, inoltre, la combinazione dei risultati del IOP-29 e del IOP-M ha mostrato aumentare l'accuratezza classificatoria di entrambi i test. In generale, la versione slovena degli strumenti ha prodotto una specificità del 98% ed una sensibilità del 88%, fornendo ulteriori dati a riprova della crescente ricerca empirica in riferimento al IOP-29 il quale si dimostra essere applicabile cross-culturalmente senza necessitare di modifiche significative alla scala FDS e ai punteggi di <i>cut off</i>. L'IOP-M, infine, contribuisce in generale a migliorare sia la sensibilità che la specificità dell'originale IOP-29.</p>		
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non sono stati inclusi altri SVT/PVT per valutare la validità concorrente;</li> <li>- I dati sono limitati dall'assenza di campioni clinici, per cui la ricerca risulta essere una “<i>sensitivity study</i>”;</li> <li>- Lo studio indaga solo la simulazione di depressione e di schizofrenia, ulteriori ricerche sono necessarie per valutare il grado di applicabilità dello strumento in Slovenia con altri disturbi;</li> <li>- La validità esterna è discutibile in quanto non è possibile valutare se i simulatori reali adotterebbero le stesse strategie utilizzate dai simulatori sperimentali della ricerca, nel momento in cui fingono una malattia mentale; inoltre, l'assegnazione ai gruppi sperimentali è una variabile quasi-indipendente, infatti, le condizioni di risposte valide vs non valide non sono state manipolate dagli autori e le istruzioni su come procedere a rispondere al test sono state assegnate ai partecipanti randomicamente.</li> </ul>		
2022	Puente-López, E.; Pina, D.; López-López, R.;	<i>Prevalence estimates of symptom feigning and malingering in Spain.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i>

	González Ordi, H.; Bošković, I.; Merten, T.		
Obiettivi	<p>Lo studio mira a replicare la ricerca di Dandachi-FitzGerald et al. (2020) in Spagna e ad estendere la valutazione a diversi altri gruppi d'interesse (<i>i.e.</i> studenti di psicologia, psicologi, professionisti medico-legali), l'obiettivo principale è valutare la percezione della simulazione di sintomi tra la popolazione generale come tra gli studenti ed i professionisti. Si valutano nello specifico le attitudini e le credenze sulla simulazione in tre campioni di non-esperti (popolazione generale, studenti universitari e studenti di psicologia) per raccogliere informazioni in merito a come venga percepita la simulazione comunemente nella vita di tutti i giorni. I risultati, tuttavia, non possono essere generalizzati al contesto forense a causa delle differenze negli incentivi e nelle conseguenze legate ad una simulazione inefficace, indi per cui gli autori hanno deciso di comprendere due ulteriori campioni di esperti forensi (medici forensi e psicologi) per stimare la prevalenza di simulazione nella pratica e per indagare le credenze degli esperti sull'argomento e sui metodi utilizzati per la valutazione.</p>		
Risultati Principali	<p>I risultati indicano come approssimativamente due terzi dei partecipanti hanno riportato di conoscere una o più persone che hanno simulato o stavano al momento simulando sintomi o una malattia, inoltre, un terzo ha riferito che essi stessi avevano simulato dei sintomi in un momento della loro vita. Questi dati sono coerenti con le ricerche precedenti. I tre domini di sintomi percepiti come i <i>target</i> principali sono le emicranie o il mal di testa, i danni cervicali e la depressione; nel confrontare questi risultati per ogni gruppo campionario, i dati sembrano coincidere tranne che per l'ordine di frequenza con cui vengono indicati. Il gruppo di esperti ha evidenziato, inoltre, la consapevolezza in riferimento all'assenza di metodologie oggettive nel paese, infatti, molti hanno indicato come utilizzino principalmente le informazioni mediche per individuare una possibile simulazione, mentre, solo il 12-14% ha affermato di utilizzare strumenti psicometrici specifici. La maggior parte degli operatori ha ammesso di non possedere risorse sufficienti per poter valutare, con una sicurezza adeguata al contesto, una possibile simulazione; insistendo sulla necessità di sviluppare metodologie, tecniche e strumenti per questo proposito. Infine, rispetto agli operatori medici, gli psicologi forensi hanno dimostrato una maggiore familiarità con gli strumenti psicometrici come il SIMS e l'MMPI-2-RF.</p>		
Limiti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La metodologia utilizzata per realizzare lo studio è quella di una <i>survey</i>, per cui può essere influenzata dal <i>bias</i> di <i>recall</i>;</li> <li>2. Ottenere una stima della prevalenza del fenomeno dai professionisti è un processo che può essere influenzato dagli effetti della probabilità a priori o della tendenza a sovrastimare la prevalenza di condizioni rilevanti, per cui i dati potrebbero non fornire un quadro accurato;</li> <li>3. Agli esperti non è stato chiesto esplicitamente quali fossero le informazioni su cui avessero fatto affidamento per calcolare le proprie stime;</li> </ol>		

	<p>4. L'utilizzo di rispondenti proxy potrebbe aver portato ad una minor accuratezza nel determinare le motivazioni alla base della simulazione;</p> <p>5. Data la natura "scomoda" dell'argomento d'interesse, è difficile escludere completamente la possibilità che siano presenti alcuni <i>bias</i> nelle risposte fornite dai partecipanti.</p>		
<b>ARTICOLI UTILIZZATI AI FINI DELLA DISCUSSIONE</b>			
2018	Walczyk, J. J.; Sewell, N.; DiBenedetto, M. B.	<i>A Review of Approaches to Detecting Malingering in Forensic Contexts and Promising Cognitive Load-Inducing Lie Detection Techniques.</i>	<i>Frontiers in Psychiatry</i> , 9:700
2018	Mahoney III, J. J.; Bender, S. D.; Arredondo, B. C.; Marcopulos, B. A.	<i>A Forensic Case Report Involving Unequivocal Severe Brain Injury and Unequivocal Response Bias.</i>	<i>Journal of Forensic Psychology Research and Practice</i> , 18:5, 374-387
2019	Cassano, A.; Grattagliano, I.	<i>Lying in the Medicolegal Field: Malingering and Psychodiagnostic Assessment.</i>	<i>Clinical Therapeutics</i> , 170 (2), 134-141
2020	Sahoo, S.; Kumar, R.; Oomer, F.	<i>Concepts and Controversies of Malingering: A Re-look.</i>	<i>Asian Journal of Psychiatry</i> , 50
2020	Scarpazza, C.; Sartori, G.	<i>Editorial: Deception in Court-Open Issues and Detection Techniques.</i>	<i>Frontiers in Psychiatry</i> , 11:476
2020	Kohutis, E. A.; McCall, S.	<i>The Eggshell and Crumbling Skull Plaintiff: Psychological and Legal Considerations for Assessment.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 13:354-369
2022	Merten, T.; Dandachi-FitzGerald, B.; Hall, V.; Bodner, T.; Giromini, L.; Lehrner, J.; González-Ordi, H.; Santamaría, P.; Schmand, B.; Di Stefano, G.	<i>Symptom and Performance Validity Assessment in European Countries: An Update.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 15:116-127
2022	Giromini, L.; Pasqualini, S.; Corgiat Loia, A.; Pignolo, C.; Di Girolamo, M.; Zennaro, A.	<i>A Survey of Practices and Beliefs of Italian Psychologists Regarding Malingering and Symptom Validity Assessment.</i>	<i>Psychological Injury and Law</i> , 15:128-140

## Capitolo 5

### Discussione

#### 5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

È consenso comune tra gli autori definire la simulazione come una condizione che differisce da qualsiasi disturbo medico-psichiatrico, l'utilizzo del termine (che denota un inganno intenzionale) avviene in ambito legale ed è un giudizio che spetta alla corte dare e non al medico, a meno che non sia un esperto con formazione in merito alla valutazione forense (Sahoo et al., 2020). Il focus principale dell'indagine è individuare ed interpretare un'eventuale presenza di esagerazione o amplificazione dei sintomi da parte dei soggetti, tenendo in attenta considerazione aspetti socioculturali ed eventuali incongruenze in diversi ambiti (Sahoo et al., 2020). Ad oggi, la validità della diagnosi di simulazione di malattia continua a presentare, secondo alcuni autori, diverse criticità ed è spesso messa in dubbio (Sahoo et al., 2020). Il fenomeno della simulazione è stato osservato fin dalle origini della società umana, in tutte quelle occasioni in cui fosse necessario evitare rigide punizioni o scappare dai nemici; casi classici di simulazione sono stati descritti dagli antichi greci e nella letteratura biblica sotto forma di ferite auto inflitte (Nicholson & Martelli, 2007), in queste società queste azioni venivano considerate come offese punite severamente (“*most punishable offence*”) ed alle quali si applicavano leggi severe (Sahoo et al., 2020). Il comportamento simulatorio è stato strettamente associato all'aumento dei regimi di compensazione durante l'inizio del Welfare State nei paesi Occidentali del mondo, più specificatamente nel periodo post rivoluzione industriale nelle società Americana e dell'ovest Europa (Mendelson & Mendelson, 2014). La principale causa associata all'aumento del fenomeno della “malattia ingannevole” (“*illness deception*”) è la nascita dei vari piani di previdenza sociale e dei regimi di compensazione dei lavoratori<sup>1</sup> (Wesseley, 2003), più nello specifico si è riscontrato un significativo incremento delle richieste di risarcimento dopo l'introduzione dei vari Atti nel 1906, specialmente per le richieste riferite ad incidenti non fatali sul luogo di lavoro (6 volte maggiore) rispetto a quelli fatali (Sahoo et al., 2020)<sup>2</sup>. In risposta a questo nuovo fenomeno la professione medica fu incaricata da parte dello stato di identificare e ridurre il numero di richieste di tutti quei lavoratori reputati disonesti poiché cercavano di trarre vantaggio dai nuovi piani introdotti, a

---

<sup>1</sup> Ad esempio: “*The Sickness Insurance Act*” del 1883, “*The Accident Insurance Law*” del 1884, “*Old Age and Disability Insurance Act*” del 1889, “*Compensation Act*” del 1906.

<sup>2</sup> Vedi Collie, *Malingering and Feigned Sickness* (1917).

causa di ciò i lavoratori e l'opinione pubblica iniziarono a valutare negativamente l'operato dei medici e quest'ultimi assunsero il ruolo di "detective" introducendo nella pratica nuovi "trucchi e trappole" con lo scopo di identificare il comportamento (Wesseley, 2003). Un altro ambito strettamente legato alla simulazione è quello militare (Sahoo et al., 2020), infatti, il termine "*malingering*" viene introdotto in letteratura a partire dalla metà del Novecento per riferirsi a tutti quei soldati che fingevano una malattia o una qualche disabilità con il fine di evitare il servizio militare; successivamente il suo utilizzo è stato ampliato fino ad includere altri incentivi come astenersi dal lavorare, ottenere vantaggi finanziari, evitare l'arresto, ricevere cure mediche, sottrarsi a procedimenti penali, ecc. (Walczyk et al., 2018). Molteplici sono le nomenclature nate per descrivere il comportamento simulatorio, specialmente in un contesto militare dove si ipotizza che le cause scatenanti la simulazione siano la paura o il desiderio (Trimble, 1981) e che la tipologia messa in atto differisca in situazioni di guerra o di pace (Sahoo et al., 2020). L'introduzione di nuove tecnologie e metodi per la valutazione di malattie fisiche in ambito medico, come i raggi X, comportò una modifica nella tipologia di simulazione messa in atto, dal fisico si slittò verso le malattie della mente; questo cambiamento fu incentivato, inoltre, dalle modifiche che negli anni erano state apportate alle leggi che regolamentavano la malattia mentale e dalla scarsa disponibilità di test/metodi d'indagine per i sintomi associati a quest'ultima (Gunn & Taylor, 2014). Al termine della seconda guerra mondiale termini quali "Disturbo Fittizio" e "Compensazione" venivano ormai considerati parte delle tradizionali diagnosi psichiatriche, un'analisi condotta da Berry e Nelson (2010) sul numero di pubblicazioni contenenti la parola "*malingering*" ha però dimostrato come fino agli anni '90 del Novecento ci fosse un modesto, se non scarso, interesse verso il fenomeno e come solo a partire dal nuovo millennio il numero di articoli attinenti la simulazione sia aumentato, aggirandosi intorno ai 150 per anno (Sahoo et al., 2020). I contributi internazionali alla psicologia e psichiatria forense sono largamente aumentati negli ultimi 30 anni, Rogers et al. (2019) evidenziano, infatti, come vi sia stato un ampliamento del panorama internazionale in merito alla salute mentale in campo forense, una ricerca PsychINFO, focalizzata esclusivamente su riviste accademiche<sup>3</sup>, ha prodotto 515 articoli fino al 1998, 1360 fino al 2008 e 3148 fino al 2018 (Rogers et al., 2019). Questo aumento dell'interesse nei confronti della presentazione non genuina di sintomi è correlato agli alti costi che la mancata individuazione dell'esagerazione o della finzione comporta, come l'utilizzo inutile di risorse limitate nei contesti della salute mentale e della giustizia penale e le conseguenze associate all'errata

---

<sup>3</sup> Search terms of "international", "forensic" and either "psy-chology" or "psychiatry".

valutazione di individui con sintomatologie reali (Grossi et al., 2022). Sulla base di questi dati gli autori concordano nell'affermare come la valutazione forense non possa prendere in prestito (“*borrow*”) gli strumenti psicologici ed assumere che la loro validità rimanga intatta nonostante vengano tradotti ed adattati a diversi contesti nazionali e culturali; specialmente in un ambito in cui le decisioni prese comportano la messa in atto di conseguenze “gravi”, le conclusioni che vengono tratte non possono basarsi su test non validi o risultare inaccurate (Rogers et al., 2019). La valutazione della simulazione di sintomi psicologici in ambito forense richiede l'utilizzo di multipli metodi tra cui il giudizio clinico strutturato (“*structured clinical judgment*”), strumenti psicometrici ideati specificatamente (“*specifically designed psychometric instruments*”) ed altri strumenti tipicamente utilizzati dagli esperti; lo scopo di questo approccio è ottenere il più alto tasso di validità convergente che funga da guida nella diagnosi differenziale in un contesto con implicazioni estremamente importanti per la valutazione ed in termini di conseguenze giuridiche (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). Nel valutare l'utilità di tali strumenti attualmente a disposizione degli esperti, il concetto di simulazione incluso nel DSM-V è stato criticato (González Ordi et al., 2012) sulla base di determinate limitazioni: la definizione del fenomeno si basa su una categoria unidimensionale<sup>4</sup>, le sue manifestazioni non sono limitate al contesto medico-legale, il processo valutativo implica un certo grado di inferenza e soggettività, non viene fornito alcun criterio operativo (“*operational criteria*”) per raccoglierne le prove, il supporto empirico alla base della correlazione tra disturbo di personalità antisociale e sospetta simulazione è insufficiente e la combinazione dei criteri proposti manca di validità predittiva sufficiente (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). Dato l'ampio utilizzo del manuale durante le valutazioni, molti clinici rischiano di classificare erroneamente gli individui che mettono in atto una simulazione ed il tasso d'errore e di falsi positivi rischia di aumentare quando non vengono utilizzati strumenti, quali i SVT/PVT, durante il processo decisionale (Wendy et al., 2021). In generale due sono le metodologie utilizzate dai clinici per estrapolare i dati: procedure “fisse” o metodi standard prestabiliti (come i test psicologici), e procedure variabili non standardizzate e personalizzate per il singolo soggetto (come le interviste non strutturate); le modalità, inoltre, con cui i dati vengono combinati e interpretati si distinguono nel metodo di valutazione clinica (soggettivo) e in quello attuariale (empiricamente fondato) (Wendy et al., 2021). Alcune ricerche hanno valutato l'accuratezza della valutazione clinica nel prevedere la simulazione ed i risultati hanno

---

<sup>4</sup> Vedi Capitolo 1, paragrafo 1.1 DEFINIZIONE DI SIMULAZIONE DI UNO STATO DI MALATTIA, la definizione di Miller (2015) che specifica come il fenomeno si presenterebbe come una variabile continua.

evidenziato come questa da sola non superasse il livello di probabilità nell'individuare il comportamento, infatti, a meno che non fosse associata ad un preavviso i clinici non sospettavano affatto, o non consideravano, un possibile *malingering* (Wendy et al., 2021). Questi dati sottolineano ancora una volta come sia necessario associare e combinare il giudizio clinico con i test psicologici tipicamente sviluppati per valutare gli stili di risposta dei soggetti; lo studio di Wendy et al. (2021) si prefigge di esplorare l'associazione tra giudizio clinico non strutturato in riferimento alla simulazione, dato da esperti forensi, ed i punteggi ottenuti a due SVT (l'M-FAST ed il SIRS) (Wendy et al., 2021). I dati evidenziano come i clinici erano stati in grado di individuare la simulazione nei casi in cui i soggetti esaminati avessero adottato strategie poco sofisticate o evidenti per esagerare la psicopatologia, i casi rimasti non identificati però sono stati proporzionalmente maggiori e rappresentavano tutte quelle situazioni inserite nella zona grigia ("*gray area*") del continuum presentazioni chiaramente genuine – presentazioni chiaramente esagerate/simulate ("*obviously genuine presentation*" – "*obviously feigned/exaggerated presentation*"), ovvero situazioni in cui non fosse immediatamente chiaro se la presentazione del soggetto fosse genuina o completamente finta (Wendy et al., 2021). I test psicologici sono utili, infatti, non solo per le informazioni che forniscono e per formulare ipotesi, ma anche perché producono dati normativi sulla base dei quali gli esaminatori possono inferire conclusioni cliniche e distinguere sintomi autentici da quelli forzati; nel considerare le discrepanze tra la presentazione osservata nel soggetto, i dati ottenuti dai test e le informazioni esterne del *background* generale, minori sono le congruenze tra queste tre fonti e maggiore è la probabilità vi sia una simulazione in corso (Kohutis & McCall, 2020). L'esaminatore dovrà valutare possibili alternative che possano spiegare i dati raccolti ed è incoraggiato a valutare il grado di simulazione lungo un continuum simulazione possibile – simulazione chiara ("*possible malingering*" - "*definite malingering*") (Kohutis & McCall, 2020). Autori come Fornari (2015)<sup>5</sup>, infatti, evidenziano come sia sempre più importante tentare di ridurre al minimo la percentuale di errore e d'interpretazione attraverso la somministrazione di una batteria di test, quando la valutazione del soggetto include l'integrazione di un esame obiettivo psichiatrico con un'analisi dei vari dati empirici derivanti dall'utilizzo di strumenti testologici specifici, comunemente riconosciuti come validi e attendibili, è possibile evitare di produrre una classificazione rigida e decontestualizzata del

---

<sup>5</sup> Vedi Capitolo 1, paragrafo 1.3.1 STRUMENTI E METODI PER IDENTIFICARE LA SIMULAZIONE.

soggetto in quanto le informazioni standardizzate vengono declinate ed interpretate in relazione alle specifiche caratteristiche della persona (Fornari, 2015).

### 5.1.1 VALUTARE LA SIMULAZIONE DI MALATTIA, I TEST PSICOMETRICI

La maggior parte delle ricerche, che hanno come scopo quello di validare gli strumenti di valutazione della simulazione in ambito forense, utilizzano il paradigma della “*Simulation Design*” (SD) secondo cui ai partecipanti assegnati ai gruppi sperimentali è esplicitamente richiesto di rispondere simulando una malattia psichiatrica, mentre, il gruppo di controllo è incoraggiato a rispondere il più onestamente possibile alle domande (De Marchi & Balboni, 2018). Un approccio differente è rappresentato dal paradigma del “*Known-Group Comparison*” (KGC), il quale prevede una prima suddivisione dei partecipanti in categorie (sospetti simulatori e presunti sinceri) attraverso l’utilizzo di una variabile indipendente come un SVT esistente (*i.e.* il SIRS) o la valutazione da parte di specialisti forensi (De Marchi & Balboni, 2018). In generale, in letteratura vi è stata una sostanziale carenza di studi che indagassero l’utilità delle scale di validità degli strumenti in ambito psichiatrico-forense, questa lacuna ha portato all’adozione di punteggi inadeguati di *cut off* da parte degli esperti e, dunque, ad un alto tasso di falsi positivi, data la sostanziale differenza presente tra campioni forensi e non-forensi (Wood et al., 2021). Infatti, i test psicologici, generalmente, non sono stati sviluppati per un *setting* forense ma per la somministrazione in circostanze molto diverse dalla corte di tribunale; molti di essi non sono stati costruiti, adattati e verificati in questi contesti per cui è difficile sapere se mantengono lo stesso grado di validità in ambito giuridico (Areh, 2020). Gli strumenti utilizzati per la valutazione degli standard legali sono rari e comunemente non forniscono informazioni utili ai quesiti posti dalla corte, infatti, si caratterizzano per una scarsa validità nel ricostruire fatti associati al passato (*i.e.* personalità o tratti psicologici) utili per giudicare lo stato di mente al tempo del fatto; i test sono finalizzati a valutare caratteristiche riferite al tempo della somministrazione e non esistenti alcuni mesi o anni prima (Areh, 2020). L’ambito della psichiatria forense che si occupa dell’accertamento tecnico di natura psichiatrica ha, infatti, come obiettivo quello di “formulare un giudizio diagnostico-valutativo e prognostico” in riferimento a minori e adulti che “siano stati autori di reato, vittime, testimoni, imputati, condannati e internati”; questa valutazione prevede che l’esperto stabilisca le condizioni di mente del soggetto in riferimento ad una fattispecie di reato in un preciso momento dell’iter giudiziario (“in ogni stato e grado del procedimento”) (Fornari, 2015). In linea generale, i dati forniti dalla letteratura corrente indicano alcune raccomandazioni per

l'utilizzo dei test in ambito forense: gli strumenti devono essere (1) strutturati/oggettivi, (2) standardizzati, (3) validi, (4) avere un'affidabilità maggiore di .80, (5) utilizzare norme appropriate e (6) permettere l'identificazione degli stili di risposta o della simulazione; inoltre, vari autori suggeriscono che un coefficiente di affidabilità di .90 dovrebbe costituire il minimo standard durante l'*assessment* (Areh, 2020). Ad esempio, come anticipato nel Capitolo 1<sup>6</sup>, l'MMPI-2 è uno strumento ampiamente utilizzato dai professionisti e sviluppato per valutare le più importanti caratteristiche strutturali della personalità ed i disturbi emozionali (Cassano & Grattagliano, 2019). Nonostante sia stato inizialmente ideato ai fini di un *assessment* diagnostico, è risultato efficace nell'individuare due tipologie di simulazione: di gravi disturbi psicopatologici (come le psicosi) e di sintomi somatici/cognitivi; quest'ultima tipologia di finzione è spesso osservata in casi civili, ragione per cui alcune scale sono state recentemente sviluppate per la sua valutazione, e per adattare al meglio lo strumento all'ambito forense, *i.e.* la *Fake Bad Scale* (FBS), che misura la simulazione di disturbi somatici ("*feigning somatic disease*") e la cui ammissibilità in tribunale risulta ancora una questione controversa (Larrabee, 2010), e la *Response Bias Scale* (RBS), empiricamente sviluppata per valutare la concordanza degli item di soggetti che hanno superato o fallito un test sulla validità di sintomi cognitivi ("*cognitive symptom validity test*") (Cassano & Grattagliano, 2019).

Tra i vari autori, anche Rogers e Granacher (2011) specificano che, nel determinare la presenza di simulazione nelle valutazioni forensi, sia necessario integrare i risultati provenienti dai colloqui clinici, dai reattivi mentali effettuati e dai dati biografici (Rogers & Granacher, 2011). I test di personalità forniscono, infatti, informazioni sui tratti ed i comportamenti di un soggetto e, essendo standardizzati, sono molto utilizzati in ambito forense; dato, però, che diversi test misurano differenti costrutti di personalità, sarebbe opportuno che più di uno strumento diagnostico venisse somministrato (Kohutis & McCall, 2020). Il professionista è colui che deciderà quali strumenti meglio si adattano alla specifica situazione, e come combinarli tra loro, a seconda dei sintomi presentati e delle particolari necessità osservate (Cassano & Grattagliano, 2019). Nonostante la necessità di utilizzare strumenti validi e affidabili e l'ampia gamma di misure attualmente disponibili per valutare i soggetti che simulano in ambito psichiatrico-forense, non sono state fornite agli esperti delle linee guida su come organizzare i risultati o le informazioni divergenti ottenute dalle varie fonti adottate (Grossi et al., 2022). Lo studio di Grossi et al. (2022) fornisce dati in riferimento all'utilità di uno strumento di

---

<sup>6</sup> Paragrafo 1.3.1 STRUMENTI E METODI PER IDENTIFICARE LA SIMULAZIONE

valutazione forense sviluppato per integrare sistematicamente tra loro multiple fonti di informazioni in un unico giudizio, empiricamente supportato, sulla simulazione (Grossi et al., 2022). Una valutazione comprensiva del fenomeno è necessaria in quanto un individuo può presentare sintomi simulati in riferimento a multipli ambiti (psichiatrico, cognitivo, somatico e funzionale), gli strumenti attualmente risultano essere, però, poco esaurienti in quanto spesso sono specifici per un solo tipo (“*domain*”) di simulazione; inoltre, per circoscrivere i limiti dei vari test è consigliabile integrare dati provenienti da più di una misura di valutazione, questo comporta che l’esaminatore debba prendere una decisione, soggettivamente parlando, in riferimento a come integrare tra loro le informazioni ricavate (Grossi et al., 2022). Il FEINS è stato sviluppato per superare questo ostacolo e, dunque, per fornire agli esperti una guida su come aggiungere struttura e trasparenza alla valutazione comprensiva della simulazione in generale (Grossi et al., 2022). Lo strumento, inizialmente denominato *Malingering Assessment of Psychopathology* (MAP), si compone di 20 items razionalmente (“*rationally*”) ed empiricamente ricavati da una review della letteratura, incluse le ricerche in ambito neuropsicologico forense, civile-forense e giuridico-forense, con lo scopo di individuare gli indici di simulazione in diversi ambiti (Grossi, 2018; Grossi et al., 2018; Pivovarova, 2012). I tre cluster concettuali principali sono: *Historical/Demographic* (HD) 9 item, *Clinical Presentation* (CP) 7 item e *Psychological Testing* (PT) 4 item (Grossi et al., 2022). I risultati della ricerca condotta da Grossi et al. (2022) fornisce risultati preliminari a supporto dell’uso del FEINS come strumento di valutazione forense in contesti clinici-forensi, future ricerche sono necessarie affinché venga esplorata l’applicabilità dello strumento ad altri contesti rilevanti (Grossi et al., 2022). Un ulteriore strumento recentemente sviluppato per contribuire ad aumentare la validità della classica valutazione basata sulla strategia dei sintomi rari è l’*Inventory of Problems-29* (IOP-29) (Viglione et al., 2017), il quale, invece che focalizzarsi esclusivamente sulla presenza o assenza di una serie di sintomi, mira alla valutazione della misura in cui un individuo reagisce ai propri problemi e riesce a guadagnare un certo grado di controllo su di essi; al suo interno alterna un paio di item cognitivi con item *self-report*, in modo tale da comprendere varie tecniche di individuazione al suo interno (Roma et al., 2020). Nonostante le prime e incoraggianti ricerche sulla sua validità, sono necessari futuri studi in quanto: (1) ancora non è stato fornito un quadro chiaro sull’effettiva applicabilità dello strumento a vari contesti reali (“*multiple real-life contexts and situations*”) dato che gli studi fin ora condotti hanno utilizzato campioni clinici di confronto (“*clinical comparison simulation samples*”) (2) tutte le ricerche sono state condotte dagli autori del test, per cui sono necessarie validazioni indipendenti da parte di altri esperti nel ruolo di ricercatori principali (“*principal*”).

*investigators*”) (Roma et al., 2020). Lo studio condotto da Roma et al. (2020) ha come scopo quello di valutare come il test avrebbe reso in un contesto forense reale (“*real-life forensic context*”) utilizzando il SIMS come variabile dipendente (“*criterion variable*”); i risultati ottenuti hanno prodotto le stesse statistiche riportate dagli autori del IOP-29 nei precedenti studi e, messo a confronto con il SIMS, il test ha ottenuto la stessa tipologia di risultati nei casi di reale danno psicologico e valutazione forense (Roma et al., 2020). Le conclusioni degli autori supportano la validità convergente e ambientale del test, suggerendo che la misura renda in modo simile sia in contesti sperimentali che reali; il IOP-29, inoltre, è risultato valido tanto quanto il SIMS ed in alcune circostanze può essere preferibile in quanto più breve (29 vs 75 item) ma fornisce le stesse informazioni (Roma et al., 2020). Banovic et al. (2021) riportano come lo strumento sia stato studiato in: US (Viglione et al., 2017), Italia (Giromini et al., 2018), Portogallo (Giromini et al., 2020a), Inghilterra (Winters et al., 2020), Australia (Gegner et al., 2020), Brasile (Carvalho et al., 2021) e Lituania (Ilgunaite et al. 2020)<sup>7</sup>. Pignolo et al. (2023) studiano l’efficacia delle *Negative Distortion Measures* del PAI e dell’IOP-29<sup>8</sup> in riferimento a diverse presentazioni sintomatologiche (depressione, PTSD e schizofrenia) con campioni sia forensi che di comunità (Pignolo et al., 2023). Nell’utilizzare l’IOP-29 per scopo di *screening*<sup>9</sup>, gli autori concordano nel dare precedenza alla sensibilità piuttosto che alla specificità dello strumento dato che solo le classificazioni positive verranno sottoposte ad un *follow up* successivo; al contrario, nelle valutazioni forensi ad alto rischio (“*high-stake*”)<sup>10</sup> la specificità dello strumento è tipicamente considerata più importante rispetto alla sua sensibilità (Pignolo et al., 2023). I risultati di Pignolo et al. (2023) suggeriscono come sia il PAI che l’IOP-29 si siano dimostrati utili nella valutazione della simulazione di malattia nei diversi contesti considerati in riferimento alla depressione e alla schizofrenia (Pignolo et al., 2023). La scala FDS dell’IOP-29, inoltre, ha dimostrato una performance simile per tutti i tipi di presentazione sintomatologica e fonte dei dati, con un’accuratezza leggermente superiore nella valutazione della simulazione della depressione, specialmente nel campione di comunità (Pignolo et al., 2023).

In seguito allo sviluppo e valutazione dello strumento appena citato, i suoi stessi autori hanno recentemente introdotto (2020) l’IOP-M, un modulo PVT sulla memoria ed ideato per essere utilizzato in combinazione con il SVT IOP-29. Il suo obiettivo principale consiste

---

<sup>7</sup> Vedi Banovic, et al. (2021).

<sup>8</sup> La *False Disorder probability Score* (FDS) risulta essere la scala principale dell’IOP-29 (Pignolo et al., 2023).

<sup>9</sup> *Cut off* consigliato:  $\geq .15$  e  $\geq .30$ .

<sup>10</sup> *Cut off* consigliato:  $\geq .65$  e  $\geq .70$ .

nell'identificare la simulazione di deficit della memoria simulati o, più in generale, il deterioramento cognitivo. L'IOP-M viene somministrato immediatamente dopo l'IOP-29 e contiene 34 item impliciti sulla *recognition two-alternative-forced-choice* test, il suo utilizzo in associazione all'IOP-29 è legato al fatto che potenzialmente ne incrementa la validità e ne migliora l'accuratezza classificatoria, rispetto alle situazioni in cui l'IOP-29 viene utilizzato da solo (Šömen et al., 2021). A differenza delle ricerche condotte per validare l'IOP-29, gli studi in riferimento all'IOP-M risultano essere ancora limitati (Banovic et al., 2021), alcuni dei paesi in cui sono state svolte ricerche a riguardo sono: Italia (Giromini et al., 2020b), Brasile (Carvalho et al., 2021) e Austria (Gregner et al., 2020; Giromini et al., 2020b)<sup>11</sup>.

Per riprendere e approfondire l'analisi sugli strumenti disponibili per gli esperti, come già citato insieme al MMPI-2, il PAI risulta essere uno degli strumenti multiscala maggiormente utilizzati nelle valutazioni forensi e risulta essere un ulteriore strumento a cui sono state associate nuove scale per la valutazione della simulazione *i.e.* il *Malingering Inditex* (MAL), costruito sulla base di un tipico profilo associato alla simulazione di sintomi psichiatrici, e il *Rogers Discriminant Function* (RDF), sviluppato grazie a tre *research groups*<sup>12</sup> (Cassano & Grattagliano, 2019). Il suo manuale sottolinea, tra le caratteristiche delle scale di validità, come la *Negative Impression Management* (NIM) sia considerata una misura dell'*overreporting* i cui punteggi tendono ad essere più elevati nelle popolazioni caratterizzate da disturbi gravi e questa sua caratteristica può essere dovuta alla presenza di sintomi di un disturbo mentale (Wood et al., 2021). In generale la letteratura fornisce dati a sostegno dell'utilità della scala NIM in *setting* clinici, parziale supporto per l'indice MAL e minimo, se non nullo, per la scala RDF (Wood et al., 2021). Nell'indagare lo strumento in contesti forensi, lo studio condotto da Tylicki et al. (2021) ha come scopo investigare l'efficacia della *Cognitive Bias Scale* (CBS) del *Personality Assessment Inventory* (PAI), ponendola a confronto con le scale di validità "*overreporting*" del PAI e del MMPI-2-RF in un campione forense<sup>13</sup> (Tylicki et al., 2021). Questa scala è stata inizialmente sviluppata da Gaasedelen et al. (2019) come indicatore di povera performance per i PVT in un contesto neuropsicologico e la ricerca si è basata sui risultati di Tarescavage et al. (2013) i quali stabiliscono l'utilità delle scale dell'MMPI-2-RF (Tylicki et al., 2021). Prima dello sviluppo della CBS, la *Negative Impression Management* (NIM) era la scala di validità più efficace del PAI nell'identificare i soggetti con una povera

---

<sup>11</sup> Vedi Banovic et al. (2021).

<sup>12</sup> Un gruppo clinico (pazienti con schizofrenia, depressione e disturbo d'ansia generalizzato) ed un gruppo non clinico suddiviso in soggetti ingenui "*ingenuous*" e falsi "*false*".

<sup>13</sup> *Forensic disability sample*.

performance nei PVT, tuttavia, i risultati della presente ricerca evidenziano come i punteggi della CBS siano generalmente più fortemente correlati con i PVT rispetto ai risultati della NIM, dati a supporto della validità di costrutto della CBS; inoltre, le altre scale del test (MAL, RDF, NDS, MPRD-DF) sono risultate, in generale, meno efficaci nell'individuazione di una scarsa performance rispetto alla suddetta scala (Tylicki et al., 2021). I risultati supportano l'utilità della scala CBS nel valutare il *cognitive response bias* e nell'individuare il *Malingered Neurocognitive Dysfunction* (MND), specialmente in un campione civile forense con disabilità; inoltre, evidenziano come la scala sia la più efficace a distinguere i soggetti che rispondono genuinamente e gli individui che, invece, simulano un deficit cognitivo in presenza di incentivi esterni (Tylicki et al., 2021). Nonostante i dati a supporto della validità nella valutazione dell'esagerazione di disturbi in un contesto forense, gli autori sottolineano la necessità di ulteriori ricerche a supporto dei dati raccolti (Tylicki et al., 2021). Pignolo et al. (2023) studiano l'efficacia delle *Negative Distortion Measures* del PAI<sup>14</sup> e dell'IOP-29 in riferimento a diverse presentazioni sintomatologiche (depressione, PTSD e schizofrenia) con campioni sia forensi che di comunità (Pignolo et al., 2023). Nello specifico, le scale del PAI hanno una resa diversa a seconda della presentazione sintomatologica considerata, diversi studi hanno evidenziato, infatti, come la loro efficacia sia superiore nell'indagare disturbi mentali gravi piuttosto che disturbi dell'umore o d'ansia (Pignolo et al., 2023). Inoltre, un'ulteriore criticità legata alle scale di validità del test consiste nel grado di efficacia conservata quando si somministra il PAI in contesti forensi o correzionali; attualmente gli esperti potrebbero trovare difficile decidere quale punteggio di *cut off* possa essere considerato il più appropriato per i diversi contesti valutativi (Pignolo et al., 2023). I risultati di Pignolo et al. (2023) suggeriscono come sia il PAI che l'IOP-29 si siano dimostrati utili nella valutazione della simulazione di malattia nei diversi contesti considerati, in riferimento alla depressione e alla schizofrenia, mentre i dati vanno analizzati con più cautela per quanto riguarda il PTSD valutato con le scale MAL e RDF del PAI (Pignolo et al., 2023). La scala NIM si è dimostrata essere la più accurata misura delle distorsioni negative ("*negative distortion measure*") ottenendo risultati simili per tutte le presentazioni sintomatologiche e nei vari contesti considerati; in generale, ha mostrato una performance migliore nel valutare la schizofrenia e peggiore per il PTSD, con delle differenze tra i campioni forensi e quelli di comunità (Pignolo et al., 2023). Un punteggio di *cut off*  $\geq 3$  per la scala MAL ha prodotto la più bassa sensibilità rispetto a tutte le altre misure considerate e sia la NIM che la MAL risultano avere una più bassa specificità nel contesto forense (Pignolo

---

<sup>14</sup> *Negative Impression Management* (NIM), *Malingering Index* (MAL) e la *Rogers Discriminant Function* (RDF).

et al., 2023). Lo studio di Wood et al. (2021) si prefissa di indagare l'utilità delle scale di validità del PAI in un campione forense di pazienti con caratteristiche demografiche differenti e senza apparenti motivazioni a simulare; la ricerca si basa sulla criticità di base allo strumento secondo cui i precedenti contributi si sono concentrati principalmente su campioni clinici e in ambito forense i soggetti differiscono significativamente dai campioni normativi con cui le misure sono state sviluppate e studiate (Wood et al., 2021). I risultati riportati dagli autori evidenziano come la scala NIM sia generalmente adeguata a livello di specificità per il campione esaminato, con variazioni a seconda del gruppo demografico; un'alta specificità è stata riscontrata anche per l'indice MAL nel campione di riferimento, infine, in riferimento alla scala RDF il *cut off* raccomandato (59 T) si è dimostrato inaccettabilmente basso e gli autori consigliano venga alzato a  $\geq 73$  T per raggiungere una specificità accettabile (Wood et al., 2021).

Un ulteriore test molto conosciuto tra i professionisti è il SIRS, il quale era uno degli strumenti più utilizzati ed empiricamente validati nella valutazione delle risposte distorte ("*response distortion*") in psichiatria forense; quattro delle scale principali contenevano item che valutavano le presentazioni improbabili ("*unlikely symptoms*") e le quattro rimanenti individuavano le presentazioni amplificate (*amplified symptoms*), le scale supplementari misuravano la simulazione, la coerenza delle risposte e l'atteggiamento difensivo (Tylicki et al., 2018). Lo studio di Tylicki et al. (2018) indaga le problematiche, evidenziate da varie ricerche, sorte in seguito alla pubblicazione della seconda edizione del test secondo cui sono necessari approfondimenti in merito alla comparabilità dei risultati e alla loro validità (Tylicki et al., 2018). Gli autori del SIRS-2 hanno apportato modifiche significative al test originale con lo scopo di accrescerne l'utilizzo, dalla sua pubblicazione, tuttavia, molte ricerche ne hanno criticato lo sviluppo e validazione con importanti implicazioni sulla sua utilità in ambito clinico nel classificare correttamente i soggetti valutati (Tylicki et al., 2018). I risultati ottenuti da Tylicki et al. (2018) sottolineano come la seconda edizione del test sia meno efficace nell'individuare i simulatori rispetto alla versione originale, il test, infatti, classificherebbe erroneamente i soggetti in quanto gli indici MT e SS non valutano le strategie "*test-taking*" che gli autori intendevano rilevassero, aspetto che sottolinea la necessità di elaborare un nuovo sistema di classificazione, inoltre, nonostante nella seconda edizione si siano ridotti i tassi di falsi positivi la sensibilità dello strumento è stata ampiamente sacrificata (Tylicki et al., 2018). Considerando dati raccolti, lo strumento sembra aver perso la propria utilità clinica

nell'identificare correttamente i soggetti simulatori in contesti forensi sia civili che penali (Tylicki et al., 2018).

Lo strumento di validità dei sintomi indipendente (“*stand-alone*”) più utilizzato in Europa e Nord America risulta essere, inoltre, il SIMS, esso fa affidamento sul concetto per cui, a differenza dei soggetti che rispondono in buona fede (“*bona fide*”), i simulatori non conoscono i sintomi che veramente caratterizzano diverse condizioni psicopatologiche per cui saranno più inclini a dichiarare di possedere molti sintomi atipici o rari (Roma et al., 2020). Lo strumento è un questionario self-report multi-assiale validato con campioni clinici-forensi, psichiatrici e non clinici; si caratterizza di 75 sintomi implausibili o molto rari (“*pseudosymptoms*”) che i soggetti devono avvallare o rigettare e prevede che coloro che rispondono genuinamente, diversamente dagli *over-reporters*, se ne attribuiranno molti pochi, o addirittura nessuno (Roma et al., 2020). Gli item del test coprono uno spettro di pseudo-psicopatologie molto vasto: indici di depressione atipica, problemi della memoria improbabili, sintomi pseudo-neurologici bizzarri, presentazione dubbie di esperienze psicotiche e segni esagerati di ritardo mentale; ognuna di queste 5 categorie, legate al deterioramento neurologico, disturbi affettivi, psicosi, bassa intelligenza e disturbi della memoria, è rappresentata da sottoscale composte di 15 item (Orrù et al., 2021). Il punteggio totale (*Total Score*) si compone del numero complessivo di sintomi implausibili avvallati dal soggetto e rappresenta la principale scala di validità dei sintomi (“*symptom validity scale*”) del test. Gli autori dello strumento sottolineano la bassa utilità delle sottoscale nel valutare psicopatologie simulate e come queste debbano essere utilizzate solo per identificare quale psicopatologia si stia cercando di fingere una volta che il punteggio totale supera il *cut off* stabilito (Orrù et al., 2021). Lo strumento valuta i sintomi bizzarri, atipici o estremi che si inseriscono in ampi spettri patologici (i.e. deficit cognitivi e disturbi affettivi), tuttavia, alcune sue limitazioni sono legate al fatto che facendo affidamento esclusivamente su queste tipologie di presentazioni (1) può essere facilmente riconosciuto come SVT, specialmente dai pazienti che sono a conoscenza che tali strumenti vengono utilizzati dagli specialisti e (2) gli individui che vengono istruiti sui sintomi che meglio rappresentano una data patologia, potrebbero rimanere non identificati (Geurten et al., 2018). Una recente metanalisi di 10 *known-groups* e 24 *simulation studies* condotta da Van Impelen et al. (2014) supporta l'efficacia e l'utilità del SIMS in contesti clinici e forensi, nonostante alcune criticità legate alla sua specificità quando vengono utilizzati i punteggi di *cut off* comuni (i.e.  $\geq 15$  e  $\geq 17$ ) (Roma et al., 2020). Le tecniche di individuazione utilizzate dal test, come anche da altri strumenti quali l'MMPI, il PAI ed il SIRS, sono le “*rare-symptoms strategy*”

descritte da Rogers<sup>15</sup> e che risultano attualmente essere le più efficaci nella valutazione della simulazione di disturbi mentali (Roma et al., 2020). Lo studio di López-Miquel e Pujol-Robinat (2020) ha come scopo quello di analizzare la simulazione di sintomi psicologici manifesti nel contesto forense, nello specifico gli obiettivi si focalizzano sullo studio delle caratteristiche descrittive differenziali che caratterizzano la popolazione dei soggetti simulatori vs non-simulatori e valutare l'utilità dei criteri clinici e degli strumenti psicometrici disponibili per l'identificazione e quantificazione della simulazione (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). I test che sono stati analizzati comprendono il *Structured Inventory of Malingered Symptoms* (SIMS), il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III) ed il *Symptom 90 checklist* (SCL-90-R). I risultati evidenziano come le scale Dn e Am del SIMS mostrano il più alto grado di potere discriminatorio tra il campione di simulatori e quello di non-simulatori, al contrario, la scala Bi ha dimostrato d'ottenere il più basso punteggio medio di discrepanza, per cui non sono state misurate alcune differenze tra un gruppo e l'altro; i criteri clinici strutturati, infine, hanno dimostrato una correlazione moderata con il test (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). In generale, nello studio i soggetti simulatori hanno ottenuto punteggi notevolmente più elevati rispetto al campione di soggetti non-simulatori, compresi gli individui con una patologia; questi risultati avvalorano l'ipotesi che il SIMS sia un valido strumento di differenziazione tra casi in cui sia presente una reale e genuina patologia e soggetti che simulano un disturbo da un punto di vista forense, specialmente se considerate le scale "Neurological Deterioration" e "Amnesiac Disorders" (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). Nonostante il test venga utilizzato spesso nelle valutazioni cliniche e forensi, la sua lunghezza e, dunque, il tempo necessario per la somministrazione può risultare un problema; lo sviluppo di una versione abbreviata potrebbe portare beneficio a molti clinici per quanto riguarda la valutazione dell'esagerazione o della fabbricazione di sintomi (Orrù et al., 2021). Lo studio condotto da Orrù et al. (2021) si prefigge di indagare se lo sviluppo di una versione abbreviata e più facile da somministrare del SIMS, similmente alla ricerca di Malcore et al. (2015) la quale ha prodotto una versione contenente meno item ("item-reduced") del test, possa essere ricavata utilizzando una nuova tecnica di *Machine Learning* (ML)<sup>16</sup> (Orrù et al., 2021). Questa tecnologia è stata spesso adottata nel distinguere i soggetti simulatori dai rispondenti onesti in una varietà di contesti, la ML ha mostrato di avere una buona efficacia nell'identificare le false identità, la

---

<sup>15</sup> Vedi Tavola 1.

<sup>16</sup> L'utilizzo del ML è stato preferito a quello delle classiche metodologie psicometriche di analisi degli item, le ML trattano i dati come sconosciuti e si focalizzano principalmente sull'accuratezza classificatoria e sulla generalizzazione dei risultati piuttosto che sull'adattamento al modello statistico (IRT) (Orrù et al., 2021).

depressione e l'amnesia simulate e la dissimulazione (“*underrepresentation*”) intenzionale di una psicopatologia (Orrù et al., 2021). Nel loro studio, Orrù et al. (2021) riprendono ed ampliano i risultati riportati da Mazza et al. (2019), i quali avevano utilizzato le ML per identificare le strategie utili per distinguere tra sintomi esagerati (“*accentuators*”), sintomi prodotti (“*producers*”) e partecipanti onesti (“*consistent*”); la ricerca, grazie alle tecniche ML, tenta di ottenere un sottotest del SIMS di soli 8-10 items che possa raggiungere un'accuratezza classificatoria simile a quella dello strumento originale composto di 75 item, dunque, mira a sviluppare una versione abbreviata del SIMS che mantenga l'accuratezza classificatoria dell'originale (Orrù et al., 2021). I risultati evidenziano come tutte le versioni abbreviate identificate dagli autori non mostrino differenze nei *rate* di falsi negativi e falsi positivi, ottengano livelli comparabili di accuratezza sia per la sensibilità che per la specificità e la performance sia buona come nel test originale nel discriminare tra partecipanti “*consistent*” e “*inconsistent*”; per cui si conclude che l'utilizzo di versioni più brevi e più facili da somministrare, per valutare la simulazione di disturbi mentali, può essere utile data la corrispondenza delle informazioni fornite con la scala originale (Orrù et al., 2021).

In conclusione, è fondamentale che gli esperti, nell'utilizzare i vari strumenti di valutazione, tengano a mente come (1) non esista un individuo che agisce secondo una definizione precisa di “simulatore-tipo”, ma casi a sé stanti ognuno caratterizzato dai propri sintomi, stati di coscienza, tratti caratteriali e motivazioni e (2) non esistano metodi che misurino direttamente la simulazione<sup>17</sup>; nessuna misura psicométrica, o scala, può valutare le varie motivazioni sottostanti il comportamento simulatorio (Rogers, 2021). Nella valutazione neuropsicologica, ad esempio, gli strumenti psicométrici utilizzati esaminano le funzioni cognitive ed emotive del soggetto facendo affidamento sull'integrità e affidabilità dei risultati dei test in ambito clinico e forense; le risposte considerate non valide (“*invalid responding*”) si caratterizzano dall'esagerazione o fabbricazione di sintomi e/o dalla presenza di capacità ridotte nei test cognitivi (Tylicki et al., 2021). Slick et al. (1999) hanno proposto dei criteri di valutazione della simulazione di disfunzioni neurocognitive in contesti neuropsicologici, questi criteri sono stati aggiornati nel 2012 ed il concetto di “*secondary malingering*” è stato introdotto; nello specifico non si può diagnosticare la simulazione quando “vi siano basi convincenti per credere che al tempo della valutazione, il soggetto esaminato non avesse la capacità cognitiva per capire le implicazioni morali/etiche/legali del proprio comportamento e/o fosse incapace di controllare

---

<sup>17</sup> “No measure has been developed, or likely will be developed, to capture the often complex motivations underlying decisions to malingering”.

quest'ultimo, secondariamente a... un disturbo neurologico o lesioni di severità almeno moderata”<sup>18</sup> (Mahoney III et al., 2018). Questo concetto è difficile da valutare caso per caso ed il grado di compromissione (“*impairment*”) o danno necessario per definire la presenza di una mancanza di capacità (“*lack of capacity*”) nel soggetto, per capire o controllare il proprio comportamento in riferimento alla simulazione, appare dover essere significativo (Mahoney III et al., 2018). Questo concetto è importante in situazioni in cui è richiesta la valutazione della capacità di stare a processo del soggetto ed in cui l'imputato può mostrare comportamenti simulatori dovuti ad una malattia mentale o ad un danno, specialmente in casi in cui il verdetto possa risultare in anni di incarcerazione (Mahoney III et al., 2018). Dati i tassi non irrilevanti con cui la simulazione di sintomi si presenta nei vari ambiti<sup>19</sup>, i vari autori confermano la necessità di (1) approfondire i limiti e le criticità legate all'adozione dei vari test e (2) utilizzare un approccio che comprenda la combinazione di strumenti multipli, dal giudizio clinico strutturato agli strumenti psicometrici (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020). Lo scopo ultimo è quello di ottenere il più alto tasso di validità convergente che funga da guida nella diagnosi differenziale e riduca al minimo i tassi d'errore e d'incertezza, in modo tale da evitare le conseguenze generate da un errato, o mancato, riconoscimento della simulazione in un contesto con implicazioni estremamente importanti in termini di conseguenze giuridiche (López-Miquel & Pujol-Robinat, 2020).

### 5.1.2 VALUTARE LA SIMULAZIONE DI DISTURBI SPECIFICI

Data la definizione di simulazione riportata dal DSM-V, i soggetti che adottano questa tipologia di comportamento cercano di influenzare il risultato della valutazione per ottenere un risultato a loro favorevole e che consenta di fruire di particolari benefici (APA, 2013). Se ne è dedotto, nel corso del Capitolo 1 del presente elaborato<sup>20</sup>, che sono gli incentivi o i vantaggi esterni i fattori che danno forma al determinato comportamento adottato, influenzando la scelta di presentare (simulazione), o al contrario di celare (dissimulazione), determinate caratteristiche fisiche o psichiche, e come tale fenomeno sia riscontrabile sia in contesti forensi che in situazioni di vita quotidiana. Nel trattare entrambi i comportamenti, la lingua inglese utilizza un termine unico e specifico per descrivere l'atteggiamento del fingersi malato<sup>21</sup>,

---

<sup>18</sup> “*There are compelling grounds to believe that at the time of the assessment, the examinee did not have the cognitive capacity to understand the moral/ethical/legal implications of his or her behavior and/or was unable to control his or her behavior, secondary to . . . neurological disorders or injuries of at least moderate severity*” (Slick & Sherman, 2012).

<sup>19</sup> Vedi Capitolo 1.

<sup>20</sup> Vedi paragrafo 1.5 LA SIMULAZIONE NELLA VALUTAZIONE FORENSE.

<sup>21</sup> Vedi Capitolo 1, paragrafo 1.1 DEFINIZIONE DI SIMULAZIONE DI UNO STATO DI MALATTIA.

“*malingering*”, il quale può declinarsi secondo due accezioni, “*faking bad*” e “*faking good*” (Stracciari et al., 2010). Il *faking bad* (o simulazione) consiste nell’esagerazione intenzionale di problemi fisici o mentali, con l’intenzione dunque di far apparire i fatti sotto una luce più negativa rispetto alla realtà; diversamente dal *faking good*, questo costrutto ha ottenuto maggiori attenzioni a causa dei suoi costi sociali che sono più facilmente riconoscibili (Stracciari et al., 2010). Il *faking good*<sup>22</sup>, invece, definito anche sotto il nome di “dissimulazione”, è inteso come “la tendenza a dare una descrizione di sé eccessivamente positiva” (Paulhus, 2002) o a minimizzare la sintomatologia di un disturbo psicologico (Stracciari et al., 2010). I sintomi ed i comportamenti oggetto del *malingering*, dunque, variano a seconda della motivazione che li genera e le simulazioni che si possono incontrare nei diversi contesti di valutazione sono numerose e disparate. Diagnosticare la simulazione è un problema, infatti, legato alla varietà di manifestazioni cliniche possibili, le criticità si riferiscono alla relazione esistente tra il comportamento simulatorio e le varie sintomatologie e/o diagnosi psichiatriche, più precisamente nella possibilità per cui ogni disturbo può essere simulato<sup>23</sup> (Sahoo et al., 2020). Una delle principali preoccupazioni in psicologia e psichiatria forense riguarda, dunque, la presentazione distorta di sintomi ed i resoconti ricchi di *bias* di crimini o condotte criminali; queste criticità possono, in un primo momento, apparire correlate principalmente a determinati casi rispetto ad altri, a seconda della personalità del soggetto esaminato e alle questioni psico-legali oggetto della valutazione (Van Impelen et al., 2018). Data la centralità di aspetti quali l’inganno e la manipolazione, chiave del disturbo da personalità antisociale (ASPD), può risultare ragionevole pensare che i soggetti che soffrono di tale disturbo tendano a rappresentare in maniera errata, intenzionalmente distorta, informazioni di rilevanza psico-legale (Van Impelen et al., 2018); il DSM-V stesso<sup>24</sup> sostiene l’idea per cui l’esagerazione di sintomi sia un tratto tipico degli individui con un ASPD, testualmente “possono mentire ripetutamente, usare falsi nomi, truffare e simulare”<sup>25</sup> (APA, 2013, p.764). Rogers (1990), e molti altri studiosi dopo di lui, hanno ripetutamente evidenziato empiricamente come la rilevanza dell’associazione ASPD-simulazione non presenti dati sufficienti per costituire un valore diagnostico, infatti, una predisposizione generale a violare ed ignorare le regole e le norme sociali presenta un basso valore predittivo per l’esagerazione di sintomi; lo studio di Van Impelen et al. (2018) testa l’assunto secondo cui individui disonesti

---

<sup>22</sup> “*Faking good on personality inventories, without special instructions to do so, I would consider equivalent to the tendency to give socially desirable responses in self-description*” (Edwards, 1957, p.57).

<sup>23</sup> Capitolo 2, controversia n.8.

<sup>24</sup> Vedi Capitolo 2, controversia n.5.

<sup>25</sup> *Individual with ASPD “may repeatedly lie, use an alias, con others or malingering”* (APA, 2013, p.660).

in un dominio (*i.e.* resoconto di un reato) sono più propensi ad essere disonesti in altri ambiti (*i.e.* presentazione di sintomi), inoltre, gli autori indagano due ulteriori aspetti del ASPD che sembrano essere associati alla simulazione, ovvero, la presenza di assenza di rimorso e la tendenza a razionalizzare le trasgressioni (Van Impelen et al., 2018). I risultati della ricerca non supportano l'idea secondo cui la disonestà, caratteristica chiave del ASPD, sia un utile indicatore di esagerazione dei sintomi ed in generale che le tre caratteristiche principali associate al disturbo (disonestà, mancanza di rimorso e esternalizzazione della colpa) abbiano un qualche valore predittivo; lo studio mette in discussione l'inserimento del ASPD tra le condizioni che segnalano esagerazione dei sintomi e, in generale, la correlazione che si ipotizza esistere tra ASPD e simulazione, data l'inefficacia delle variabili nel prevedere il comportamento e l'assenza di risultati significativamente rilevanti a sostegno della relazione<sup>26</sup> (Van Impelen et al., 2018). Se questa correlazione fosse sostenuta da dati empirici, validi e attendibili, cosa che sembra essere stata smentita dallo studio sopra riportato e dai vari altri autori citati nel corso dell'elaborato, ulteriori aspetti legati all'ASPD sarebbero da tenere in considerazione; uno fra tutti il *continuum* presente tra comportamento antisociale e quello psicopatico, identificato da Kernberg (1998), e, dunque, le caratteristiche comuni ad altri disturbi quali il narcisismo nella sua declinazione di "maligno" e le personalità sadiche. Per quanto riguarda il suddetto *continuum*, questo si compone, ad un estremo, dal comportamento antisociale come parte di una nevrosi sintomatica e, dall'altro, dalla psicopatia; partendo dal primo, tra i due si sviluppano (1) disturbo nevrotico di personalità con tratti antisociali, (2) comportamento antisociale con altri disturbi di personalità, (3) disturbo narcisistico di personalità con comportamento antisociale, (4) sindrome da narcisismo maligno e (5) disturbo antisociale di personalità. Come specifica il PDM stesso nell'utilizzare il termine "personalità psicopatiche", anziché antisociali, "molte persone con questo stile di personalità, infatti, non sono francamente antisociali, nel senso di un aperto contrasto con le regole sociali. Anzi, molti individui con personalità psicopatica riescono a perseguire i propri obiettivi e a svolgere il proprio lavoro ricevendo approvazione sociale e perfino ammirazione", inoltre, se il comportamento antisociale sembra associarsi ad un livello di funzionamento nevrotico, "gli individui con personalità psicopatiche sono tendenzialmente ricondotti ad aree di funzionamento dal livello borderline a quello psicotico" (McWilliams & Lingardi, 2017, p.54). Come per le personalità antisociali/psicopatiche, anche quelle narcisistiche si collocano lungo un continuum di gravità, "le persone con personalità narcisistiche ai livelli più patologici del

---

<sup>26</sup> 43-29% detection rate, 75-60% false positive rate.

continuum, indipendentemente dal successo raggiunto, ... mancano di un sentimento profondo e radicato di moralità e possono comportarsi in modi altamente distruttivi e tossici per gli altri” (McWilliams & Lingardi, 2017, p.50); inoltre, Kernberg (1984) nel descrivere alcuni dei propri pazienti, li definisce “intrisi di narcisismo maligno”, ponendo in relazione il narcisismo con l’aggressività sadica e la condizione in continuità con le personalità “francamente psicopatiche” (McWilliams & Lingardi, 2017). Infine, avendo citato caratteristiche sadiche, McWilliams e Lingardi (2017) sottolineano la presenza di molte somiglianze tra la patologia sadica e quella antisociale, aspetto che potrebbe essere alla base dell’eliminazione della diagnosi di disturbo sadico di personalità dal DSM-IV; gli autori enfatizzano come “anche se il sadismo e la psicopatia sono fenomeni fortemente correlati tra loro, non sono la stessa cosa. Non tutte le persone psicopatiche sono particolarmente sadiche, né tutte le persone sadiche sono psicopatiche” (McWilliams & Lingardi, 2017, p.55). Tutti questi disturbi presentano, su piani diversi e con gradi differenti, diversi ostacoli da un punto di vista del successo della terapia e, un ulteriore fattore associato alla frequenza con cui il fenomeno della simulazione si presenta in ambito forense, è l’assenza di un contratto terapeutico tra periziando e perito, non essendo la perizia legata ad un fine terapeutico (Fornari, 2015); in un setting clinico il problema risulta ridotto ma non assente, data la sua impostazione ed essendo finalizzato alla cura del paziente e alla promozione della salute. Ai professionisti che lavorano all’interno degli ospedali psichiatrici forensi, ad esempio, si richiede di fornire un trattamento e di valutare soggetti, molti dei quali presentano trascorsi di violenza, con complesse diagnosi psichiatriche; questi pazienti risultano essere malati gravi, potenzialmente pericolosi, cognitivamente compromessi e potrebbero fingere sintomi psichiatrici o funzioni cognitive per evitare una sentenza (Mueller & Evans, 2020). I tassi di violenza registrati in queste strutture variano a seconda di molti fattori, alcuni autori affermano che circa il 20-35% degli individui mostra comportamenti aggressivi (Mueller & Evans, 2020). Data l’alta percentuale di probabilità che i membri dello staff vengano, ad un certo punto della loro carriera, aggrediti è comprensibile come per molti professionisti della salute mentale sia incredibilmente faticoso rimanere obiettivi durante la valutazione forense ed il trattamento di questi soggetti (Mueller & Evans, 2020). Dato il *bias* del controtransfert<sup>27</sup>, i pazienti che intraprendono comportamenti provocatori tendono a suscitare nello staff forti emozioni, molti studi, infatti, suggeriscono come comportamenti aggressivi o suicidari opposti a fattori quali l’età, il genere o la diagnosi dei pazienti fossero indicatori di reazioni di controtransfert negative negli operatori sanitari (Mueller & Evans,

---

<sup>27</sup> Vedi Capitolo 2, controversia n. 5.

2020). Il *bias* cognitivo può impattare gravemente sulle interpretazioni e le prese di decisione durante la valutazione forense<sup>28</sup>, dato che evidenzia, ancora una volta, la necessità di associare al giudizio clinico dati ricavati da strumenti empiricamente fondati (Mueller & Evans, 2020). Lo studio di Mueller e Evans (2020) indaga se pazienti valutati come simulatori presentassero tassi di aggressività più alti rispetto ai soggetti non considerati simulatori; gli autori non riscontrano differenze statisticamente rilevanti nel grado di aggressività tra risultati validi e non validi nei PVT somministrati, però, i soggetti che erano sospettati di simulare e venivano sottoposti ad una valutazione a riguardo<sup>29</sup> presentavano tassi di aggressività più alti rispetto alla popolazione generale (Mueller & Evans, 2020). Gli autori forniscono tre spiegazioni possibili a questa tendenza, la prima si riferisce alla possibilità che i clinici stiano consciamente o inconsciamente utilizzando l'aggressività come variabile predittiva di presenza di un comportamento simulatorio, una seconda ipotesi, invece, si riferisce alla possibilità che i pazienti che mostrano atteggiamenti aggressivi rappresentino casi clinici più impegnativi da trattare per gli esperti e vengano quindi sottoposti ad un *range* di valutazioni più ampio, infine, una terza spiegazione risiede nella possibilità che i soggetti sottoposti alla valutazione della simulazione siano diventati alla fine più aggressivi (Mueller & Evans, 2020). Dopo aver analizzato i dati, gli autori sollevano un quesito: se gli individui che presentano atteggiamenti aggressivi vengono sottoposti ad una valutazione della simulazione con una probabilità più alta, a quali altri trattamenti vengono erroneamente sottoposti con tassi più alti rispetto alla popolazione generale?<sup>30</sup> (Mueller & Evans, 2020). Se i *bias* dei clinici stanno influenzando i pazienti da loro trattati, allora è necessario aumentare e migliorare il *training* clinico e la formazione degli specialisti, in riferimento alla valutazione della simulazione, inoltre, è doveroso aumentare il tasso di strumenti empiricamente fondati utilizzati (Mueller & Evans, 2020).

Da un punto di vista giuridico, invece, Jelicic et al. (2011) hanno evidenziato come molti avvocati, per influenzare la valutazione, istruiscano o allenino i propri clienti su come produrre una presentazione convincente durante l'*assessment* neuropsicologico o psichiatrico; questo *coaching* spesso comprende la descrizione di quali sintomi caratterizzano veramente un determinato disturbo e/o la spiegazione delle strategie da adottare per evaderne

---

<sup>28</sup> I *bias* in ambito forense includono l'"*human nature*", fattori ambientali, la cultura, l'esperienza e fattori caso-specifici (Mueller & Evans, 2020).

<sup>29</sup> "*Suspected of malingering and referred for malingering assessment*".

<sup>30</sup> "*If assaultive individuals were referred to malingering assessment at higher rates, what other enhanced services are they disproportionately being referred to?*" (Mueller & Evans, 2020).

l'individuazione da parte dei SVT/PVT (Jelicic et al., 2011). Il primo approccio (*coaching* dei sintomi) risulta essere meno efficace rispetto al secondo (*coaching* sulle strategie), tuttavia entrambi aumentano la probabilità che la simulazione di un deficit non venga individuata (Banovic et al., 2021). Molti studi hanno valutato gli effetti delle diverse metodologie di *coaching* sull'efficacia degli strumenti SVT e PVT, in riferimento a quest'ultimo punto, una metanalisi condotta da Van Impelen et al. (2014) ha evidenziato come informare i soggetti sperimentali simulatori su quali sintomi caratterizzino un disturbo specifico non indebolisce l'efficacia dell'individuazione della simulazione del SIMS, al contrario, fornire informazioni rispetto alle strategie di valutazione utilizzate tipicamente dai SVT o dare consigli su come non esagerare troppo durante la simulazione mette a rischio le prestazioni del test (Banovic et al., 2021). Similmente, altre ricerche condotte sul MMPI-2 hanno riscontrato come i simulatori istruiti ottenessero punteggi inferiori nelle scale di validità rispetto ai soggetti simulatori non istruiti, lo stesso accadrebbe anche per il TOMM<sup>31</sup>, mentre, un test che è risultato resistente agli effetti del *coaching* è il PAI (Banovic et al., 2021). Lo studio condotto da Banovic et al. (2021) tra i suoi obiettivi si prefigge di valutare il grado in cui la sensibilità del IOP-29 viene intaccata se i soggetti sperimentali simulatori vengono esplicitamente istruiti sul non esasperare la simulazione (Banovic et al., 2021). I risultati evidenziano come aver istruito i soggetti a non sovra-esagerare (*“overd-doing it”*) non ha ridotto significativamente la sensibilità dell'IOP-29 e dell'IOP-M rispetto alla valutazione della simulazione della schizofrenia; lo strumento, dunque, risulterebbe resistente al *coaching* nella sua seconda modalità (*coaching* sulle strategie), ovvero istruire a non fornire presentazioni dei sintomi eccessivamente drammatiche (*“overly dramatic”*) (Banovic et al., 2021). Se da un punto di vista clinico, dunque, il *bias* incide sulla valutazione dei soggetti e, quindi, è necessario adottare strumenti che riducano al minimo la soggettività ed il pregiudizio del professionista; in ambito giuridico, è il *coaching* uno degli ostacoli per la formulazione di una valutazione forense valida, la quale deve munirsi di strumenti standardizzati ed efficaci per poter giungere ad una misurazione il più accurata possibile del reale stato del soggetto. Oltre a queste criticità, vari sono i disturbi più comunemente simulati<sup>32</sup> nei vari ambiti forensi e diverse sono le patologie reali che spesso non trovano riscontro nelle valutazioni a causa delle difficoltà che gli esperti incontrano nel distinguere il genuino dal simulato. Un esempio di quest'ultimo punto è rappresentato dagli

---

<sup>31</sup> Il TOMM è una misura PVT che ha dimostrato un'alta specificità e grado di sensibilità, i suoi punteggi risultano essere indipendenti da fattori quali l'età, l'educazione, le differenze culturali, presenza di un trauma cranico, di un disturbo psichiatrico, di ansia, di dolore indotto sperimentalmente e di depressione (Vilar-López et al., 2021).

<sup>32</sup> Vedi paragrafo 1.5 LA SIMULAZIONE NELLA VALUTAZIONE FORENSE.

individui che soffrono di Disturbo dissociativo dell'identità (DID)<sup>33</sup>; le persone che sopravvivono ad un trauma, infatti, presentano un ampio range di sintomi gravi e dato che molti di questi sono spesso inclusi negli strumenti di valutazione della simulazione, la loro gravità e ampiezza può rendere difficile discriminare gli individui che soffrono genuinamente di un disturbo trauma-correlato da coloro che invece esagerano o simulano difficoltà psicologiche (Barth et al., 2023). Questi problemi sono collegati al fatto che avvalorare un gran numero di sintomi atipici o gravi o una gamma molto ampia di sintomi inusuali viene spesso interpretato come possibile simulazione/esagerazione dalle misure specificatamente sviluppate per valutare questi aspetti; inoltre, molti clinici e forensi esperti spesso non sono adeguatamente formati in materia di valutazione di quadri complessi legati al trauma o alla dissociazione, per cui risultano poco consapevoli dello spettro di sintomi ad essi legati, l'assenza, quindi, di un *training* adeguato può comportare per gli individui che soffrono di un disturbo traumatico, come il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID), che le difficoltà e le esperienze legate al trauma vengano erroneamente concettualizzate (Barth et al., 2023). Molti studi che hanno utilizzato gli strumenti psicologici di valutazione hanno evidenziato come i soggetti con una diagnosi di DID possono essere correttamente identificati, rispetto ai simulatori, da strumenti quali il TOMM, l'MMPI-2, il SIMS e il SIRS; lo studio di Barth et al. (2023) si pone l'obiettivo di valutare la capacità del M-FAST nel distinguere i soggetti con DID utilizzando i punteggi di *cut off* di 6 (Miller, 2000) e il punteggio adattato da Wolf et al. (2020)<sup>34</sup> di 16 (Barth et al., 2023). Similmente a persone che hanno subito un trauma infantile o soffrono di PTSD, i soggetti con un DID spesso vengono erroneamente classificati come simulatori quando in realtà stanno semplicemente riportando i propri sintomi reali, i risultati della ricerca di Barth et al. (2023) dimostrano come soggetti che tentano di simulare un DID avvalorano molti più sintomi gravi o inusuali durante l'M-FAST quando messi a confronto con i soggetti con un DID genuino; il test con il punteggio di *cut off* classico di 6 classifica correttamente il 91.5% dei simulatori ma solo l'82.9% dei soggetti genuini, mostrando dunque una bassa specificità, di .75; l'ipotesi, inoltre, secondo cui quando il *cut off* veniva alzato a 16 la specificità aumentava non trova supporto, infatti da .75 si è abbassata ulteriormente a .66, lo stesso accade per la sensibilità che da .93 si abbassa drasticamente a .50, gli autori suggeriscono, invece, di modificare il punteggio di *cut off* a 7, per aumentare il numero di soggetti correttamente

---

<sup>33</sup> Vedi definizione fornita dal DSM-V.

<sup>34</sup> Lo studio esamina le proprietà psicometriche del M-FAST in un campione di veterani con un alto tasso di PTSD, i risultati ottenuti dagli autori evidenziano criticità nell'utilizzo del test con il campione valutato data l'affidabilità problematica e si suggerisce di adottare altre misure di *screening* come l'IOP-29 (Wolf et al., 2020).

classificati a 93.6% (specificità .89, sensibilità .96) (Barth et al., 2023). I dati, in generale, supportano l'utilizzo del test, il quale risulta essere uno strumento sufficientemente adeguato alla valutazione del DID (Barth et al., 2023). Anche il TOMM, precedentemente citato, è stato validato per lo studio dei soggetti con DID nello studio di Brand et al. (2019), gli autori hanno ipotizzato che il test potesse distinguere il campione di simulatori da quello dei rispondenti genuini e che i punteggi del Trial 1 e del Trial 2, sommati, avrebbero identificato accuratamente i soggetti clinici dai simulatori (Brand et al., 2019). I risultati ottenuti dimostrano come i *malingers* ottengono punteggi significativamente più bassi rispetto ai soggetti con DID reale, indicando come la loro performance dia l'impressione che siano presenti dei deficit della memoria, difficoltà assenti però nei pazienti genuini; il test, inoltre, dimostra una chiara specificità nell'identificare correttamente i soggetti, 87% nel Trial 1 e 97% nel Trial 2 (Brand et al., 2019).

Tra le condizioni tipicamente simulate nel contesto forense, invece, si trovano le patologie legate alla sofferenza fisica ("*pain-related*"), in particolare i *Whiplash-Associated Disorders* (WAD)<sup>35</sup> la cui stima si aggira intorno al 20-40% tra i pazienti che simulano una sintomatologia (Greve et al., 2009); la loro caratteristica di base è che sono facili da simulare ma difficili da smentire ("*easy to fake and difficult to disprove*"), data la scarsa possibilità di oggettivarne i sintomi fisici (Pina et al., 2021). Diversi sono gli studi che hanno indagato la simulazione dei WAD attraverso una prospettiva psicométrica adottando vari SVT, tuttavia, non è stato possibile sviluppare un metodo specifico che riuscisse a discriminare efficientemente i sintomi genuini da quelli finti; Akehurst et al. (2017) hanno ideato una checklist utilizzando indicatori comportamentali e verbali estratti dalla letteratura in merito alla simulazione, nonostante i risultati fossero positivi (80% accuratezza), molti degli indicatori non sono risultati utili nell'identificare la simulazione in ambito medico-legale (Pina et al., 2021). La ricerca di Pina et al. (2021) mira a valutare l'abilità di una serie di indici, estratti dalla letteratura, nel discriminare i pazienti clinici con una sintomatologia genuina e i simulatori istruiti; i risultati evidenziano come i *malingers* riportino un atteggiamento più negativo nei confronti della malattia, della prognosi e dei sintomi rispetto ai soggetti clinici, inoltre, la presentazione dei sintomi e delle loro conseguenze risulta più vaga e imprecisa; un secondo fattore rilevato consiste nella tendenza ad avvallare un'ampia gamma di sintomi che spesso non sono associati alla patologia *target* e a descriverli in modo inconsistente; terzo, i simulatori presentano un

---

<sup>35</sup> Colpo di frusta e disturbi associati.

atteggiamento più distaccato e diffidente nei confronti dell'esperto ed è presente una mancanza di cooperazione (Pina et al., 2021). In sintesi, i dati mostrano come i soggetti che mettono in atto un comportamento simulatorio tendano a sovrastimare la gravità dei sintomi del WAD e ad offrire una visione più negativa e catastrofica della patologia rispetto al campione clinico (Pina et al., 2021). Oltre alle patologie WAD, nel contesto criminale tra le condizioni più simulate si trovano la schizofrenia ed i sintomi associati<sup>36</sup> (Resnick & Knoll, 2018), le malattie psicotiche in genere vengono spesso finte per evitare strutture pre-detenzione, per essere valutati incapaci di stare a processo o per mitigare la sentenza (Chapellon & Bondil, 2018; Resnick, 1999)<sup>37</sup>. Una stima della presenza della simulazione di psicosi è particolarmente elevata nel contesto forense e probabilmente si aggira intorno al 20%-30% (Gottfried et al., 2017), queste cifre variano a seconda degli strumenti utilizzati nel contesto valutativo (Banovic et al., 2021). L'impiego di diverse misure (una combinazione di SVT e PVT) è pratica comune nella valutazione neuropsicologica, ma non si può dire altrettanto per il contesto giuridico-forense in cui vi è la tendenza da parte degli esperti di utilizzare l'intervista clinica e gli SVT, escludendo i PVT (Banovic et al., 2021). Uno strumento specificatamente sviluppato per combinare insieme le tecniche presenti sia nei SVT e nei PVT è l'IOP-29, il quale valuta la credibilità delle presentazioni cliniche (Banovic et al., 2021). Nei casi in cui i soggetti presentino disturbi gravi, deficit e condizioni psicotiche, può risultare irrealistico utilizzare più di uno strumento multi-scala come l'MMPI (567 item), caratterizzato da lunghi tempi di somministrazione, quando anche solo uno può risultare troppo gravoso per il soggetto; in questi casi è consigliabile adottare SVT brevi come l'IOP-29 composto da soli 29 item o l'IOP-M che ne contiene 34 (Banovic et al., 2021). Altri strumenti sconsigliati sono il SRSI (107 item), il quale non rileva la schizofrenia simulata, ed il SIMS (75 item) è conosciuto per essere particolarmente problematico quando utilizzato con individui con psicosi (Banovic et al., 2021). Lo studio di Giromini et al. (2018) ha evidenziato un incremento nell'accuratezza classificatoria dell'IOP-29, rispetto a quella del SIMS, con un campione di soggetti psicotici piuttosto che con gli altri campioni esaminati nella ricerca (ansia, depressione e presentazioni legate ai traumi) (Giromini et al., 2018). Lo studio condotto da Banovic et al. (2021) tra i suoi obiettivi si prefigge di valutare se l'utilizzo combinato dell'IOP-29 con l'IOP-M aumenti la capacità di individuare la simulazione sperimentale della schizofrenia rispetto all'utilizzo dell'IOP-29 singolarmente (Banovic et al., 2021). I risultati riportati dagli autori risultano in

---

<sup>36</sup> Vedi definizione fornita dal DSM-V.

<sup>37</sup> Vedi Banovic et al. (2021).

linea con quelli ricavati da Giromini et al. (2020b) secondo cui l'utilizzo combinato degli strumenti aumenterebbe la capacità di individuazione dei segnali della simulazione rispetto alla somministrazione esclusiva dell'IOP-29 (Banovic et al., 2021). Per la valutazione della schizofrenia sono state introdotte, inoltre, recenti tecnologie come la misura del movimento oculare ("*oculomotor measure*"), infatti, gli avanzamenti tecnologici hanno permesso lo sviluppo di strumenti capaci di identificare la finzione di sintomi insieme ai *self-report*, come l'EEG e la fMRI e fattori quali i tempi di reazione, considerati utili nella valutazione di risposte non valide nei SVT e PVT (Ales et al., 2023). La teoria alla base di questi studi considera l'attività cerebrale ed i processi neurali dei soggetti esaminati, evidenziando come i soggetti che cooperano durante il processo valutativo mostrino differenze rispetto agli individui che, invece, simulano (Ales et al., 2023). Nello specifico, la tecnologia "*eye tracking*" permette di misurare con attrezzature non invasive la posizione degli occhi e fornisce informazioni utili sui processi cognitivi dei soggetti esaminati (Ales et al., 2023); le prime ricerche che riportano anomalie nei movimenti oculari degli individui con schizofrenia risalgono al 1908 e i pattern registrati coprono un ampio range di movimenti, tuttavia, nonostante l'utilità di queste ricerche, la tecnologia risulta ancora poco utilizzata per la valutazione della simulazione (Ales et al., 2023). Lo scopo dello studio di Ales et al. (2023) è provvedere ulteriori dati a sostegno delle misure di *eye tracking* nella SVA; i risultati ottenuti indicano come i soggetti simulatori perdessero più tempo a leggere il testo degli item dell'IOP-29 e si focalizzassero di più, ritornandoci più spesso, sulle opzioni di risposta fornite; gli autori ipotizzano che questo tempo che i soggetti tendevano ad utilizzare potrebbe essere collegato al fatto che (1) i simulatori devono considerare quale risposta rifletta l'esperienza genuina associata alla schizofrenia, (2) ragionare su come rispondere in modo da apparire schizofrenico e (3) sopprimere le risposte associate alla propria esperienza reale (Ales et al., 2023). In generale, i dati ottenuti forniscono una prova preliminare all'utilità dei movimenti oculari per migliorare la SVA e contribuiscono alla conoscenza dei processi decisionali alla base dei meccanismi associati alla simulazione (Ales et al., 2023).

Oltre alle discrepanze, da un punto di vista quantitativo, nei tassi di simulazione delle varie sintomatologie nei contesti clinici e forensi, sono state riscontrate differenze anche nei tassi di simulazione basate sul genere, alcune possibili motivazioni alla base di queste sono state evidenziate da Nesbit-Bartsch et al. (2021): (1) sono presenti differenze di genere nei pattern dei reati, incluse le tipologie di accuse e le storie criminali, gli imputati accusati di crimini più gravi sono più motivati a simulare e la detenzione fornisce l'opportunità di imparare come

fingere una malattia mentale, per cui se donne e uomini affrontano accuse diverse allora mostrano diversi trascorsi criminale e, dunque, presentano diversi *rate* di simulazione; (2) differenze di genere nelle caratteristiche di salute mentale per i soggetti coinvolti nel sistema giuridico-penale possono comportare differenze nei tassi di sospetta simulazione, infatti, le donne sono più propense a mostrare problemi di salute mentale rispetto agli uomini, per cui è più probabile che nelle valutazioni strutturate vengano erroneamente identificate come simulatrici (Nesbit-Bartsch et al., 2021). Con il numero sempre maggiore di donne incarcerate ed il crescente tasso di ricoveri negli ospedali psichiatrici forensi, è fondamentale incrementare l'accuratezza nelle valutazioni, lo scopo dello studio di Nesbit-Bartsch et al. (2021) è descrivere le differenze di genere nei tassi di simulazione ed esplorare i fattori legati alle opinioni degli esperti in merito (Nesbit-Bartsch et al., 2021). I risultati evidenziano come (1) le donne presentassero una storia criminale di arresti meno estesa e questi fossero legati a crimini minori (come il furto), al contrario degli uomini, i quali era più probabile venissero arrestati per reati sessuali o per omicidio<sup>38</sup>; (2) gli uomini presentavano una probabilità 1.5 volte maggiore rispetto alle donne di essere identificati come simulatori, infatti, è molto più frequente che tornino in aula con una diagnosi di simulazione (Nesbit-Bartsch et al., 2021). Gli autori concludono che le differenze nei tassi di simulazione tra i sessi siano influenzate o dai diversi pattern di sintomi associati alle storie criminali dei soggetti (alcune tipologie di sintomi diminuiscono il sospetto di una simulazione negli esaminatori<sup>39</sup>) o ad un *gender bias* nei confronti degli uomini, i dati evidenziano come la prima ipotesi sia la più probabile, infatti le differenze sembrano essere legate alle varie costellazioni di sintomi presentate e alle discrepanze nelle storie criminali e, dunque, nell'esposizione al sistema giuridico-penale (Nesbit-Bartsch et al., 2021).

Infine, oltre alla criticità legate ad aspetti giuridico-organizzativi, riconoscere le presentazioni simulate di sintomi rappresenta un aspetto critico nelle popolazioni in cui la valutazione erronea di condizioni mediche può risultare pericoloso per i soggetti (*i.e.* eventi non epilettici psicogeni PNEE vs. crisi epilettiche ES); nell'ambito della neuropsicologia, strumenti quali i SVT e i PVT rappresentano uno sviluppo essenziale, molte tecniche di *screening*, infatti, sono state sviluppate ed inserite nella valutazione neuropsicologica per identificare potenziali presentazioni artificiali (Tierney et al., 2021). Le PNEE, ad esempio, rappresentano episodi

---

<sup>38</sup> Quando i reati associate all'omicidio e al furto venivano combinati, non si sono riscontrate differenze tra donne e uomini nel tasso di sospetta simulazione.

<sup>39</sup> *i.e.* i dati mostrano come la presenza di allucinazioni nelle donne diminuisse il sospetto di una simulazione, infatti, quando erano presenti venivano associate più facilmente ad una grave, chiara e genuina psicosi.

che ricordano una crisi epilettica ma non presentano correlati nell'ECG e sono spesso osservati in situazioni di risposte simulate, infatti, Salinsky et al. (2020) rileva un tasso di risposte non valide tra questo campione di pazienti maggiore del 50%, specialmente quando posto a confronto con le ES in cui si osserva un 23% di simulazione (Tierney et al., 2021). Lo studio di Tierney et al. (2021) valuta l'utilità del M-FAST in pazienti con un disturbo epilettico, ipotizzando che lo strumento, con un adeguato punteggio di *cut off*, possa rappresentare un valido SVT per la popolazione specifica, la ricerca mira ad esaminare il test in riferimento all'esagerazione di sintomi in un campione di veterani pazienti di un *epilepsy monitoring unit* (EMU). I risultati confermano l'ipotesi degli autori validando lo strumento e supportando il suo utilizzo come SVT in campioni con un disturbo epilettico (Tierney et al., 2021).

L'esperto, dunque, nel valutare i diversi individui in quei contesti altamente a rischio di una simulazione, da un lato, non deve escludere a priori la possibilità che la persona soffra di un disturbo mentale genuino, infatti, come è stato analizzato precedentemente<sup>40</sup>, difficilmente nei soggetti osservati si rileva una totale assenza di psicopatologia e, se questa dovesse essere presente, è fondamentale riconoscerla e distinguerla dall'eventuale simulazione dato l'alto rischio di stigmatizzazione che etichettare erroneamente un soggetto può comportare e gli effetti che un tale errore genera, sia sulla vita della persona che sulla corretta applicazione della giustizia in un contesto giudiziario penale (Walczyk et al., 2018). Dall'altro, il suo mancato riconoscimento in casi di infermità o incompetenza può comportare un ritardo di mesi, o addirittura di anni, nello svolgimento del procedimento giudiziario o portare ad un'ospedalizzazione non necessaria, impattando negativamente sull'efficienza dell'operato del sistema sanitario, aumentandone le spese (Walczyk et al., 2018), e permettendo ai soggetti di beneficiare dei vantaggi lucidamente perseguiti.

### 5.1.3 L'UTILIZZO DEI TEST NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

Come accennato più volte nel corso del presente elaborato, la valutazione della simulazione di malattia risulta essere di vitale importanza in molti contesti e sfortunatamente è ancora sottovalutata da parte di molti clinici, i quali, spesso, sono troppo sicuri delle proprie capacità cliniche nell'individuare comportamenti disonesti e, dunque, fanno troppo affidamento su di esse (Scarpazza & Sartori, 2020) utilizzando poco, o addirittura mai, metodi standardizzati (Merten et al., 2022). Nel diagnosticare il comportamento simulatorio la sovrapposizione

---

<sup>40</sup> Vedi Capitolo 1, paragrafo 1.3 DIFFERENZIAZIONE TRA SIMULAZIONE E MALATTIA MENTALE.

presente tra la simulazione ed altri fenomeni e costrutti, come analizzato nel paragrafo precedente, spesso rende la prima difficilmente distinguibile rispetto ad altri disturbi e l'accuratezza della diagnosi risiede nell'esperienza e nella logica interpretazione data dallo specialista<sup>41</sup> (Sahoo et al., 2020). Se produrre una valutazione valida risulta essere difficile in contesti culturali, per ed in cui determinati strumenti sono stati sviluppati, identificare accuratamente la simulazione in specifici gruppi che costituiscono una minoranza (culturale, etnica, linguistica, patologica, ecc.) risulta ancora più controverso, date le diverse espressioni che la malattia può assumere e come (1) queste differenze spesso non siano tenute in considerazione durante l'*assessment* o (2) gli strumenti tipicamente utilizzati non siano stati sviluppati e validati empiricamente per questi campioni, rischiando di discriminare, stereotipare ed interpretare erroneamente i risultati prodotti<sup>42</sup> (Sahoo et al., 2020). In ambito internazionale, le due barriere principali alla traduzione e all'adattamento efficace degli strumenti forensi rilevanti, per contesti che differiscono da quello per cui sono stati inizialmente sviluppati, sono: (1) gli effetti dell'etica imposta ("*imposed etics*") sul test ed i suoi risultati e (2) le fonti di conoscenza e metodologiche WEIRD (i.e. *Western, Educated, Industrialized, Rich e Democratic*) (Rogers et al., 2019). Il primo aspetto può essere riassunto come la distorsione, caricatura e patologizzazione di individui che risultano culturalmente diversi da noi stessi<sup>43</sup>; il secondo, invece, si riferisce all'assunto, implicito ed errato, secondo cui la cultura occidentale possa essere applicata a culture diverse ("*transculturally*") senza che basi empiriche dimostrino la fondatezza del generalizzare una cultura a tutte le altre (Rogers et al., 2019). I test psicologici, infatti, non vengono tipicamente sviluppati e standardizzati per popolazioni che risultano essere delle minoranze ("*minority populations*"), questa può essere una delle ragioni per cui individui appartenenti a minorità etniche mostrano tipicamente una performance peggiore in test cognitivi come nei SVT e nei PVT<sup>44</sup> (Gudmundsson et al., 2020). Molte ricerche negli anni hanno tentato, nel campo della SVA, di stabilire la prevalenza della finzione nelle varie culture, ma le stime disponibili differiscono significativamente ed è, dunque, molto complicato giungere ad una eterogeneità negli studi pubblicati (Puente-López et al., 2022). Si propongono di seguito alcune delle ricerche: Mittenberg et al. (2002) trovarono che, a seconda del *setting* (penale, civile o medico), la simulazione fosse sospettata in

---

<sup>41</sup> Capitolo 2, controversia n 2.

<sup>42</sup> Capitolo 2, controversia n 7.

<sup>43</sup> "*Distort, caricature and pathologize persons who are culturally different from ourselves*" (Rogers et al., 2019).

<sup>44</sup> "*Psychological tests are not typically developed nor standardized for minority populations, which may be one of the reasons why individuals from ethnic minorities have been found to perform worse on cognitive tests as well as VTs*".

approssimativamente 7-31% dei casi di valutazione neuropsicologica; Greve et al. (2009) esaminarono la prevalenza in 508 pazienti con dolore cronico in Nord America che ricercavano un risarcimento stimando una *base rate* di 32.5-35%; similmente, Chafetz (2011) valutò la performance di 161 richiedenti invalidità previdenziale e ottenne che il 38.5% veniva classificato come simulatore probabile o certo (il 15% veniva classificato come simulatore certo); tuttavia, questi tassi di prevalenza risultano essere più bassi rispetto a quelli presenti in Nord America in cui Schroeder et al. (2021) stimano un tasso del 46% su 242 richiedenti invalidità previdenziale, a differenza dei *base rate* del 9.9% di Cartwright et al. (2019) definiti da esperti psicologi in Gran Bretagna o del 5-10% nello studio di Yoxall et al. (2010) in Australia con psicologi che lavorano in ambito medicolegale e del 13% trovato da Sullivan et al. (2006), sempre in Australia, in ambito neuropsicologico. In Spagna, Santamaría et al. (2013) riferiscono come i professionisti stimino una prevalenza del 50% in casi di disturbo da dolore cronico; infine, i dati di Dandachi-FitzGerald et al. (2020) rivelano come il 59% dei partecipanti della propria ricerca venissero indicati come probabili simulatori ed il 34% conosceva una persona che aveva ammesso di aver simulato dei sintomi (Puente-López et al., 2022).

Nel 2022, Merten e colleghi hanno prodotto un report aggiornato, rispetto alla *review* condotta nel 2013 dallo *Spanish Journal Clínica y Salud*<sup>45</sup>, sull'utilizzo della valutazione della validità dei sintomi e della prestazione ("*symptom e performance validity assessments*") nei paesi europei negli ultimi 10 anni (Merten et al., 2022). Nello specifico, un decennio fa era stata registrata tra gli esperti un'alta resistenza<sup>46</sup> ai test che valutavano la validità dei sintomi presentati (*Symptom Validity Tests*, SVT) e dunque alla valutazione stessa (*Symptom Validity Assessment*, SVA), anche tra i neuropsicologi che operavano in ambito forense, sulla base di una radicata convinzione secondo cui i professionisti potevano facilmente distinguere la presentazione di sintomi genuina rispetto a quella simulata senza aver bisogno di adottare specifici metodi e strumenti<sup>47</sup> (Merten et al., 2022). Tra i professionisti, gli psichiatri furono valutati tra i più restii, apparentemente erano convinti che il loro tradizionale approccio intuitivo, che faceva affidamento sulla presentazione dei sintomi riportata dai pazienti e di cui non si indagava la veridicità o le possibili distorsioni, fosse minacciata dallo sviluppo di nuove tecniche standardizzate ed empiricamente fondate e, dunque, dal nascente approccio che fa

---

<sup>45</sup> Merten et al. in *Clínica y Salud*, 24(3), 129-138, 2013.

<sup>46</sup> Per resistenza si intende il rifiuto dei professionisti ad utilizzare i test.

<sup>47</sup> "*Human judges often overestimate their abilities*" (Merten et al., 2022).

affidamento sui dati dei test (“*data-driven*”) (Merten et al., 2022). Questa controversia è molto simile alla vecchia disputa tra ipotesi clinica ed ipotesi statistica, la cui questione di base si incentrava su quali dati potessero produrre una diagnosi e prognosi più valida (Merten et al., 2022). Per vari motivi, intorno al nuovo millennio vi è stato un apparente ritardo, di circa 10 anni, nell’introduzione del SVA in Europa rispetto agli sviluppi nordamericani, infatti, per molti professionisti la questione della presentazione di sintomi simulati era largamente un taboo (Merten et al., 2022). In generale, si potrebbe pensare che la ricerca e la pratica in ambito forense, per quanto concerne i SVT ed i PVT, in Europa si siano sviluppate fino a raggiungere i livelli del nord America e del Canada, in realtà gli autori evidenziano come vi sia un’ampia eterogeneità tra i continenti (Merten et al., 2022). Di seguito si riporta l’attuale stato dell’arte nei vari paesi europei analizzati nella *review* e da altre ricerche focalizzate sullo stesso tema.

**Armenia:** Durante la Prima guerra mondiale la cultura in Armenia, inclusa la psicologia, era dominata da un punto di vista comunista del comportamento umano; gli psicologi sovietici tendevano a valorizzare i test non strutturati nel fornire valutazioni qualitative, la psicologia non era ancora riconosciuta come una professione indipendente e le diagnosi ed i trattamenti per i disturbi mentali formulate da psicologi non erano accettati (Ter-Stepanyan et al., 2021). In riferimento a ciò, gli psicologi potevano solo fornire supporto agli psichiatri e giocavano un ruolo limitato e marginale nel sistema giuridico; nel 1991, con la caduta dell’Unione Sovietica, anche la morsa della psichiatria ed il suo dominio nel campo della salute mentale e nelle corti di tribunale venne a mancare; gli psicologi iniziarono ad affermare la propria identità professionale e ad adottare le tipologie di strumenti standardizzati comunemente utilizzati in altri paesi (Ter-Stepanyan et al., 2021). Data la mancanza di una psicologia orientata verso il panorama forense (“*forensically-oriented*”), tuttora le valutazioni e le questioni giuridiche sono il prodotto di giudizi clinici non strutturati (Ter-Stepanyan et al., 2021), lo studio di Ter-Stepanyan et al. (2021) mira a valutare l’applicabilità del *Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test* (M-FAST) al contesto armeno, analizzandone le proprietà psicometriche e l’equivalenza linguistica (Ter-Stepanyan et al., 2021). Il punteggio totale del test fornisce informazioni sulla misura in cui un individuo potrebbe simulare la malattia mentale, un punteggio di *cut off*  $\geq 6$  indica un’alta probabilità che la modalità di risposta del soggetto sia associabile ad una simulazione e richiede dunque maggiori approfondimenti, i punteggi delle sottoscale indicano, invece, come l’individuo stia fingendo una malattia mentale (Ter-Stepanyan et al., 2021). Il test è stato validato con campioni forensi, di comunità e carcerari utilizzando un ampio spettro di proprietà psicometriche valide; ha dimostrato una

validità<sup>48</sup> convergente con l'MMPI-2 e le scale di validità del SIMS; diversi studi hanno esaminato le proprietà del test in riferimento a popolazioni “*non-English speaking*” come: bilingui spagnoli (Montes & Guyton, 2014), veterani iraniani (Ahmadi et al., 2013), popolazione turca (Keyvan et al., 2015) e individui di lingua francese dell’Africa occidentale (Weiss & Rosenfeld, 2017), fornendo supporto alle traduzioni del test che si sono dimostrate validi e affidabili strumenti di *screening* per identificare la simulazione (Ter-Stepanyan et al., 2021). I risultati della ricerca di Ter-Stepanyan et al. (2021) sulle proprietà psicometriche, sull’affidabilità e sulla validità del M-FAST sono coerenti con i dati degli studi precedenti sulla versione originale e su quelle adattate del test; gli autori concludono che i dati supportano l’utilizzo nel contesto armeno e che alcune differenze culturali e linguistiche potenzialmente critiche devono essere tenute sotto osservazione dagli esperti nel determinare il punteggio di *cut off* e nel valutare i risultati ottenuti (Ter-Stepanyan et al., 2021).

**Austria:** L’*Austrian Federal Ministry of Health* ha pubblicato le linee guida per la preparazione dei dati e dei report clinico-psicologici, secondo il *Psychologist’ Act*, però, queste linee guida sarebbero vincolanti per i professionisti e fondamentalmente non tratterebbero il problema dei SVT e dei PVT nello specifico (Merten et al., 2022). Nonostante ciò, le diverse criticità sarebbero state trattate in numerose e recenti pubblicazioni di vari autori austriaci e, negli ultimi anni, il numero di corsi di formazione avanzata con oggetto i SVA sarebbero aumentati considerevolmente (Merten et al., 2022). Diversi seminari su report inerenti alla validazione di sintomi e di prestazioni neuropsicologiche (“*symptom and performance validation in neuropsychological reports*”) sono stati organizzati dall’*Austrian Neuropsychological Association* (GNPÖ), il contenuto di questi corsi comprende l’interpretazione dei risultati, i possibili utilizzi e limiti associati all’utilizzo di specifici test per l’indagine della simulazione, questioni etiche nel somministrare i SVT e i PVT e la presentazione e discussione di report; la frequenza generale stimata nell’utilizzo dei SVT/PVT risulta essere simile a quelle di altri paesi europei (Merten et al., 2022). In conclusione, la validità sintomatologica e della performance continua ad essere ampiamente discussa in Austria, in assenza di linee guida disponibili i vari professionisti affrontano questa tematica in modo differente, nonostante ciò, con la diffusione del SVA l’applicazione dei SVT e dei PVT è aumentata sia nel setting clinico che in quello forense (Merten et al., 2022).

---

<sup>48</sup> La validità del M-FAST dipende dalle capacità del paziente di comprendere e provvedere risposte a ogni domanda.

**Danimarca:** In Danimarca è disponibile un unico “*stand-alone*” SVT standardizzato: il SIMS, il quale si è dimostrato essere uno dei test più comunemente utilizzati in Europa (Dandachi-Fitzgerald et al., 2013); e solo un paio di PVT, tra cui il TOMM risulta essere probabilmente il più adottato dagli specialisti, il quale si è dimostrato essere il più accurato standard di misurazione per classificare gli individui con la scala NRB<sup>49</sup> (Gudmundsson et al., 2020). Entrambi i test citati sono efficaci nell’identificare la dissimulazione (“*underperformance*”) cognitiva come anche la fabbricazione o l’esagerazione di sintomi; molti studi hanno descritto l’utilizzo dei SVT e dei PVT nei contesti americano ed europeo, principalmente tra i neuropsicologi con pazienti/clienti clinici e/o forensi (Gudmundsson et al., 2020). Dandachi-Fitzgerald et al. (2013) hanno stimato che il 36% dei neuropsicologi danesi ed il 45% dei neuropsicologi europei utilizzano in almeno il 95% dei casi gli SVT/PVT; McCarter et al. (2009) ha evidenziato come il 59% dei neuropsicologi britannici utilizzavano più del 95% delle volte gli SVT/PVT nello svolgere lavori medico-legali, tutti questi studi, tuttavia, si sono basati su self-report ed hanno incluso solo neuropsicologi (Gudmundsson et al., 2020). Data l’assenza di dati in merito all’utilizzo nella pratica quotidiana dei SVT/PVT nel contesto psicologico-forense danese, lo scopo dello studio di Gudmundsson et al. (2020) è di valutare: quanto spesso vengano utilizzate le valutazioni psicologiche degli imputati in contesti forensi *pretrial* in Danimarca, nello specifico quanto vengano utilizzati il TOMM ed il SIMS; quali siano le circostanze che portano alla somministrazione di questi test, incluse le caratteristiche demografiche dei soggetti, il loro stato di reclusione ed il tipo di atto criminale agito; quali diagnosi psichiatriche e raccomandazioni forensi vengano associate all’adozione di questi test (Gudmundsson et al., 2020). I risultati evidenziano come vi sia una grossa differenza tra i clinici rispetto alla frequenza con cui utilizzano i test psicologici nella valutazione psichiatrico-forense, il range varia tra il 18% ed il 67%; le ragioni alla base di questa differenza risultano sconosciute, gli autori ipotizzano divergenze nelle tradizioni e nelle procedure o una mancanza di risorse adeguate, sia economiche che professionali (Gudmundsson et al., 2020). L’utilizzo dei test nella valutazione psicologica ha mostrato una frequenza ancora più bassa, solo il 7% degli *assessment* psicologici e solo il 3% delle valutazioni psichiatriche forensi include l’amministrazione del TOMM e/o del SIMS (Gudmundsson et al., 2020). Questi dati mostrano la necessità di una modifica nella pratica in Danimarca, è essenziale, infatti, che si inizi ad includere con una frequenza maggiore gli SVT/PVT nell’indagine della simulazione; lo sviluppo di linee guida standard potrebbe, inoltre, aiutare ulteriormente a minimizzare

---

<sup>49</sup> Vedi Sharland & Gfeller (2007).

l'eterogeneità con cui i vari clinici operano (Gudmundsson et al., 2020). Lo scarso utilizzo di test potrebbe riflettere una tradizionale tendenza a fare affidamento su altre fonti d'informazione ed una bassa preparazione e conoscenza della SVA; secondo gli autori, da un punto di vista linguistico, vi è una scarsa disponibilità di strumenti adeguati (test psicologici tradotti in danese con norme adeguate alla specifica popolazione) (Gudmundsson et al., 2020). In generale, inoltre, nella somministrazione dei SVT/PVT si considera un 10% di falsi positivi (Larrabee, 2012), i dati della presente ricerca però hanno evidenziato un *false positive rate* del 35%<sup>50</sup>; in letteratura, le ricerche condotte sul TOMM ed il SIMS (ed altri strumenti) hanno evidenziato un alto tasso di falsi positivi in campioni clinici, questo deve essere un sollecito a non considerare mai i risultati separatamente gli uni dagli altri<sup>51</sup> (Gudmundsson et al., 2020).

**Francia:** Gli studi sul *Symptom Validity Assessment* (SVA) risultano scarseggiare in Francia, questo è dovuto alla poca importanza data ai test psicologici durante la formazione degli psicologi forensi, nonostante l'ormai consolidata dimostrazione che anche il clinico più esperto è soggetto ad errori di valutazione data la sua imperfetta capacità di individuare la *negative distortion* (Banovic et al., 2021). La promozione degli SVT/PVT ampiamente utilizzati in altri paesi, attraverso l'introduzione di tecniche complementari agli strumenti che già vengono adottati in Francia nel contesto forense, potrebbe aiutare l'avanzamento della ricerca e della pratica in materia di salute mentale; attualmente gli esperti che praticano nel paese possono fare affidamento su strumenti quali l'MMPI-RF ed il SRSI, ufficialmente tradotti in francese, e diversi PVT come il TOMM, che non si basano sulla lingua (Banovic et al., 2021). Lo studio condotto da Banovic et al. (2021) tra i suoi obiettivi si prefigge di valutare la validità della versione francese dell'IOP-29 e dell'IOP-M conducendo lo studio in Francia (Banovic et al., 2021). I risultati della ricerca supportano l'applicabilità del test al contesto francofono, considerando l'ampio *effect size* prodotto dall'IOP-29 ( $d > 1.75$ ) ed i risultati ottenuti dalla combinazione del test con il suo modulo sulla memoria (IOP-M) ci sono basi solide per incoraggiare le ricerche future a valutare altri test nel contesto specifico, data la scarsa disponibilità attuale (Banovic et al., 2021). Lo studio di Geurten et al. (2018), invece, ha adattato il SRSI a soggetti "*French speaking*" e ne ha esaminato le proprietà psicometriche (Geurten et al., 2018). Il test combina sintomi genuini con pseudosintomi (identificati dagli esperti come bizzarri o rari e valutati dalle persone come credibilmente associabili a sindromi

---

<sup>50</sup> Numero di imputati che hanno fallito i test ma a cui si raccomandava un trattamento psichiatrico, nello studio non è stato però confermato quanti di questi falsi positivi fossero effettivamente falsi.

<sup>51</sup> "*These studies are a reminder that no VT results may ever stand alone*" (Gudmundsson et al., 2020).

conosciute) e la scala associata a quest'ultimi, a differenza di quella del SIMS, è meno focalizzata sulle psicopatologie estreme rendendola idealmente meglio adattabile al contesto civile-forense, mentre il SIMS è probabilmente meglio utilizzabile nel contesto criminale-forense (Geurten et al., 2018). Lo strumento risulta attualmente validato per le lingue: inglese, portoghese, olandese, norvegese e russo (Geurten et al., 2018). In linea generale, per il contesto francese, lo strumento si è dimostrato solido nel valutare possibili ed indiscriminate presentazioni sintomatologiche simulate (Geurten et al., 2018). Lo studio del 2018 identifica una struttura a due fattori del SRSI, entrambe le sottoscale evidenziano una buona validità convergente e affidabilità interna ed il questionario discrimina adeguatamente i partecipanti che esagerano i sintomi da quelli che rispondono genuinamente, inoltre, i dati evidenziano come, in un contesto in cui sia presente il *coaching*, il test meglio identifichi i simulatori non istruiti (Geurten et al., 2018).

**Germania:** Negli ultimi 10 anni, è cresciuta la consapevolezza legata alla presenza di eventuali risposte distorte in ambito forense ed è nato un dibattito tra gli psichiatri in riferimento all'utilizzo degli SVT e PVT con pazienti che presentano disturbi mentali (Merten et al., 2022). Nonostante ciò, i professionisti hanno iniziato ad utilizzare misure self-report di validità ed in particolare il *Symptom Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS), in riferimento a quest'ultimo, molti esperti hanno però dichiarato di avere diversi problemi legati al corretto utilizzo ed interpretazione dei dati ottenuti dal questionario e/o altri strumenti (Merten et al., 2022). In generale, considerando i test psicologici, molti non-psicologi continuano a sottostimare sia la complessità della valutazione psicologica (SVT e PVT inclusi) sia il grado di formazione necessario per somministrare ed interpretare i vari strumenti testistici correttamente (Merten et al., 2022). Alcuni test sono stati adattati al contesto tedesco, come il SIRS-2, l'IOP-29 ed il *Groningen Effort Test* (GET), e diversi sono stati gli studi empirici condotti per valutare l'utilizzo di misure di validità in contesti clinici e riabilitativi come anche in ambito forense con pazienti psichiatrici (Merten et al., 2022).

**Gran Bretagna:** Nel 2013, in Gran Bretagna utilizzare il termine "*malingering*" nei report forensi continuava ad essere ampiamente un tabù e la maggior parte delle ricerche che erano state svolte si focalizzavano sui PVT ma molte di queste utilizzavano popolazioni cliniche non-forensi (Merten et al., 2022). Da allora, vi è stata una scarsità di studi incentrati sulla validazione dei test e, ancora, i pochi che sono stati condotti hanno utilizzato lo stesso tipo di campione; sembrerebbe, dunque, che in questo paese si continui ad adottare un approccio

scarsamente incentrato sul SVA, se messo a confronto con il nord America, ed i professionisti sembrerebbero ancora molto riluttanti ad utilizzare i SVT e i PVT nell'identificazione della simulazione, come dimostrato dalle ricerche prodotte (Merten et al., 2022). I clinici sembrano molto scettici nel formulare un'opinione nei confronti della simulazione, dato che questa risulterebbe essere una questione trattata dalle corti giudiziarie più che dai professionisti stessi, e l'utilizzo del termine “*effort test*” sembra essere preferibile rispetto a quello di PVT (Merten et al., 2022). Nella *review* del 2013 si era notato come i neuropsicologi in Gran Bretagna fossero scettici nell'utilizzo dei PVT, nonostante la maggior parte degli specialisti li somministrasse in ambito medico-legale (Merten et al., 2022). Nello studio del 2022 questa tendenza permane immutata e, quindi, ancora non sono largamente utilizzati in un *setting* clinico (Merten et al., 2022). Uno studio di Cartwright et al. (2019) ha individuato come il 20% degli psicologi esperti chiamati a lavorare in ambito forense utilizzasse i SVT nella valutazione psicologica non-cognitiva (Cartwright et al., 2019). In linea generale, in GB gli studi dimostrano vi siano atteggiamenti contrastanti in riferimento alla prevalenza della simulazione o di presentazioni non credibili in condizioni legali (Cartwright et al., 2019). Cartwright et al. (2019) ha evidenziato come solo il 9.9% su un gruppo di 37 partecipanti (campione composto da psicologi che avevano condotto valutazioni medico-legali) credeva che i soggetti stessero simulando (Cartwright et al., 2019). In conclusione, l'accettazione del SVA sembra essere limitata, le ricerche anglosassoni si concentrano principalmente sulla popolazione clinica ed i clinici sarebbero contrari ad utilizzare queste nuove tecniche per la valutazione della simulazione (Merten et al., 2022).

**Italia:** Nel 2013, lo stato dell'arte indicava come in Italia vi fosse poca attività di ricerca e che i professionisti fossero poco inclini all'utilizzo dei SVT/PVT rispetto ad altri paesi europei (come Paesi Bassi, Norvegia e Germania), tuttavia in anni recenti diversi articoli sono stati pubblicati da autori italiani in riferimento al SVA e la simulazione di malattia (Giromini et al., 2022). Il sondaggio recentemente condotto da Giromini et al. (2022) ha indagato l'utilizzo e le credenze degli psicologi italiani in merito all'argomento fornendo un aggiornamento temporale sull'andamento in Italia, secondo la ricerca la maggioranza degli specialisti (più del 60%) è propensa ad adottare gli SVT ed i PVT quando si sospetta che l'esaminato possa avere un interesse nel produrre sintomi fisici o psichici falsi o esagerati; tuttavia, solo il 13.2% ha riportato di utilizzare uno o più di questi test autonomamente e regolarmente durante le proprie valutazioni (Giromini et al., 2022). Giromini et al. concludono che, sebbene, gli psicologi italiani non si interrogano sempre sulla credibilità dei sintomi presentati, quando questo

avviene sono relativamente propensi a somministrare i SVT/PVT a supporto della propria decisione (Giromini et al., 2022). Ricerche recenti si concentrano su tre argomenti principali. Primo, gli autori italiani hanno indagato la potenziale utilità di vari e moderni sviluppi tecnologici. Secondo, un'area di crescente interesse riguarda lo studio dell'efficacia di vari SVT e PVT, in particolare molte ricerche hanno esaminato le proprietà psicometriche di strumenti quali l'italiano IOP-29, il SIMS e l'MMPI-2, nell'individuare presentazioni non credibili, e alcuni articoli descrivono lo sviluppo e validazione iniziale del IOP-M, un nuovo PVT da utilizzare in associazione all'IOP-29. Terzo, ed ultimo, alcuni studiosi si sono concentrati sull'analisi dell'individuazione dell'amnesia simulata in contesti legali ("*crime-related*") (Merten et al., 2022). Oltre a questi tre focus, ci sono state anche altre questioni che sono state indagate in riferimento al SVA, *i.e.* la simulazione di problemi specifici, come deficit nella seconda lingua, conseguenti un trauma cranico lieve ("*mild*") o condizioni complesse legate alla simulazione come i disturbi fittizi o la sindrome di Munchausen; infatti, gli studi condotti in Italia sono in rapido aumento e alcuni autori pensano che questo andamento rimarrà costante nei prossimi anni (Merten et al., 2022).

**Paesi Bassi:** Nei Paesi Bassi, la ricerca si è focalizzata sul SVA, dal 2013 sono state pubblicate 6 tesi di dottorato sulla validità sintomatologica e sono stati sviluppati due nuovi PVT, il GET ed il *Visual Association Test-Extended*, test della memoria con un indice specifico per valutare la performance del soggetto (Merten et al., 2022). In ambito professionale, il tema della valutazione della validità ha prodotto interesse tra le compagnie assicurative come tra gli avvocati, specialmente quelli specializzati in lesioni personali (Merten et al., 2022). Come in altri paesi, è stata adottata la nuova nomenclatura associata ai SVT e ai PVT, le linee guida aggiornate per la valutazione neuropsicologica in ambito forense esprimono chiaramente la necessità di utilizzare questi metodi, nello specifico almeno due di questi strumenti testistici devono essere somministrati indipendentemente e la validità dei sintomi va verificata separatamente da quella della performance<sup>52</sup> (Merten et al., 2022). In contrasto con ciò, è ancora presente, tra gli psichiatri forensi, l'idea secondo cui il giudizio clinico è sufficiente per valutare la validità dei sintomi self-report; da linee guida, gli psichiatri sono chiamati a considerare l'utilizzo di strumenti specifici appena dubitino della validità dei sintomi riportati sulla base del proprio giudizio clinico (Merten et al., 2022). Ad oggi, mancano degli studi che attestino la frequenza con cui i test di validità vengano somministrati per la valutazione forense

---

<sup>52</sup> "*In every forensic neuropsychological assessment, the evaluation of symptom and performance validity must be psychometrically substantiated*" Nederlands Instituut voor Psychologen, sectie Neuropsychologie, 2016, p.10.

(Merten et al., 2022). In generale, nei Paesi Bassi lo stato dell'arte in riferimento al SVA risulta essere il migliore in Europa, almeno per quanto riguarda la valutazione neuropsicologica; nonostante ciò diversi problemi permangono, per lo più legati all'interpretazione della sintomatologia presentata dai pazienti quando questi falliscono alcuni test ma ne superano altri, inoltre, è ancora presente la tendenza ad ascrivere il fallimento di uno strumento alla psicopatologia stessa presentata dal soggetto (Merten et al., 2022).

**Slovenia:** In Slovenia non è stata condotta alcuna ricerca in merito al lavoro dei professionisti psicologi forensi, la ricerca di Areh (2020) ipotizza che, nel formulare risposte al quesito posto dalla corte, gli esperti usino principalmente test non standardizzati con proprietà psicometriche inadeguate, per cui mancano di valore normativo (Areh, 2020). L'autore considera l'opinione di 32 esperti nell'ambito clinico-psicologico, attivi nel periodo 2003-2018, e tenta di stabilire in che modo i professionisti formulino le proprie opinioni professionali e quali test vengano adottati per fare ciò (Areh, 2020). I risultati mostrano come siano presenti notevoli discrepanze rispetto a ricerche simili e sia assente la *compliance* con le linee guida professionali che dovrebbero assicurare una base scientifica accettabile all'opinione dell'esperto, per garantire l'inserimento della conoscenza prodotta all'interno del contesto giuridico (Areh, 2020). Più nello specifico, l'autore dimostra come le tecniche proiettive siano uno strumento molto utilizzato, più che in altri paesi dove il loro impiego invece è raro; questo dato dimostra la bassa aderenza alle norme per una corretta valutazione forense secondo cui fare uso di questi strumenti dovrebbe essere evitato, raccomandazione basata sul fatto che l'affidabilità delle misure è discutibile, la loro standardizzazione inadeguata, sono assenti norme idonee e non viene rilevato lo stile di risposta (*malingering*) (Areh, 2020). Il Rorschach, ad esempio, è considerato lo strumento proiettivo più ponderato, eppure fallisce nel raggiungere il minimo standard per la credibilità di un test psicologico, questo problema è dovuto in parte alle criticità della sua validità per cui non rientra tra gli strumenti universalmente utilizzabili nella diagnosi clinica (Areh, 2020). In Slovenia attualmente non sono disponibili norme valide, per cui non ci si può aspettare che vengano prodotte diagnosi valide ("*valid norms are not available, therefore valid diagnosis cannot be expected*"), dunque, il processo di produzione di conoscenze non è scientificamente fondato, l'analisi dei dati ottenuti dai test proiettivi rispecchiano le aspettative, le credenze, le motivazioni e gli stereotipi dell'esperto il quale fornirà interpretazioni ricche di *bias* di conferma (Areh, 2020). Lo studio di Šömen et al. (2021), in risposta ai risultati di Areh (2020), mira a sviluppare una versione adattata dell'IOP-29 e dell'IOP-M al contesto sloveno; i risultati evidenziano una buona capacità discriminatoria

dell'IOP-29<sup>53</sup> nel valutare il gruppo di simulatori e quello di controllo, tuttavia non è emersa nessuna differenza tra i gruppi, i dati ottenuti dalla scala FDS risultano simili a quelli di ricerche precedenti e la combinazione dei risultati dell'IOP-29 con quelli dell'IOP-M ha aumentato considerevolmente l'accuratezza classificatoria (Šömen et al., 2021). In generale, la ricerca fornisce supporto aggiuntivo agli studi che indagano la validità dell'IOP-29 e dell'IOP-M nei contesti applicativi e colma parzialmente le lacune, evidenziate da Areh (2020), presenti nel contesto sloveno in riferimento all'utilizzo degli strumenti SVT/PVT (Šömen et al., 2021).

**Spagna:** È stata rilevata una certa continuità nell'atteggiamento in Spagna dal 2013 al 2022, sia nelle linee di ricerca che nell'adattamento e sviluppo di strumenti, come nella presenza di criticità (Merten et al., 2022). Gli studi hanno approfondito i vari ambiti, forense, neuropsicologico, medico-legale e militare, ma particolarmente quello forense da un punto di vista della ricerca e della valutazione, con sviluppi per quest'ultima in riferimento alle sequele di lesioni psicologiche successive ad un evento traumatico<sup>54</sup> (Merten et al., 2022). Diversi sono i test validi a livello internazionale che sono stati adattati al contesto spagnolo, l'MMPI<sup>55</sup>, il PAI, il SIMS, il TOMM, e continuano ad essere utilizzati nelle ricerche (Merten et al., 2022). Nonostante l'ampia disponibilità di studi e strumenti, ulteriori indagini sono necessarie; nello specifico, come nel 2013, è necessario definire un protocollo adeguato all'indagine sistematica di possibili simulazioni basato sul consenso degli esperti in diversi ambiti d'applicazione e di valutazione (Merten et al., 2022). Sfortunatamente, questo obiettivo sembra ancora lontano; inoltre, come in Germania, la complessità della SVA è ancora sottostimata e minimizzata, infatti, continua ad esserci un utilizzo inadeguato degli strumenti di *screening* (come il SIMS), adottati a fini diagnostici ma con una scarsa consapevolezza del loro scopo e dei limiti (Merten et al., 2022). Il *setting* medico continua ad avere grosse difficoltà in riferimento alla valutazione di disabilità temporanee causate da disturbi mentale, quest'ambito necessita sicuramente di future ricerche, di una più accurata formazione professionale e di un miglioramento dei protocolli di indagine (Merten et al., 2022). Dati i risultati di molte ricerche che indicano come la simulazione di sintomi si presenti a tassi non irrilevanti, lo studio di Puente-López et al. (2022) tenta di replicare in Spagna i risultati di Dandachi-FitzGerald et al. (2020) e più in generale di valutare la percezione e le credenze in materia di simulazione in tre campioni differenti: popolazione generale, studenti universitari e studenti di psicologia (Puente-López et

---

<sup>53</sup> Specificità del 98% e sensibilità del 88%.

<sup>54</sup> Come la violenza di genere (Marín-Torices et al., 2018) o gli incidenti stradali (Puente-López et al., 2021).

<sup>55</sup> L'adattamento spagnolo dell'MMPI-RF è stato attualmente pubblicato ed è in previsione per il 2023 la pubblicazione del MMPI-3.

al., 2022). Data l'impossibilità di generalizzare i dati ricavati da questi campioni all'ambito forense, sono stati formati due ulteriori gruppi, composti da medici e psicologi forensi, per valutare la prevalenza nella pratica, le credenze degli esperti e le tecniche di valutazione utilizzate in riferimento alla simulazione di malattia (Puente-López et al., 2022). I risultati mostrano come approssimativamente due terzi dei partecipanti riportano di conoscere una o più persone che hanno simulato o stavano attualmente simulando sintomi o una malattia ed un terzo riporta di essere stati loro stessi dei simulatori nel passato; i domini sintomatologici percepiti come più frequentemente simulati si riferiscono al mal di testa, ai danni cervicali e alla depressione, i dati nei vari gruppi coincidono ad eccezione per l'ordine di frequenza (Puente-López et al., 2022). In generale, in Spagna, danni da colpo di frusta e, specificatamente le condizioni legate al dolore cronico, rappresentano gli ambiti più problematici e critici, seguiti dalle condizioni correlate ad ansia e depressione; le diagnosi si basano, nella maggioranza di casi, sui sintomi che riportano i pazienti senza adottare criteri oggettivi adeguati a valutarne la veridicità (Puente-López et al., 2022). Gli esperti, infatti, ammettono di essere al corrente della scarsità di strumenti disponibili e di utilizzare principalmente le informazioni fornite dai pazienti e solo nel 12-14% dei casi tecniche psicometriche standardizzate; a differenza dello staff clinico, gli esperti forensi sono risultati più informati rispetto agli strumenti testistici come il SIMS e l'MMPI-2-RF e stimano una prevalenza del 20-40% di simulazioni nella pratica (Puente-López et al., 2022).

**Stati Uniti:** La popolazione ispanica rappresenta la comunità che più facilmente e velocemente si sta espandendo negli Stati Uniti, il cambiamento nella demografia del paese richiede lo sviluppo di strumenti neuropsicologici culturalmente e linguisticamente appropriati dato l'aumento dei pazienti *spanish-speaking* che ricercano una valutazione neuropsicologica a scopo giuridico (Reyes et al., 2018). Molti PVT indipendenti, come il *Dot Counting Test*, il TOMM, il b Test, il Rey 15-item e il *Rey Word Recognition*, sono già stati validati per la popolazione di lingua spagnola; il *Neuropsychological Screening Battery for Hispanics* (NeSBHIS) è stato sviluppato da Pontón et al. (1996) per affrontare la scarsità di valutazioni neuropsicologiche e di dati normativi disponibili per la popolazione ispanica nel contesto sia clinico che forense, la batteria valuta molte sfere cognitive comprese la memoria, il linguaggio, il controllo psicomotorio, le funzioni visuo-spaziali ed il ragionamento (Reyes et al., 2018). Lo studio di Reyes et al. (2018) propone di utilizzare il NeSBHIS in ambito forense, giudicandolo uno strumento clinico utile nel valutare i disturbi neuropsicologici; nello specifico, gli autori considerano il *World Health Organization Auditory Verbal Learning test* (WHO-ALT) che

costituisce una versione adattata del paradigma auditorio “*list-learning*”, il quale valuta diversi aspetti dell’apprendimento, della memoria ed è sensibile al declino cognitivo e alle condizioni neurologiche (Reyes et al., 2018). Nella valutazione della simulazione, i dati di varie ricerche hanno sottolineato come sia ragionevole sospettare che una performance non sia credibile quando i soggetti ottengono punteggi simili o pessimi nella prova di riconoscimento (“*recognition trial*”) piuttosto che in quella di associazione libera (“*free recall*”)<sup>56</sup>, infatti i *malingers* mostrano una performance peggiore nel compito di riconoscimento rispetto ai pazienti che soffrono di un disturbo cognitivo (Reyes et al., 2018). La ricerca sopracitata, basata su un disegno “*known-group*”, esamina la performance dei soggetti al “*recognition trial*” del WHO-ALT in un campione “*spanish-speaking*” residente nel nordest degli Stati Uniti e mira ad identificare il punteggio di *cut off* adatto a distinguere i simulatori dai soggetti genuini (Reyes et al., 2018). I risultati ottenuti forniscono una preliminare validazione del *recognition trial* del WHO-ALT come indice per individuare la simulazione in un campione di soggetti *spanish-speaking*, il test risulta essere un costrutto valido per la valutazione della popolazione ispanica e della simulazione al suo interno, inoltre, i dati evidenziano la sua validità nel contesto clinico-forense (Reyes et al., 2018).

**Svizzera:** Negli ultimi anni, il SVA in Svizzera ha riscosso una crescente accettazione grazie all’idea che sia uno strumento utile e necessario per distinguere i sintomi validi da lamentele non valide (esagerate o simulate) (Merten et al., 2022). Nel 2008, il *Swiss Federal Social Insurance Office* commissionò e pubblicò una review sistematica della letteratura del SVA con lo scopo di promuovere lo sviluppo ed utilizzo di standard medico-legali tra i professionisti (Merten et al., 2022). Inoltre, tra le linee guida per la valutazione neuropsicologica in ambito medico-legale, i test furono considerati come parte integrante dell’esame neuropsicologico, infatti, le corti giuridiche svizzere enfatizzano sull’importanza del SVA nelle decisioni giuridiche (Merten et al., 2022). La quinta edizione dell’*European Conference on Symptom Validity Assessment* si è svolta a Basel nel 2017, particolare attenzione è stata posta sui disturbi psicosomatici e psichiatrici, ed attualmente gli sforzi si stanno concentrando sulla formazione di giovani neuropsicologi sull’utilizzo ed interpretazione dei test, con particolare attenzione per il SVA (Merten et al., 2022).

---

<sup>56</sup> I dati suggeriscono che il riconoscimento risulta essere un compito più facile rispetto all’associazione libera, a differenza di quanto creduto dai soggetti che simulano.

**Tailandia:** Tecniche che individuino la simulazione di psicopatologie in ambito forense sono necessarie in Tailandia, lo studio di Arin e Khowboonngam (2018) sviluppa una versione iniziale di SVT (SVT-Th) basata sulle due tipologie di strategie globalmente utilizzate: le *unlikely* e le *amplified detection strategies* di Rogers (Arin & Khowboonngam, 2018). La ricerca si suddivide in due parti, lo studio 1 caratterizzato da un'analisi fattoriale confermativa (CFA) per determinare la struttura fattoriale dello strumento e lo studio 2 che rappresenta un “*simulation design*” che utilizza un campione di pazienti psichiatrici (Arin & Khowboonngam, 2018). I risultati ricavati dagli autori evidenziano come lo strumento SVT-Th sviluppato fosse in grado di classificare correttamente e, dunque, distinguere i soggetti simulatori da chi aveva risposto genuinamente, evidenziano una buona efficienza e accuratezza, sensibilità e specificità (Arin & Khowboonngam, 2018).

**Turchia:** Smith e Burger, nel 1997, hanno sviluppato il *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS), uno strumento self-report ideato per valutare la simulazione di sintomi di psicopatologie e di funzioni cognitive; lo studio di Ardic et al. (2019) mira ad esaminare l'affidabilità, la validità e la struttura fattoriale del test in un “*Known Group*” *design study* nel contesto turco, il campione analizzato è composto da 103 pazienti psichiatrico-forensi (9 donne e 94 uomini), di età compresa tra i 18 ed i 75 anni, sottoposti a valutazioni in riferimento alla capacità di stare a processo e reclutati dal *Ministry of Justice Forensic Medicine Institute* in Turchia (Ardic et al., 2019). I risultati ottenuti dagli autori confermano come il SIMS, nel contesto turco, mostri stabili ed affidabili proprietà psicometriche; il coefficiente di consistenza interna delle scale sostiene l'affidabilità dello strumento, l'alpha di Cronbach oscilla tra il .32 ed il .88<sup>57</sup>, inoltre, la correlazione positiva tra una prima ed una successiva somministrazione avvalorata l'alta affidabilità *test-retest*<sup>58</sup> (Ardic et al., 2019). La ricerca, infine, esamina anche la relazione del SIMS con altre tecniche di valutazione della simulazione, i dati raccolti evidenziano una correlazione moderata/alta delle scale dello strumento con quelle del M-FAST (sottoscale e punteggio totale), del *Beck Depression Inventory* (BDI) e del *Beck Anxiety Inventory* (BAI) fornendo ulteriore validità alla misura nel contesto turco. Si può concludere, dunque, come il SIMS possa risultare un'ottima risorsa fornendo, grazie alle sottoscale di cui si compone, diverse sfaccettature della simulazione di psicopatologia e di deficit cognitivi (Ardic et al., 2019).

---

<sup>57</sup> Il suo valore più basso, di .32, è stato osservato nel *Low Intelligence* e quello più alto, di .88, nel *Neurologic Impairment*.

<sup>58</sup> Dato che generalmente manca di approfondimenti in letteratura e che costituisce una delle limitazioni del SIMS.

In conclusione, nell'analizzare i risultati ottenuti dai vari autori sopra riportati, per poter innanzi tutto identificare il "cosa" si sta osservando e, successivamente, fornire il "come" poterlo rilevare, si può dedurre che, come per l'ambito forense, anche nei vari contesti internazionali è necessario approfondire la ricerca in merito alla valutazione e alla diagnosi psicopatologica. Un processo che si focalizza, in *primis*, sulle varie presentazioni sintomatologiche e, successivamente, sulla simulazione stessa, adattando agli specifici contesti e alle date popolazioni i test standardizzati già esistenti, o sviluppandone di nuovi, validi e accurati, a seconda delle varie necessità presenti o in vista delle criticità riscontrabili nel futuro. Come evidenziato da Puente-López et al. (2022), infatti, i vari dati indicano come la simulazione (*symptom deception*, "*feigning*") sia presente in tassi non trascurabili e, dunque, future ricerche in riferimento alla sua prevalenza nelle varie culture è di estrema importanza<sup>59</sup> (Puente-López et al., 2022) per poter rendere gli esperti consci dell'esistenza di un problema e garantire a quest'ultimi mezzi adatti ad affrontarlo, consapevolmente ed efficacemente. La ricerca, infatti, oltre a fornire strumenti in risposta ad un problema già esistente, spesso evidenzia criticità celate agli esperti, indi per cui è fondamentale per il progresso e la conoscenza scientifica continuare ad indagare i vari fenomeni alla base della professione, con lo scopo di garantire una prestazione professionale il migliore, in termini di accuratezza ed efficacia, possibile.

## 5.2 LIMITI RISCONTRATI

La presente rassegna sistematica della letteratura non presenta particolari limiti se non quelli impliciti agli articoli stessi<sup>60</sup> o legati alla loro reperibilità; in riferimento a quest'ultima considerazione, infatti, dopo aver consultato i motori di ricerca scientifici<sup>61</sup>, e durante la prima fase di selezione dei dati, per alcuni articoli è risultata impossibile la consultazione dato il loro stato di "ancora in pubblicazione" ("*still in press*"). Nello specifico il materiale in questione si compone di 13 articoli, 10 risultanti dalla ricerca su Scopus e 3 da quella avvenuta su PubMed. Inoltre, data la specificità dei criteri d'esclusione adottati, è da tenere in considerazione come i dati non siano generalizzabili all'intero contesto forense ed internazionale, poiché l'utilizzo di parole chiave diverse da quelle selezionate, per la ricerca iniziale, avrebbe potuto portare a risultati differenti e, dunque, alla selezione e alla disponibilità di articoli che differiscono da

---

<sup>59</sup> "*These results, among others, indicate that symptom deception (feigning) occurs on a non-trivial scale and that further research into its prevalence across cultures is very important*".

<sup>60</sup> Vedi sezione dedicata nel Capitolo 4, Tavola 3. *Sintesi dei risultati*, Limiti.

<sup>61</sup> Vedi Capitolo 3, paragrafo 3.3 FONTI.

quelli effettivamente consultati e poi analizzati. Infine, l'ultima consultazione dei motori di ricerca risale rispettivamente al 20/03/2023 per Scopus e al 21/03/2023 per PubMed, risultano, dunque, esclusi dalla trattazione del presente elaborato tutti gli articoli pubblicati in seguito alle suddette date.

### 5.3 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La presente rassegna sistematica si poneva l'obiettivo di riportare l'attuale stato dell'arte in merito alla simulazione di malattia, con focus particolare all'ambito forense; più nello specifico prevedeva la trattazione delle criticità legate al fenomeno, le varie argomentazioni elaborate dagli esperti e le risposte che quest'ultimi hanno formulato in merito ai quesiti esistenti. Il focus dell'elaborato prevedeva un'analisi dei vari strumenti di *assessment* attualmente in uso per disambiguare ed evidenziare la presenza o meno di simulazione, quale sia il loro grado di attendibilità e quali siano le alternative disponibili, o recentemente sviluppate, per gli specialisti in grado di identificare le diverse psicopatologie e in che modo queste rendano possibile la loro differenziazione rispetto al comportamento simulatorio. I dati delle varie ricerche considerate all'interno dell'elaborato hanno indicato come la simulazione di sintomi si presenti a tassi non irrilevanti, in diversi ambiti ed in riferimento a determinati cluster di sintomi, motivo per cui gli autori sembrano confermare unanimemente la necessità di utilizzare un approccio che comprenda la combinazione di strumenti multipli, dal giudizio clinico strutturato, a strumenti psicometrici specificatamente sviluppati (SVT e PVT) ad altri strumenti standardizzati tipicamente adottati dagli esperti nelle valutazioni, con lo scopo di ottenere il più alto tasso di validità convergente che funga da guida nella diagnosi differenziale e riduca al minimo i tassi d'errore ed incertezza (*i.e.* falsi positivi, falsi negativi, simulazione non identificata). Inoltre, dato il numero degli studi emersi nel corso della raccolta dei dati, si è voluto approfondire come questa prospettiva testistica si declinasse nei vari paesi europei, ovvero, come vengano affrontate le varie questioni legate alla valutazione della simulazione e quale sia il rapporto esistente tra specialisti e strumenti di valutazione. Ne è emerso come i test psicologici non vengano tipicamente sviluppati o standardizzati per popolazioni che costituiscono delle minoranze e questa può essere una delle ragioni per cui individui appartenenti a minorità etniche mostrano tipicamente una performance peggiore in test cognitivi come anche nei SVT e nei PVT (Nijdam-Jones & Rosenfeld, 2017) e, ancora, i vari dati indicano come la simulazione sia presente in tassi non trascurabili e, dunque, future

ricerche in riferimento alla sua prevalenza nelle varie culture è di vitale importanza (Puentes-López et al., 2022). Come sottolineato dalla rassegna di Merten et al. (2022), per vari motivi, vi è stato un apparente ritardo in Europa nell'introduzione del SVA rispetto agli sviluppi nordamericani, infatti, per molti professionisti la questione della presentazione di sintomi simulati risulta largamente un tabù o un fenomeno che viene ancora considerato come marginale rispetto alla valutazione psicologica (Merten et al., 2022). I risultati evidenziando come sia presente un'ampia eterogeneità tra i paesi a livello di tecniche utilizzate, non essendoci ancora accordo sulla metodologia da adottare; pochi sono gli specialisti che possono affidarsi a linee guida esplicite e valide, che li istruiscano rispetto a quali siano gli strumenti più idonei alla valutazione forense, e, spesso, nonostante queste gli esperti ancora faticano ad utilizzare strumenti adatti agli ambiti in cui sono chiamati ad operare. Sulla base di ciò, i vari autori sottolineano come siano necessarie future ricerche per migliorare le conoscenze sulla simulazione di malattia in ambito forense, come anche in quello clinico, e nello specifico per sviluppare, adattare ed imparare ad utilizzare le varie tecniche di valutazione nei diversi contesti e con le differenti popolazioni con cui gli esperti si trovano ad operare.

## Bibliografia

- Adetunij, B. A., Basil, B., Mathews, M., Williams, A., Osinowo, T., & Oladinni, O. (2006). Detection and Management of Malingering in a Clinical Setting. *Primary Psychiatric*, 13:61.
- Ahmadi, K., Lashani, Z., Afzali, M. H., Tavalai, S. A., & Mirzaee, J. (2013). Malingering and PTSD: Detecting Malingering and War Related PTSD by Millers-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC Psychiatry*, 13(1), 154.
- Akehurst, L., Easton, S., Fuller, E., Drane, G., Kuzmin, K., & Litchfield, S. (2017). An Evaluation of a New Tool to Aid Judgements of Credibility in the Medico-legal Setting. *Legal and Criminological Psychology*, 22(1), 22-46.
- Ales, F., Giromini, L., Warmelink, L., Polden, M., Wilcockson, T., Kelly, C., . . . Crawford, T. (2023). On the Use of Eye Movements in Symptom Validity Assessment of Feigned Schizophrenia. *Psychological Injury and Law*, 16:83-97.
- American Psychiatric Association, APA (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quarta Edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Ardic, F. C., Kose, S., Solmaz, M., Kulacaoglu, F., & Balcioglu, Y. H. (2019). Reliability, Validity and Factorial Structure of the Turkish Version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (turkish SIMS). *Psychiatry and Clinical PSychoPharmacology*, 29:2, 182-188.
- Areh, I. (2020). Forensic Assessment may be Based on Common Sense Assumptions Rather than Science. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Arin, N., & Khowboonngam, S. (2018). Detection Strategies for Feigned Psychopathology: Test Development and Effects of Criminal Charge Simulation Design on Response Styles. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*.
- Arnett, P. A., Hammeke, T. A., & Schwartz, L. (1995). Quantitative and Qualitative Performance on Rey's 15-item Test in Neurological Patients and Dissimulators. *Clinical Neuropsychology*, 9:17-26.
- Ashendorf, L., Constantinou, M., & Mc Caffrey, R. J. (2004). The Effect of Depression and Anxiety on the TOMM in Community-dwelling Older Adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19:125-30.
- Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, AIPG (2017). *Carta di Noto IV. Linee Guida per l'esame del minore*.
- Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, AIPG (2017). *Corso di Formazione in Psicologia Giuridica e Psicopatologia Forense*.

- Banovic, I., Filippi, F., Viglione, D. J., Scrima, F., Zennaro, A., Zappalà, A., & Giromini, L. (2021). Detecting Coached Feigning of Schizophrenia with the Inventory of Problems – 29 (IOP-29) and Its Memory Module (IOP-M): A Simulation Study on a French Community Sample. *International Journal of Forensic Mental Health*.
- Barth, M. R., Brand, B. J., & Nester, M. S. (2023). Distinguishing Clinical and Simulated Dissociative Identity Disorder Using the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, Advanced online publication.
- Barthlow, D. L., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., & McNulty, J. L. (2002). The Appropriateness of the MMPI-2 K Correction. *Assessment*, 9, 3, pp. 219-229.
- Bass, C., & Halligan, P. W. (2007). Illness Related deception: Social or Psychiatric Problem? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100, 81-84.
- Ben-Porath, Y. S., & Forbey, J. D. (2004). Detriment Effects of the K Correction on Clinical Scale Validity. *Paper presented at the 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A*. Minneapolis.
- Bensch, D., Maaß, U., Greiff, S., Horstmann, K. T., & Ziegler, M. (2019). The Nature of Faking: A Homogeneous and Predictable Construct? *Psychological Assessment*, 31(4), 532.
- Berry, D. T., & Nelson, N. W. (2010). DSM-V and Malingering: A Modest Proposal. *Psychological Injury and Law*, 3, 295-303.
- Berry, D. T., Baer, R. A., & Harris, M. J. (1991). Detection of Malingering on The MMPI: A Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11:585-98.
- Bourget, D., & Bradford, J. M. (1995). Sex Offenders Who Claim Amnesia For Their Alleged Offense. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 299-307.
- Brand, B. L., Webermann, A. R., Snyder, B. L., & Kaliush, P. R. (2019). Detecting Clinical and Simulated Dissociative Identity Disorders With the Test of Memory Malingering. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 11(5), 513-520.
- Callieri, B., & Semerari, A. (1959). *La Simulazione di Malattia Mentale*. Roma: Abruzzini Editore.
- Capilla, P., González Ordi, H., & Santamaría, P. (2009). Tasas de Prevalencia de Simulación: un Estudio Empírico Basado en Profesionales Médico Expertos (comunicación). *Libro de Resúmenes del IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral*, (p. 47). Barcelona.
- Cartwright, A., Roach, J., & Armitage, R. (2019). Mission Impossible? Assessing the Veracity of a Mental Health Problem as Result of a Road Traffic Accident: a Preliminary Review of UK Experts' Practices. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30:1, 89-111.
- Carvalho, L., Reis, A., Colombarolli, M. S., Pasian, S. R., Miguel, F. K., Erdodi, L. A., . . . Giromini, L. (2021). Discriminating Feigned from Credible PTSD SYmptoms: a Validation of a Brazil Version of the Inventory of Problems-29 (IOP-29). *Psychological Injury and Law*, Advanced online publication.

- Cassano, A., & Grattagliano, I. (2019). Lying in the Medicolegal Field: Malingering and Psychodiagnostic Assessment. *Clinical Therapeutics*, 170 (2), 134-141.
- Cernovsky, Z. Z. (2021). Meta-analytic Re-assessment of the Validity of Miller Forensic Assessment Test for Detection of Malingering. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 85-92.
- Chafetz, M. (2011). Reducing the Probability of False Positives in Malingering Detection of Social Security Disability Claimants. *Clinical Neuropsychologist*, 25(7), 1239-1252.
- Chapellon, S., & Bondil, F. (2018). Le Simulateur face à l'expert. *Annales Médico-Psychologiques*, 176(1), 55-62.
- Collie, J. (1917). *Malingering and Feigned Sickness*. London: Edward Arnold.
- Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). The Definition of Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3), 30-51.
- Coons, P. M. (1991). Iatrogenesis and Malingering of Multiple Personality Disorder in the Forensic Evaluation of Homicide Defendants. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 757-768.
- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., Bošković, I., & Jelicic, M. (2020). Do You Know People Who Feign? Proxy Respondents About Feigned Symptoms. *Psychological Injury and Law*, 13(3), 225-234.
- Dandachi-Fitzgerald, B., Ponds, R. W., & Merten, T. (2013). Symptom Validity and Neuropsychological Assessment: A Survey of Practices and Beliefs of Neuropsychologists in Six European Countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(8), 771-783.
- De Marchi, B., & Balboni, G. (2018). Detecting Malingering Mental Illness in Forensics: Known-Group Comparison and Simulation Design with MMPI-2, SIMS and NIM. *PeerJ*.
- Dunn, T. M., Shear, P. K., Howe, S., & Ris, M. D. (2003). Detecting Neuropsychological Malingering: Effects of Coaching and Information. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18:121-34.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., & M., W.-C. M. (2007). Detection of Malingering in Psychiatric Unit and General Population Prison Inmates: A Comparison of The PAI, MS and SIRS. *Journal of Personal Assessment*, 88:33-42.
- Ekman, P. (2009). *I Volti della Menzogna. Gli Indizi dell'Inganno nei Rapporti Interpersonali*. Giunti Editore.
- Ferracuti, S., Parisi, L., & Coppotelli, A. (2007). *Simulare la Malattia Mentale*. Centro Scientifico Editore.
- Fleige, H., Grimm, A., Eckhardt-Henn, A., Gieler, U., Martin, K., & Klapp, B. F. (2007). Frequency of ICD-10 Factitious Disorder: Survey of Senior Hospital Consultants and Physicians in Private Practice. *Psychosomatics*, 48, 60-64.
- Fornari, U. (2015). *Trattato di Psichiatria Forense*. UTET.
- Gaasedelen, O. J., Whiteside, D. M., Altmaier, E., Welch, C., & Basso, M. R. (2019). The Construction and the Initial Validation of the Cognitive Bias Scale for the Personality Assessment Inventory. *The Clinical Neuropsychologist*, 33, 1467-1484.

- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica, Terza Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gegner, J., Erdodi, L. A., Giromini, L., Viglione, D. J., Bosi, J., & Brusadelli, E. (2020). An Australian Study on Feigned mTBI Using the Inventory of Problems-29 (IOP-29), its Memory Module (IOP-M), and the Rey Fifteen Item Test (FIT). *Applied Neuropsychology: Adult*, Advanced online publication.
- Geurten, M., Meulemans, T., & Seron, X. (2018). Detecting Over-reporting of Symptoms: the French Version of the Self-Report Symptom Inventory. *The Clinical Neuropsychologist*.
- Gieler, U., & Eckhardt-Henn, A. (2004). Factitious Disorders. *Dermatology and Psychosomatics*, 5, 93-98.
- Giromini, L., Barbosa, F., Coga, G., Azeredo, A., Viglione, D. J., & Zennaro, A. (2020a). Using the Inventory of Problems-29 (IOP-29) With the Test of Memory Malinger (TOMM) in Symptom Validity Assessment: a Study with a Portuguese Sample of Experimental Feigners. *Applied Neuropsychology: Adult*, 27(6), 504-516.
- Giromini, L., Pasqualini, S., Corgiati Loia, A., Pignolo, C., Di Girolamo, C., & Zennaro, A. (2022). A Survey of Practices and Beliefs of Italian Psychologists Regarding Malingering and Symptom Validity Assessment. *Psychological Injury and Law*, 15:128-140.
- Giromini, L., Viglione, D. J., Pignolo, C., & Zennaro, A. (2018). A Clinical Comparison, Simulation Study Testing the Validity of SIMS and IOP-29 With an Italian Sample. *Psychological Injury and Law*, 11(4), 340-350.
- Giromini, L., Viglione, D. J., Zennaro, A., Maffei, A., & Erdodi, L. (2020b). SVT Meets PVT: Development and Initial Validation of the Inventory of Problems-29 (IOP-29). *Psychological Injury and Law*, 13(3), 261-274.
- González Ordi, H., Santamaría, P., Capilla, P., & coordinadores. (2012). *Estrategias de Detección de la Simulación: un Manual Clínico Multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gottfried, E., Hudson, B., Vitacco, M., & Carbonell, J. (2017). Improving the Detection of Feigned Knowledge Deficits in Defendants Adjudicated Incompetent to Stand Trial. *Assessment*, 24(2), 232-243.
- Green, P., Lees-Haley, P. R., & Allen, L. M. (2002). The Word Memory Test and The Validity of Neuropsychological Test Scores. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2:97-124.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An Interpretive Manual*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J., & Curtis, K. L. (2009). Prevalence of Malingering in Patients with Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-legal Context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(7), 1117-1126.

- Grossi, L. (2018). Assessing Feigning with the Malingering Assessment of Psychopathology (MAP) in a Forensic Psychiatric Sample. *Unpublished doctoral dissertation*.
- Grossi, L. M., Green, D., Cabeldue, M., & Pivovarova, E. (2022). Assessing Feigning With the Feigning Evaluation INtegrating Sources (FEINS) in a Forensic Psychiatric Sample. *Psychological Service*, 19(2), 213-224.
- Grossi, L., Green, D., Cabeldue, M., Belfi, B., Rollock, C., & Pivovarova, E. (2018). Assessing Feigning with the Malingering Assessment of Psychopathology. *Paper presented at the annual meeting of the American Psychology-Law Society*. Memphis, TN.
- Grote, C. L., & Hook, J. N. (2007). Forced-choice Recognition Tests of Malingering. In G. J. Larrabee, *Assessment of Malingered Neuropsychological Deficits* (p. 44-79). New York, NY: Oxford University Press.
- Gudmundsson, S., Mortensen, E. L., & Sestoft, D. (2020). The Use of Psychological Assessment and Validity Tests in Forensic Psychiatric Examinations. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*.
- Guidotti Breting, L. M., & Sweet, J. J. (2013). Freestanding Cognitive Symptom Validity Test: Use and Selection in Mild Traumatic Brain Injury. In S. S. Buch, & D. A. Carone, *Mild Traumatic Brain Injury: Symptom Validity Assessment and Malingering*. (p. 145-57). New York, NY: Springer.
- Gulotta, G. (2020). *Compendio di Psicologia Giuridico-Forense, Criminale e Investigativa*. Milano: Giuffrè.
- Gunn, J., & Taylor, P. (2014). *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues. 2nd Edition*. Florida: CRC Press.
- Guriel, J., Yañez, T., Fremouw, W., Shreve-Neiger, A., Ware, L., Filcheck, H., & al., e. (2004). Impact of Choaching on Malingered Posttraumatic Stress Symptoms on The M-FAST and the TSI. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 4:37-56.
- Guy, L. S., & Miller, H. A. (2004). Screening For Malingered Psychopathology in a Correctional Setting Utility For The Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Criminal Justice Behaviour*, 31:695-716.
- Heilbronner, R. L. (2011). Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). In J. S. Kreutzer, J. De Luca, & B. Caplan, *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (p. 2417-8). New York, NY: Springer.
- Ilgunaite, G., Giromini, L., Bosi, J., Viglione, D. J., & Zennaro, A. (2020). A Clinical Comparison Simulation Study Using the Inventory of Problems-29 (IOP-29) with the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in Lithuania. *Applied Neuropsychology: Adult*, Advanced online publication. (Criminali, 2008)
- Istituto Superiore Internazionale di Scienze Criminali, ISISC (2008). *Linee-guida per l'Acquisizione della Prova Scientifica nel Processo Penale*.

- Jelicic, M., Ceunen, E., Peters, M. J., & Merckelbach, H. (2011). Detecting Coached Feigning Using the Test of Memory Malingered (TOMM) and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 850-855.
- Jung, C. G. (1973). *Simulazione di Malattia Mentale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kaufman, A. (1990). *Assessing Adolescent and Adult Intelligence*. Boston: Allyn and Bacon.
- Keyvan, A., Ger, M. C., Ertürk, S. G., & Türkcan, A. (2015). The Validity and Reliability of the Turkish Version of Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Archives of Neuropsychiatry*, 52(3), 296-302.
- Kohutis, E. A., & McCall, S. (2020). The Eggshell and Crumbling Skull Plaintiff: Psychological and Legal Considerations for Assessment. *Psychological Injury and Law*, 13:354-369.
- Larrabee, G. J. (2010). Detecting of Malingered Using Atypical Performance Pattern on Standard Neuropsychological Test. *The Clinical Neuropsychologist*, 410-25.
- Larrabee, G. J. (2012). Performance Validity and Symptom Validity in Neuropsychological Assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, 1-7.
- Larrabee, G. J. (2012). Performance Validity and Symptom Validity in Neuropsychological Assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(4), 625-631.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment. Fifth Edition*. New York, NY: OUP.
- López-Miquel, J., & Pujol-Robinat, A. (2020). Descriptive Analysis of Malingered Psychological Symptoms in a Forensic Sample. *Rivista Española de Medicina Legal*, 46: 175-182.
- Mahoney III, J. J., Bender, S. D., Arredondo, B. C., & Marcopulos, B. A. (2018). A Forensic Case Report Involving Unequivocal Severe Brain Injury and Unequivocal Response Bias. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 18:5, 374-387.
- Malcore, S. A., Schutte, C., Van Dyke, S. A., & Axelrod, B. N. (2015). The Development of a Reduced-item Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Psychological Injury and Law*, 8(2), 95-99.
- Malcore, S. A., Schutte, C., Van Dyke, S. A., & Axelrod, B. N. (2015). The Development of a Reduced-Item Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Psychological Injury and Law*, 8(2), 95-99.
- Marín-Torices, M. I., Hidalgo-Ruzzante, N., Daugherty, J. C., Jiménez-González, P., & Perez Garcia, M. (2018). Validation of Neuropsychological Consequences in Victims of Intimate Partner Violence in a Spanish Population Using Specific Effort Tests. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 29(1), 86-98.
- Mastronardi, V., & Del Casale, A. (2012). Simulazione di Malattia Mentale. *Rivista di Psichiatria*, 47, 4, 26-41.
- Mazza, C., Orrù, G., Burla, F., Monaro, M., Ferracuti, S., Colasanti, M., & Roma, P. (2019). Indicators to Distinguish Symptom Accentuations from Symptom Producers in Individuals with a

- Diagnosed Adjustment Disorder: a Pilot Study on Inconsistency Subtypes Using SIMS and MMPI-2-RF. *PLoS One*, 14(12).
- McCarter, R. J., Walton, N. H., Brooks, D. N., & Powell, G. E. (2009). Effort Testing in Contemporary UK Neuropsychological Practice. *Clinical Neuropsychologist*, 23(6), 1050-1066.
- McDermott, B. E. (2012). Psychological Testing and the Assessment of Malingering. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 855-876.
- McDermott, B., & Sokolov, G. (2009). Malingering in a Correctional Setting: the Use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a Jail Sample. *Behavioral Sciences & the Law*, 27: 753-65.
- McWilliams, N., & Lingardi, V. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, Seconda Edizione*. Raffaello Cortina Editore.
- Meehl, P. E., & Hathaway, S. R. (1946). The K Factor as a Suppressor Variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 30, 525-564.
- Mendelson, G., & Mendelson, D. (2014). Legal and Psychiatric Aspects of Malingering. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 1, 28-34.
- Merten, T., Dandachi-FitzGerard, B., Hall, V., Bodner, T., Giromini, L., Lehrner, J., . . . Di Stefano, G. (2022). Symptom and Performance Validity Assessment in European Countries: an Update. *Psychological Injury and Law*, 15:116-127.
- Miller, H. A. (2000). M-FAST: Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test Professional Manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Miller, H. A. (2004). Examining The Use of The M-FAST With Criminal Defendants Incompetent to Stand Trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48:268-80.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D., & Gossman, S. (2009). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III): Manual*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/PsychCorp.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. (2002). Base Rates of Malingering and Symptoms Exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094-1102.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24: 1094-102.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094-1102.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA, G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151:264-9, W64.
- Montes, O., & Guyton, M. (2014). Performance of Hispanic Inmates on the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Law and Human Behaviour*, 38(5), 428-438.

- Montrone, A., Martino, V., Grattagliano, I., Massaro, Y., Campobasso, F., Lisi, A., . . . Catanesi, R. (2016). L'Uso del Test SIMS nella Valutazione Psicodiagnostica delle Condotte Distorsive: la Simulazione. Uno Studio Pilota. *Rassegna Italiana di Criminologia* - 2/2016, 139-145.
- Mueller, C., & Evans, S. E. (2020). Performance Validity Testing and Aggression in a Forensic Inpatient Setting. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 20:2, 101-113.
- Murray, H. A. (1960). *Thematic Apperception Test (T.A.T.), Manuale*. Giunti Psicometrics.
- Nesbit-Bartsch, A. E., McDermott, B. E., & Warburton, K. D. (2021). Gender and Malingering in Defendants Deemed Incompetent to Stand Trial. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49(2).
- Nicholson, K., & Martelli, M. (2007). Malingering: Overview and Basic Concepts. In G. Young, A. Kane, & K. Nicholson, *Causality of Psychological Injury: Presenting Evidence in Court* (p. 375-409). New York: Springer.
- Nijdam-Jones, A., & Rosenfeld, B. (2017). Cross-cultural Feigning Assessment: A Systematic Review of Feigning Instruments Used Within Linguistically, Ethnically and Culturally Diverse Samples. *Psychological Assessment*, 29(11), 1321-1336.
- Orrù, G., Mazza, C., Monaro, M., Ferracuti, S., Sartori, G., & Roma, P. (2021). The Development of a Short Version of the SIMS Using a Machine Learning to Detect Feigning in Forensic Assessment. *Psychological Injury and Law*, 14: 46-57.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . Loder, E. W. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an Update Guideline for Reporting Systematic Reviews. *Research Methods and Reporting*.
- Panchieri, P., & Cassani, G. B. (1999). *Trattato Italiano di Psichiatria. Seconda Edizione*. Milano: Masson.
- Paulhus, D. L. (2002). Social Desirable Responding. The Evolution of a Construct. *The role of constructs in psychological and educational measurement*, 49-69.
- Pelfrey, W. V. (2004). The Relationship Between Malingeringers' Intelligence and MMPI-2 Knowledge and Their Ability to Avoid Detection. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48:649-63.
- Pella, R. D., Hill, B. D., Singh, A. N., Hayes, J. S., & Gouvier, W. D. (2012). Noncredible Performance in Mild Traumatic Brain Injury. In C. R. Reynolds, & A. M. Horton, *Detection of Malingering During Head Injury Litigation*. (p. 121-50). Boston, MA: Springer.
- Pignolo, C., Giromini, L., Ales, F., & Zennaro, A. (2023). Detection of Feigning of Different Symptom Presentations with the PAI and IOP-29. *Assessment*, 30(3), 565-579.
- Pina, D., Puente-Lopéz, E., Ruiz-Hernández, J. A., Godoy-Fernández, C., & Llor-Esteban, B. (2021). Cues for Feigning Screening in Whiplash Associated Disorders. *Legal Medicine*, 48.
- Pivovarova, E. (2012). Development and Validation of the Malingering Assessment Psychopathology (MAP). *Unpublished doctoral dissertation*.

- Pontón, M. O., Satz, P., Herrera, L., Ortiz, F., Urrutia, C. P., Young, R., . . . Namerow, N. (1996). Normative Data Stratified by Age and Education for the Neuropsychological Screening Battery for Hispanics (NeSBHIS): Initial Report. *Journal of International Neuropsychological Society*, 2, 96-104.
- Puente-López, E., Pina, D., López-López, R., González Ordi, H., Bošković, I., & Merten, T. (2022). Prevalence Estimates of Symptom Feigning and Malingering in Spain. *Psychological Injury and Law*.
- Puente-López, E., Pina, D., Ruiz-Hernández, J. A., & Llor-Esteban, B. (2021). Diagnostic Accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in Motor Vehicle Incident Patients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 32(1), 131-154.
- Raharjanti, N. W., Purwadianto, A., Soemantri, D., Bardosono, S., Mahajudin, M. S., Poerwandari, E. K., . . . Wiguna, T. (2021). Self-confidence in Conducting Forensic Psychiatric Evaluations Among General Psychiatrists in Indonesia. *Heliyon*.
- Rai, J. K., An, K. Y., Charles, J., Ali, S., & Edodi, L. A. (2019). Introducing a Forced Choice Recognition Trial to the Rey Complex Figure Test. *Psychology and Neuroscience*, Advance online publication.
- Raine, M. (2009). Helping Advocates to Understand The Psychological Diagnosis and Assessment of Malingering. *Psychiatric Psychological Law*, 16:322-8.
- Resnick, P. J. (1999). The Detection of Malingered Psychosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 159-172.
- Resnick, P. J., & Knoll, J. L. (2018). Malingered Psychosis. In R. Rogers, & S. D. Bender, *Clinical Assessment of Malingering and Deception. 4th Edition* (p. 98-121). Guilford Press.
- Reyes, A., LaBode-Richman, V., Salinas, L., & Barr, W. B. (2018). WHO-ALT Recognition Trial: Initial Validation for a New Malingering Index for Spanish-speaking Patients. *Applied Neuropsychology: Adult*.
- Rogers, R. (1990). Development of a New Classificatory Model of Malingering. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 323-333.
- Rogers, R. (1990). Models of Feigned Mental Illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21: 182-8.
- Rogers, R. (2008). Detection Strategies For Malingering and Defensiveness. In R. Rogers, *Clinical Assessment of Malingering and Deception. Third Edition*. (p. 14-35). New York, NY: Guilford.
- Rogers, R. (2008). Structured Interviews and Dissimulation. In R. Rogers, *Clinical Assessment of Malingering and Deception. Third Edition*. (p. 301-22). New York, NY: Guilford.
- Rogers, R. (2012). Current Status of Clinical Methods. In R. Rogers, *Clinical Assessment Of Malingering and Deception. Third Edition* (p. 391-410). New York, NY: Guilford Press.

- Rogers, R. (2018). An Introduction to Response Styles. In R. Rogers, & S. D. Bender, . *4th Edition Clinical Assessment of Malingering and Deception* (p. 3-17). New York, NY: The Guilford Press.
- Rogers, R. (2018). *Clinical Assessment of Malingering and Deception. 3rd Edition*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Rogers, R. (2021). Professional Pitfalls in Malingering Determinations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49: 296-99.
- Rogers, R., & Bender, S. D. (2013). Evaluation of Malingering and Related Response Styles. In I. B. Weiner, & R. K. Otto, *Handbook of Psychology, Vol. 11: Forensic Psychology. Second Edition*. (p. 517-40). New Jersey, NJ: John Wiley and Sons.
- Rogers, R., & Benders, S. D. (2018). *Clinical Assessment of Malingering and Deception. 4th Edition*. New York: Guilford Press.
- Rogers, R., & Correa, A. A. (2008). Determinations of Malingering: Evolution From Case-based Methods of Detection Strategies. *Psychiatric Psychological Law*, 15:213-23.
- Rogers, R., & Neumann, C. S. (2003). Conceptual Issues and Explanatory Models of Malingering. In P. W. Halligan, C. M. Bass, & D. A. Oakley, *Malingering and Illness Deception* (p. 71-82). New York, NY: Oxford University Press.
- Rogers, R., & Shuman, D. W. (2005). *Fundamentals of Forensic Practice: Mental Health and Criminal Law*. New York, NY: Springer.
- Rogers, R., Donnelly II, J. W., & Correa, A. A. (2019). Translated Measures in Forensic Evaluations with Specific Applications to Feigned Mental Disorders. *Psychological Injury and Law*, 12: 191-203.
- Rogers, R., Gillard, N. D., Berry, D. T., & Granacher, R. P. (2011). Effectiveness of The MMPI-2-RF Validity Scales for Feigned Mental Disorders and Cognitive Impairment: A Known-groups Study. *Journal of Psychopathological Behaviour Assessment*, 33:355-67.
- Rogers, R., Jackson, R., Sewell, K., & Harrison, K. (2004). An Examination of the ECST-R as Screen for Feigned Incompetency to Stand Trial. *Psychological Assessment*, 16, 213-223.
- Rogers, R., Salekin, R. T., W., S. K., Goldstein, A., & Leonard, K. (1998). A Comparison of Forensic and Non-Forensic Malingerers: a Prototypical Analysis of Explanatory Models. *Law and Human Behavior*, 22:353-67.
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory Models of Malingering. *Law Human Behaviour*, 18:543-52.
- Roma, P., Giromini, L., Burla, F., Ferracuti, S., Viglione, D. J., & Mazza, C. (2020). Ecological Validity of the Inventory of Problems-29 (IOP-29): an Italian Study of Court-Ordered, Psychological Injury Evaluations Using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) as Criterion Variable. *Psychological Injury and Law*, 13: 57-65.

- Roma, P., Piccinni, E., & Ferracuti, S. (2016). Applicazioni Forensi del MMPI-2. Using MMPI-2 in Forensic Assessment. *Rassegna Italiana di Criminologia - 2/2016*, 116-122.
- Sahoo, S., Kumar, R., & Oomer, F. (2020). Concepts and Controversies of Malingering: A Re-look. *Asian Journal of Psychiatry*.
- Salinsky, M., Binder, L., Storzbach, D., Parko, K., Rutecki, P., Goy, E., & Tadrous-Furnanz, S. (2020). Validity Testing in Veterans with Epileptic Seizure and Psychogenic Nonepileptic Seizure. *Epilepsy & Behaviour*, 111.
- Sammicheli, L. (2019). *La Perizia Psicologica, Prospettive e Metodi in Psicologia e Psicopatologia Forense*. Bologna: Il Mulino.
- Santamaría, P., Capilla Ramírez, P., & González-Ordi, H. (2013). Prevalencia de Simulación en Incapacidad Temporal: Percepción de los Profesionales de la Salud [Prevalence of Malingering in Temporary Disability: Perception of Health Professionals]. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151.
- Sartori, G., Orrù, G., & Zangrossi, A. (2016). *Detection of Malingering in Personal Injury and Damage Ascertainment Under Civil Law*. Cham, Switzerland: Springer.
- Scarpazza, C., & Sartori, G. (2020). Editorial: Deception in Court - Open Issues and Detection Techniques. *Frontiers in Psychiatry*, 11:476.
- Schroeder, R. W., Clark, H. A., & Martina, P. K. (2021). Base Rates of Invalidity When Patients Undergoing Routine Clinical Evaluations Have Social Security Disability as an External Incentive. *The Clinical Neuropsychologist*.
- Sellbom, M., & Ben-Porath, Y. S. (2006). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. In R. P. Archer, *Forensic Uses of Clinical Assessment Instruments* (p. 19-55). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Seron, X. (2014). Lying in Neuropsychology. *Clinical Neuropsychology*, 44:389-403.
- Sharland, M. J., & Gfeller, J. (2007). A Survey of Neuropsychologists' Beliefs and Practices with Respect to the Assessment Effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 213-223.
- Singh, J., Avasthi, A., & Grover, S. (2007). Malingering of Psychiatric Disorders: A Review. *German Journal of Psychiatry*, 10:126-32.
- Slick, D. J., & Sherman, E. M. (2012). Differential Diagnosis of Malingering. In D. A. Carone, & S. S. Bush, *Mild Traumatic Brain Injury: Symptom Validity Assessment and Malingering* (p. 57-72). New York: Springer Publishing Company.
- Smith, G. P. (2008). Brief Screening Measures For The Detection of Feigned PSYchopathology. In R. Rogers, *Clinical Assessment of Malingering and Deception. Third edition*. (p. 323-39). New York, NY: Guilford.
- Soliman, S., & Resnick, P. J. (2010). Feigning in Adjudicative Competence Evaluations. *Behav Sci Law*, 28:614-29.
- Šömen, M. M., Lesjack, S., Majaron, T., Lavopa, L., Giromini, L., Viglione, D. J., & Podlesek, A. (2021). Using the Inventory of Problems-29 (IOP-29) with the Inventory of Problems Memory

- (IOP-M) in Malingering-related Assessments: a Study with a Slovenian Sample of Experimental Feigners. *Psychological Injury and Law*, 14: 104-113.
- Stracciari, A., Bianchi, A., & Sartori, G. (2010). *Neuropsicologia Forense*. Bologna: Il Mulino.
- Strauss, E., Sherman, E. M., & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary*. Oxford: Oxford University Press.
- Sullivan, K., Lange, R. T., & Dawes, S. (2006). Methods of Detecting Malingering and Estimated Symptom Exaggeration Base Rates in Australia. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 4(4), 49-70.
- Tan, J. E., Slick, D. J., Strauss, E., & Hultsch, D. F. (2002). How'd they do it? Malingering Strategies on Symptom Validity Tests. *Clinical Neuropsychology*, 16:495-505.
- Tarescavage, A., Wygant, D. B., Gervais, R. O., & Ben-Porath, Y. S. (2013). Association Between the MMPI- 2 Restructured Form (MMPI-2-RF) and Malingered Neurocognitive Dysfunction Among Non-Head Injury Disability Claimants. *The Clinical Neuropsychologist*, 27, 313-335.
- Ter-Stepanyan, A., Azizian, A., Gasparyan, K., Ghazaryan, G., & English, P. (2021). Assessing Initial Psychometric Properties of the Armenian Version of the Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) with Psychiatric Patients and Simulator Participants. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*.
- Tierney, S. M., Webber, T. A., Collins, R. L., Pacheco, V. H., & Grabyan, J. M. (2021). Validity and Utility of the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) on an Inpatient Epilepsy Monitoring Unit. *Psychological Injury and Law*, 14: 248-256.
- Tombaugh, T. N. (1997). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative Data from Cognitively Intact and Cognitively Impaired Individuals. *Psychological Assessment*, 9:260-8.
- Trimble, M. (1981). Post-Traumatic Syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 74, 940-941.
- Tylicki, J. L., Rai, J. K., Arends, P., & Gervais, R. O. (2021). A Comparison of the MMPI-2-RF and PAI Overreporting Indicators in a Civil Forensic Sample With Emphasis on the Response Bias Scale (RBS) and the Cognitive Bias Scale (CBS). *Psychological Assessment*, 33(1), 71-83.
- Tylicki, J. L., Wygant, D. B., Tarescavage, A. M., Frederick, R. I., Tyner, E. A., Granacher, R. P., & Sellbom, M. (2018). Comparability of Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and Structured Interview of Reported Symptoms-Second Edition (SIRS-2) Classifications with External Response Bias Criteria. *Psychological Assessment*, Advance online publication.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & à Campo, J. (2018). Antisocial Features are not Predictive of Symptom Exaggeration in Forensic Patients. *Legal and Criminological Psychology*, 23, 135-147.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28, 1336-1365.

- Vickery, C. D., Berry, D. T., Harris, M. J., & Orey, S. A. (2001). Detection of Inadequate Effort on Neuropsychological Testing. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16:45-73.
- Viglione, D. J., Giromini, L., & Landis, P. (2017). The Development of the Inventory of Problems-29: a Brief Self-Administered Measure for Discriminating Bona Fide from Feigned Psychiatric and Cognitive Complaints. *Journal of Personality Assessment*, 99(5), 534-544.
- Vilar-López, R., Daugherty, J. C., Pérez-García, M., & Piñón-Blanco, A. (2021). A Pilot Study on the Adequacy of the TOMM in Detecting Invalid Performance in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.
- Vitacco, M., Rogers, R., & Gabel, J. (2007). An Evaluation of Malingering Screens with Competency to Stand Trial Patients: A Known Group Comparison. *Law and Human Behavior*, 31, 249-260.
- Walczyk, J. J., Sewell, N., & Di Benedetto, M. B. (2018). A Review of Approaches to Detecting Malingering in Forensic Contexts and Promising Cognitive Load-Induction Lie Detection Techniques. *Frontiers in Psychiatry*, 1-14.
- Weiss, R. A., & Rosenfeld, B. (2017). Identifying Feigning in Trauma-exposed African Immigrants. *Psychological Assessment*, 29(7), 881-889.
- Wendy, N., Mattos, L. A., Coffey, C. A., Molina, S. M., Gottfried, E. D., & Glassmire, D. M. (2021). The Association Between Clinicians' Initial Judgements of Feigning and Outcomes on Symptom Validity Measures Among Pretrial Forensic Psychiatric Inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Wesseley, S. (2003). Malingering: Historical Perspectives. In Halligan, Bass, & Oakley, *Malingering and Illness Deception*. Oxford: Oxford University Press.
- Williams, J. M., & Jones, K. (2012). Factitious Responding and Malingered Memory Disorder. In C. R. Reynolds, & A. M. Horton, *Detection of Malingering During Head Injury Litigation*. (p. 169-99). New York, NY: Springer.
- Winters, C. L., Giromini, L., Crawford, T. J., Ales, F., Viglione, D. J., & Warmelink, L. (2020). An Inventory of Problems-29 (IOP-29) Study Investigating Feigned Schizophrenia and Random Responding in a British Community Sample. *Psychiatry, Psychology and Law*, Advanced online publication.
- Wolf, E. J., Ellickson-Larew, S., Guetta, R., Escarfulleri, S., Ryabchenko, K., & Miller, M. W. (2020). Psychometric Performance of the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) in Veteran PTSD Assessment. *Psychological Injury and Law*, 13(3), 284-302.
- Wood, M. E., Coffey, C. A., & Glassmire, D. M. (2021). Specificity and Item Endorsement Rates of Personality Assessment Inventory Over-reporting Scales Across Ethnic, Gender and Diagnostic Groups in a Forensic Inpatient Sample. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Young, G. (2014). *Malingering, Feigning and Response Bias in Psychiatric/Psychological Injury: Implications for Practice and Court*. Vol 56. Dordrecht: Springer.

Yoxall, J., Bahr, M., & Barling, N. (2010). Australian Psychologists' Beliefs and Practice in the Detection of Malingering. In R. E. Hicks, *Personality and Individual Differences: Current Directions* (p. 315-326). Australian Academic Press.