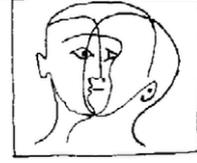


# ***Malingering: diagnosi differenziale e valutazione testistica nel contesto forense penale***



Veronica Tatti\*, Luciano Giromini\*\*

*Ricevuto il 5 marzo 2022  
Accettato il 30 maggio 2022*

## **Sommario**

Il “malingering” è la simulazione o l’esagerazione intenzionale di una patologia fisica o mentale, messa in atto allo scopo di ottenere benefici tangibili quali il ricevimento di un risarcimento economico o la mitigazione di una sentenza criminale. In questo articolo si prende in esame il fenomeno con un’ enfasi particolare sulla diagnosi differenziale e sulle sue implicazioni all’interno del contesto forense penale. Si evidenziano inoltre le ripercussioni che il malingering può avere sulla valutazione della capacità d’intendere e di volere. Non è raro, infatti, che nei contesti peritali alcuni rei cerchino di avvalersi di determinati articoli del Codice penale e tentino di simulare una perdita dell’esame di realtà. Conoscere una cospicua batteria di test sull’argomento è ormai fondamentale per il perito, al fine di rispondere al quesito giuridico. Si è dunque posto uno sguardo sul panorama testistico e sugli strumenti innovativi introdotti in letteratura negli ultimi anni. L’inclusione dell’Inventory of Problems-29 (IOP-29), un symptom-validity test (SVT), e dell’Inventory of Problems-Memory (IOP-M), un performance-validity test (PVT), nell’assessment psicologico risulta essere un potente ausilio nella discriminazione dei simulatori dai soggetti effettivamente affetti da una psicopatologia, come evidenziato nei vari studi presentati in questo articolo.

*Parole chiave:* malingering; IOP-29; IOP-M; assessment.

\* CBT Academy, Scuola di specializzazione cognitivo-comportamentale in ambito clinico e forense di Torino; Via della Rocca 2 – 10123 Torino; e-mail: veronica.tatti@edu.unito.it.

\*\* Dipartimento di psicologia, Università di Torino; Via Verdi 8 – 10124 Torino; email: luciano.giromini@unito.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022  
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14086*

## **Abstract**

*Malingering: differential diagnosis and psychological testing in the criminal forensic context*

“Malingering” is the simulation or intentional exaggeration of a physical or mental pathology driven by external incentives such as obtaining financial compensation or mitigating criminal culpability. This article provides an overview of the phenomenon, focusing on the differential diagnosis and on implications for the criminal forensic context. It also addresses the consequences that malingering may have on criminal culpability from a legal perspective. Indeed, it is not uncommon for offenders in the criminal forensic context to attempt to exploit certain articles of the Penal Code and feign a loss of reality-testing. Nowadays, the knowledge of a wide battery of tests focused on this subject is essential for the expert to answer the legal question. Therefore, this article addresses the issue of available psychological tests, focusing on two new and innovative tests: The Inventory of Problems-29 (IOP-29), a symptom-validity test (SVT), and the Inventory of Problems-Memory (IOP-M), a performance-validity test (PVT). These are highly effective measures for distinguishing malingerers from individuals who are genuinely affected by mental health problems, as demonstrated by the various research studies discussed in this article.

*Keywords:* malingering; IOP-29; IOP-M; assessment.

## **Inquadramento del fenomeno**

Il *malingering* è la simulazione o l'esagerazione intenzionale di una patologia fisica o mentale (DSM-5; APA, 2013). In letteratura le definizioni che si possono ritrovare di questo fenomeno sono molteplici. Indipendentemente da quella che si prende in considerazione tutte contengono il riferimento a due caratteristiche fondamentali: l'*intenzionalità* alla base della esagerazione o amplificazione dei sintomi e la presenza di un qualche *incentivo esterno* (Turner, 1997). Il *malingering*, che in italiano viene tradotto con il termine “patomimia”, è presente nella storia dell'uomo sin dagli albori e se ne possono trovare tracce in moltissime opere letterarie, sacre scritture comprese.

Fino alla pubblicazione della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III; APA, 1980), il *malingering* veniva considerato una vera e propria patologia. Soltanto con la divulgazione, nel 1980, della nuova edizione, ha cessato di essere etichettato come una malattia ed è stato collocato nell'«insieme di fattori utilizzati per effettuare classificazioni supplementari» (pp. 331-332). Successivamente con la revisione della quarta edizione (DSM-IV-TR) si è arrivati alla definizione attualmente in vigore, che definisce il *malingering* come la «produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da

incentivi esterni come evitare l'arruolamento militare, il lavoro, eludere un processo penale o ottenere medicinali» (APA, 2000, pp. 739-740).

La quinta edizione del DSM è stata oggetto di una radicale riformulazione concettuale e strutturale. Il capitolo nel quale è trattato il *malingering*, è quello del “Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati”. All'interno di quest'ultimo sono racchiuse molteplici diagnosi, due delle quali sono particolarmente rilevanti ai fini della diagnosi differenziale: il “Disturbo fittizio” e il “Disturbo di conversione”. Rogers sottolinea l'esigenza di distinguere il *malingering* dalla semplice simulazione, dal momento che con il termine “simulazione” ci si riferisce alla totalità delle condizioni in cui vi è la produzione o l'amplificazione di un quadro sintomatologico, senza tuttavia stabilirne l'intenzionalità e le motivazioni che hanno condotto a questo comportamento; elementi che invece sono essenziali nel *malingering* (Rogers, 2008).

Il criterio che permette di discriminare il *malingerer* da un soggetto affetto da disturbo fittizio è quindi la natura degli incentivi. In entrambe le condizioni (*malingering* e disturbo fittizio) si simula una patologia in maniera del tutto consapevole, ma gli scopi per cui lo si fa sono diversi. Nel disturbo fittizio la simulazione avviene anche in mancanza di un incentivo tangibile esterno. Gli individui con questo disturbo rincorrono il “ruolo di pazienti” e desiderano ottenere cure e attenzione da parte del personale sanitario. Essi sono dunque mossi da incentivi “interni” e non da vantaggi personali “esterni” come invece avviene nel caso della patomimia. La loro volontà di sottoporsi alle cure mediche, anche quelle più invasive, li differenzia dai *malingerer* che sono invece tipicamente più restii alle procedure sanitarie e raramente tendono a collaborare.

Nel disturbo di conversione, invece, l'individuo non ha alcun incentivo evidente, né interno, né esterno (Sahoo, Kumar & Oomer, 2020). Allo stesso modo di coloro a cui viene diagnosticato un disturbo fittizio, anche questi pazienti si sottopongono volentieri alle cure mediche e non attuano nessun tipo di ostruzionismo, a differenza di quanto accade con un *malingerer*.

Il *malingering* rappresenta una vera e propria piaga per l'intera comunità perché si associa a enormi costi sociali, etici ed economici (Chafetz & Underhill, 2013). Ad esempio, ogni anno vengono preventivate molte risorse per fornire assistenza sociosanitaria. Non di rado capita che i destinatari di questi trattamenti non ne abbiano effettivamente bisogno. Di fatto, questo significa che ingenti somme di denaro vengano sperperate per pensioni di invalidità, trattamenti psichiatrici o alloggi in ospedali e case di cura non necessari (Viglione, Giromini & Landis, 2017).

## **Il malingering nel contesto forense penale**

La determinazione della capacità d'intendere e volere è il nucleo della scienza penalistica. Attualmente, in Italia, con imputabilità si intende la coscienza che l'individuo possiede dei propri agiti e la sua normale autonomia volitiva. Vi è dunque la necessità che la persona sia in grado di autodeterminarsi, valutare le proprie condotte, comprendere le conseguenze morali, sociali e giuridiche che quest'ultime hanno e che abbia raggiunto la maturità mentale per effettuare questo tipo di valutazioni. L'imputabilità del soggetto è una condizione *sine qua non* della rimproverabilità (Rossi & Zappalà, 2005).

Nel Codice penale l'articolo 85, l'articolo 88 e l'articolo 89 disciplinano l'applicazione del concetto d'imputabilità e della capacità d'intendere e volere. Questi articoli sono essenziali per la comprensione e il giudizio dei rei che manifestano una qualche tipologia di sofferenza psichiatrica, al momento dell'atto illecito.

A partire dal XX secolo si è delineata la necessità d'individuare i *malingerer* all'interno dei contesti forensi penali (Resnick, 1984). Non è infatti così raro che i rei cerchino di manifestare una sintomatologia psicotica, dissimulando una perdita dell'esame di realtà (Resnick & Knoll, 2018), per ottenere uno sconto o una sospensione della pena o ancora per ottenere condizioni di detenzione migliori.

I soggetti sottoposti a perizia possono decidere di simulare/esagerare una patologia casualmente, premeditatamente o dietro suggerimento. Nel primo caso la patomimia può iniziare perché il reo ha interiorizzato la cultura carceraria, che comprende anche la psicopatologia. Nella seconda circostanza il soggetto, in pericolo di detenzione, preventivamente inizia a procurarsi la documentazione clinica necessaria per rafforzare un'ipotetica psicopatologia. Il *malingerer* mette in atto premeditatamente un vero e proprio piano in grado di dimostrare la sua non imputabilità. Nell'ultima circostanza sono i consulenti competenti a suggerire al detenuto di simulare un'instabilità mentale (Anselmi & Savoia, 2004).

Nei tribunali, nel corso degli anni, è aumentata l'attenzione sulla questione del *malingering*, stabilendo degli incrementi della condanna per coloro che, a seguito di un'approfondita perizia, risultino essere dei simulatori. Il perito, per fornire la sua valutazione nei contesti forensi, si basa sull'accertamento di determinate variabili, tra cui la presenza di un'oggettiva discrepanza tra il quadro sintomatologico lamentato dall'individuo e i reperti obiettivi raccolti, l'espressione di sintomi slegati e privi di un nesso eziologico, la presenza di un aumento esponenziale dell'interesse nella spettacolarizzazio-

ne dei sintomi e infine la presenza di una precisa motivazione esterna che induca la persona a mettere in atto comportamenti di patomimia (Resnick & Knoll, 2018).

Rilevare i simulatori non è un'operazione semplice. Discriminare la sintomatologia simulata/esagerata da quella veritiera è un'abilità complessa e articolata che necessita di una conoscenza approfondita del *malingering* e l'impiego di molteplici strumenti diagnostici validi e affidabili (Zapf & Grisso, 2012). I sintomi più comunemente simulati, nei contesti peritali penali, sono i deliri e le allucinazioni. Le allucinazioni visive vengono lamentate molto più spesso dai simulatori (46%), rispetto ai soggetti che realmente possiedono una sofferenza psichiatrica e sono portatori autentici di psicosi (4%) (Cornell & Hawk, 1989). Durante la valutazione è fondamentale domandare all'imputato il contenuto e le caratteristiche delle allucinazioni che dichiara di avere, per cercare di valutarne l'attendibilità. Si deve possedere molta premura nell'analisi del decorso temporale delle allucinazioni, soprattutto di quelle uditive. Nel caso in cui il soggetto affermi che la sintomatologia positiva sia scomparsa dopo pochi giorni dalla somministrazione degli antipsicotici, è probabile che quest'ultimo sia un simulatore poiché il tempo necessario al farmaco per svolgere la sua azione è di quasi un mese (Gunduz-Bruce *et al.*, 2005). La stessa attenzione al lasso temporale che decorre dall'assunzione dei farmaci alla scomparsa della sintomatologia va posta anche per i deliri, che necessitano di svariate settimane per andare in remissione. Si può dunque affermare che l'apparizione e la sparizione repentina della sintomatologia e l'assenza di comportamenti paranoidi, nei casi di ipotetici deliri paranoidi, che tendenzialmente si manifestano in seguito alla regressione del quadro sintomatologico siano dei veri e propri indicatori di sospetto (Resnick & Knoll, 2018).

Un'ulteriore variabile in grado di suggerire al perito la possibile simulazione del reo è il quadro sintomatologico particolarmente stravagante. Di solito, il *malingerer* non ha realmente idea di che cosa significhi essere affetti da un disturbo psichiatrico. Come gli attori, questi individui possono solo provare a immaginare e ad interpretare un ruolo come meglio riescono. Spesso esacerbano la loro simulazione credendo erroneamente che più è bizzarro il loro comportamento e più potranno convincere il medico della loro "follia". Vi sono testimonianze di imputati che per mettere in atto la loro patomimia hanno manifestato comportamenti assolutamente insoliti, come la coprofagia, ma così facendo hanno in realtà dimostrato la loro colpevolezza. Tra le situazioni che dovrebbero alimentare il dubbio in un perito, vi è il peggioramento del quadro sintomatologico nel momento in cui il soggetto sa di essere osservato e la manifestazione di sintomi non psicotici, come ad esem-

pio il sostenere di non ricordare dettagli bibliografici basilari come il proprio nome o la data di nascita (Jaffe & Sharma, 1998). Coloro che possiedono più probabilità di riuscita e risultano essere i simulatori più ostici da individuare sono i *malingerer* in grado di ponderare il quadro sintomatologico presentato, manifestando meno sintomi bizzarri o insoliti (Edens *et al.*, 2001).

Il simulatore tende a cercare di attirare l'attenzione sul suo comportamento, in contrasto con i pazienti schizofrenici che risultano essere altamente riluttanti a discutere della loro condizione e a richiamare la concentrazione sulla propria sintomatologia (Ritson & Forest, 1970).

Jones e Llewellyn nel 1917 fornirono una pittoresca definizione del simulatore affermando che egli «vede meno del cieco, sente meno che il sordo, ed è più zoppo che il paralizzato», sottolineando come il *malingerer* non sia altro che una maldestra caricatura.

## II “*coached*” *malingering*

In ambito penitenziario non è insolito che l'imputato venga esortato e istruito a simulare una psicopatologia in maniera efficace. Questo fenomeno viene denominato *coached malingering*. In particolare, Suhr & Gunstad (2007) hanno individuato due tipologie di *coaching*:

- *symptom-coaching*, quando il reo viene istruito sui sintomi che dovrà simulare;
- *test-coaching*, quando vengono fornite nozioni su come rispondere ai test, sulla struttura e il funzionamento degli strumenti.

Le due diverse tipologie di *coaching* vennero analizzate in uno studio del 2004, dove si evidenziò il loro impatto sull'accuratezza di due importanti test impiegati la valutazione della credibilità del quadro psicopatologico presentato: il *Test of Memory Malingering* (TOMM) (Toumbaugh, 1996) e lo *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) (Widows & Smith, 2015). I risultati delinearono come gli strumenti non subissero nessun impatto dal *symptom-coaching*, ma che il decremento della loro accuratezza iniziava a essere rilevante quando venivano combinate le due modalità di *coaching* (Powell *et al.*, 2004).

Recenti studi hanno inoltre sottolineato come circa la metà degli avvocati non ritenga eticamente errato informare i loro clienti che la valutazione da parte del perito possa contenere dei test per valutare la credibilità della loro “presentazione” (Allen & Green, 2001).

È quindi fondamentale che il professionista sia a conoscenza di questa pratica diffusa e che ne tenga conto durante la valutazione, servendosi di strumenti affidabili e sempre più innovativi.

## **L'utilizzo dei test psicologici nella valutazione della credibilità dei sintomi**

In letteratura vi sono alcuni strumenti che permettono di valutare la credibilità di un quadro sintomatologico fisico o psichico, ma nessuno di essi è in grado di stabilire se la simulazione sia attuata in maniera intenzionale o inconsapevole, né se vi siano incentivi o benefici esterni a cui l'esaminato ambisce; per questa ragione, la valutazione clinica della patomimia è estremamente complessa.

Diverse misure sono state messe a punto allo scopo di aiutare il testista nella valutazione della credibilità dei quadri clinici. Attualmente, però, la letteratura non offre linee guida universalmente condivise su quali misure sia meglio utilizzare. L'American Academy of Clinical Neuropsychology afferma che una giusta strategia, per individuare la simulazione, sia quella di somministrare all'interno della stessa batteria, almeno due strumenti per ognuna delle categorie di test essenziali per la sua valutazione. La motivazione alla base di questa asserzione è il fatto che se due test appartenenti alla stessa "tipologia" concordano nei risultati, allora è più probabile che quest'ultimi abbiano offerto un responso aderente alla realtà (Sweet *et al.*, 2021). In letteratura sono diversi gli strumenti che possono offrire al testista dati sulla simulazione: gli inventari di personalità utilizzati per la valutazione cognitiva e psicologica (inclusi i test di performance tipica), le interviste strutturate e le misurazioni specifiche per individuare la simulazione.

Gli inventari di personalità non sono stati ideati appositamente per misurare la credibilità dei quadri clinici presentati, ma vengono utilizzati anche con questo scopo perché al loro interno sono presenti delle scale che contribuiscono a misurare il livello di credibilità della presentazione. All'interno di questa categoria si collocano, ad esempio, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2: Butcher *et al.*, 1989; MMP-2-RF: Ben-Porath & Tellegen, 2008; MMPI-3: Ben-Porath, & Tellegen, 2020), e il *Personality Assessment Inventory* (PAI) (Morey, 1991). Le scale F-r e Fp-r dell'MMPI-2-RF e le scale *Negative Impression Management* (NIM) e *Malingering Index* (MAL) del PAI sono esempi molto noti in letteratura.

Le interviste strutturate sono caratterizzate dall'impiego di quesiti organizzati e codificati, in grado di scrutare l'ipotetica simulazione. Tra gli stru-

menti che si possono annoverare in questa categoria, quelli più frequentemente utilizzati sono la *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) (Spitzer *et al.*, 1975), la *Structure Interview of Reported Symptoms* (SIRS: Rogers, Bagby & Dickens, 1992; SIRS-2: Rogers *et al.*, 2010) e il *Miller Forensic Assessment of Symptoms* (M-FAST) (Miller, 2001).

I test ideati espressamente per l'individuazione del *Negative Response Bias* (NBS), ovvero lo stile di risposta agli strumenti che contribuisce a mostrare una immagine di sé più problematica o patologica, possono essere suddivisi in due grandi macrocategorie: i test che valutano la credibilità dei sintomi auto-riferiti (*symptom-validity test* o SVT) e i test che vagliano la validità delle prestazioni osservate su compiti cognitivi all'apparenza complessi, ma in realtà piuttosto semplici (*performance-validity test* o PVT). Ricerche recenti sottolineano come l'utilizzo combinato di SVT e PVT migliori sensibilmente l'accuratezza diagnostica delle decisioni cliniche relativamente all'*assessment* della validità/credibilità dei sintomi (Sherman *et al.*, 2021).

La diffusione del *malingering* in diversi contesti e il costo sociale ed economico che ne deriva pone l'accento sulla necessità di utilizzare strumenti standardizzati e innovativi per il rilevamento del comportamento simulatorio. In particolare, diverse pubblicazioni mostrano come l'unione di strumenti PVT, SVT e test clinici specifici per le patologie manifestate dal paziente, all'interno della stessa batteria di test, sia una strategia particolarmente efficace. In particolare, il panorama scientifico ha di recente consolidato l'utilità di due test estremamente brevi e di facile utilizzo: l'*Inventory of Problems-29* (IOP-29) (Viglione *et al.*, 2017) e l'*Inventory of Problems-Memory* (IOP-M) (Girromini *et al.*, 2020). Avendo una forte base empirica ed essendo stati rilasciati recentemente, questi strumenti portano con sé l'inevitabile vantaggio di essere poco noti all'interno del panorama giuridico e di conseguenza di poter contrastare in maniera ottimale sia il *symptom-coaching* che il *test-coaching*. La brevità e la semplicità di questi strumenti li rende ottimali anche per soggetti con limitazioni cognitive perché non producono un sovraccarico nel soggetto.

## L'IOP-29

L'*Inventory of Problems-29* è un *symptom-validity test* (SVT) autosomministrato, costituito da soli 29 *item* (Viglione *et al.*, 2017, Viglione & Girromini, 2020). Alla versione attuale dello strumento si è giunti dopo svariati studi e rielaborazioni. Inizialmente sono stati messi a punto 254 *item* considerando 27 strategie di rilevazione della simulazione. Le procedure statistiche successivamente utilizzate per la selezione degli *item* si sono focalizza-

te sulla generalizzabilità della validità degli *item* alla individuazione della simulazione di varie tipologie di condizioni psicopatologiche. Gli autori si sono inoltre focalizzati sull'efficacia di ciascun *item* in termini di validità incrementale. I 29 *item* selezionati sulla base di queste procedure costituiscono l'IOP-29, che può quindi essere applicato in contesti differenti e nella valutazione di molteplici condizioni cliniche (depressione, PTSD, schizofrenia, trauma cranico lieve, disturbi neuropsicologici, ecc.). La sua validità nel misurare la credibilità dei sintomi relativamente a queste condizioni è ampiamente documentata (Giromini & Viglione, 2022).

Nella costruzione dello strumento gli autori hanno preso in considerazione tutte le tipologie di strategie tipiche per la rilevazione della validità dei sintomi e delle performance. Quest'ultime possono essere suddivise in tre grandi categorie:

- le strategie fondate su una sintomatologia inverosimile e improbabile, che includono l'analisi di sintomi che si possono statisticamente manifestare solo nel 5% della popolazione clinica, o la cui combinazione raramente si sviluppa, nonostante singolarmente essi siano molto frequenti;
- le strategie fondate sul grado di gravità dei sintomi e sulla frequenza di essi, che includono l'analisi di quadri sintomatologici sproporzionati, irrealistici e con una presenza maggiore di sintomi caratteristici rispetto alla popolazione clinica reale;
- le strategie fondate sul contenuto dei sintomi, che includono gli stereotipi erranei che le persone possiedono rispetto al quadro sintomatologico di un determinato disturbo e la discrepanza tra i sintomi osservati dal clinico e quelli riferiti dal paziente.

I 29 *item* del test sono suddivisi in 27 *item* in grado di rilevare la simulazione attraverso domande chiuse, con alternative di risposta multipla (vero, falso e non ha senso) e 2 quesiti a risposta aperta (Viglione & Giromini, 2020). L'IOP-29 è collegato al suo sito ufficiale ([www.iop-test.com](http://www.iop-test.com)), tramite il quale è possibile calcolare lo *score* di ogni singolo test. Il punteggio calcolato dall'algoritmo è un valore probabilistico, denominato *False Disorder Probability Score* (FDS), frutto della regressione logistica ottenuta attraverso la comparazione dei risultati prodotti da un campione di simulatori, con quelli prodotti da pazienti che rispondono onestamente agli *item* del test. Più il valore del FDS è alto e si avvicina a 1.00, minore è la credibilità del quadro clinico presentato. Secondo gli autori il punteggio di *cut-off* in grado di fornire un buon compromesso tra la specificità dello strumento e la sua sensibilità è un  $FDS \geq 0.50$  (Giromini *et al.*, 2018; Viglione & Giromini, 2020).

## L'IOP-M

L'*Inventory of Problems-Memory* è un *performance-validity test* (PVT) che prevede 34 *item* dicotomici a risposta “forzata”. Attualmente in letteratura è stata proposta la sua sesta versione, che include *item* in grado di discriminare i simulatori dai pazienti con buona efficienza diagnostica ( $\Phi \geq 0.30$ ). Gli studi hanno dimostrato che in assenza di gravi compromissioni cognitive, coloro che completano genuinamente lo IOP-M rispondono correttamente a ciascun *item* del test nel 90% dei casi (Giromini *et al.*, 2020).

Lo IOP-M è in grado di valutare le capacità mnemoniche dei soggetti ai quali viene sottoposto. Questo strumento apparentemente così semplice surclassa i test mnemonici molto complessi e dispendiosi, in termini di tempo e risorse, presenti in letteratura. Tendenzialmente i PVT che valutano la credibilità dei deficit mnemonici presentati dagli esaminati prevedono degli stimoli target formati da immagini o parole, siano esse scritte o parlate, che vengono sottoposti al soggetto. Quest'ultimo viene istruito a memorizzare i contenuti presentati per poi essere successivamente interrogato su di essi. Per ridurre il tempo di somministrazione e aumentare l'utilità degli strumenti in termini di rapporto tra costi e benefici, l'IOP-M viene sottoposto immediatamente dopo lo IOP-29, utilizzando il testo dell'IOP-29 stesso come “*trial*” per l'apprendimento. Ognuno dei 34 *item* dello IOP-M presenta infatti due vocaboli o delle brevi affermazioni, una delle quali era presente nei 29 *item* dello IOP-29, l'altra no. Nell'IOP-M viene dunque testato l'apprendimento incidentale, che ha una lunga tradizione nei test neuropsicologici (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Giromini *et al.*, 2020).

Sono due le strategie che hanno guidato gli autori dell'IOP-M nella scelta dei termini più idonei da utilizzare:

- la “immaginabilità”, che consiste nella facilità con cui il soggetto riesce a visualizzare il vocabolo a lui sottoposto. Questa scelta metodologica è stata dettata dai numerosi studi che dimostrano come questa proprietà riesca a produrre un incremento mnemonico per le parole e di conseguenza ridurre la difficoltà di test mnemonici di riconoscimento a scelta forzata (Davis, 2014; Giromini *et al.*, 2020). L'IOP-M include al suo interno vocaboli meno astratti, privilegiando alternative più immaginabili e tangibili;
- il “contenuto”, che si basa sull'idea secondo la quale i *malingerer* tendano a selezionare parole con connotazione negativa o drammatica. La motivazione alla base di questa decisione è la possibilità, da parte del simulatore, di manifestare il proprio disagio emotivo. La letteratura ha

dimostrato come i *malingerer* tendano a rispondere più frequentemente con una connotazione negativa, rispetto ai soggetti onesti, anche quando questi ultimi effettivamente presentino un conclamato disagio fisico o psichico (Rogers & Bendere, 2013; Giromini *et al.*, 2020).

Attualmente sono stati svolti numerosi studi di ricerca per vagliare la validità e l'accuratezza dell'IOP-M, sebbene la letteratura sull'IOP-29 sia decisamente più abbondante. Gli studi ad oggi pubblicati relativamente all'efficacia dell'IOP-M sono stati condotti in Italia (Giromini *et al.*, 2020), negli Stati Uniti (Giromini *et al.*, 2020), in Australia (Gegner *et al.*, 2020) in Brasile (Carvalho *et al.*, 2021), in Francia (Banovic *et al.*, 2021) e in Slovenia (Šömen, M *et al.*, 2021). Nel complesso, i risultati di questi studi sono molto incoraggianti.

Diversi gruppi di ricerca in vari contesti culturali (Stati Uniti, Europa, Asia, Oceania, Sud America e Sud Africa) si stanno attualmente attivando per somministrare gli strumenti IOP (i.e., IOP-29 e IOP-M) a diversi campioni clinici, per cercare di comprovare la sua validità nella discriminazione tra presentazioni cliniche credibili/autentiche versus non-credibili. I risultati, sempre più copiosi in letteratura, sono molto promettenti e hanno recentemente spinto l'editor della rivista *Psychological Injury and Law* (una delle riviste di punta, nel settore dell'area a cavallo tra psicologia e legge), il dr. Gerald Young, a definire l'IOP-29 come «a newer stand-alone SVT that has the required psychometric properties for use in forensic disability and related assessments. Its research profile is accumulating, a hallmark for use in legal settings»<sup>1</sup> (Young *et al.*, 2020, p. 460). In effetti, anche nel contesto italiano l'IOP-29 è già entrato nelle CTU da tempo (Roma *et al.*, 2019).

## Conclusion

Questo articolo introduce, inquadra e descrive il fenomeno del *malingering*, approfondendo in particolare il suo ruolo all'interno del contesto forense penale. Per motivi di spazio, abbiamo deciso di elaborare in dettaglio unicamente i due strumenti più nuovi e promettenti in questo ambito, ovvero l'IOP-29 e l'IOP-M (per maggiori informazioni, si invita il lettore a consul-

<sup>1</sup> Trad. it.: «un nuovo strumento SVT, di natura “stand-alone”, che ha le proprietà psicometriche necessarie per poter essere utilizzato in ambiti forensi in cui si fanno valutazioni di disabilità e simili. La ricerca sullo strumento si sta accumulando, il che è un elemento essenziale per l'utilizzo di un test in ambiti legali».

tare il sito: [www.iop-test.com](http://www.iop-test.com)). Tuttavia, occorre sottolineare che la valutazione della credibilità dei sintomi e del possibile malingering non dovrebbe mai basarsi su un singolo test e che le linee guida internazionali insistono sulla necessità di considerare sempre molteplici fonti di informazione prima di concludere che un determinato quadro clinico sia “non credibile” (Sweet *et al.*, 2021). Per quanto fondamentali, strumenti quali l’IOP-29 e l’IOP-M, o anche l’MMPI e il Rorschach, dovrebbero quindi essere affiancati *sempre* da altri tipi di informazione come ad esempio la storia clinica, il colloquio, ecc. Incoraggiamo quindi i professionisti della salute mentale a evitare di basare le loro conclusioni unicamente su dati testistici e a considerare sempre il quadro clinico nella sua interezza.

## Bibliografia

- Allen L.M. & Green P. (2001). Declining CARB failure rates over 6 years of testing: what’s wrong with this picture? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(8): 846-856. DOI: 10.1093/arclin/16.8.846.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anselmi N. & Savoja V. (2004). Mental illness malingering in prison. *Rivista di Psichiatria*, 39: 208-212. DOI: 10.1708/69.732.
- 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*, 1-17. DOI: 10.1080/14999013.2021.1906798.
- Beaber R.J., Marston A., Michelli J. & Mills M.J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *The American Journal of Psychiatry*. DOI: 10.1176/ajp.142.12.1478.
- Ben-Porath Y.S. & Tellegen A. (2008). *MMPI-2-RF, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath Y.S. & Tellegen A. (2020). *MMPI-3: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. University of Minnesota Press.
- Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., Tellegen A. & Kaemmer B. (1989). *Manual for the administration and scoring of the MMPI-2*.
- Carvalho L.D.F., Reis A., Colombaroli M.S., Pasian S.R., Miguel F.K., Erdodi L.A., ... & Giromini L. (2021). Discriminating feigned from credible PTSD symptoms: A validation

- of a Brazilian version of the Inventory of Problems-29 (IOP-29). *Psychological Injury and Law*, 14(1): 58-70. DOI: 10.1007/s12207-021-09406-0.
- Chafetz M. & Underhill J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(7): 633-639. DOI: 10.1093/arclin/act038.
- Cornell D.G. & Hawk G.L. (1989). Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 13(4): 375-383. DOI: 10.1007/BF01056409.
- Davis J.J. (2014). Further consideration of advanced clinical solutions word choice: Comparison to the recognition memory test – Words and classification accuracy on a clinical sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8): 1278-1294. DOI: 10.1080/13854046.2014.975844.
- Edens J.F., Guy L.S., Otto R.K., Buffington J.K., Tomicic T.L. & Poythress N.G. (2001). Factors differentiating successful versus unsuccessful malingerers. *Journal of Personality Assessment*, 77(2): 333-338. DOI: 10.1207/S15327752JPA7702\_13.
- Folstein M.F., Folstein S.E. & McHugh P.R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3): 189-198.
- 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*, 1-10. DOI: 10.1080/23279095.2020.1864375.
- Giromini L. & Viglione D.J. (2022). Assessing Negative Response Bias with the Inventory of Problems-29 (IOP-29): a Quantitative Literature Review. *Psychological Injury and Law*, 1-15. DOI: 10.1007/s12207-021-09437-7.
- Giromini L., Barbosa F., Coga G., Azeredo A., Viglione D.J. & Zennaro A. (2020). 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. DOI: 10.1080/23279095.2019.1570929.
- 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. DOI: 10.1007/s12207-018-9314-1.
- Giromini L., Viglione D.J., Zennaro A., Maffei A. & Erdodi L.A. (2020). SVT meets PVT: Development and initial validation of the Inventory of Problems-Memory (IOP-M). *Psychological Injury and Law*, 13(3): 261-274. DOI: 10.1007/s12207-020-09385-8.
- Gunduz-Bruce H., McMeniman M., Robinson D.G., Woerner M.G., Kane J.M., Schooler N.R. & Lieberman J.A. (2005). Duration of untreated psychosis and time to treatment response for delusions and hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 162(10): 1966-1969. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1966.
- Jaffe M.E. & Sharma K.K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California’s “Three Strikes and You’re Out” law. *Journal of Forensic Science*, 43(3): 549-555. DOI: 10.1520/JFS16181J.
- Jones A.B., Llewellyn L.J. & Beaumont W.M. (1917). *Malingering; Oppure, The Simulation of Disease* (No. 15588-15596). P. Blakiston’s Son.
- Larrabee G.J. (2008). Aggregation across multiple indicators improves the detection of malingering: Relationship to likelihood ratios. *The Clinical Neuropsychologist*, 22(4): 666-679. DOI: 10.1080/13854040701494987.

- Miller H.A. (2001). *Miller forensic assessment of symptoms test: M-fast; professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Morey L.C. (1991). *Personality assessment inventory (PAI)*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- Powell M.R., Gfeller J.D., Hendricks B.L. & Sharland M. (2004). Detecting symptom-and test-coached simulators with the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(5): 693-702. DOI: 10.1016/j.acn.2004.04.001.
- Resnick P.J. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 2(1): 21-38. DOI: 10.1002/bsl.2370020104.
- Resnick P.J., & Knoll J.L. IV (2018). Malingered psychosis. In Rogers R. & Bender S.D. (eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 98-121). New York: Guilford Press.
- Ritson B. & Forest A. (1970). The simulation of psychosis: A contemporary presentation. *British Journal of Psychology*, 43(1): 31-37.
- Rogers R., Bagby R.M. & Dickens S.E. (1992). *The SIRS test manual*. Tampa: Psychological Assessment Resources.
- Rogers R. (2008). Detection strategies for malingering and defensiveness. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3: 14-35.
- Rogers R., Sewell K.W. & Gillard N.D. (2010). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS-2). Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources. doi: 10, 9780470479216.
- Rogers R. & Bender S.D. (2013). Evaluation of malingering and deception. In: Weiner I.B. & Otto R.K. (eds.). *Handbook of psychology*, vol. 11: *Forensic psychology* (2nd ed.) (pp. 517-540). Hoboken: Wiley.
- Roma P., Giromini L., Burla F., Ferracuti S., Viglione D.J. & Mazza C. (2019). 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. DOI: 10.1007/s12207-019-09368-4.
- Rossi L. & Zappalà A. (2005). *Personalità e Crimine, elementi di psicologia criminale*. Milano: FrancoAngeli.
- Sahoo S., Kumar R. & Oomer F. (2020). Concepts and controversies of malingering: A re-look. *Asian Journal of Psychiatry*, 50: 101952. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.101952.
- Šömen M.M., Lesjak S., Majaron T., Lavopa L., Giromini L., Viglione D. & 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(2): 104-113. DOI: 10.1007/s12207-021-09412-2.
- Spitzer R.L., Endicott J., Robins E., Kuriansky J. & Gurland B. (1975). Preliminary report of the reliability of Research Diagnostic Criteria (RDC) applied to psychiatric case records. *Prediction in Psychopharmacology*. New York, Raven Press, to be published.
- Suhr J.A. & Gunstad J. (2007). Coaching and malingering: A review. *Assessment of malingered neuropsychological deficits*, 287-311.
- Sweet J.J., Heilbronner R.L., Morgan J.E., Larrabee G.J., Rohling M.L., Boone K.B., ... & Conference Participants (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, respon-

- se bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6): 1053-1106. DOI: 0.1080/13854046.2021.1896036.
- Tombaugh T.N. (1996). *Test of memory malingering: TOMM*. Multy-Health Systems.
- Turner M. (1997). Malingering. *The British Journal of Psychiatry*, 171(5): 409-411. DOI: 10.1192/bjp.171.5.409.
- 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. DOI: 10.1080/00223891.2016.1233882.
- Viglione D.J. & Giromini L. (2020). *Inventory of Problems-29: Professional manual*. IOP-Test, LLC.
- Widows M.R. & Smith G.P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- 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*, 1-20. DOI: 10.1080/13218719.2020.1767720.
- Young G., Foote W.E., Kerig P.K., Mailis A., Brovko J., Kohutis E.A., McCall S., Hapidou E.G., Fokas K.F. & Goodman-Delahunty J. (2020). Introducing psychological injury and law. *Psychological Injury and Law*, 13: 452-463. DOI: 10.1007/s12207-020-09396-5.
- Zapf P.A. & Grisso T. (2012). *Use and misuse of forensic assessment instruments*. DOI: 10.1093/med:psych/9780195174113.003.0020.