

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE
Dipartimento di Scienze Umani e Sociali
Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

MALINGERING:
PSICODIAGNOSTICA DELLA SIMULAZIONE

Docente Relatrice
Prof.ssa Laura Ferro

Candidata
Chiara TARI'
Matricola 19 D03 108

Anno Accademico 2021-2022

“Per stupire mezz’ora basta un libro di storia,
io cercai di imparare la Treccani a memoria.

E dopo maiale, Majakovskij, malfatto
continuarono gli altri fino a leggermi matto”

Fabrizio de André, *Un matto*

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO PRIMO: Letteratura ed elaborazione storico-concettuale.....	5
1.1 Nomenclatura ed origine del nome	5
1.2 Le prime osservazioni: Galeno di Pergamo	5
1.3 Evoluzione dell'analisi	6
1.4 Gli studi più recenti	7
1.5 Il Malingering nella manualistica psicodiagnostica.....	10
1.6 Caratteristiche tipiche del quadro clinico.....	13
1.7 Malingering vs Disturbo Fittizio.....	15
CAPITOLO SECONDO: Assessment diagnostico.....	18
2.1 Principali test a disposizione del clinico	18
2.2 Symptom Validity Test (SVT).....	19
2.2.1 <i>Test of Memory Malingering (TOMM)</i>	19
2.2.2 <i>Structured Inventory of Malingering Symptomatology (SIMS)</i>	20
2.2.3 <i>Inventory of Problems (IOP-29)</i>	22
2.3 Performance Validity Test (PVT).....	23
2.3.1 <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)</i>	24
2.3.2 <i>Personal Assessment Inventory (PAI)</i>	26
2.4 Esempi di utilizzo dei test.....	28
2.4.1 <i>Utilizzo del test TOMM in un caso di deficit cognitivo a seguito di incidente stradale</i>	29
2.4.2 <i>Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD): SIMS e TOMM</i>	29
2.4.3 <i>Valutazione patologie psichiatriche in Commissione di Verifica Medica</i>	30
2.4.4 <i>Valutazione comparativa della simulazione usando MMPI-2 e IOP-29</i>	30
2.4.5 <i>Verifica empirica dell'efficacia del test PAI</i>	32
CAPITOLO TERZO: La Sindrome di Ganser	33
3.1 Caratteristiche della patologia	35
3.2 Un'entità nosologica distinta?	39
3.3 Sindrome di Ganser e <i>Malingering</i>	41
3.3.1 <i>Il metodo "SHAM LIDO"</i>	41
3.3.2 <i>Sindrome di Ganser: il caso di Mr. Z</i>	43
3.3.3 <i>Ganser o Malingering: un profilo ambiguo</i>	44
CONCLUSIONI	46
BIBLIOGRAFIA.....	48
RINGRAZIAMENTI	52

INTRODUZIONE

La simulazione di stati morbosi o di malattie mentali accompagna l'uomo sin dalla sua nascita ed è stata oggetto di una progressiva evoluzione nel corso del tempo. Come si avrà modo di vedere, l'identificazione dei primi casi di *Malingering* è stata fatta risalire a Galeno di Pergamo, ma nel corso dei secoli sono numerosi i casi riportati e nel 1288, a Bologna, viene per la prima volta costituito un albo di medici specializzati nelle perizie su pazienti sospettati di simulazioni.

Il *Malingering* è un fenomeno vasto e complesso che interessa diversi ambiti (medico, legale, finanziario, ecc.). In questo elaborato ci si concentrerà sull'analisi dei suoi sviluppi e applicazioni nel contesto clinico-forense.

Nel primo capitolo verrà effettuata un'analisi dell'evoluzione dello studio del fenomeno, dando evidenza di come questa condizione fosse oggetto di ricerca già nel II secolo d.C. anche se è solamente a partire dalla seconda metà del XIX secolo che divenne un tema oggetto di analisi più approfondite, in particolare in ambito assicurativo, medico-legale e militare.

Nel 1980, a seguito della pubblicazione della terza edizione del *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders*, il *Malingering* viene per la prima volta classificato nella manualistica come “condizione soggetta ad attenzione clinica” (American Psychiatric Association, 2013) e non come vero e proprio Disturbo di Personalità.

Nel secondo capitolo verrà effettuata un'analisi della metodologia attualmente disponibile per l'analisi del *Malingering*. Si procederà a descrivere le caratteristiche dei principali *Symptom Validity Test* e *Performance Validity Test*, il cui uso combinato consente di supportare il colloquio clinico, che rimane lo strumento principale di indagine. Allo stato attuale, infatti,

non esiste ancora la possibilità di identificare il *Malingering* utilizzando un solo, specifico, test: la tecnica prevede, quindi, la somministrazione di una batteria di test attraverso i quali si riescono a mettere in evidenza precise caratteristiche del soggetto indagato, che possono confermare la presenza effettiva della condizione ipotizzata.

Per ciascuno dei test prescelti saranno analizzate le modalità di somministrazione e di valutazione dei risultati e, successivamente, verrà data evidenza del loro utilizzo con due esempi pratici relativi a pazienti che presentano sintomatologie ed obbiettivi della simulazione fra loro molto diversi. Si riporteranno altresì i risultati di alcune verifiche comparative che hanno permesso agli studiosi di confermare come l'utilizzo congiunto di più test aumenti la possibilità di identificazione dei casi di *Malingering*.

L'ultimo capitolo è, infine, dedicato all'approfondimento della Sindrome di Ganser, condizione psicopatologica descritta per la prima volta alla fine del XIX Secolo dallo psichiatra tedesco Sigbert Ganser, che presenta numerosi aspetti di contatto con il *Malingering* e che, per questo motivo, può portare a commettere errori durante la fase di analisi.

Dopo aver descritto le caratteristiche della patologia, l'evoluzione teorica e le principali differenze con il quadro clinico preso in esame in questo elaborato, verranno descritti due casi specifici che mostrano quando sia effettivamente sottile, e non sempre immediatamente riconoscibile, il confine tra Sindrome di Ganser e *Malingering*.

CAPITOLO PRIMO: Letteratura ed elaborazione storico-concettuale

1.1 Nomenclatura ed origine del nome

Secondo la definizione proposta dal *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders 5*, d'ora in poi anche "DSM-5", pubblicato dall'*American Psychiatric Association* (APA) nel 2013, il fenomeno del *Malingering* è riconosciuto come "la produzione intenzionale di sintomi psicologici o fisici falsi o grossolanamente esagerati, con lo scopo di ottenere incentivi esterni" (American Psychiatric Association, 2013, p. 726).

Alcuni studiosi ritengono che il vocabolo *Malingering* sia comparso per la prima volta all'interno di una pubblicazione non scientifica, il *Grose's Dictionary of the Vulgar Tongue*, pubblicato nel 1785 (Mendelson & Mendelson, 2004).

In italiano, il fenomeno viene definito come "patomimia", dal greco *pathos* (malattia, sofferenza, passione) e dal latino *mimus*, che a sua volta deriva dal greco antico *mîmos* (attore di farsa, che imita).

1.2 Le prime osservazioni: Galeno di Pergamo

La prima analisi di questo fenomeno sembra risalire al II sec. d.C. quando Galeno di Pergamo, nella sua pubblicazione *Quomodo morbum simulantes sint deprehendendi*, analizza due soggetti: un cittadino ed uno schiavo (Gourevitch, 1995).

Nel primo caso, per non partecipare ad un'assemblea, il cittadino simula dolori addominali, condizione che ad una prima osservazione non desta sospetti, in quanto molto frequente a causa degli eccessi alimentari tipici della sua classe di appartenenza. Galeno, stupito dal comportamento del presunto malato, che risulta incoerente rispetto ai dolori che lamenta (ad

esempio, non richiede il tradizionale trattamento medico in voga all'epoca), accerta i suoi dubbi circa le reali condizioni del paziente e arriva ad ottenere una confessione.

Il secondo caso descritto riguarda invece uno schiavo, il quale afferma di avere un dolore al ginocchio che gli avrebbe impedito di accompagnare il padrone in viaggio: in realtà il suo obiettivo era quello di rimanere a casa con la consorte. Dopo aver compiuto una valutazione dell'arto interessato, che risulta eccessivamente gonfio e caldo, e dopo aver verificato che nei giorni precedenti la visita il paziente non aveva avuto episodi tali da giustificare traumi di quella tipologia, Galeno ipotizza che il gonfiore possa essere stato autoindotto mediante l'utilizzo di una pianta comunemente usata nella medicina umorale e, simulando una cura per i dolori lamentati, accerta la finzione messa in atto.

1.3 Evoluzione dell'analisi

Alla fine del XIX Secolo il fenomeno del *Malingering* viene osservato in riferimento a due casistiche principali.

Da un lato, la progressiva diffusione di tutele assicurative contro gli infortuni a favore dei lavoratori, che fa temere un interesse da parte dei potenziali beneficiari nel simulare malattie e/o infortuni allo scopo di incassare i rimborsi assicurativi.

Parallelamente, in ambito militare, ci si interroga sulla possibilità che il soldato possa esagerare determinati sintomi, non solo per evitare incarichi faticosi ma anche per potersi sottrarre ai propri doveri, ad esempio evitando l'impiego sul campo di battaglia. Un autore che ha approfondito quest'ultima situazione è Palmer (2003), il quale compie una distinzione fra lo *scrimshanking* (la modalità più lieve di simulazione precedentemente descritta) ed il *Malingering* vero e proprio.

Il dottor Hector Gavin (1838) pubblica una descrizione dei vari metodi usati da soldati e marinai per fingere una malattia. Sebbene la riflessione da lui condotta si concentri principalmente sugli espedienti utilizzati per essere congedato dall'esercito o esentato dal lavoro ingrato, Gavin ha notato che alcuni individui cercano invece attenzione o provano a suscitare compassione.

Il fenomeno del *Malingering* in ambito militare rimane oggetto di costante osservazione, al punto che, negli Stati Uniti, è ancora oggi considerato un comportamento passibile di deferimento alla Corte Marziale ai sensi dell'art. 83 dello *United States Code* (dedicato alla definizione del ruolo delle Forze Armate) intitolato appunto "*Malingering*". L'articolo in questione recita:

"Qualsiasi persona sottoposta a questo Capitolo che, con l'intento di evitare il lavoro, il dovere o il servizio: (1) finga una malattia, un'invalidità fisica, un'infermità mentale o uno squilibrio mentale; o (2) si infligga intenzionalmente autolesionismo; sarà punito secondo quanto stabilito dalla Corte Marziale" (United States Code, Supplement 5, Title 10, 2006).

Dopo la Prima Guerra Mondiale, l'obiettivo degli studiosi si è progressivamente spostato dall'identificazione di possibili episodi di *Malingering* allo studio approfondito del fenomeno, che ha iniziato ad essere considerato una manifestazione psicopatologica.

1.4 Gli studi più recenti

Gli ambiti in cui è più frequente trovare studi relativi a questo tipo di patologia sono principalmente due: (i) il tentativo di ingannare i terzi per averne un beneficio; (ii) il malessere psicologico.

Nel primo caso, i sintomi fisici o psicologici vengono prodotti dal soggetto in maniera conscia ed intenzionale: questo tipo di *Malingering* è studiato prettamente in ambito giuridico-legale perché legato al tentativo dell'individuo di ottenere degli incentivi esterni, come ad esempio risarcimenti, facilitazioni economiche o benefici penitenziari. Nel secondo caso, invece, alla

base è effettivamente presente una malattia reale, che però non corrisponde a quella che il soggetto cerca di far apparire attraverso i sintomi manifestati.

Nel corso della prima metà del XX Secolo, si cercò di identificare le possibili motivazioni di questo comportamento: il clinico francese Dieulafoy (1908), ad esempio, studiando il caso di un giovane che si procurava lesioni con la soda caustica, avvicinò il *Malingering* alla mitomania.

Lipman (1962) ha classificato quattro tipi di *Malingering*: (i) simulazione di sintomi non esistenti; (ii) esagerazione di sintomi effettivamente esistenti; (iii) perpetuazione di sintomi in realtà risolti; (iv) manifestazione di sintomi successivi ad un incidente in realtà non correlati a questo.

Rogers, Sewel e Goldestein (1994) stilano, invece, una lista di modelli di *Malingering* da applicare in ambito clinico-forense:

- Patogenico, inteso come un tentativo fallimentare di avere il controllo sui sintomi di un disturbo mentale cronico e progressivo;
- Criminologico, caratterizzato da un'origine caratteriale che sfocia in comportamenti antisociali;
- Adattativo, nel quale il soggetto percepisce il contesto come ostile e la simulazione diviene una strategia di difesa.

Resnick (1997) ha identificato tre ulteriori sottotipi: (i) il *Malingering* “puro”, situazione in cui la sintomatologia è completamente frutto di una simulazione da parte del soggetto; (ii) il *Malingering* “parziale”, caratterizzato da un'esagerazione di sintomi esistenti; (iii) la “falsa

imputazione”, che si presenta quando il soggetto attribuisce lo sviluppo dei sintomi che presenta ad una causa che in realtà ha una bassa o nulla correlazione con esso.

Slick, Sherman e Iverson (1999, p. 552) definiscono il *Malingering* come “l'esagerazione volontaria o la fabbricazione di disfunzioni cognitive allo scopo di ottenere un sostanziale guadagno materiale o evitare e/o sfuggire a doveri o responsabilità formali”.

Gli autori affermano che, al fine di poter effettuare una diagnosi, è necessario che il paziente soddisfi uno o più dei seguenti criteri:

- **Criterio A:** presenza di un sostanziale beneficio esterno;
- **Criterio B:** evidenza di esagerazione o fabbricazione di sintomi nei test neuropsicologici:
 1. certezza di *bias* nelle risposte;
 2. possibile presenza di *bias* nelle risposte;
 3. discrepanza tra i risultati del test e i pattern di funzionamento cerebrale noti;
 4. discrepanza tra i risultati del test e il comportamento osservabile;
 5. discrepanza tra i risultati del test e i report forniti da informatori confidenziali;
 6. discrepanza tra i risultati del test e la documentazione clinica del paziente.
- **Criterio C:** la fabbricazione o l'esagerazione di sintomi è suggerita dalle significative discrepanze riportate dal paziente in una delle seguenti aree:
 1. i sintomi e le informazioni riportati dal paziente non sono coerenti con la sua documentazione clinica;
 2. i sintomi riportati dal paziente non sono coerenti con i pattern di funzionamento cerebrale;
 3. i sintomi riportati dal paziente non sono coerenti con le osservazioni del comportamento;

4. i sintomi riportati dal paziente non sono coerenti con i dati ottenuti da informatori confidenziali;
 5. evidenza di esagerazione o fabbricazione di disfunzioni psicologiche.
- **Criterio D:** i comportamenti del soggetto sono il risultato di uno sforzo messo in atto con lo scopo di ottenere incentivi esterni.

Sulla base della presenza dei criteri appena elencati, vengono descritte tre possibili categorie di *Malingering*: possibile, probabile e preciso/certo (*cfr.* Tabella 1).

Per ricevere una diagnosi di *Malingering* “certo” è necessario che il soggetto in esame soddisfi i criteri A, B1 e D. Per quanto riguarda il *Malingering* “probabile” vengono presentate due opzioni: nel primo caso sono necessari il criterio A, due elementi del criterio B e il criterio D; nel secondo caso si richiede la presenza del criterio A, di un elemento del B e del C e, infine, del criterio D. Per una diagnosi di *Malingering* “possibile”, invece, il paziente deve soddisfare i criteri A, C e D.

<i>Classificazione</i>	<i>Criterio A</i>	<i>Criterio B</i>	<i>Criterio C</i>	<i>Criterio D</i>
<i>Certo</i>	√	√ (B1)		√
<i>Probabile (1)</i>	√	√ (almeno due)		√
<i>Probabile (2)</i>	√	√ (uno)	√ (uno)	√
<i>Possibile</i>	√		√	√

Tabella 1: Criteri e Classificazione del *Malingering*. Slick, Sherman & Inverson (1999)

1.5 Il Malingering nella manualistica psicodiagnostica

Il *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders* noto anche con la sigla DSM, è uno dei sistemi nosografici per la classificazione di disturbi mentali e di manifestazioni psicopatologiche maggiormente utilizzati nella clinica e nella ricerca.

La condizione clinica del *Malingering* venne ufficialmente introdotta nella manualistica psicodiagnostica nel 1980, con la pubblicazione della terza edizione del DSM (American

Psychiatric Association, 1980). È però nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, p. 683) che vengono elencate varie condizioni, la cui combinazione dovrebbe portare a sospettare un caso di simulazione:

- contesto medico-legale di presentazione dei sintomi;
- marcata discrepanza tra lo stress o la compromissione lamentata dal soggetto ed i reperti obiettivi;
- mancanza di collaborazione durante la valutazione diagnostica e nell'accettazione del regime terapeutico prescritto;
- presenza di Disturbo Antisociale di Personalità;
- coincidenza tra inizio della malattia e presenza di importanti incentivi finanziari.

Nel corso del tempo, sono state formulate diverse critiche rispetto a questa lista. Ad esempio, Gerson (2002) si occupò di revisionare più di mille studi di casi di *Malingering* effettuati seguendo le linee guida del DSM-IV-TR, arrivando alla conclusione che i criteri proposti dal manuale risultavano troppo generali e poco esplicativi della condizione che si proponevano di identificare e che questo aveva portato alla presenza di un'elevata percentuale di falsi positivi: un numero significativo di persone erano state identificate come *malingerer*, pur non avendo messo in atto alcun tipo di simulazione.

Questo risulta coerente con quanto sostenuto alcuni anni prima da Rogers (1990) il quale, analizzando diversi studi condotti, riscontrò che utilizzando i criteri proposti dal DSM-IV-TR, la percentuale di falsi positivi corrispondeva circa all'80%.

Per questo motivo, non si può affermare in maniera deterministica che tutte le persone che presentano uno o più dei criteri elencati siano effettivi casi di *Malingering*, in quanto esistono diverse motivazioni che giustificano l'esistenza di una discrepanza tra il livello di patologia lamentata dal soggetto e l'effettivo riscontro clinico (Stone, Carson, & Sharpe, 2005).

Inoltre, soprattutto in ambito psichiatrico, i dati obbiettivi in rapporto ai quali è possibile effettuare un confronto e rilevare delle incongruità rispetto ai sintomi manifestati dal paziente, sono assai limitati (Ferracuti, Coppotelli, & Parisi, 2007).

Il punto legato alla presenza di Disturbo Antisociale di Personalità è un criterio errato in quanto viene implicitamente affermato che l'inganno sia quasi sempre associato ad un particolare tipo di struttura di personalità, ovvero quella antisociale, dato sul quale, peraltro, mancano riscontri di tipo scientifico (Rogers (1997) in Ferracuti, Parisi, & Coppotelli, 2007).

Infine, l'assenza di *compliance* in un individuo, sia durante il processo di valutazione sia durante il trattamento, può essere ricondotta anche a motivazioni completamente indipendenti dalla sua possibile condizione di *malingerer*: il setting di valutazione può essere percepito dal soggetto in esame come una situazione avversa o pericolosa e, soprattutto nei quadri psicopatologici più gravi, è molto comune riscontrare delle problematiche nella dimensione del trattamento (Bogduk, 2004).

Una sintesi degli aspetti declinati nel DSM-IV-TR può essere trovata nel lavoro di Nivoli A., Nivoli, L., Sanna, Casula, Lorettu, & Nivoli, G. (2011) che, approfondendo le simulazioni delle malattie mentali nelle istituzioni penitenziarie attraverso la descrizione di 18 casi clinici, ha messo in evidenza altrettanti comportamenti riscontrati fra i detenuti oggetto dell'osservazione, fornendo una rappresentazione che conferma la complessità dell'identificazione di un *malingerer*, anche per la difficoltà che si riscontra nel definire i confini fra simulazione conscia ed inconscia. Gli autori hanno scelto una modalità di indagine molto interessante, fornendo anche suggerimenti relativi all'atteggiamento che il medico deve tenere durante i colloqui, per non divenire lui stesso elemento facilitatore del tentativo di simulazione.

I diciotto esempi sono associati ad altrettanti verbi, che descrivono il comportamento del soggetto analizzato: copiare, aggravare, inflazionare, inventare, riaggiustare, temporeggiare, sfuggire, inorridire, impietosire, incuriosire, disturbare, ricattare, predire, ricordare, associare, focalizzare, predicare e drammatizzare (Nivoli, et al.).

Fra i casi clinici riportati nello studio emerge la capacità dei pazienti di “sfruttare i suggerimenti in tema di sintomi psichici che il terapeuta, in modo più o meno consapevole, gli fornisce attraverso la richiesta di informazioni anamnestiche e di chiarificazione dei sintomi” (Nivoli, et al., p. 295), ad esempio "aggravare" un sintomo per sfruttarlo al meglio o, al contrario, “riaggiustare” la portata di precedenti informazioni se percepisce che l’atteggiamento tenuto possa aver generato un sospetto nel terapeuta. Nello stesso modo sono riportati esempi di pazienti che, preso atto di aver esagerato nella descrizione di un sintomo e, quindi, percependo il rischio concreto che la valutazione potesse dare un esito negativo, iniziano a tenere comportamenti non collaborativi, che gli autori collegano ai verbi “temporeggiare” e “sfuggire”.

Il *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* è oggi alla sua quinta edizione, presentata dall’APA nel maggio del 2013. Il processo di revisione del manuale è durato più di 10 anni e ad esso hanno preso parte circa 1.500 esperti provenienti da 39 paesi. La struttura del manuale è attualmente suddivisa in tre sezioni. Nell’ambito della Sezione 2, che include tutti i disturbi e i quadri patologici, sono descritte anche le “Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica”, identificate con i codici V e Z (il *Malingering* rientra in quest’ultima).

1.6 Caratteristiche tipiche del quadro clinico

Il *Malingering* è un fenomeno che si può presentare su diversi livelli. Il primo comprende coloro che esagerano sintomi oggettivamente presenti, nel tentativo di far apparire più grave la loro situazione clinica. Vi sono poi casi in cui il paziente cerca di retrodatare la presenza della

sintomatologia al momento in cui ha commesso un illecito, con l'obiettivo di minimizzare la propria responsabilità. Infine, troviamo individui che costruiscono una finta gamma di sintomi con il solo fine di ottenere vantaggi esterni (Conroy & Kwartner, 2006).

Lo studio di Conroy e Kwartner (2006) ha evidenziato alcune delle manifestazioni più frequentemente osservate nei casi di *Malingering*:

- gli elementi ascrivibili ad un quadro psicotico, quando simulati, sono più difficili da sostenere e, quindi, più facilmente identificabili se il colloquio viene programmato per avere una lunga durata;
- la tendenza generale è quella di simulare i sintomi positivi della cornice clinica (deliri e allucinazioni) piuttosto che quelli negativi (catatonìa e appiattimento affettivo);
- nel caso sia lamentata la presenza di deliri, i *malingerer* sono maggiormente predisposti a raccontarne le caratteristiche rispetto ad un soggetto che fa realmente esperienza di questi episodi;
- più in generale, il *malingerer* tende a simulare contemporaneamente un'ampia varietà di sintomi non specifici di un solo quadro patologico. Inoltre, non è raro che durante il colloquio, laddove il soggetto intraveda un potenziale interesse suscitato da uno dei sintomi simulati, provi a spostare l'attenzione su questo, con l'obiettivo di massimizzare le probabilità di diagnosi a lui favorevoli.

Il soggetto può manifestare i sintomi con diverse modalità, che consentono di evidenziare diversi sottotipi di simulazione: (i) la simulazione opportunistica, caratteristica di pazienti che hanno ricevuto una reale diagnosi e decidono di accentuarne le manifestazioni; (ii) l'invenzione ovvero la falsa lamentazione di segni e sintomi in assenza di una reale condizione clinica; (iii) il soggetto provoca intenzionalmente un evento in grado di produrre un danno e, infine, (iv) le

condotte autolesive, ossia la produzione consapevole di azioni atte a causare un danno fisico, solitamente per evitare responsabilità e obblighi (Badiani, Girotto, Giannini, & Gori, 2008).

1.7 Malingering vs Disturbo Fittizio

Fare riferimento alla manualistica psicodiagnostica risulta utile per riuscire ad evidenziare in maniera più precisa queste situazioni cliniche, che possono erroneamente essere confuse e sovrapposte: nel *Malingering*, come accennato all'inizio del capitolo, la produzione di sintomi è messa in atto dal soggetto con il fine ultimo di ottenere degli incentivi esterni. Il Disturbo Fittizio è invece presentato nel DSM 5 come “una condizione caratterizzata da produzione o simulazione intenzionale, in sé o in altri, di sintomi fisici o psicologici, al fine di acquisire il ruolo di malato” (American Psychiatric Association, 2013, p. 321).

Il concetto di “ruolo di malato” viene formulato per la prima volta dal sociologo americano Talcott Parsons nel libro “Il Sistema Sociale” (1951), nel quale è sviluppata la cosiddetta *Sick Role Theory*. Secondo l'autore “la malattia è uno stato di turbamento nel funzionamento ‘normale’ dell'individuo umano nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell'organismo come sistema biologico sia i suoi adattamenti personali e sociali. Essa viene così definita in parte biologicamente e in parte socialmente” (Parson, 1951, p. 290). Essere malato non è, quindi, una condizione prettamente fisiologica, ma assume anche una connotazione sociale.

Il sociologo vedeva nella malattia una forma di comportamento deviante: la società era considerata come un sistema strutturato e funzionale e, in questa prospettiva, le persone malate causano uno squilibrio nell'ordine sociale, poiché non sono viste come soggetti che contribuiscono in maniera attiva e positiva allo sviluppo della società.

Uno dei concetti centrali della *Sick Role Theory* è l'ipotesi per la quale le persone malate sono soggette a norme che ne regolano diritti e doveri. Per quanto riguarda i primi, i soggetti malati sono temporaneamente giustificati dall'astenersi dalle tipiche attività quotidiane (come, per esempio, andare a lavorare) e, considerando che la malattia sfugge al loro controllo, la società non deve ritenere le persone direttamente responsabili della loro condizione.

Tuttavia, essere malati comporta anche alcuni obblighi: in primo luogo, dal momento che la malattia è solitamente vista come una condizione sgradita e non desiderabile, ci si aspetta che i soggetti lavorino per ottenere un progresso nel minor tempo possibile; allo stesso modo, dopo un determinato periodo di tempo, si richiede loro di mettersi in contatto con dei professionisti, per concordare un trattamento che possa permettere un miglioramento della propria condizione (Parson, 1951).

Anche a livello di nomenclatura, i principali sistemi psicodiagnostici sono puntuali nel differenziare *Malingering* e Disturbo Fittizio. L'*International Classification of Diseases 10* (OMS, 1992), pubblicato a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed in vigore dal 1993, è caratterizzato da un sistema alfanumerico, adottato anche dal DSM 5, che consente una corrispondenza della codifica dei disturbi e delle condizioni che i manuali analizzano. Viene infatti seguita una metodologia specifica: il primo carattere deve essere una lettera dell'alfabeto (ad eccezione della "u"), il secondo ed il terzo carattere sono numeri, mentre i caratteri dal quarto al settimo possono essere una combinazione di lettere e cifre.

Ad esempio, il *Malingering* nei manuali ICD-10 (OMS, 1992) e DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) è identificato dal codice Z76.5, dove la "Z" corrisponde alla categoria "Fattori che esercitano un'influenza sullo status di salute sulla possibile ricerca di aiuto

medico”, mentre il disturbo fittizio è identificato dal codice F68.10, dove la “F” indica “Disturbi del neurosviluppo, del comportamento e mentali”.

Questa classificazione rende possibile aggiungere un ultimo dettaglio alla distinzione tra i due fenomeni: il *Malingering* non è riconosciuto dalla comunità scientifica come un disturbo mentale, ma viene annoverato fra le condizioni che necessitano di attenzione clinica.

CAPITOLO SECONDO: Assessment diagnostico

2.1 Principali test a disposizione del clinico

A supporto del colloquio, considerato lo strumento principe nell'ambito della valutazione clinica, può essere utilizzata una batteria di test che consente di verificare la veridicità del quadro patologico esposto dal paziente.

Sul presupposto che non tutti i soggetti che amplificano taluni sintomi o riferiscono problemi inesistenti possono essere automaticamente classificati come *malingerer*, va tuttavia ricordato che i test non potranno realmente certificare se il soggetto abbia intenzionalmente rappresentato la sua “malattia” in maniera esagerata o falsata.

In questo capitolo si analizzeranno sia *Symptom Validity Test* (SVT), che hanno l'obiettivo di verificare se esistano adeguati riscontri alla validità dei sintomi lamentati dal paziente esaminato, sia *Performance Validity Test* (PVT), usati per accertare la credibilità del comportamento del paziente durante la somministrazione. Fra i primi si prenderanno in considerazione il TOMM (Tombaugh, 1996), il SIMS (Smith e Burger, 1997) e lo IOP-29 (Giromini e Viglione, 2017), mentre per i secondi si descriveranno il MMPI-2 (Hathaway e McKinley, 1942) ed il PAI (Morey, 1991).

Per ottenere il maggior numero di informazioni possibili a supporto del colloquio con il paziente, molti autori suggeriscono di includere nella batteria almeno due test, di tipologie diverse fra loro. Nel caso in cui due o più test portino a mettere in discussione la credibilità del profilo che emerge, è allora probabile che ci si trovi di fronte ad un caso di *Malingering* (Giromini, Pignolo, & Zennaro, 2018).

2.2 Symptom Validity Test (SVT)

I *Symptom Validity Test* sono costruiti per rilevare la possibile esagerazione dei sintomi (cognitivi, di memoria, motori e psichiatrici) descritti da un paziente rispetto al quale il Clinico abbia delle perplessità acquisite durante la fase di valutazione. I livelli di *cut-off* sono costruiti basandosi sui risultati dei test condotti su pazienti con lesioni documentate e, quando il test somministrato li supera, ciò viene considerato un indicatore di possibile simulazione da parte del paziente.

2.2.1 Test of Memory Malingering (TOMM)

Il TOMM è stato elaborato da Tom N. Tombaugh (1996) con l'obiettivo di discriminare i simulatori dai pazienti che presentavano effettivi deficit di memoria. Il test è composto da due prove obbligatorie ed una facoltativa, ciascuna delle quali è basata su 50 stimoli visivi.

Le prime due prove sono identiche, effettuate a breve distanza l'una dall'altra: l'esaminatore sottopone al paziente 50 figure in rapida successione, per circa tre secondi ciascuna. Successivamente mostrerà 50 cartoncini contenenti due figure: una di queste è compresa fra quelle mostrate in precedenza, l'altra è invece nuova. Il soggetto dovrà identificare quale figura corrisponda ad una di quelle già viste. Per ogni risposta corretta viene assegnato un punto; il valore di *cut-off* del test è 38. Un punteggio inferiore a questo indica che il sintomo lamentato è amplificato o simulato.

La terza prova, non obbligatoria, viene effettuata dopo 15 minuti e prevede solamente la seconda fase, quella di riconoscimento; viene solitamente somministrata nel caso in cui il punteggio raggiunto sia inferiore a 45 (Iverson, 2011).

Rees, Tombaugh, Gansler e Moczyyski (1998) hanno condotto una verifica basata su cinque differenti scenari di simulazione, somministrando il test ad un campione eterogeneo di partecipanti, tra cui studenti universitari, adulti e persone con reali problemi neurologici. Due dei risultati emersi da questo studio risultano essere particolarmente interessanti.

Nel primo caso, l'esperimento tendeva a verificare la capacità del TOMM di identificare casi di deficit cognitivi simulati. Oltre alla conferma della validità dello strumento, è stato possibile anche riscontrare che una precedente conoscenza del test da parte del paziente non inficia il risultato dello stesso.

Il secondo esperimento partiva dal presupposto che uno dei motivi di successo di un test sul *Malingering* risieda nella percezione che il paziente ha del test stesso: quanto più gli appare come un normale esame delle capacità cognitive, senza cioè rivelare il reale scopo per il quale è stato costruito, tanto più sarà attendibile nel rivelare i casi di simulazione. Somministrando il TOMM insieme ad altri SVT è stato possibile confermare che, oltre ad identificare i casi di simulazione, è stato percepito dai partecipanti in maniera assolutamente neutra.

2.2.2 Structured Inventory of Malingering Symptomatology (SIMS)

Introdotta nel 1997 G. P. Smith e G. K. Burger, il SIMS è stato sviluppato come strumento utilizzabile in una varietà di contesti clinici e forensi, prevalentemente a corredo di altri test.

È un test *self-report* che consiste in 75 *item* a risposta dicotomica (vero o falso), divisi in 5 scale da 15 *item* ciascuna, ognuna delle quali è studiata per rilevare uno dei disturbi più comuni associabili a casi di *Malingering* (Giunti Psychometrics, s.d.):

- Psicosi (P): il soggetto riporta sintomi psicotici inusuali o bizzarri, non tipicamente presenti nei pazienti psichiatrici;
- Danno neurologico (NI): il soggetto riporta sintomi neurologici illogici o atipici nella patologia reale;

- Disturbi amnesici (AM): il soggetto riferisce disturbi di memoria non coerenti con il pattern di danno o disfunzione cerebrale riscontrati;
- Bassa intelligenza (LI): il soggetto inventa e/o esagera deficit intellettivi attraverso prestazioni deficitarie in *item* di conoscenza generale;
- Disturbi affettivi (AF): il soggetto presenta sintomi atipici di depressione e ansia.

Il punteggio ottenuto dal soggetto, che si può muovere in un intervallo di valori compreso tra 0 e 75, viene calcolato sommando tutti i punteggi grezzi delle sottoscale.

Le linee guida affermano che se il test supera il punteggio totale di 14, questo dato viene interpretato come indicazione che il paziente stia cercando di simulare una delle psicopatologie. Il superamento della soglia di 24 sembra addirittura eliminare il rischio di possibili falsi positivi (Wisdom, Callahan, & Shaw, 2010).

Grazie alla sua semplicità di somministrazione, il SIMS viene solitamente utilizzato come strumento di *screening* per gli individui che non possono essere indirizzati ad una più specifica valutazione di potenziale simulazione, nonché nei casi in cui esiste già il sospetto di una possibile situazione di *Malingering*, per determinare la necessità di una valutazione più approfondita (SIMS (TM) - Structured Inventory of Malingered Symptomatology, 2022).

Uno studio pubblicato nel 2014 sulla rivista *The Clinical Neuropsychologist* (van Impelen, Merckelbach, Jelicic, & Merten, 2014), ha effettuato una valutazione molto estesa dei risultati ottenuti grazie alla somministrazione del test (72 indagini, per un totale di 8.891 protocolli SIMS). Le conclusioni dello studio sono articolate in quanto, nel confermare che il SIMS riesce a distinguere correttamente fra simulatori e soggetti realmente malati, allo stesso tempo ne evidenzia due limiti: da un lato una tendenza a sovrastimare le simulazioni nei casi di pazienti

con accertata schizofrenia, disabilità intellettiva o crisi psicogene non epilettiche; dall'altro, l'opportunità di somministrarlo congiuntamente ad altri SVT per aumentare l'affidabilità del test in quanto l'alternativa, che sarebbe quella di alzare le soglie di *cut-off*, ne peggiora la sensibilità.

Nell'ambito di un'indagine tesa a verificare statisticamente l'efficacia del test nell'identificazione dei casi di *Malingering*, Bosco (2016), pur confermando la validità del SIMS anche nei casi di simulazione di disturbi neurologici ed amnesie, osserva che la percentuale di falsi positivi rimane comunque un elemento da tenere in considerazione nell'interpretazione del dato risultante.

2.2.3 Inventory of Problems (IOP-29)

Presentato inizialmente nel 2017 da Luciano Giromini e Donald J. Viglione, e aggiornato nel 2020, lo IOP-29 è un test basato su 29 domande, utilizzato prevalentemente nell'ambito delle valutazioni di danno psichico e imputabilità penale.

Prevede 27 *item* con tre opzioni di risposta (“vero”, “falso”, “non ha senso”) delle quali una è costituita da un ragionamento verbale sotto forma di analogia. Vi sono, infine, due domande aperte che richiedono l'effettuazione di ragionamenti e calcoli matematici. Il punteggio di *cut-off* è $\geq .50$;

Lo IOP-29 si differenzia dagli altri *Symptom Validity Test* analizzati per cinque motivi principali (Winters, et al., 2021):

- si concentra sul modo in cui il paziente presenta i presunti sintomi, senza valutare l'atipicità degli stessi rispetto a quelli in buona fede;
- è applicabile anche ai disturbi cognitivi, grazie alla presenza delle domande aperte.

- presenta fra le opzioni di risposta anche “non ha senso”, consentendo all’esaminato di indicare che la domanda non ha una risposta o che è stata posta in modo errato. Inoltre, l’introduzione di questa terza modalità risulta molto efficace per una possibile diagnosi di *Malingering* in quanto, solitamente, i simulatori manifestano confusione, alcuni deficit cognitivi ed una generale resistenza alla valutazione;
- per identificare la Probabilità di Falso Disturbo (FDS) ci si basa sul confronto delle risposte provenienti da due distinti insiemi: i pazienti in buona fede ed i simulatori sperimentali;
- il livello di *cut-off* si mantiene stabile tra schizofrenia, psicosi, depressione, disturbo post traumatico da stress (PTSD) e disturbi cognitivi lievi in tutte le ricerche effettuate.

Uno studio effettuato su un campione di 400 volontari (Giromini, Viglione, Pignolo, & Zennaro, 2019), ha voluto testare l’efficacia dello IOP-29 chiedendo a ciascuno dei partecipanti di ripeterlo per tre volte, istruendoli sul comportamento da tenere: istruzioni standard, simulazione di disturbo fittizio e risposta casuale. L’analisi dei risultati dei 1.200 test somministrati, oltre a confermare la convergenza con il SIMS nell’identificazione di pazienti reali rispetto ai simulatori, ha consentito di accertare che la sensibilità dello IOP-29 con il *cut-off* standard ($\geq .50$) si muoveva fra .86 (nel caso di PTSD simulato) fino a .95 (per la finta depressione), senza però differire in maniera significativa.

2.3 Performance Validity Test (PVT)

I *Performance Validity Test* sono stati elaborati per determinare se i risultati dei test neuropsicologici completati nel corso di una somministrazione possano essere considerati validi, oppure se siano stati eccessivamente condizionati dal comportamento paziente e, quindi, non attendibili.

2.3.1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)

Il MMPI è uno dei test per la valutazione del comportamento anomalo più diffuso in ambito clinico. Introdotto nel 1942 da Starke R. Hathaway e J. C. McKinley (Università del Minnesota), è stato oggetto di varie revisioni, l'ultima delle quali avvenuta nel 1991 ed identificata dalla sigla MMPI-2.

È un inventario di personalità *self-report* autosomministrato composto da una serie di *item* (nella versione per adulti sono 567), ai quali il paziente deve rispondere: “vero”, “falso” o “non so”. Il tempo di somministrazione varia dai 60 ai 90 minuti. Esiste anche una versione ridotta del test, specifica per gli adolescenti (14-18 anni), identificata dalla sigla MMPI-A e composta da 478 affermazioni.

La prima valutazione viene fatta sul numero totale di risposte “vero” (“T”): un punteggio “T” da 57 a 65, introduce una soglia di allarme, ma non è ancora indicatore di un'anomalia; un intervallo fra 76 a 85 porta a dover considerare la presenza di sintomi pervasivi e clinici, non situazionali.

La versione originale del test fu oggetto di critiche di natura metodologica negli anni '70. In particolare, si riteneva che il campione usato per la standardizzazione del test non fosse più rappresentativo della popolazione statunitense e che alcuni degli *item* fossero ormai obsoleti o, addirittura, offensivi per i riferimenti di natura sessuale o religiosa. Dal punto di vista della valutazione della personalità, vennero criticate anche l'eterogeneità delle scale cliniche e le correlazioni molto elevate tra di esse. L'Università del Minnesota procedette quindi alla creazione di un comitato scientifico per la revisione del test, che condusse, nel 1989, alla pubblicazione del MMPI-2.

Il test MMPI-2 (Fiore, 2016) è uno strumento che verifica tre distinti livelli di validità attraverso gli indici di correzione “L” (*lie*, bugia cosciente), “F” (*frequency*, frequenza di patologia) e “K” (*correction*, controllo delle scale inconscio), che permettono di valutare se il questionario possa essere ritenuto attendibile per una successiva valutazione di merito:

- “L”: frasi in cui la situazione rappresentata è ideale, anche se difficilmente reale, il che porta il soggetto a falsificare la risposta per ottenere un giudizio più positivo;
- “F”: segnala la possibilità di risposte casuali, simulazioni di malattia o desiderio di anticonformismo, oltre ad indicare eventuali risposte fornite senza la dovuta attenzione alle domande (anche per stanchezza o scarso interesse);
- “K”: indica un atteggiamento di difesa nei confronti del questionario oppure una tendenza a non far trasparire alcuni problemi.

Nell’aggiornamento del test sono state poi introdotte ulteriori scale in grado di rilevare risposte non pertinenti, inconsistenti e incoerenti: (i) la scala “F” (*Infrequency*) la quale individua la tendenza a esagerare i sintomi e a fornire un’immagine di sé disturbata; (ii) la scala “Fb” (*Frequency back*) che monitora il mantenimento dell’attenzione durante l’esecuzione del test; (iii) la “Fp” (*Infrequency psychopathology*) che permette di valutare se le risposte fornite sono devianti o date in maniera casuale; (iv) la “VRIN” (*Variable Response Inconsistency*), che ha l’obiettivo di verificare la tendenza a risposte non coerenti allo scopo di dare un’immagine di sé non corrispondente alla realtà; (v) la “TRIN” (*True Response Inconsistency*), che valuta tendenze analoghe alla VRIN, ma sulle sole risposte “T”; (vi) la scala “?” (*Cannot say*), che indica le affermazioni cui non si è data una risposta. È stata, infine, aggiunta la scala “S” (*Superlative Self-presentation*) la quale indaga se e quanto il soggetto stia cercando di presentarsi sotto una luce eccessivamente positiva.

La presenza di punteggi elevati in una di queste scale invalida il test (Butcher & Williams, 2008).

Quando le risposte “T” negli indici “L” e “K” risultano superiori a 65, si ritiene che il soggetto stia fornendo delle risposte non coerenti. Questo può accadere volutamente, per un meccanismo di controllo inconsapevole, ma anche per la volontà di offrire un’immagine positiva o negativa a seconda di ciò che il paziente vorrebbe ottenere, fino al punto di simulare o dissimulare una patologia.

In uno studio nato per verificare l’efficacia di MMPI e Test di Rorschach, viene messo in evidenza che se l’MMPI sembra essere in grado di “fornire informazioni specifiche su sintomi e aspetti del soggetto valutati secondo la sua prospettiva [...] è limitato dal fatto che è il soggetto stesso a dover comprendere e rispondere agli *item* e spetta sempre a lui decidere se essere sincero o meno con l’esaminatore” (Convertini, Greco, Grattagliano, & Catanesi, 2020, p. 67).

2.3.2 Personal Assessment Inventory (PAI)

Originariamente presentato da Leslie C. Morey nel 1991, il PAI è un questionario destinato alla valutazione di maggiorenni, composto da 344 *item*, solitamente completato in 60 minuti. Lo spettro di azione copre 22 scale alle quali, negli anni, sono stati aggiunti una serie di indici. Il soggetto deve rispondere scegliendo una delle quattro opzioni disponibili: “falso”, “abbastanza vero”, “prevalentemente vero”, “molto vero”.

Le risposte sono preliminarmente sottoposte ad una verifica di validità, sulla base di quattro scale: “ICN” (*inconsistency*, incoerenza), “INF” (*infrequency*, infrequenza), “NIM” (*negative impression*, impressione negativa), “PIM” (*positive impression*, impressione positiva).

Il test è costituito:

- Scale cliniche: i risultati consentono di mappare 11 possibili psicopatologie, suddivise in macro-categorie (Abbate & Lang, 2017):

- Ambito nevrotico: “SOM” (*somatic concerns*, lamentele somatiche), “ANX” (*anxiety*, ansia), “ARD” (*anxiety-related disorders*, disturbi ansia-correlati);
 - Ambito psicotico: “PAR” (*paranoia*), “SCZ” (*schizophrenia*, schizofrenia)
 - Ambito umore: “DEP” (*depression*, depressione), “MAN” (*mania*);
 - Disturbo di personalità: “BOR” (*borderline features*, caratteristiche borderline) “ANT” (*antisocial features*, caratteristiche anti sociali);
 - Correlato a consumo di sostanze: “ALC” (*alcohol problems*, problemi legati all'alcol), “DRG” (*drug problems*, problemi legati alla droga).
- Scale di trattamento: misurano fattori che possono riguardare il trattamento di disturbi clinici o altri fattori di rischio, ma che non sono identificati nelle diagnosi psichiatriche: “AGG” (*aggression*, aggressività), “SUI” (*suicidal ideation*, ideazione suicidaria), “NON” (*nonsupport*, mancanza di supporto), “STR” (*stress*), “RXR” (*treatment rejection*, rifiuto del trattamento).
 - Scale interpersonali: “DOM” (*dominance*, dominanza), “WRM” (*warmth*, calore relazionale)

Vengono anche misurati i seguenti indici che permettono di effettuare una valutazione più puntuale circa l'attendibilità e la validità del test:

- *Defensiveness Index*: fa riferimento a profili relativi a quei soggetti volenterosi di fornire un'immagine di sé positiva;
- *Cashel Discriminant Function*: permette una distinzione tra i soggetti che si pongono in maniera difensiva rispetto a chi risponde onestamente;
- *Malingering Index*: utile nel discriminare le persone che simulano;
- *Rogers Discriminant Function*: simile al precedente, permette di distinguere i protocolli di pazienti onesti dai simulatori;
- *Suicide Potential Index*: individua potenziale rischio suicidario;

- *Violence Potential Index*: fornisce informazioni circa la violenza potenziale;
- *Treatment Process Index*: indaga la propensione al trattamento.

Prima di procedere alla fase dell'interpretazione, è importante verificare la validità dei singoli protocolli: non sono accettati i protocolli con più di 17 *item* senza risposta, ciò significa che i soggetti devono rispondere al 95% delle domande; le scale con meno dell'80% delle risposte non sono interpretabili (Roma, 2017).

Uno dei principali punti di forza del test è indubbiamente la presenza delle quattro opzioni a disposizione per ciascuna domanda, che impedisce all'intervistato la scelta di una risposta nella quale non si senta pienamente rappresentato (UKessays, 2018).

Nello stesso tempo, però, il PAI è stato oggetto di critiche sia relativamente al presupposto del livello di scolarità sufficiente per accedervi, in quanto gli studiosi osservano che spesso gli individui sono in grado di leggere ad un livello inferiore al proprio grado di istruzione, sia perché "alcune vittime di PTSD possono soffrire di capacità cognitive compromesse durante il processo di somministrazione del PAI a causa di varie sfide emotive. È stato dimostrato che questo gruppo di intervistati presenta alti livelli di distorsioni della NIM e del profilo del PAI. Di conseguenza, le capacità cognitive e lo stato mentale dei partecipanti dovrebbero essere tenuti in grande considerazione prima di somministrare il test" (IvyPanda, 2020, p. 3).

2.4 Esempi di utilizzo dei test

Per comprendere le modalità di utilizzo dei test, sono stati scelti alcuni esempi relativi a pazienti che presentavano sintomatologie e possibili obbiettivi della simulazione diversi che, anche grazie all'utilizzo di uno più dei test analizzati, sono stati identificati come *malingerer*.

2.4.1 Utilizzo del test TOMM in un caso di deficit cognitivo a seguito di incidente stradale

La paziente presa in esame è la signora B.M, di anni 54 anni, investita mentre attraversava le strisce pedonali, con successivo trauma cranico cerebrale. Dopo le dimissioni, ritornata autosufficiente, continuava a lamentare un deficit cognitivo, addirittura in peggioramento. Ciò risultò sospetto agli esperti in quanto, nei casi di trauma cranico, il deficit è al suo apice immediatamente a seguito dell'evento lesivo, per poi eventualmente regredire.

La paziente fu quindi sottoposta ad una batteria di test dopo 11 mesi, per verificare le funzioni cognitive superiori indagate ed i risultati mostrarono un'assenza di deficit, a parte un lieve rallentamento dell'eloquio spontaneo.

Dopo circa tre anni, fu eseguita un'altra indagine, questa volta a fini medico-legali, nella quale le prestazioni ai test risultarono anomale, in quanto per la maggior parte deficitarie. Alla paziente fu inoltre somministrato il TOMM, ottenendo in tutte e tre le prove un risultato inferiore alla soglia di *cut-off* di 38 e con una performance decrescente dalla prima alla terza prova (con punteggi rispettivamente di 33, 31 e 27), ed un livello di casualità vicino al 50%, confermando gli iniziali sospetti di un caso di *Malingering* (Riccio, 2001).

2.4.2 Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD): SIMS e TOMM

Il signor A, cittadino di Trinidad e Tobago di 33 anni, richiedente asilo nel Regno Unito, fu arrestato per immigrazione clandestina. Secondo il suo racconto, era stato rapito e aggredito da una banda locale a Trinidad, come vendetta contro un'attività criminale del fratello. Fornì alla Polizia di frontiera una descrizione delle conseguenze psicologiche dell'episodio informando che avrebbe corso rischi per la sua vita in caso di rimpatrio.

La valutazione psichiatrica ha fornito un'anamnesi coerente con il PTSD. È stato quindi sottoposto sia al test SIMS, ottenendo un punteggio superiore a 14, con una sensibilità del 95,6% e una specificità dell'87,9% per il *Malingering*, sia al test TOMM dove ha ottenuto un

punteggio di 30, ben al di sotto della soglia di *cut-off* e coerente con l'ipotesi di *Malingering* nel caso del suo presunto quadro clinico, considerando che anche soggetti affetti da demenza ottengono punteggi superiori a 45/50 (Tracy & Rix, 2017).

2.4.3 Valutazione patologie psichiatriche in Commissione di Verifica Medica

I test possono essere usati anche per verifiche a campione su situazioni specifiche. Nel caso in esame (Montrone, et al., 2016) sono stati confrontati due campioni sottoposti al test SIMS: il primo era composto da 34 pazienti ricoverati in un reparto di psichiatria; il secondo, di 29 soggetti, sottoposti a visita medico-legale presso la Commissione di Verifica Medica (CVM) per il controllo delle diagnosi di grave patologia psichiatrica documentate da struttura pubblica. I punteggi ottenuti mostrano che gli individui con diagnosi psichiatrica fanno rilevare comportamenti maggiormente distorsivi nell'ambito di una verifica medico-legale (rispetto all'ambito unicamente clinico) e confermano l'efficacia del test SIMS che appare quindi "accurato nell'identificare soggetti che, pur portatori di psicopatologia accertata, in un contesto di valutazione medico-legale tendano ad amplificare la propria condizione clinica in generale" (Montrone, et al., 2016, p. 144).

2.4.4 Valutazione comparativa della simulazione usando MMPI-2 e IOP-29

Nel 2018, in Italia, è stato condotto uno studio per verificare se l'utilizzo congiunto dei test MMPI-2 e IOP-29 poteva aumentare la validità della valutazione della credibilità di sintomi depressivi manifestati, rispetto all'utilizzo separato dei due strumenti (Girromini, et al., 2019).

Venne costruito un campione di 164 soggetti, adulti italiani, suddivisi in tre gruppi:

- il primo era composto da 36 persone in cura presso un ambulatorio psichiatrico del Nord Italia. Di queste, 24 erano appena state inviate alla struttura per una valutazione psicologica,

mentre le restanti 12 erano già in cura da diverso tempo e, al momento della somministrazione dei test, erano considerati in via di guarigione;

- il secondo comprendeva 28 soggetti selezionati sulla base di tre criteri: (i) erano stati inviati ai reparti di psicologia e psichiatria per motivi relativi allo stress da lavoro; (ii) avevano ricevuto una diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore (MDD) o Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso (ADDM); (iii) la valutazione di diversi esperti aveva sostenuto la credibilità dei sintomi da loro presentati;
- l'ultimo gruppo era formato da 100 soggetti non clinici, selezionati con la tecnica di campionamento *snowball sampling*, istruiti su come simulare il quadro clinico depressivo, avendo cura di non esagerare i sintomi, in modo tale che la loro performance risultasse effettivamente credibile. Anche in questo caso vi erano dei criteri: si richiedevano la maggior età e l'assenza di una diagnosi di un grave quadro clinico. Agli individui facenti parte del gruppo vennero forniti sia una lista dei sintomi tipici della condizione di riferimento sia un incentivo economico;

A tutti i soggetti vennero somministrate le versioni italiane di entrambi i test. Prima di effettuare l'analisi dei dati raccolti, tutti i 164 protocolli vennero sottoposti ad un'indagine volta a rilevare eventuali distorsioni nella compilazione e, a seguito di questo procedimento, il campione venne ridotto a 155 casi validi.

I risultati ottenuti hanno confermato l'ipotesi di ricerca iniziale, ovvero che integrare MMPI-2 e IOP-29 all'interno di un *assessment* diagnostico multimetodo risulta efficace nell'identificare casi di *Malingering* relativi alla manifestazione di sintomi depressivi. In particolare, permette la comprensione non solamente di quali sintomi la persona stia facendo esperienza, ma anche di come li stia gestendo.

2.4.5 Verifica empirica dell'efficacia del test PAI

L'obiettivo dello studio era la verifica dell'accuratezza diagnostica delle scale di validità del test PAI per l'identificazione di casi di *Malingering* in ambito psichiatrico, all'interno di un campione iniziale di 380 imputati in attesa di giudizio nel Penitenziario di Atlanta (USA) fra il 1990 e il 2004 (Kucharski, Toomey, Fila, & Duncan, 2007).

A seguito di una serie di verifiche, il campione finale è stato ridotto a 116 partecipanti escludendo: (i) 76 soggetti ai quali non erano stati somministrati i test SIRS e PAI, perché non disponibili all'epoca; (ii) 52 casi in cui era stato somministrato il test MMPI-2 al posto del PAI; (iii) 99 individui che avevano rifiutato il test SIRS oppure erano stati considerati troppo psicotici per completarlo. Infine, 37 protocolli vennero rifiutati in quanto non validi rispetto alle scale ICN e INF del test PAI.

Nell'esecuzione dello studio è stato innanzitutto utilizzato il test SIRS per suddividere i soggetti fra potenziali *malingerer* (n=31, pari al 26,7%) e *non malingerer* (n=85, pari al 73,3%). È interessante sottolineare che fra i due gruppi non sono state riscontrate differenze significative relativamente ad età, etnia, educazione, eventuali dipendenze da droga o precedenti penali.

Successivamente si è passati all'analisi dei risultati del PAI, in particolare per quanto attiene alla scala NIM (*negative impression*) considerata sufficientemente accurata per l'identificazione di casi di *Malingering*, confermando la validità dello strumento, in presenza di un *cut-off* di T=84.

CAPITOLO TERZO: La Sindrome di Ganser

Si tratta di un quadro patologico descritto per la prima volta dallo psichiatra tedesco Sigbert Ganser come “stato isterico crepuscolare” (Ganser, 1898, p. 10), prevalentemente riscontrato fra la popolazione carceraria. Viene anche descritto come "pseudodemenza isterica", "sindrome pseudo-demenziale" e "psicosi carceraria".

La classificazione della Sindrome di Ganser ha avuto varie evoluzioni: nel DSM-II era considerata una reazione di adattamento della vita adulta, nel DSM-III un disturbo fittizio con sintomi psicologici. Già a partire dal DSM-IV è stata rimossa dai disturbi fittizi, riconoscendo meno rilevante la componente intenzionale di simulazione rispetto a quella isterica.

Nel DSM 5, la Sindrome di Ganser è classificata fra i “Disturbi dissociativi non altrimenti specificati” (F44.80), mentre nel manuale ICD-10 è considerata fra i “Disturbi Nevrotici”, all’interno del paragrafo “Isteria” (F.44.9). A livello di classificazione, quindi, non viene assimilata al *Malingering* (identificato dal codice Z76.5).

Ciò appare coerente con la valutazione iniziale dello stesso Ganser: “Voglio solo ricordare che molti dei disturbi elementari isterici [...] furono considerati in passato come artificiosi e come simulazione e furono considerati con il massimo scetticismo. Solo uno studio imparziale ha aperto la strada al riconoscimento della loro realtà. Così anche in questi casi, in cui abbiamo a che fare con espressioni di pazienti che ci fanno dapprima l’impressione di un inganno consapevole, non dobbiamo lasciarci sviare dall’apparenza. Ad ogni modo questa apparenza non è sufficiente da sola a giustificare la diagnosi di simulazione” (Ganser, 1898, p. 11).

Con il passare del tempo, questa posizione di Ganser, che sembra voler creare una cesura fra la sindrome da lui osservata e la simulazione, è stata in parte rivista dagli studiosi, portati a considerarla una “sindrome di confine fra gli stati a simulazione cosciente di malattia mentale e quelli sostenuti da meccanismi inconsci” (Ponsillo, 2020, p. 1) dove il paziente, all’inizio in maniera consapevole, poi a livello inconscio, recita un ruolo ascrivibile ad un preciso quadro psicopatologico, secondo l’immagine che lui stesso si è costruito della sua condizione clinica.

Questa patologia è comunemente riscontrata nella popolazione dei detenuti, appare più comune nei maschi che nelle femmine (con un rapporto 3:1) e con un’età media al di sopra dei 30 anni ((n.d.), 2022). È anche caratterizzata da un peggioramento dei sintomi quando il soggetto è consapevole di essere sotto osservazione.

Nell’ambito delle analisi relative alle cosiddette “psicosi carcerarie”, fra le quali anche quella in esame, è opportuno effettuare alcune precisazioni (Lusci, 2008).

La prima è a livello temporale: è importante comprendere se il disturbo mentale possa avere origini antecedenti al momento dell’effettiva carcerazione, con una slantizzazione di fenomeni già esistenti, oppure si manifesti durante la detenzione. In questo secondo caso, la nuova condizione del soggetto diventa la causa scatenante del disturbo mentale. La carcerazione è, infatti, un evento solitamente improvviso e, in particolare la prima volta, destabilizzante: nei soggetti più fragili può minare il già precario equilibrio ma, in generale, può stimolare forme di psicosi che si sviluppano in tutta la loro sintomatologia dopo l’arresto.

La seconda riguarda, invece, lo status del paziente osservato: la Sindrome di Ganser, ad esempio, è prevalentemente associata a detenuti in attesa di giudizio, in quanto la morbilità per chi sta già scontando la pena è sostanzialmente pari alla situazione del resto della popolazione al di fuori delle mura carcerarie.

Nel contesto penitenziario diventa quindi molto importante effettuare una diagnosi differenziale con la simulazione, allo scopo di accertare eventuali casi di *Malingering*, cioè di mistificazioni effettuate con la finalità di ottenere possibili benefici, sia in termini di pena detentiva, sia relativamente alle condizioni di detenzione. Significativa, in tal senso, la constatazione, che la Sindrome di Ganser “ha conosciuto un’ampia popolarità nelle aule dei tribunali dell’Italia meridionale perché diagnosticata a molti capimafia e leaders camorristi dallo psichiatra Aldo Semerari e dalla sua scuola fino all’uccisione, nell’aprile 1982, dello stesso Semerari a opera di un clan camorrista” (Arlacchi, 2021, p. 152).

3.1 Caratteristiche della patologia

La Sindrome di Ganser si presenta come una forma dissociativa di amnesia che ha fra le caratteristiche più comunemente rilevate il fornire risposte approssimative o addirittura “di traverso”: a fronte di una domanda chiara, i pazienti parlano fuori tema, trascurano la risposta corretta e ne danno un’altra simile, ma inesatta; nel caso dei calcoli matematici sembrano non essere in grado di eseguire quelli semplici, ma non hanno difficoltà a svolgere correttamente quelli più complessi.

Sono state riscontrate frequenti alterazioni degli stati di coscienza, con confusione mentale e perdita dell'identità personale: si passa dal semplice ottundimento allo stupore di uno stato onirico ed oniroide, che causa difetti di memoria fino a far trasparire un’insufficienza psichica pseudodemenziale (Lusci, 2008).

In altri casi, ci si trova di fronte a vere e proprie simulazioni di sintomi patologici, quali deficit sensoriali e motori, pur in assenza di una causa organica identificabile, nonché al manifestarsi di allucinazioni molto elaborate e che possono riguardare qualunque modalità sensoriale. Quest’ultimo aspetto, peraltro, può aiutare nella diagnosi, perché in altri disturbi psichiatrici

quali, ad esempio, la schizofrenia, le allucinazioni sono di solito uditive e semplici (Lusci, 2008).

Nel presentare i risultati della sua analisi, Ganser affermava che “nel loro comportamento esteriore questi pazienti presentavano il quadro che noi siamo soliti osservare negli stati acuti confusionali-allucinatori. Tutti presentavano allucinazioni e precisamente di tipo visivo e uditivo. Ciò risultava chiaro già dal loro comportamento, che si presentava in gran parte come reazione immediata alle allucinazioni estremamente intense o quale espressione emotiva parimenti in relazione ad allucinazioni” (Ganser, 1898, p. 7). Lo studioso rilevava come i pazienti fossero soggetti a variazioni repentine del quadro clinico, passando da uno stato di apparente amnesia e sofferenza ad un altro in cui “apparivano completamente sereni e lucidi nella loro coscienza, si meravigliavano di trovarsi in un ospedale, domandavano come ci fossero arrivati e sostenevano con convincente sincerità di non ricordare nulla di quanto era loro capitato in un periodo di tempo più o meno lungo” (ibidem).

Se l'intento iniziale di simulazione è volontario e cosciente, successivamente la riproduzione dei sintomi diventa involontaria: in questi termini la sindrome di Ganser “si pone in uno stadio intermedio tra simulazione cosciente e simulazione a motivazione inconscia, dal momento che sono intuitivamente veritieri i moventi, ossia (in via esemplificativa) l'istinto di conservazione e il timore di perdere la libertà” (Lusci, 2008, p. 7).

L'evoluzione della patologia comporta alternativamente una cessazione spontanea del quadro, rendendo più evidente la caratteristica simulatoria, oppure una cronicizzazione del disturbo, che porta la sostituzione dei sintomi tipici della Sindrome di Ganser con deficit cognitivi e disregolazione affettiva.

Magistri e Mellini (2022) rilevano che il quadro clinico della Sindrome di Ganser è caratterizzato da manifestazioni peculiari e specifiche che hanno indirizzato la sua categorizzazione all'interno dello spettro dell'isteria: scarse capacità cognitive, aspetti di puerilismo e una tendenza ad essere facilmente influenzati. Inoltre, alcuni individui sviluppano una condizione che viene definita con il termine di pseudodemenza, contraddistinta da un grave deterioramento delle facoltà cognitive e stati alterati di coscienza, caratterizzati da una forte esclusione e/o distorsione di ciò che accade nell'ambiente circostante. Un'altra caratteristica, riscontrata nella maggior parte dei casi di Sindrome di Ganser, è il verificarsi di un evento particolarmente traumatico per l'individuo, il quale sembrerebbe essere la causa dell'insorgenza dei sintomi. È stato ipotizzato che tali manifestazioni possano inizialmente fungere, in maniera conscia, da strategia per riuscire ad ottenere un beneficio, ma che successivamente la loro presentazione possa sfuggire alla consapevolezza del soggetto.

Nel 1978, il Dr. Morgan David Enoch, psichiatra e consulente emerito della Royal Liverpool University Hospital, sostenne l'ipotesi secondo cui le principali manifestazioni della Sindrome di Ganser potessero essere ricondotte ad uno spettro di sintomatologia comprendente quattro episodi: risposte approssimative e superficiali alle domande poste, offuscamento della coscienza, allucinazioni e sintomi assimilabili al Disturbo di Conversione Somatica (Enoch & Trethowan, 1978).

Tre dei quattro sintomi sopracitati vennero rilevati in uno dei rari casi di Sindrome di Ganser diagnosticata in soggetti di età adolescenziale (Spondenkiewicz, Taïeb, Speranza, Moro, & Révah-Levy, 2012).

Si tratta di C., una ragazza di 14 anni, il cui quadro clinico aprì a due differenti ipotesi: da un lato si teorizzò una possibile comorbidità tra Sindrome di Ganser e Disturbo Depressivo,

dall'altro si assunse che la Sindrome di Ganser fosse una delle manifestazioni del Disturbo Depressivo in adolescenza.

Andando ad indagare la storia medica e gli avvenimenti più recenti che avrebbero potuto causare degli squilibri nel contesto familiare, vennero rilevati due elementi importanti: una delle zie di C. fu sottoposta ad un trattamento per la depressione, durato due anni, fino alla totale remissione. Inoltre, poco tempo prima dell'ospedalizzazione, ci fu un lutto in famiglia: un'altra zia era morta a causa di un tumore ai polmoni diagnosticato poche settimane prima.

Alcuni giorni dopo il funerale, C. partì con la scuola per un viaggio di istruzione a Praga: i genitori le avevano lasciato alcuni soldi per comprare dei souvenir, ma al ritorno dalla Repubblica Ceca, scoprirono che la figlia aveva mentito, spendendo i soldi in altro modo, e decisero di avere un confronto circa questo episodio. Il giorno dopo la discussione, la ragazza iniziò a mostrare i primi sintomi: insonnia, logorrea, ansia associata a discorsi e comportamenti incoerenti e amnesia relativa agli eventi più recenti.

Giunta in osservazione, C. lamentava solamente un disturbo del sonno, ma effettuando delle indagini più approfondite, i medici riscontrarono alcuni fatti rilevanti: la ragazza forniva risposte approssimative alle domande che le venivano fatte, non era in grado di risolvere neanche le più semplici operazioni aritmetiche di somma e aveva allucinazioni di tipo visivo.

Fu sottoposta a diverse analisi, tramite CT e EEG, per la verifica di anomalie a livello anatomico, che però non vennero riscontrate. I dottori decisero quindi di ricoverarla nell'unità di Neuropsichiatria Infantile: durante la prima settimana, i sintomi continuarono a presentarsi in maniera alternata a fasi di apparente stabilità. Dopo 15 giorni di ricovero, i medici stabilirono che C. era idonea a tornare a casa e riprendere la scuola.

Dopo pochi mesi, la ragazza cominciò a manifestare esplicitamente alla sua famiglia di avere ideazioni suicidarie e alla vigilia di Capodanno, mentre stava cenando con la famiglia, si alzò

improvvisamente da tavola e si mise a ballare da sola in mezzo alla stanza, affermando che con lei ci fosse un altro ballerino tutto vestito di nero.

A seguito di questo episodio, i genitori decisero di riportarla in ospedale. I medici del reparto decisero di prescriverle una terapia farmacologica che potesse agire sia sui sintomi della Sindrome di Ganser, sia sulla sintomatologia depressiva che C. aveva iniziato a manifestare. La ragazza rimase in osservazione per circa trenta giorni, per poi essere rimandata a casa. Dopo appena due mesi, C. decise di interrompere la cura che le era stata prescritta, continuando però il suo percorso di psicoterapia e, dopo un anno, nessun sintomo si era più manifestato.

Esaminando il caso a posteriori, gli esperti giunsero alla conclusione che i sintomi della Sindrome di Ganser fossero in realtà una manifestazione di un episodio depressivo, non rilevato e non trattato durante la prima ospedalizzazione di C.

3.2 Un'entità nosologica distinta?

Nel 2012, uno studio ha messo in discussione alcune delle “certezze” sulle quali si era fino ad allora basata l'analisi della Sindrome di Ganser. Dopo aver interrogato le principali banche dati mediche, gli autori (Mendis & Hodgson, 2012) hanno individuato, classificato ed analizzato 94 casi clinici, fra il 1905 ed il 1996.

Le evidenze sembrano confermare le caratteristiche demografiche (il 77,65% del campione era di sesso maschile e l'età media era di 31,6 anni) ed i sintomi osservati: i più frequenti sono le risposte approssimate (88,3%) e le alterazioni degli stati di coscienza (85,1%); più rare le simulazioni di sintomi patologici (43,6%) e le allucinazioni (28,7%). La maggior parte del campione manifestava due o tre sintomi contemporaneamente (rispettivamente nel 40,4% e nel 36,17% dei casi).

Per quanto attiene all'amnesia, nel 64,9% del campione questo elemento non è stato preso in considerazione nelle analisi, ma nei 33 casi in cui l'osservazione ha incluso anche questo

aspetto, l'amnesia è stata effettivamente riscontrata nel 84,84% dei soggetti (totale nel 75,75%, parziale nel 9,09%).

Al contrario, alcuni dei risultati dell'analisi portano a riflessioni parzialmente in contrasto con il modo in cui comunemente viene esaminata questa malattia:

- Vulnerabilità pre-morbose: presenti in una quota rilevante del campione (87,2%) e costituite in particolare da malattia mentale (41,5%) e lesioni cerebrali (22,3%). La presenza di precedenti criminali è importante (34%), ma non così significativa.
- Contesto dell'analisi: solo il 28,7% del campione era costituito da soggetti sotto indagine, arrestati o in carcere. Il secondo *cluster* (19,15%), era rappresentato da pazienti con stress casalinghi o sul lavoro.
- Malattia mentale: il 52,12% degli individui non ha dimostrato alcuna caratteristica di malattia mentale (pur presentando i sintomi di Ganser) e per 5 di questi 49 pazienti è stato accertato un caso di *Malingering*. Per i 45 soggetti che, invece, hanno manifestato sintomi in coesistenza con la Sindrome di Ganser, sono state riscontrate in prevalenza malattie mentali organiche (15 casi) e psicosi/schizofrenia (14 casi). La restante parte del campione analizzato ha visto un solo soggetto con malattia mentale pre-esistente (depressione) e 7 con sintomi anifestatisi dopo la soluzione della Sindrome di Ganser.

La conclusione dello studio è che “la sindrome si manifesta generalmente nei casi in cui l'individuo si trova ad affrontare uno stress e presenta una vulnerabilità premorbosa che può diminuire la sua capacità di far fronte a tali situazioni. I pazienti che presentano tutte le caratteristiche originariamente descritte sono una rarità. Sebbene in alcuni casi sia presente una malattia mentale in comorbilità, il cluster della Sindrome di Ganser si manifesta comunemente in assenza di altre malattie mentali, il che suggerisce meccanismi eziologici specifici” (Mendis & Hodgson, 2012, p. 103).

3.3 Sindrome di Ganser e *Malingering*

In ambito clinico, la distinzione tra Sindrome di Ganser e *Malingering* è particolarmente complessa in quanto, in ambedue i casi, la simulazione messa in atto, nella fase iniziale, è volontaria.

Uno studio condotto dalla New York University ritiene utile “distinguere la Sindrome di Ganser dalle condizioni psicologiche fittizie e dal *Malingering* in base al livello di consapevolezza di ciascuna situazione. [...] I *malingerer* sono consapevoli di distorcere la loro presentazione e delle motivazioni della loro distorsione. Gli individui con disturbi psicologici fittizi sono consapevoli della loro distorsione intenzionale, ma lo fanno per ragioni che sono al di fuori della loro consapevolezza. Infine, coloro che soffrono della sindrome di Ganser, non sono completamente consapevoli né delle loro distorsioni né dei motivi per cui le mettono in atto” (Drob & Mehan, 2000, p. 10).

3.3.1 Il metodo “*SHAM LIDO*”

Per riuscire a discriminare i casi di *Malingering* da quelli di Sindrome di Ganser, i due studiosi hanno elaborato la metodologia “*SHAM LIDO*” (Drob & Mehan, 2000) che, analizzando le risposte fornite a otto domande, copre contemporaneamente gli aspetti che portano all’acronimo prescelto dagli autori:

- *Symptoms* (Sintomi): si cerca di capire se l’individuo in esame abbia manifestato, o manifesti attualmente, i sintomi tipici del disturbo dissociativo. In particolare, ci si concentra su tutta quella gamma di sintomatologia di cui il *malingerer* non è a conoscenza e che quindi non è in grado di includere nella sua simulazione;

- *History of dissociation* (Episodi di dissociazione): si verifica se il soggetto abbia presentato episodi dissociativi e/o sintomi isterici e, soprattutto, se sia presente una documentazione ufficiale circa tale condizione;
- *Abuse in childhood* (Abusi nell'infanzia): concerne l'indagine circa la presenza di episodi di abusi infantili, solitamente tipici di coloro che prediligono la dissociazione come stile di *coping*;
- *Motivation to malingering* (Motivazioni per la simulazione): ci si interroga sul tipo di vantaggio, sia a livello personale sia a livello legale, che l'individuo potrebbe trarre dal simulare una sintomatologia ascrivibile ad un quadro psicopatologico;
- *Lying and manipulation* (Predisposizione a mentire e alla manipolazione): si osserva se il soggetto abbia o meno un passato caratterizzato da comportamenti antisociali;
- *Injury to the brain* (Danni cerebrali): viene effettuato un controllo circa la storia clinica dell'individuo per accertare possibili danni cerebrali o traumi neurofisiologici;
- *Diagnostic testing* (Test diagnostici): si verifica se i test indichino la presenza di un disturbo dissociativo;
- *Longitudinal Observation* (Osservazioni longitudinali): si controlla che le osservazioni effettuate confermino l'effettiva presenza del disturbo ipotizzato e, in particolare, se l'individuo continui a manifestare gli stessi segni e sintomi anche in contesti in cui crede di non essere controllato.

Per meglio comprendere la complessità dell'identificazione e della conseguente differenziazione delle due cornici cliniche, si ritiene utile ricorrere ai risultati ottenuti dalle indagini condotte su due pazienti.

3.3.2 *Sindrome di Ganser: il caso di Mr. Z*

Mr. Z è un uomo di 39 anni, di origini russe, per il quale viene richiesta una perizia con l'obiettivo di verificare la sua idoneità ad essere sottoposto a processo. L'accusa che pende su di lui è quella di aver rapito la propria famiglia tenendola sotto la minaccia di un'arma, evento del quale lui sostiene di non avere alcun tipo di ricordo.

Nonostante durante i colloqui Mr. Z racconti di aver avuto un'infanzia tranquilla, le parole di alcuni familiari smentiscono quanto affermato, riportando che Mr. Z, in realtà, fu vittima di abusi sessuali da parte di una *babysitter* e di altri parenti. Inoltre, dalle dichiarazioni rilasciate sia dai familiari, sia dallo stesso Mr. Z, si evidenzia un chiaro passato di episodi depressivi e di diversi tentativi di suicidio: in un caso racconta di aver ingerito una dose potenzialmente letale di pillole per dormire, mentre successivamente sostiene di aver tentato per due volte di spararsi. Durante il periodo di ospedalizzazione, il paziente viene sottoposto ad alcuni test psicologici, ottenendo risultati molto bassi nelle prove cognitive, in particolare nei semplici calcoli aritmetici, esiti, questi, inaspettati e ritenuti non coerenti dato il suo livello di educazione scolastica. Mr. Z sostiene inoltre di sentire delle voci, due maschili ed una femminile, che la notte discutono di come essi vogliono “prenderlo, tagliarlo e chiuderlo nel seminterrato”. A seguito di un'indagine più approfondita, gli esperti affermano che queste voci appartengono a coloro che hanno abusato di lui quando era bambino.

Oltre alle allucinazioni uditive, il soggetto riferisce anche episodi allucinatori di tipo visivo: racconta di vedere il diavolo vestito di rosso che, seduto ai piedi del suo letto, ride di lui; inoltre, riceve la visita di due amici: una scimmia di nome Marky Mark e una farfalla di nome Ziggy, assieme ai quali “vola tra le nuvole in un piccolo aereo bimotore” (Drob & Mehan, 2000).

Alla luce della sintomatologia presentata da Mr. Z, considerando in particolare la presenza di episodi dissociativi, un evidente deterioramento delle capacità cognitive e la storia di abusi infantili e, dopo aver applicato la metodologia “*SHAM LIDO*”, viene accertato che il paziente

è un reale caso di Sindrome di Ganser e, di conseguenza, che non disponesse dei requisiti necessari per poter comparire in aula nel processo a suo carico.

3.3.3 Ganser o Malingering: un profilo ambiguo

Il caso preso in esame (Merckelbach, Marteen, Marko, Ineke, & Smeets, 2006) è quello di un uomo di mezza età, coinvolto in un incidente stradale durante il quale il suo veicolo è andato a urtare contro un muro nelle campagne dell'Olanda del Nord. Nonostante gli accertamenti condotti nel Pronto Soccorso non abbiano rilevato alcun tipo di danno cerebrale, il paziente lamenta difficoltà di memoria e di concentrazione, assieme a mal di testa ed una continua sensazione di affaticamento.

Il soggetto fa richiesta di prestazioni assicurative per invalidità e la compagnia di assicurazione lo indirizza ad uno psichiatra per una valutazione: il dottore afferma che il paziente risponde in maniera incompleta o errata alle domande che gli vengono poste e che manifesta un offuscamento della coscienza ed un'andatura instabile. La diagnosi a cui arriva è quella della Sindrome di Ganser, sviluppata come reazione dissociativa conseguente ad un evento traumatico, ossia l'incidente in macchina.

L'uomo venne sottoposto ad una valutazione neuropsicologica con l'utilizzo di una batteria di test, tra cui lo *Structured Inventory of Malingered Symptoms* (SIMS), i cui *item* descrivono sintomi bizzarri e/o improbabili: i pazienti che affermano di fare esperienza di più di 17 dei vari sintomi presentati sono sospettabili di *Malingering*. Nel caso specifico, l'individuo dichiarò di soffrire di ben 31 dei 75 sintomi. Alla luce di questa valutazione, gli esperti decisero di raccogliere maggiori informazioni tramite interviste a parenti e amici riscontrando che il signore, nonostante tutte le difficoltà lamentate, era rimasto molto attivo a livello sportivo, partecipando a diverse competizioni ed esercitando il ruolo di arbitro.

Tenendo in considerazione i risultati ottenuti ai test e tutte le informazioni raccolte da fonti esterne, gli studiosi conclusero che i sintomi del paziente, molto simili a quelli della Sindrome di Ganser, erano stati in realtà simulati per poter ottenere delle agevolazioni dalla compagnia assicurativa. Alla luce di ciò, il profilo che inizialmente sembrava ricondurre alla Sindrome di Ganser, era in realtà un caso di *Malingering*.

CONCLUSIONI

L'identificazione di un caso di simulazione di un disturbo mentale è una sfida che mette alla prova l'attività di uno psicologo o di uno psichiatra soprattutto nel verificare fino a che punto il paziente stia operando in maniera intenzionale e nel comprendere i benefici che intende raggiungere illecitamente.

Disturbo Fittizio, Sindrome di Ganser e *Malingering* sono tre psicopatologie che hanno in comune la manifestazione da parte del soggetto analizzato di sintomi non basati su una reale malattia. Ciò che cambia, e che il Clinico deve riuscire ad identificare, sono l'intenzionalità e la consapevolezza del paziente oggetto dell'analisi.

Se, infatti, il Disturbo Fittizio e la Sindrome di Ganser sono assimilati dal punto di vista nosologico a dei veri e propri disturbi mentali, non è così per il *Malingering*, classificato fra le “condizioni che necessitano di attenzione clinica” (American Psychiatric Association, 2013) e soprattutto, a differenza dei primi due, caratterizzato dall'essere una simulazione costantemente cosciente voluta dal paziente con l'obiettivo di ottenere un beneficio esterno che, diversamente, gli sarebbe precluso.

I primi studi sul *Malingering* sono nati in ambito civile, dove l'obbiettivo del simulatore era quello di vedersi riconosciuto un danno biologico al fine di ottenere un rimborso assicurativo, e militare, per poter essere destinati ad incarichi meno gravosi o evitare il trasferimento in zone di guerra. Più recentemente, invece, le ricerche si sono concentrate in ambito penale laddove i simulatori cercano di non essere sottoposti ad interrogatori, di godere di misure alternative alla carcerazione o di ottenere una revisione della pena sulla base di una presunta malattia mentale.

A supporto delle valutazioni dei casi di *Malingering* da parte del Clinico, che non può prescindere dalle sue specifiche competenze tecnico professionali, sono stati elaborati a partire dalla seconda metà del XX Secolo svariati test: *Symptom Validity Test*, utilizzati per rilevare l'esagerazione dei sintomi descritti, e *Performance Validity Test*, necessari per confermare l'attendibilità dei risultati della somministrazione.

Gli studi empirici effettuati hanno dimostrato l'efficacia di questi strumenti, ma anche la necessità di combinarne l'utilizzo per poter ottenere le necessarie conferme rispetto ad una valutazione che, una volta accertata la simulazione, deve aiutare a comprendere se la stessa sia cosciente, come nel caso del *Malingering*, oppure se abbia ormai sopraffatto il paziente, come si è potuto osservare dall'analisi della Sindrome di Ganser: questa differenza è, ad esempio, fondamentale in ambito giuridico, posto che nel secondo caso può effettivamente portare il paziente a godere dei benefici che la legge prevede.

Le possibili definizioni del concetto di simulazione di patologia sono numerose e accomunate da caratteristiche presenti nella quasi totalità delle casistiche: riproduzione di sintomi inesistenti, intenzionalità del soggetto e ricerca di incentivi esterni. Ciò, unito alle difficoltà legate alla varietà di tipologie cliniche di simulazione riscontrate nei soggetti osservati, porta a concludere che la simulazione di patologia è un campo sul quale continua ad essere necessario un lavoro di ricerca e di approfondimento, per aumentare gli strumenti a disposizione del clinico nella sua corretta formulazione del caso.

BIBLIOGRAFIA

- (n.d.). (2022). *Sindrome di Ganser: i suoi sintomi e cause più frequenti*. Tratto il giorno 04 21, 2022 da yes, therapy helps!: <https://it.yestherapyhelps.com/ganser-syndrome-its-most-frequent-symptoms-and-causes-13404>
- Abbate, L., & Lang, M. (2017, Marzo). Il Personality Assessment Inventory (PAI): lettura di un profilo. *Questioni e Idee in Psicologia*. Tratto da Qi: <https://qi.hogrefe.it/rivista/il-personality-assessment-inventory-pai-lettura-di/>
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Text Revision ed.). Washington D.C.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (R. Cortina, Trad.) Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Arlacchi, P. (2021). *La mafia imprenditrice*. Milano: Il Saggiatore.
- Badiani, S., Giroto, G., Giannini, M., & Gori, S. (2008). Misurare il Malingering: proprietà psicometriche e capacità discriminante della versione italiana dello Structred Inventory of Malingered Symptoms. *Rassegna Italiana di Criminologia*(1), 163-178.
- Bogduk, N. (2004). Diagnostic blocks: A truth serum for malingering. *Clinical Journal of Pain*(20), p. 409-414.
- Bosco, A. (2016). La simulazione nella valutazione neuropsicologica come problema diagnostico: le statistiche bayesiane. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 130-138.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2008). *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Conroy, M., & Kwartner, P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3).
- Convertini, A., Greco, R., Grattagliano, I., & Catanesi, R. (2020). L'uso dei test MMPI-2 e Rorschach nelle valutazioni sulle competenze genitoriali: un contributo casistico. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 64-79.
- Dieulafoy, M. (1908). Escarres multiples et recidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied. Pathomimie. *La Presse Médicale*, 369-372.
- Drob, S., & Mehan, K. (2000). The Diagnosis of Ganser Syndrome in the Practice of Forensic Psychology. *American Journal of Forensic Psychology*, 18(3), p. 37-62.
- Enoch, M. D., & Trethowan, W. (1978). *Uncommon psychiatric syndromes*. Bristol, Inghilterra: John Wright.
- Ferracuti, S., Coppotelli, A., & Parisi, L. (2007). *Simulare la Malattia Mentale*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Fiore, F. (2016). *Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) – Introduzione alla Psicologia*. Tratto il giorno Marzo 15, 2022 da State of Mind: <https://www.stateofmind.it/2016/04/mmpi-minnesota-multiphasic-personality-inventory/>
- Ganser, S. (1898). Un particolare stato crepuscolare isterico (Trad. a cura di E. Pavesi). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 30. Halle. Tratto il giorno Aprile 12, 2022 da <https://www.romolocapitano.com/wp-content/uploads/2017/04/SindromeDiGanser.pdf>
- Gavin, H. (1838). *On the Feigned and Factitious Diseases of Soldiers and Seamen, on the Means Used to Simulate or Produce Them, and on the Best Modes of Discovering Impostors*. Edimburgh: University Press.

- Gerson, A. R. (2002). Beyond DSM-IV: A meta-review of the literature on malingering. *American Journal of Forensic Psychology*, 20, p. 57-69.
- Giromini, L., Carfora Lettieri, S., Zizolfi, S., Zizolfi, D., Viglione, D., Brusadelli, E., . . . Zennaro, A. (2019). Beyond Rare-Symptoms Endorsement: a Clinical Comparison Simulation Study Using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) with the Inventory of Problems-29 (IOP-29). *Psychological Injury and Law*.
- Giromini, L., Pignolo, C., & Zennaro, A. (2018). *La valutazione della credibilità di un malessere psicologico in ambito giuridico*. Tratto il giorno Marzo 15, 2022 da <https://www.studioripsi.it/la-valutazione-della-credibilita-di-un-malessere-psicologico-in-ambito-giuridico/>
- Giromini, L., Viglione, J., Pignolo, C., & Zennaro, A. (2019). An Inventory of Problems–29 Sensitivity Study Investigating Feigning of Four Different Symptom Presentations Via Malingering Experimental Paradigm. 563-572.
- Giunti Psychometrics. (s.d.). *SIMS - Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. Tratto il giorno Maggio 10, 2022 da <https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/sims>
- Gourevitch, D. (1995). La medicina ippocratica e l'opera delle arie, acque, luoghi. Breve storia della nascita e del potere di un 'inganno' scientifico. 7(3), p. 425-433.
- Iverson, G. (2011). Test of Memory Malingering. In J. Kretuzer, J. De Luca, & B. Caplain, *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York: Springer.
- IvyPanda. (2020, 05 25). *Personality Assessment Inventory (PAI) Critique*. Tratto il giorno Aprile 20, 2022 da <https://ivypanda.com/essays/personality-assessment-inventory-pai-critique-research-paper/>
- Kucharski, T., Toomey, J., Fila, K., & Duncan, S. (2007). Detection of Malingering of Psychiatric Disorder with the Personality Assessment Inventory: An Investigation of Criminal Defendants. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), p. 25-32.
- Lipman, F. (1962). *Malingering in personal injury cases* (Vol. 35). Temple Law Quarterly.
- Lusci, S. (2008). *La sindrome di Prisonizzazione*. Tratto il giorno Marzo 15, 2022 da Psicologia e Giustizia: <https://www.psicologiagiuridica.com/pub/docs/2009/numero%20X%20rivista/tesina%20Sonia%20Lusci.pdf>
- Magistri, C., & Mellini, C. (2022). A long-missed diagnosis: A paradigmatic case of diagnostic complexity of Ganser Syndrome. *Psychiatry Research Case Reports*, 1(1).
- Mendelson, G., & Mendelson, D. (2004). Malingering pain in the medicolegal context. *Clinical Journal of Pain*(20), 423-432.
- Mendis, S., & Hodgson, R. (2012). Ganser syndrome: examining the aetiological debate through a systematic case report review. *European Journal of Psychiatry*, 26(2), 96-106.
- Merckelbach, H., Marteen, P., Marko, J., Ineke, B., & Smeets, T. (2006). Detecting malingering of Ganser-lie symptoms with tests: A case study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(60), p. 636-638.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. (s.d.). Tratto il giorno Maggio 1, 2022 da Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Minnesota_Multiphasic_Personality_InVENTORY
- 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, 139-145.
- n.d. (s.d.). *Le malattie mentali in ambito penale e penitenziario*. Tratto il giorno Aprile 07, 2022 da Ristretti: <http://www.ristretti.it/arestudio/salute/mentale/mentali.pdf>

- Nivoli, A., Nivoli, L., Sanna, M., Casula, L., Loretto, L., & Nivoli, G. (2011). La simulazione della malattia mentale nelle istituzioni penitenziarie. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 17, 293-302.
- OMS. (1992). *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10)*. Milano: Masson.
- Paganin. (2017). *Simulazione delle malattie mentali in ambito forense: nuovi strumenti valutativi*. Tratto il giorno Maggio 03, 2022 da Associazione Italiana di Psicologia Giuridica: https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2017/02/paganin_2017.pdf
- Palmer, I. (2003). Malingering, shriking and self-inflicted injuries in the military. In B. C. Halligan PW, *Malingering and illness deception* (p. 42-53). New York: Oxford University Press.
- Parson, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge & Keagan Paul Ltd.
- Personality Assessment Inventory*. (s.d.). Tratto il giorno Marzo 02, 2022 da Wikipedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Personality_Assessment_Inventory
- Ponsillo, N. (2020, Dicembre 5). <https://www.ponsillo.it/dizionario/ganser-sindrome-di/>. Tratto il giorno Marzo 10, 2022 da <https://www.ponsillo.it/dizionario/ganser-sindrome-di/>
- Rees, L., Tombaugh, T., Gansler, D., & Moczyzski, N. (1998). Five validation experiments of the Test of Memory Malingering (TOMM). *Psychological Assessment*, 10(1), 1-10.
- Resnick, P. (1997). The malingering of post-traumatic disorders. In R. Rogers, *Clinical assessment of malingering and deception, second edition* (p. 84-103). New York: Guildford Press.
- Riccio, M. (2001). *Il dilemma del neuropsicologo forense: prestazione reale o simulata? Un approccio al problema mediante il TOMM*. Tratto il giorno Marzo 15, 2022 da Neuropsicologia: <http://www.neuropsicologia.it/content/view/248/99/>
- Rogers (1997) in Ferracuti, S., Parisi, L., & Coppotelli, A. (2007). *Simulare la Malattia Mentale*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Rogers, R. (1990). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*(21), p. 182-188.
- Rogers, R., Sewell, K., & Goldstein, A. (1994). *Explanatory Models of Malingering: A Prototypical Analysis*. *Law and Human Behavior*, 18 (5).
- Roma, P. (2017, Aprile 8). *Il Personality Assessment Inventory, PAI*. Tratto il giorno Aprile 12, 2022 da Associazione Psicoattività: <http://psicoattivita.it/allegati/convegni/2017/slidePAI.pdf>
- SIMS (TM) - Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. (2022). Tratto il giorno 03 20, 2022 da PARINC: <https://www.parinc.com/Products/Pkey/410>
- Slick, D. J. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standard for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(4), p. 545-561.
- Spondenkiewicz, M., Taïeb, O., Speranza, M., Moro, M.-R., & Révah-Levy, A. (2012). Case report of Ganser syndrome in a 14-year-old girl: another face of depressive disorder? *Child and Adolescence Psychiatry & Mental Health*, 6(6).
- Stone, S., Carson, A., & Sharpe, M. (2005). Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*(76), p. 2-12.
- Tombaugh, T. (1996). Test of Memory Malingering (TOMM). *New York: Multi-Health System Inc*.
- Tracy, D., & Rix, K. (2017). Malingering mental disorders: Clinical assessment. *BJPsych Advances*, 23, p. 27-35.
- UKessays. (2018, 11). *Critique of Personality Assessment Inventory*. Tratto il giorno Giugno 20, 2022 da <https://www.ukessays.com/essays/psychology/personality-assessment-inventory-critique-psychology-essay.php?vref=1>

United States Code, Supplement 5, Title 10. (2006).

University of Minnesota. (s.d.). *MMPI History: a brief history of the MMPI instrument*. Tratto il giorno Maggio 16, 2022 da Minnesota Test Division: <https://www.upress.umn.edu/test-division/bibliography/mmpi-history>

van Impelen, H., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365.

Winters, C., Crwaford, T., Crawford, T., Ales, F., Viglione, D., & Warmelink, L. (2021). An inventory of Problems-29 (IOP-29) study investigating feigned schizophrenia and random responding in a British community sample. *Psychiatry, psychology and law*, 28(2), p. 235-254.

Wisdom, N. M., Callahan, J. L., & Shaw, T. G. (2010). Diagnostic Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology to Detect Malingering in a Forensic Sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol 25, Issue 2, 118-125.

RINGRAZIAMENTI

Vorrei dedicare queste ultime righe a chi, con pazienza e dedizione, mi ha supportato in questi anni e ha reso possibile la realizzazione di questo elaborato.

Un ringraziamento particolare va alla mia relatrice, la professoressa Laura Ferro, per aver deciso di intraprendere questo percorso assieme, per le preziose conoscenze trasmesse durante il corso e per avermi seguito e aiutato in questi mesi di lavoro.

Ringrazio di cuore i miei genitori, Raffaella e Diego. A voi dico grazie per avermi sostenuto in ogni momento della mia vita, per avermi spronato ad andare avanti nei momenti in cui tutto sembrava più grande di me e per avermi sempre dato la possibilità di inseguire i miei sogni. Grazie mamma per avermi fatto capire che è importante non dare troppo peso alle parole degli altri e che la vita è più bella se presa con leggerezza. Grazie papà per il tuo grande cuore e per avermi insegnato che la gentilezza, nonostante a volte possa sembrare la più grande delle trappole, alla fine è l'unica cosa che ci salva.

Ringrazio Beatrice, la mia amica di sempre. Grazie per essere rimasta al mio fianco e per aver condiviso con me gioie e insuccessi di questi anni. È stato di grande supporto avere la certezza che, anche dopo una giornata storta, bastava aprire la porta di casa per trovare sempre qualcuno pronto ad ascoltarmi

Grazie ai compagni di viaggio, Agnese, Alice, Chiara, Dorotea, Ilaria e Noah, per aver riempito di sorrisi e leggerezza le mie giornate. È stato bello condividere con voi questo pezzo della mia vita e spero con tutto il cuore che ogni vostro desiderio possa diventare realtà.

Ringrazio tutti i miei amici, quelli che porto nel cuore dall'infanzia, quelli che ho conosciuto da poco e anche quelli che ormai non fanno più parte della mia vita. Un grazie particolare va alle mie amiche Adriana, Cecilia, Giulia e Martina per avermi aiutato ad apprezzare ogni lato di me, comprese le mie fragilità. Ciascuno di voi, ognuno a modo suo, mi ha aiutato a diventare la persona che sono oggi. Siete davvero importanti per me e sono grata di avervi incontrato.