

CRIMINOLOGIA CLINICA

01

*Sarah Badiani
Giorgia Girotto
Marco Giannini
Alessio Gori*

**“MISURARE IL MALINGERING:
PROPRIETÀ PSICOMETRICHE
E CAPACITÀ DISCRIMINANTE
DELLA VERSIONE ITALIANA
DELLO STRUCTURED
INVENTORY OF MALINGERED
SYMPTOMATOLOGY (SIMS)”**

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno II - n. 1 - 2008

Il vocabolario della lingua italiana (Zingarelli, 1990) definisce il termine *inganno* individuando l'aspetto pragmatico dell'intenzione di colui che inganna: "insidia", "astuzia fraudolenta", "frode", "imbroglio", "raggiro che vuole trarre in errore". Il Devoto-Oli (2007) sottolinea l'aspetto semantico della falsità, in relazione alla rappresentazione della realtà. Nel definire il verbo corrispondente (*ingannare*) viene sottolineato l'abuso dell'altrui buona fede: "far credere una cosa per un'altra", "indurre in errore", "fuorviare", ma anche "tradire", venendo meno a un rapporto di lealtà e fiducia, e "deludere le altrui aspettative". L'inganno si differenzia dalla menzogna, dove l'accento è posto sulla funzione informativa della comunicazione, e dalla finzione, che rappresenta una forma ingannevole di comunicazione ottenuta mediante l'imitazione, la raffigurazione di ciò che si vuole che il destinatario creda (Castelfranchi e Vincent, 1997). L'intenzione di mentire rappresenta una proprietà fondamentale della comunicazione menzognera (Anolli, 2002).

Per dirla come Anolli (2002) la comunicazione ingannevole presenta tre caratteristiche fondamentali: la falsità del contenuto di quanto è stato detto; la consapevolezza di tale falsità; e l'intenzione di ingannare il destinatari.

In pratica esistono due modi principali di mentire: dissimulare e falsificare. Nella dissimulazione, chi mente nasconde certe informazioni senza dire effettivamente nulla di falso. Chi falsifica si spinge oltre: non solo l'informazione vera è taciuta, ma viene presentata un'informazione falsa come se fosse vera (Ekman, 1989). Scoprire l'inganno, la finzione e la menzogna può essere difficile anche se, a seconda delle situazioni, la presenza o l'assenza di indici esterni può essere d'aiuto a comprendere la sincerità o la non sincerità delle persone. Gli indici esterni comprendono le parole, la voce, il corpo e gli indizi provenienti dal sistema vegetativo. Tra gli indizi verbali e non verbali che fanno sospettare un comportamento non veritiero da parte del soggetto troviamo (Anolli, 2002): le pause nel discorso; la presenza di errori come l'intromissione nel discorso di ripetizioni, di non parole (es. "ehm", "uhm", ecc) e di parole dette a metà ("vera-veramente io..."); il tono della voce che varia a seconda se chi mente si trova in una situazione di carenza di controllo (tono di voce alto e numerose variazioni vocali) o in una situazione di ipercontrollo (tono di voce basso e monotono e scarsa variabilità); un numero maggiore di battiti ciliari veloci; frequenti gesti automanipolativi e di manipolazione di oggetti; un aumento dei movimenti delle gambe e dei piedi; cambi più frequenti della postura; respiro rapido e poco profondo; sudorazione elevata; deglutizione frequente.

La Simulazione o *Malingering* è definita come la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o enormemente esagerati, motivata da

incentivi esterni (DSM-IV TR; APA, 2000). Tali incentivi possono includere ricompense economiche, droga, evitamento di punizioni, di lavoro, del servizio militare e di procedimenti penali (Cassano, 2002).

Secondo il DSM-IV TR (APA, 2000), la Simulazione può essere sospettata quando è presente qualsiasi combinazione dei seguenti indicatori o criteri: a) contesto medico-legale di presentazione (quando cioè un paziente viene inviato per un esame da un avvocato); b) discrepanza tra test medici oggettivi e disturbi lamentati dal paziente; c) mancanza di cooperazione del paziente durante le procedure diagnostiche o nel trattamento prescritto; d) coincidenza tra inizio della malattia e grossi incentivi finanziari; e) presenza del Disturbo Antisociale di Personalità.

Le persone che simulano riferiscono sintomi molto variabili come deliri, allucinazioni, mutismo, mania, depressione e stato confusionale acuto. Il simulatore tende a manifestare sintomi singoli ed isolati prodotti principalmente per imitazione e non ricollegabili ad un quadro clinico. Queste persone prendono in causa qualunque tipo di organo o apparato, come sintomi neurologici, osteoarticolari, tipici di patologia endocrina, chirurgica, psichiatrica, eccetera. I sintomi possono essere prodotti con modalità variabili, che consentono di differenziare alcuni sottotipi di Simulazione (Lecconi, Lenzi e Perugi, 2002): la simulazione opportunistica, tipica di pazienti che soffrono realmente di alcuni disturbi ma li accentuano consapevolmente; l'invenzione di sintomi, vale a dire la falsa dichiarazione di segni o sintomi fisici o psichici in assenza di qualsiasi reale precedente (dolore, vertigini, eccetera); gli eventi provocati che si riferiscono al provocare volontariamente un evento esterno in grado di produrre un danno (es. caduta nel luogo di lavoro); la manipolazione dei dati cioè la falsificazione di reperti per simulare una malattia (es. falsificazione dei risultati di esami medici); le condotte autolesive vale a dire la produzione intenzionale di un danno fisico, in genere per evitare di adempiere ad obblighi specifici (ad es. servizio militare).

Ancora oggi mancano dati epidemiologici attendibili sulla reale frequenza della condotta simulata, per l'estrema difficoltà nel riuscire a formulare un corretto inquadramento diagnostico. Alcuni studi condotti per questo scopo (Rogers, Sewell e Goldstein, 1994; Norris e May, 1998; Larrabee, 2003) hanno dimostrato che la frequenza di simulazione è significativa e varia a seconda dei contesti. In campioni forensi la stima oscilla tra il 15,7% (Rogers, Sewell e Goldstein, 1994) e il 45% (Norris e May, 1998); in caso di lesioni cerebrali si può arrivare al 40% (Larrabee, 2003); mentre per coloro che ricevono ricompense fingendo un Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) le stime di Simulazione raggiungono picchi del 75% (Burkett e Whitley, 1998). Esistono varie modalità generalmente utilizzate per la detezione della Simulazione (Widows e Smith, 2005); le interviste strutturate come la SIRS o la SADS; strumenti generali cognitivi o non cognitivi

che comprendono delle scale specifiche che misurano il *Malingering*, come l' MMPI-2, il PAI o il 16PF-IV; oppure test specifici per l' individuazione della Simulazione come il SIMS, il TOMM o l' M-FAST.

Molti studi effettuati negli Stati Uniti (USA) e in Olanda (Smith, 1993; Rogers, Hinds e Sewell, 1996; Smith e Burger, 1997; Edens, Otto e Dwyer, 1999; Poythress, Edens e Watkins, 2001; Heinze e Purisch, 2001; Lewis, Simcox e Berry, 2002; Merckelbach e Smith, 2003; Jelicic, Hessels e Merckelbach, 2005) mettono in evidenza l' utilità dei questionari *self-report* per individuare la Simulazione e riportano numerose evidenze sulle qualità discriminanti del SIMS (Smith, 1993; Smith e Burger, 1997).

Lo *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) è un questionario *self-report* messo a punto per individuare la Simulazione di sintomi psichiatrici (per esempio Depressione e Psicosi) e/o di Deficit Cognitivi (per esempio Bassa Intelligenza e Disturbi Mnestici).

Lo strumento è composto da 75 item dicotomici del tipo vero-falso raggruppati in cinque scale, ognuna contenente 15 item. Le scale riguardano sintomi simulati di diverse aree e individuano cinque settori: Psicosi, Disturbi Amnestici, Disturbi Affettivi, Bassa Intelligenza e Disturbi Neurologici.

Gli studi citati in precedenza mettono in luce le buone qualità psicometriche dello strumento. In particolare, i risultati dello studio di Smith (1993) evidenziano una soluzione a quattro fattori che spiega il 69.8% della varianza totale supportando la teoria che quattro delle cinque scale del SIMS (P, AF, LI ed AM) definiscono fattori separati, ad eccezione della scala NI. L' attendibilità del SIMS, dimostrata tramite il coefficiente *Alfa* di *Cronbach* è risultata buona con valori compresi tra .82 (scala P) e .88 (punteggio totale del SIMS). Smith (1993) ha inoltre valutato la capacità discriminante del SIMS tramite un' Analisi della Varianza (ANOVA), seguita poi dal *multiple range* test di Duncan (con $\alpha = .05$) evidenziando le elevate capacità discriminanti dello strumento (Smith, 1993).

In uno studio successivo, Smith e Burger (1997) hanno assegnato casualmente 476 studenti o al gruppo di controllo di rispondenti onesti o a cinque condizioni sperimentali, nelle quali dovevano simulare alcuni disturbi (LI, AF, NI, P o AM). Tutti i soggetti hanno completato il SIMS, l' MMPI-2, il 16PF e parti di alcune scale che misurano il *Malingering*. E' stato riscontrato che il 96% dei simulatori (Sensibilità) e l' 88% degli onesti (Specificità) veniva classificato correttamente. Questi due valori risultavano più bassi in riferimento alle singole scale e ciò ha portato gli autori a concludere che il punteggio totale del SIMS sia un buon indicatore della Simulazione, mentre i punteggi delle singole scale forniscono solamente informazioni qualitative sul tipo di sintomi che il soggetto cerca di simulare. Inoltre questa ricerca ha evidenziato che il punteggio totale del SIMS presentava correlazioni significative con la scala F ($r = .84$) e con l' indice F-K ($r = .81$) dell'

MMPI-2 (Butcher et al., 1989); con la *Malingering Scale Insanity* (MgI; Schretlen e Arkowitz, 1990) ($r = -.71$); e con la *Malingering Scale Retardation* (MgR; $r = -.60$). Una correlazione più moderata ($r = .45$) è stata riscontrata tra il punteggio totale del SIMS e la scala *Faking Bad* del 16PF (Cattell, 1994). Sono state rilevate anche correlazioni moderato-alte tra le singole scale del SIMS e la scala F dell' MMPI e l' indice F-K ($.47 < r < .84$).

Ulteriori indagini hanno evidenziato che il punteggio totale del SIMS poteva essere considerato un ottimo indice di Efficienza o *hit rate* per identificare il *Malingering*, classificando erroneamente come rispondenti onesti solo il 10.3% dei falsi simulatori e il 15.4% dei simulatori reali (Poythress et al., 2001). Heinze e Purish (2001) hanno messo in luce l'abilità del SIMS nel distinguere tra *Malingering* e psicopatologia evidenziando buone correlazioni con altri indici usati comunemente per la detezione della Simulazione, come le scale di validità dell' MMPI-2 ($-.47 < r < .50$), le scale della SIRS ($.43 < r < .80$) e l' M Test ($.58 < r < .67$).

Questi studi dimostrano che il SIMS è uno strumento con buone proprietà psicometriche, facilmente adattabile a vari contesti (clinici, giuridici, di ricerca) data la sua maneggevolezza e facilità d'interpretazione. Queste caratteristiche permettono al SIMS di essere ampiamente utilizzato per la detezione del *Malingering* in vari Paesi del mondo. Quindi, considerate le buone capacità psicometriche dello strumento e le sue numerose applicazioni in campo internazionale, questa ricerca si propone di valutare le proprietà psicometriche e la capacità discriminante della versione tradotta in lingua italiana del SIMS per verificare la sua accuratezza nell'identificazione del *Malingering* anche nel nostro paese.

2 • Metodo

Partecipanti

In questo studio sono stati utilizzati complessivamente 568 soggetti (206 maschi e 362 femmine) di età compresa tra i 18 e i 70 anni, reclutato in atenei universitari e accidentalmente in uffici e luoghi di lavoro, biblioteche e stabilimenti balneari. I partecipanti sono stati suddivisi per sesso (64% femmine e 36% maschi), fasce di età, (18-30; il 63% dei soggetti), (31-40; il 12% dei soggetti), (41-50; il 10% dei soggetti), (51-60; l'11%), (61-70; il 4% dei soggetti), e titolo di studio (licenza elementare; il 4%), (licenza media; 12%), (diploma di scuola superiore; 43%), (laurea triennale; il 30%), (laurea quinquennale; 10%), (master; 0.5%), (dottorato di ricerca; 0.5%). Ai soggetti non è stata richiesta la presenza di nessuna particolare caratteristica. Il tempo medio di somministrazione è stato di circa 20 minuti. Una parte del cam-

pione, composta da 143 studenti universitari ($M=23.63$, $DS=2.13$) frequentanti il Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e della Salute presso l'Università degli Studi di Firenze, ha partecipato ad un *Simulation Design* allo scopo di verificare la capacità discriminante del SIMS.

Strumenti

Sono stati utilizzati due diversi strumenti di misura: la versione italiana del SIMS (Smith, 1993; Smith e Burger, 1997), tradotta con il metodo della *back-translation*, e la versione italiana del MMPI-2 (Butcher et al., 1989; tr. it., Pancheri e Sirigatti, 2002)

Lo *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS); è un questionario *self-report* messo a punto per individuare la Simulazione di sintomi psichiatrici. Lo strumento è composto da 75 item dicotomici del tipo vero-falso raggruppati in cinque scale, ognuna contenente 15 item. Le scale riguardano sintomi simulati di diverse aree e individuano cinque settori: Psicosi, Disturbi Amnestici, Disturbi Affettivi, Bassa Intelligenza e Disturbi Neurologici. Per questa ricerca la versione statunitense del SIMS è stata tradotta da un madrelingua inglese. In seguito è stata effettuata una *back-translation* da parte di un madrelingua italiano, allo scopo di verificare l'equivalenza della versione italiana rispetto a quella originale. Le due versioni non sono risultate identiche, a causa della varietà delle due lingue e delle frasi idiomatiche presenti; sono infatti emerse numerose differenze a livello lessicale giudicate non influenti sul contenuto. Quindi, sono stati sostituiti alcuni item (item 11, 14, 63, 67) tipici della cultura americana con altrettanti item specifici ritenuti più adatti per la cultura italiana (vedi appendice), ed è stata effettuata una somministrazione preliminare ad un campione pilota.

L' MMPI-2 è il questionario di personalità *self-report* più utilizzato al mondo. E' formato da 567 item dicotomici che permettono di ricavare un profilo della personalità psicopatologica del soggetto attraverso 10 scale cliniche, 7 scale di validità, 15 scale supplementari, 15 scale di contenuto e varie sottoscale. Le scale indicatori di *Malingering* prese in considerazione in questa ricerca sono: la scala Menzogna (*Lie*) (L; Hathaway e McKinley, 1942); la scala Infrequenza (*Infrequency*) (F; Hathaway e McKinley, 1942); la scala Correzione (*Correction*) (K; Meehl e Hathaway, 1946; McKinley, Hathaway e Meehl, 1948) la *Backpage Infrequency* (Fb; Butcher, Graham, Williams e Ben-Porath, 1989), e l'indice Infrequenza meno Correzione (*Infrequency minus Correction*) (F-K; Gough, 1950).

Inoltre sono state considerate anche le 10 scale cliniche del MMPI-2: Ipocondria (*Hypochondriasis*) (Hs), Depressione (*Depression*) (D), Isteria da Conversione (*Conversion Hysteria*) (Hy), Deviazione Psicopatica (*Psychopathic*

Deviante (Pd), Mascolinità-Femminilità (*Masculinity-Femininity*) (Mf), Paranoia (*Paranoia*) (Pa), Psicastenia (*Psychasthenia*) (Pt), Schizofrenia (*Schizophrenia*) (Sc), Ipomania (*Hypomania*) (Ma) e Introversione Sociale (*Social Introversion*) (Si) (Hathaway e McKinley, 1989).

Procedura

La versione del SIMS ottenuta è stata somministrata ai 568 soggetti partecipanti alla ricerca; a 60 di loro (che non hanno partecipato al *Simulation Design*) è stato chiesto di compilare anche l' MMPI-2 per verificare gli aspetti di validità concorrente.

Una parte del campione, composta da 143 studenti universitari ($M=23.63$, $DS=2.13$) frequentanti il Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e della Salute, ha partecipato ad un *Simulation Design* con lo scopo di verificare la capacità discriminante del SIMS.

I soggetti sono stati randomizzati, in un gruppo di controllo (rispondenti onesti) e in quattro gruppi sperimentali, in cui gli studenti sono stati istruiti a simulare quattro condizioni: Psicosi, Disturbi Amnestici, Disturbi Affettivi e Bassa Intelligenza (ovvero i disturbi relativi alle 4 scale misurate dalla versione italiana del SIMS).

Analisi dei dati

Per rilevare la struttura fattoriale del SIMS sono stati considerati tutti i partecipanti ($n=568$). È stata condotta su tutti i 75 item dello *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) un'analisi degli item (*item analysis*) seguita da alcune Analisi Fattoriali Esplorative (AFE) per dati dicotomici con rotazione obliqua *Promax*. (*Mplus*; Muthén e Muthén, 1998; 2004).

La coerenza interna del SIMS è stata calcolata utilizzando la formula KR21 (Kuder e Richardson, 1937) per dati dicotomici, sia per la soluzione totale a quattro fattori (comprendente 61 item) sia per ognuno dei singoli fattori o scale della soluzione stessa (P, DAM, DAF, BI).

Inoltre è stata effettuata un'ANOVA per campioni indipendenti per verificare la capacità discriminante del SIMS. Gli aspetti di validità concorrente sono stati ricavati mediante il coefficiente r di Pearson (per i 60 soggetti ai quali sono stati somministrati SIMS ed MMPI-2) correlando sia il punteggio totale del SIMS, sia quello delle singole scale con i punteggi ottenuti alle scale indici di Faking (L,F,K,Fb) e con alle scale.

170 3 • Risultati

• criminologia clinica •

L'*item analysis* indica il maggior potere discriminante degli item 18, 27, 36 e 15; minor potere discriminante item 19, 63, 2 e 7.

Dalle Analisi Fattoriali Esplorative (AFE) effettuate la soluzione a quattro fattori, che spiega il 52,16% della varianza totale, è risultata essere la migliore.

Questi primi risultati fanno presupporre che la versione italiana del SIMS sia articolata in quattro scale (Psicosi, Disturbi Amnestici, Disturbi Affettivi e Bassa Intelligenza, escluso i Disturbi Neurologici), invece delle cinque presenti nella sua versione originale. Il primo fattore è stato nominato Psicosi Simulata, il secondo Disturbi Amnestici Simulati, il terzo Disturbi Affettivi Simulati, e il quarto ed ultimo fattore Bassa Intelligenza Simulata.

Tabella I. Saturazioni Fattoriali (rotazione obliqua Promax). Soluzione a quattro fattori.

Numero Item	FATTORI			
	Psicosi Simulata	Disturbi Amnestici Simulati	Disturbi Affettivi Simulati	Bassa Intelligenza Simulata
57	.95			
69	.94			
38	.93			
65	.87			
62	.86			
28	.79			
3	.67			
48	.64			
39	.63			
44	.63			
34	.62			
51	.57			
8	.55			
13	.54			
31	.45			
42	.44			
1	.39			
26	.26			
25		.81		
45		.78		
12		.78		
36		.74		
49		.72		
61		.72		
22		.70		
27		.66		
33		.66		
9		.64		
40		.63		
74		.61		
15		.57		
18		.57		
20		.56		
30		.51		
53		.44		
66		.38		
29		.34		
35			.63	
52			.62	
47			.57	
37			.54	
6			.52	
19			.51	

172

• criminologia clinica •

FATTORI				
NumeroItem	Psicosi Simulata	Disturbi Amnestici Simulati	Disturbi Affettivi Simulati	Bassa Intelligenza Simulata
43			.51	
32			.46	
71			.44	
59			.43	
60			.42	
64			.41	
5			.39	
67				.78
75				.75
21				.72
46				.63
50				.62
73				.61
11				.58
68				.56
41				.55
70				.50
14				.38

I risultati mostrano come l'attendibilità del test sia molto buona, in quanto oscilla tra .73 (scala Disturbi Amnestici) e .95 (Totale del SIMS), - con tutti i valori escluso uno - superiori a .90. (vedi tabella 2).

Tabella II. Attendibilità (SIMS)

Valori assunti dalla KR21		
Soluzione a quattro fattori	Item considerati	KR21
Psicosi Simulata (Primo fattore)	61	.95
Disturbi Amnestici Simulati (Secondo fattore)	18	.94
Disturbi Affettivi Simulati (Terzo fattore)	19	.73
Bassa Intelligenza Simulata (Quarto fattore)	11	.92

I punteggi ottenuti da ciascun soggetto sia all'intero SIMS (61 item) sia in ognuno dei fattori o scale (P, DAM, DAF e BI) sono stati correlati con i punteggi ottenuti dagli stessi soggetti alle scale Fb, F, L, K, all'indice F-K e alle 10 scale cliniche dell'MMPI-2. Come mostra la tabella sottostante i risultati emersi sono buoni. Più in specifico, il punteggio totale del SIMS correla moderatamente con le scale K ($r = -.42$), Fb ($r = .40$), Hs ($r = .32$), Sc ($r = .30$), Si ($r = .29$), Mf ($r = .36$) e con l'indice F-K ($r = .41$). Le singole scale del SIMS mostrano correlazioni moderato-basse con le scale K ($r = -.40$, solo con la scala DAF), Fb (range = .28 to .33), Hs (range = .26 to .32), Si ($r = .35$, solo con la scala DAF), Mf ($r = .46$, solo con la scala DAF) e con l'indice F-K (range = .31 to .35) (vedi Tabella 3).

Tabella III. Aspetti di Validità Concorrente

Coefficiente r di Pearson							
Punteggi	Scala Fb	Indice F-K	Scala K	Scala (Hs)	Scala (Mf)	Scala (Sc)	Scala (Si)
Totale SIMS	.40**	.41**	-.42**	.32*	.36*	.30*	.29*
Scala DAM	.33*	.31*	n.s.	.26*	n.s.	n.s.	n.s.
Scala DAF	.32*	.35**	-.40**	n.s.	.46**	n.s.	.35**
Scala BI	.28*	n.s.	n.s.	.32*	n.s.	n.s.	n.s.
Scala P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Soltanto la scala P non presenta nessuna correlazione positiva o negativa significativa con l' MMPI-2.

Simulation Design

Un campione di 143 studenti di psicologia è stato utilizzato per verificare la capacità discriminante del SIMS. Questo è stato suddiviso *random* in un gruppo sperimentale ($n = 80$) e in uno di controllo ($n = 63$). Dall'ANOVA risulta che i due gruppi hanno punteggi realmente diversi e che il primo ottiene punteggi significativamente più alti del secondo [$F = 245.30$, $p < .001$] (vedi tabella 4).

Tabella IV. ANOVA

ANOVA tra i gruppi						
Gruppi	N	Media	DS	gdl	F	p
Simulatori	80	24.95	10.92	1	245.30	.001
Gruppo di Controllo	63	2.98	2.40	141		
Totale	143	15.27	13.73	142		

I *t* test effettuati fra ciascuno dei 4 sottogruppi sperimentali (P, DAM, DAF, BI) ed un sottogruppo di controllo costituito da 20 soggetti estratti *random* dal gruppo di controllo totale, mostrano che ogni sottogruppo sperimentale presenta punteggi più alti del sottogruppo di controllo. La scala DAM risulta la migliore [$t = 19.50$; $p < .001$] nel discriminare i simulatori dai rispondenti onesti, mentre la scala DAF si è dimostrata la peggiore [$t = 5.97$; $p < .001$] (vedi tabella 5).

Tabella V. T-test

T-test fra i 4 sottogruppi di simulatori ed di controllo		
Scale	t	p
DAM	19.50	.001
BI	9.95	.001
P	11.22	.001
DAF	5.97	.001

4 • Discussione

L'AFE per dati dicotomici ha delineato una soluzione diversa rispetto allo studio originale di validazione (Smith, 1993) perché sono stati eliminati 14 item ed è risultata una soluzione a 61 item con soltanto quattro fattori o scale (Psicosi, Disturbi Amnestici, Disturbi Affettivi e Bassa Intelligenza) escludendo i Disturbi Neurologici, i cui item saturavano su tutti gli altri fattori. Tali fattori sono fortemente correlati, con valori compresi tra .31 e .71. La soluzione a 61 item con quattro fattori emersi che corrispondono alle quattro scale misurate dal SIMS spiega il 50.16% della varianza e rappresenta l'attuale versione italiana del test, anche se quella originale statunitense è

composta da cinque scale con 75 item che spiegano il 69.8% di varianza. Anche Smith (1993) aveva ottenuto una soluzione a quattro fattori, ma concluse che la quinta dimensione (Disturbi Neurologici) esisteva anche se non era rappresentata da un unico fattore separato ma saturava soprattutto su quello della Psicosi. Alcuni item che nella versione americana appartengono alla scala Disturbi Neurologici, nel presente studio saturano principalmente sul fattore Disturbi Affettivi, suggerendo una sovrapposizione o similarità tra i sintomi di queste due scale.

La coerenza interna del SIMS calcolata con la KR21 è risultata soddisfacente e ciò costituisce una prova in supporto dell'attendibilità dello strumento. Il terzo fattore (cioè Disturbi Affettivi) presenta il valore più basso di KR21 (.73) ed è contemporaneamente l'unico inferiore a .90.

Il SIMS presenta correlazioni negative con la scala K, che è un indice di *Defensiveness* ed individua l'esistenza in alcuni individui di una tendenza a presentarsi sotto una luce favorevole. Inoltre il SIMS mostra correlazioni positive con la scala Fb, che rivela la tendenza di alcuni soggetti ad esagerare i sintomi allo scopo di apparire più disturbati di quanto in realtà siano, e con l'indice F-K, che individua la tendenza con la quale un individuo mostra problemi non realmente presenti o esagera i sintomi. Il SIMS presenta inoltre correlazioni positive ed interessanti con le scale Hs, Si, Sc ed Mf, suggerendo che soggetti con elevati punteggi su queste scale tendono a simulare i sintomi più degli altri individui.

I risultati emersi dall'ANOVA mostrano come tutti i gruppi di simulatori abbiano ottenuto punteggi più alti al SIMS rispetto ai gruppi di non simulatori [$F = 245.30, p < .001$] e [$19.50 < t < 5.97; p < .001$], dimostrando la capacità del test di differenziare i simulatori dai rispondenti onesti. Inoltre i risultati indicano che la scala DAM è la migliore nel discriminare i soggetti, mentre quella DAF la peggiore.

Concludendo, questo studio mostra come la versione italiana del SIMS possieda buone proprietà psicometriche e come sia capace di discriminare gli individui che stanno simulando da coloro che invece rispondono correttamente. Ulteriori indagini si ritengono necessarie per confermare questi risultati. Infatti, data la crescente esigenza di utilizzare procedure che identifichino il *Malingering*, questo strumento potrebbe essere utilizzato in una varietà di contesti diversi (per es. ambito giuridico, clinico) data la sua facilità d'uso e le sue buone capacità psicometriche.

Numero Item	Versione Americana	Versione Italiana
Item 11	The capital of Italy Is Hungary.	La capitale dell'Argentina è il Paraguay.
Item 14	The United States has 55 states.	Ci sono 25 regioni in Italia.
Item 63	Washington was our first President.	Il primo Re d'Italia fu Emanuele II di Savoia.
Item 67	If you have \$ 1.50 and I take away fifty cents, you will have 75 cents left.	Se tu hai 1.50 e ti tolgo 50 centesimi, ti rimangono 75 centesimi.

• Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (fourth edition: text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- BUTCHER, J. N., DAHLSTROM, W. G., GRAHAM, J. L., TELLEGEN, A. e KRAEMER, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*, University of Minnesota Press, Minneapolis. (Adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 1995).
- BUTCHER, J. N., GRAHAM, J. R., WILLIAMS, C. L. e BEN-PORATH, Y. S. (1989): *Development and use of the MMPI-2 content scale*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- DEVOTO, G., OLI, G. (2007): *Vocabolario della lingua italiana*, Rizzoli, Milano, p. 1392.
- EDENS, J. F., OTTO, R. K. e DWYER, T. (1999): "Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology", *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 27 (3), 387-396.
- GOUGH, H. G. (1950): "The F minus K dissimulation index for the MMPI", *Journal of Consulting Psychology*, 14 (1), 408-413.
- HATHAWAY, S. R. e MCKINLEY, J. C. (1942): "A multiphasic personality schedule (Minnesota): III. The measurement of symptomatic depression", *Journal of Psychology*, 14 (1), 73-84.
- HATHAWAY, S. R. e MCKINLEY, J. C. (1989): *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual*, University of Minnesota Press, Minneapolis (tr. it.: *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manuale*, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 2002).
- HEINZE, M. C. e PURISCH, A. D. (2001): "Beneath the mask: Use of psychological test to detect and subtype malingering in criminal defendants", *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1 (4), 23-52.

- JELICIC, M., HESSELS, A. e MERCKELBACH, H. (2006): "Detection of Feigned Psychosis with the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A Study of Coached and Uncoached Simulators", *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 28 (1), 19-22.
- KUDER, G. F. e RICHARDSON, M. W. (1937): "The theory of estimation of test reliability", *Psychometrika*, 2 (1), 151-160.
- LEWIS, J. L., SIMCOX, A. M. e BERRY, D. T. R. (2002): "Screening for Feigned Psychiatric Symptoms in a Forensic Sample using the MMPI-2 and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology", *Psychological Assessment*, 14 (2), 170-176.
- MCKINLEY, J. C., HATHAWAY, S. R. e MEEHL, P. E. (1948): "The MMPI: VI. The K scale", *Journal of Consulting Psychology*, 12 (1), 20-31.
- MEEHL, P. E. e HATHAWAY, S. R. (1946): "The K factor as a suppressor variable in the MMPI", *Journal of Applied Psychology*, 30 (1), 525-564.
- MERCKELBACH, H. e SMITH, G. P. (2003): "Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering", *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18 (2), 145-152.
- MUTHÉN, L. K. e MUTHÉN B. O. (2004): *Mplus*. Version 3.
- POYTHRESS, N. G., EDENS, J. F. e WATKINS, M. M. (2001): "The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness", *Law and Human Behavior*, 25 (6), 567-582.
- ROGERS, R., HINDS, J. D. e SEWELL, K. W. (1996): "Feigning psychopathology among adolescents offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS", *Journal of Personality Assessment*, 67 (2), 244-257.
- SMITH, G. P. (1993): "Detection of malingering: A validation study of the SLAM test", (Doctoral dissertation, University of Missouri- St. Louis, 1993), *Dissertation Abstracts International*, 53 (1), 3795.
- SMITH, G. P. e BURGER, G. K. (1997): "Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)", *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 25 (2), 183-789.
- WIDOWS, M. R. e SMITH, G. P. (2005): *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). Professional Manual*, Psychological Assessment Resources (PAR), Lutz.
- ZINGARELLI, N. (1990): *Vocabolario della lingua italiana*, XI edizione, Zanichelli, Bologna, p. 942.



178

- oriminologia clinica •

