



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Lara Magré Morais

***SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI): ESTUDO  
DE VALIDAÇÃO EM CONTEXTO MÉDICO-LEGAL***

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica Forense, orientada pelo  
Professor Doutor Mário R. Simões e pela Professora Doutora Isabel Alberto, e  
apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de  
Coimbra

outubro de 2022

## **Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Estudo de Validação em Contexto Médico-legal**

### **Resumo**

A avaliação de estilos de resposta enviesados, como a simulação e exagero de sintomas, assume uma importância particular em avaliações (neuro)psicológicas, especialmente em contextos forenses, nos quais existem condições que podem favorecer a expectativa de obtenção de ganhos e benefícios secundários, como são os casos examinados em contexto médico-legal. Assim, têm sido desenvolvidos, adaptados e validados instrumentos, designados como Testes de Validade de Sintomas (TVS), que pretendem detetar a presença de comportamentos de simulação/ exagero de sintomas, no discurso, nas respostas e no funcionamento dos indivíduos avaliados. Recentemente desenvolvido, o *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al., 2016) é um instrumento de autorrelato de avaliação da validade de sintomas que integra cinco subescalas clínicas de Sintomas Genuínos e cinco subescalas Pseudo-sintomas (sintomas raros ou atípicos).

A presente investigação pretende contribuir para a validação do SRSI (Merten et al., 2016) no contexto médico-legal, onde o recurso a TVS é primordial.

O presente estudo tem por base uma amostra de indivíduos avaliados em contexto médico-legal ( $N= 30$ ), com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos ( $M= 40,33$  e  $DP= 12,271$ ), aos quais foi aplicado um protocolo de avaliação que integrava o SRSI, o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; versão portuguesa Simões, Almiro, Mota et al., 2017); a Escala de Validade de Sintomas 2 (EVS-2; Cunha, 2011; Simões, Almiro, Nunes et al., 2017); o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 2007) e a escala de Neuroticismo do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R; Almiro & Simões, 2014).

No que concerne aos resultados obtidos, os estudos de consistência interna do SRSI indicam valores elevados de *alfa de Cronbach* para ambas as escalas. Ao nível da validade convergente, registaram-se coeficientes de correlação positivos, elevados e significativos entre a escala de Pseudo-sintomas do SRSI e o resultado total do SIMS e da EVS-2. No mesmo sentido, e de acordo com o esperado, foram encontradas correlações positivas, moderadas entre a escala de Sintomas Genuínos e os índices globais do BSI e a escala N do EPQ-R.

Relativamente à validade discriminante, obtiveram-se correlações positivas, moderadas e significativas entre a escala Pseudo-sintomas do SRSI e os índices globais do BSI, sugerindo que esta escala se revela sensível à presença de psicopatologia. Os resultados obtidos no presente estudo têm algumas implicações para o contexto médico-legal, e trazem pistas para futuras investigações.

**Palavras-chave:** Self-Report Symptom (SRSI), validação, simulação, exagero de sintomas, contexto médico-legal.

## **Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A validation study in a sample from the medico-legal context**

### **Abstract**

The assessment of biased response styles, such as simulation and exaggeration of symptoms, is important in (neuro)psychological assessments, especially in forensic contexts, in which there are conditions that may favour the expectation of obtaining secondary gains and benefits, such as the cases examined in a medico-legal context. Thus, instruments known as Symptom Validity Tests (SVT) have been developed, adapted, and validated to detect the presence of symptom simulation/exaggeration behaviors in the speech, responses, and functioning of the individuals assessed. Recently developed, the Self-Report Symptom Inventory (SRSI; Merten et al., 2016) is a self-report symptom validity assessment instrument that includes five clinical subscales of Genuine Symptoms and five subscales of Pseudo-Symptoms (rare or atypical symptoms).

The present research aims to contribute to the validation of the SRSI (Merten et al., 2016) in the medico-legal context, where the use of SVT is paramount.

The present study is based on a sample of individuals assessed in a medico-legal context (N= 30), aged between 18 and 63 years (M= 40.33 and SD= 12.271), to whom an assessment protocol was applied that integrated the SRSI, the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Portuguese version Simões, Almiro, Mota et al, 2017); the Symptom Validity Scale 2 (EVS-2; Cunha, 2011; Simões, Almiro, Nunes et al., 2017); the Brief Symptom Inventory (BSI; Canavarro, 2007) and the Eysenck Personality Questionnaire–Revised Neuroticism scale (EPQ-R; Almiro & Simões, 2014).

With regard to the results obtained, the internal consistency studies of the SRSI indicate high Cronbach's alpha values for both scales. In terms of convergent validity, there were positive, high, and significant correlation coefficients between the SRSI Pseudo-Symptoms scale and the total score of the SIMS and EVS-2. In the same sense, and as expected, positive, moderate correlations were found between the Genuine Symptoms scale and the global indices of the BSI and the N scale of the EPQ-R.

Regarding discriminant validity, positive, moderate, and significant correlations were obtained between the Pseudo-Symptoms scale of the SRSI and the global indices of the BSI, suggesting that the scale is sensitive to the presence of psychopathology. The results obtained in the present study have implications for the medico-legal context and bring clues for future research.

**Key Words:** Self-Report Symptom Inventory (SRSI), validation, malingering, overreporting, medico-legal context.



## Agradecimentos

Não posso deixar de agradecer àqueles que me ajudaram a concluir mais uma etapa marcante:

Ao Professor Doutor Mário R. Simões, pela orientação pautada pelo rigor e pela excelência, pelo incentivo e tempo que disponibilizou.

À Professora Doutora Isabel Alberto, pelo suporte, dedicação e pela fonte de motivação. Agradeço todas as sugestões, reflexões e críticas que foram imprescindíveis à concretização deste estudo.

Ao Instituto de Medicina Legal e Ciências Forense de Coimbra e em especial à Dr.<sup>a</sup> Margarida Barreto, Dr.<sup>a</sup> Margarida Dias e Dr.<sup>a</sup> Alice Almeida pelo voto de confiança e pelo envolvimento neste projeto. A forma atenciosa e acolhedora com que me receberam, contribuíram para que o estágio curricular se tornasse numa das experiências mais gratificantes do meu percurso académico.

À Joana, à Beatriz, à Ana e à Mónica por serem, sem sombra de dúvida, do melhor que Coimbra me deu. Obrigada pelo ombro amigo e pelos momentos partilhados que guardarei para sempre.

Às “minhas” Jacintas que tornaram a minha passagem por Coimbra tão inesquecível. À Malvina, à Ana, à Joana, à Graça e todas as meninas da casa, um grande obrigado por me terem aturado. Nunca pensei em dizer isto, mas por incrível que pareça vou ter saudades da residência JJ.

Aos meus melhores amigos, aqueles que me fazem sentir sempre em casa. Daniela, João, Tadeu e Alyson, obrigada por todas as gargalhadas motivadas pelas (tão) nossas parvoíces. Obrigada por caminharem ao meu lado e por me mostrarem realmente o significado de amizade.

À minha família pela paciência, especialmente às minhas avós pelo carinho incansável. Pelo calor e afeto. Por tudo.

Obrigada, também ao meu “eu mais jovem” que acreditava que um dia poderia chegar aqui. Duvidei tantas vezes de ti, mas acho que estava enganada.

E por último, os primeiros. Aos meus pais pelo apoio incondicional. Por me terem dito “tu és capaz!” e por me lembrarem disso nos momentos que eu mais precisei. Por terem estado sempre lá para me ouvir.

À minha irmã por ser a minha companheira, o meu braço “esquerdo”, desde sempre e para sempre.

Um enorme Obrigado!

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 1  |
| I– Enquadramento conceptual (revisão da literatura) .....  | 2  |
| Simulação e exagero de sintomas: Definição conceptual,<br>diagnóstico e modelos explicativos ..... | 2  |
| Avaliação (neuro)psicológica e estilos de resposta.....  | 7  |
| Testes de Validade de Sintomas e de Desempenhos em contexto<br>médico-legal.....                   | 10 |
| O Self-Report Symptom Inventory (SRSI) .....   | 12 |
| II - Objetivos .....   | 15 |
| III - Metodologia .....  | 16 |
| Procedimentos .....  | 19 |
| IV - Resultados .....  | 20 |
| V - Discussão .....  | 30 |
| VI - Conclusões .....  | 35 |
| Bibliografia .....   | 36 |
| ANEXOS .....   | 51 |

## Introdução

O crescente envolvimento por parte dos (neuro)psicólogos em tarefas de avaliação que incluem a deteção de comportamentos de simulação e exagero de sintomas e o aumento de publicações relativas a este tópico em psicologia forense são uma realidade com aproximadamente duas décadas (*e.g.*, Simões, 2012; Teichner & Wagner, 2004; Van Impelen et al., 2014).

O investimento nesta área é justificado pela existência, cada vez mais proeminente, de questões e decisões no contexto forense, e especificamente no médico-legal, que estão dependentes dos resultados da avaliação (neuro)psicológica (Vickery et al., 2001). As respostas em avaliações forenses, nomeadamente as realizadas em contexto médico-legal, estão associadas a cenários de distorção deliberada dos perfis clínicos, que resultam da presença de variáveis como a motivação, os incentivos externos e os ganhos secundários, havendo forte evidência de adoção de estilos defensivos e respostas não credíveis aos instrumentos de avaliação (*e.g.*, falsificação/exagero intencional de sintomas; Larrabee, 2012; Rogers & Bender, 2018). A manifestação destes comportamentos de simulação e exagero de sintomas representa uma forte ameaça à validade e credibilidade do (auto)relato, aos resultados, e às informações obtidas durante a avaliação (neuro)psicológica (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009). A necessidade de considerar e examinar este tipo de variáveis (*e.g.*, esforço, simulação, exagero de sintomas) decorre da confirmação de que os profissionais não são capazes de identificar e diferenciar os desempenhos inválidos de forma eficaz, apenas com base na sua intuição clínica (Arkes et al., 1988). Por este motivo, é imprescindível incluir medidas que permitam maximizar a confiança nos resultados dos testes e nos diagnósticos e tratamentos subsequentes (Bush et al., 2005; Heilbronner et al., 2009).

Neste sentido, num contexto onde a simulação de sintomas constitui a maior ameaça à validade das avaliações (neuro)psicológicas, principalmente no âmbito de conjunturas litigiosas (*e.g.*, penal ou civil), torna-se indispensável proceder ao exame standardizado da simulação/exagero de sintomas. Este exame deve ser abrangente e incluir várias medidas, devido às potenciais consequências associadas a atribuições erróneas de “simulação/exagero/repostas enviesadas” (Giger & Merten, 2019; Rogers, 2018a). De forma a tornar os protocolos de avaliação mais rigorosos, importa que estes incluam, para além da entrevista clínica, a obtenção de informação colateral e o recurso a testes e outros instrumentos de avaliação. Neste contexto, é essencial integrar instrumentos de avaliação mais específicos, nomeadamente testes de validade de desempenhos (TVD) e testes de validade de sintomas (TVS; Conroy & Kwartner, 2006; Larrabee, 2008).

Embora se reconheça a existência de um acentuado investimento no desenvolvimento e validação deste tipo de instrumentos, os atuais TVS apresentam limitações na deteção de sintomas simulados. Daí a necessidade

de novos instrumentos que se mostrem mais eficazes face ao desafio de incremento da exatidão das decisões relativas à presença ou ausência de simulação/exagero de sintomas, conferindo maior rigor às conclusões das avaliações. É neste enquadramento que é criado o *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al., 2016). Em Portugal, o SRSI tem sido objeto de investigação recente em diferentes contextos, com recurso a amostras diversificadas: normativas/da comunidade (Dwarkadas, 2018), *design* de simulação análoga com estudantes universitários (Domingues, 2018) e em contexto prisional (Pinheiro, 2019; Venâncio, 2021). Os resultados obtidos nestes estudos têm demonstrado a utilidade do SRSI enquanto instrumento de avaliação. Contudo, é necessário alargar a investigação com o SRSI a outros contextos específicos, como é o caso do médico-legal. A presente investigação pretende contribuir para os estudos de validação do SRSI, analisando as suas qualidades psicométricas numa amostra de indivíduos avaliados em contexto médico-legal. Para tal, além do SRSI, este estudo incluiu o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a escala N do EPQ-R (considerada uma boa medida de saúde mental).

### **I– Enquadramento conceptual (revisão da literatura)**

#### **Simulação e exagero de sintomas: Definição conceptual, diagnóstico e modelos explicativos**

A concetualização do termo “simulação”, incluído pela primeira vez na terceira edição no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM; *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), tem sido desenvolvida e aperfeiçoada ao longo das últimas décadas devido à elevada expansão da literatura, sobretudo ao nível teórico e dos critérios de diagnóstico (Berry & Nelson, 2010; Merten & Merckelback, 2013a; Sherman et al., 2020).

O conceito de simulação (*malingering*) remonta à antiguidade, com inúmeros exemplos desde os tempos bíblicos, de indivíduos que fingiam doença para evitar a morte (Aronoff et al., 2007), tendo sido referenciada, historicamente, em pacientes cujos sintomas não correspondem à sua classificação médica (Drob et al., 2009). A discussão em torno deste conceito ganhou relevo quando Rogers (1990a; 2018a) propôs a existência de três modelos explicativos deste tipo de conduta (alternativos à definição delineada pelo DSM-III e IV).

O modelo que reúne maior aceitação é o Modelo de Adaptação que foi criado tendo em conta as limitações dos outros dois modelos (modelo Patogénico e o modelo Criminológico). Baseado na Teoria da Decisão, que esclarece que uma decisão é tomada de acordo com a sua utilidade e probabilidade, o Modelo de Adaptação introduz a simulação de sintomas como um estilo de resposta que surge perante condições adversas e não como um diagnóstico. Fundamenta-se numa análise de custo-benefício, em que,

perante uma diversidade de escolhas possíveis, os indivíduos escolhem simular. Constitui uma reação normativa perante uma situação difícil, uma vez que esta opção apresenta maior probabilidade de sucesso no alcance de um objetivo pessoal (ganho secundário; Rogers, 1990a; 1990b). Este comportamento é mais provável quando os ganhos pessoais são percebidos com um valor benéfico mais elevado do que a adversidade do contexto.

É essencial a presença de três fatores para se considerar que há produção/exagero intencional de sintomas: o indivíduo percebe o contexto de avaliação como hostil; entende que poderá ficar a perder se apresentar uma imagem real de si, e poderá ter ganhos se alterar essa mesma imagem; estabelece assim o seu objetivo pessoal e não consegue encontrar outro meio para o alcançar. Ou seja, a conceptualização de Rogers (1990a) quanto ao ato de simular é tida como uma resposta de natureza adaptativa e não como uma dimensão estável, constituindo um avanço significativo no esclarecimento e operacionalização do conceito de simulação: quanto maiores os ganhos secundários, maior a probabilidade de o sujeito optar por adotar um perfil de respostas simuladas (McDermott et al., 2013; Slick et al., 1999).

Apesar de não explicarem melhor a simulação nas mais diversas valências, existem dois outros modelos referenciados por Rogers (1990a; 2018a): o modelo Patogénico e o modelo Criminológico. O modelo Patogénico encontra-se relacionado com o pensamento psicodinâmico e assenta no pressuposto de que a motivação para simular resulta de uma tentativa mal-sucedida de controlar a tendência para produzir ou exagerar sintomas devido a processos psicóticos e neuróticos inconsistentes. No entanto, o controlo sobre a produção de psicopatologia simulada diminui com o tempo e torna-se involuntária. Neste sentido, psicopatologia é reconhecida como causa própria da simulação e como consequência de tal pressuposto, os simuladores serão identificados como doentes mentais (Rogers & Cruise, 1998). O modelo Criminológico está diretamente associado à visão proposta pelo DSM-III-R (APA, 1987), pressupondo que a simulação é um comportamento deliberadamente escolhido por indivíduos com Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS) pois “fabricam” doenças em contextos médico-legais e mostram uma atitude de reduzida cooperação em avaliações e/ou tratamentos (Rogers & Cruise, 1998; Rogers & Bender, 2003). Todavia, esta analogia é tida como pouco específica e válida entre a comunidade científica, uma vez que, embora em contextos forenses uma grande maioria dos indivíduos tenda a registar historial de comportamentos antissociais, essa maioria não apresenta deliberadamente um perfil de simulação (Pargana, 2020; Vitacco & Rogers, 2005).

Para além de Rogers (1990b), vários autores fizeram propostas quanto à identificação e enumeração de critérios para o diagnóstico de simulação (e.g., Brandt, 1988; Faust & Ackley, 1998; Greiffenstein et al., 1994; Pankrantz & Erickson, 1990). Todavia os critérios sugeridos continuavam a não ser satisfatórios, tendo sido objeto de diversas críticas por parte de outros investigadores (e.g., Slick et al., 1999). Face às consequentes limitações, Slick e colaboradores (1999) atualizaram a definição de simulação como sendo o

exagero ou a fabricação intencional de perturbação cognitiva, com o objetivo de obter ganho material substancial ou evitar/escapar ao dever formal ou a responsabilidades. Para além disso, os autores propuseram, pela primeira vez, um conjunto de critérios diagnósticos para o caso específico da Simulação de Perturbação Neurocognitiva (SPN; *Malingering Neurocognitive Disfunction*) com o objetivo de integrar informações psicométricas, comportamentais e colaterais no diagnóstico. Simultaneamente, Slick e colaboradores (1999) descrevem três categorias de SPN, remetendo para um nível de confiança possível, provável ou definitiva. No entanto, e ainda que constituam o modelo mais utilizado e amplamente aceite para identificar simulação de défices cognitivos, os critérios de Slick e colaboradores não deixaram de ser alvo de críticas (*e.g.*, Boone, 2007; Larrabee et al., 2007; recentemente respondidas através de uma reconceptualização desenvolvida pelos autores originais; cf. Sherman et al., 2020), uma vez que estes aplicam-se especificamente à disfunção neurocognitiva, e o seu uso em outros casos de simulação putativa de uma doença mental torna-se desafiante. Além disso, o primeiro critério de Slick e colaboradores (1999) remete para a presença de um incentivo substancial e, embora este seja um ponto essencial para a deteção de simulação, é argumentado que em contexto médico-legal não é função do perito procurar identificar tal incentivo e/ou tentar ligá-lo a qualquer psicopatologia real ou possivelmente exagerada/fingida (Rix & Tracy, 2018).

A investigação associada à simulação de sintomas tem suscitado algumas críticas à definição inicial apresentada pelo DSM-III e às posteriores atualizações apresentadas pelo DSM-IV e DSM-IV-TR, que se traduziram na necessidade de uma definição mais fundamentada tanto a nível teórico como empírico (Simões, 2012). Na quarta edição do DSM (APA, 1994), o ato de simular é definido como intrínseco à fabricação ou exagero de sintomas presumindo uma motivação ou intenção consciente para simular na presença de incentivos externos. Embora não tenha sido conceptualizado como uma perturbação mental diagnosticável, não foram elucidados critérios de diagnóstico associados (APA, 1994). Segundo Slick e colaboradores (1999), a definição descrita no DSM-IV (APA, 1994) não permite uma discriminação clara, apresentando apenas uma definição geral.

Atualmente, e de acordo com a quinta edição do DSM (DSM-5; APA, 2013; DSM-5-TR, 2022), a simulação (*malingering*) é definida como a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos, seja pela sua fabricação total ou pelo seu exagero, motivada por incentivos externos de natureza financeira (*e.g.*, indemnizações monetárias por invalidez), legal (*e.g.*, redução da responsabilidade criminal), e/ou outros benefícios, como a obtenção de medicação ou evitar o dever militar (APA, 2013). Autores como Bush e colaboradores (2005) e Haines e Norris (1995) reforçam esta operacionalização da simulação como a produção intencional ou excessivamente exagerada de sintomas físicos e/ou psicológicos falsos, motivados por incentivos externos passíveis de serem identificados no processo de avaliação. Especificamente no DSM-5 (APA, 2013), são enumerados três elementos essenciais à definição de simulação: a

produção/exagero de sintomas, a motivação e intencionalidade consciente do indivíduo para simular, e a presença de incentivos externos. Ao contrário das perturbações mentais, o comportamento de simulação não representa um conjunto de sintomas duradouros, mas é estabelecido de forma intencional, relacionado com objetivos específicos e manifesta-se num contexto particular (Drob et al., 2009). Assim, e nesta edição mais recente (APA, 2013; APA, 2022), a simulação não é conceptualizada como uma perturbação mental diagnosticável, sendo incluída na categoria das condições que podem ou devem ser alvo de atenção clínica, visto que não representa um conjunto de sintomas ou traços estáveis, mas a sua presença pode originar uma condição psiquiátrica no decurso do diagnóstico ou tratamento. No DSM-5 são salientadas as circunstâncias específicas nas quais a possibilidade de simulação deve ser alvo de consideração, nomeadamente: (a) estar inserido num contexto médico-legal devido à maior probabilidade de ganhos secundários; (b) existir discrepância entre sintomas relatados e dados objetivos da observação; (c) falta de cooperação na avaliação diagnóstica ou não adesão a tratamento, e (d) presença de um diagnóstico de Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS; APA, 2013; Impelen et al., 2017).

Como referido anteriormente, a simulação envolve a distorção consciente ou exagero dos sintomas motivados por um incentivo externo. Contudo, nem todos os sintomas falsos têm a sua justificação em condutas de simulação. Por isso, é fundamental que se excluam e diferenciem outras hipóteses diagnósticas, nomeadamente a Perturbação Factícia (PF) que se constitui como uma perturbação formalmente reconhecida pelo DSM-5 (APA, 2013), definida como “Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada ao engano identificado. O indivíduo apresenta-se perante os outros como doente, incapacitado ou lesionado” (APA, 2013, p.388). Tanto na simulação como na PF está presente a produção intencional de sintomatologia psicopatológica, sendo a motivação o constructo-chave diferenciador. Presume-se que na simulação, os indivíduos simulam de forma consciente, motivados por incentivos externos concretos (Bender & Frederick, 2018), enquanto que na PF o indivíduo assume um perfil exagerado de sintomas com o propósito de assumir o papel de “doente”, sem consciência de incentivos ou ganhos secundários que daí poderão advir, considerando-se os motivos determinados pelo mero ganho primário de satisfação de uma necessidade psíquica de natureza interna (APA, 2013; Impelen et al., 2017). Em suma, enquanto que o comportamento da pessoa deve ser conceptualizado como volitivo e racional para ser considerado comportamento de simulação, na PF a produção ocorre na sequência de motivações internas de dissimular doença e de se sentir tratado de modo especial por estar doente, que pode ser visto como um incentivo interno ou psicológico (APA, 2013; Conroy & Kwartner, 2006; Huhnt, 2013). Uma vez que a PF constitui uma perturbação formal, é indispensável o tratamento e acompanhamento psiquiátrico destes sujeitos que experienciam elevados níveis de mal-estar e défices funcionais (sofrimento este que não está necessariamente presente num perfil de simulação). A

existência de uma linha diferenciadora ténue entre estas condições, obriga a mais rigor na prática clínica, uma vez que o perito deve estar suficientemente atento para ser capaz de efetuar corretamente o diagnóstico diferencial (Bass & Haligan, 2014; Slick et al., 1999). Todavia, a diferenciação entre motivações internas e externas utilizadas para separar a simulação da PF tem sido alvo de várias críticas, havendo autores (*e.g.*, Bass & Halligan, 2007) que consideram a diferença entre elas pouco nítida, sendo contraproducente ponderar-se a exclusividade mútua destas duas condições (Huhnt, 2013).

Apesar das diretrizes do DSM parecerem ser objetivas e serem frequentemente aplicadas por profissionais, a informação obtida no manual parece carecer de linhas seguras em termos de orientação na avaliação do fenómeno simulatório (Berry & Nelson, 2010; Huhnt, 2013). Uma preocupação significativa relaciona-se com a falta de uma verdadeira atualização dos critérios presentes no DSM desde a sua 3ª edição, refletindo uma desconsideração pelas recomendações produzidas até então, sobretudo no que respeita aos critérios de diagnóstico (Berry & Nelson, 2010; Sherman et al., 2020).

De acordo com a definição mais recente - DSM-5 (APA, 2013) - que a DSM-5-TR (APA, 2022) manteve, a motivação é o constructo central que deve ser considerado aquando da avaliação da simulação. Contudo, a definição (e o possível diagnóstico) de simulação é mais simples na teoria do que na prática, uma vez que, em contexto real, embora seja possível detetar o exagero de sintomas, é mais difícil reconhecer e compreender as motivações que subjazem e a sua natureza (externa ou interna; Berry & Nelson, 2010; Rogers, 2018b). Deste modo, uma das fragilidades apontadas ao DSM-5 recai precisamente na inexistência de orientações precisas para estabelecer a natureza externa das motivações subjacentes à simulação de sintomas, que torna este procedimento subjetivo e especulativo, na ausência de uma confissão do simulador (Merten & Rogers, 2017).

Uma outra preocupação debatida entre diversos investigadores é a apresentação da simulação como sendo um fenómeno de “tudo-ou-nada” (perspetiva dicotómica: respostas genuínas *versus* respostas simuladas) ou enquanto fenómeno de natureza dimensional (Rogers & Bender, 2018; Slick et al., 1999) enquadrado num espetro contínuo (Carr, 2015; Larrabee, 2005). Resnick (1997) e Ferguson (2004) categorizam a simulação em quatro tipos: (i) simulação pura, que consiste na produção intencional de sintomas/falsificação total ou à comunicação de sintomas inexistentes; (ii) simulação parcial ou exagero de sintomas, quando o sujeito tem sintomas, mas de forma consciente exacerba os mesmos; (iii) manutenção ou agravamento de sintomas que, embora existentes anteriormente, se atenuaram; (iii) falsa imputação ou atribuição incorreta de sintomas, quando o sujeito atribui os sintomas a uma causa etiologicamente não relacionada. Destes, a “simulação parcial” é a mais comum (Kleinman & Stewart, 2004) e a “simulação pura” constitui uma condição rara (Resnick et al., 2008).

Os diferentes níveis de confiança propostos por Slick e colaboradores (1999) e a categorização de diferentes padrões de simulação propostos por Resnick (1997) e Ferguson (2004) refletem a ausência de um padrão único e exclusivo de simulação, o que levou diversos autores a rejeitar a perspectiva da simulação como um fenómeno extremo de tudo-ou-nada, advertindo que a conceptualização do comportamento de simulação deve seguir um continuum onde existem variações, desde a invenção total de sintomas ao exagero de sintomas reais experienciados (Bush et al., 2005; Conroy & Kwartner, 2006; Haines & Norris, 1995; Simões et al., 2010). De igual modo, autores como Bush e colaboradores (2005), Larrabee (2005) e Walters e colaboradores (2008) defendem uma perspectiva dimensional onde os comportamentos de simulação variam entre diferentes níveis de fabricação ou exagero, que se reflete na existência de subgrupos de simuladores. Estes padrões distintos revelam-se fundamentais para os profissionais de saúde mental e da área jurídica que podem ter uma visão simplista, considerando unicamente a “simulação pura” como a verdadeira simulação (Iverson, 2006).

Por fim, como já referido, também a consideração da presença de simulação como consequência inevitável do diagnóstico de PPAS deve ser evitada (Kucharski et al., 2006), pelo que a sugestão de suspeição de presença de traços antissociais como critério de simulação é suscetível de produzir um nível inaceitável de classificações de falsos-positivos e erros de enviesamento confirmatório (Huhnt, 2013). Os pacientes com traços de personalidade antissocial, no geral, não optam mais pela fabricação de sintomas, nem são mais eficazes do que outros a fazê-lo (Impelen et al., 2017; Rogers & Cruise, 1998).

A utilização das diretrizes do DSM conduzem a uma taxa de erro de 80% (Rogers & Vitacco, 2002), tornando-se uma aplicação limitativa no auxílio dos vários profissionais que baseiam a sua prática clínica neste manual, com uma margem de erro inaceitável que poderá conduzir a classificações erróneas e ao aumento do número de falsos positivos (McDermott & Sokolov, 2009). De acordo com LoPiccolo e colaboradores (1999) estes critérios não são úteis, mesmo em situações de rastreio.

### **Avaliação (neuro)psicológica e estilos de resposta**

Um dos objetivos principais da avaliação (neuro)psicológica em contexto forense passa por salientar evidências precisas acerca do perfil psicológico obtido. Como grande parte da avaliação (neuro)psicológica depende do (auto)relato dos sujeitos, torna-se fundamental avaliar a validade dos sintomas reportados bem como a precisão da(s) queixa(s), nomeadamente em contexto forense onde o potencial para a fabricação ou exagero de sintomas é reconhecidamente maior (Larrabee, 2003; Mittenberg et al., 2002). O pressuposto básico subjacente à avaliação (neuro)psicológica e ao recurso a testes (neuro)psicológicos, é o de que as respostas dadas pelo sujeito ao longo do processo avaliativo são válidas, honestas e proporcionadas com base num esforço, cooperação e motivação máximos (Dandachi-FitzGerald et al.,

2020; Larrabee et al., 2007). Muitos psicólogos operam sob a conjetura implícita de que os seus pacientes darão o seu melhor desempenho nos procedimentos de avaliação (Franzen et al., 1990). No entanto, este pressuposto não está garantido, nem se deve constituir como um princípio indubitável, uma vez que existem potenciais ganhos secundários que podem afetar a motivação, esforço e comportamento do sujeito, sobretudo no contexto forense onde podem surgir resultados potencialmente inválidos, independentemente do(s) motivo(s) associados(s) ao estilo de resposta adotado (Heide et al., 2017; Merten & Merckelbach, 2013b).

Assim, avaliações psicológicas forenses abrangentes devem basear-se na avaliação precisa das atitudes ou tendências de resposta que podem afetar a apresentação do perfil clínico do sujeito e as conclusões dos peritos (McGrath et al., 2010). De acordo com Rogers (2018a), os estilos de resposta não devem ser definidos como estáticos, mas sim multideterminados, dado que variam em função dos objetivos pessoais do sujeito e do contexto subjacente à solicitação de avaliação. Quando inseridos num quadro litigioso, a prevalência de enviesamentos de resposta torna-se acrescida apresentando um potencial aumento de simulação, perante a identificação de ganhos ou incentivos externos, deturpando o verdadeiro funcionamento psicológico. A investigação destaca um estilo específico de enviesamento de resposta denominado como enviesamento de resposta negativo (*fake bad*), dos quais se realçam, no domínio da psicopatologia, a simulação e o exagero de sintomas (*overreporting*) e no domínio (neuro)cognitivo, o esforço insuficiente adotado no contexto de avaliação (neuro)psicológica forense (*e.g.*, Boone, 2021; Bush et al., 2014; Horton & Reynolds, 2021; Rogers, 2018a; Rogers & Bender, 2018; Simões, 2006). Wygant e colaboradores (2011) estimam 10 a 20% casos de enviesamentos das respostas nas avaliações forenses (simulação provável), contra 1 a 5 % em contexto clínico.

Uma vez que a presença de comportamentos simulados pode comprometer a integridade da validade dos resultados das avaliações (neuro)psicológicas (Chafetz & Underhill, 2013; Rogers & Bender, 2018), estas tornam-se indiscutivelmente incompletas se não incluírem o exame da simulação/exagero de sintomatologia (Giromini et al., 2022; Iverson, 2003; Van Impelen et al., 2017). Para se obter uma compreensão ampla da validade dos comportamentos, sintomas cognitivos e/ou emocionais do sujeito, a avaliação deve apoiar-se no uso de múltiplas medidas (Gorny & Merten, 2005; Rogers & Bender, 2018), no âmbito de uma abordagem multi-método, incluindo o recurso a vários indicadores obtidos a partir de diferentes metodologias, tais como: entrevista clínica (autorrelatos, antecedentes históricos de importância etiológica), instrumentos psicométricos (desempenhos em testes neuropsicológicos abrangendo diferentes funções cognitivas, respostas a inventários de sintomas psicopatológicos e questionários de personalidade); comportamentos observados (analisar possíveis inconsistências entre o comportamento relatado e observado); colaboração de vários informadores através de entrevistas colaterais, acesso a relatórios de outros especialistas e consulta de processos (úteis para corroborar, ou não, a informação apresentada pelo paciente, fornecer

informações únicas que o paciente não quis divulgar, informações relevantes sobre o nível pré-mórbido de funcionamento do paciente; verificar a coerência dos sintomas e procurar contradições no autorrelato; Conroy & Kwartner, 2006; Frazen et al., 1990). Tal prática, amplamente descrita na literatura, visa o aumento da probabilidade de identificar corretamente estilos de resposta enviesados, assim como diminuir a probabilidade de cometer o erro Tipo I (identificar incorretamente indivíduos não-simuladores como simuladores; Larrabee, 2007; Vitacco et al., 2007).

Neste sentido, a detecção da simulação deve ocorrer durante a avaliação de sintomas e a observação qualitativa de comportamentos (Monaro et al., 2021; Heilbronner, 2009). É imperativo reconhecer que o diagnóstico de simulação compreende a informação proveniente do(s) registo(s) médico(s)/psicológico(s), o autorrelato do paciente, o comportamento observado, e os resultados de um exame neuropsicológico abrangente (Slick et al., 1999), incluindo particular atenção a duas componentes fulcrais: (i) evidência de intenção; (ii) evidência de que o comportamento é motivado por potenciais ganhos materiais. É crucial uma análise explícita do comportamento, considerando conceitos como o ganho secundário, e o incentivo externo (Heilbronner et al., 2009). Do ponto de vista forense, a motivação dos examinandos para simular está relacionada com os incentivos externos (Bush et al., 2005). Por oposição a um ganho primário, normalmente emocional, o ganho secundário inclui recompensas financeiras, baixas médicas profissionais, evitamento do dever militar e de consequências legais e obtenção de medicamentos, estando, por isso, presente em contextos que envolvem litígio, queixas de incapacidade laboral, processos criminais e indemnizações (APA, 2013). Todavia, é fulcral lembrar que embora incentivos externos possam ser encontrados em muitos casos litigiosos, não podem ser considerados, por si só, como sinónimo de “simulação”, mesmo que sejam a principal motivação/incentivo do sujeito (Rix & Tracy, 2018).

Associado ao termo simulação surgem outros conceitos importantes, que melhoram a compreensão do comportamento de simulação, como o esforço insuficiente, o fingimento negativo (*faking bad* – o sujeito tenta dar uma imagem negativa/desfavorável de si próprio, apresenta-se como estando perturbado do ponto de vista psicológico) e o exagero de sintomas (*overreporting*). O esforço insuficiente manifesta-se pelo desempenho cognitivo alcançado num teste que é significativamente mais reduzido do que os padrões de desempenho conhecidos/esperados de casos com perturbações neurológicas verdadeiras. Este desempenho, substancialmente mais baixo, não está associado a patologia e não é atribuível a variáveis como a idade ou nível de escolaridade. O esforço não se define como um fenómeno binário, mas sim num contínuo entre “muito pobre” e “excelente” (Iverson, 2006). Contudo, a ausência de “esforço máximo” não significa necessariamente a presença de simulação, podendo o resultado obtido ser apenas “sugestivo de simulação”, resultando da presença de outros fatores motivacionais, como o desejo de obter atenção/representar um pedido de ajuda, satisfação de necessidades emocionais, ansiedade ou cansaço (Simões, 2006).

O exagero de sintomas (simulação parcial) constitui a forma mais

comum de simulação, onde o sujeito exagera, de forma deliberada variáveis já presentes: sintomas, défices, incapacidade, incompetência ou doença. Embora corresponda a uma característica central, o exagero não é sinónimo de simulação, ou seja, nem todos os que reportam sintomas de forma exagerada são “simuladores”. Quando esta conjectura é negligenciada, podem surgir mal-entendidos. Iverson (2007) e Haines e Norris (1995) sublinham que o exagero de sintomatologia pressupõe a sua existência/presença genuína. A simulação de sintomas reflete a produção de novos sintomas, mas também ao exagero dos sintomas realmente experienciados pelo sujeito. A atribuição de simulação implica que, quando um indivíduo simula sintomas, não se verifica a presença de psicopatologia. Tal suposição não é precisa (Drob et al., 2009), pois um diagnóstico positivo de simulação não significa que o avaliado não apresente, efetivamente, os sintomas (Haines & Norris, 1995).

Uma vez que a avaliação do comportamento de simulação no contexto forense depende de instrumentos específicos que medem o exagero de sintomas, a confiança exclusiva no relato constitui uma base insuficiente para determinar tanto a validade das informações recolhidas como a base motivacional do sujeito (Cima et al., 2003; Merten & Rogers, 2017). As competências e o julgamento clínico, por si só, também não são suficientes para o diagnóstico ou deteção de comportamentos simulatórios (Bass & Halligan, 2014). Dadas as consequências da determinação de simulação em circunstâncias litigiosas, tais como processos judiciais, civis e/ou criminais, é altamente aconselhável não diagnosticar comportamentos simulatórios ou de exagero de sintomas com base em conclusões limitadas ou pouco fiáveis (Berry & Nelson, 2010; Greve et al., 2009). Num estudo recente de Giromini e colaboradores (2022), os profissionais inquiridos pareciam confiar mais no seu próprio julgamento clínico do que em resultados de instrumentos psicométricos padronizados (TVS, TVD e/ou escalas clínicas). Estas descobertas estão em consonância com o estudo de Dandachi-FitzGerald e colaboradores (2013), no qual os resultados evidenciaram que são frequentemente utilizados métodos baseados em juízos clínicos subjetivos para determinar a validade dos sintomas, apesar da investigação já ter concluído que o juízo clínico não é completamente fiável na determinação da simulação.

### **Testes de Validade de Sintomas e de Desempenhos em contexto médico-legal**

Por estarem dependentes da cooperação e motivação do sujeito, os testes (neuro)psicológicos são particularmente vulneráveis à simulação (Beetar & Williams, 1995; Heubrock & Petermann, 1998). Ainda assim, os sintomas relatados são frequentemente a principal fonte de informação (Wisdom et al., 2014), sendo importante considerar a possibilidade de o paciente exagerar ou minimizar os sintomas. Uma vez que a apresentação distorcida dos sintomas pode comprometer a avaliação, a utilização consistente de medidas fiáveis e válidas melhorará a precisão nas avaliações

forenses (Vitacco et al., 2007). Os testes de avaliação da validade de desempenhos e sintomas comunicados, desenvolvidos para auxiliar na detecção de distorções de desempenhos e sintomas, devem fazer parte da bateria de testes a usar (e.g., Bush et al., 2005; Van Helvoort et al., 2022).

As medidas autónomas específicas de avaliação da validade do autorrelato – *stand-alone measures* – incluem duas categorias: a) os testes de validade de desempenho (TVD) visam detetar o baixo desempenho intencional, verificando se os desempenhos apresentados são consistentes com as suas aptidões reais; e b) os TVS avaliam a validade dos sintomas relatados (Larrabee, 2012; Merten et al., 2021). A título de exemplo, a validade de desempenhos pode ser examinada com recurso a instrumentos como o *Test of Memory Malingering* (TOMM; Tombaugh, 1996; como citado em Simões, Sousa et al., 2017) e o *Rey 15 Item Memory Test* (15-FIT; Rey, 1964, como citado em Vilar et al., 2017). A simulação de sintomas psicopatológicos, físicos, somáticos e também cognitivos, pode ser detetada através de TVS como o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS), a Escala de validade de sintomas – Versão 2 (EVS-2) ou, mais recentemente o SRSI.

Para serem eficazes, os TVS ou os TVD, devem entre outros critérios, serem sensíveis apenas à simulação e não a outras variáveis como a inteligência, a memória ou a presença de lesão cerebral (Giger & Merten, 2019; Simões, 2006) ou até mesmo à interferência de fatores como o género ou a escolaridade (Merten et al., 2016; Simões, 2006) e devem caracterizar-se por tarefas com uma dificuldade percebida maior do que a dificuldade real (Bianchini et al., 2001; Simões, 2006). A premissa subjacente aos TVS é que os sujeitos que fabricam sintomas assinalarão em excesso os itens dos instrumentos, mesmo que contenham queixas bizarras/implausíveis (Merckelbach & Smith, 2003). Todavia, esta característica torna alguns TVS bastante transparentes. Consequentemente, os “simuladores” podem reconhecer a razão implícita e abster-se de responder de forma tendenciosa para evitar a detecção. Embora os testes de validade sejam considerados instrumentos para detetar a simulação (*malingering*), esta noção começa a ser abandonada em favor da ideia de que apesar de funcionarem bem na detecção de apresentações não credíveis de sintomas, não abordam as motivações subjacentes a tais apresentações (Bass & Wade, 2019; Van Impelen et al., 2014).

É possível identificar vários contextos em que a simulação tende a ocorrer, nomeadamente clínicos, forenses e médico-legais. Contudo, vários autores reportam que, em contexto médico-legal, é esperada uma maior prevalência de comportamento simulatório ou de exagero de sintomas (Merten & Rogers, 2017). A característica mais notável é a tendência para exagerar a intensidade dos sintomas até um patamar que exceda os níveis de intensidade dos sujeitos com queixas genuínas (Sherman et al., 2020). No entanto, em muitos casos, a apresentação destes comportamentos não é clara e pode variar de acordo com o contexto específico (Aronoff et al., 2007; Merten & Rogers, 2017). Grande parte da investigação sobre simulação ocorre em contextos legais, onde decorrem processos de natureza específica (e.g.,

penal ou civil; Bass & Halligan, 2014). No âmbito civil, a simulação surge para obtenção de indemnizações e/ou outros benefícios de natureza pecuniária (e.g., seguros por danos relacionados com acidentes rodoviários), sendo reportados problemas clínicos como o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT). Em matéria laboral, a simulação visa, à semelhança do âmbito civil, a obtenção de indemnizações e/ou outros benefícios relacionados com a esfera do trabalho (e.g., prolongamento do período de incapacidade ou reforma antecipada). Nestes processos laborais, os acidentes de trabalho constituem um dos principais motivos da atividade de avaliação e compreendem, geralmente, uma componente litigiosa, independentemente das causas e/ou das consequências. No âmbito penal, a simulação está sobretudo relacionada com a tentativa do sujeito se eximir ao cumprimento de obrigações legais ou para evitar uma sanção penal ou reclusão, sendo o exame da responsabilidade criminal e da competência para ir a julgamento duas das avaliações mais requeridas (Santos, 2008; Simões & Sousa, 2008). Nos últimos anos, registou-se um aumento da solicitação dos psicólogos enquanto peritos, em casos de âmbito civil que envolvem a Regulação Responsabilidades Parentais. Neste tipo de processos, os examinados apresentam uma forte tendência para negar e/ou minimizar sintomas, criando uma imagem mais positiva de si próprio. Alguns autores (e.g., Hall & Poirier, 2001) equiparam a negação à deseabilidade social, que consiste numa tendência em atribuir a si próprios comportamentos e atitudes socialmente desejáveis e consequentemente rejeitarem a presença de comportamentos ou atitudes socialmente indesejáveis (Almiro, 2017).

Embora as estimativas de prevalência do exagero de sintomas em contexto médico-legal sejam compreensivelmente difíceis de estimar com precisão (e não exista consenso sobre a prevalência), a literatura indica que abrange 15 a 40% dos casos (Monaro et al., 2021; (Young, 2015). O mais importante a salientar, considerando todos os obstáculos de estimativa de prevalência, é concordância entre os investigadores sobre a apresentação deste fenómeno simulatório numa proporção mais significativa em contextos forenses do que em contextos clínicos (Bianchini et al., 2005; Mittenberg et al., 2002). Neste sentido, o problema deve ser visto como suficientemente influente para ser examinado proativamente num contexto forense, ou em qualquer contexto de alto risco (Merten & Rogers, 2017).

### **O Self-Report Symptom Inventory (SRSI)**

Concebido pela primeira vez em 2006, o *Self-Report Symptom Inventory* (em português europeu, a Lista de Sintomas Comunicados; Merten et al., 2016) foi desenvolvido e validado com o objetivo primordial de constituir uma alternativa ao SIMS, o TVS mais investigado e utilizado em contextos forenses.

Importa referir que o SIMS foi elaborado para ser utilizado como ferramenta de triagem para fins forenses (Smith & Burger, 1997). Como consequência, abrange uma maioria de disfunções extremas e evidentes (por exemplo, perda total de memória), sem abordar sintomas de défices cognitivos

mais ligeiros e menos incapacitantes, limitando a sua sensibilidade ao contexto da avaliação forense. Vários investigadores têm evidenciado a incapacidade do SIMS em diferenciar indivíduos com psicopatologia genuína daqueles que simulam, sendo a ausência de itens de sintomas genuínos um dos fatores principais que torna difícil determinar se os resultados elevados estão, possivelmente, relacionados com psicopatologia real (Cernovsky, Mendonça, Ferrari et al., 2019; Cernovsky, Mendonça, Oyewumi et al., 2019). Outro inconveniente recai nos fracos valores de especificidade (entre .37 e .70) em relação aos pontos de corte originais (>14 ou >16) que potencia a classificação/identificação errónea de sujeitos que respondem de forma genuína como simuladores. Adicionalmente, a utilização exclusiva de itens concentrados em sintomas atípicos e improváveis, pode torná-lo facilmente reconhecível como um TVS (Merten et al., 2016; Van Impelen et al., 2014).

O SRSI pretende igualmente expandir a investigação e consequente utilização de vários métodos/instrumentos de autorrelato disponíveis para detetar o exagero de sintomas reportados, com a particularidade de combinar sintomas comuns com sintomas falsos (Bianchini et al, 2001; Merten et al., 2016; Merten et al., 2021). O SRSI é constituído por 107 itens, incluindo dois itens que verificam a intenção de cooperação (item 1 e 2) e cinco para avaliar a resposta descuidada, especialmente a tendência para responder afirmativamente. Foi escolhido um formato de resposta dicotómico (verdadeiro ou falso), para que todos os itens sejam de fácil compreensão e ajustado ao nível de leitura equivalente ao 1º ciclo, facilitando o *testing* e processamento dos resultados (Merten et al., 2013; Merten et al., 2016). Organiza-se em 2 escalas gerais de sintomas, cada uma com 5 subescalas que envolvem as queixas mais prevalentes no contexto médico-legal: a) a escala de Sintomas Genuínos que reflete sintomas plausíveis e habitualmente relatados por sujeitos com psicopatologia real, que estão estruturados por subescalas que categorizam sintomatologia cognitiva, depressiva, da dor, somática e ansiosa; e b) a escala de Pseudo-sintomas que reflete queixas improváveis, sintomas atípicos e bizarros, raramente justificados por psicopatologia real, estruturados por subescalas relativas aos Pseudo-sintomas cognitivos, motores, sensoriais, de ansiedade/depressão e da dor (Merten et al., 2016). À semelhança do SIMS, os Pseudo-sintomas do SRSI foram selecionados por profissionais como sendo queixas bizarras, atípicas ou raras, mas que para um sujeito inexperiente são percecionados como sintomas relativos a síndromes comuns (Merten et al., 2016). Parte-se do pressuposto que os indivíduos “simuladores” não consideram manifestar sintomas genuínos, mas assinalam sintomas atípicos e bizarros que parecem estar de acordo com a condição que querem simular (Jelicic et al., 2006).

Um item típico da escala de sintomas genuínos é "Já não me consigo concentrar tão bem como antes", enquanto um exemplo típico da escala dos Pseudo-sintomas é “Todas as noites acordo encharcado(a) em suor, por causa dos pesadelos que tenho”. Como ambos os tipos de sintomas são distribuídos ao longo do questionário, é mais difícil para um indivíduo perceber o verdadeiro propósito da avaliação, ao contrário do que acontece no SIMS. A

lógica subjacente à construção do SRSI é que os pacientes genuínos manifestarão mais sintomas genuínos e menos pseudo-sintomas enquanto os indivíduos que simulam ou exageram sintomas tendem a assinalar sintomas genuínos e pseudo-sintomas de forma indiscriminada. Como o SRSI inclui os sintomas genuínos, a sua utilidade não se restringe somente a um rastreio de sintomas atípicos e bizarros, podendo ser administrado para rastrear psicopatologia real e explorar os domínios psicopatológicos que estão normalmente presentes na área civil (Bosckovick, 2018; Merten et al., 2021; Van Heelvoort, 2019). Os autores do SRSI sugerem o uso de dois pontos de corte: um ponto de corte de rastreio (> 6 pseudo-sintomas) e um ponto de corte com objetivo diagnóstico (> 9 pseudo-sintomas; Merten et al., 2016). Um parâmetro adicional que pode ser derivado do SRSI é o cálculo do *ratio* (número de pseudo-sintomas/número de sintomas genuínos), sendo possível determinar a relação entre os sintomas genuínos e as sinalizações exageradas. Um *ratio* elevado seria indicativo de um relato de sintomas indiscriminado (Bosckovick, 2018; Merten et al., 2016).

O SRSI pode ter várias vantagens sobre o SIMS: em primeiro lugar, como os dados de Heelvoort e colaboradores (2019) sugerem, ao contrário do SIMS, a escala de Pseudo-sintomas do SRSI parece ser bastante imune à psicopatologia real (por exemplo, perturbações da ansiedade), reduzindo assim os riscos de classificações falsamente positivas. Em segundo lugar, o SRSI contém múltiplos índices de exagero de sintomas (número de pseudo-sintomas registados; rácio). Em terceiro lugar, ao contrário do SIMS, o SRSI contém escalas de sintomas que são relevantes para a sintomatologia tipicamente proeminente em casos civis, tais como dor, fadiga e Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT; Van Heelvoort et al., 2019).

Utilizando a versão final do SRSI, foram levados a cabo vários estudos de adaptação, fiabilidade entre os estudos de adaptação, fiabilidade e validação com amostras distintas, desde amostras da população geral, a amostras com jovens reclusos, amostras com participantes submetidos a exames médicos independentes, e amostras combinadas de estudos anteriores (Boskovic et al., 2018; Giger & Merten, 2019; Merten et al., 2016). Assim, a utilidade do SRSI na deteção da simulação e do exagero de sintomas tem sido evidenciada, apresentando resultados favoráveis. Em Portugal, foram realizados estudos (*e.g.*, Domingues, 2019; Dwarkadas, 2018; Pinheiro, 2019; Venâncio, 2021) cujos resultados salientam o SRSI como um instrumento útil e relativamente eficaz. Todavia, foram também identificadas algumas limitações, que justificam a sua inclusão nos protocolos de avaliação forense como instrumento complementar (Giger & Merten, 2019; Merten et al., 2016), e não como instrumento alternativo. Em anexo (cf. Anexo A), consta um quadro de análise dos estudos empíricos do SRSI na população portuguesa.

Neste sentido, é importante a realização de estudos de validação de instrumentos como o SRSI (Boskovic et al., 2018; Merten et al., 2016), possibilitando a verificação da sua aplicabilidade enquanto TVS eficaz.

## II - Objetivos

A presente investigação empírica tem como principal objetivo dar continuidade ao projeto de validação do *Self Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al., 2016) em Portugal, agora em contexto médico-legal, através da análise das suas qualidades psicométricas.

Foram definidos como objetivos específicos:

- i) Estabelecer dados descritivos, de tendência central e de dispersão, a fim de serem usados como referência no contexto médico-legal;
- ii) Analisar a fiabilidade/precisão das escalas e subescalas do SRSI através da análise consistência interna;
- iii) Analisar a validade convergente e discriminante entre o SRSI e os restantes instrumentos psicológicos que integram o protocolo de avaliação;
- iv) Examinar a influência de variáveis sociodemográficas, sexo, idade e escolaridade dos examinados, nos resultados no SRSI;
- v) Comparar os resultados do SRSI entre dois subgrupos da amostra, nomeadamente o das “Responsabilidades Parentais” e o das “Outras Avaliações” (avaliações complementares a outras especialidades da clínica forense, designadamente Psiquiatria e avaliações (neuro)psicológicas);
- vi) Comparar os resultados obtidos do SRSI na amostra recolhida em contexto forense médico-legal com os resultados do SRSI de uma amostra da comunidade (Dwakardas, 2018).

Foram formuladas as seguintes hipóteses de estudo:

H1: No SRSI são esperadas pontuações médias mais elevadas na escala de Sintomas Genuínos comparativamente às pontuações na escala de Pseudo-sintomas (Merten et al., 2016);

H2: Espera-se que o SRSI (escalas e subescalas) apresente uma boa consistência interna (Merten et al., 2016; Merten et al., 2021);

H3: Prevêem-se correlações positivas, elevadas e significativas entre os resultados obtidos na escala de Pseudo-sintomas do SRSI e as pontuações (total e dimensões) no SIMS e na EVS-2 (Giger & Merten, 2019; Merten et al., 2016; Merten et al., 2020);

H4: Prevêem-se relações positivas, moderadas entre as escalas Sintomas Genuínos do SRSI e os resultados globais do BSI (Venâncio, 2021);

H5: De acordo com o esperado, prevêem-se relações positivas, baixas entre as escalas Pseudo-sintomas do SRSI e os resultados globais do BSI;

H6: Espera-se uma correlação positiva e moderada/forte entre os resultados da escala Sintomas Genuínos do SRSI e a escala N do EPQ-R;

H7: São esperadas relações positivas e fracas entre os resultados da escala de Sintomas Genuínos do SRSI e as pontuações no SIMS e na EVS-2;

H8: Ao contrário do que acontece com outras variáveis sociodemográficas (idade e sexo), os resultados na escala de Pseudo-sintomas do SRSI são influenciados pela escolaridade, com os sujeitos menos

escolarizados a registarem pontuações significativamente mais elevada (Merten et al., 2016);

H9: É esperado que os resultados no SRSI sejam estatisticamente mais elevados na amostra Médico-Legal do que na amostra da Comunidade;

### III - Metodologia

#### Amostra

O presente estudo tem por base uma amostra recolhida em contexto médico-legal, designadamente do Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF), no âmbito das perícias realizadas em Serviço de Clínica Forense. Os sujeitos que compõem a amostra ( $N= 30$ ) foram avaliados no âmbito de perícias (neuro)psicológicas requeridas ao INMLCF. Os sujeitos têm idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos ( $M= 40,33$ ;  $DP= 12,271$ ), sendo 15 do sexo feminino (50%) e 15 do sexo masculino (50%).

No que diz respeito ao nível de escolaridade concluído aquando da avaliação no INMLCF, 2 sujeitos têm o 1º ciclo (6,7%), 2 concluíram o 2º ciclo (6,7%), 8 têm o 3º ciclo (26,7%), 9 possuem o secundário (30%) e 9 concluíram o ensino superior (30%; cf. Tabela 1).

**Tabela 1**

*Características sociodemográficas da amostra*

|                                 |            | <i>N</i>  | <i>%</i>    |             |
|---------------------------------|------------|-----------|-------------|-------------|
| <b>Anos de<br/>Escolaridade</b> | 1º ciclo   | 2         | 6,7         |             |
|                                 | 2º ciclo   | 2         | 6,7         |             |
|                                 | 3º ciclo   | 8         | 26,7        |             |
|                                 | Secundário | 9         | 30          |             |
|                                 | Superior   | 9         | 30          |             |
| <b>Idade</b>                    | <b>M</b>   | <b>DP</b> | <b>Min.</b> | <b>Máx.</b> |
|                                 | 40.33      | 12.27     | 18          | 63          |

A amostra foi dividida em dois subgrupos, especificamente um grupo de “*Responsabilidades Parentais*” (RP) ( $n= 21$ ) que inclui processos de Alteração/Regulação das Responsabilidades Parentais e Processos de Promoção e Proteção (RPP/PPP) e um grupo que inclui “*Outras Avaliações*” (OA) ( $n= 9$ ), formado por avaliações complementares no âmbito jurídico penal ou civil.

#### Instrumentos

Considerando os objetivos do estudo, o protocolo é composto por seis instrumentos de autorrelato: o *Self Report Symptom Inventory* (SRSI; Merten et al., 2016), o Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS;

Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, Almiro, Mota et al., 2017), a Escala de Validade de Sintomas –2 (EVS-2; Cunha, 2011; Simões, Almiro, Nunes et al., 2017), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007), e a escala de Neuroticismo (N) do Questionário de Personalidade de *Eysenck* – Forma-Revista (EPQ-R; Almiro & Simões, 2014)

### ***Self-Report Symptom Inventory (SRSI; Merten et al., 2016)***

O *Self Report Symptom Inventory* é um instrumento de autorrelato que visa avaliar a validade de sintomas que tem como elemento original incluir escalas de sintomas genuínos e não apenas escalas de pseudo-sintomas (sintomas atípicos). Os Sintomas Genuínos são avaliados por cinco subescalas clínicas (Sintomatologia Cognitiva, Sintomatologia Depressiva, Sintomatologia da Dor, Sintomatologia Ansiosa e Sintomatologia Somática) e os Pseudo-sintomas são avaliados por outras cinco subescalas clínicas (Pseudo-sintomas Cognitivos, Pseudo-sintomas Motores, Pseudo-sintomas Sensoriais, Pseudo-sintomas da Dor e Pseudo-sintomas Ansiedade/Depressão; Merten et al., 2016). Os itens incluídos no SRSI foram produzidos de modo simples e adequado a um nível de leitura correspondente ao 1º ciclo (Merten et al., 2016).

Relativamente às qualidades psicométricas do SRSI, nomeadamente a consistência interna, a literatura internacional reporta valores de *alfa de Cronbach* .95 e .92, (Giger & Merten, 2019; Merten et al., 2016). Os valores de *alfa de Cronbach* estimados, para cada subescala de Sintomas Genuínos são de .90, .80, .89, .90 e .81 (Sintomatologia Cognitiva, Depressiva, Dor, Somática e Ansiedade, respetivamente) e, para cada subescala de Pseudo-sintomas, estes valores são de .80, .67, .72, .75 e .79 (Pseudo-sintomas Cognitivos, Motores, Sensoriais, da Dor e da Ansiedade/Depressão, respetivamente; Merten et al., 2016). Nos estudos nacionais, a consistência interna para ambas as escalas globais do SRSI varia entre valores respeitáveis e muito bons (valores que variam entre .94 e .80 para a Escala de Sintomas Genuínos e valores entre .93 e .77 para a Escala de Pseudo-sintomas; Domingues, 2019; Dwarkadas, 2018; Pinheiro, 2019; Venâncio, 2021). Os resultados das várias investigações realizadas mostram que as capacidades psicométricas do SRSI, tanto a nível de fiabilidade/precisão, como de validade, são genericamente boas.

### **Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS; Smith & Burger, 1997; Widows & Smith, 2005; Simões, Almiro, Mota et al., 2017)**

O Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas é uma medida de autorrelato, desenvolvida por Smith e Burger em 1997, para triagem na deteção de comportamentos percebidos como estranhos ou atípicos que possam significar respostas de enviesamento negativo, em sujeitos com idade

igual ou superior a 18 anos. O SIMS é composto por 75 itens de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso), agrupados em 5 subescalas, cada uma constituída por 15 itens: Psicose (P; *Psychosis*); Défice Neurológico (NI; *Neurologic Impairment*); Perturbações Mnésicas (AM; *Amnestic Disorders*); Capacidade Intelectual Reduzida (LI; *Low Intelligence*); Perturbações Afetivas (AF; *Affective Disorders*; Smith & Burger, 1997; Simões, Almiro, Mota et al., 2017).

A pontuação total do SIMS permite estabelecer a suspeita de simulação e, de acordo com Widows e Smith (2005), se a pontuação total for superior a 14 pontos, é necessário realizar uma avaliação mais aprofundada a fim de verificar a presença de simulação. Todavia, a pesquisa identifica diferentes valores de ponto de corte para este instrumento (*e.g.*, 16, 19, 24 de modo a aumentar a sua especificidade), não tendo ainda sido definido qual é o ponto de corte ideal a utilizar (Merckelbach e Smith, 2003; Impelen et al., 2014; Wisdom et al., 2010). Os resultados reportados no manual do SIMS (Widows & Smith, 2005) demonstram uma boa consistência interna em todas as subescalas e no resultado total, com coeficientes de *alfa de Cronbach* a variar entre .82 e .88. e uma boa fiabilidade temporal teste-reteste no resultado total ( $r=.72$ ).

#### **Escala de Validade de Sintomas 2 (EVS-2; Cunha, 2011; Simões, Almiro, Nunes et al., 2017)**

A Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 é uma medida breve de autorrelato, tendo como objetivo avaliar sintomas psicopatológicos, neurocognitivos e somáticos. Surge como uma alternativa ou complemento a instrumentos já existentes e usados no âmbito da validação de sintomas em contexto de avaliação neuropsicológica clínica e forense (*e.g.*, TVS como o SIMS), em pessoas com mais de 18 anos (Simões, Almiro, Nunes et al., 2017). A versão final da EVS-2 é composta por 48 itens organizados por três subescalas: Psicose (P); Perturbações Emocionais (PE); e Perturbações Cognitivas (PC).

Quanto à cotação da escala, a pontuação total corresponde a uma estimativa do nível geral de simulação, que pode variar entre 0 pontos e 48 pontos. Num estudo com amostra da comunidade, verificaram-se valores de consistência interna respeitáveis para o resultado total (.70) e valores inaceitáveis para todas as suas dimensões: PE, P e PC (.40, .58 e .33, respetivamente; Simões, Almiro, Nunes et al., 2017).

#### **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982; Canavarro, 2007)**

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (adaptação para a população portuguesa do *Brief Symptom Inventory* - BSI) é um instrumento clínico de autorrelato, composto por 53 itens, que pretende avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um *continuum* (que vai desde o mal-estar psicológico

com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, característico das perturbações psiquiátricas). A resposta aos itens é feita através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos que vai desde 0 (Nunca) até 4 (Muitíssimas Vezes; Canavarro, 2007). Encontra-se direcionado para a população clínica e para a população em geral (idade mínima recomendada de 13 anos). O BSI avalia a possível existência de perturbação emocional, o tipo e intensidade de sintomatologia preponderante em 9 dimensões básicas (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e proporciona 3 Índices Globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos).

Este instrumento apresenta boas características psicométricas, nomeadamente níveis de consistência interna das suas dimensões (*alfa de Cronbach*) que variam entre  $\alpha=.71$  e  $\alpha=.85$ . Estudos de validade discriminante demonstram que BSI possui capacidade para distinguir indivíduos perturbados emocionalmente daqueles que não apresentam perturbações emocionais (Canavarro, 2007).

#### **Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma-Revista (EPQ-R; Almiro & Simões, 2014)**

O EPQ-R é um questionário de 70 itens, de autorresposta dicotómica (Sim/Não), que pretende avaliar as dimensões fundamentais do personalidade e temperamento: Psicoticismo (P), Extroversão (E) e Neuroticismo (N) e inclui também uma escala de Mentira/Desejabilidade Social (L). Pode ser aplicado à população geral, clínica e forense.

No presente estudo, foi utilizada a escala do Neuroticismo, composta por 23 itens. Esta dimensão organiza-se num continuum entre a personalidade neurótica (ou emocionalmente instável) (sujeitos ansiosos, deprimidos, temperamentais e irritáveis) e a personalidade estável (sujeitos serenos, controlados, bem-dispostos). Na escala N todos os itens são cotados de forma direta; a resposta “*Sim*” é cotada com 1 ponto e a resposta “*Não*” é cotada com 0 pontos. Perante uma pontuação elevada na N, considera-se que o indivíduo se apresenta ansioso e preocupado, temperamental, com frequência deprimido.

Os estudos relativos à fiabilidade, especificamente à consistência interna, revelam índices “muito bons” para as escalas N (*alfa de Cronbach* de .88 e .82). Os bons índices de validade e de precisão evidenciados sugerem que o EPQ-R é um instrumento adequado de avaliação da personalidade (Almiro & Simões, 2014).

#### **Procedimentos**

Para a realização da presente investigação, foi solicitada autorização à Direção do INMLCF de Coimbra para a recolha de amostra forense nos seus

serviços. Após a obtenção da autorização, a recolha dos dados foi efetuada através do protocolo acima descrito, entre o dia 13 de janeiro e 14 de junho do ano de 2022. Os testes do protocolo integravam os processos de avaliação/perícias do INMLCF. A administração dos testes era individual e decorreu em salas destinadas à avaliação (neuro)psicológica.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão na amostra: a) ter mais de 18 anos; b) ter pelo menos o nível básico de escolaridade -1º ciclo completo; c) ser de nacionalidade portuguesa; d) ter como língua materna o português; e) ter de realizar avaliação psicológica/perícia no Serviço de Clínica Forense do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF).

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22.0) para Windows. Nas análises efetuadas foram determinadas médias e desvios-padrão para os resultados do SRSI (análise descritiva dos dados). A análise da consistência interna foi efetuada através do cálculo do *alfa de Cronbach*. A validade convergente foi calculada através dos coeficientes de correlação de *Pearson* ( $r$ ). Para a comparação dos dados do SRSI entre a amostra Médico-Legal e da Comunidade foi utilizado o *Test t* para uma amostra (*One-Sample Test*). Foi utilizado o teste *U de Mann Whitney* (para amostras independentes), para avaliar a influência da variável sexo. Para analisar a influência da variável escolaridade, recorreu-se ao teste de *Kruskal Wallis*. Relativamente à variável idade, optou-se pela realização do coeficiente de correlação de *Pearson*.

#### IV - Resultados

Nesta secção, são apresentados os resultados das análises estatísticas realizadas tendo por base os objetivos estabelecidos e as hipóteses formuladas. É de referir que não foi realizada a comparação dos dados do SRSI entre as duas subamostras devido à dimensão reduzida de cada uma, principalmente na subamostra das “Outras Avaliações” ( $n= 9$ ) e que envolvia diversos tipos de pedidos judiciais.

##### **Estatísticas descritivas das subescalas e escalas de Sintomas Genuínos e de Pseudo-sintomas do SRSI**

Na Tabela 2 apresentam-se as estatísticas descritivas do SRSI, nomeadamente as pontuações médias obtidas (incluindo as pontuações mínimas e máximas - amplitude) e os respetivos desvios-padrão para cada uma das subescalas que compõem a escala de Sintomas Genuínos e de Pseudo-sintomas. Foram igualmente estimadas as estatísticas descritivas do total da escala de Sintomas Genuínos e do total da escala de Pseudo-sintomas.

Corroborando a Hipótese 1, verifica-se que a média obtida na escala de Sintomas Genuínos é muito superior à média da escala de Pseudo-sintomas (diferença de 12 pontos; cf. Tabela 2). Na escala Sintomas Genuínos observa-

se que a subescala com maior média é a de Sintomatologia Ansiosa ( $M= 3.90$ ,  $DP= 2.92$ ), e o valor médio mais baixo regista-se na Sintomatologia da Dor ( $M= 2.30$ ,  $DP= 3.075$ ). Na escala de Pseudo-sintomas, a subescala de Pseudo-sintomas Cognitivos é a que regista a média mais elevada ( $M= .73$ ,  $DP= 1.701$ ) e a subescala de Pseudo-sintomas da Dor apresenta o valor médio mais baixo ( $M= .57$ ,  $DP= 1.695$ ).

**Tabela 2**

*Análises descritivas do SRSI*

| <b>Subescalas</b>                      | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>MIN</b> | <b>MÁX.</b> | <b>Nº Itens</b> |
|--|----------|-----------|------------|-------------|-----------------|
| Sintomatologia Cognitiva               | 2,97     | 3,479     | 0          | 10          | 10              |
| Sintomatologia Depressiva              | 2,50     | 2,838     | 0          | 8           | 10              |
| Sintomatologia da Dor                  | 2,30     | 3,075     | 0          | 10          | 10              |
| Sintomatologia Somática                | 3,67     | 3,836     | 0          | 10          | 10              |
| Sintomatologia Ansiosa                 | 3,90     | 2,917     | 0          | 9           | 10              |
| Pseudo-sintomas Cognitivos             | ,73      | 1,701     | 0          | 6           | 10              |
| Pseudo-sintomas Motores                | ,70      | 1,915     | 0          | 9           | 10              |
| Pseudo-sintomas Sensoriais             | ,60      | 1,163     | 0          | 5           | 10              |
| Pseudo-sintomas da Dor                 | ,57      | 1,695     | 0          | 9           | 10              |
| Pseudo-sintomas da Ansiedade/Depressão | ,70      | 1,393     | 0          | 5           | 10              |
| <b>Escalas</b>                         | <b>M</b> | <b>DP</b> | <b>MIN</b> | <b>MÁX.</b> | <b>Nº Itens</b> |
| Total Sintomas Genuínos                | 15,33    | 14,346    | 0          | 46          | 50              |
| Total Pseudo-Sintomas                  | 3,33     | 6,718     | 0          | 32          | 50              |

### **Análise da consistência interna das subescalas e escalas do SRSI**

Para proceder ao estudo de fiabilidade/precisão, especificamente no que diz respeito à consistência interna, das subescalas e escalas do SRSI, recorreu-se ao coeficiente *alfa de Cronbach*. Foram utilizados os critérios definidos por DeVellis (2003), indicando que o valor *alfa de Cronbach* é considerado “inaceitável” se inferior a .60; “indesejável” se se situar entre .60 a .65; “minimamente aceitável” entre .65 a .70; “respeitável” entre .70 a .80; e “muito bom” entre .80 a .90. É de salientar que valores superiores a .90 podem ser indicativos de uma homogeneidade “exagerada” dos itens do instrumento.

Conforme consta na Tabela 3, o SRSI regista coeficientes *alfa de Cronbach* muito bons com as duas escalas, de Sintomas Genuínos e Pseudo-

Sintomas, a obterem valores superior a .90 (.97 e .95, respetivamente).

Quanto aos valores de *alfa de Cronbach* obtidas nas subescalas, são de referir valores indicativos de uma consistência interna muito boa para todas as subescalas de sintomatologia genuína subescala Sintomatologia Cognitiva (.92), subescala Sintomatologia Depressiva (.86), subescala Sintomatologia de Dor (.90), subescala Sintomatologia Somática (.93), subescala Sintomatologia Ansiosa (.82).

**Tabela 3**

*Valores estimados do Alfa de Cronbach para as subescalas, escalas e itens que medem a consistência interna das respostas ao SRSI*

| <b>SRSI</b>                            | <b>Nº de Itens</b> | <b><math>\alpha</math> de Cronbach</b> |
|--|--------------------|--|
| <b>Subescalas Sintomas Genuínos</b>    |                    |  |
| Sintomatologia Cognitiva               | 10                 | .921                                   |
| Sintomatologia Depressiva              | 10                 | .860                                   |
| Sintomatologia de Dor                  | 10                 | .905                                   |
| Sintomatologia Somática                | 10                 | .936                                   |
| Sintomatologia Ansiosa                 | 10                 | .824                                   |
| Total Sintomas Genuínos                | 50                 | .970                                   |
| <b>Subescalas Pseudo-Sintomas</b>      |                    |  |
| Pseudo-Sintomas Cognitivos             | 10                 | .851                                   |
| Pseudo-Sintomas Motores                | 10                 | .909                                   |
| Pseudo-Sintomas Sensoriais             | 10                 | .664                                   |
| Pseudo-Sintomas de Dor                 | 10                 | .888                                   |
| Pseudo-Sintomas de Ansiedade/Depressão | 10                 | .719                                   |
| Total Pseudo-Sintomas                  | 50                 | .949                                   |
| <b>Consistência de Resposta</b>        | 5                  | .880                                   |

Relativamente às subescalas de Pseudo-sintomas Cognitivos (.85), Pseudo-sintomas Motores (.90) e Pseudo-sintomas de Dor (.88) o valor de *alfa de Cronbach* obtido é muito bom. Já para a subescala Pseudo-sintomas de Ansiedade/ Depressão (.72) os valores da consistência interna são considerados respeitáveis e para a subescala Pseudo-sintomas Sensoriais (.66) são minimamente aceitáveis.

No que respeita aos itens de medição da consistência de resposta, o valor de *alfa de Cronbach* obtido é equivalente a .88, classificado como muito bom. Assim mediante os resultados apresentados, e de modo genérico, é corroborada a Hipótese 2 do presente estudo: bons valores de consistência interna das escalas e subescalas do SRSI.

### **Análise da validade convergente e discriminante do SRSI, através das correlações com os resultados no SIMS, EVS-2, BSI e escala N do EPQ-R**

Relativamente à validade convergente, procedeu-se à análise das correlações, por um lado, entre a escala Pseudo-sintomas do SRSI e os resultados (totais e dimensões) do SIMS e da EVS-2 e, por outro, entre a escala Sintomas Genuínos do SRSI e os resultados no BSI e na escala N do EPQ-R.

Relativamente à validade discriminante, foram realizadas análises de correlação entre a escala de Sintomas Genuínos do SRSI e os resultados (totais e dimensões) do SIMS e da EVS-2, e entre a escala Pseudo-sintomas do SRSI e os resultados no BSI. Para estas análises recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*.

De acordo com a classificação de Dancey e Reidy (2020), as correlações são “fracas” quando o valor de  $r$  é inferior a .30; “moderadas” quando os valores de  $r$  se situam entre .40 e .60; “fortes” quando os valores se encontram entre .70 e .90; e “perfeitas” quando os valores são superiores a .90.

### **Análise das correlações entre total e subescalas dos Pseudo-sintomas do SRSI e das dimensões e total do SIMS**

Obtiveram-se correlações positivas e significativas fortes e moderadas entre as subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI e as dimensões do SIMS, com exceção de alguns valores, fracos, nas relações entre as subescalas Pseudo-sintomas Sensoriais, Pseudo-sintomas Motores e Pseudo-sintomas de Dor e a dimensão do SIMS, Capacidade Intelectual Reduzida e Perturbações Mnésicas, ( $r=.205$ ,  $r=.249$  e  $r=.250$ , respetivamente).

**Tabela 4**

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre o total e subescalas de Pseudo-sintomas (SRSI) e o SIMS*

| SRSI                                   | SIMS    |         |         |         |        |         |
|--|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
|  | Total   | NI      | AF      | P       | LI     | AM      |
| <b>Subescalas Pseudo-Sintomas</b>      |         |         |         |         |        |         |
| Pseudo-Sintomas Cognitivos             | .828*** | .785*** | .605*** | .697*** | .526** | .785*** |
| Pseudo-Sintomas Motores                | .692*** | .832*** | .564**  | .690*** | .249   | .521**  |
| Pseudo-Sintomas Sensoriais             | .678*** | .747*** | .662*** | .627*** | .205   | .515**  |
| Pseudo-Sintomas de Dor                 | .629*** | .649*** | .546**  | .672*** | .250   | .491**  |
| Pseudo-Sintomas de Ansiedade/Depressão | .608*** | .582**  | .533**  | .385*   | .404*  | .550**  |
| <b>Total Pseudo-Sintomas</b>           | .812*** | .858*** | .683*** | .728*** | .382*  | .674*** |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

*Nota.* NI = Défice Neurológico; AF = Perturbações Afetivas; P = Psicose; LI = Capacidade Intelectual Reduzida; AM = Perturbações Mnésicas;

Observaram-se correlações positivas, significativas e fortes (que variam entre valores de  $r=.678$  e  $r=.828$ ) e moderadas (valores de  $r=.629$  e  $r=.608$ ), entre as subescalas da escala Pseudo-sintomas e o total do SIMS. Entre o resultado total de Pseudo-sintomas do SRSI e o resultado total do SIMS registou-se uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa ( $r=.812$ ,  $p < .001$ ; cf. Tabela 4). Este valor da correlação total Pseudo-Sintomas SRSI e total SIMS (.812) exemplifica bem a confirmação da Hipótese 3 e atesta a validade convergente do SRSI.

### **Análise das correlações entre pontuação total Pseudo-sintomas/subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI e entre pontuação total e as dimensões da EVS-2**

Da análise das correlações entre a escala Pseudo-sintomas, do SRSI, e a EVS-2 (cf. Tabela 5), obtiveram-se coeficientes indicativos de correlações fortes e significativas (que variam entre  $r=.703$  e  $r=.852$ ) e moderados (que variam entre  $r=.366$  e  $r=.699$ ) entre as subescalas de Pseudo-sintomas e as dimensões da EVS-2. Entre as pontuações totais da EVS-2 e as subescalas de Pseudo-sintomas, as correlações são positivas e fortes (variando entre  $r=.666$  e  $r=.859$ ). Todas as correlações são estatisticamente significativas. Entre os totais de Pseudo-sintomas, do SRSI e da EVS-2, verificou-se, tal como esperado, uma correlação significativa e forte ( $r=.870$ ,  $p < .001$ ). Este resultado da relação entre a escala Pseudo-sintomas do SRSI e a EVE-2 confirma igualmente a Hipótese 3 e a validade convergente do SRSI.

**Tabela 5**

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre pontuação total Pseudo-sintomas/subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI e pontuação total e subescalas da EVS-2*

|  | EVS-2   |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|---------|
|  | PE      | P       | PC      | Total   |
| <b>Escala de Pseudo-sintomas</b>           |         |         |         |         |
| Pseudo-Sintomas Cognitivos                 | .770*** | .703*** | .852*** | .859*** |
| Pseudo-Sintomas Motores                    | .648*** | .699*** | .492**  | .714*** |
| Pseudo-Sintomas Sensoriais                 | .586**  | .724*** | .366*   | .666*** |
| Pseudo-Sintomas de Dor                     | .531**  | .809*** | .467**  | .708*** |
| Pseudo-Sintomas de Ansiedade/<br>Depressão | .750*** | .560**  | .595**  | .724*** |
| <b>Total Pseudo-Sintomas</b>               | .781*** | .827*** | .656*** | .870*** |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Nota. PE = Perturbações Emocionais; P = Psicose; PC = Perturbações Cognitivas.

### **Análise das correlações entre o total e subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e os índices globais do BSI**

Os resultados obtidos correlacionando total e subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e as dimensões globais do BSI e indicam, globalmente, correlações moderadas (entre  $r=.391$  e  $r=.606$ ) e fortes (entre  $r=.702$  e

$r=.796$ ), de acordo com a classificação de Dancey e Reidy (2020). Todavia, são registados coeficientes fracos nas correlações entre a dimensão Ideação Paranoide do BSI e as subescalas de Sintomatologia Depressiva e Sintomatologia de Dor ( $r=.242$  e  $r=.254$ , respetivamente; cf. Anexo B). Entre as subescalas e o total da escala de Sintomas Genuínos do SRSI e os Índices do BSI foram obtidas correlações fortes ( $r=.706$  e  $r=.782$ ) e moderadas (entre  $r=.493$  e  $r=.677$ ; cf. Tabela 6). Corroborando dados de investigação e a Hipótese 4, estes resultados são sugestivos de validade convergente da escala de Sintomas Genuínos do SRSI.

**Tabela 6**

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre o total e subescalas de Sintomas Genuínos (SRSI) e os índices globais do BSI*

|                                 | BSI            |                |                |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|
|                                 | IGS            | TSP            | ISP            |
| <b>Escala Sintomas Genuínos</b> |                |                |                |
| Sintomatologia Cognitiva        | .768***        | .647***        | .675***        |
| Sintomatologia Depressiva       | .564***        | .517**         | .583**         |
| Sintomatologia de Dor           | .634***        | .493*          | .541*          |
| Sintomatologia Somática         | .747***        | .634***        | .706***        |
| Sintomatologia Ansiosa          | .731***        | .703***        | .746***        |
| <b>Total Sintomas Genuínos</b>  | <b>.782***</b> | <b>.677***</b> | <b>.735***</b> |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Nota. **IGS** = Índice Geral de Sintomas; **TSP** = Total de Sintomas Positivos; **ISP** = Índice de Sintomas Positivos

### **Análise das correlações entre o total e as subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI e os índices globais do BSI**

Ao analisar a Tabela 7, é possível observar as correlações moderadas que, de forma não expectável, se verificaram entre as subescalas e total de Pseudo-sintomas e os índices globais do BSI e nas suas dimensões (cf. Anexo C; que variam entre  $r=.415$  e  $r=.634$ ), contrariando a Hipótese 5.

**Tabela 7**

*Coefficientes de Pearson entre a escala Pseudo-sintomas (SRSI) e os índices globais do BSI*

|   | BSI            |               |               |
|---|----------------|---------------|---------------|
|   | IGS            | TSP           | ISP           |
| <b>Escala de Pseudo-sintomas</b>        |                |               |               |
| Pseudo-Sintomas Cognitivos              | .515**         | .415*         | .494**        |
| Pseudo-Sintomas Motores                 | .559***        | .499**        | .468**        |
| Pseudo-Sintomas Sensoriais              | .504**         | .467**        | .469**        |
| Pseudo-Sintomas de Dor                  | .545**         | .427*         | .444**        |
| Pseudo-Sintomas de Ansiedade/ Depressão | .535**         | .484**        | .502**        |
| <b>Total Pseudo-Sintomas</b>            | <b>.634***</b> | <b>.544**</b> | <b>.506**</b> |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Nota. **IGS** = Índice Geral de Sintomas; **TSP** = Total de Sintomas Positivos; **ISP** = Índice de

## Sintomas Positivos

**Análise da correlação entre o total e subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e a escala N do EPQ-R**

As correlações obtidas entre as subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e a escala N do EPQ-R são positivas e significativas, sendo a magnitude das mesmas moderada (variando entre  $r=.565$  e  $r=.651$ ). A correlação entre o total da escala de Sintomas Genuínos do SRSI e a escala N, do EPQ-R é forte ( $r=.692$ ; cf. Tabela 8). Estes resultados, incluindo as correlações negativas com a dimensão “E”, são sugestivos de validade convergente da escala de Sintomas Genuínos do SRSI corroborando dados de investigação e a Hipótese 6.

**Tabela 8**

*Coefficientes de Correlação Pearson entre o total e subescalas de Sintomas Genuínos (SRSI) e a escala N do EPQ-R*

|                                    | EPQ-R   |          |      |       |
|------------------------------------|---------|----------|------|-------|
|                                    | N       | E        | P    | L     |
| <b>Escala de Sintomas Genuínos</b> |         |          |      |       |
| Sintomatologia Cognitiva           | .565*** | -.457**  | .085 | -.339 |
| Sintomatologia Depressiva          | .651*** | -.482**  | .189 | -.242 |
| Sintomatologia de Dor              | .603*** | -.584*** | .215 | -.117 |
| Sintomatologia Somática            | .630*** | -.482**  | .131 | -.277 |
| Sintomatologia Ansiosa             | .631*** | -.489**  | .326 | -.244 |
| <b>Total Sintomas Genuínos</b>     | .692*** | -.560*** | .205 | -.279 |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

*Nota.* N = Neuroticismo; E = Extroversão; P = Psicoticismo; L = Mentira.

**Análise das correlações entre o total e subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e o total e dimensões SIMS**

A correlação entre o total de Sintomas Genuínos e o total do SIMS foi estatisticamente significativa e forte ( $r=.854$ ; cf. Tabela 9). As correlações entre total da escala de Sintomas Genuínos do SRSI e as subescalas do SIMS são fortes, com exceção da dimensão LI, cuja correlação é fraca e sem significância estatística ( $r=.318$ ), de acordo com a classificação de Dancey e Reidy (2020). No que diz respeito às correlações entre as subescalas do SRSI e as dimensões do SIMS, obtiveram-se correlações estatisticamente significativas, fortes (entre  $r=.703$  e  $r=.874$ ) e moderados (entre  $r=.458$  e  $r=.668$ ). Estes resultados contrariam a Hipótese 7 (relações positivas e fracas entre os resultados da escala de Sintomas Genuínos do SRSI e as pontuações no SIMS).

**Tabela 9**

Coeficientes de Correlação de Pearson entre total e subescalas de Sintomas Genuínos (SRSI) e o SIMS

| SRSI                                | Total          | NI             | SIMS           |               |             |                |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-------------|----------------|
|                                     |                |                | AF             | P             | LI          | AM             |
| <b>Subescalas Sintomas Genuínos</b> |                |                |                |               |             |                |
| Sintomatologia Cognitiva            | .820***        | .749***        | .776***        | .512**        | .311        | .864***        |
| Sintomatologia Depressiva           | .824***        | .717***        | .854**         | .614***       | .432        | .703***        |
| Sintomatologia da Dor               | .619***        | .635***        | .737***        | .475***       | .159        | .458**         |
| Sintomatologia Somática             | .788***        | .741***        | .874**         | .461**        | .235        | .753***        |
| Sintomatologia Ansiosa              | .730***        | .668**         | .766**         | .536**        | .297        | .645***        |
| <b>Total Sintomas Genuínos</b>      | <b>.854***</b> | <b>.793***</b> | <b>.904***</b> | <b>.580**</b> | <b>.318</b> | <b>.779***</b> |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Nota. **NI** = Défice Neurológico; **AF** = Perturbações Afetivas; **P** = Psicose; **LI** = Capacidade Intelectual Reduzida; **AM** = Perturbações Mnésicas;

### Análise das correlações entre o total e subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e o total e subescalas da EVS-2

Regista-se uma correlação forte entre o total de Sintomas Genuínos e o total do EVS-2 ( $r=.870$ ). Entre as subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e as dimensões da EVS-2, obtiveram-se correlações significativas e fortes (entre  $r=.699$  e  $r=.852$ ), e correlações significativas e moderadas (entre  $r=.467$  e  $r=.656$ ; cf. Tabela 10). A correlação entre a dimensão PC da EVS-2 e a subescala Sintomatologia da Dor é moderada ( $r=.366$ ). Estes resultados contrariam mais uma vez a Hipótese 7 (relações positivas e fracas entre os resultados da Escala de Sintomas Genuínos do SRSI e as pontuações na EVS-2) e o que é expectável/desejável relativamente a um TVS.

**Tabela 10**

Coeficientes de Correlação de Pearson entre pontuações totais e subescalas de Sintomas Genuínos (SRSI) e a EVS-2

|                                    | EVS-2          |                |                |                |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                    | PE             | P              | PC             | Total          |
| <b>Escala de Sintomas Genuínos</b> |                |                |                |                |
| Sintomatologia Cognitiva           | .770***        | .703***        | .852***        | .859***        |
| Sintomatologia Depressiva          | .648***        | .699***        | .492**         | .714***        |
| Sintomatologia da Dor              | .586**         | .724***        | .366           | .666***        |
| Sintomatologia Somática            | .531**         | .809***        | .467**         | .708***        |
| Sintomatologia Ansiosa             | .750***        | .560**         | .595**         | .724***        |
| <b>Total Sintomas Genuínos</b>     | <b>.781***</b> | <b>.827***</b> | <b>.656***</b> | <b>.870***</b> |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Nota. **PE** = Perturbações Emocionais; **P** = Psicose; **PC** = Perturbações Cognitivas.

### Influência das variáveis sociodemográficas sexo, escolaridade e idade nos resultados do SRSI

Para analisar a influência das variáveis sexo, idade e escolaridade dos examinados nos resultados do SRSI, recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente o teste U de *Mann Whitney*, para a variável “sexo” e ao teste *Kruskal-Wallis*, para a variável “escolaridade”. Quanto à variável “idade”, optou-se por recorrer à análise correlacional, devido à dimensão reduzida das categorias (número reduzido de sujeitos para cada categoria da idade).

Relativamente à variável “sexo”, não foram encontradas diferenças com significado estatístico (cf. Tabela 11). No entanto, verifica-se que os sujeitos do sexo feminino registam uma maior tendência para relatar pseudo-sintomas, em todas as subescalas e total, comparativamente aos sujeitos do sexo masculino (cf. Anexo D).

**Tabela 11**

*Comparação dos resultados na escala Pseudo-sintomas do SRSI em função do sexo*

|                       | PC      | PM      | PS      | PD     | PAD    | TP     |
|-----------------------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| <b>Mann-Whitney U</b> | 106,500 | 109,000 | 102,000 | 90,000 | 99,000 | 95,500 |
| <b>Z</b>              | -,336   | -,208   | -,538   | -1,262 | -,693  | -,766  |
| <b>P</b>              | ,737    | ,835    | ,590    | ,207   | ,488   | ,444   |

*Nota.* **PC** = Pseudo-Sintomas Cognitivos; **PM** = Pseudo-Sintomas Motores; **PS** = Pseudo-Sintomas Sensoriais; **PD** = Pseudo-Sintomas da Dor; **PAD** = Pseudo-Sintomas da Ansiedade e Depressão; **TP** = Total Pseudo-Sintomas.

No que diz respeito à variável “idade” (cf. Tabela 12) registou-se um coeficiente de correlação de zero entre a Idade e os resultados na escala de Pseudo-sintomas Cognitivos do SRSI. Também se verificaram correlações baixas entre a Idade e todas as subescalas e total da escala de Pseudo-Sintomas, de acordo com a classificação de Dancey e Reidy (2020).

**Tabela 12**

*Correlações entre a Idade e os resultados na escala Pseudo-sintomas do SRSI (N=30)*

| SRSI                                   | Idade       |
|--|-------------|
| Pseudo-Sintomas Cognitivos             | -.001       |
| Pseudo-Sintomas Motores                | .269        |
| Pseudo-Sintomas Sensoriais             | .326        |
| Pseudo-Sintomas de Dor                 | .319        |
| Pseudo-Sintomas de Ansiedade/Depressão | -.274       |
| <b>Total Pseudo-Sintomas</b>           | <b>.150</b> |

Considerando a escolaridade, verifica-se que os sujeitos com um nível de escolaridade mais baixo registaram valores mais elevados de Pseudo-sintomas que os sujeitos mais escolarizados, contudo as diferenças não são

estatisticamente significativas (cf. Tabela 13; Anexo C).

No seu conjunto, estes resultados corroboram o não impacto das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, mas também escolaridade) nos resultados na escala e subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI, confirmando a Hipótese 8, no que diz respeito à idade e sexo, infirmo a segunda parte da hipótese no que se refere à escolaridade.

**Tabela 13**

*Comparação dos resultados na escala Pseudo-sintomas do SRSI em função da escolaridade*

|                    | <b>PC</b> | <b>PM</b> | <b>PS</b> | <b>PD</b> | <b>PAD</b> | <b>TP</b> |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| <b>Chi-Square</b>  | 3,300     | 3,184     | 2,373     | 3,319     | 1,934      | 1,474     |
| <b>df</b>          | 4         | 4         | 4         | 4         | 4          | 4         |
| <b>Asymp. Sig.</b> | ,509      | ,528      | ,668      | ,506      | ,748       | ,831      |

*Nota.* **PC** = Pseudo-Sintomas Cognitivos; **PM** = Pseudo-Sintomas Motores; **PS** = Pseudo-Sintomas Sensoriais; **PD** = Pseudo-Sintomas da Dor; **PAD** = Pseudo-Sintomas da Ansiedade e Depressão; **TP** = Total Pseudo-Sintomas.

#### **Comparação entre os resultados do SRSI obtidos na amostra médico-legal e numa amostra da comunidade (Dwakardas, 2018)**

Para comparar os resultados da amostra em estudo com os da população geral, utilizou-se como referência os resultados obtidos por Dwakardas (2018) numa amostra da população geral ( $N=282$ ), através do *Teste t de Student* para uma amostra (cf. Tabela 14). Apesar de os resultados da amostra médico-legal serem mais elevados do que os da amostra da comunidade, as diferenças não são estatisticamente significativas, quer na escala de Sintomas Genuínos [ $t(29)=1.937$ ;  $p=.063$ ], quer na de Pseudo-sintomas [ $t(29)=1.454$ ;  $p=.157$ ]. Relativamente às subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI, verifica-se a mesma situação (cf. Tabela 14). Considerando as subescalas de Sintomas Genuínos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a subescala da Sintomatologia da Dor [ $t(29)=2.191$ ;  $p < .05$ ] e Sintomatologia Ansiosa [ $t(29)=3.023$ ;  $p < .01$ ], com a amostra médico-legal a reportar mais sintomatologia que a amostra comunitária.

A Hipótese 9, é apenas parcialmente corroborada. Os resultados no SRSI são estatisticamente mais elevados na amostra Médico-Legal do que na amostra da Comunidade apenas em duas subescalas de Sintomas Genuínos (Dor e Ansiedade).

**Tabela 14**

*Comparação das médias obtidas na amostra médico-legal com as de uma amostra da comunidade geral, do estudo de Dwakardas (2018)*

| Subescalas          | Médico -<br>Legal | Comunidade<br>Geral | t (gl=29) | p    |
|---------------------|-------------------|---------------------|-----------|------|
|                     | M (DP)<br>(N=30)  | M (DP)<br>(N=282)   |           |      |
| Sintomatologia      |                   |                     |           |      |
| Cognitiva           | 2.97 (3.48)       | 1.86 (2.30)         | 1.742     | .092 |
| Sintomatologia      |                   |                     |           |      |
| Depressiva          | 2.50 (2.84)       | 1.81 (1.77)         | 1.332     | .193 |
| Sintomatologia da   |                   |                     |           |      |
| Dor                 | 2.30 (3.08)       | 1.07 (1.87)         | 2.191     | .037 |
| Sintomatologia      |                   |                     |           |      |
| Somática            | 3.67 (3.84)       | 2.83 (2.54)         | 1.195     | .242 |
| Sintomatologia      |                   |                     |           |      |
| Ansiosa             | 3.90 (2.92)       | 2.29 (2.14)         | 3.023     | .005 |
| Pseudo-sintomas     |                   |                     |           |      |
| Cognitivos          | .73 (1.70)        | .41 (.99)           | 1.041     | .323 |
| Pseudo-sintomas     |                   |                     |           |      |
| Motores             | .70 (1.91)        | .17 (.57)           | 1.516     | .140 |
| Pseudo-sintomas     |                   |                     |           |      |
| Sensoriais          | .60 (1.16)        | .44 (.88)           | .754      | .457 |
| Pseudo-sintomas da  |                   |                     |           |      |
| Dor                 | .57 (1.70)        | .24 (.63)           | 1.055     | .300 |
| Pseudo-sintomas da  |                   |                     |           |      |
| Ansiedade/Depressão | .70 (1.39)        | .30 (.80)           | 1.572     | .127 |
|                     | M (DP)<br>(N=30)  | M (DP)<br>(N=282)   | t (gl=29) | p    |
| <b>Escalas</b>      |                   |                     |           |      |
| Total Sintomas      |                   |                     |           |      |
| Genuínos            | 15.33<br>(14.35)  | 10.26 (8.84)        | 1.937     | .063 |
| Total               |                   |                     |           |      |
| Pseudo-sintomas     | 3.33 (6.72)       | 1.55 (2.86)         | 1.454     | .157 |

## V - Discussão

O exame da validade do que é (auto)relatado pelos sujeitos em avaliação, sobretudo dos comportamentos de simulação e exagero de sintomatologia, é incontornável e de extrema pertinência em qualquer processo de avaliação (neuro)psicológica, tanto no contexto forense, como no clínico (Kemp et al., 2008). Uma vez que as condutas de exagero ou de simulação de sintomatologia são frequentes quando estão envolvidas questões litigiosas e forenses, a sua incidência em contextos médico-legais é bastante elevada, devendo por isso ser seriamente considerada (Bush et al., 2005). Assim, têm sido desenvolvidos e validados vários instrumentos de deteção de simulação e exagero de sintomas (TVS), como por exemplo o SIMS, a EVS-2 e, mais recentemente, o SRSI.

Relativamente ao SRSI, os estudos internacionais e nacionais efetuados têm evidenciado as suas potencialidades enquanto instrumento de rastreio de simulação, realçando a sua utilidade enquanto estratégia de avaliação da credibilidade dos sintomas reportados em contexto forense (e, no caso particular deste estudo, médico-legal). O presente estudo teve como principal objetivo contribuir para o processo de validação do SRSI, especificamente

para o contexto médico-legal.

À semelhança da investigação de Merten e colaboradores (2016), foi averiguada a consistência interna das escalas e subescalas do SRSI, através do *alfa de Cronbach*. É de ressaltar que os valores de *alfa de Cronbach* para o total de ambas as escalas, Sintomas Genuínos e Pseudo-sintomas, do SRSI encontrados neste estudo (.97 e .95, respetivamente) traduzem uma excelente consistência interna e são convergentes com os obtidos em estudos previamente realizados com o SRSI (Merten et al., 2016; Merten et al., 2021).

Nos estudos realizados em Portugal com amostras forenses, Pinheiro (2019) obteve valores de *alfa de Cronbach* muito bons, tanto para a escala Sintomas Genuínos (.80), como para a escala de Pseudo-sintomas (.80). Por sua vez, no estudo de Venâncio (2021), a condição “simulação” refletiu valores de consistência interna igualmente muito elevados para ambas as escalas do SRSI (escala de Sintomas Genuínos com um valor de .94 e a escala de Pseudo-sintomas com .93). Os valores de *alfa de Cronbach* alcançados no estudo de Dwarkadas (2018), numa amostra da comunidade refletem uma consistência interna considerada “muito boa” (.80) para a escala de Sintomas Genuínos e “respeitável” (.77) na escala de Pseudo-sintomas.

Os valores de *alfa de Cronbach* referentes às subescalas de Sintomas Genuínos são indicativos de uma consistência interna muito boa (valores que variam entre .93 a .82), de acordo com critérios de DeVellis (2003). Os valores *alfa de Cronbach* obtidos para as escalas de Pseudo-sintomas são tendencialmente mais baixos, variando entre “muito bons” (valores entre .90 e .85), “respeitáveis” (.72) e “minimamente aceitável” (.66). Nos estudos nacionais, a subescala de Pseudo-sintomas Sensoriais (com um valor “minimamente aceitável” de .66) obteve valores inaceitáveis (entre .05 e .30; Domingues, 2019; Dwakardas, 2018; Pinheiro, 2019) e respeitável (.73; Venâncio, 2021).

No que respeita aos itens de medição da consistência de resposta, o valor de *alfa de Cronbach* obtido (.88), é muito bom. Assim, os valores de consistência interna obtidos para o SRSI no presente estudo corroboram a Hipótese 2. É importante salientar que, embora valores altos de *alfa de Cronbach* (superiores a .90) possam indicar uma elevada consistência interna, esta pode também refletir uma exagerada homogeneidade dos itens do instrumento. É importante destacar que diversas variáveis podem afetar o valor de consistência interna. A título de exemplo, identificam-se as seguintes: a adoção de um enviesamento de resposta nomeado *efeito de aquiescência* (tendência para responder afirmativamente aos itens, desconsiderando o seu conteúdo; Billiet & McClendon, 2000); ou um conteúdo de itens redundante (apurado através da análise das correlações inter-item, Cattell, 1972). No seguimento deste último, destacamos como exemplo os comentários de vários examinados, tais como “Só fala de sintomas da dor?” ou “Já li isto em algum lado!”.

No que diz respeito à validade do SRSI, verificou-se, tal como esperado, que a escala Pseudo-sintomas possui uma robusta validade convergente, uma vez que se apuraram correlações positivas muito fortes entre a mesma e os totais do SIMS e da EVS-2. Tal permite-nos inferir que no geral,

participantes que obtiveram pontuações elevadas na escala de Pseudo-sintomas do SRSI, apresentaram igualmente pontuações elevadas no SIMS e na EVS-2, sugerindo que todos eles avaliam de forma consistente a simulação/exagero de sintomas. Todavia, também se verificaram correlações positivas fortes entre a escala de Sintomas Genuínos do SRSI e os totais do SIMS e da EVS-2 e este aspeto constitui uma limitação importante do SRSI e de outros TVS.

Relativamente à relação com o SIMS, a presente investigação registou uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa entre o total da escala de Pseudo-sintomas do SRSI e o total do SIMS ( $r=.812$ ,  $p<.01$ ). No entanto, e ao contrário do que era expectável, também a escala de Sintomas Genuínos do SRSI se relacionou positiva, forte e significativamente com o resultado total do SIMS ( $r=.854$ ,  $p<.01$ ). Nas correlações entre as subescalas de Sintomas Genuínos e de Pseudo-sintomas do SRSI e as dimensões do SIMS, alcançando-se valores fortes e moderados (variando entre  $r=.385$  e  $r=.874$ ), à exceção da dimensão LI (Capacidade Intelectual Reduzida) do SIMS que registou correlações fracas e não estatisticamente significativas com todas as subescalas de Sintomatologia Genuína (com exceção da Sintomatologia Depressiva) e com as subescalas de Pseudo-sintomas Motores, Sensoriais e Pseudo-sintomas da Dor. Destes resultados é possível aferir o seguinte: a Hipótese 3, que aponta para a existência de validade convergente da escala de Pseudo-sintomas do SRSI é confirmada. Contudo, os Sintomas Genuínos estão igualmente correlacionados com o SIMS, rejeitando-se o enunciado pela Hipótese 7, uma vez que as relações apresentadas entre a escala de Sintomas Genuínos e o SIMS são positivas, fortes e significativas (e não correlações positivas baixas). Tal pode ser explicado pelo facto de a investigação ter mostrado que o SIMS é igualmente sensível sintomatologia e psicopatologias genuínas, o que constitui uma fragilidade deste instrumento, que conduziu ao desenvolvimento do SRSI (van Impelen et al., 2014). À semelhança do presente estudo, em outros estudos nacionais e internacionais (Boskovic et al., 2019; Dwarkadas, 2018; Domingues, 2019; Helvoort et al., 2019; Merten et al., 2016; Pinheiro, 2018; Venâncio, 2021) foram registadas correlações positivas, fortes e/ou muito fortes e significativas entre ambas as escalas do SRSI e o resultado total do SIMS.

Os resultados obtidos entre as escalas e subescalas do SRSI e a EVS-2 apontam para correlações positivas, fortes ( $r=.870$ ) e estatisticamente significativas ( $p<.01$ ) entre o total da escala Pseudo-sintomas e o total da EVS-2 (evidenciando validade convergente), mas também entre este último indicador e a escala de Sintomas Genuínos ( $r=.799$ ,  $p<.01$ ), não confirmando a hipótese de validade discriminante. O mesmo acontece entre as subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI e as dimensões da EVS-2, onde se verificam resultados indicativos de correlações significativamente fortes (que variam entre valores de  $r=.852$  e  $r=.699$ ) e moderados (que variam entre valores de  $r=.648$  e  $r=.366$ ). A relação entre as subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e as dimensões da EVS-2 obtêm valores similares: algumas correlações

significativas e fortes (valores que variam entre  $r=.798$  e  $r=.693$ ), e outras significativas e moderadas (valores que variam entre  $r=.688$  e  $r=.484$ ). De acordo com os valores obtidos pode-se sublinhar, tal como acontece com o SIMS, uma natureza problemática da não diferenciação de Sintomas Genuínos e Pseudo-sintomas, uma vez que ambas as escalas estão igualmente correlacionadas com EVS-2. Deste modo, a Hipótese 3, que aponta para a existência de validade convergente da escala de Pseudo-sintomas do SRSI é confirmada e rejeita-se o enunciado pela Hipótese 7, uma vez que as relações apresentadas entre a escala de Sintomas Genuínos e a EVS-2 são positivas, fortes e significativas. Este resultado foi ao encontro do verificado nos estudos de Dwarkadas (2018) e Venâncio (2021), no qual se observaram igualmente correlações fortes e significativas entre o resultado total da EVS-2 e ambas as escalas do SRSI.

Assim, os resultados do presente estudo corroboram a informação apurada na literatura: pontuações elevadas em ambas as escalas do SRSI encontram-se associadas a resultados elevados noutros TVS, particularmente no SIMS (Domingues, 2019; Giger e Merten (2019), Merten et al., 2016; Pinheiro, 2019, Venâncio, 2021) e na EVS-2 (Dwarkadas, 2018; Venâncio, 2021).

Com à inclusão do BSI no protocolo de avaliação, pretendeu-se analisar a sua relação com a escala Sintomas Genuínos, do SRSI, no domínio da validade convergente (uma vez que ambos visam identificar psicopatologia real) e a relação com a escala de Pseudo-sintomas, do SRSI, no domínio da validade discriminante. No que diz respeito à validade convergente, registaram-se correlações positivas, significativas ( $p < .01$ ), fortes ( $r=.675$  e  $r=.782$ ) e moderados ( $r=.365$  e  $r=.648$ ) entre a escala Sintomas Genuínos e os três índices globais do BSI, corroborando a Hipótese 4. Na análise realizada no domínio da validade discriminante são de evidenciar as relações igualmente moderadas (valores que variam entre  $r=.415$  e  $r=.634$ ) e significativas ( $p < .01$ ) verificadas entre a escala Pseudo-sintomas do SRSI e os índices globais do BSI (ausência de validade discriminante), o que indica que esta última escala do SRSI pode ser sensível à presença de psicopatologia genuína. O mesmo tipo de resultados foi encontrado em estudos empíricos anteriormente realizados em contexto internacional e nacional (*e.g.*, Boskovic et al., 2019; Dwarkadas, 2018; Pinheiro, 2019; Venâncio, 2021), nos quais se observaram correlações igualmente moderadas e/ou fortes e significativas entre os resultados nos instrumentos de avaliação de psicopatologia utilizados (*e.g.*, BSI; BSI-18; BDI-II, STAI-Y e BPI-SF) e ambas as escalas do SRSI. Desta forma, os resultados apresentados com a amostra médico-legal contrariam de algum modo o que foi referido por Helvoort e colaboradores (2019), quanto à escala de Pseudo-sintomas, numa pesquisa onde esta tinha surgido como não sensível à presença de psicopatologia em pacientes reais e/ou genuínos.

Ainda no âmbito de validade convergente, as correlações entre a escala e subescalas de Sintomas Genuínos do SRSI e a Escala N do EPQ-R apresentam valores positivos e significativos, sendo a magnitude dos mesmos moderada (variando entre  $r=.565$  e  $r=.651$ ). A correlação entre o total da

escala de Sintomas Genuínos do SRSI e a escala N, do EPQ-R é forte ( $r=.692$ ). A Hipótese 6, que aponta para a existência de uma relação positiva entre a escala de Sintomas Genuínos e a escala N do EPQ-R é confirmada.

Relativamente à influência das variáveis sociodemográficas, verificou-se que, sujeitos com um nível de escolaridade mais baixo registaram um número ligeiramente mais elevado de pseudo-sintomas que os sujeitos mais escolarizados. No entanto esta diferença não é estatisticamente significativa, rejeitando-se assim a Hipótese 8. A vasta literatura defende que os TVS eficazes são pouco sensíveis à interferência de fatores como o sexo e escolaridade dos sujeitos (Merten et al., 2016; Simões, 2006), sendo que este resultado vem reforçar as qualidades do SRSI. De acordo com os resultados obtidos numa amostra da população geral (Merten et al., 2016), os participantes com um nível de escolaridade mais baixo relataram mais Sintomas Genuínos e mais Pseudo-sintomas. Os autores concluíram que existe uma correlação moderada e significativa entre a “escolaridade” (avaliada através dos resultados obtidos num teste de conhecimentos escolares) e os totais da Escala de Sintomas Genuínos e da Escala de Pseudo-sintomas.

Comparando os resultados obtidos no SRSI pela amostra médico-legal com os valores obtidos numa amostra comunitária no estudo realizado por Dwakardas (2018), verificou-se que os examinados em contexto médico-legal tinham valores superiores aos da população geral em todas as escalas, mas só as subescalas de Sintomatologia da Dor e da Ansiedade registaram diferenças significativas corroborando parcialmente a Hipótese 9.

Considerando que a amostra em estudo é do contexto médico-legal, seria expectável que os resultados na escala de Pseudo-sintomas fossem mais elevados que na escala de Sintomas Genuínos (Boskovic, 2018). Contudo, existem algumas variáveis a considerar que podem explicar o facto de a amostra obter resultados mais elevados na escala de Sintomas Genuínos do que na escala de Pseudo-sintomas, como a possível contaminação das respostas por sintomatologia psicopatológica, já defendida por vários autores como uma limitação de outros TVS (*e.g.*, van Impelen et al., 2014) e pelo facto de os respondentes não terem motivações para simular. A grande maioria da amostra é composta por sujeitos incluídos em processos de RPP/PPP que têm mais ganhos se apresentarem uma imagem positiva e se mostrarem competentes, quer a nível das funções cognitivas que do domínio emocional.

Analisando os sujeitos da amostra médico-legal que compõem a subamostra “Outras avaliações” e que incluem as avaliações complementares no âmbito penal ou civil ( $n=9$ ), é de destacar que cinco dos nove examinados registaram elevados pseudo-sintomas: três dos cinco registaram mais de 9 pontos (ponto de corte de diagnóstico), dois dos cinco registaram mais de 12 pontos (ponto de corte para minimizar os falsos-positivos) e apenas um sujeito dos cinco registou mais de 15 pontos (ponto de corte mais rigoroso) pseudo-sintomas. Neste âmbito, foi calculado e analisado qualitativamente a proporção *ratio*, para as pontuações acima do ponto de corte ( $>9$  e/ou  $>12$ ) na escala de Pseudo-sintomas. Esta análise ajuda na identificação de tendências de simulação de psicopatologia, na medida em que um *ratio* inferior àquele que está associado ao ponto de corte selecionado pode ser indicativo de

distorções de resposta, pelo que um *ratio* superior pode indicar a presença de falsos positivos (Merten et al., 2016). Na presente amostra médico-legal, a proporção *ratio* foi sinalizadora dessa tendência de exagero de psicopatologia para os 5 examinados referidos. Neste sentido, e ao contrário do baixo número de participantes relatados com pontuações superiores aos pontos de corte sugeridos por Merten et al. (2016), neste contexto (fora do âmbito dos casos de parentalidade), dos 9 examinados que integram a amostra que envolve processos/motivação para exagerar/simular, 5 atingem o ponto de corte que poderá indicar a presença de simulação/exagero de sintomas.

## VI - Conclusões

A área da avaliação da validade de sintomas tem assumido uma importância acrescida no domínio da avaliação (neuro)psicológica forense. É de destacar a preocupação com a objetividade e validade dos resultados deste tipo de avaliação, uma vez que no contexto forense estão, frequentemente, presentes ganhos secundários e a prevalência deste tipo de comportamentos por parte dos avaliados é mais elevada. Esta análise deve alicerçar-se no uso de vários testes e métodos objetivos para melhorar a eficácia das avaliações. Na presente investigação, é salientada a relevância da avaliação da presença de simulação e exagero de sintomas psicopatológicos de sujeitos examinados em contexto forense médico-legal (Simões et al., 2010; Wisdom et al., 2010).

De forma a combater a escassez de instrumentos de validade de sintomas e o recurso pouco fiável ao juízo clínico, têm sido desenvolvidos Testes de Validade de Sintomas (TVS). A administração de diversas medidas de validade de sintomas (TVS) demonstra ser igualmente essencial na tentativa de evitar a ocorrência do erro Tipo I (Slick et al., 1999).

A presente investigação procurou contribuir para a validação do *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI) no contexto médico-legal português. O SRSI é um instrumento de avaliação da validade de sintomas recente, construído para auxiliar na deteção da produção e/ou exagero de sintomatologia, tentando colmatar as limitações identificadas em outras medidas de validade de sintomas, particularmente o SIMS – o instrumento mais utilizado neste âmbito avaliativo (Merten et al., 2016).

O presente estudo, realizado com uma amostra de sujeitos avaliados em contexto médico-legal, revelou que o SRSI apresenta indicadores muito bons de fiabilidade/precisão, ao nível da consistência interna das escalas e subescalas que o compõem. No âmbito específico dos estudos de validade convergente, registaram-se correlações positivas e fortes entre as pontuações da escala de Pseudo-sintomas (SRSI) e as do SIMS e da EVS-2, o que é consonante com os estudos de Domingues (2019), Dwarkadas (2018), Giger & Merten (2019), Merten et al. (2016), Pinheiro (2019) e Venâncio (2021). Podemos concluir que o SRSI é um instrumento com capacidade para se afirmar como um complemento útil ao SIMS e à EVS-2, respondendo, desta forma, à necessidade de recurso a vários instrumentos de validade de sintomas com o objetivo de obter conclusões mais consistentes.

No âmbito da validade discriminante, as correlações moderadas entre

as subescalas de Pseudo-sintomas do SRSI com os resultados do BSI sugerem que também este instrumento pode ser sensível à psicopatologia real, tal como sucede com o SIMS. Isto constitui uma limitação do SRSI já identificada nos estudos de Dwarkadas (2018), Pinheiro (2019) e Venâncio (2021). Os resultados do presente estudo relativamente à correlação positiva entre a escala de Sintomas Genuínos e a escala N do EPQ-R confirmam e reforçam os limites inerentes ao recurso a uma única medida de exame da simulação, permitindo-nos uma vez mais corroborar a ideia de que a simulação e a psicopatologia podem estar presentes simultaneamente.

É de salientar que um dos elementos de interesse deste estudo se deve à utilização de uma amostra recolhida num contexto forense específico (médico-legal), relativamente ao qual são reconhecidas motivações para simular, associadas à existência de prováveis ganhos secundários. Os resultados obtidos neste estudo contribuem para o enriquecimento da investigação nacional e internacional acerca da deteção de comportamento de simulação com o novo instrumento SRSI. No entanto, e contrariando os nossos objetivos iniciais, é necessário destacar que esta investigação detém ainda limitações importantes, nomeadamente a heterogeneidade e a dimensão muito reduzida da amostra total (e consequentemente a dimensão reduzida das subamostras médico-legais). A maioria dos examinados (21 em 30) estava em Processos judiciais da área da Parentalidade onde é esperável uma tendência para a Desejabilidade Social e o esforço para se apresentar como assintomáticos e competentes, o que não é compatível com a manifestação de comportamentos de simulação e exagero de sintomas.

Uma outra limitação relaciona-se com a extensão do protocolo de avaliação, uma vez que o protocolo elaborado para esta investigação (composto por 6 testes psicométricos) foi integrado em todas as baterias de provas a aplicar para cada avaliação (neuro)psicológica no contexto médico-legal. O facto de existirem protocolos de avaliações (no âmbito de avaliações/processos penais e civis) muito extensos, condicionou a aplicabilidade do protocolo e concretização deste estudo.

Em estudos futuros sugere-se o recurso a amostras mais numerosas e homogéneas, especificamente com examinados do contexto penal e/ou civil, associado à área do dano onde é mais propícia a presença de simulação, pela existência de motivações externas potencial e ganho secundário. Seria igualmente pertinente especificar o tipo de processo dos indivíduos pertencentes ao subgrupo “Outras Avaliações”, p. ex. avaliações no âmbito de diagnóstico de PTSD, ou TCE. A partir da comparação entre esses grupos específicos, poder-se-iam discriminar melhor a coocorrência de comportamentos de simulação e psicopatologia (p. ex., PTSD) e ainda a relação do SRSI com escalas que avaliam o esforço reduzido (p. ex., TCE). Uma amostra mais numerosa e representativa do subgrupo “Responsabilidades Parentais” é igualmente relevante, pois nos últimos anos registou-se um aumento considerável dos pedidos para a realização de perícias psicológicas neste tipo de processos (Antunes et al., 2005).

Em síntese, é de destacar que, apesar das vincadas limitações que se verificaram, os resultados obtidos na presente investigação inerentes as

características psicométricas do SRSI permitem concluir pela fiabilidade/precisão do uso deste instrumento como TVS. Os dados relativos à validade convergente são bons, mas a evidência empírica acerca da validade discriminante/divergente são problemáticos.

## Bibliografia

- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16(3). <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II, pp. 211-229). Edições Almedina.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Text Revision. American Psychiatric Association.
- Antunes, C., Caridade, S., & Pereira, A. (2005). Avaliação dos processos de regulação do exercício do poder paternal. In R. A. Gonçalves, & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 289 – 317). Quarteto.
- Arkes, H. R., Faust, D., Guilmette, T. J., & Hart, K. (1988). Eliminating the hindsight bias. *Journal of Applied Psychology*, 73(2), 305–307. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.73.2.305>
- Aronoff, G. M., Mandel, S., Genovese, E., Maitz, E. A., Dorto, A. J., Klimek, E. H., & Staats, T. E. (2007). Evaluating malingering in contested injury or illness. *Pain Practice*, 7(2), 178–204. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2007.00126.x>
- Bass, C., & Halligan, P. W. (2007). Illness-related deception: Social or psychiatric problem? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(2), 81–84. <https://doi.org/10.1177/014107680710000223>
- Bass, C., & Halligan, P. W. (2014). Factitious disorders and malingering: Challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, 383(9926), 1422–1432. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62186-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62186-8)

- Bass, C., & Wade, D. T. (2019). Malingering and factitious disorder. *Practical Neurology*, 19(2). <https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-001950>
- Beetar, J. T., & Williams, J. M. (1995). Malingering response styles on the Memory Assessment Scales and symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10(1), 57–72. [https://doi.org/10.1016/0887-6177\(94\)E0005-A](https://doi.org/10.1016/0887-6177(94)E0005-A)
- Bender, S. D., & Frederick, R. (2018). Neuropsychological Models of Feigned Cognitive Deficits. In Richard Rogers & Scott D. Bender (Eds). *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (4<sup>th</sup> ed.; pp. 42–60). Guilford.
- Berry, D. T. R., & Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and Malingering: A modest proposal. *Psychological Injury and Law*, 3(4), 295–303. <https://doi.org/10.1007/s12207-010-9087-7>
- Bianchini, K. J., Greve, K. W., & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404–417. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2004.11.016>
- Bianchini, K. J., Mathias, C. W., & Greve, K. W. (2001). Symptom validity testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, 15(1), 19–45. <https://doi.org/10.1076/clin.15.1.19.1907>.
- Billiet, J. B., & McClendon, M. J. (2000). Modeling acquiescence in measurement models for two balanced sets of items. *Structural Equation Modeling*, 7(4), 608–628. <https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0704>
- Boone, K. B. (2007). A reconsideration of the Slick et al. (1999) criteria for malingered neurocognitive dysfunction. In K. B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 29–49). The Guilford Press.
- Boone, K. B. (Ed.) (2021). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Boskovic, I. (2018). *A Multi-Method Approach to the Detection of Fabricated Symptoms*. [Tese de Doutorado]. Universidade de Portsmouth. [https://pure.port.ac.uk/ws/portalfiles/portal/13077277/Doctoral\\_The\\_sis\\_UoP\\_Irena\\_Boskovic\\_2018.pdf](https://pure.port.ac.uk/ws/portalfiles/portal/13077277/Doctoral_The_sis_UoP_Irena_Boskovic_2018.pdf)

- Boskovic, I., Merckelbach, H., Merten, T., Hope, L., & Jelicic, M. (2019). The Self-Report Symptom Inventory as an instrument for detecting over reporting: An exploratory study with instructed simulators. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(5), 730-739. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000547>
- Brandt, J. (1988). Malingered amnesia. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 65–83). Guilford Press.
- Bush, S. S., Heibronner, R. L., & Ruff, R. M. (2014). Psychological assessment of symptom and performance validity, response bias, and malingering: Official position of the Association for scientific advancement in psychological injury and law. *Psychological Injury and Law*, 7(3), 197-205. <https://doi.org/10.1007/s12207-014-9198-7>
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Tröster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R., & Silver, C. H. (2005). Symptom Validity Assessment: Practices issues and medical necessity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.02.002>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Carr, K. M. C. (2015). *The Assessment of Malingering Within Forensic Populations*. [Tese de Doutoramento]. Loma Linda University. <http://scholarsrepository.llu.edu/etd/227>
- Cernovsky, Z. Z., Mendonça, J. D., Ferrari, J. R., Sidhu, G., Velamoor, V., Mann, S. C., Oyewumi L. K., Persad E., Campbell R., & Woodbury-Fariña, M. A. (2019). Content validity of the affective disorder subscale of the SIMS. *Archives of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(2), 33-39.
- Cernovsky, Z. Z., Mendonça, J. D., Oyewumi, L. K., Ferrari, J. R., Sidhu, G., & Campbell, R. (2019). Content validity of the psychosis subscale of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *International Journal of Psychology and Cognitive Science*, 5 (3), 121-127.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., & Merckelbach, H. (2003). Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS. *Der Nervenarzt*, 74 (11), 977–986. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1438-5>

- Chafetz, M., & Underhill, J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(7), 633–639. <https://doi.org/10.1093/arclin/act038>
- Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2, 29-51.
- Cunha, C. (2011). *Escala de Validade de Sintomas – Versão Experimental (EVS- VE): Estudos de “simulação” e validação em amostra da comunidade*. Dissertação de mestrado em Psicologia Forense, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2020). *Statistics without Maths for Psychology*. (8th ed). Pearson Education.
- Dandachi-FitzGerald, B., Duits, A. A., Leentjens, A. F. G., Verhey, F. R. J., & Ponds, W. H. M. (2020). Performance and symptom validity assessment in patients with apathy and cognitive impairment. *Journal of the International Neuropsychology Society*, 2(3), 314-321. <http://doi.org/10.1017/S1355617719001139>
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 771-783. <https://doi.org/10.1093/arclin/act073>
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedure manual*. Clinical Psychometric Research.
- Domingues, M. (2019). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Validação através de um estudo de simulação análogo*. Dissertação de mestrado em Psicologia Forense, não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Drob, S., Meehan, K., & Waxman, S., (2009). Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 98-106.
- Dwarkadas, A. K. (2018). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Adaptação, validação e normas com base em estudos na comunidade*. Dissertação de mestrado em Psicologia Forense, não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra,

Coimbra, Portugal.

- Faust, D., & Ackley, M. A. (1998). Did you think it was going to be easy? Some methodological suggestions for the investigation and development of malingering detection techniques. In C. R. Reynolds (Ed.), *Detection of malingering during head injury litigation* (pp. 1–54). Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7469-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7469-3_1)
- Ferguson, K. (2004). Detecting malingering in forensic neuropsychological evaluations in litigants with mild traumatic brain injury. In W. O'Donohue & E. Levensky (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 301-314). Elsevier Academic Press.
- Franzen, M. D., Iverson, G. L., & McCracken, L. M. (1990). The detection of malingering in neuropsychological assessment. *Neuropsychology Review*, 1(3), 247–279. <https://doi.org/10.1007/BF01112573>
- Giger, P. & Merten, T. (2019). Equivalence of the German and the French versions of the Self-Report Symptom Inventory. *Swiss Journal of Psychology*, 78 (2), 5-13. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000218>
- Giromini, L., Pasqualini, S., Corgiat, L. A., Pignolo, C., Girolamo, M., Zennaro, A. (2022). A Survey of Practices and Beliefs of Italian Psychologists Regarding Malingering and Symptom Validity Assessment. *Psychology Injury and Law*, 15, 128–140. <https://doi.org/10.1007/s12207-022-09452-2>
- Gorny, I. & Merten, T. (2005). Symptom information-warning-coaching: How do they affect successful feigning in neuropsychological assessment? *Journal of Forensic Neuropsychology*, 4, 71-97. [https://doi.org/10.1300/J151v04n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J151v04n04_05)
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., & Gola, T. (1994). Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment*, 6(3), 218–224. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.3.218>
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J., & Curtis, K. L. (2009). Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(7), 1117–1126. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.01.018>
- Haines, M. E., & Norris, M. P. (1995). Detecting the Malingering of Cognitive Deficits: An update. *Neuropsychology Review*, 5(2), 125-147. <https://doi.org/10.1007/bf02208438>

- Hall, H. V., & Poirier, J. G. (2001). *Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). CRC Press.
- Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Conference Participants. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(7), 1093–1129. <https://doi.org/10.1080/13854040903155063>
- Heubrock, D., & Petermann, F. (1998). Neuropsychological assessment of suspected malingering: Research results, evaluation techniques, and further directions of research and application. *European Journal of Psychological Assessment*, 14(3), 211–225. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.14.3.211>
- Horton, A. M. & Reynolds, C. R., (Eds.) (2021). *Detection of malingering during head injury litigation* (3rd ed.). Springer.
- Huhnt, B. (2013). *Stone Cold Manipulation or Just an Excuse: Psychopathy and blame attribution as possible explanations for faking symptoms in a forensic setting*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Maastricht, Maastricht, Países Baixos.
- Iverson, G. L. (2003). Detecting malingering in civil forensic evaluations. In A. M. Horton, Jr. & L. C. Hartlage (Eds.), *Handbook of forensic neuropsychology* (pp. 137–177). Springer Publishing Co.
- Iverson, G. L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 77-90. [https://doi.org/10.1207/s15324826an1302\\_3](https://doi.org/10.1207/s15324826an1302_3)
- Iverson, G. L. (2007). Identifying exaggeration and malingering. *Pain Practice*, 7(2), 94-102. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2007.00116.x>
- Jelicic, M., Hessels, A., & 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 Behavioral Assessment*, 28(1), 19–22. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-4535-0>
- Kemp, S., Coughlan, A. K., Rownottom, C., Wilkinson, K., Teggart, V., & Baker, G. (2008). The base rate of effort test failure in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(4), 319-325.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.010>

- Kucharski, L. T., Falkenbach, D. M., Egan, S. S., & Duncan, S. (2006). Antisocial personality disorder and the malingering of psychiatric disorder: A study of criminal defendants. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5, 195-204. <https://doi.org/10.1080/14999013.2006.10471243>
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(3), 410-425. <https://doi.org/10.1076/clin.17.3.410.18089>
- Larrabee, G. J. (Ed.). (2005). *Forensic neuropsychology: A scientific approach*. Oxford University Press.
- Larrabee, G. J. (2007). Identification of malingering by pattern analysis on neuropsychological tests. In G. J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 80-99). Oxford University Press.
- Larrabee, G. J., Greiffenstein, M. F., Greve, K. W., & Bianchini, K. J. (2007). Refining diagnostic criteria for malingering. In G. J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (pp. 334-371). Oxford University Press.
- Larrabee, G. J. (2008). Aggregation across multiple indicators improves the detection of malingering: Relationship to likelihood ratios. *The Clinical Neuropsychologist*, 22(4), 666-679. <https://doi.org/10.1080/13854040701494987>
- Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(4), 625-630. <https://doi.org/10.1017/S1355617712000240>
- LoPiccolo, C. J., Goodkin, K., & Baldewicz, T. T. (1999). Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Annals of Medicine*, 31(3), 166-174. <https://doi.org/10.3109/07853899909115975>
- McDermott, B., Dualan, I., & Scott, C. (2013). Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 (3-4), 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.013>

- McDermott, B., & Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: The use of the structured interview of reported symptoms in a jail sample. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(5), 753–765. <https://doi.org/10.1002/bsl.892>
- McGrath, R. E., Mitchell, M., Kim, B. H., & Hough, L. (2010). Evidence for response bias as a source of error variance in applied assessment. *Psychological Bulletin*, 136(3), 450–470. <https://doi.org/10.1037/a0019216>
- Merckelbach, H., & 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. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(01\)00191-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(01)00191-3)
- Merten, T., Dandachi-FitzGerald, B., Boskovic, I., Puente-López, E., Merckelbach, H. (2021). The Self-Report Symptom Inventory. *Psychological Injury and Law*, 15, 94–103. <https://doi.org/10.1007/s12207-021-09434-w>
- Merten, T., Kaminski, A., & Pfeifer, W. (2020). Prevalence of overreporting on symptom validity tests in a large sample of psychosomatic rehabilitation inpatients. *The Clinical Neuropsychologist*, 34(5), 1004–1024. <https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1694073>
- Merten, T., & Merckelbach H. (2013a). Introduction to malingering research and symptom validity assessment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(1), 3–5. <https://doi.org/10.1177/204380871300400102>
- Merten, T., & Merckelbach, H. (2013b). Symptom validity testing in somatoform and dissociative disorders: a critical review. *Psychological Injury and Law*, 6, 122–137 <https://doi.org/10.1007/s12207-013-9155-x>
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102–111. <https://doi.org/10.1007/s12207-016-9257-3>
- Merten, T., & Rogers, R. (2017). An International Perspective on Feigned Mental Disabilities: Conceptual Issues and Continuing Controversies. *Behavioral Sciences & the Law*, 35(2), 97–112. <https://doi.org/10.1002/bsl.2274>

- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, C. D. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094-1102. <https://doi.org/10.1076/jcen.24.8.1094.8379>
- Monaro, M., Bertomeu, C. B., Zecchionatol, F., Fiettal, V., Sartori, G., Martínez, H. R. (2021). The detection of malingering in whiplash-related injuries: a targeted literature review of the available strategies. *International Journal of Legal Medicine*, 35, 2017–2032. <https://doi.org/10.1007/s00414-021-02589-w>
- Pankratz, L., & Erickson, R. C. (1990). Two views of malingering. *Clinical Neuropsychologist*, 4(4), 379–389. <https://doi.org/10.1080/13854049008401832>
- Pargana, I. (2020). *Simulação, testes de validade de sintomas e design de grupos conhecidos: Uma revisão de literatura em contexto forense*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Pinheiro, D. (2019). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Estudo de validação em uma amostra de reclusos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Rix, K., & Tracy, D. (2018). Malingering mental disorders: Medicolegal reporting. *BJPsych Advances*, 23(2), 115-122. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.116.015966>
- Resnick, P. J. (1997). Malingered psychosis. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 47–67). The Guilford Press.
- Resnick, P. J., West, S., & Payne, J. W. (2008). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 109–127). Guilford Press.
- Rogers, R. (1990a). Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 18 (3), 323-333.
- Rogers, R. (1990b). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (3), 182-188. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.3.182>

- Rogers, R. (2018a). An introduction to response styles. In R. Rogers & S. D. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4th ed., pp. 3-17). The Guilford Press.
- Rogers, R. (2018b). Detection strategies for malingering and defensiveness. In R. Rogers & S. D. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4th ed., pp. 18-41). The Guilford Press.
- Rogers, R., & Bender, S. D. (2003). Evaluation of malingering and deception. In A. M. Goldstein (Ed.), *Handbook of psychology: Forensic psychology* (Vol. 11, pp. 109–129). John Wiley & Sons Inc.
- Rogers, R., & Bender, S., D. (2018). Neuropsychological models of feigned cognitive deficits. In R. Rogers & S. D. Bender, (Eds.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (4th ed., pp. 42-60). The Guilford Press.
- Rogers, R., & Cruise, K. R. (1998). Assessment of malingering with simulation designs: Threats to external validity. *Law and Human Behavior*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1023/a:1025702405865>
- Rogers, R., & Vitacco, M. J. (2002). Forensic assessment of malingering and related response styles. In B. van Dorsten (Ed.), *Forensic psychology: From classroom to courtroom* (pp. 83–104). Kluwer Academic/Plenum Publishers. [https://doi.org/10.1007/0-306-47923-0\\_5](https://doi.org/10.1007/0-306-47923-0_5)
- Santos, J. (2008). Simulação e dissimulação em clínica forense. In D. Vieira & J. Quintero (Coord.). *Aspetos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil* (pp. 149-156). Biblioteca Seguros. [https://doi.org/10.14195/978-989-26-0400-8\\_9](https://doi.org/10.14195/978-989-26-0400-8_9)
- Simões, M. R., Almiro, P. A., Mota, M., Oliveira, C., Maior, F. S., Cunha, C., Domingues, A. F., Pinho, J. I., Soares, D.M., Almeida, D., Barreto, M., & Duarte, F., & Dias, I. T. (2017). Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas (SIMS). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coords.), *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 397-415). Pactor.
- Simões, M. R., Almiro, P. A., Nunes, A. P., Cunha, C., Almeida, D., Domingues, A. F., Ferreira, S., Paiva, J., Dias, I. T., & Cruz, I. (2017). Escala de Validade de Sintomas – Versão 2 (EVS-2). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coords.), *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 417-435). Pactor.

- Simões, M. R. (2006). Testes de validade de sintomas na avaliação de comportamentos de simulação. In António C. Fonseca, Mário R. Simões, M. C. Taborda Simões & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia forense* (pp. 279-309). Almedina.
- Simões, M. R. (2012). Simulação, esforço insuficiente e exagero de sintomas em avaliação neuropsicológica forense. In F. Almeida & M. Paulino (Eds.), *Profiling, Vítimologia & Ciências forenses - perspectivas atuais* (pp. 147-166). Factor.
- Simões, M. R. & Sousa, L. B. (2008). Avaliação neuropsicológica em contexto forense. In A. C. Fonseca (Ed.), *Psicologia e justiça* (pp. 341-277). Edições Almedina.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Fonseca, M. S., Garcia, S. G., Pinho, J. I., Soares, D. M., Silva, D. C., Oliveira, C. S., Mota, M., Maior, F. S., Jesus, S. S., Fernandes, S. P., Faustino, J. P., Cruz, A. P., Barreto, M., Dias, I. T., Perdiz, C., Douro, D., Santana, I., & Pinho, M. S. (2017). Teste de Simulação de Problemas de Memória (TOMM). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coord.), *Psicologia forense: Instrumentos de avaliação* (pp. 353-375). Factor.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Marques-Costa, C. & Almiro, P. A. (2017). Avaliação neuropsicológica em contextos forenses: Fundamentos, protocolo e instrumentos de avaliação. In Fernando Vieira, Ana C. Cabral & Carlos B. Saraiva (Coords.), *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 373-409). Factor.
- Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the Neuropsychological Dysfunction Criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *00*, 1-30. <https://doi.org/10.1093/arclin/aaa019>
- Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. *The Clinical Neuropsychologist*, *13*(4), 545–561. [https://doi.org/10.1076/13854046\(199911\)13:04:1-y:ft545](https://doi.org/10.1076/13854046(199911)13:04:1-y:ft545)
- Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *25*, 183–189.

- Sweet, J. J., Heilbronnner, R. L., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Rohling, M. L., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., Schroeder, R. W., Suhr, J. A., & Conference Participants. (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6), 1053-1106. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036>
- Teichner, G., & Wagner, M. T. (2004). The Test of Memory Malingering (TOMM): normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 455-464. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(03\)00078-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(03)00078-7).
- Tombaugh, T. M. (1996). *Test of Memory Malingering (TOMM)*. Multi-Health Systems.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336–1365. <https://doi.org/10.1080/13854046.2014.984763>
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., Niesten, I. J. M., & Campo, J. (2017). Differentiating factitious from malingered symptomatology: The development of a psychometric approach. *Psychological Injury and Law*, 10(4), 341-357. <https://doi.org/10.1007/s12207-017-9301-y>
- Venâncio, A. C. S. (2021). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI): Estudos de validação em contexto prisional (design de simulação análogo, validade convergente e validade discriminante)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Vickery, C. D., Berry, D. T., Inman, T. H., Harris, M. J., & Orey, S. A. (2001). Detection of inadequate effort on neuropsychological testing: A meta-analytic review of selected procedures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(1), 45-73. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(99\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(99)00058-X)

- Vilar, M., Sousa, L. B., Fonseca, M. S., Lages, H., Garcia, S. G., Pinho, J. I., Soares, D. M., Oliveira, C. S., Jesus, S. S., Fernandes, S. P., Barreto, M., Dias, I. T., Perdiz, C., Douro, D., Santana, I., Firmino, H., Pinho, M. S., & Simões, M. R. (2017). Teste de Memória de Rey – 15 itens (15 IMT). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coord.), *Psicologia forense: Instrumentos de avaliação* (pp. 377-396). Pactor.
- Vitacco, M. J., & Rogers R. (2005) Assessment of malingering in correctional settings. In C.L. Scott, J.B. Gerbasi (Eds.), *Handbook of correctional mental health* (pp. 255-276). Psychiatric Publishing.
- Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J., & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: A known groups comparison. *Law and Human Behavior*, 31(3), 249–260. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9062-8>
- Walters, G. D., Rogers, R., Berry, D. T., Miller, H. A., Duncan, S. A., McCusker, P. J., Payne, J. W., & Granacher, R. P. (2008). Malingering as a categorical or dimensional construct: The latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIRS and MMPI-2. *Psychological assessment*, 20(3), 238-47. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.3.238>
- Widows, M. R., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Wisdom, J. P., Chor, K. H., Hoagwood, K. E., & Horwitz, S. M. (2014). Innovation adoption: a review of theories and constructs. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(4), 480–502. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0486-4>
- Young, G. (2015). Detection System for Malingered PTSD and Related Response Biases. *Psychological Injury and Law*, 8(2), 169-183. <https://doi.org/10.1007/s12207-015-9226-2>

## **ANEXOS**

## Anexo A

## Análise dos estudos empíricos com o SRSI na população portuguesa

| Autor e Data         | Objetivos   | Amostra   | Protocolo de avaliação   | Principais resultados  |
|----------------------|---|---|--|--|
| Dwarkadas, A. (2018) | - Tradução e adaptação do SRSI para Português Europeu;<br>- Determinação de dados normativos para a comunidade em geral;<br>- Análise das características psicométricas do SRSI.  | Adultos da comunidade:<br>1) estudantes universitários (n= 199)<br>2) adultos não estudantes (n = 83);<br>idades médias de 27 (DP = 9.9);<br>maioritariamente sexo feminino (71.6%).                      | SRSI<br>SIMS<br>EVS-2<br>BDI-II (Inventário de Depressão de Beck – II)<br>STAI Forma Y1 e Forma Y2 (Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger)<br>BPI (Inventário Resumido da Dor)<br>EDS-20 (Escala de Desejabilidade Social de 20 itens)             | - Correlação moderada/forte entre pseudo sintomas e outros TVS, moderada/forte entre sintomas genuínos e outros TVS;<br>- Correlação forte entre sintomas genuínos e psicopatologia (BDI-II e STAY), e moderada entre pseudo sintomas e psicopatologia;<br>- Correlação moderada/forte entre subescala sintomas genuínos dor e BPI, e moderada entre subescala pseudo sintomas dor e BPI;<br>- Correlação negativa e fraca entre SRSI e EDS-20.  |
| Domingues, M. (2019) | - Validação do SRSI na comunidade em geral, tendo por base estudo de design de simulação análogo.   | 70 estudantes universitários; idade média 22.44 (DP = 3.54), sexo feminino (78.6%), divididos aleatoriamente entre duas condições de instrução para simulação: Ansiedade (n = 35) e Dor Crónica (n = 35). | SRSI (T <sub>1</sub> preenchimento honesto e T <sub>2</sub> preenchimento com instruções para simular sintomas de ansiedade/dor)<br>SIMS   | - Correlação forte entre pseudo sintomas e SIMS, e entre sintomas genuínos e SIMS;<br>- Resultados muito superiores de pseudo sintomas na condição simulação vs honesta (M <sub>pseudoT1</sub> = 1.61 e M <sub>pseudoT2</sub> = 18.21), e de genuínos (M <sub>genuínosT1</sub> = 10.57 e M <sub>genuínosT2</sub> = 31.4).  |
| Pinheiro, D. (2019)  | - Validação do SRSI no contexto forense prisional;<br>- Determinação de dados normativos para contexto forense;<br>- Análise de validade concorrente com restantes instrumentos.  | 85 reclusos do sexo masculino e de 37.91 anos de idade média (DP = 9.64).   | SRSI<br>SIMS<br>BDI-II (Inventário de Depressão de Beck – II)<br>BPI-SF (Inventário Resumido da Dor – Forma Abreviada)<br>STAI Forma Y1 e Forma Y2 (Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger)<br>EDS-20 (Escala de Desejabilidade Social de 20 itens) | - Correlação forte entre pseudo sintomas e SIMS, e entre sintomas genuínos e SIMS;<br>- Correlação forte entre pseudo sintomas e sintomas genuínos e psicopatologia (BDI-II e STAY);<br>- Correlação forte entre subescala sintomas genuínos dor e BPI-SF, e moderada entre subescala pseudo sintomas dor e BPI-SF;<br>- Correlação negativa entre SRSI e EDS-20;<br>- Influência estatisticamente significativa de variável “toma de medicação” nos resultados pseudo (M <sub>gm</sub> = 4.31 vs M <sub>não</sub> = 2.39);<br>- Identificação de itens pouco adequados a população forense (SRSI e SIMS);   |
| Venâncio, A. (2021)  | - Validação do SRSI no contexto forense prisional;<br>- Determinação de dados normativos para contexto forense;<br>- Análise de validade concorrente com restantes instrumentos<br>- Com base no Estudo de design de simulação análogo. | 100 reclusos do sexo masculino e de 40.51 anos de idade média (DP = 12.79).   | SRSI (T <sub>1</sub> preenchimento honesto e T <sub>2</sub> preenchimento com instruções para simular sintomas)<br>SIMS/EVS-2 (aplicação intercalada a cada metade da amostra p/ reduzir extensão do protocolo)<br>BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) | - Resultados muito superiores de pseudo sintomas na condição simulação vs honesta (M <sub>pseudoT1</sub> = 3.62 e M <sub>pseudoT2</sub> = 27.28), e de sintomas genuínos (M <sub>genuínosT1</sub> = 15.30 e M <sub>genuínosT2</sub> = 38.98);<br>- Correlação forte entre pseudo sintomas e outros TVS, e entre sintomas genuínos e outros TVS;<br>- Correlação forte entre sintomas genuínos e pseudo sintomas e o BSI (índice geral de sintomas e total de sintomas positivos) e moderada entre sintomas genuínos e pseudo sintomas e o BSI (índice de sintomas positivos);<br>- Diferença positiva estatisticamente significativa de pseudo sintomas e sintomas genuínos face a amostras da comunidade (estudos de Dwarkadas e Domingues);<br>- Reforçada a identificação de itens do SRSI pouco adequados a população forense. |

## Anexo B

| SRSI                                | BSI     |          |        |         |         |         |        |       |         |
|-------------------------------------|---------|----------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|
|                                     | Soma.   | Ob. Comp | Sens.  | Dep.    | Ans.    | Host.   | Ans. F | Ide.  | Psi.    |
| <b>Subescalas Sintomas Genuínos</b> |         |          |        |         |         |         |        |       |         |
| <b>Sintomatologia Cognitiva</b>     | .702*** | .796***  | .409*  | .640*** | .759**  | .691*** | .483** | .388* | .581**  |
| <b>Sintomatologia Depressiva</b>    | .513**  | .583**   | .282   | .599*** | .452**  | .521**  | .135   | .242  | .562**  |
| <b>Sintomatologia de Dor</b>        | .678*** | .467**   | .541** | .560*** | .651*** | .699*** | .440*  | .254  | .365*   |
| <b>Sintomatologia Somática</b>      | .661*** | .738***  | .477** | .708*** | .725*** | .663*** | .391*  | .342  | .522**  |
| <b>Sintomatologia Ansiosa</b>       | .606*** | .693**   | .467** | .701*** | .663*** | .428**  | .522** | .457* | .648*** |
| <b>Total Sintomas Genuínos</b>      | .717*** | .747***  | .493** | .726*** | .742*** | .685*** | .449*  | .381* | .601*** |

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Legenda: Soma.= Somatização; Ob.Comp= Obsessão Compulsão; Sens=Sensibilidade Interpessoal; Dep= Depressão; Ans= Ansiedade ; Host= Hostilidade; Ans. F= Ansiedade Fóbica ; Ide. = Ideação Paranóide ; Psi= Psicoticismo ;

## Anexo C

| SRSI                                      | Soma          | Ob.<br>Comp       | BSI           |               |               |                   |                   |                         |                   |
|---|---------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
|   |               |                   | Sens.         | Dep.          | Ans.          | Host.             | Ans. F            | Ide.                    | Psi.              |
| <b>Subescalas Pseudo-Sintomas</b>         |               |                   |               |               |               |                   |                   |                         |                   |
| Pseudo-Sintomas Cognitivos                | .460**        | .504**            | .225          | .432**        | .465**        | .555 <sup>^</sup> | .419 <sup>^</sup> | .161                    | .463**            |
| Pseudo-Sintomas Motores                   | .593**        | .469**            | .381*         | .524**        | .471**        | .584**            | .191              | .417*                   | .463**            |
| Pseudo-Sintomas Sensoriais                | .525**        | .377 <sup>^</sup> | .346          | .463**        | .383**        | .575 <sup>^</sup> | .020              | .432*                   | .545 <sup>^</sup> |
| Pseudo-Sintomas da Dor                    | .527**        | .404**            | .519**        | .533**        | .444**        | .607 <sup>^</sup> | .161              | .401*                   | .450 <sup>^</sup> |
| Pseudo-Sintomas da<br>Ansiedade/Depressão | .389**        | .414 <sup>^</sup> | .393**        | .503**        | .491**        | .475**            | .645 <sup>^</sup> | .122                    | .488**            |
| <b>Total Pseudo-Sintomas</b>              | <b>.594**</b> | <b>.517**</b>     | <b>.446**</b> | <b>.585**</b> | <b>.542**</b> | <b>.670***</b>    | <b>.350</b>       | <b>.363<sup>^</sup></b> | <b>.564***</b>    |

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Legenda: Soma.= Somatização; Ob.Comp= Obsessão Compulsão; Sens=Sensibilidade Interpessoal; Dep= Depressão; Ans= Ansiedade ; Host= Hostilidade; Ans. F= Ansiedade Fóbica ; Ide. = Ideação Paranóide ; Psi= Psicoticismo ;

Anexo D  
Subescalas de Pseudosintomas (SRSI): diferenças de sexo

| <b>Ranks</b>                                 |             |          |                  |                     |
|--|-------------|----------|------------------|---------------------|
|  | <b>Sexo</b> | <b>N</b> | <b>Mean Rank</b> | <b>Sum of Ranks</b> |
| <b>Pseudosintomas Cognitivos</b>             | Masculino   | 15       | 15,10            | 226,50              |
|  | Feminino    | 15       | 15,90            | 238,50              |
|  | Total       | 30       |                  |                     |
| <b>Pseudosintomas Motores</b>                | Masculino   | 15       | 15,27            | 229,00              |
|  | Feminino    | 15       | 15,73            | 236,00              |
|  | Total       | 30       |                  |                     |
| <b>Pseudosintomas Sensoriais</b>             | Masculino   | 15       | 14,80            | 222,00              |
|  | Feminino    | 15       | 16,20            | 243,00              |
|  | Total       | 30       |                  |                     |
| <b>Pseudosintomas da Dor</b>                 | Masculino   | 15       | 14,00            | 210,00              |
|  | Feminino    | 15       | 17,00            | 255,00              |
|  | Total       | 30       |                  |                     |
| <b>Pseudosintomas da Ansiedade/Depressão</b> | Masculino   | 15       | 14,60            | 219,00              |
|  | Feminino    | 15       | 16,40            | 246,00              |
|  | Total       | 30       |                  |                     |
| <b>Total Pseudosintomas</b>                  | Masculino   | 15       | 14,37            | 215,50              |
|  | Feminino    | 15       | 16,63            | 249,50              |
|  | Total       | 30       |                  |                     |

## Anexo E

## SRSI: Análise da variável escolaridade na população portuguesa

| <b>Ranks</b>                             |                         |          |                  |
|--|-------------------------|----------|------------------|
|  | <b>CAT_Escolaridade</b> | <b>N</b> | <b>Mean Rank</b> |
| Pseudosintomas Cognitivos                | 1º ciclo                | 2        | 20,75            |
|  | 2º ciclo                | 2        | 20,75            |
|  | 3º ciclo                | 8        | 15,50            |
|  | secundário              | 9        | 13,78            |
|  | superior                | 9        | 14,89            |
|  | Total                   | 30       |                  |
| Pseudosintomas Motores                   | 1º ciclo                | 2        | 19,00            |
|  | 2º ciclo                | 2        | 21,25            |
|  | 3º ciclo                | 8        | 14,56            |
|  | secundário              | 9        | 13,94            |
|  | superior                | 9        | 15,83            |
|  | Total                   | 30       |                  |
| Pseudosintomas Sensoriais                | 1º ciclo                | 2        | 11,00            |
|  | 2º ciclo                | 2        | 20,50            |
|  | 3º ciclo                | 8        | 16,81            |
|  | secundário              | 9        | 14,17            |
|  | superior                | 9        | 15,56            |
|  | Total                   | 30       |                  |
| Pseudosintomas da Dor                    | 1º ciclo                | 2        | 12,00            |
|  | 2º ciclo                | 2        | 21,00            |
|  | 3º ciclo                | 8        | 17,06            |
|  | secundário              | 9        | 13,50            |
|  | superior                | 9        | 15,67            |
|  | Total                   | 30       |                  |
| Pseudosintomas da<br>Ansiedade/Depressão | 1º ciclo                | 2        | 20,50            |
|  | 2º ciclo                | 2        | 19,00            |
|  | 3º ciclo                | 8        | 15,88            |
|  | secundário              | 9        | 14,39            |
|  | superior                | 9        | 14,39            |
|  | Total                   | 30       |                  |
| Total Pseudosintomas                     | 1º ciclo                | 2        | 18,00            |
|  | 2º ciclo                | 2        | 19,25            |
|  | 3º ciclo                | 8        | 16,06            |

|            |    |       |
|------------|----|-------|
| secundário | 9  | 13,11 |
| superior   | 9  | 16,00 |
| Total      | 30 |       |

---

### Dados Sociodemográficos

1. Sexo: Masculino  Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
3. Anos de escolaridade concluídos (ou equivalente): \_\_\_\_\_