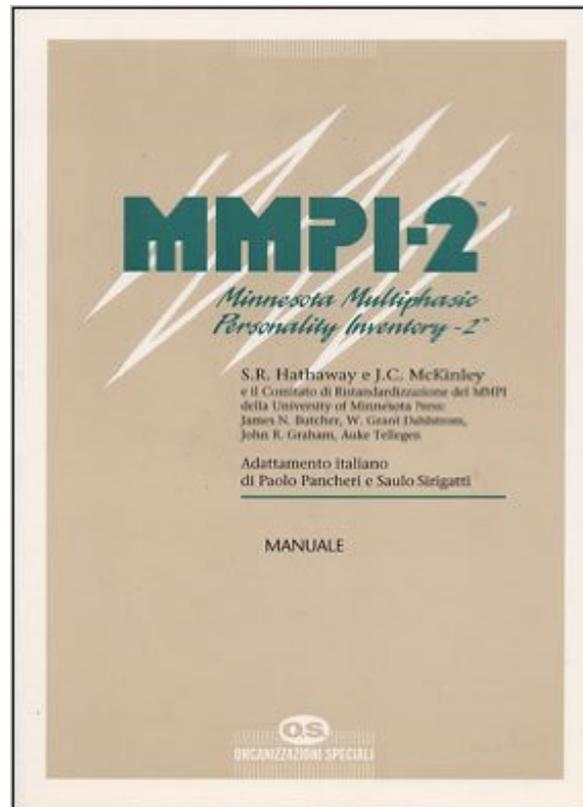


Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory

S.R. Hathaway J. C. McKinley



PREMESSA

L'utilizzo del test è da accompagnarsi sempre ad un'elevata prudenza, acquisendo una vasta gamma di dati e di elementi conoscitivi e valutativi (assessment).

Chi decide di usare un test non deve dimenticare che sarà facile con questo strumento formulare giudizi e valutazioni del comportamento.

Per fare questo non ci si può limitare all'uso di un qualsiasi test, ma sarà necessario acquisire il più ampio numero possibile di informazioni

Il detentore italiano della licenza di distribuzione (Giunti O.S.) rifacendosi ad un codice internazionale (Standard dell'European Test Publishers Group 'ETPG' e dell'International Test Commission 'ITC') prevede che la somministrazione del test avvenga ad opera di:

- psicologi in possesso di laurea quinquennale (vecchio Ordinamento)
- psicologi in possesso di laurea specialistica (nuovo ordinamento)
- medici con specializzazione in neuropsichiatria infantile
- medici con specializzazione in psichiatria
- medici con specializzazione in psicologia clinica
- medici con specializzazione in psicoterapia

The logo for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) features the text "MMPI-2" in a large, bold, black sans-serif font. A registered trademark symbol (®) is positioned to the upper right of the "I". The text is set against a white background with several stylized yellow lightning bolts striking downwards from behind the letters. Below the main title, the full name of the instrument is written in a smaller, black sans-serif font.

MMPI[®]-2

Minnesota Multiphasic
Personality Inventory-2

Sviluppo del MMPI

Il questionario fu sviluppato presso l'ospedale dell'Università del Minnesota grazie alla collaborazione di pazienti e di soggetti appartenenti alla popolazione generale (questi ultimi costituivano un campione rappresentativo della popolazione del Minnesota durante gli anni 30).

Hathaway e Mckinley cominciarono a lavorare sul test alla fine degli anni 30 con il contributo finanziario dell'Università del Minnesota. All'epoca l'interesse per strumenti diagnostici era molto alto, in vista della selezione militare, per fare diagnosi differenziale.



Le origini dell'MMPI

Il primo MMPI fu ideato da McKinley, direttore del dipartimento di Neuropsichiatria nell'Università del Minnesota, e da Hathaway, un giovane ingegnere elettronico passato a interessarsi di psicofisiologia.

In quegli anni la principale preoccupazione degli psichiatri era di poter assegnare etichette diagnostiche appropriate ai singoli casi, ridurre i tempi di assessment e renderlo più attendibile.

Vennero selezionati 504 item (da un totale di 1000) redatti secondo norme generali: brevi frasi descrittive in prima persona singolare, per lo più in forma affermativa e comunque mai interrogativa, che utilizzavano vocaboli di uso comune. Il contenuto riguardava sintomi legati ai disturbi come la depressione, la schizofrenia... Confrontando gli schemi di risposta di vari gruppi di pazienti con quelli di un campione di persone senza problemi psichiatrici.

Sino al 1930 i test di personalità non prevedevano misure per l'attitudine di risposta del paziente (onestà, difensività, esagerazione), aspetto centrale e punto di forza dell'MMPI.

Il campione definitivo di standardizzazione prevedeva 724 soggetti "normali" (accompagnatori dei pazienti e studenti universitari) con le seguenti caratteristiche: "circa trentacinquenni, sposati, abitanti di piccole città o di aree rurali, con otto anni d'istruzione scolastica, occupati come operai specializzati". I dati ottenuti da questa popolazione (divisi per sesso) furono trasformati in punteggi T lineari (Media 50 e DS 10). Il cut-off fu stabilito a due deviazioni standard dalla media (punteggio T di 70).



Sviluppi del MMPI

Già pochi anni dopo la pubblicazione del test, gli autori furono costretti a una prima **modifica del punteggio delle scale attraverso l'introduzione della scala K** e della relativa correzione per le scale cliniche che maggiormente risentivano dell'atteggiamento di autorappresentazione positiva.

Successivamente si constatò che l'MMPI **non fosse capace di differenziare fra diversi gruppi clinici**, è stata considerata da molti clinici e ricercatori una condizione molto "fastidiosa".

Tuttavia anche se l'MMPI non era riuscito a centrare l'obiettivo per il quale era stato costruito, era ugualmente utilizzato perché **in grado di offrire dettagliate descrizioni del soggetto fondate sui punteggi ottenuti nelle diverse scale**.

Verso l'MMPI-2

L'esigenza di migliorare lo strumento e di renderlo più attuale rispetto ai cambiamenti sociali e culturali è alla base della revisione del questionario.

Cosa c'è da cambiare?

- ✧ **Campione di riferimento:** campione di convenienza.
- ✧ **Linguaggio e contenuti** di alcuni item era ormai obsoleto;
- ✧ **Scarsità di item riguardanti l'ideazione suicidaria e l'abuso di sostanze.**

Il MMPI-2 è diviso in due sezioni. I primi 370 item consentono di ottenere un profilo delle scale cliniche e di validità tendenzialmente sovrapponibili a quello dell'MMPI.

- 1. “Mi piacciono le riviste di meccanica”;
- 2. “Ho un buon appetito”;
- 3. “Mi sveglio fresco e riposato quasi tutte le mattine”;
- 4. “Penso che mi piacerebbe lavorare come bibliotecario”;
- 5. “Vengo facilmente svegliato dai rumori”;
- 6. “Mio padre è una buona persona, o (se Suo padre è morto) mio padre è stato una buona persona”;

La seconda parte del test (dall'item 371 in poi) composta da un insieme di item molto più espliciti dal punto di vista del contenuto, consente di calcolare i punteggi nelle scale di contenuto e supplementari.

Il 14% degli item, per quanto concerne forma e contenuto, è stato riveduto e migliorato sotto il profilo grammaticale, il linguaggio è stato reso più attuale, eliminati i termini desueti e le parole con possibili connotazioni sessiste o religiose. Sono stati inoltre inseriti nuovi item relativi a temi e a problemi clinici più attuali, che hanno permesso di ampliare il numero delle scale, arrivando ad un'ampiezza totale di 567 item (con cut-off di 65 punteggi T).

- 387. “Riesco ad esprimere i miei veri sentimenti solo quando bevo”
- 388. “Molto raramente ho momenti di malinconia o tristezza”
- 389. “Mi viene spesso detto che sono una testa calda”
- 392. “I fulmini sono una delle mie paure”
- 397. “Le bufere mi terrorizzano”

MMPI

- ◆ MMPI (prima versione, USA 1943, Italia 1979).
- ◆ MMPI-2 (II versione USA 1989, Italia 1995).
- ◆ MMPI-A (Adolescenti, USA 1992, Italia 2001);
- ◆ MMPI-RF (Restructured Form, validato nel 2012 anche per l'Italia)

La somministrazione

Il questionario è composto da 567 item a cui il soggetto deve rispondere V o F.

Condizioni necessarie:

- Età superiore ai 18 anni
- QIT ≥ 70
- scolarità: quinta elementare per la maggior parte degli item, alcuni però richiedono la III media, per verificare la capacità del soggetto di comprendere gli item possiamo avvalerci del subtest *Vocabolario* della Wais-R, che oltre ad essere un buon indicatore del livello intellettuale del soggetto, dà con rapidità indicazioni sulle sue conoscenze lessicali non necessariamente correlate con il livello di scolarità.

Condizioni cliniche ostacolanti:

- Difficoltà sensoriali
- Afasia-dislessia
- Stati confusionali (a causa organica o psichiatrica)
- Rallentamento psicomotorio
- Distraibilità dovuta a stato maniacale in atto

II CONTESTO:

- Il test dovrebbe essere sempre completato in una situazione professionale, con un adeguato controllo, facendo sì che il paziente sia preso seriamente dall'esaminatore e che i risultati siano validi e realmente utili.
- E' fondamentale fornire istruzioni chiare e coerenti, assicurarsi che la consegna sia stata compresa dal soggetto, fornire un'adeguata supervisione e assicurarsi che l'ambiente sostenga la concentrazione, limitando il rumore o le potenziali interruzioni.



La durata del questionario:

- Il tempo medio di completamento del questionario è un'ora, un'ora e mezza. Per gli individui con capacità di lettura ridotte, il tempo di completamento potrebbe superare le due ore.
- Se il soggetto esaminato impiega meno di un'ora per terminare il compito, allora l'esaminatore dovrebbe sospettare un profilo non valido per una presumibile scarsa attenzione posta nella lettura degli item.
- E' possibile effettuare, nel caso ce ne fosse necessità, una somministrazione in più sedute, purchè le diverse somministrazioni siano effettuate in tempi brevi.

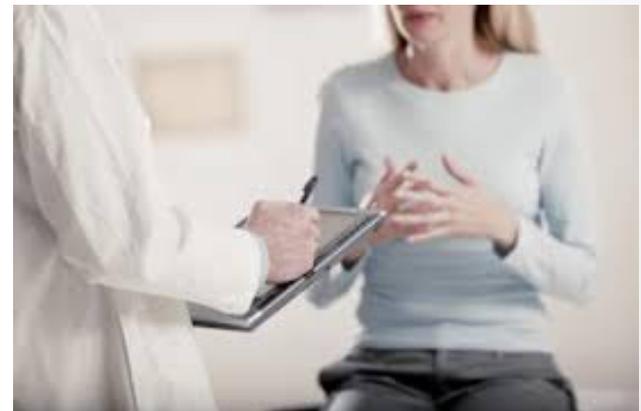


Prima di congedare il soggetto:

E' importante verificare che abbia risposto a tutti gli item e dargli l'opportunità di rispondere a quelli lasciati in bianco o altrimenti non valutabili.

“Probabilmente è un po' stanco o, data la lunghezza del test, ha perso la concentrazione, ma perché poi se ne possa discutere in maniera utile è necessario rivedere queste parti di nuovo e verificarle così che non ci siano risposte non date o date a caso” (Finn, 1996).

Non dimentichiamo, comunque, che non tutti i contesti consentono questa verifica e che nonostante queste attenzioni il soggetto potrebbe lo stesso rifiutarsi di completare il questionario.



Il software MMPI-2

Il processo interpretativo dell'MMPI2

- ❖ **Omissioni**
- ❖ **Scale di validità di base L,K,F**
- ❖ **Scale di controllo aggiuntive VRIN e TRIN**

Omissioni

L'omissione di una risposta può riflettere una **disattenzione o confusione del soggetto**, una condizione di rallentamento psicomotorio, associata a disforia dell'umore, un atteggiamento oppositivo (**spesso presente nei pazienti psichiatrici** o detenuti o nei soggetti che, per motivi personali hanno deciso di **non collaborare**) un eccesso di razionalizzazione (che può verificarsi in contesti quali la selezione del personale o in alcune circostanze medico legali), l'incapacità di riconoscere elementi personali indesiderati, una **scarsa competenza linguistica** o una scarsa conoscenza degli elementi richiesti. L'omissione può essere inoltre legata alla **difficoltà del soggetto di decidere**, poiché né Vero né Falso sono alternative appropriate alla sua esperienza.

Tabella 3.2 Livelli di omissione.*

Punteggio scala ?	Livello	Interpretazione
0	Normale	Nessun item omesso.
1-5	Lieve	Omessi pochi item, così come tralasciati anche nel campione di riferimento normale, oppure item dal significato <i>particolare</i> per l'individuo. Importante controllare gli item omessi e il loro contenuto. La probabilità che il profilo risulti distorto è modesta, a meno che gli item omessi non appartengano tutti a un'unica scala.
6-15	Moderato	Sono stati omessi più item di quanto atteso. Se possibile, il soggetto dovrebbe essere incoraggiato a completare gli item mancanti. Andrebbe fatta una verifica delle scale cui fanno riferimento gli item mancanti. Va considerata la probabilità che il profilo risulti distorto, soprattutto se gli item omessi appartengono tutti a un'unica o a poche scale.
16+	Marcato	È molto probabile che il profilo non sia valido. Il soggetto non è in grado o non desidera completare il test in modo appropriato. Può essere molto cauto nel cercare di non rivelare alcuna informazione significativa su se stesso, ossessivamente incapace di prendere una decisione su numerosi item o semplicemente così poco cooperativo da non rispondere agli item. Se possibile il clinico dovrebbe chiedere al soggetto di completare gli item omessi o di rifare l'intero test.

* Modificata da Greene, 2011, p. 45.

Scale di validità

Nate per misurare la tendenza a simulare un funzionamento buono o sintomatico.

1. **Overreporting**: esagerazione di sintomatologia (intenzionale\ non intenzionale (conseguente ad un'errata percezione della realtà)).

2. **Underreporting**: simulazione di buon adattamento (intenzionale\ non intenzionale, considerazione di dati extratest).

- In generale, l'atteggiamento di risposta del soggetto tende a disporsi, indipendentemente dalla causa di tale atteggiamento, in un punto qualsiasi del continuum tra esagerazione (overreporting) e negazione (underreporting) dei propri sintomi e difficoltà.

Scala L (lie)

Nata per rilevare tentativi ingenui di mettersi in buona luce. Si compone solo di 15 item, che fanno riferimento a comportamenti comuni, a piccole infrazioni/debolezze che la maggior parte delle persone è disposta ad ammettere.

Aree di contenuto:

- negazione di difetti
- negazione di atteggiamenti disonesti
- negazione di aggressività
- negazione di pensieri “cattivi”
- negazione di debolezza di carattere
- Punteggi tra 70 (uomini) e 80 (donne): validità dubbia, possibile negazione di difetti, atteggiamento moralistico.
- Punteggi > 80: non valido, simulazione di buon andamento.
- Punteggi < 49: possibile simulazione di cattivo adattamento (soprattutto se anche K ha un punteggio basso)

Scala K (Correction-Defensive Scale)

La scala K è una misura di controllo emotivo e senso di adeguatezza utilizzata per rivelare il tentativo del soggetto di negare una condizione psicopatologica presentando un'immagine positiva di sé.

La scala K può essere considerata una misura del meccanismo di difesa della *negazione* che, può essere presente sia ad un livello patologico che essere anche il risultato di una strategia che favorisce l'adattamento. Ne consegue che questa scala può essere considerata una misura di *coping*, della capacità di regolazione, cioè della stabilità della personalità del soggetto valutato.

Aree di contenuto:

- negazione di problemi (conflitti, ostilità, problemi relazionali, sintomi, mancanza di stima)
- ◆ Punteggi > 71: **atteggiamento difensivo marcato**. Può derivare da un atteggiamento difensivo, che nega difficoltà e discontrollo. Spesso persone con uno status socioeconomico elevato hanno elevazioni a tale scala, senza ammettere preoccupazioni e insicurezze che causerebbero una perdita di considerazione.
- ◆ Punteggi < 40: **simulazione di disturbi**, difese inadeguate, richiesta d'aiuto.

Scala F (Infrequency)

La scala F è stata inserita nell'MMPI per rilevare la presenza di **modalità atipiche di risposta e di tentativi di simulazione**. Considera gli item possibili indicatori di psicopatologia e l'entità del disagio/gravità del profilo.

Se il punteggio supera gli 80 punti T, **si sospetta la presenza di eccessivi sintomi psicopatologici che possono essere dovuti a un reale stato di malattia o ad un atteggiamento di sovrastima**. Da valutare se l'elevazione è dovuta a particolari circostanze della storia di vita come lutti, problemi di coppia o lavoro ecc..

Con un punteggio ≥ 90 **il protocollo è probabilmente non valido**. Non indica grave disagio, bensì risposte date a caso. I motivi che giustificano l'elevazione della scala F sono i seguenti:

- tendenza a rispondere casualmente;
- amplificazione della condizione psicopatologica;
- presenza di una condizione psicopatologica cronica;
- stress/malessere invalidante;
- insufficiente comprensione del significato degli item.

La scala F della seconda metà (Back-page Infrequency F Scale- Fb)

Questa scala ha lo stesso valore della scala F, ma gli item che la compongono sono collocati nella seconda metà del questionario (a partire dall'item 281 "Mi dà fastidio avere gente intorno"). **Il tema centrale della scala F è l'aspetto psicotico, per l'Fb, invece, è il malessere accentuato con tonalità depressiva.**

Come per la scala F punteggi $T > 80$ punti non giustificati da una storia clinica documentata invalidano il questionario.

I motivi che giustificano l'elevazione della scala Fb sono gli stessi già descritti, a cui si aggiungono:

1. La possibilità che soggetto **non abbia prestato attenzione nel compilare la seconda parte del questionario**, rispondendo casualmente alle affermazioni;
2. **Un affaticamento** durante lo svolgimento della seconda parte del test nel quale il soggetto può aver abbassato le difese nel fornire le risposte.

In un protocollo valido e coerente, F e Fb dovrebbero avere circa lo stesso punteggio T.

La scala Psicopatologia infrequente (Infrequency Psychopathology Scale-Fp)

Scopo della scala è di rilevare l'overreporting anche in ambiente clinico attraverso l'analisi degli **item psicopatologici meno frequenti anche nei pazienti psichiatrici**, ergo, nella scala Fp dovrebbero esserci punteggi sempre minori rispetto alla scala F. Punteggi $T > 80$ indica credibilmente più una simulazione di malattia che una patologia genuina.



Simulazione

La scala VRIN: Variable Response Inconsistency Scale, la scala di Contraddittorietà delle risposte

La scala VRIN è composta da 67 **coppie di affermazioni di contenuto uguale o opposto**. Per esempio, se il soggetto risponde Vero all'item 3 "Mi sveglio fresco e riposato quasi tutte le mattine" e Vero all'item "Mi sveglio agitato o disturbato" si evidenzia un'incoerenza e viene attribuito pertanto un punto sulla scala VRIN.

Punteggio grezzo >13, **punti T sopra il 70 indicano risposte date a caso e incoerenza**, protocollo probabilmente non valido. In particolare, se sia VRIN che F sono elevate si sospetta che il paziente abbia risposto casualmente, se invece F, Fb e Fp sono elevate e VRIN è bassa indica la presenza di patologia grave o una simulazione.

La scala TRIN: True Responsive Inconsistency Scale, la scala delle Risposte contraddittorie Vero

La scala è stata progettata per identificare l'incoerenza conseguente alla tendenza a rispondere Vero o Falso indipendentemente dal contenuto degli item. È costituita da 23 coppie di item che sono opposti nel contenuto, per esempio se il soggetto risponde affermativamente (o negativamente) sia all'item 65 "di solito sono malinconico" e 95 "sono quasi sempre contento", l'incoerenza appare evidente e quindi prenderà un punto nella scala TRIN.

Il MMPI-2 mantiene un'interpretabilità con punteggi $T < 84$.

La scala S

Autorappresentazione superlativa (Superlative Self-Perception Scale)

La scala S è stata elaborata da Butcher e Han (1995) per valutare la **tendenza del soggetto a riconoscersi attributi positivi**, alti valori morali, grande responsabilità e negazione di problematiche di adattamento.

Punteggi che superano il limite T di 60 rivelano una tendenza a esagerare questo adattamento. Punteggi superiori a 70 rendono il test poco valido e sostanzialmente non interpretabile.

Scale cliniche

10 scale cliniche (8 di base):

- 1- Hs (ipocondria)
- 2- D (depressione)
- 3- Hy (isteria)
- 4- Pd (deviazione psicopatica)
- 5- Mf (mascolinità/femminilità)
- 6- Pa (paranoia)
- 7- Pt (psicoastenia)
- 8- Sc (schizofrenia)
- 9- Ma (ipomaniacalità)
- 0- Si (introversione sociale)

Scala 1 (Hs): Ipocondria (32 items)

La scala misura l'entità delle preoccupazioni somatiche su sfondo nevrotico.

- T < 40: indicativo di assenza di preoccupazioni somatiche, ottimismo, capacità di introspezione.
- T tra 58-64: indagare sull'eventuale presenza di una qualche malattia o di un disturbo somatico specifico.
- T > 80: e nella scala 3 (Hy)(possibile disturbo di conversione) e 8(Sc) (presenza di deliri somatici)

Aree diagnostiche correlate: disturbi d'ansia e depressivi, disturbi somatoformi. (Persone affette da malattia effettiva hanno di norma punteggi T attorno ai 60).

Scala 2 (D): Depressione (57 items)

La scala fa riferimento a un costrutto di depressione ad ampio spettro con umore deflesso, sintomi fisici, disturbi del sonno, gastrointestinali, sentimenti di disperazione...

- T < 40: descrivono soggetti tendenti alla vivacità, socievoli e attivi.
- T 56-65: necessità di indagare sul pessimismo, sconforto.
- - T 66-75: solitario, triste, disforico, poca energia, scarsa concentrazione, disturbi
- fisici e del sonno, autocritico, pessimista
- - T > 75: ritirato, disperato, sentimenti di indegnità, senso di colpa opprimente, idee suicidarie, rallentamento psicomotorio.

È la scala più frequentemente elevata nella popolazione clinica ed è molto sensibile alle alterazioni del tono dell'umore.

- Area diagnostica correlata: disturbi depressivi

Scala 3 (Hy): Isteria (60 items)

Fu progettata per identificare quei pazienti caratterizzati da uno stile di risposta allo stress di tipo *isterico*. Le categorie indagate dagli item sono: dolori e lamentazioni; umore...

Due fattori spiegano la varianza della scala: a) la negazione delle problematiche psicologiche, affettive e somatiche; b) specifici disturbi psicosomatici quali dolori cardiaci o toracici, cefalea...

- T < 40: tendenza al sarcasmo, pungenti, isolati socialmente.
- T 56-65: immaturo e superficiale, egocentrico, manipolativo, conformista, ricerca rassicurazioni e gratificazioni, estroverso, bisognoso d'amore, indeciso
- T 66-75: negazione e dissociazione, dipendenza, sintomi corporei, seduttivo e compiacente, espressività a livello non verbale
- T >75: indagare sull'utilizzo di difese di tipo somatico in risposta allo stress e sulla possibile presenza di ostilità ipercontrollata.
- Aree diagnostiche correlate: sintomi di conversione, meccanismi di negazione, repressione, somatizzazione, disturbi d'ansia e somatizzazione.

Scala 4 (Pd): Deviazione Psicopatica (50 items)

La scala 4 valuta la presenza di caratteristiche quali disadattamento sociale, problemi con l'autorità, disprezzo per le norme sociali, morali, e contrasti familiari.

- T < 40: possono indicare soggetti che non hanno difficoltà ad essere conformisti e disponibili a riconoscere l'autorità.
- T 56-65: impulsivo e intraprendente, socievole, permaloso, tendenza a prevalere;
- T 66-75: problemi con l'autorità, con il coniuge e/o sul lavoro, abuso di sostanze, relazioni ed emotività "superficiali", oppositività, impulsività;
- T > 75: irresponsabile e incostante, egocentrico, aggressivo o violento, acting-out, ribellione all'autorità, amorale;
- Valutare sempre il contesto attuale: tale scala si eleva in soggetti che stanno affrontando situazioni conflittuali o stressanti (es. divorzio). In ogni caso mostra una difficoltà di controllo, rabbia esternalizzata, alienazione e diffidenza emotiva
- Diagnosi correlate: Disturbi di Personalità (Antisociale, Passivo-aggressivo, Istrionico, Borderline) e dell'Umore.

Scala 5 (Mf): Mascolinità- Femminilità (56 items)

Nata nell'MMPI (PRIMA VERSIONE) per individuare l'omosessualità maschile, una scala da sempre molto controversa. La composizione fattoriale della scala è costituita da due dimensioni principali, di cui una misura gli interessi maschili e l'altra quelli femminili.

Le variazioni di punteggio possono essere lette sia verso l'alto che verso il basso.

È un errore pensare che le elevazioni in questa scala riflettano conflitti o insoddisfazione sessuale, così come pensare che soggetti maschi con particolari elevazioni siano omosessuali o che infastidiscano i bambini.

PUNTEGGI UOMINI

- T > 65: tendenza alla passività, sensibili, interessi estetici;
- T < 40: identificazione massiva con interessi stereotipicamente maschili, orientato all'azione, scarsa insight e consapevolezza emotiva;

PUNTEGGI DONNE

- T > 65: sicura di sé, pochi interessi tipicamente femminili o interesse per sport o hobbies solitamente maschili, competitiva e determinata, logica, poco emotiva;
- T < 40: identificazione col ruolo femminile tradizionale, passiva, comprensiva ed empatica, a volte può essere insicura, sottomessa e dipendente, lamentosa ed ipersensibile

Scala 6 (Pa): Paranoia (40 items)

La scala valuta la presenza di sospettosità, sensibilità interpersonale, rigidità e idee di riferimento. I contenuti di alcuni item riguardano in maniera diretta idee di persecuzione e grandiosità.

- T < 35: paradossalmente persone con problemi paranoide cadono in tali punteggi. Interpretare con cautela.
- T 56-65: ipersensibile ai torti e rifiuti, moralista-vittimista, cauto nell'intraprendere relazioni
- T 66-75: predisposizione paranoide. Permaloso e rabbioso, sospettoso, rigido, spostamento colpe, fraintendimento delle situazioni sociali
- T > 75: sono tipici di soggetti che esprimono l'ostilità apertamente utilizzando il meccanismo difensivo della proiezione come razionalizzazione dei loro comportamenti.
- Diagnosi correlate (con punteggi elevati): schizofrenia paranoide, disturbo di personalità paranoide

Scala 7 (Pt): Psicastenia (48 items)

Nata per individuare persone con problematiche di tipo ossessivo-compulsivo. (Psicastenia = debolezza nel controllo mentale di azioni e pensieri). Ad oggi individua stati generali di elevata ansia (fobie, pensieri intrusivi..), alti standard di moralità, alta autocritica e scarsa fiducia in sé, lamentele fisiche, iper-controllo degli impulsi.

- T 56-65: responsabile, gran lavoratore, ordinato, autocritico
- T 66-75: insicuro, ansioso, insicuro, ansioso, risposte maladattate allo stress, scarse capacità di coping;
- T > 76: agitazione, superstizione, rimuginò, sensi di colpa, sentimenti depressivi, ritualità rigida, ansie specifiche;
- Diagnosi correlate: disturbi d'ansia e dell'umore, DP ossessivo, depressivo

Scala 8 (Sc): Schizofrenia (78 items)

Nata per diagnosticare disturbi schizofrenici di vario tipo (semplice, catatonico, etc.): **obbiettivo fallito**. Gli item si riferiscono a sintomi psicotici, alienazione sociale, difficoltà nelle relazioni (anche familiari), preoccupazioni sessuali, discontrollo degli impulsi, preoccupazioni, paure e insoddisfazione

- T < 40: socievoli, sensibili, docili e disponibili, equilibrati, adattabili, responsabili.

- T 56-65: tendenza all'isolamento , fantasioso, creativo, eccentrico;

-T 66-75: isolamento e ritiro nella fantasia, convinzioni inconsuete, comportamento o aspetto bizzarro, dubbi sulla propria identità, difficoltà di concentrazione e di pensiero;

- T 76-90: comportamenti eccentrici, isolamento sociale e scarso contatto con a realtà; possibile presenza di disturbo del pensiero, deliri, allucinazioni, comportamenti autistici;

- T >90: stato di crisi acuta. Di norma soggetti psicotici non ottengono punteggi così elevati.

- Diagnosi correlate: disturbi psicotici, DP (borderline, cluster A)..

Solitamente tale scala è elevata quando ci sono difficoltà relazionali e isolamento

Scala 9 (Ma): Ipomania (46 items)

Nata per individuare soggetti all'inizio della fase maniacale del disturbo maniaco-depressivo. Oggi può essere considerata una misura del livello di energia mentale e fisica, dove un valore elevato si associa alla presenza di una quantità eccessiva di energia, mentre un punteggio basso è indicativo di un livello di energia inferiore alla norma.

Items relativi a sintomi ipomaniacali (eccitabilità, iperattività, grandiosità, irritabilità), difficoltà nelle relazioni familiari, preoccupazioni somatiche.

- T < 35: apatico, pessimista, poche energie, insicuro. Possibile ma non certa presenza di aspetti depressivi

- T 56- 65: socievole, estroverso, tollera poco la noia, molti interessi, gran lavoratore, goal oriented, intraprendente

- T 66-75: eccessiva attività, euforia, labilità dell'umore, logorrea, inquietudine, coinvolgimento superficiale, impazienza, incostanza e inconcludenza, scarsa tolleranza frustrazioni, tendenza all'impulsività, supervalutazione di sé. Speso un tale punteggio descrive tratti personologici .

- T > 76: eccitamento e agitazione disforica e psicomotoria, senso di grandiosità, irritabilità, scarso controllo dell'umore, iperattivo, alta capacità di tollerare la fatica ma facilmente disorganizzato e distraibile, dispersività degli interessi, discontrollo impulsi, confusione.

- T > 80: possibilità di episodio maniacale.

Scala 10 (Si): Introversione Sociale (62 items)

La scala, fu concepita per valutare la tendenza delle persone ad allontanarsi dalle situazioni sociali e dalle responsabilità.

Le variazioni di punteggio possono essere lette sia verso l'alto che verso il basso.

- T 56-65: riservato, controllato, serio e cauto, poco adeguato socialmente;
- T 66- 75: introverso e timido, scarsa fiducia in sé, melanconico, remissivo e accondiscendente, rigido;
- T > 76: isolato socialmente, evitamento di situazioni sociali ansiogene, insicuro, indeciso, sottomesso, tendenza al rimuginio
- T < 40: socievole, fiducia in sé, esibizionista, manipolativo

Diagnosi correlate: Disturbi d'ansia specifici (es. fobia sociale), DP evitante.

Sottoscale di Harris & Lingoies

Harris e Lingoies hanno realizzato sottoscale per sei delle dieci scale cliniche standard (scale 2,3,4,6,8,9). Non hanno costruito sottoscale: a) per le scale 1 e 7, poiché il contenuto dei loro item è già sufficientemente omogeneo; b) per le scale 0 e 5, poiché queste non erano considerate tra le scale cliniche standard.

Le sottoscale sono state costruite in modo razionale, esaminando il contenuto degli item appartenenti a ciascuna scala clinica e raggruppando gli item che sembravano avere un contenuto simile o che si riteneva potessero riflettere uno specifico atteggiamento/tratto.

Le sottoscale, sono costruite per aiutare l'esaminatore a stabilire quale inquadramento fosse più adatto al soggetto in esame.



Le sottoscale sono utili per:

Aiutare il clinico a comprendere “perché” una persona ottiene un punteggio elevato su una specifica scala clinica mentre nessuna informazione nell’anamnesi fa prevedere una simile elevazione

Quando i punteggi ottenuti nelle scale cliniche sono solo moderatamente elevate

Sottoscale di Harris & Lingoes

D1 depressione soggettiva
D2 rallentamento psicomotorio
D3 disfunzioni fisiche
D4 inefficienza mentale
D5 rimuginazione

Hy1 negazione di ansia sociale
Hy2 bisogno d'affetto
Hy3 stanchezza-malessere
Hy4 disagio somatico
Hy5 inibizione dell'aggressività

Pd1 contrasti familiari
Pd2 problemi con l'autorità
Pd3 imperturbabilità sociale
Pd4 Alienazione sociale

Pd5 autoalienazione
Pa1 idee persecutorie
Pa2 suscettibilità
Pa3 ingenuità

Sc1 alienazione sociale
Sc2 alienazione emozionale
Sc3 perdita contr. dell'io, cognitiva
Sc4 perdita conativa
Sc5 perdita mancanza d'inibizione
Sc6 esperienze sensoriali bizzarre

Ma1 amoralità
Ma2 accelerazione psicomotoria
Ma3 imperturbabilità
Ma4 ipertrofia dell'io

Le scale di contenuto di J.N. Butcher et al. (1990)

15 scale. Obiettivo: migliorare e chiarire i significati delle scale cliniche.

Comportamenti sintomatici interni:

- ANX: ansia
 - FRS: paure
 - OBS: ossessività
 - DEP: depressione
 - HEA: Preoccupazioni per la salute
 - BIZ: ideazione bizzarra aggressive
- esterne:

Tendenze aggressive:

- ANG: rabbia

- CYN: cinismo
- ASP: comportamenti antisociali
- TPA: tipo A negativa:

Autopercezione negativa:

- LSE: bassa autostima generali

Problemi generali:

- SOD: Disagio sociale
- FAM: problemi familiari
- WRK: problemi lavorativi
- TRT: indicatori di difficoltà di trattamento

Scale di contenuto che valutano i comportamenti sintomatici interni

- **ANX**: alti punteggi evidenziano ansia, nervosismo, inquietudine, apprensione, difficoltà a mantenere l'attenzione... in contesti clinici è possibile che punteggi elevati siano correlati con disturbi d'ansia, depressione o distimia. La scala ha un'alta correlazione con la scala Pt e DEP.
- **FRS**: il paziente potrebbe riferire fobie specifiche (sangue, altezze...). La scala ha un'alta correlazione con la scala Pt. Per la FRS sono definite due Content Component Scale:
 - FRS1: timore generalizzato.
 - FRS2: paure molteplici (rispetto a specifici oggetti).

- **OBS:** soggetti con punteggi elevati potrebbero mostrare grave indecisione, rigidità, disagio nei confronti dei cambiamenti, ossessioni, compulsioni... la scala si correla con la scala Pt, DEP.
- **DEP:** la scala è composta da items che rimandano a pensieri, atteggiamenti, comportamenti a tonalità depressiva. Punteggi elevati evidenziano una tonalità disforica dell'umore, malinconia, tristezza, disperazione, mancanza di energie. Sono quattro le Content Component Scale derivate:
 - DEP1: mancanza di iniziativa;
 - DEP2: disforia (umore);
 - DEP3: autosvalutazione;
 - DEP4: ideazione suicidaria.

- **HEA:** la scala è stata concepita come misura unica sullo stato di salute e sulla presenza di una sintomatologia medica. Alti punteggi si rilevano in soggetti che lamentano problemi fisici privi di obiettività organica e sintomatologica somatoforme riguardante diversi apparati fisiologici.

La scala è correlata con la scala Hs.

Si sviluppano tre Content Component Scale:

- HEA1: sintomi gastrointestinali;
- HEA2: sintomi neurologici;
- HEA3: preoccupazioni per la salute (malattie).

- **BIZ:** l'intento che ha motivato la costruzione di questa scala è stato quello di mettere insieme item che rimandano a sintomi francamente psicotici. Punteggi elevati mettono in evidenza processi di pensiero psicotico, allucinazioni acustiche, visive, olfattive... la scala correla con Pt e Sc. Si sviluppano due Content Componenti Scale:

- BIZ1: sintomatologia psicotica (controllo realtà esterna);
- BIZ2: tratti schizotipici (pensieri strani).

Scale di contenuto che valutano tendenze aggressive esterne

- **ANG:** La scala pone l'attenzione su rabbia e insofferenza verso gli altri e riferisce sul comportamento aggressivo. Punteggi elevati rimandano pertanto a sensazioni persistenti di collera e ostilità. La scala ANG ha un'alta correlazione con con la scala Pt, Sc e K. Sono state sviluppate due scale Content Component scale:
 - ANG1: comportamento esplosivo.
 - ANG2: irritabilità (essere cronicamente arrabbiato).
- **CYN:** la scala si focalizza sull'idea che siano presenti negli altri comportamenti criticabili e sulla sfiducia nei confronti di quelle che sono le loro motivazioni. Punteggi elevati sostengono la convinzione che gli altri siano disonesti, egoisti e incapaci di fornire sostegno. Sono state sviluppate due Content Component Scale:
 - CYN1: convinzione misantropiche (atteggiamento sprezzante verso gli altri).
 - CYN2: sospettosità.

- **ASP:** gli item che compongono la scala rimandano a comportamenti del passato e presente con chiara valenza antisociale e a comportamenti attuali dello stesso tenore. Sono state sviluppate due Content Component Scale:
 - ASP1: atteggiamenti antisociali (atteggiamenti poco conformi che non sono necessariamente sostenuti da comportamenti antisociale passati;
 - ASP2: comportamenti antisociale.
- **TPA:** comportamento di Tipo A. Tentativo di dare una misura al pattern di comportamento di tipo A caratterizzato dalla presenza di forti motivazioni, dedizione al lavoro e da una produttiva realizzazione personale. Soggetti con alti punteggi vivono con la costante sensazione che il tempo disponibile per svolgere e attività non sia mai sufficiente, scarsa tolleranza. ha una correlazione positiva con la scala Pt e K. Sono state sviluppate due Content Component Scales:
 - TPA1: impazienza;
 - TPA2: competitività.

Scale di contenuto che valutano l'immagine di sé negativa.

- **LSE**: la scala è stata progettata con l'intento di valutare l'immagine di sé in maniera relativamente indipendente da sintomi psichiatrici quali ansia e depressione. Gli item utilizzati rimandano a un senso di insufficienza e inadeguatezza. La scala ha una correlazione positiva con la scala Pt, Sc e Si. Sono state sviluppate due Content Component Scale:
 - LSE1: mancanza di fiducia in sé.
 - LSE1: sottomissione.

Scale che valutano problemi generali.

- **SOD:** la scala è stata costruita con l'intento di identificare soggetti timidi, introversi e che si sentono a disagio nelle interazioni sociali. La scala ha una correlazione positiva con la scala Si. Sono state sviluppate due Content Component Scale:
 - SOD1: introversione;
 - SOD2: timidezza.
- **FAM:** la scala è stata costruita con l'intento di identificare soggetti con relazioni familiari disturbate e difficili. Gli item riguardano la convinzione e il vissuto che nella propria famiglia non ci sia amore, il calore e la vicinanza tipici delle altre. La scala ha una correlazione positiva con le scale Pd e Sc. Sono state sviluppate due Content Component Scale:
 - FAM1: disaccordo familiare (rabbia, odio e risentimento).
 - FAM2: estraniamento familiare (mancanza di comprensione e sostegno).

- **WRK:** l'intento con cui la scala è stata inventata era di rendere evidente quei tratti di personalità che potrebbero interferire nella realizzazione sul lavoro. Non fa diagnosi di Burnout e Mobbing. Punteggi elevati rimandano a molteplici atteggiamenti e comportamenti che possono interferire con l'attività lavorativa determinando prestazioni inefficienti e scarso rendimento, incertezza. La scala correla positivamente con le scale DEP, Pt, Si.
- **TRT:** la scala è stata costruita con l'obiettivo di rendere evidenti atteggiamenti e caratteristiche della personalità che potrebbero interferire con l'intervento psicoterapeutico. Nonostante lo scopo sia valutare l'atteggiamento negativo verso l'intervento e verso il professionista che offre aiuto, la maggior parte degli item rimanda a sintomi di malessere e disadattamento. La scala correla positivamente con le scale DEP, Sc. Sono state sviluppate due Content Component Scales:
 - TRT1: scarsa motivazione (sentimenti di impotenza);
 - TRT2: incapacità di rivelare (intenzionale mancanza di volontà di aprirsi agli altri).

Le scale supplementari

Le scale di contenuto descritte precedentemente sono un esempio di scale create in maniera razionale, composte di item omogenei e per gruppi di contenuto uniformi. Attraverso la ricerca di altri fattori comuni di associazione l'originario set di item è stato utilizzato anche per sviluppare, rispetto alle scale cliniche, diverse scale aggiuntive, che in quanto tali sono state definite supplementari.

Non tutte le scale supplementari sono state incluse nell'MMPI-2 poiché il questionario sarebbe diventato talmente lungo da essere del tutto inadeguato per la routine clinica. Come regola le scale sono state mantenute se misuravano tratti clinici e se avevano ricerche sufficienti a sostenere la loro validità e attendibilità. Col tempo sono state costruite scale supplementari del tutto nuove integrate successivamente nel test. Al momento nella versione ufficiale del MMPI-2 sono disponibili per lo scoring 16 scale supplementari.

Le 16 scale supplementari suddivise in gruppi

Tabella 7.1 Le 16 scale supplementari suddivise in gruppi.

	Scale supplementari	Numero di item
<i>Scale che valutano costrutti di personalità generali</i>	A Ansietà (Anxiety)	40
	R Repressione (Repression)	37
	Do Dominanza (Dominance)	28
	Re Responsabilità sociale (Social Responsibility)	30
	Es Forza dell'io (Ego Strength)	52
<i>Scale che valutano un malessere generalizzato</i>	Mt College Maladjustment*	41
	PK Disturbo post-traumatico da stress (Post-traumatic Stress Disorder – Keane)	46
	PS Disturbo post-traumatico da stress (Post-traumatic Stress Disorder ? – Schlenger)	60
	MDS Disagio coniugale (Marital Distress)	14
<i>Scale che valutano il discontrollo comportamentale</i>	HO Ostilità (Hostility)	50
	O-H Ostilità ipercontrollata (Overcontrolled Hostility)	28
	MAC-R Alcolismo di MacAndrew, revisionata (MacAndrew Alcoholism, revised)	49
	APS Tossicodipendenza potenziale (Addiction Potential)	39
	AAS Ammissione di dipendenza (Addiction Admission)	13
<i>Scale che valutano il ruolo di genere</i>	GM Ruolo di genere maschile (Gender Role Masculine)	47
	GF Ruolo di genere femminile (Gender Role Feminine)	46

* La scala trova traduzione in italiano in "disadattamento universitario". Abbiamo ritenuto opportuno, considerato il contesto in cui la scala è stata costruita, mantenere il termine originale.

Scale supplementari che valutano costrutti di personalità generali.

- **A. Ansietà (Anxiety):** gli item riflettono stress generalizzato, sofferenza e disagio emotivo. Punteggi elevati identificano soggetti ansiosi, con un forte stress emotivo, insicuri e poco fiduciosi nelle proprie capacità. La scala è indicativa di stress e disagio di stato.
- **R. Repressione (Repression):** alti punteggi riflettono un scarso desiderio di discutere dei propri problemi nel tentativo di reprimere la consapevolezza delle proprie difficoltà e conseguente insight, difficoltà a entrare in contatto con la propria sfera emotiva.

- **Do. Dominanza (Domination):** i contenuti riguardano diverse aree di interesse che comprendono: la capacità di mantenere l'attenzione e la concentrazione; i comportamenti ossessivo compulsivi, l'ansia sociale; punteggi elevati ($T > 65$) suggeriscono un'immagine di sé e sociale caratterizzata da fiducia in se stessi e adattamento all'ambiente. Punteggi bassi ($T < 40$) indicano un'immagine di sé e sociale caratterizzata da sottomissione, incapacità di autoaffermarsi.
- **Re. Responsabilità sociale (Social Responsivity):** composta da 30 item, punteggi elevati identificano soggetti che si considerano responsabili e che sono visti dagli altri come disposti ad accettare le conseguenze dei propri comportamenti, degni di fiducia, attendibili, con un senso di responsabilità e giustizia verso il gruppo.
- **Es. Forza dell'io (Ego Strength):** composta da 52 item, i contenuti riguardano il funzionamento fisico, l'isolamento sociale, i valori morali, etici, il senso di autostima e di adeguatezza soggettiva, le fobie, l'ansia. Alti punteggi descrivono soggetti che non presentano alcun tipo di stress, sofferenza emotiva o sintomatologia fisica.

Scale che valutano un malessere generalizzato

- **Mt. Disadattamento universitario (College Maladjustment):** la scala fu ideata per discriminare studenti di college emozionalmente ben adattati da quelli che presentavano problematiche psicologiche in senso lato. Tre sono le componenti essenziali: 1) bassa autostima; 2) perdita di energia; 3) cinismo/scontentezza. Alti punteggi descrivono studenti poco efficaci, pessimisti, inclini a rimandare, ansiosi...
- **Pk. Disturbo post-traumatico da stress (Post-traumatic Stress Disorder-Keane):** nella scala è possibile distinguere 5 cluster di item 1) lamentele ansiose; 2) deperessione; 3) pensieri intrusivi; 4) difficoltà di controllo; 5) convinzione di incomprensione e di maltrattamento.

- **Ps. (Post.Traumatic Stress Disorder-Schlenger)**: composta da 60 item (26 in comune con la scala Pk). Gli studi giungono alla conclusione che la scala valuta fundamentalmente un malessere generalizzato e che è poco discriminativa rispetto a un effettivo disturbo post traumatico.
- **MDS. Disagio coniugale (Marital Distress)**. La scala fu sviluppata con l'intento di valutare il malessere soggettivo nella relazione di coppia. Alti punteggi possono essere indicativi di un malessere coniugale.

Scale che valutano il discontrollo comportamentale.

- **HO. Ostilità (Hostility):** La scala fu sviluppata con l'intento di predire la capacità di un insegnante di gestire proficuamente il rapporto con gli allievi. Alti punteggi sono associati a cinismo, vissuti intensi di rabbia e a comportamenti francamente ostili.
- **O-H. Ostilità ipercontrollata (Overcontrolled Hostility):** punteggi elevati si riscontrano in soggetti che mostrano comportamenti appropriati ma che occasionalmente, possono manifestare un eccesso di collera.
- **MAC-R. Scala Alcolismo:** si compone di 49 item, i contenuti della scala riguardano deficit cognitivi, disadattamento scolastico, capacità di relazione interpersonale, atteggiamento verso il rischio. Alti punteggi di questa scala non sono direttamente correlati con la presenza di un comportamento d'abuso, anche se persone con un comportamento d'abuso hanno frequentemente alti punteggi.

- **APS. Tossicodipendenza potenziale:** alti punteggi sono indicativi di uno stress generalizzato con insoddisfazione, rabbia e risentimento.
- **AAS. Scala di Ammissione di tossicodipendenza:** la scala indaga tre componenti essenziali: problemi con l'alcol, uso di altre droghe, problemi sociali quali effetto del comportamento di abuso. Alti punteggi rivelano problemi legati all'abuso di sostanze, che è comunque opportuno indagare in modo più approfondito.

Scale che valutano il ruolo di genere

- **GM. Masculine Gender Role:** la scala è composta da 47 item i cui contenuti sono: 1) negazione di paure, ansie; 2) piacere in attività tipicamente maschili; 3) negazione di interessi verso attività tipicamente femminili; 4) negazione di un'emozionalità eccessiva; 5) sentimenti di indipendenza, sicurezza. Alti punteggi sono indicativi di benessere e buon funzionamento in assenza di psicopatologia. I soggetti con tali elevazioni appaiono godere nel praticare attività maschili e difficilmente esperiscono ansia, mostrandosi sicuri di sé e prendendo decisioni con facilità.
- **GF. Feminine Gender Role:** la scala è composta da 46 item i cui contenuti sono: 1) negazione di comportamenti antisociali; 2) piacere in attività tipicamente femminili; 3) avversione verso attività tipicamente maschili; 4) ammissione di aspetti emotivi anche eccessivi; 5) manifestazioni di soddisfazione nell'essere donna. Alti punteggi indicano attitudini femminili e piacere nelle attività tipicamente femminili. Soggetti con alti punteggi tendono a relazionarsi bene con gli altri, ad evitare conflitti, socialmente responsabili.

Le scale PSY-5 (Personality Psychopathology Five Scale)

Le PSY-5 (Harkness, McNulty e Ben-Porath, 1995) sono un set di scale costruite per valutare tratti della personalità che sono rilevanti sia nel funzionamento normale sia in situazioni in cui sono evidenziati problemi clinici. L'impianto teorico e metodologico alla base delle scale è simile al five-factors model of personality, che evidenzia tratti di personalità quali la tendenza alla nevrosi, estroversione, gradevolezza, coscienziosità e apertura mentale. Furono quindi ideati cinque ampi costrutti capaci di rappresentare sia la personalità normale sia quella patologica. Nel 2005 è stata pubblicata la versione finale delle PSY-5.

Le scale PSY-5 non sono concepite per essere utilizzate come scale “indipendenti” e vanno pertanto considerate come parte della somministrazione completa del MMPI-2. Gli autori fornirono alcune linee guida preliminari per l’interpretazione dei punteggi ottenuti sulle scale PSY-5 e determinarono che solo i punteggi elevati ($T > 65$) sono interpretabili su tutte le cinque scale, e solo per la scala Alterazione dell’autocontrollo vi sono indicazioni per l’interpretazione dei punteggi bassi ($T < 40$).

Tabella 7.3 Scale PSY-5.

Scala	Sigla	Item
Aggressività Aggressiveness	AGGR	18 - 15/3
Psicoticismo Psychoticism	PSYC	25 - 23/2
Alterazione dell’autocontrollo Disconstraint	DISC	28 - 17/11
Emozionalità negativa/Nevroticismo Negative Emotionally/Neuroticism	NEGE	33 - 27/6
Introversione/Bassa emozionalità positiva Introversion/Low Positive Emotionally	INTR	34 - 5/29

DESCRIZIONE DELLE SCALE PSY-5

- **NEGE. Emozionalità negativa/Nevroticismo:** la scala riflette il senso di essere sopraffatto dallo stress, dalla rabbia, dal nevroticismo, tanto da sentirsi in procinto di “esplodere”. La scala in particolare indaga tre classi sintomatiche: a) tendenza a essere ansiosi; b) presenza di rabbia e dell’eventuale discontrollo emotivo; c) sentimenti di colpa e paura. Punteggi elevati ($T > 65$) sono tipici di soggetti ansiosi, indecisi, instabili e ipersensibili alle critiche. Possono reagire agli abbandoni con condotte autofrustranti. Punteggi bassi ($T < 45$) sono caratteristici di soggetti freddi ed emotivamente imperturbabili.

- **PSYC. Psicoticismo:** la scala misura la capacità dell'individuo di pensare e interpretare la realtà in maniera verosimile e conforme e di adattarsi a essa. Elevazioni moderate (T:55-65) indicano che il soggetto riferisce pensieri ed esperienze inusuali e può avere la tendenza a vivere di sogni. Punteggi elevati (T>65) sono indice di una severa distorsione del modo in cui il soggetto interagisce con il proprio mondo sociale. Il soggetto è ostile, provocatorio, offensivo. Punteggi bassi (T<45) indicano l'assenza di uno spettro psicotico e la capacità del soggetto di adattarsi al mondo.

- **AGGR. Aggressività:** si tratta dell'unica scala del test che valuta il comportamento antisociale di tipo predatorio e per questa ragione non correla con le scale Ostilità e Ostilità ipercontrollata. Punteggi elevati ($T > 65$) sono tipici di soggetti che hanno relazioni sociali intessute di una deliberata e metodica tendenza al controllo e alla dominanza. Questi individui risultano tirannici, sadici, hanno un Io grandioso. Punteggi bassi ($T < 45$) riflettono l'assenza di desideri di dominio e una visione egualitaria e mutualistica dell'esistenza.

- **DISC. Alterazione dell'autocontrollo:** la scala è una misura di antisocialità intesa come incapacità di controllare gli impulsi e di dilazionare la gratificazione dei propri interessi. Punteggi alti ($T > 65$) descrivono un soggetto disinibito, impulsivo, anticonformista, sleale, ribelle, mentitore, senza paura e alla continua ricerca di novità. Punteggi bassi ($T < 45$) sono tipici di soggetti che sono convenzionali, conformisti e controllanti.
- **INTR. Introversione/Bassa emozionalità positiva:** la scala misura una personalità caratterizzata da eccessiva introversione con tratti schizoidi, schizotipici o evitanti. Punteggi elevati ($T > 65$) suggeriscono una vita impoverita di stimoli emotivi con insoddisfazione, bassa autostima, anedonia e scarsa persistenza. Punteggi bassi ($T < 45$) descrivono soggetti socievoli, eccentrici e piacevoli.

IL CASO CLINICO

ANAMNESI

Nana ha 25 anni, vive a Bari. E' una ragazza molto educata e pacata, durante il colloquio si mostra curata e intelligente.

Nana si è laureata in Lettere Moderne e attualmente frequenta un corso specialistico universitario in Editoria e Giornalismo. Nana sogna un giorno di diventare editor. Al momento è molto impegnata e appagata dalla sua vita universitaria sia per la brillante carriera che per le amicizie (universitarie). Tuttavia Nana racconta che invece i rapporti con le persone che frequenta nel suo paese non sono sempre positivi, dice di avere spesso delle problematiche con le sue amiche, con le quali c'è un clima teso, tuttavia si rifiuta di spiegarne le ragioni. Nana si ritrova, quindi, spesso a passare le sue serate a casa, immersa nei suoi adorati libri, racconta di avere una vera e propria passione per i classici della letteratura italiana, in particolar modo Dante Alighieri con la sua Divina Commedia. Nana ama molto, inoltre, leggere Manga e guardare Anime.

Per quanto concerne il rapporto con genitori, Nana descrive la madre con aggettivi ambivalenti, da una parte presente e affidabile, dall'altra quasi impassibile alla sua emotività, "è come se non si accorgesse che ci sono delle cose che mi feriscono". La figura paterna risulta piuttosto periferica, sempre occupato nel lavoro, il padre condivide con Nana solamente i pasti. Lei lo descrive come una persona buona ma assente. Infine Nana ha una sorella maggiore, che vive a Roma, con la quale ha un rapporto sincero ma spesso contrastante a causa della presenza di idee divergenti.

Nana si rivolge presso il consultorio in quanto riporta dei disagi fisici e psicologici che la accompagnano quando esce di casa, racconta di avere sempre le mani sudate e la tachicardia, quasi come se fosse costantemente in ansia, sintomi che la accompagnano soprattutto quando è fuori casa.

Alla fine del colloquio Nana riporta di avere da sempre problemi con il cibo, il suo peso è altalenante da quando è adolescente e spesso si è chiesta che cosa le stesse succedendo. La ragazza riporta di aver avuto più di una volta problematiche legate all'amenorrea. Nana si mostra particolarmente sottopeso, ma dice di non aver mai approfondito la problematica.

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

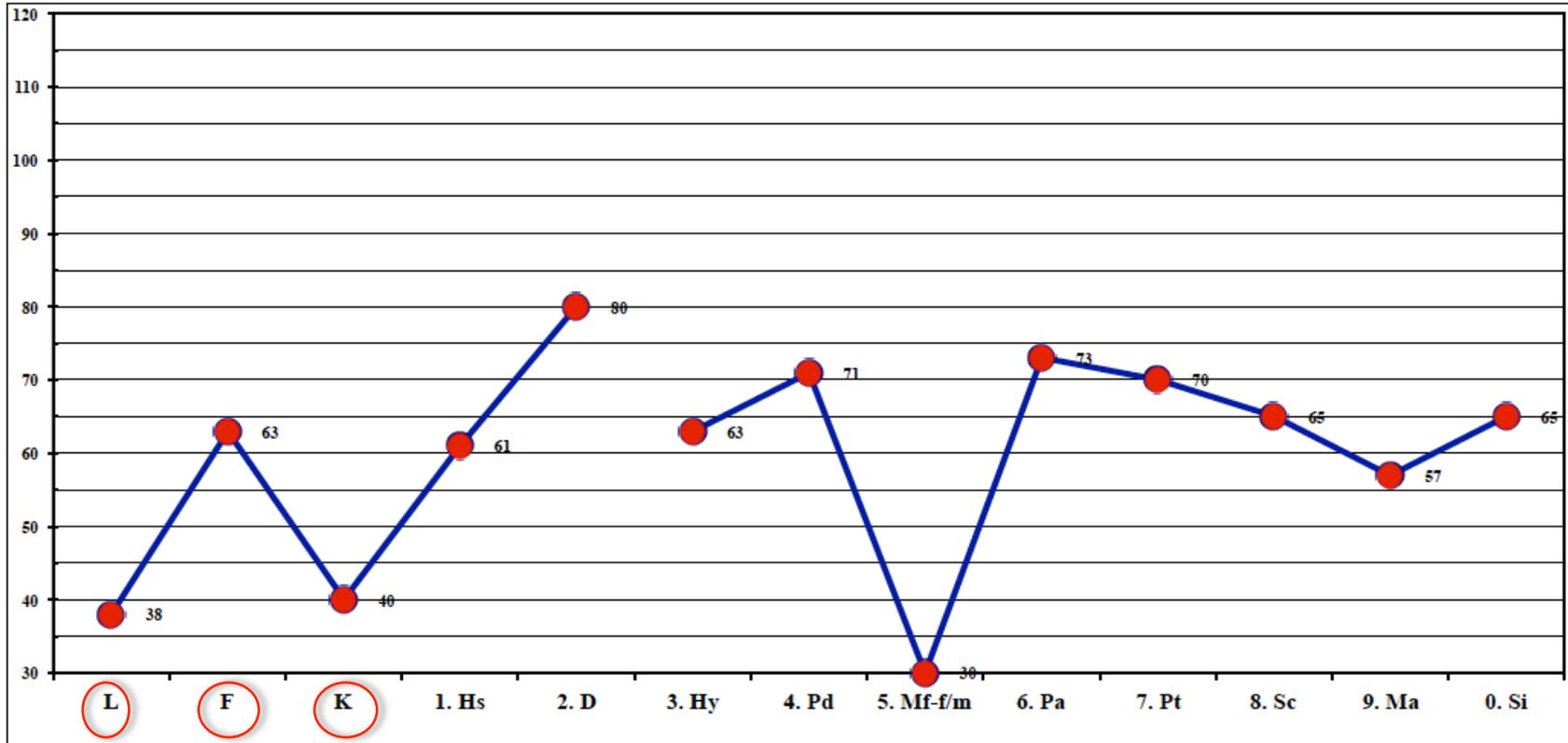
Per "assessment" s'intende la valutazione globale e differenziale del paziente, nell'unicità e complessità psicologica che lo caratterizza, considerando anche le sue risorse e i suoi limiti. La prassi dell'assessment comporta due fasi: la prima è quella della misurazione in cui è possibile effettuare una serie di test psicodiagnostici standardizzati per raccogliere informazioni necessarie alla seconda fase e per avere un riferimento di partenza con cui confrontare i dati successivamente ottenuto somministrando gli stessi test durante ed alla fine del percorso di cura.

La seconda fase è quella delle ipotesi: i dati raccolti precedentemente, assieme a una impressione globale che il clinico si fa del paziente, consentono di formulare ipotesi riguardo: al sussistere di evidenti relazioni tra i disturbi; alle situazioni nelle quali cresce la probabilità che il disturbo si manifesti; all'origine del disturbo, i processi implicati e i meccanismi che lo governano, tecnicamente: l'eziopatogenesi; alle probabilità di successo delle diverse strategie terapeutiche che si hanno a disposizione; alle tecniche e gli strumenti più adeguati a sostenere il trattamento.

Gli strumenti fondamentali per condurre una psicodiagnosi sono il colloquio clinico, l'osservazione e l'uso di test psicologici. Il processo di psicodiagnosi è costituito da un percorso complessivo di tre, quattro incontri; questi sono spesso articolati in un primo colloquio di inquadramento, osservazione e anamnesi del paziente, uno o due incontri per la somministrazione di strumenti vari (reattivi, test, registrazioni psi- 12...) e uno o due incontri di ulteriore sintesi dei relativi risultati ed approfondimento clinico. Una batteria di test è rappresentata da un gruppo di test attitudinali, clinici o di profitto che si utilizzano insieme per ottenere informazioni ampie sulla persona, informazioni e valutazioni sulle diverse aree (cognitiva, emotiva, dinamica, relazionale...). La batteria consente di integrare informazioni da diverse angolazioni che possano fornire una foto dettagliata della persona (triangolazione). La batteria classica di test (WAIS, Rorschach, TAT o ORT) o altri tipi di batteria, nonché i singoli test "classici" (MMPI, Rorschach, WAIS, etc.) sono molto utili, nelle fasi iniziali, per impostare il lavoro clinico e, nelle fasi finali, per valutare i cambiamenti strutturali-funzionali, profondi superficiali e altri che rappresentano il focus degli interventi. Sono tuttavia poco utili per valutare il processo nelle fasi intermedie e come strumenti di monitoraggio. Ciò a causa della loro scarsa adattabilità, della loro lunghezza e complessità di somministrazione e di interpretazione. Risultano così poco funzionali alla valutazione in itinere. In queste fasi intermedie sono preferiti degli strumenti semplici, veloci, anche flessibili che lo psicologo può somministrare funzionalmente. Un'adeguata integrazione di questi strumenti, colloquio clinico, osservazione e uso di test, consente di ottenere le informazioni più accurate per formulare una corretta psicodiagnosi.

A seguito di questa piccola introduzione teorica, si decide di sottoporre Nana ad una batteria di test comprensiva di: test di Machover, MMPI-2, 16PF-5, Rorschach-CS , con l'obiettivo di ampliare l'anamnesi raccogliendo più informazioni per strutturare un quadro completo del soggetto. Sono stati scelti due test proiettivi (Machover, Rorschach) in quanto, date le caratteristiche della paziente, evinte durante il colloquio anamnestico, sarebbe molto importante e utile avere una generale cognizione dei suoi contenuti psichici inconsci, come emozioni nascoste o conflitti interni. Sono stati utilizzati, inoltre, anche due self-report (MMPI-2 e 16PF-5) per struttura un quadro accurato sulle principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo di Nana.

MMPI-2



L, F, K

Valutare la configurazione delle scale di validità: Cosa è possibile riferire in base ai punteggi alle stesse e alle informazioni anamnestiche sulla validità e l'atteggiamento assunto nella compilazione del protocollo? Il protocollo risulta valido?

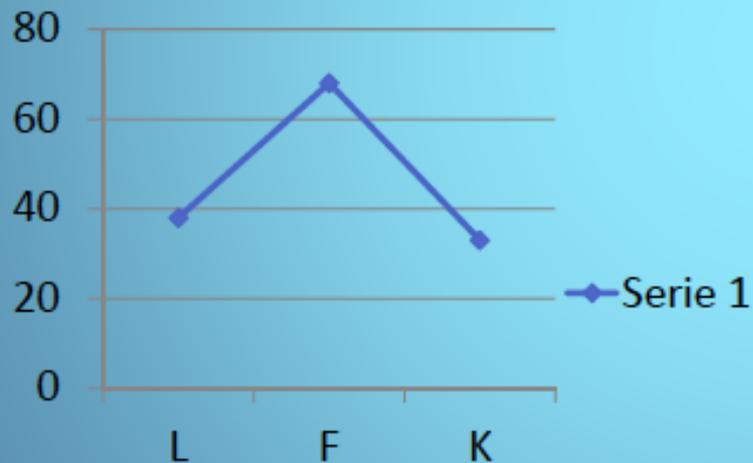
- Omissioni: 0

Scale di Base

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>
L	2	38
F	12	63
K	10	40

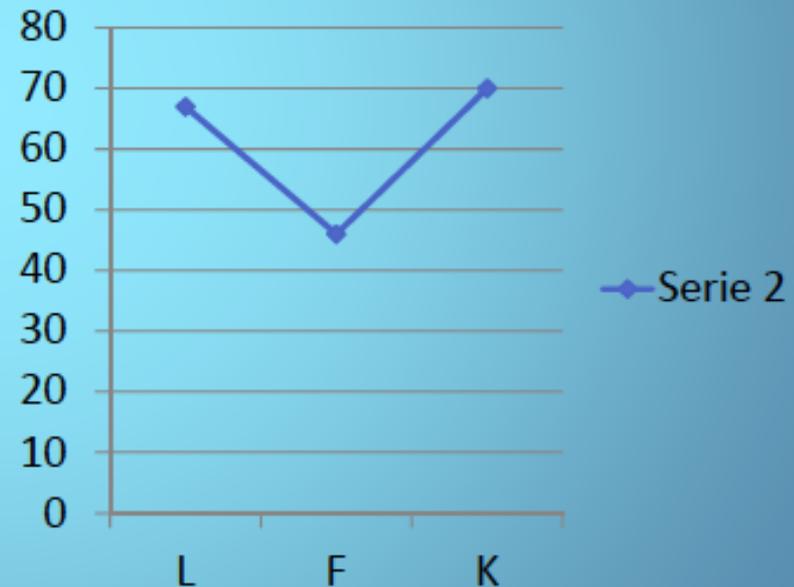
L e K < 50, F > 65: tipica dei setting clinici psichiatrici. Ammettono difficoltà, chiedono aiuto, poca fiducia in sé. Auspicabile in prospettiva di intervento clinico.

Serie 1



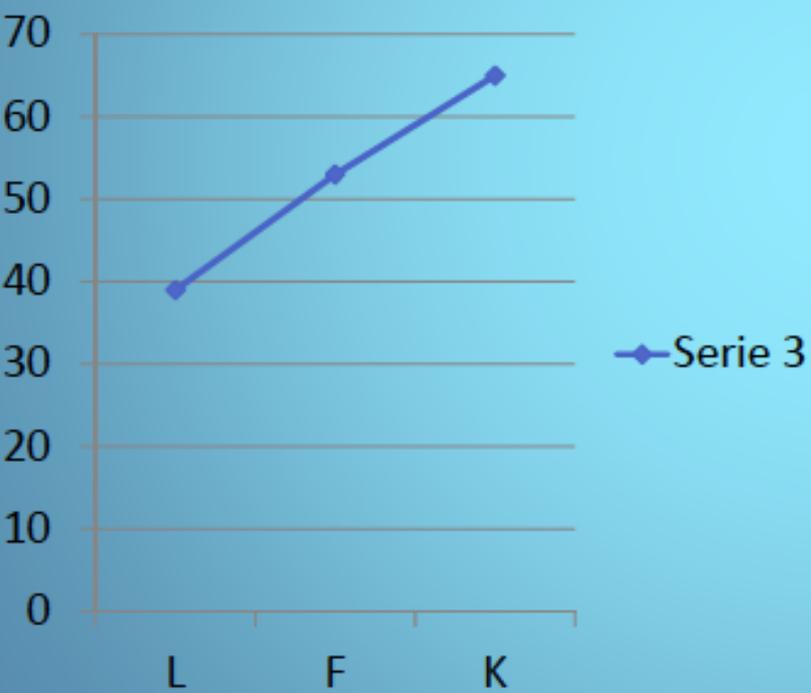
L e K > 60, F < 50: tipica di sogg. che si vogliono in una luce più positiva. Se è sotto esame : facile sia underreporting. Tipico di pazienti con sintomatologia ipocondriaca ed istrionica, mancanza di insight e negazione disagi.

Serie 2



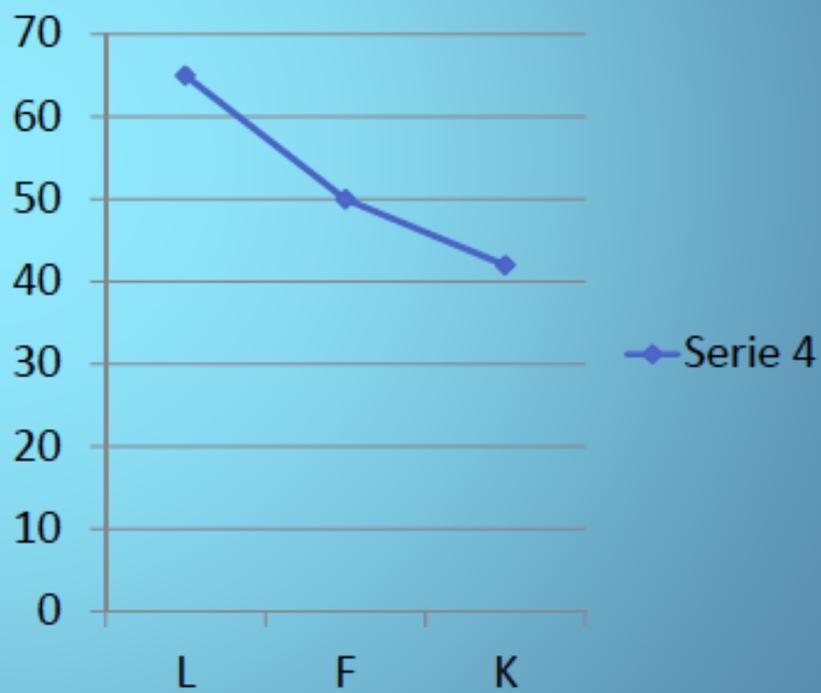
L circa 40, F 50-55, K 60-65:
tipica di soggetti normali,
senza particolari condizioni di
stress in atto

Serie 3

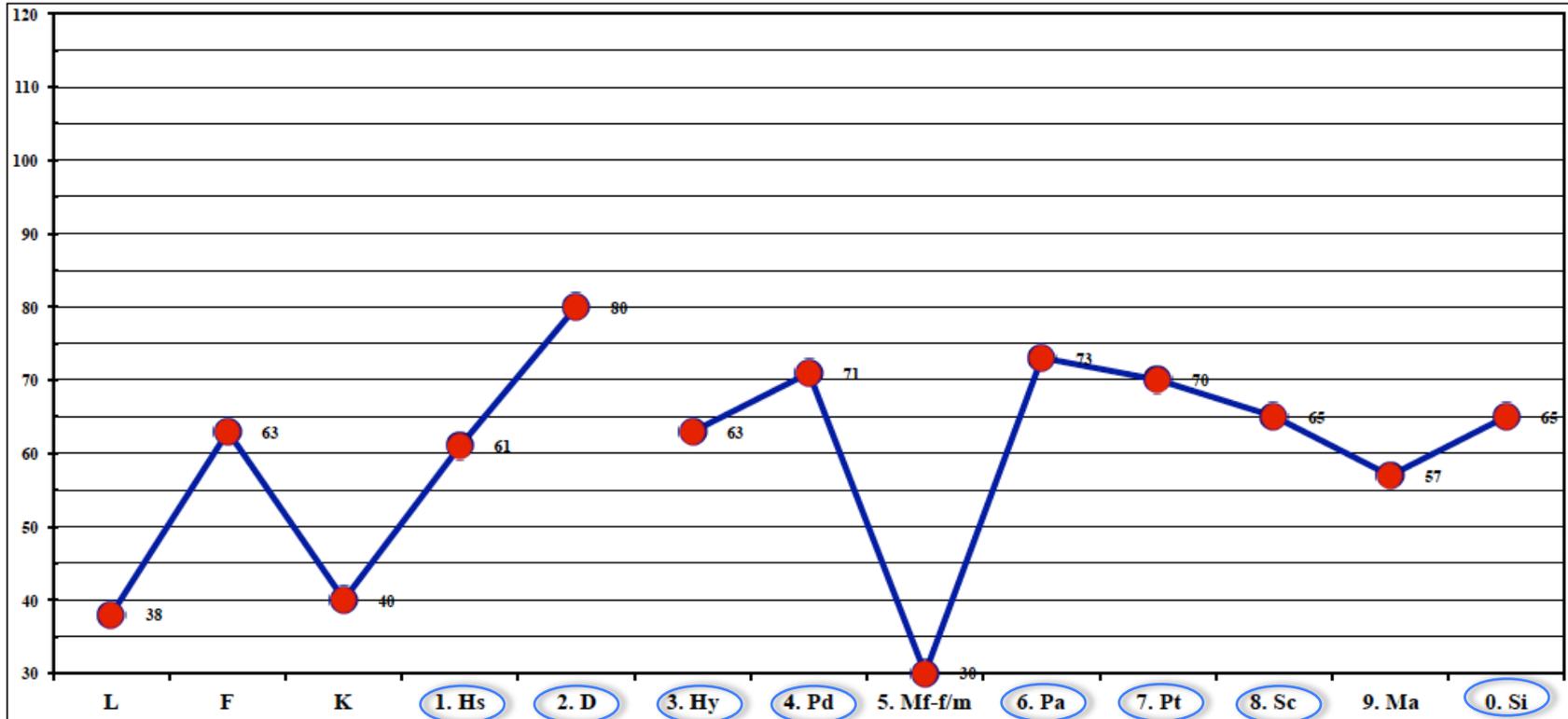


L circa 65, F 50, K 40-45: tipica di
soggetti poco sofisticati che
stanno cercando di fare una
buona impressione. Difficile
intervento terapeutico.

Serie 4



MMPI-2



Scale Cliniche di Base

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>	<i>Punti T Corretti k</i>
1. Hs	15	70	61
2. D	39	80	
3. Hy	31	63	
4. Pd	30	72	71
5. Mf-f/m	45	30	
6. Pa	19	73	
7. Pt	32	70	70
8. Sc	31	67	65
9. Ma	21	60	57
0. Si	42	65	

Scala 1 (Hs): Ipocondria (32 items)

La scala misura l'entità delle preoccupazioni somatiche su sfondo nevrotico.

-T <40: indicativo di assenza di preoccupazioni somatiche, ottimismo, capacità di introspezione.

- T tra 58-64: indagare sull'eventuale presenza di una qualche malattia o di un disturbo somatico specifico.

- T > 80: e nella scala 3 (Hy)(possibile disturbo di conversione) e 8(Sc) (presenza di deliri somatici)

Aree diagnostiche correlate: disturbi d'ansia e depressivi, disturbi somatoformi. (Persone affette da malattia effettiva hanno di norma punteggi T attorno ai 60).

Scala 2 (D): Depressione (57 items)

La scala fa riferimento a un costrutto di depressione ad ampio spettro con umore deflesso, sintomi fisici, disturbi del sonno, gastrointestinali, sentimenti di disperazione...

- T < 40: descrivono soggetti tendenti alla vivacità, socievoli e attivi.

- T 56-65: necessità di indagare sul pessimismo, sconforto.

- - T 66-75: solitario, triste, disforico, poca energia, scarsa concentrazione, disturbi

- fisici e del sonno, autocritico, pessimista

- - T > 75: ritirato, disperato, sentimenti di indegnità, senso di colpa opprimente, idee suicidarie, rallentamento psicomotorio.

È la scala più frequentemente elevata nella popolazione clinica ed è molto sensibile alle alterazioni del tono dell'umore.

- Area diagnostica correlata: disturbi depressivi

Scala 4 (Pd): Deviazione Psicopatica (50 items)

La scala 4 valuta la presenza di caratteristiche quali disadattamento sociale, problemi con l'autorità, disprezzo per le norme sociali, morali, e contrasti familiari.

- T < 40: possono indicare soggetti che non hanno difficoltà ad essere conformisti e disponibili a riconoscere l'autorità.
- T 56-65: impulsivo e intraprendente, socievole, permaloso, tendenza a prevalere;
- T 66-75: problemi con l'autorità, con il coniuge e/o sul lavoro, abuso di sostanze, relazioni ed emotività "superficiali", oppositività, impulsività;
- T > 75: irresponsabile e incostante, egocentrico, aggressivo o violento, acting-out, ribellione all'autorità, amorale;
- Valutare sempre il contesto attuale: tale scala si eleva in soggetti che stanno affrontando situazioni conflittuali o stressanti (es. divorzio). In ogni caso mostra una difficoltà di controllo, rabbia esternalizzata, alienazione e diffidenza emotiva
- Diagnosi correlate: Disturbi di Personalità (Antisociale, Passivo-aggressivo, Istrionico, Borderline) e dell'Umore.

Scala 6 (Pa): Paranoia (40 items)

La scala valuta la presenza di sospettosità, sensibilità interpersonale, rigidità e idee di riferimento. I contenuti di alcuni item riguardano in maniera diretta idee di persecuzione e grandiosità.

- T < 35: paradossalmente persone con problemi paranoide cadono in tali punteggi. Interpretare con cautela.
- T 56-65: ipersensibile ai torti e rifiuti, moralista-vittimista, cauto nell'intraprendere relazioni
- **T 66-75: predisposizione paranoide. Permaloso e rabbioso, sospettoso, rigido, spostamento colpe, fraintendimento delle situazioni sociali**
- T > 75: sono tipici di soggetti che esprimono l'ostilità apertamente utilizzando il meccanismo difensivo della proiezione come razionalizzazione dei loro comportamenti.
- Diagnosi correlate (con punteggi elevati): schizofrenia paranoide, disturbo di personalità paranoide

Scala 7 (Pt): Psicastenia (48 items)

Nata per individuare persone con problematiche di tipo ossessivo-compulsivo. (Psicastenia = debolezza nel controllo mentale di azioni e pensieri). Ad oggi individua stati generali di elevata ansia (fobie, pensieri intrusivi..), alti standard di moralità, alta autocritica e scarsa fiducia in sé, lamentele fisiche, iper-controllo degli impulsi.

- T 56-65: responsabile, gran lavoratore, ordinato, autocritico
- T 66-75: insicuro, ansioso, insicuro, ansioso, risposte maladattate allo stress, scarse capacità di coping;
- T > 76: agitazione, superstizione, rimuginò, sensi di colpa, sentimenti depressivi, ritualità rigida, ansie specifiche;
- Diagnosi correlate: disturbi d'ansia e dell'umore, DP ossessivo, depressivo

Scala 8 (Sc): Schizofrenia (78 items)

Nata per diagnosticare disturbi schizofrenici di vario tipo (semplice, catatonico, etc.): **obbiettivo fallito**. Gli item si riferiscono a sintomi psicotici, alienazione sociale, difficoltà nelle relazioni (anche familiari), preoccupazioni sessuali, discontrollo degli impulsi, preoccupazioni, paure e insoddisfazione

- T < 40: socievoli, sensibili, docili e disponibili, equilibrati, adattabili, responsabili.

- T 56-65: tendenza all'isolamento , fantasioso, creativo, eccentrico;

-T 66-75: isolamento e ritiro nella fantasia, convinzioni inconsuete, comportamento o aspetto bizzarro, dubbi sulla propria identità, difficoltà di concentrazione e di pensiero;

- T 76-90: comportamenti eccentrici, isolamento sociale e scarso contatto con a realtà; possibile presenza di disturbo del pensiero, deliri, allucinazioni, comportamenti autistici;

- T >90: stato di crisi acuta. Di norma soggetti psicotici non ottengono punteggi così elevati.

- Diagnosi correlate: disturbi psicotici, DP (borderline, cluster A)..

Solitamente tale scala è elevata quando ci sono difficoltà relazionali e isolamento

Scala 10 (Si): Introversione Sociale (62 items)

La scala, fu concepita per valutare la tendenza delle persone ad allontanarsi dalle situazioni sociali e dalle responsabilità.

Le variazioni di punteggio possono essere lette sia verso l'alto che verso il basso.

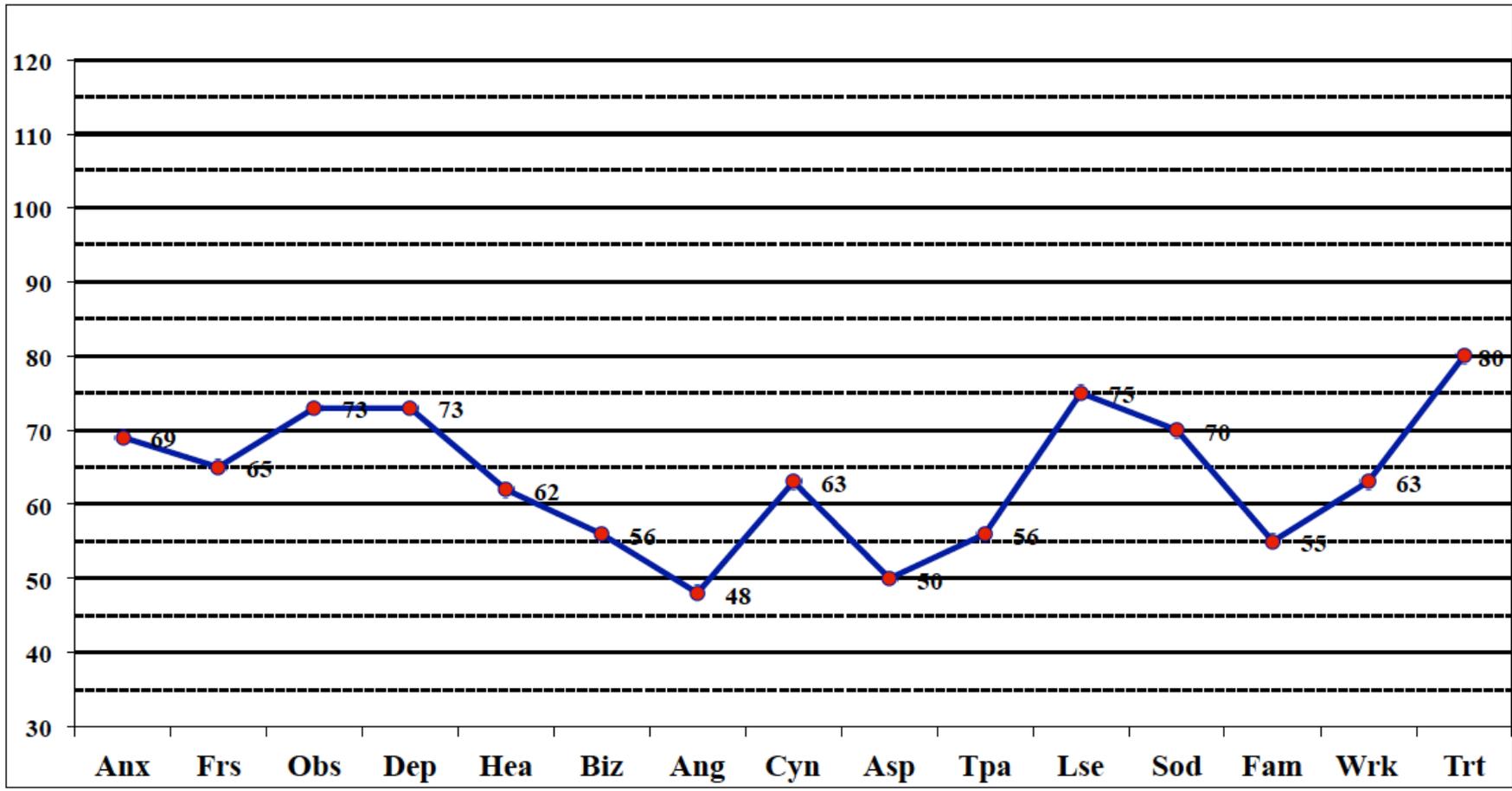
- T 56-65: riservato, controllato, serio e cauto, poco adeguato socialmente;

- T 66- 75: introverso e timido, scarsa fiducia in sé, melanconico, remissivo e accondiscendente, rigido;

- T > 76: isolato socialmente, evitamento di situazioni sociali ansiogene, insicuro, indeciso, sottomesso, tendenza al rimuginio

- T < 40: socievole, fiducia in sé, esibizionista, manipolativo

Diagnosi correlate: Disturbi d'ansia specifici (es. fobia sociale), DP evitante.



Quindici (15) “scale di contenuto”

- **ANX** (Anxiety) **Ansia**: individua sintomi generali di ansia, problemi somatici, difficoltà di sonno e concentrazione;
- **FRS** (Fears) **Paure**: misura, indica la presenza paure e le fobie;
- **OBS** (Obsessiveness) **Ossessività**: valuta i disturbi ossessivi. indica la presenza di comportamenti ossessivi;
- **DEP** (Depression) **Depressione**: individua i pensieri significativamente depressi;
- **HEA** (Health Concerns) **Preoccupazioni per la salute**: individua soggetti che dichiarano sintomi fisici su tutto il corpo. indica la presenza di un'eccessiva preoccupazione per la propria salute fisica;
- **BIZ** (Bizarre Mentation) **Ideazione bizzarra**: misura i processi di pensiero psicotico;
- **ANG** (Anger) **Rabbia**: individua i soggetti con problemi di controllo della rabbia;
- **CYN** (Cynism) **Cinismo**: misura la tendenza alla misantropia e sospettosità verso gli altri;

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>
Anx	16	69
Frs	13	65
Obs	13	73
Dep	24	73
Hea	14	62
Biz	4	56

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>
Ang	6	48
Cyn	17	63
Asp	8	50
Tpa	12	56

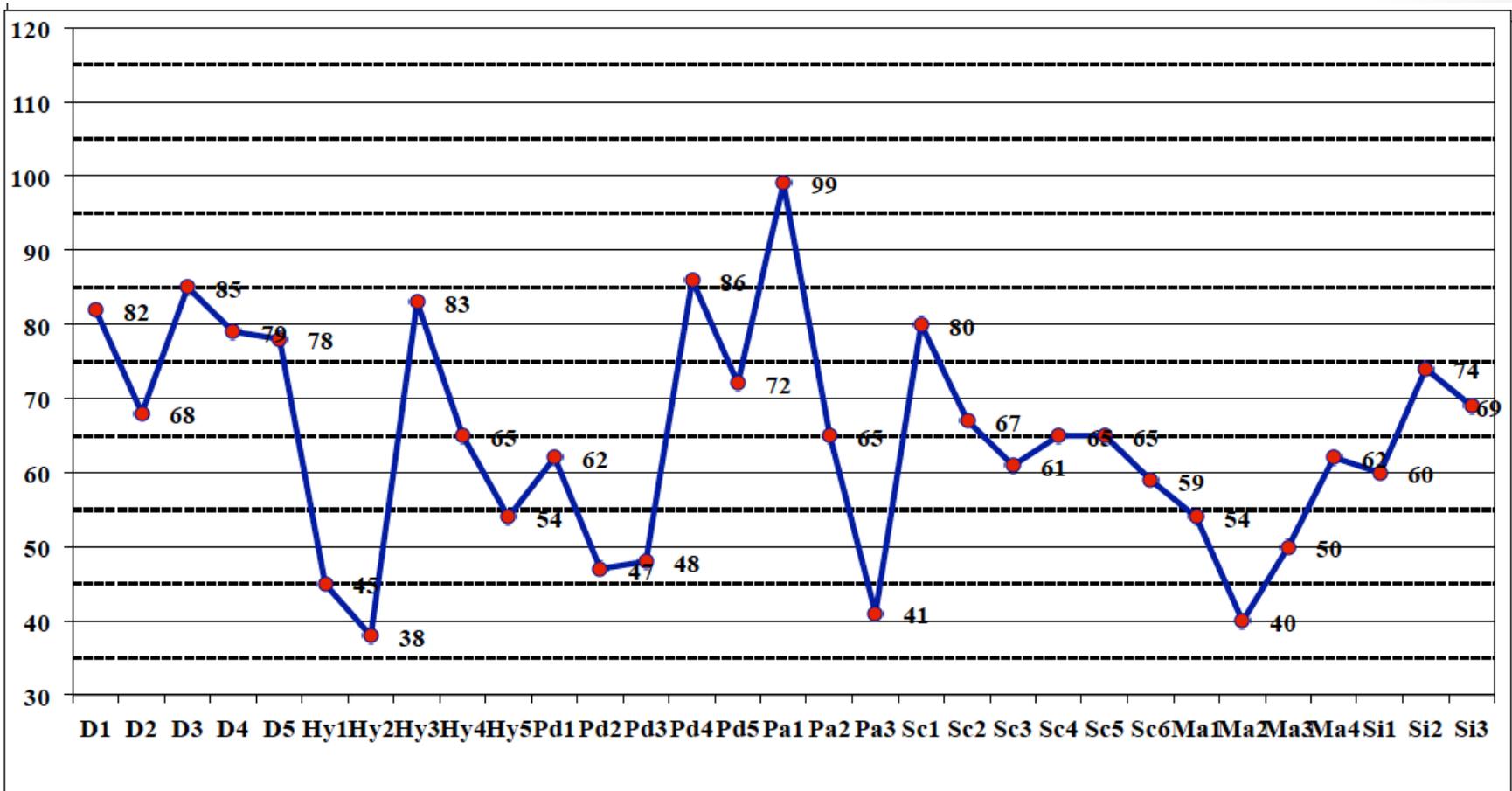
Quindici (15) “scale di contenuto”

- **ASP** (Antisocial Practices) **Comportamenti antisociali**: individua soggetti che hanno avuto problemi di comportamento antisociale nel passato;
- **TPA** (Type A) **Tipo A**: individua i soggetti di tipo A ipermotivati, centrati sul lavoro e irritabili (patologie cardiovascolari);
- **LSE** (Low Self-Esteem) **Bassa autostima**: individua persone con bassa opinione di sé;
- **SOD** (Social Discomfort) **Disagio sociale**: misura il disagio a stare in gruppo;
- **FAM** (Family Problems) **Problemi familiari**: segnala la presenza di conflitti familiari;
- **WRK** (Work Interference) **Difficoltà sul lavoro**: misura i contrasti, conflitti sul lavoro.
- **TRT** (Negative Treatment Indicators) **Indicatori di difficoltà di trattamento**: valuta gli atteggiamenti negativi verso i trattamenti di salute mentale.

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>
Ang	6	48
Cyn	17	63
Asp	8	50
Tpa	12	56

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>
Lse	17	75

	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>
Sod	16	70
Fam	10	55
Wrk	18	63
Trt	20	80



Sottoscale di Harris & Lingoes

D1 depressione soggettiva
D2 rallentamento psicomotorio
D3 disfunzioni fisiche
D4 inefficienza mentale
D5 rimuginazione

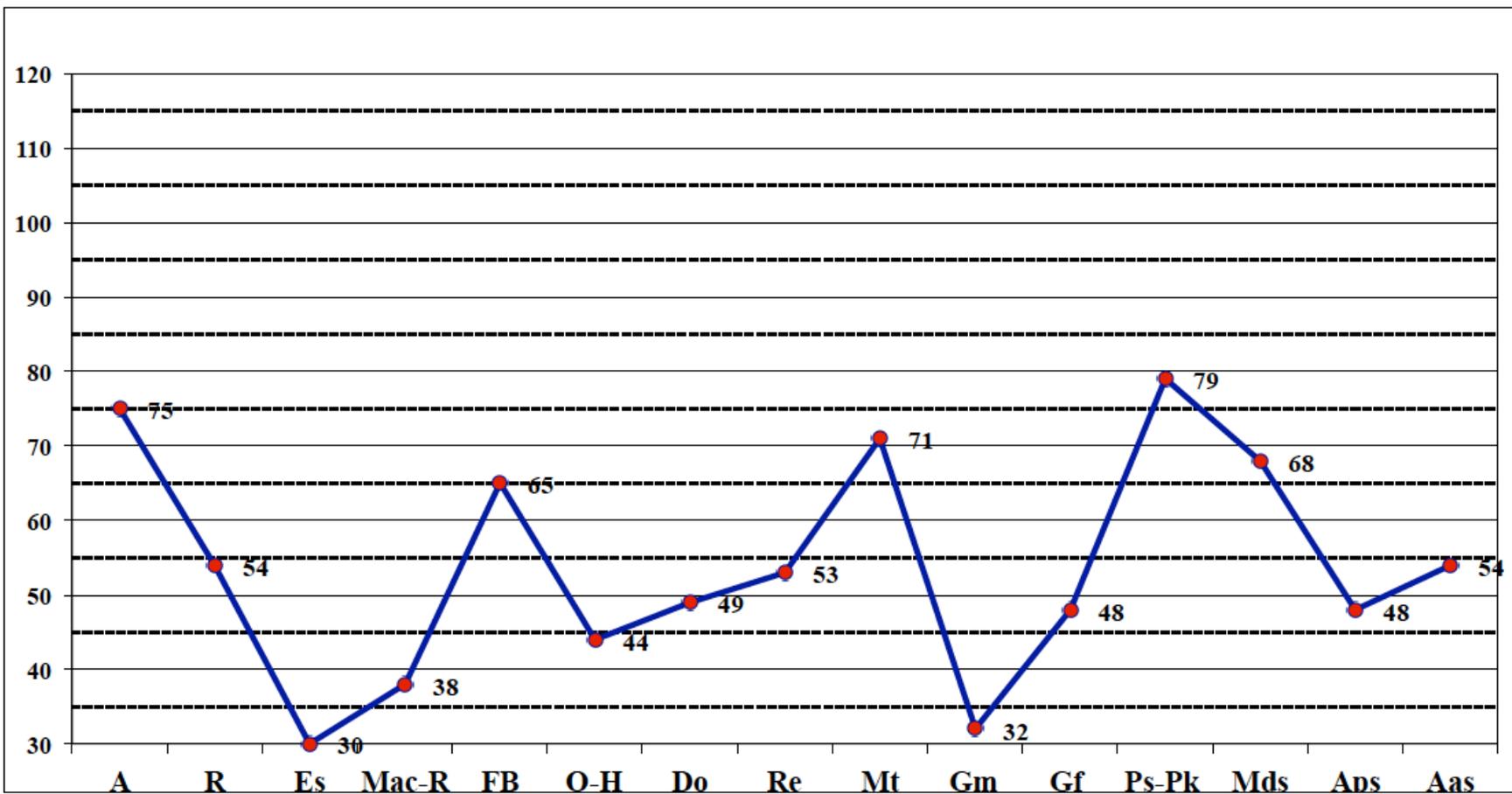
Hy1 negazione di ansia sociale
Hy2 bisogno d'affetto
Hy3 stanchezza-malessere
Hy4 disagio somatico
Hy5 inibizione dell'aggressività

Pd1 contrasti familiari
Pd2 problemi con l'autorità
Pd3 imperturbabilità sociale
Pd4 Alienazione sociale
Pd5 autoalienazione

Pa1 idee persecutorie
Pa2 suscettibilità
Pa3 ingenuità

Sc1 alienazione sociale
Sc2 alienazione emozionale
Sc3 perdita contr. dell'io, cognitiva
Sc4 perdita conativa
Sc5 perdita mancanza d'inibizione
Sc6 esperienze sensoriali bizzarre

Ma1 amoralità
Ma2 accelerazione psicomotoria
Ma3 imperturbabilità
Ma4 ipertrofia dell'io



○ **A. Ansietà (Anxiety):** gli item riflettono stress generalizzato, sofferenza e disagio emotivo. Punteggi elevati identificano soggetti ansiosi, con un forte stress emotivo, insicuri e poco fiduciosi nelle proprie capacità. La scala è indicativa di stress e disagio di stato.

○ **Mt. Disadattamento universitario (College Maladjustment):** Tre sono le componenti essenziali: 1) bassa autostima; 2) perdita di energia; 3) cinismo/scontentezza. Alti punteggi descrivono studenti poco efficaci, pessimisti, inclini a rimandare, ansiosi...

○ **Pk. Disturbo post-traumatico da stress (Post-traumatic Stress Disorder-Keane):** nella scala è possibile distinguere 5 cluster di item 1) lamentele ansiose; 2) deperessione; 3) pensieri intrusivi; 4) difficoltà di controllo; 5) convinzione di incompienza e di maltrattamento.

○ **Ps. (Post.Traumatic Stress Disorder-Schlenger):** malessere generalizzato

○ **MDS. Disagio coniugale (Marital Distress).** Alti punteggi possono essere indicativi di un malessere coniugale.

REPORT MMPI-2

Alla paziente è stato somministrato l' MMPI-2. Il soggetto ha risposto a tutti gli item sforzandosi di completare in maniera coerente il questionario e i risultati possono essere considerati un quadro accurato del funzionamento della sua personalità in questo momento. Il soggetto ha fornito un'immagine di sé abbastanza equilibrata con un giusto riconoscimento sia degli aspetti positivi che di quelli negativi tuttavia si riscontrano tendenze alla convenzionalità e alla modestia.

Si evince l'inclinazione a sviluppare sintomi fisici come risposta allo stress. Si nota una visione pessimistica sia verso il futuro sia verso la possibilità di superare i problemi e raggiungere un migliore adattamento. Il soggetto si presenta rigido e tendente alla preoccupazione. In situazione di pressing e\o di particolare stress è frequente la rinuncia al conseguimento degli obiettivi prefissati. Si riscontra una tendenza al ritiro con tonalità malinconica dell'umore, riservatezza ed estrema reticenza nelle situazioni sociali, evitamento e restringimento dei contatti sociali ai familiari e agli amici più stretti. Il soggetto potrebbe spesso mostrare atteggiamenti di ritiro sociale, isolamento, alla riservatezza, nel timore di doversi confrontare con persone nuove. Infine si nota una tendenza al nervosismo, inquietudine, si evidenzia anche indecisione, rigidità e disagio nei confronti dei cambiamenti. Si nota senso di insufficienza e inadeguatezza con disagio nelle interazioni sociali.

E' presente, inoltre, un atteggiamento di esagerata coscienziosità, scrupolosità e inflessibilità rispetto ai valori di etica e morale, con relativo senso di colpa per il mancato conseguimento.

Si nota la tendenza a gestire i problemi in termini conflittuali come confermato dal soggetto durante il colloquio, quando descrive il rapporto con le sue amicizie attuali. Si sospetta la presenza di problematiche familiari e mancanza di supporto emotivo in famiglia. Si nota una certa sensibilità alle critiche, con eccessivo moralismo e rigidità nelle opinioni, una tendenza pervasiva e immotivata a interpretare le azioni delle persone come deliberatamente umilianti e minacciose, con persistente sensazione di essere oggetto di biasimo tramutandosi in sensibilità verso le opinioni degli altri, al rifiuto e alla disapprovazione da essi.