

# LA PSICODIAGNOSI FONDAMENTALE

## Il Questionario “Minnesota Multiphasic Personality Inventory” : “dall’MMPI I all’MMPI II ed A: gli strumenti nello strumento”

Sabato 26 Giugno 2010  
Dott.ssa Margherita Mariano

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

**M.M.P.I. - 2**

COGNOME:.....  
NOME:.....  
NUMERO DI ARCHIVIO:.....  
DATA:.....  
NOME DELL'ESAMINATORE:.....

### Istruzioni:

il presente questionario è composto da varie frasi numerate.

Legga ogni frase e decida – riferendosi alla Sua Persona – se la frase è vera o falsa.

Segni le risposte direttamente su questo modulo.

Se una frase – riferendosi alla Sua persona – è *vera o prevalentemente vera*, faccia una crocetta sulla casella segnata con **V**.

Se la frase – sempre riferendosi alla Sua persona – è *falsa o generalmente non vera*, faccia una crocetta sulla casella segnata con **F**.

Se la frase non può essere riferita alla Sua persona, o se riguarda qualcosa che non conosce, non faccia nessun segno. Tenti comunque di dare una risposta a ciascuna frase.

Ricordi di dare la **Sua** opinione su di sé.

Nel segnare le risposte, faccia segni ben chiari e marcati. Se vuole cambiare risposta, faccia un circoletto su quella che desidera cancellare ed apponga la crocetta su quella scelta definitivamente.

**Si ricordi di rispondere, se possibile, ad ogni frase.**

## ***Minnesota Multiphasic Personality Inventory “MMPI”***

### ***Questionario di personalità***

(test ad ampio spettro)  
più longevo : anni '30-'40;

permette di ottenere una  
***descrizione obiettiva della personalità;***

consente di valutare le più importanti  
***caratteristiche strutturali della personalità***  
ed i ***disturbi emozionali.***

## ***Minnesota Multiphasic Personality Inventory “MMPI”***

più diffuso al mondo in ambito clinico.

è stato adottato in almeno 45 paesi,  
con una bibliografia di migliaia di titoli  
ed una solida base empirica.

## TEST DI PERSONALITA'

Strumenti che misurano le caratteristiche di un individuo :

- .emotive;
- .motivazionali;
- .interpersonali;
- .di atteggiamento

distinte dalle sue abilità intellettive.

Primi tentativi di una classificazione della personalità (normale o patologica):  
probabilmente nascono con l'uomo

- **Astrologia;**
- **(460-377 a. C.) Ippocrate;**

**Fine del XIX sec.  
Primi tentativi di “MISURAZIONE”  
della “PERSONALITA’ ”:**

- (1895) Kraepelin;
- (1910) Jung;
- (1910) Kent e Rosanoff;
- (1919) Woodworth “Personal Data Sheet”

**Primo vero questionario di personalità**

(1919) Woodworth “Personal Data Sheet” (probabilmente  
noto come “*Psychoneurotic Inventory*” – DuBois -) :

Elaborato durante la I° guerra mondiale :

- .per identificare velocemente soggetti inabili al servizio militare per gravi problemi emotivi;
- .tentativo di standardizzare il colloquio psichiatrico e di adattare tale procedimento nell’applicazione in massa dei test;
- .116 domande (item) con modalità di risposta sì / no;
- .un numero eccessivo di risposte affermative indicava la necessità di un colloquio individuale col soggetto.

## Primo vero questionario di personalità

(1919) Woodworth "Personal Data Sheet" (probabilmente  
noto come "*Psychoneurotic Inventory*" – DuBois -) :

Domande : "**deviazioni del comportamento**" :

fobie, ossessioni, comportamenti coatti, incubi e altri disturbi del sonno, eccessiva stanchezza e gli altri sintomi psicosomatici, le sensazioni di irrealtà e le turbe motorie come tic e tremori;

Fonti da cui venivano tratte le prove:

raccolta di notizie circa i comuni sintomi nevrotici e prenevrotici dalla letteratura psichiatrica e da colloqui con psichiatri;

comune riconoscimento che determinate specie di comportamento andavano considerate come forme di disadattamento);

## Primo vero questionario di personalità

(1919) Woodworth "Personal Data Sheet" (probabilmente  
noto come "*Psychoneurotic Inventory*" – DuBois -) :

.tendeva a valutare più l'immagine che il paziente dava di sé piuttosto che l'immagine reale;

.non fu completato in tempo per consentirne l'utilizzo a livello operativo prima della fine della prima guerra mondiale, ma costituì un **modello** per i successivi questionari che si proponevano di misurare l'adattamento emotivo o altre caratteristiche di personalità come la :

*Thurstone Personal Schedule* (Thurstone e Thurstone 1930)  
o il

***Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI***  
(Hathaway e McKinley 1930-1940).

## ***Minnesota Multiphasic Personality Inventory “MMPI”***

Questionario di personalità  
costruito (scale) con il  
metodo dell'  
***“interpretazione in base ad un criterio  
empirico”***  
***(modello teorico di riferimento)***

Metodo dell'  
“interpretazione in base ad un criterio empirico”  
(Empirical Criterion Keying)

Meehl (1945) scrive, in una prima definizione di questo metodo :

“...gli inventari di personalità di tipo verbale *non* vanno visti nel modo più proficuo come un' 'autovalutazione' o un' autodescrizione, il cui valore esige che si presupponga accuratezza da parte del soggetto nel compiere le osservazioni di se stesso. Viceversa, la risposta a una domanda del questionario deve essere vista come un segmento intrinsecamente interessante del comportamento verbale, informazione questa che può essere più preziosa di qualsiasi informazione circa il materiale 'reale' di cui tratta la domanda. Perciò, se un ipocondriaco dice di avere 'molti mal di testa', il fatto interessante è che egli **dica questo**”

Metodo dell'  
“interpretazione in base ad un criterio empirico”  
(Empirical Criterion Keying)

Seguendo le procedure di tale metodo, le **risposte** cui danno origine gli stimoli sono :

- .classificate in base ai rispettivi comportamenti correlati, stabiliti in maniera empirica;
- .trattate alla stessa stregua delle risposte di qualsiasi altro test psicologico.

Il fatto che le risposte al questionario possano corrispondere alla percezione che il soggetto ha della realtà, non cambia affatto questa situazione, ci fornisce un' ipotesi per spiegare la validità, stabilita empiricamente, di certe domande.

## Valutazione empirica per la costruzione del test

gli autori hanno :

- elaborato un migliaio di affermazioni presentate, poi, a
  - .pazienti (ipocondriaci, depressi, isterici, paranoici, psicoastenici, schizofrenici, ipomaniaci e psicopatici) dell'Ospedale dell'Università del Minnesota;
  - .soggetti appartenenti alla popolazione generale (visitatori, parenti o amici dei pazienti).
- selezionato gli item in grado di discriminare il gruppo dei “normali” dal gruppo dei “patologici”.

## MMPI originale

Hathaway (Psicologo) McKinley (Neuropsichiatra)  
1ª pubblicazione negli Stati Uniti nel 1942

Sviluppato :

.presso l'Università del Minnesota

.per l' **esigenza di Psicologi e Psichiatri** di avere a disposizione un test pratico ed efficace per :

-*formulare* con maggior precisione una *diagnosi* psichiatrica e psicologica;

-*determinare la gravità del disturbo* psicopatologico (secondo le categorie concettuali degli anni '30)

“*supporto diagnostico*”

## MMPI originale

1° vero strumento relativamente agevole da usare per la distinzione :  
tra normalità e patologia.

Discreto indicatore di patologie specifiche :  
strumento di screening di psicopatologia più usato sia a livello di grosse Istituzioni (es. forze armate), sia a livello del singolo professionista.

Offre materiale utile per la formulazione di ipotesi di tipo comportamentale e/o sintomatico sulla persona che si sottopone al test.



## MMPI originale

è possibile una diretta applicabilità a livello clinico e diagnostico;

c'è una scarsa influenzabilità a livello di somministrazione e di siglatura da parte dell'esaminatore;

il profilo è di facile interpretazione.

## MMPI originale

Campione :

gruppi di pazienti con diverse diagnosi e un gruppo di persone normali;

Richiesta al "paziente", al "candidato":

rispondere ad una serie di affermazioni "566 item"  
Vero/Falso (doppia alternativa di risposta);

Scale del questionario :

formate dalle affermazioni che differenziavano il gruppo patologico da quello delle persone normali.

## MMPI : versione italiana

(1948) REDA Giancarlo :  
1^ traduzione italiana dell'MMPI;

(1957) versione utilizzata prima della comparsa dell'MMPI-2 (messa a punto dall'Istituto nazionale di Psicologia del CNR e dall'Istituto neuropsichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia - Hathaway e Mckinle 1940- ).

## MMPI : versione italiana

(1973) Nencini e Belcecchi :  
ultima taratura del test;

(1974) Pancheri et al. :  
primi esempi di software per la correzione e l'interpretazione computerizzata di un test;

(1979) Mosticoni e Chiari :  
manuale italiano (di un certo spessore).

## MMPI : versione italiana

Sono state validate, tre (3) diverse FORME, organizzate in "libretto"  
(per una somministrazione sia Individuale che Collettiva) :

**1. COMPLETA = 550 ITEM**

(566 nella forma originale americana: eliminati  
item, non pertinenti al contesto italiano);

**2. RIDOTTA = 357 ITEM;**

**3. ABBREVIATA = 174 ITEM**

(consente la somministrazione a soggetti  
con un basso livello culturale).

### "Consegna" delle istruzioni (stampata sul libretto) :

invita a dare una risposta sincera e spontanea, senza pensare che ci  
siano risposte giuste o sbagliate; annerendo con un pallino o facendo  
una crocetta sulla V se si ritiene l'affermazione Vera o prevalentemente  
Vera; sulla F se si ritiene l'affermazione Falsa o prevalentemente Falsa.  
E' indispensabile dare sempre una risposta. Non ci sono limiti di tempo.

Qualora ci dovesse essere una richiesta di "chiarimento" :  
evitare il più possibile la discussione, verificare la comprensione del  
significato (soprattutto in presenza di avverbi e verbi) ed invitare a  
rispondere secondo il proprio punto di vista.

Il "luogo" dovrebbe essere :  
tranquillo e non dovrebbe recare disagio al soggetto.

Non è previsto un limite di "tempo" :  
il tempo necessario per completare il test varia dai 30 minuti alle due  
ore.

## **Costrutto misurato**

*numero estremamente elevato di costrutti attraverso molteplici scale e subscale.*

I più comuni e storicamente rappresentativi :

## **Scale di validità**

*L (Lie = menzogna)*

*K (Correction = correzione)*

*F (Frequency = frequenza)*

## Scale cliniche

- Hs* (*Hypocondriasis = ipocondria*)  
*D* (*Depression = depressione*)  
*Hy* (*Conversion Hysteria = isteria*)  
*Pd* (*Psychopathic Deviate = deviazione psicopatica*)  
*Mf* (*Masculinity-Femininity = mascolinità-femminilità*)  
*Pa* (*Paranoia*)  
*Pt* (*Psychasthenia = psicastenia*)  
*Sc* (*Schizophrenia = schizofrenia*)  
*Ma* (*Hypomania = ipomania*)  
*Si* (*Social Introversion = introversione sociale*)

## Dieci (10) Cliniche :

<i>Hs</i>	Ipocondria	AREA
<i>D</i>	Depressione	NEVROTICA
<i>Hy</i>	Isteria	
<i>Pd</i>	Deviazione psicopatica	AREA
<i>Mf</i>	Mascolinità-Femminilità	SOCIOPATICA
<i>Pa</i>	Paranoia	AREA
<i>Pt</i>	Psicastenia	PSICOTICA
<i>Sc</i>	Schizofrenia	
<i>Ma</i>	Ipomania	
<i>Si</i>	Introversione sociale	

Nella "Forma Abbreviata" le scale *Hs* e *Ma* non compaiono ed è presente la scala A "Aggressività".

## TRE AREE FONDAMENTALI di COMPORTAMENTO :

### 1.AREA NEVROTICA

(Hs, D ed Hy)

### 2.AREA SOCIOPATICA

(Pd ed Mf)

### 3.AREA PSICOTICA

(Pa, Pt ed Sc)

## 1.AREA NEVROTICA

(Hs, D ed Hy)

correlano

sia sul piano clinico che caratterologico  
con quei tratti di comportamento  
abituamente definiti "NEVROTICI"  
(espressioni somatiche di stati emotivi;  
prevalenza di comunicazioni non verbali;  
ricerca di vantaggi secondari).

## 2.AREA SOCIOPATICA (Pd ed Mf)

correlano

le conseguenze sociali dei comportamenti.  
Elevazione dei punteggi, indica la difficoltà di socializzazione per rifiuto attivo delle norme di convivenza, problemi derivanti da un mancato “Adattamento Sociale”.

## 3.AREA PSICOTICA (Pa, Pt ed Sc)

si correlano

a difficoltà di comunicazione con l'ambiente e con gli altri, soprattutto a causa di difficili o “particolari” interpretazioni della realtà.

## **Modello teorico di riferimento:**

Nosografia Kraepeliniana;  
descrittivo;

E. Kraepelin ha sostenuto come la conoscenza in psichiatria si snoda lungo il semplice e omogeneo sentiero della osservazione e della descrizione dei modi di comportarsi e dei modi di apparire dei pazienti e dei sintomi in cui la sofferenza psichica si manifesta: al di là e al di fuori di ogni riflessione e di ogni attenzione ai contenuti interiori, ai vissuti, dei pazienti e ai significati (alle connotazioni simboliche) dei sintomi psicotici (la classificazione Kraepeliniana prevedeva una netta distinzione tra due grandi gruppi di malattie: la dementia praecox e la psicosi maniaco-depressiva “depressione endogena”).

## **Registrazione dei risultati :**

viene fatta dai soggetti stessi (nella colonna a destra, del libretto a perdere; su un modulo a parte se il libretto è rigido) con le risposte V o F.

Le risposte in “bianco” sono considerate “Omissioni” (con 10 item omessi o “doppi”, bisogna chiedere al soggetto di impegnarsi nel classificarle prevalentemente V o F).



## Scoring Manuale :

.sovrapporre le “Griglie semitrasparenti” (una per ogni scala : di controllo e clinica) su cui sono riportati dei cerchietti attraverso i quali si attribuisce 1 (un) punto per ogni crocetta/pallino che compare dentro il cerchietto;

.terminato il computo dei punteggi grezzi per le varie scale, si riportano i risultati sul “Profilo dei Maschi o delle Femmine” a seconda del sesso del soggetto;

.a destra del profilo viene riportato il punteggio “K” ed i valori delle frazioni di K da utilizzare per le varie scale (con  $K = 0 <$  alla media “punto  $T = 50$ ”, la correzione non modifica i risultati ed è sostanzialmente superflua; con K elevato, si hanno rilevanti modifiche nel profilo).

*(I punteggi ottenuti alla scala K, si riferiscono alla capacità del soggetto di porre in atto delle difese sia sul piano comportamentale che nei confronti del test stesso. Viene effettuata una correzione, del profilo, in base al punteggio grezzo di K per aumentare la discriminazione dei profili normali da quelli patologici).*

## Scoring Computerizzato :

mediante la lettura ottica del modulo a parte, utilizzato con il libretto rigido

## Profilo di personalità :

si ottiene unendo i punteggi ottenuti ad ogni scala.

## Valori di normalità di ogni scala

si collocano tra i 30 ed i 70 punti T.

## INTERPRETAZIONE

a partire dal profilo  
che si ottiene attraverso una serie di  
valori  
esprimenti il punteggio  
delle diverse scale  
e delle varie associazioni tra di esse.

## **M.M.P.I. 2** **“Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2”**

Hathaway e McKinley (1989)

## MMPI-2

Autori : Hathaway S. R., McKinley J. C.

Revisori :

JN Butcher, WG Dahlstrom, JR Graham, A. Tellegan, e B. Kaemmer

University of Minnesota Press, Minneapolis

Versione modificata pubblicata nel 1989; ed  
ulteriormente rivista nel 2001.

Edizione italiana:

O. S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1995  
adattamento a cura di Pancheri P. e Sirigatti S.

## M.M.P.I. 2

II<sup>a</sup> edizione di uno dei questionari americani  
più conosciuti ed utilizzati in campo clinico;

versione aggiornata e ristandardizzata del  
test;

sono presenti molti elementi dell'MMPI  
originale (*nuova e la vecchia versione rimangono in larga  
parte equivalenti*) :

scale di base;

profili diversificati per maschi e femmine;  
griglie per la correzione manuale;

norme con e senza correzione della scala K.

## **M.M.P.I. 2**

Sono state effettuate modifiche per :  
accrescere l'utilità dello strumento e,  
venire incontro alle mutate esigenze  
dell'assessment in psicologia clinica e  
psichiatria.

Bisogna avere dimestichezza con le  
attuali concezioni Psicodiagnostiche e  
con i vari Sistemi Diagnostici.

## **M.M.P.I. 2**

.gli item mantenuti, sono stati riformulati per  
eliminare l'ambiguità (linguaggio sessista, modi di dire obsoleti  
e sono stati eliminati tutti quelli il cui contenuto sollevava obiezioni) e  
discriminazioni di genere;

.inclusi nuovi item;

.aggiunti nuovi indicatori di :  
validità (la scala F-Back (F<sub>B</sub>),  
incoerenza (VRIN e TRIN),  
della tipizzazione sessuale (M e F);

.sono presenti scale supplementari e di contenuto  
che includono un gruppo di nuove misure  
sperimentali.

## **M.M.P.I. 2**

E' stato adottato un :

nuovo metodo per trasformare i punteggi grezzi in punti T.

I punti T, ricavati dalle nuove norme, hanno il punteggio che indica patologia più bassa di quello ricavato dai campioni originari.

## **Standardizzazione italiana:**

### **– Campione normativo**

1375 soggetti: 403 maschi e 972 femmine, di 27 anni di età media e con una scolarità media di 12 anni (DS= 4,68).

### **– Dati normativi:**

Il Manuale fornisce tabelle di conversione dei punteggi grezzi in punti T distinti per genere.

## **Attendibilità:**

La coerenza interna (alfa di Cronbach) varia da 0,34 a 0,91 per le scale di base, da 0,31 a 0,91 per le scale supplementari e da 0,70 a 0,87 per le scale di contenuto. I valori tendono ad essere migliori nell'adattamento italiano rispetto ai valori della versione originale.

## **Validità di costrutto:**

Essendo composto da più scale che misurano costrutti diversi, la validità va esaminata scala per scala. Al riguardo esiste una mole di ricerche enorme, prevalentemente in ambito anglosassone.

## MMPI-2 (1989):

**567 ITEM** (MMPI 550) : affermazioni su di sé (riguardano atteggiamenti, interessi, caratteristiche psicologiche, abitudini, convinzioni, disturbi somatici, aspirazioni, considerazioni generali);

i primi 370 possono essere adoperati in una somministrazione limitata, corrispondente all'uso della forma ridotta dell'M.M.P.I.

13 item eliminati;

71 item modificati nel contenuto;

30 item nuovi (riguardano aree non presenti nel MMPI originale);

466 item immutati.

## **Cambiamenti apportati nell'MMPI-2, negli item che compongono le scale fondamentali :**

(dal manuale dell'MMPI-2, Pancheri e Sirigatti, 1995)

**A** = eliminazione di parole con connotazioni sessiste;

**B** = modernizzazione del linguaggio;

**C** = miglioramenti grammaticali;

**D** = semplificazioni.



Scala	ItemEliminati	Item Rimasti	ItemModificati	Tipo di Cambiamento			
				A	B	C	D

L		15	2	1	1		
F	4	60	12	1	5	6	
K		30	1		1		

Scala	Item Eliminati	Item Rimasti	Item Modificati	Tipo di Cambiamento			
				A	B	C	D
Hs	1	32	5		1	3	1
D	3	57	2	1	1		
Hy		60	9		4	2	3
Pd		50	4		2	1	1
Mf	4	56	6	1	2	1	2
Pa		40	2	1			1
Pt		48	2			1	1
Sc		78	13		1	7	5
Ma		46	7	4	2	1	
Si	1	69	6		3	2	1

Scala	Item Eliminati	Item Rimasti	Item Modificati	Tipo di Cambiamento			
				A	B	C	D

	13		71	9	23	24	15
--	----	--	----	---	----	----	----

## Kit del test

- Manuale
- Questionario
- Foglio di risposta
- Griglie per scala
- Fogli di profilo (per sesso, per raggruppamenti di scale)

## 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' ), benché in Italia non esista una legislazione specifica sull'utilizzo dei test, 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

## Somministrazione :

Destinatari : Adolescenti e adulti (dai 18 anni in su)

“Tempo” di compilazione (non è previsto un limite di tempo) : 1 h e 30' circa (dai 45 minuti alle 2 ore)

“Luogo” dovrebbe essere : tranquillo e non dovrebbe recare disagio al soggetto.

“Richiesta” : rispondere *vero o falso* a seconda se l'affermazione sia per lui *prevalentemente vera o prevalentemente falsa*

## Somministrazione :

Individuale

Collettiva

Autosomministrazione

Mediante audiocassetta e personal computer  
(versione americana);

(versione italiana è disponibile solo sotto forma di  
protocollo cartaceo "carta-matita);

## Somministrazione

ad ampi gruppi :

speciali misure per assicurare la  
cooperazione e l'accuratezza nel  
completare il test;

.è consigliabile avere un'assistente

.ogni 20 – 25 soggetti sarebbero necessari  
un'esaminatore ed eventuale assistente.

## Limitazione di impiego :

**Completamento della scuola dell'obbligo** (media inferiore : grado d'istruzione richiesto per la sua leggibilità e comprensione);  
per soggetti di basso livello culturale esiste una versione abbreviata del MMPI, composta da soli 174 item ;

**Cooperazione ed impegno** per rispondere in modo adeguato al questionario "**Attenzione e Concentrazione**";

**Condizioni fisiche o stati emozionali** che possono compromettere la comprensione e l'interpretazione del contenuto e la corretta registrazione delle risposte;

**Intossicazione** da droghe o alcol;

A richiesta di chiarimenti evitare il più possibile la discussione ed invitare a rispondere secondo il proprio punto di vista.

## Limitazioni di impiego :

- difficoltà nella lettura;
- basso livello intellettivo;
  
- grave psicopatologia che induce il soggetto al rifiutare qualsiasi tentativo di accertamento psicodiagnostico;
  
- complicazioni neurologiche che implicino disturbi dell'attenzione, riducano le capacità cognitive o causino perdita della memoria.

## A CHI NON SOMMINISTRARLO

- Disturbi dell'apprendimento
- Limitata acuità visiva, dislessia o afasia semantica
- Intossicazione da droghe o alcool
- Stato di astinenza da farmaci o droghe
- Reazioni di tipo tossico ad agenti infettivi o deliri dovute a cause organiche
- Disorientamento causato da lesioni o traumi cerebrali
- Stati confusionali conseguenti a crisi epilettiche
- Danni neurologici derivanti da prolungate somministrazioni di farmaci
- Marcato rallentamento psicomotorio nelle depressioni maggiori
- Estrema distraibilità in stati maniacali

### **Hathaway e McKinley, 1997 :**

**“Ognuna di queste situazioni determina alterazioni dell’esame di realtà, limitando le capacità del soggetto di far fronte a richieste relativamente semplici, quali quelle di leggere gli item dell’MMPI-2 e di registrare le risposte.”**

## I raggruppamenti degli item

permettono di costruire diverse **scale**, il cui numero è andato ampliandosi negli anni, soprattutto grazie agli studi condotti negli Stati Uniti.

Nella **standardizzazione italiana** sono presenti:

## SCALE MMPI-2:

13 “scale base” (3 “validità, 10 “contenuto”)

3 nuove “scale di controllo”

15 “scale supplementari”

15 “scale di contenuto”

28 “sottoscale di Harris & Lingoies”

3 “sottoscale di Hostetler et al.”

## Tre (3) nuove “scale di controllo”

- **F-back F<sub>B</sub>**  
per valutare la tendenza a fornire risposte inusuali nella seconda metà del test (infrequenza nell'ultima parte del protocollo, oltre l'item 370) ;
- **TRIN** (Incoerenza nelle risposte Vero)  
per valutare la tendenza a rispondere sempre “V” o sempre “F”;
- **VRIN** (Incoerenza nelle risposte)  
per valutare la tendenza a rispondere o a caso.

## “scale supplementari”

- **Mac-R (MacAndrew Alcoholism Scale-Revised) Alcolismo e Tossicodipendenze:** valuta la tendenza in generale all'abuso di sostanze; indica la presenza di problemi legati all'alcolismo e, più in generale, alla tossicodipendenze;
- **APS (Addiction Potential Scale) Tossicodipendenza potenziale:** valuta, indica la potenzialità a sviluppare problematiche legate all'abuso di sostanze;
- **AAS (Addiction Admission Scale) Tossicodipendenza ammessa:** integra la APS esprimendo quanto il soggetto sta ammettendo apertamente di avere problemi connessi all'abuso di sostanze;
- **PK/PS (Post Traumatic Stress Disorder Scale) Disturbo post-traumatico da stress:** diagnosticano questo tipo di disturbi;
- **O-H (Overcontrolled Hostility) Ostilità ipercontrollata:** misura la capacità di tollerare le frustrazioni senza reagire; indica la capacità di gestione della frustrazione.
- **MDS (Marital Distress Scale) Disagio coniugale:** identifica, indica la presenza di contrasti di rilievo nelle relazioni di coppia.



## “scale supplementari”

- **A Ansia:** valuta, indica il livello di stress, disagio o stato emotivo provato dal sogg.;
- **R Repressione:** indaga, indica il livello di convenzionalità, sottomissione e tendenza ad evitare situazioni spiacevoli;
- **Es Forza dell'lo:** misura, indica la capacità di trarre profitto-vantaggio dalla psicoterapia;
- **Do Leadership:** indica la tendenza ad assumere ruoli di controllo nelle relazioni Interpersonali, sociali;
- **Re Responsabilità Sociale:** indaga il livello di responsabilità sociale percepito, indica la percezione del candidato di responsabilità sociale;
- **Mt Disadattamento Scolastico:** discrimina tra studenti emotivamente adattati e non. indica il livello di adattamento emotivo degli studenti.
- **Gm e Gf Scale dei Ruoli Sessuali:** forniscono informazioni sulla percezione dei ruoli sessuali.

## 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;

## 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.

## Ulteriori scale

- sono state costruite nel tempo, isolando particolari raggruppamenti di item (contenuto simile) pertinenti a specifici disturbi o tratti.
- sono di particolare importanza nell'interpretazione del profilo:
  - le **sottoscale di Harris e Lingo** (1950),
  - le **sottoscale di Hostetler et al.**

che consentono di discriminare meglio quali specifiche variabili psicologiche determinano l'innalzamento delle scale cliniche di base.

***Ulteriori differenziazioni e specificazioni per formulare un profilo più aderente all'unicità dell'individuo in esame.***

## Sottoscale di Harris & Lingoes

D1 depressione soggettiva	Pa1 idee persecutorie
D2 rallentamento psicomotorio	Pa2 suscettibilità
D3 disfunzioni fisiche	Pa3 ingenuità
D4 inefficienza mentale	Sc1 alienazione sociale
D5 rimuginazione	Sc2 alienazione emozionale
Hy1 negazione di ansia sociale	Sc3 perdita contr. dell'lo, cognitiva
Hy2 bisogno d'affetto	Sc4 perdita conativa
Hy3 stanchezza-malessere	Sc5 perdita mancanza d'inibizione
Hy4 disagio somatico	Sc6 esperienze sensoriali bizzarre
Hy5 inibizione dell'aggressività	
Pd1 contrasti familiari	Ma1 amoralità
Pd2 problemi con l'autorità	Ma2 accelerazione psicomotoria
Pd3 imperturbabilità sociale	Ma3 imperturbabilità
Pd4 Alienazione sociale	Ma4 ipertrofia dell'lo
Pd5 autoalienazione	

## Sottoscale di Hostetler et al.

- Si1 timidezza
- Si2 evitamento sociale
- Si3 alienazione personale e sociale

## Due elenchi di Items critici

1. **Items critici di Koss e Butcher;**
2. **Items critici di Lachar e Wrobel :**

individuano problemi specifici.

Es., Ideazione depressiva suicidaria o Stato di ansia acuta o Idee persecutorie tra i primi; Rabbia mal controllata, Pensieri ed esperienze devianti, Disturbi del sonno tra gli altri.

## Items critici

di Koss e Butcher;  
di Lachar e Wrobel

## Scoring

manuale : richiede circa un'ora.

automatizzato/computerizzato, previo inserimento delle risposte fornite dal paziente da parte del valutatore :  
correzione automatica ed immediata.

## Scoring

### COMPUTO RISPOSTE

(apposite griglie o programmi di elaborazione automatica)

PUNTEGGI GREZZI (convertiti)

PUNTEGGI T

VISUALIZZATI CON 4 DIAGRAMMI :

PROFILO SCALE BASE,  
SUPPLEMENTARI, DI CONTENUTO,  
E, SOTTOSCALE

- Media : 50
- **Cut-off: 65** “punteggio è clinicamente significativo” (+ basso MMPI = 70)

## Calcolo dei punteggi

I punteggi di alcune scale cliniche Prima di tracciare il profilo vengono trasformati in punti T con correzione K, tenendo conto dell'attitudine difensiva del soggetto, espressa dalla scala K :

**da aggiungere** ai punteggi grezzi di alcune scale da correggere :

- .una frazione del punteggio K, o tutto il punteggio K;
- .frazione sempre espressa come *punteggio grezzo di K*, precedentemente definito relativamente alle scale:

**Hs 0.5K Pd 0.4K Pt 1K Sc 1K Ma 0.2K**

## Punteggio K

= o < alla media "punto T = 50" : la correzione non modifica i risultati ed è sostanzialmente superflua;

K elevato, si hanno rilevanti modifiche nel profilo

*(I punteggi ottenuti alla scala K, si riferiscono alla capacità del soggetto di porre in atto delle difese sia sul piano comportamentale che nei confronti del test stesso. Viene effettuata una correzione, del profilo, in base al punteggio grezzo di K per aumentare la discriminazione dei profili normali da quelli patologici).*

## Interpretazione

richiede :

- .un alto livello di competenza clinica;
- .un grande rispetto dei principi della deontologia professionale;
- .conoscenza dello strumento, sulla conoscenza del significato delle singole scale e delle varie associazioni tra di esse.

Con molta **cautela**, il discorso interpretativo consente di tracciare il profilo di personalità del soggetto sottolineando i tratti salienti che emergono attraverso l'identificazione della/e scala/e più elevate.

## INTERPRETAZIONE :

si basa su tre aspetti correlati dei punteggi ottenuti :

1. Accettabilità dei punteggi del profilo, così com'è determinata dagli indicatori di validità ;
2. Elevazione assoluta delle scale che la compongono rispetto agli standard indicati dai punteggi T normativi;
3. Le relative configurazioni (indicano l'attendibilità e l'insieme di interrelazioni tra le scale) di questi punteggi all'interno del profilo individuale.

Ulteriori possibilità interpretative si ricavano dai punteggi alle varie scale supplementari, dai vari indici, dall'esame delle risposte date a particolari item (critici), dalle varie sottoscale e dai punteggi alle scale di contenuto.

**Il protocollo non dovrebbe essere considerato valido se si verifica una delle seguenti condizioni:**

- **Più di 30 item omessi**
- **Due o più scale di validità (L, F, K) oltre 65 Punti T.**
- **Se è una sola scala il test è dubbio**
- **F>90 Punti T**
- **F>65 Punti T più altre 8 scale cliniche > 65 Punti T**

## **Accettabilità dei punteggi del profilo**

.la consistenza, cioè l'eventualità che le risposte siano state date in modo casuale e pertanto incoerente;

.l'accuratezza, ossia la possibilità che il soggetto abbia adottato uno stile di risposta tendente ad esagerare i propri sintomi o disturbi (overreporting) o al contrario a negarli o mascherarli (underreporting).



Riconosciuto valido ed attendibile il protocollo

.Si prosegue con l'individuazione di codici (codetype) e l'interpretazione delle sottoscale pertinenti, delle scale supplementari e di contenuto.

.Se, non si individua un codice definito, l'interpretazione si realizza per punte, analizzando direttamente l'elevazione delle varie scale cliniche, con l'ausilio delle scale di contenuto, supplementari, delle sottoscale e degli items critici.

.Utili sono anche le classiche configurazioni delle triade nevrotica e psicotica

## Altre valutazioni

### **% di risposte "Vero" :**

indice usato per identificare soggetti che non collaborano e rispondono "vero" a quasi tutte le domande del test;

### **% di risposte "Falso" :**

indice usato per individuare i protocolli con quasi tutte le risposte "Falso". Con percentuale elevata : possibili risposte agli item negando i problemi in maniera indiscriminata;

### **Elevazione media del profilo**

dei punti T in otto scale (tutte escluse *Mf 5* e *Si0*) : indicazione approssimativa del grado complessivo di disadattamento (punti T medi superiori a 65 suggeriscono, di solito, che vengono riferiti problemi psicologici di notevole entità.

## Altre valutazioni

- **Indice F – K “Indice di dissimulazione”** sviluppato da **Gough**  
utile misura dell'atteggiamento volto a dissimulare o ad indicare un numero eccessivo di problemi nella compilazione del test.
- **BASATO SU PUNTEGGI GREZZI** (sottraendo K da F), **NON SU PUNTEGGI T**
- **F è rispetto K > di + 11**  
suggerisce un consapevole tentativo di apparire cattivo;  
superiori a +15 vengono di solito interpretati come contraffazione delle risposte in senso peggiorativo, o dichiarazione di un numero eccessivo di problemi psicologici.
- **F rispetto a K è < - 11.**  
suggerisce che il soggetto minimizza i problemi nel tentativo di “apparire buono”. Il resto del profilo potrebbe essere interpretato con questa ipotesi.
- **F-K > di -20**  
indica che il soggetto è eccessivamente resistente all'indagine psicologica. A causa di ciò i risultati del test sono di dubbia validità.

## Altre valutazioni

PER ASSI O SCHEMI DI DIAMOND “confronto tra scale”

1. **D/Ma** Asse timico o livello di attività
2. **Pt/Pd** Consapevolezza delle proprie capacità
3. **Hy/Pa** Plasticità adattiva
4. **Hs/Sc** Capacità e modalità di contatto interpersonale
- 5-6. **D-Pt/Ma-Pd**: Modalità, stile di azione o reazione intra o extra-punitivo
- 7-8. **Hy-Hs/Pa-Sc**: Autocommiserazione/fantasie intellettualizzate
9. **D-Pt-Hy-H/Ma-Pd-Pa-Sc**: Dipendenza e/o distacco sociale

## Sistema per codici

Schema pratico, semplice e capace di riassumere gli elementi più importanti di un profilo (la ricerca non ha dimostrato essere meno accurato di altri sistemi di classificazione)

Ipotesi alla base : determinate elevazione di scale (le prime tre scale cliniche più alte, in genere maggiori di T 65) si trovano più frequentemente in certe popolazioni che non in altre.

In letteratura è possibile trovare studi su un codice singolo (*single-point-code*) quando una sola scala clinica raggiunge il livello critico ( $T \geq 65$ ), anche se i più frequentemente studiati sono i codici a due punte (*two-point-code*), ossia quando il profilo presenta l'elevazione oltre il punto critico di due scale cliniche.

## Sistema per codici

Elevazione di 3 scale oltre la soglia critica produce un codice a tre punte, meno frequenti.

Essendo la ricerca sui code type difficile e onerosa da realizzare.

affermano anche Butcher e Williams

*"non sono stati studiati empiricamente abbastanza codici per descrivere e classificare tutta l'ampia gamma di varietà di profili che l'operatore clinico ottiene.. e... sono sottorappresentati nella letteratura"*

## Code Type

- Codici descritti dall'MMPI
- Codici descritti dall'MMPI-2
- Nuovi codici ritrovati in letteratura

MMPI	MMPI-2	in Letteratura
<b>Ambito Psichiatrico</b>	1-2/2-1	
3-1/1-3	1-3/3-1	
2-4/4-2	1-4/4-1	2-6-7 e 0 (dist. Evitante di personalità)
4-9/9-4	1-8/8-1	4-2-8 (abuso di sostanze e alcool)
8-6/6-8	1-9/9-1	1-6-8 (associato con HIV)
2-3-1/2-1-3	2-3/3-2	2-0 (ipofunzione immunitaria)
2-7-8/8-7-2	2-4/4-2	1-2-3-4 (***)
2-7-4	2-7/7-2	1-3-9 (***)
<b>Ambito Internistico</b>	2-8/8-2	2-3-1 (depressione nevrotica)
3-4/4-3	2-9/9-2	4 (alcolismo)
3-6/6-3	3-4/4-3	4-9-8/8-9-4 8 (psicopatia)
3-9	3-6/6-3	8-6-7 (schizofrenia acuta)
9-1	3-8/8-3	8-9-6 (eccitamento maniaco)
2-9-4	4-6/6-4	8-7-6 (schizofrenia simplex)
2-9-6	4-7/7-4	8-2-4 (personalità paranoide)
<b>Ambito non patologico</b>	4-8/8-4	5-3 (omosessualità maschile)
1	4-9/9-4	
3	6-8/8-6	
5	6-9/9-6	
9	8-7/7-8	
0	8-9/9-8	
1-3	1-2-3	
1-3-4	2-7-8	
2-5-0		

## Interpretazione

Il test viene interpretato tenendo conto di tutto lo psicogramma.

Si considera sempre il profilo, dato che i punteggi di determinate scale si influenzano reciprocamente, o per caratteristiche psicopatologiche comuni o per deviazioni artificiose causate dal fatto che uno stesso item viene frequentemente computato su scale diverse, per l'interpretazione dell'MMPI.

E' necessario **valutare il profilo nel suo insieme**, dopo aver valutato i valori assoluti di ciascuna scala clinica in sé, si può giungere ad una corretta interpretazione dei risultati solo mediante un esame comparativo e globale del valore delle varie scale cliniche e di controllo.

### **Scala “?”** (*Cannot Say, Risposte mancate*):

indica il numero di item cui non è stata data risposta. Se questi superano il 10 % del totale il test non è utilizzabile, perde di validità.

Con **30** item lasciati senza risposta il il protocollo deve essere considerato con molta cautela, se non addirittura non valido.

E' considerata una scala impropria.

Quanto più alto è il punteggio “Non so (?)” tanto più deboli risultano essere le altre scale nel fornire le discriminazioni desiderate, poichè le omissioni tendono ad abbassare i punteggi che formano il profilo clinico.

## Scala L (*Lie*, menzogna) :

- comprende 15 item relativi a comuni difetti umani che la maggior parte la gente è disposta ad ammettere
- tendenza del soggetto a fornire un'immagine favorevole di sé  
"buona immagine di sé"
- per essere giudicati più positivamente, si preferisce quindi falsificare la risposta.
- tendenza di una persona a fornire risposte socialmente accettabili, quindi a fornire un'immagine socialmente desiderabile; è ritenuta una scala dei "meccanismi di difesa coscienti".

## Scala F (*Frequency* Frequenza)

- comprende 60 item per determinare incongruenze nelle risposte
- l'entità del disturbo emotivo in atto
- presenza di esperienze e di pensieri poco comuni
- indica la possibilità di esagerazione dei sintomi, che può essere dovuta a risposte casuali, simulazioni di malattia o desiderio di anticonformismo. Inoltre indica il momento da cui si inizia a dare risposte senza attenzione alle domande o per stanchezza o per scarso interesse.
- misura la tendenza di una persona ad ammettere la presenza di disturbi emotivi attivi. Aiuta a differenziare tra nevrosi e psicosi e a verificare la validità ed attendibilità del test

## Scala K (*Correction* correzione)

- comprende 30 item che hanno lo scopo di rivelare i tentativi di clienti a presentarsi nel miglior modo possibile.
- tendenze autodifensive nei confronti del questionario oppure una tendenza al non far trasparire alcuni problemi
- poiché mette in evidenza comportamenti di difesa più sottili : è ritenuta la scala delle difese più profonde.

## Scale di validità supplementari;

- Scala F-Back (Fb *Frequency back*, Frequenza posteriore): indaga la tendenza a dare risposte inusuali nella seconda metà del test, permette di valutare il mantenimento dell'attenzione durante la compilazione;
- Scala Vrin (Variable Response Inconsistency, Variabile di incoerenza nella risposta): valuta la tendenza a rispondere sempre a caso; valuta la tendenza all'aver dato risposte non coerenti per dare un'immagine di sé non credibile.
- Scala Trin (True Response Inconsistency, Incoerenza nelle risposte "vero"): valuta la tendenza a rispondere sempre "vero" o sempre "falso"; valuta analoghe tendenze come la VRIN.
- misurano la tendenza a simulare un funzionamento psicologico buono o inadeguato

## Correlazioni scale di validità

### **Punteggi elevati alla scala F e alla scala VRIN**

F : mancanza di attenzione e, le risposte sono state date a caso; VRIN : incoerenza nelle risposte.

Alte probabilità che il protocollo non sia interpretabile.

### **Punteggio elevato F e punteggio basso VRIN**

Si può escludere la confusione e la mancanza di attenzione; il punteggio elevato F è interpretabile in base al contenuto effettivo degli item e potrebbe riflettere una vera patologia o una simulazione.

### **Punteggio K elevato e punteggio TRIN molto basso**

K elevato : consiste quasi interamente di risposte "Falso" agli item, ma il punteggio basso TRIN indica che il soggetto ha risposto "Falso" in maniera indiscriminata (non acquiescenza). Nel caso di un punteggio TRIN medio, sarebbe più giustificata un'interpretazione di contenuto della scala K.

## Scala 1 (Ipocondria *Hypocondrias* )

- comprende 32 item che riflettono una presenza-preoccupazione per i problemi fisici caratteristici degli ipocondriaci.
- valuta l'ammissione di problemi somatici e se tali problemi sono strumentalizzati nei rapporti con gli altri



## Scala 2 (depressione *Depression*)

comprende 57 item che hanno lo scopo di valutare umore depresso o la depressione clinica, la bassa autostima, tristezza, disperazione, pessimismo;

## Scala 3 (Hysteria Isteria di conversione)

- comprende 60 item che indicano specifici disturbi fisici e la negazione della preoccupazione per i problemi fisici e potrebbe rilevare l'incapacità di affrontare con efficacia gli stress della vita (item che indicano problemi fisici e item che tendono a negare qualsiasi problema);
- indica la tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico.
- valuta l'ammissione di problemi di natura fisica e in generale gli atteggiamenti di negazione verso i problemi personali. E' un indice di conversione somatica dell'ansia.

## Scala 4 (Psychopathic Deviate Deviazione psicopatica)

- comprende 50 item che indaga atti e sentimenti antisociali (l'ostilità e / o la rabbia e la tendenza a incolpare altri per i loro problemi).
- indica la carenza di controllo sulle risposte emotive;
- valuta capacità di capacità di stabilire rapporti interpersonali, capacità di introiezione delle regole sociali.

## Scala a 5 (maschile-femminile Interessi *Maculinity-Feminility* )

- comprende 56 item misura interessi stereotipati (adesione più o meno rigida ad aspetti, interessi, atteggiamenti, etc. tendenzialmente maschilini o femminili) maschili e femminili e affronta i problemi relativi ai ruoli di genere (valuta l'introiezione di modelli comportamentali maschili o femminili).

## Scala 6 (Paranoia)

- comprende 40 item che indicano sentimenti di sospettosità e diffidenza verso gli altri;
- valuta la rigidità, l'ostilità, l'autocontrollo, la sospettosità, la sensibilità;
- indica sintomi di tipo paranoide (ideazioni deliranti, manie di grandezza, etc.)
- è una misura del grado di adattamento del soggetto verso la realtà.

## Scala 7 (psicastenia *Psychastenia* )

- comprende 48 item che riguardano sentimenti di ansia (aspetti cronici), preoccupazione, ruminazioni ossessive, rituali fobici e disadattamento generale fino ad un'ideazione delirante.
- evidenzia la presenza di ansia generalizzata, libera e più profonda;.

## Scala 8 (Schizophrenia)

- comprende 78 item che riflettono i sentimenti di alienazione, confusione mentale, sensazioni, pensieri o comportamenti bizzarri, isolamento e palese comportamento psicotico, esperienze di tipo insolito tipiche degli schizofrenici, distorsioni o peculiarità della percezione, il contatto del soggetto con l'esterno e la capacità di esternalizzare i contenuti personali.

## Scala 9 (Mania *Hypomania* )

- valuta il grado di energia ideativa, motoria ed emotiva della persona;
- indica stati ipomaniacali (idee di grandezza, alto livello di attività, irritabilità, competitività, impazienza etc.).

## Scala 10 (Introversione sociale *Social Introversion*)

comprende 69 item di misura della timidezza sociale, preferenza per attività solitarie, e la mancanza di assertività sociale (tendenza della persona ad isolarsi o a stare con altre persone).

## scale supplementari

approfondiscono temi propri alle scale di base e dei vari disturbi;

sono anche chiamate scale per scopi speciali in quanto delineano rispetto a quelle di contenuto, un quadro più specifico e più utilizzabile nell'individuazione del trattamento;

particolarmente interessanti per la tossicodipendenza:

**.Scala Mac-R** (scala MacAndrew dell'alcolismo corretta): individua la presenza di problemi legati all'alcolismo e alla tossicodipendenza;

**.Scala APS** (scala di tossicodipendenza potenziale): misura il grado di potenzialità a sviluppare problemi di dipendenza da sostanze;

**.Scala AAS** (scala di ammissione di tossicodipendenza): concerne la misura della dipendenza o dell'abuso.

## scale di contenuto

approfondiscono diverse variabili della personalità, caratteristiche legate a sintomi specifici.

considerate unitamente a quelle cliniche permettono di valutare il grado di presenza nelle varie patologie dei singoli sintomi.

## Caratteristica più importante dell'MMPI

essere costituito da una serie di Scale cliniche e di validità, grazie alle quali viene analizzato non solo il '**tratto**' di **personalità** dell'esaminato, ma anche la **sua condizione presente**, con uno specifico riguardo proprio alla veridicità dell'interpretazione, esaminata proprio grazie a quei meccanismi interni al test, 'di validità'. Questa costruzione dovrebbe garantire dalle manipolazioni – consapevoli o no -, che un soggetto potrebbe porre in atto, per risultare 'diverso' da come è in realtà, per uno scopo di guadagno primario

## Quando non usarlo

**...NON SI HANNO COMPETENZE  
PSICOMETRICHE**

**...NON SI HANNO COMPETENZE IN  
PERSONALITA' E PSICOPATOLOGIA**

**...IL CLIENTE/PAZIENTE NON RIENTRA  
NELLE FASCIA D'ETA' INDICATA  
DALLO STRUMENTO**

**...NON SI CONOSCE ALCUN DATO  
DELLA PERSONA**

## *MMPI-A*

- .Versione dedicata agli adolescenti : 14-18 anni
- .contiene, vere e proprie innovazioni : item riferiti allo sviluppo e alla psicopatologia degli adolescenti;
- .478 item che indagano le dieci scale di base, le scale fattoriali di Ansia e Depressione, le scale di Mac-R per l'Alcolismo, Tossicodipendenza potenziale e Ammissione di tossicodipendenza e 14 scale di contenuto.
- .Il tempo di somministrazione è di circa 50' e può essere individuale e collettiva.

(Butcher et al., 1992; Williams e Butcher 1989a;1989b).

## Ambiti utilizzo :

.contesto clinico;

.la psicologia del lavoro e dell'orientamento (selezione del personale, valutazione di candidati nei concorsi, etc.)

.la psicologia giuridica (ambito peritale, consulenze sia di parte che di ufficio solitamente all'interno di batterie di test più ampie).

Esistono studi sulla predizione dell'esito della terapia; sulla struttura e la dinamica familiare; sulla selezione del personale; sulle differenze etniche e socioculturali; nel campo della psicologia del lavoro e in ambito forense.

## Il test, secondo gli autori Hathaway e McKinley

non è da considerarsi diretto alla diagnosi della malattia mentale propriamente detta

ma, piuttosto :

da applicare nella pratica della psicologia clinica (ecc.) per la valutazione della personalità normale.

Non si propone di fare una diagnosi psichiatrica ma piuttosto

“ottenere un **orientamento generale sulla sintomatologia**” che, anche se fa parte di un determinato quadro nosografico, emerge nel momento dell'esame come una sindrome a sé stante.



## sostenuto dalla Anastasi :

“Riassumendo, l'MMPI è sostanzialmente uno strumento clinico, la cui corretta interpretazione richiede grande sottigliezza ed esperienza psicologica. Se si considerano le interpretazioni semplificate di tipo fattuale e le analisi meccanografiche alla stregua di sussidi che snelliscono il lavoro del clinico, allora esse possono essere molto utili; il pericolo, però, è che la tendenza verso l'automazione possa incoraggiare personale privo di una adeguata preparazione ad interpretare i profili dell'MMPI” (Anastasi)

## NON DIMENTICARE che :

Non è una elaborazione meccanica dei punteggi ottenuti sulle dimensioni del reattivo;

E' una parte integrate di una valutazione clinica (psicodiagnostica) globale.