

# Psicodiagnostica Clinica

## Lezione 5

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2024-2025
- Email: [imarchetti@units.it](mailto:imarchetti@units.it)

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)

MANUALE

James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom,  
John R. Graham, Auke Tellegen  
e Beverly Kaemmer, Coordinator for the Press

## MMPI-2

Minnesota Multiphasic  
Personality Inventory-2

Terza edizione

Adattamento italiano di  
Paolo Pancheri e Saulo Singatti

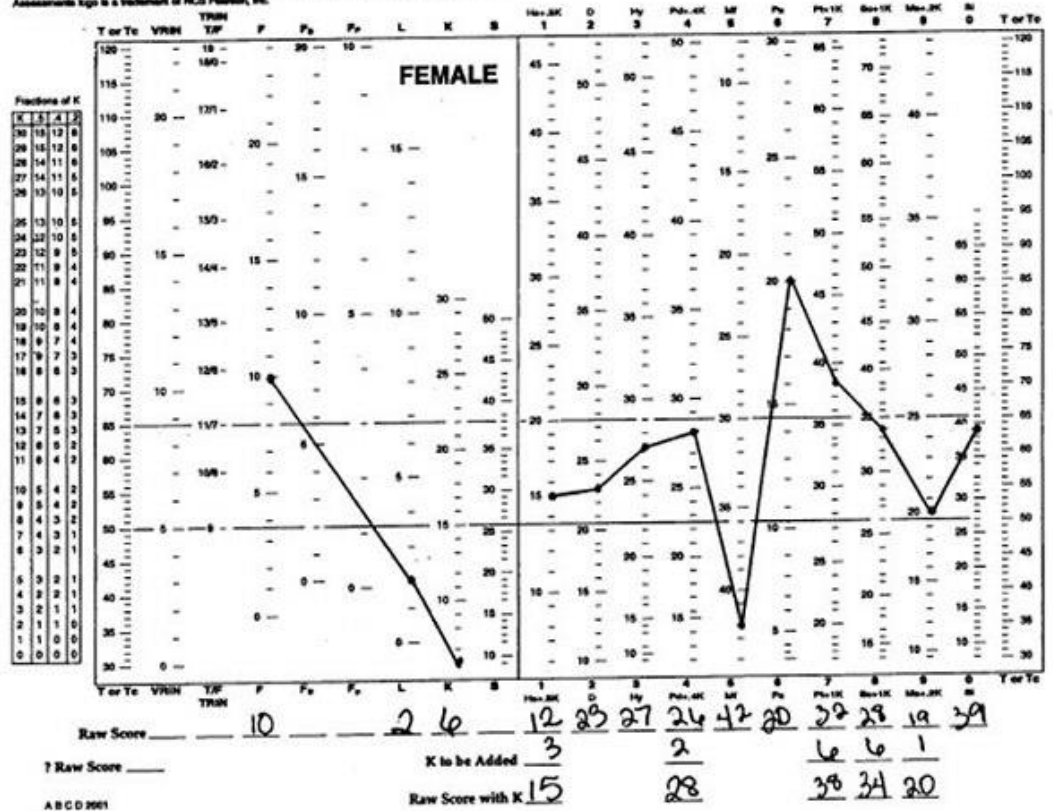
**GIUNTI**  
PSYCHOMETRICS

## MMPI-2™ Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2™

### Profile for Validity and Clinical Scales

Excerpted from the MMPI-2™ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2™) Manual for Administration, Scoring, and Interpretation, Revised Edition, Copyright © 2001 The Regents of the University of Minnesota. All rights reserved. Distributed exclusively under license from the University of Minnesota by NCS PEARSON, INC., P.O. Box 1418, Minneapolis, MN 55440 800-827-7271 <http://assessments.ncspearson.com>

Printed in the United States of America.  
"MMPI-2" and "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2" are trademarks of the University of Minnesota. The NCS  
Assessments logo is a trademark of NCS Pearson, Inc.

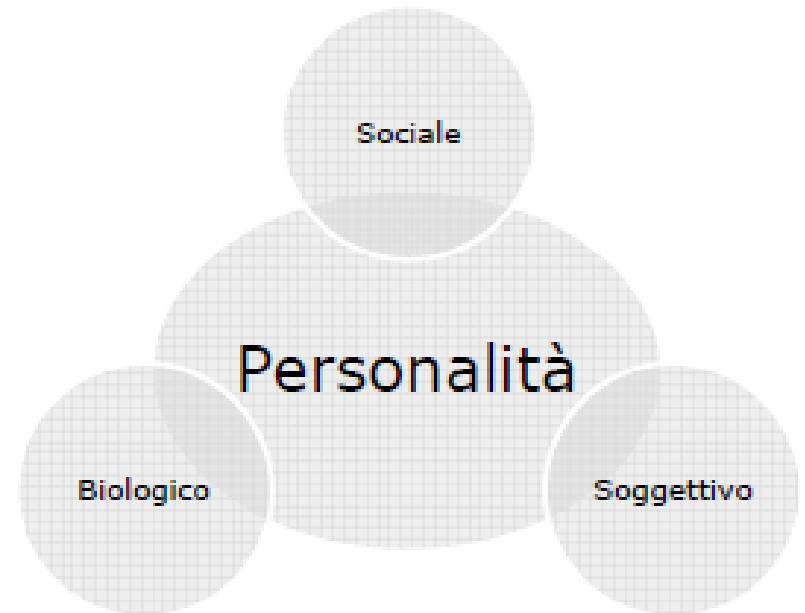


ABCD001

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)

L'MMPI è un test ad ampio spettro costituito per valutare le maggiori Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) caratteristiche **strutturali di personalità** e i **disordini di tipo emotivo**.

La personalità è da intendersi come un processo in cui interagiscono e si strutturano molteplici fattori di tipo biologico, sociale e soggettivo



# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)

La personalità, da una parte, è unica e propria di un individuo, ciò che lo definisce nella sua essenzialità. Dall'altra, paradossalmente è l'insieme di doti, facoltà, attitudini, fattori, elementi che possono essere descritti in modo generale in riferimento a tutti gli individui. Essa non è da intendersi come una somma di parti e di funzioni, ma come centro organizzatore che ne promuove l'integrazione.

Il MMPI fa parte dei test definiti “misurazioni obiettive standardizzate”, ovvero test che rendono possibile la misurazione di molte delle dimensioni costitutive della personalità attraverso **campioni di comportamento**.

# **MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)**

In tal modo è possibile evidenziare alcune variabili relative al comportamento di una persona posta in condizione di stimolo e interpretarle secondo criteri prestabiliti, mettendole in rapporto quantitativo e qualitativo con funzioni e caratteristiche psicologiche.

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)

Originariamente, fu pubblicato nel 1943 per aiutare la diagnosi in ambito psichiatrico.

Nel 1989, viene aggiornato sostanzialmente e viene pubblicato l'MMPI-2.

Nel 1992, viene pubblicata la versione per adolescenti (14-18 anni): MMPI-A.

Nel 2008, modifiche importanti vengono apportate: MMPI-2-RF.

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

Il MMPI-2 (Hathaway, McKinley, 1989) è oggi il test psicologico più utilizzato negli Stati Uniti e uno dei più diffusi in tutto il mondo.

È un questionario di personalità autosomministrato composto da **567 item** dal **contenuto eterogeneo**, che prevede risposte dicotomiche del tipo vero/falso.

# 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, si scriva 1**. Se la frase – sempre riferendosi alla Sua persona – è **falsa o generalmente non vera, si scriva 2**. 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.**

1. Mi piacciono le riviste di meccanica	V	F
2. Ho un buon appetito	V	F
3. Mi sveglio fresco e riposato quasi tutte le mattine	V	F
4. Penso che mi piacerebbe lavorare come bibliotecario	V	F
5. Vengo facilmente svegliato dai rumori	V	F
6. Mio padre è una buona persona, o (se suo padre è morto) mio padre è stato una buona persona	V	F
7. Mi piace leggere gli articoli di cronaca nera	V	F
8. Di solito ho le mani e i piedi abbastanza caldi	V	F
9. La mia vita di ogni giorno è piena di cose che mi interessano	V	F
10. Sono capace di lavorare come lo sono sempre stato	V	F
11. Molto spesso mi sembra di avere un nodo alla gola	V	F
12. Sono soddisfatto della mia vita sessuale	V	F



# **MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)**

Composto da 5 gruppi di scale:

- 1) SCALE DI VALIDITÀ
- 2) SCALE CLINICHE
- 3) SOTTOSCALE DI HARRIS E LINGOES
- 4) SCALE DI CONTENUTO E RELATIVE COMPONENTI
- 5) SCALE SUPPLEMENTARI

# ALGORITMO DI INTERPRETAZIONE

- 1) **Verificare la validità del protocollo (scale di validità)!!!!**
- 2) Ordinare le scale cliniche in ordine decrescente, per individuare le scale superano il cutoff (punteggio  $T \geq 65$ )
- 3) Per le scale sopra il cutoff, è possibile esplorare ulteriormente le sottoscale di Harris e Lingoies
- 4) Se due o tre scale superano il cutoff, costituiscono una doppietta o tripletta nota? *Code type*. Se no, *elaborazione per punte*
- 5) Integrare con le scale di contenuto
- 6) Integrare con le scale supplementari
- 7) Annotare gli item critici

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

Le scale di validità sono state sviluppate per valutare in modo specifico l'atteggiamento del soggetto esaminato.

Cercano di individuare 3 aree principali

- 1) Stile di risposta che non considera il contenuto (CNS, VRIN, TRIN, etc.)
- 2) Esagerazione dei sintomi (F, Fp, Fb, etc.)
- 3) Minimizzazione dei sintomi (L, K, etc.)

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

Non considerazione del contenuto:

CNS (Cannot say, “?”): il numero totale degli item omessi o ambigui. Possibili ragioni:

- 1) Disattenzione o confusione del soggetto (rallentamento psicomotorio da depressione, atteggiamento oppositivo, eccesso di razionalizzazione, incapacità a riconoscere gli elementi indesiderati di se stesso/a)
- 2) Scarsa competenza linguistica
- 3) Difficoltà a decidere tra Vero o Falso

**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.

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

Non considerazione del contenuto:

Scala VRIN (Variabile Response Inconsistency Scale):  
incongruenza nella risposta fornita a coppie  
semanticamente identiche di items

Mi riesce difficile concentrarmi su un compito o un lavoro (F)

Mi è impossibile mantenere l'attenzione su una data cosa (V)

Intenzionale: il soggetto risponde senza leggere

Non intenzionale: il soggetto non ha compreso l'item o ha sbagliato a segnare la risposta

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

Non considerazione del contenuto:

Scala TRIN (True Response Inconsistency Scale):  
tendenza a rispondere in maniera affermativa  
(acquiescenza) o negativa, indipendentemente dal  
contenuto

Sono una persona molto socievole (V)

Mi riesce difficile attaccare discorso con le persone che ho  
appena conosciuto (V)

Probabile intenzionalità: approccio non collaborativo

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

## Esagerazione dei sintomi:

F (frequency): tendenza a riportare molti problemi e sintomi e a fornire un'immagine di sé disturbata. Può indicare la non comprensione degli item o una tendenza ad esagerare i sintomi. Sintomi presenti nei pazienti psichiatrici, ma non nella popolazione generale

Fb (frequency back): stesse caratteristiche della scala F, ma tutti gli item si trovano nella seconda metà del test, ovvero dopo l'item #370 (#371 - #567)

Esempio: Sono soddisfatto della mia vita sessuale (F);  
Qualcuno ha cercato di influenzare la mia mente (V)



# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

Esagerazione dei sintomi:

Fp (frequency psychopathology): sintomi improbabili sia nella popolazione generale, sia nella popolazione psichiatrica. Se F (Fb) e Fp sono alte, possibile simulazione

# MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)

## Minimizzazione dei sintomi:

L (Lie): tendenza a mostrarsi o a fornire un'immagine di sé socialmente desiderabile. Descrivono piccoli difetti che la maggior parte delle persone riesce a riconoscere e ammettere

Mai ho fatto qualcosa di pericoloso per il gusto di farlo (V)

A casa, mi comporto così bene a tavola, come quando mangio fuori in compagnia (V)

## Minimizzazione dei sintomi:

K (Correzione K): atteggiamento difensivo nei confronti del test. Contenuto degli item decisamente meno ovvio. Tendenza a presentare un'immagine eccessivamente positiva. Correzione su: Hs, Pd, Pt, Sc, Ma

A volte mi viene voglia di imprecare (F)

A volte mi viene voglia di fracassare qualcosa (F)

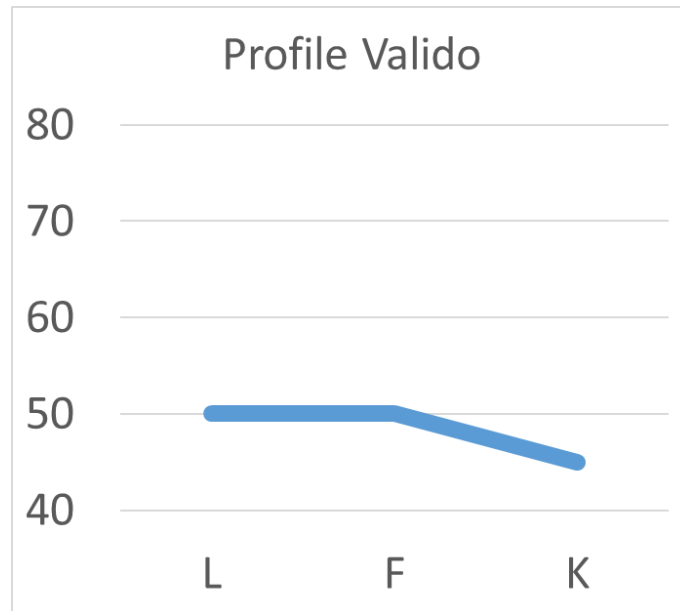
Ho pochissimi litigi con i miei familiari (V)

<i>Scale Cliniche di Base</i>			
	<i>Punti Grezzi</i>	<i>Punti T</i>	<i>Punti T Corretti k</i>
1. Hs	7	55	55
2. D	30	69	
3. Hy	28	62	
4. Pd	20	57	56
5. Mf-f/m	37	73	
6. Pa	13	62	
7. Pt	25	68	73
8. Sc	24	63	66
9. Ma	11	38	38
0. Si	40	67	

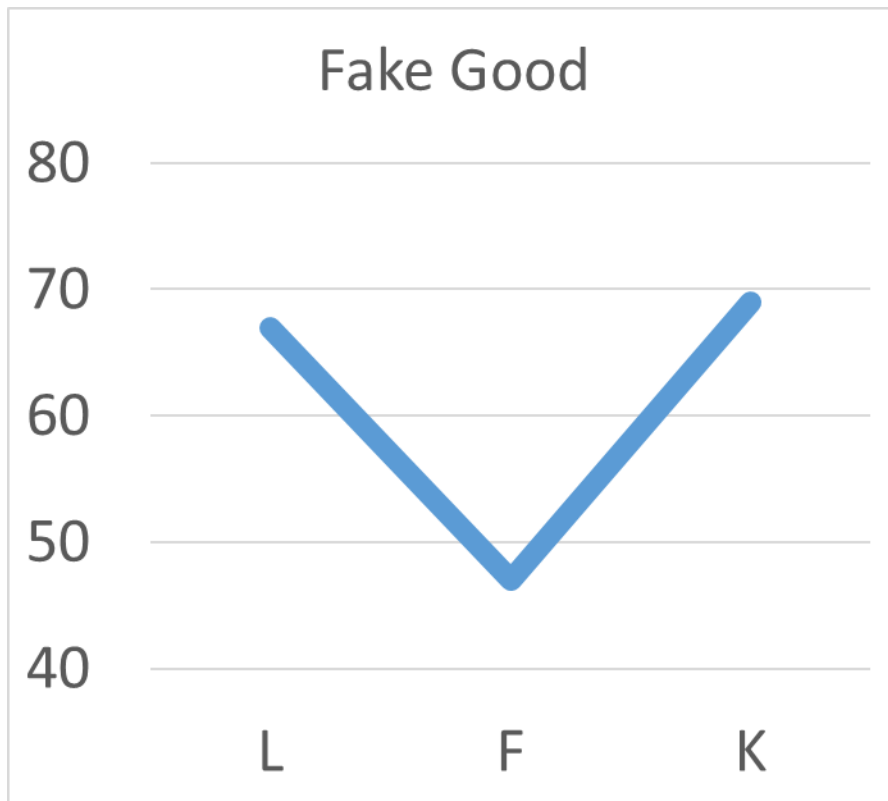
# Esempi di Pattern Scale di Validità

Se  $CNS > 30$ : protocollo non interpretabile

Tutte le scale di validità dovrebbero essere considerate e integrate nel giudizio finale circa l'interpretabilità del profilo. Tuttavia, le scale L, F e K sono sicuramente le più importanti

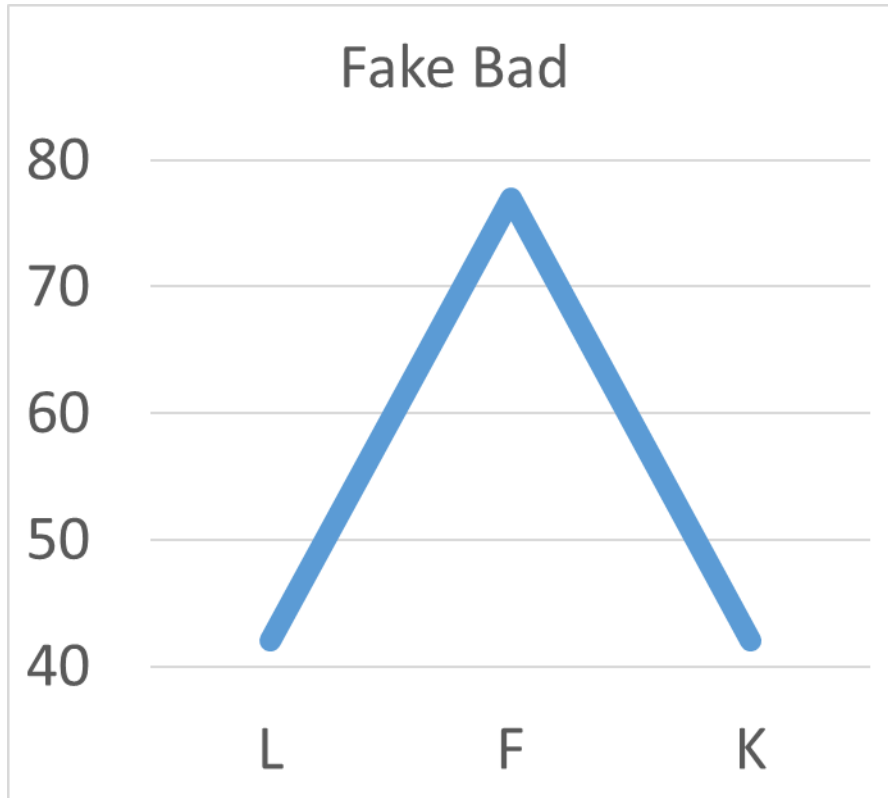


## Esempi di Pattern Scale di Validità



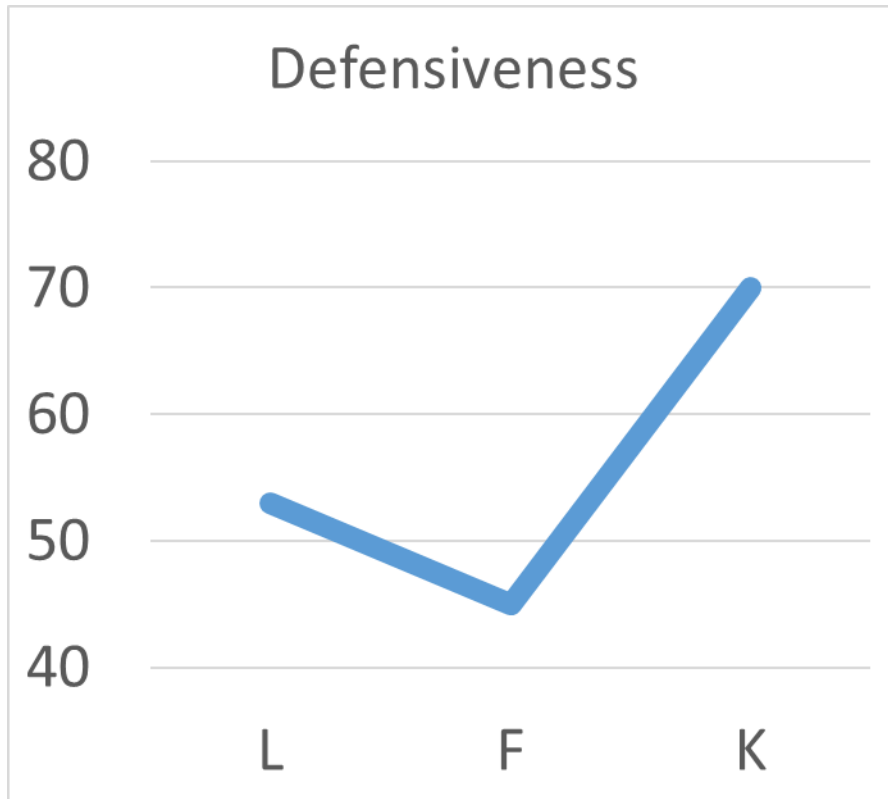
“Fake good”: tentativo di sembrare più funzionale di quanto sia in realtà. L e K alti e F nel range 40-50. La maggior parte delle scale cliniche sono nel range 30-50. Questo non rende il profilo invalido.

# Esempi di Pattern Scale di Validità



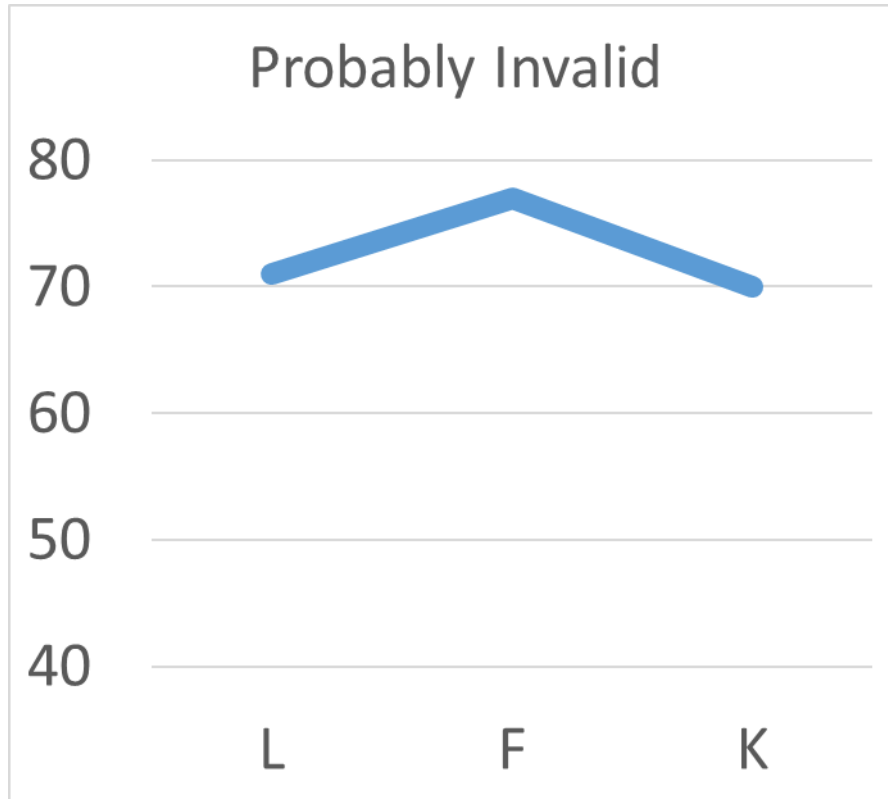
“Fake bad”: tentativo di sembrare più problematico di quanto sia in realtà, oppure una persona che ha notevoli problemi e poche risorse rimaste...non è necessariamente un profilo invalido

# Esempi di Pattern Scale di Validità



F bassa e alta K (con L bassa) potrebbe indicare un atteggiamento di tipo difensivo. Forse si stanno nascondendo dei sintomi

# Esempi di Pattern Scale di Validità



Il profilo è probabilmente invalido e non interpretabile perchè tutte le scale di controllo sono fuori misura



## Le 10 Scale cliniche

- 1 Ipocondria (Hs)
- 2 Depressione (D)
- 3 Isteria (Hy)
- 4 Deviazione Psicopatica (Pd)
- 5 Mascolinità-femminilità (Mf)
- 6 Paranoia (Pa)
- 7 Psicoastenia (Pt)
- 8 Schizofrenia (Sc)
- 9 Ipomania (Ma)
- 0 Introversione sociale (Si)

# Punti T

I punteggi alle diverse scale vengono interpretati alla luce del campione normativo di riferimento. Dato che le scale hanno un numero diverso di item, questo comporta diversi cutoff

I valori grezzi sono trasformati in punti T ( $M = 50$ ,  $SD = 10$ ).

**Il cutoff clinico è  $\geq 65$  punti T.**

I valori bassi, tipicamente, non vengono interpretati



## Scala 1 (Ipocondria - Hs)

Disturbi fisici e sintomi somatici vaghi e aspecifici (malessere generale, sensazioni di fatica o stanchezza, disturbi del sonno, ecc.).

T  $\geq$  75: preoccupazioni somatiche estreme e a volte bizzarre; possibili deliri somatici; dolore cronico

T = 65-74: lamentele fisiche, possibile sviluppo di sintomi somatici durante le fasi di stress; dolore cronico

T = 55-64: lamentele fisiche; mancanza di energia, esigente, non soddisfatto, lamentoso

Harris-Lingoes: nessuna

## Scala 2 (Depressione - D)

Stato psichico globale negativo, eccessivo senso di colpa, tendenza all'intrapunitività, ecc.

T  $\geq$  75: depressione clinica, ideazione suicidaria; sentimenti di disvalore e inadeguatezza

T = 65-74: depressione moderata; preoccupato; ruminante; lamentele fisiche

T = 55-64: non soddisfatto della sua vita; introverso; ritirato; interessi limitati; mancanza di fiducia in se stesso

Harris-Lingoes: D1 (depressione soggettiva); D2 (rallentamento psicomotorio); D3 (disfunzioni fisiche); D4 (Inefficienza mentale); D5 (ruminazione)

## Scala 3 (Isteria - Hy)

Facilità nei rapporti sociali e alla negazione dei problemi;  
problemi fisici e sintomi di conversione somatica dell'ansia

T  $\geq$  75: lamentele fisiche estreme; considerare il disturbo di conversione; reagisce allo stress sviluppando sintomi somatici che spariscono dopo lo stress; dolore cronico

T = 65-74: sintomi fisici dolore cronico; mancanza di insight riguardo la causa dei propri sintomi

T = 55-64: lamentele fisiche; negazione; immaturo; centrato su se stesso; esigente; suggestionabile; affiliativo

Harris-Lingoes: Hy1 (Negazione dell'ansia sociale); Hy2 (bisogno di affetto); Hy3 (stanchezza/malessere); Hy4 (Disagio somatico); Hy5 (inibizione dell'aggressività)

## Scala 4 (Deviazione Psicopatica - Pd)

Disadattamento sociale, problemi con le autorità, disprezzo per le norme sociali e morali, contrasti familiari, comportamento impulsivo, tendenza a esternalizzare le colpe, scarsa capacità di giudizio, manipolazione delle relazioni

T  $\geq$  75: comportamento antisociale; problemi con la legge

T = 65-74: Ribelle; non-conformista; problemi in famiglia; impulsivo; arrabbiato; irritabile; insoddisfatto; creativo; sotto performante; storia lavorativa complicata

T = 55-64: non convenzionale; immatura; centrato su se stesso; relazioni superficiali; estroverso; energetico

Harris-Lingoes: Pd1 (contrasti familiari); Pd2 (problemi con l'autorità); Pd3 (imperturbabilità sociale); Pd4 (alienazione sociale); Pd5 (autoalienazione)

## Scala 5 (Mascolinità-femminilità - Mf)

Interessi, scelte di vita o professionali stereotipici. Scala non clinica

### UOMINI

T  $\geq$  65: mancanza di interessi ritenuti tipicamente maschili

### DONNE

T  $\geq$  65: rifiuto del ruolo femminile tradizionale

Scale molto criticata, perché fortemente soggetta alla stereotipia di genere e di nessuna utilità clinica. Nata quando l'omosessualità era una patologia. Inoltre confonde(va) l'orientamento sessuale con l'identificazione di genere.



## Scala 6 (Paranoia - Pa)

Tendenza alla sospettosità, rigidità, sensibilità interpersonale e idee di riferimento

T  $\geq$  75: Sintomi psicotici, che includono deliri di persecuzione e idee di riferimento

T = 65-74: Stile paranoide, in guardia, estremamente sensibile alle opinioni degli altri; può sentirsi maltrattato; dà la colpa agli altri; sospettoso; risentito; ritirato; ostile e polemico

T = 55-64: ipersensibile; sempre sul «chi-va-là», non si faida, arrabbiato; risentito

Harris-Lingoes: Pa1 (idee persecutorie); Pa2 (suscettibilità); Pa3 (ingenuità)

## Scala 7 (Psicoastenia - Pt)

Ansia eccessiva e invalidante, paure e preoccupazioni ossessive, ossessioni e rituali compulsioni

T  $\geq$  75: Agitazione psicologica estrema (paura, ansia, tensione, depressione); pensieri intrusivi, incapace di concentrarsi; sintomi ossessivi-compulsivi

T = 65-74: ansia moderata, depressione, fatica; insonnia, incubi; senso di colpa, perfezionismo, sentirsi non accettato

T = 55-64: ansioso, teso, non a proprio agio; insicuro, mancanza di fiducia in se stesso; timido e introverso

Harris-Lingoes: nessuna

## Scala 8 (Schizofrenia - Sc)

Sintomi della fenomenologia schizofrenica (ebefrenica, catatonica, simplex e paranoide)

T  $\geq$  75: pensiero confuso e disorganizzato; allucinazioni e/o deliri; esame di realtà compromesso; da escludere condizione medica; abuso di sostanza

T = 65-74: stile schizoide; credenze inusuali; comportamento eccentrico; confuso, impaurito, triste; lamentele fisiche; non coinvolto nella realtà; fantasia e sogni ad occhi aperti eccessivi

T = 55-64: scarso interesse negli altri; non pragmatico; sentimenti di inadeguatezza e insicurezza

Harris-Lingoes: Sc1 (alienazione sociale); Sc2 (alienazione emotiva); Sc3-Sc5 (mancanza di controllo dell'io), Sc6 (esperienze sensoriali bizzarre)

## Scala 9 (Ipomania - Ma)

Grado di eccitazione, egocentrismo, irritabilità, mancanza di Inibizione

T  $\geq$  75: sintomi maniacali, inclusa attività eccessiva e senza scopo; allucinazioni e deliri di grandezza; confusione, fuga di idee

T = 65-74: energia eccessiva, mancanza di direzionalità, disorganizzazione concettuale, autovalutazione irrealistica; impulsività, bassa tolleranza alla frustrazione

T = 55-64: attivo, energetico, estroverso, creativo, ribelle, intraprendente, impulsivo

Harris-Lingoes: Ma1 (amoralità), Ma2 (accelerazione psicomotoria), Ma3 (imperturbabilità), Ma4 (ipertrofia dell'io)

## **Scala 0 (Introversione sociale - Si)**

Tendenza ad essere timidi, riservati, poco socievoli, ipercontrollati, affidabili a indecisi. Scala non clinica. Valuta il tratto di personalità introversione-estroversione

T  $\geq$  75: estremo ritiro sociale e evitamento

T = 65-74: introverso, depresso, si sente colpevole, rallentamento del tempo soggettivo, manza di fiducia in sè, mancanza di interessi, sottomesso, emozionalmente ipercontrollato

T = 55-64: timido, manca di fiducia in sè, affidabile

T = 45-54: nella media, nessuna interpretazione

T < 45: estroverso, gregario, fa affidamento su di sè, energetico, competitivo, molto controllato, manipolativo

Harris-Lingoes: Si1 (timidezza); Si2 (evitamento sociale), Si3 (Se-altro alineazione)

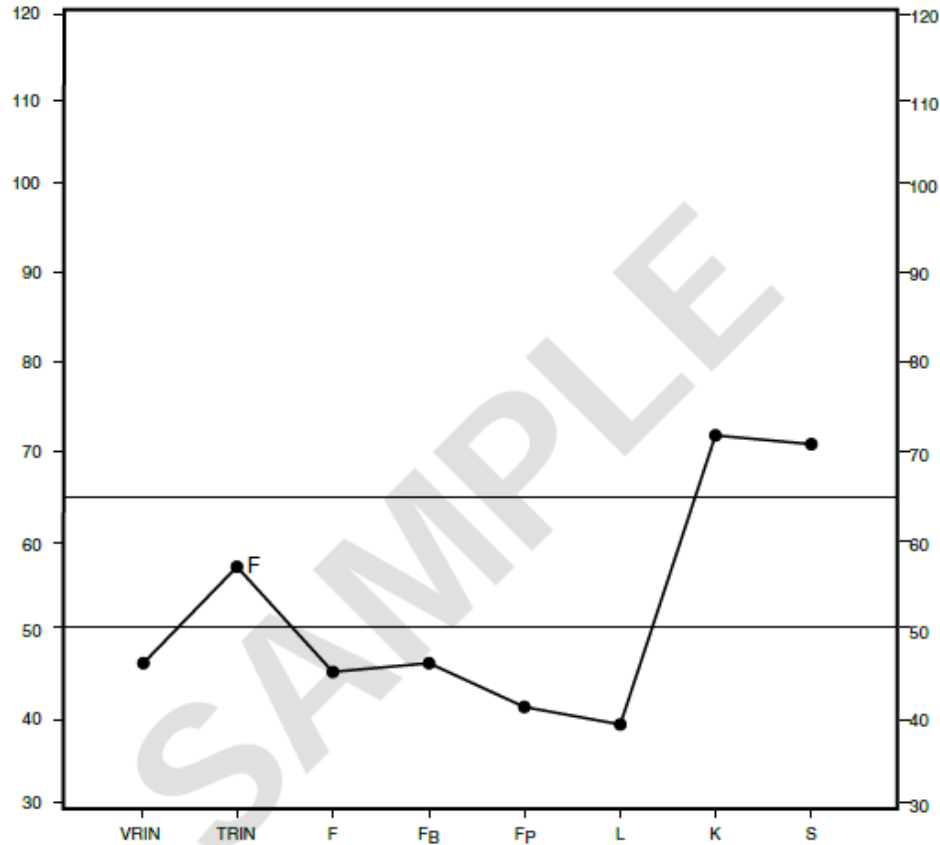
# Caso Clinico #1 Guglielmo

G., 32 anni, ha completato il MMPI-2 come paziente ambulatoriale nell'ambito della sua terapia di coppia. È stato riluttante a iniziare un percorso di coppia e solo dopo le insistenze della moglie che ha minacciato di divorziare da lui.

È laureato in marketing. È attualmente separato dalla moglie e ha due figli di 4 e 6 anni. Sua moglie è un avvocato di successo. Lui ha lavorato come amministrativo di medio livello per 8 anni. Recentemente ha interrotto il suo lavoro per una serie di discussioni con il suo responsabile, inclusi dei forti litigi con il vice-presidente della compagnia. È disoccupato da 6 mesi e ha delle difficoltà a trovare un impiego adatto a lui.

Oltre ai suoi problemi sul lavoro, G. ha avuto molti problemi di coppia negli anni passati. Ha avuto una relazione extraconiugale con una delle migliori amiche della moglie per alcuni mesi. La moglie ha scoperto della relazione da un amico comune e ha lasciato il marito. Per ritornare insieme, la moglie ha preteso di iniziare una terapia di coppia – cosa che G. ha rifiutato ripetutamente nel passato

## MMPI-2 VALIDITY PATTERN



Raw Score:	4	8	3	1	0	1	26	43
T Score:	46	57F	45	46	41	39	72	71
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100

Cannot Say (Raw):	0
Percent True:	26
Percent False:	74

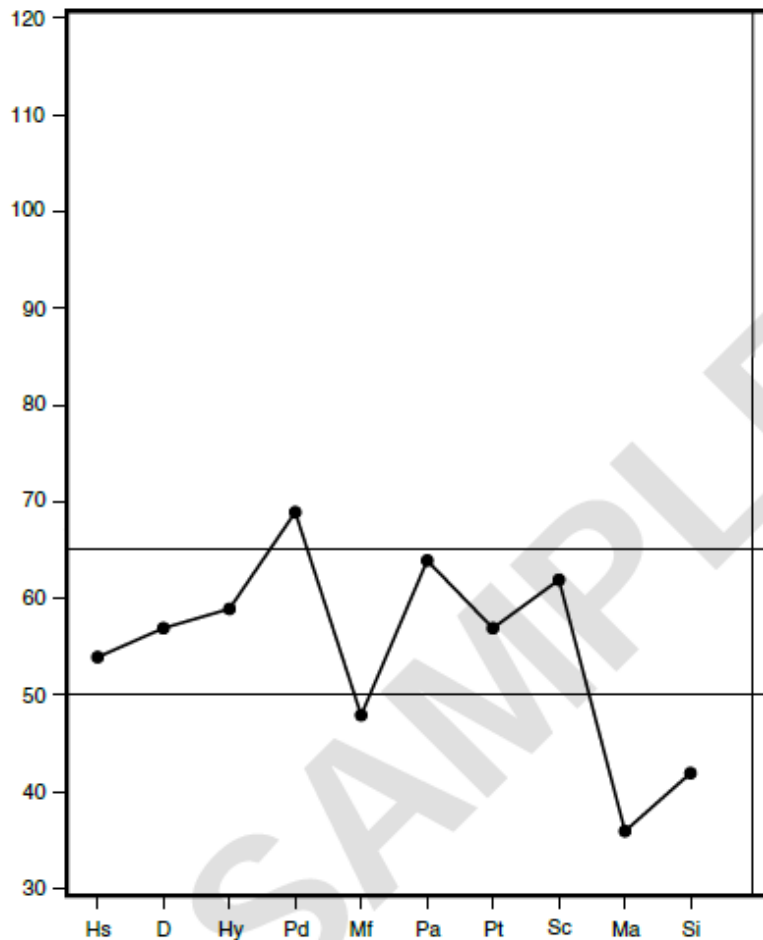
	Raw Score	T Score	Resp. %
S1 - Beliefs in Human Goodness	14	67	100
S2 - Serenity	10	64	100
S3 - Contentment with Life	6	60	100
S4 - Patience/Denial of Irritability	8	68	100
S5 - Denial of Moral Flaws	4	58	100

## Profilo di validità

Solo parzialmente valido. Tentativo di porsi in una luce molto favorevole (S) e di minimizzare i problemi (K). Tipico di chi finge di mantenere il controllo. Approccia il test con la motivazione di far credere agli altri che lui non perde mai la pazienza (S4) e di ritenere l'umanità buona (S1)

Probabile sottostima e incosapevolezza dei propri problemi

## MMPI-2 CLINICAL AND SUPPLEMENTA



Raw Score:	1	21	25	21	25	14	4	7	8	18
K Correction:				10			26	26	5	
T Score:	54	57	59	69	48	64	57	62	36	42
Response %:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

## Profilo sintomatologico.

Elevazione della scala 4 (Pd, deviazione psicopatica). Una sola punta

Cliente piuttosto immaturo e impulsivo. Comportamenti a rischio solo per il piacere di farli. Tendenza ad essere “ribelle”, a ricercare il brivido del rischio e la auto-gratificazione. Autocentrato, orientate al piacere immediato, narcisista e manipolativo.



## Sottoscale di Harris-Lingoes

Si possono controllare solo le sottoscale che si riferiscono a scale cliniche elevate ( $T \geq 65$ )

### Psychopathic Deviate Subscales

Familial Discord ( $Pd_1$ )	2	51	100
Authority Problems ( $Pd_2$ )	7	73	100
Social Imperturbability ( $Pd_3$ )	4	51	100
Social Alienation ( $Pd_4$ )	4	50	100
Self-Alienation ( $Pd_5$ )	1	38	100

Chiara problematicità con l'autorità (molti litigi con i propri superiori a lavoro)

## **Considerazioni diagnostiche**

Il pattern personologico è coerente con quello di individui la cui personalità li predispone ad avere problemi derivanti da non essere conforme alle regole sociali.

## **Considerazione trattamentali**

Persone con questo profilo tipicamente non decidono di iniziare una terapia spontaneamente, in quanto non credono di avere dei problemi. Non hanno motivazione al cambiamento e spesso lasciano la terapia prematuramente

Trattamenti psicologici con questi individui spesso non hanno successo perché tendono a incolpare gli altri per i propri problemi.

## REMINDER: ALGORITMO DI INTERPRETAZIONE

- 1) Verificare la validità del protocollo (scale di validità)
- 2) Ordinare le scale cliniche in ordine decrescente, per individuare le scale superano il cutoff (punteggio  $T \geq 65$ )
- 3) Per le scale sopra il cutoff, è possibile esplorare ulteriormente le sottoscale di Harris e Lingoies
- 4) Se due o tre scale superano il cutoff, costituiscono una doppietta o tripletta nota? *Code type*. Se no, *elaborazione per punte*
- 5) Integrare con le scale di contenuto
- 6) Integrare con le scale supplementari
- 7) Annotare gli item critici

# LE SCALE DI CONTENUTO

Le scale di contenuto nascono per aiutare il clinico nel valutare alcune dimensioni indagate dal content degli item. Sono costituite da item dal contentuo **omogeneo** e possiedono un'elevata validità e coerenza interna. Aiutano il clinico a interpretare le scale cliniche. Ad esempio, se Psicoastenia (Pt) alta, probabilmente le scale di contenuto per ansia (ANX), fobie (FRS) e sintomi ossessivi (OBS) saranno alte.

**Cutoff:  $T \geq 65$**

# LE SCALE DI CONTENUTO

Ansia (ANX)  
Paure (FRS)  
Ossessività (OBS)  
Depressione (DEP)  
Preoccupazioni per la salute (HEA)  
Ideazione bizzarra (BIZ)

Sintomi  
internalizzanti

Rabbia (ANG)  
Cinismo (CYN)  
Comportamenti antisociali (ASP)  
Tipo A (TPA)

Sintomi  
esternalizzanti

Bassa autostima (LSE)

Autopercezione negativa

Disagio sociale (SOD)  
Problemi familiari (FAM)  
Difficoltà sul lavoro (WRK)  
Indicatori di Difficoltà di trattamento (TRT)

Problemi generali

## LE SCALE SUPPLEMENTARI

Le scale supplementari misurano tratti di rilevanza clinica, di cui è stata testata la validità e l'attendibilità. Sono state considerate utili per la routine clinica. Al momento sono regolarmente misurate 16 scale supplementari. Di fatto, facilitano l'interpretazione delle scale di base e permettono di indagare ulteriori aspetti e aree problematiche che non emergono dall'analisi degli altri profili di scale. Anche se non esiste un cutoff assoluto, tipicamente si ritengono valori alti quelli con  $T \geq 65$  e bassi quelli  $\leq 40$

**Tabella 7.1** Le 16 scale supplementari suddivise in gruppi.

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

## Caso Clinico #2 - Carla

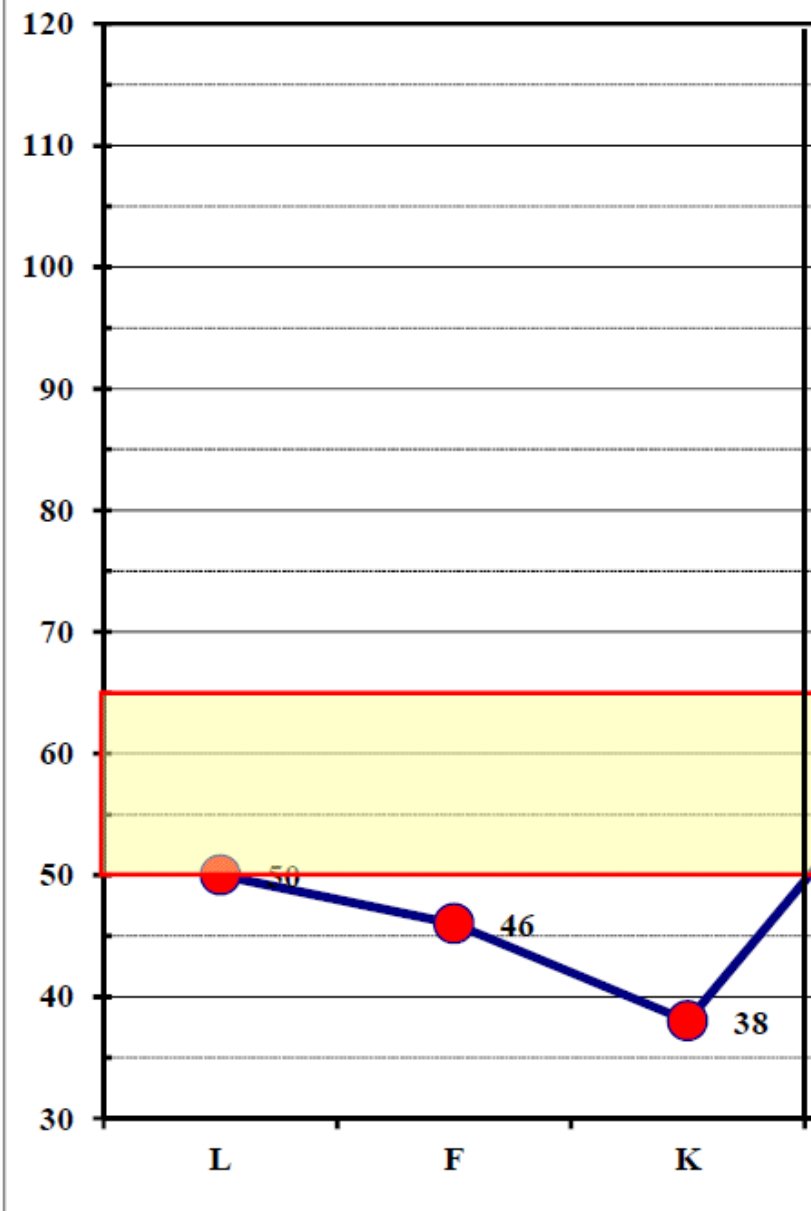
C., 27 anni, ha completato il MMPI-2 come parte di valutazione richiesta dallo psicologo a cui C si è rivolta.

C. ha consultato uno psicologo, spinta dai suoi genitori che sono preoccupati per loro figlia. Secondo loro, l'atteggiamento di C. le sta precludendo molte opportunità e causando dei problemi significativi nella sua vita. I genitori menzionano un non meglio specificato "brutto carattere". C. non è d'accordo con loro e si ritiene una donna perfettamente "normale". Il suo carattere è ciò che lei è e non lo cambierebbe per niente al mondo. Riconosce, tuttavia, che alcune volte potrebbe essere più riflessiva.

Frequenta da 9 anni la facoltà di chimica, ma non le piace. Tuttavia, non ha alcuna intenzione di cambiare facoltà o di interrompere gli studi, anche se la laurea è molto lontana.

E' attualmente single, ma le piacerebbe trovare un fidanzato.



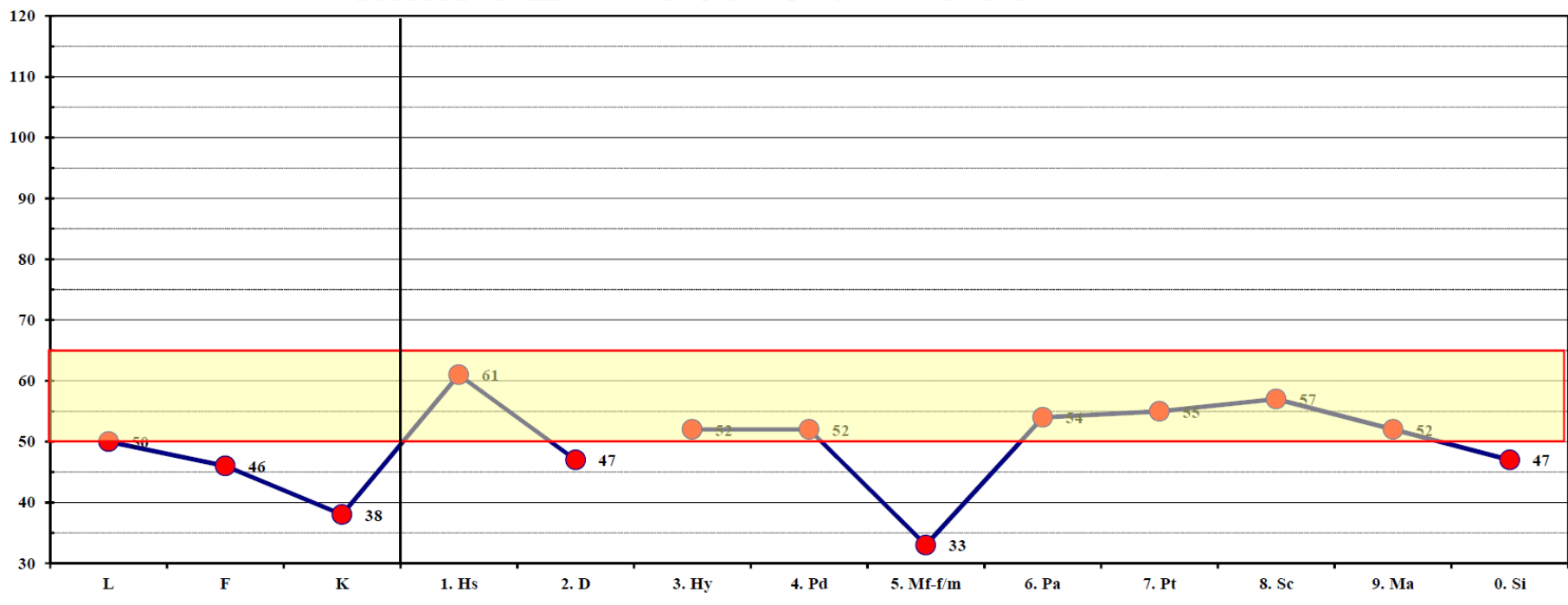


## PROFILO DI VALIDITÀ

Profilo valido, anche se la scala K è particolarmente bassa. Potrebbe indicare è apertura e ingenuità...

**CNS = 0 (no missing answer)**

## MMPI 2 - Scale di Base

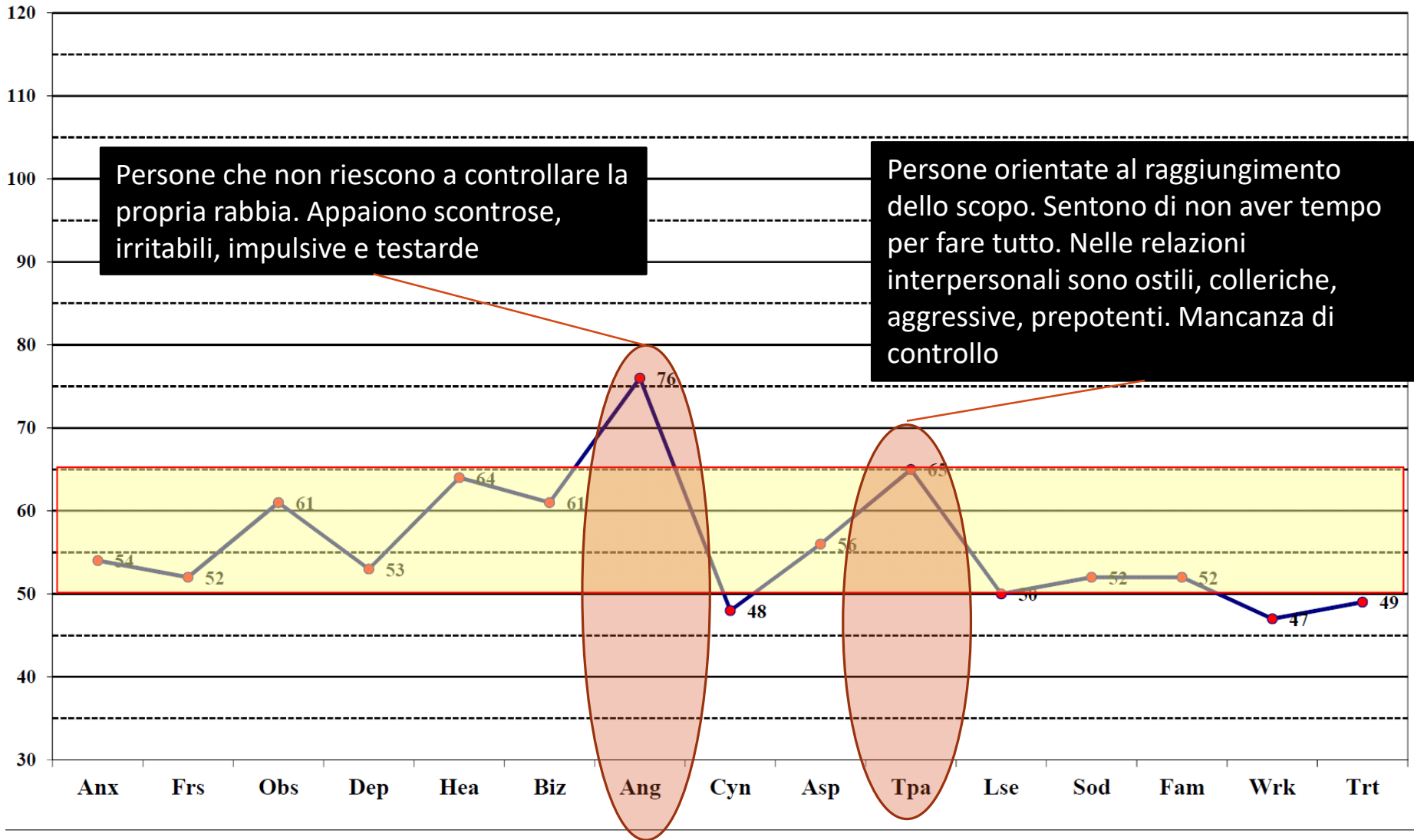


**Cosa possiamo dire?** Non sembrano essere presenti sintomatologie cliniche. Nessuna scala supera il cutoff...  
**... quindi?**

# MMPI 2 - Sottoscale Cliniche di Harris e Lingoes

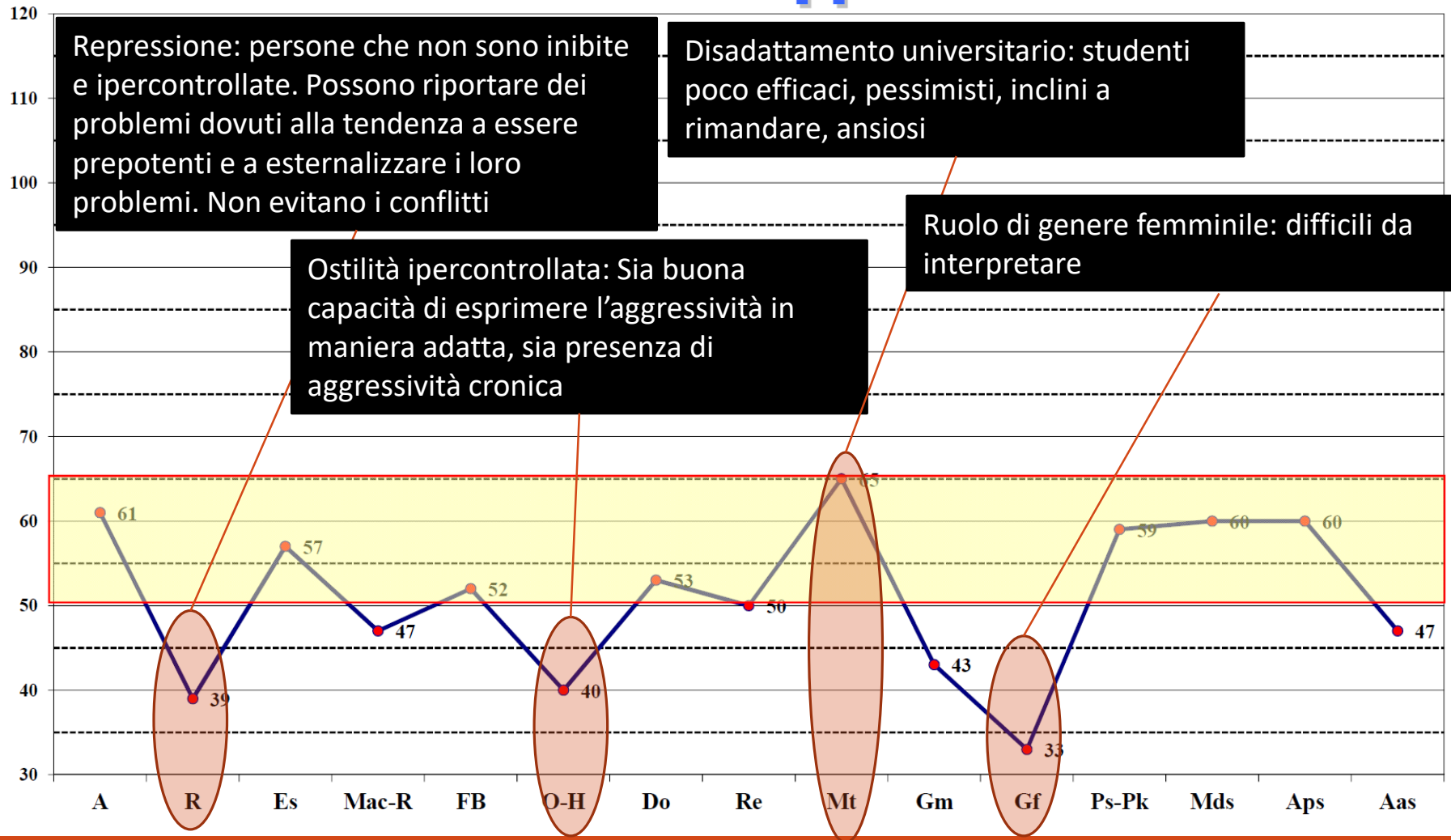


# MMPI 2 - Scale di Contenuto



Per le scale supplementari,  $T \geq 65 =$  alto,  $T \leq 40 =$  basso

## MMPI 2 - Scale Supplementari



# Considerazione Diagnostiche e Terapeutiche

Carla riporta un profilo caratterizzato da un adattamento generale buono. Anche se non sono presenti lamentele sintomatologiche maggiori, sembra tuttavia esserci una forte aggressività caratterizzata da ridotto controllo, polemicità e rigidità. Inoltre, sembra esserci un ridotto adattamento al contesto universitario, in associazione con testardaggine.

Pertanto, la compromissione funzionale di Carla è attualmente limitata alla percezione, espressione e gestione della aggressività, mentre tra le aree di vita che al momento sembrano più problematiche c'è quella dello studio universitario.

Anche se i livelli molto bassi della scala K possono indicare apertura emotiva, potrebbero anche indicare che Carla non percepisce alcun problema nella propria vita attuale. Comunque, non sembrano esserci forti controindicazioni al trattamento (basso TRT), anche se la rigidità di pensiero in associazione con la rabbia potrebbero rivelarsi condizioni non facili da gestire in terapia.

## Caso Clinico #3 – Marco

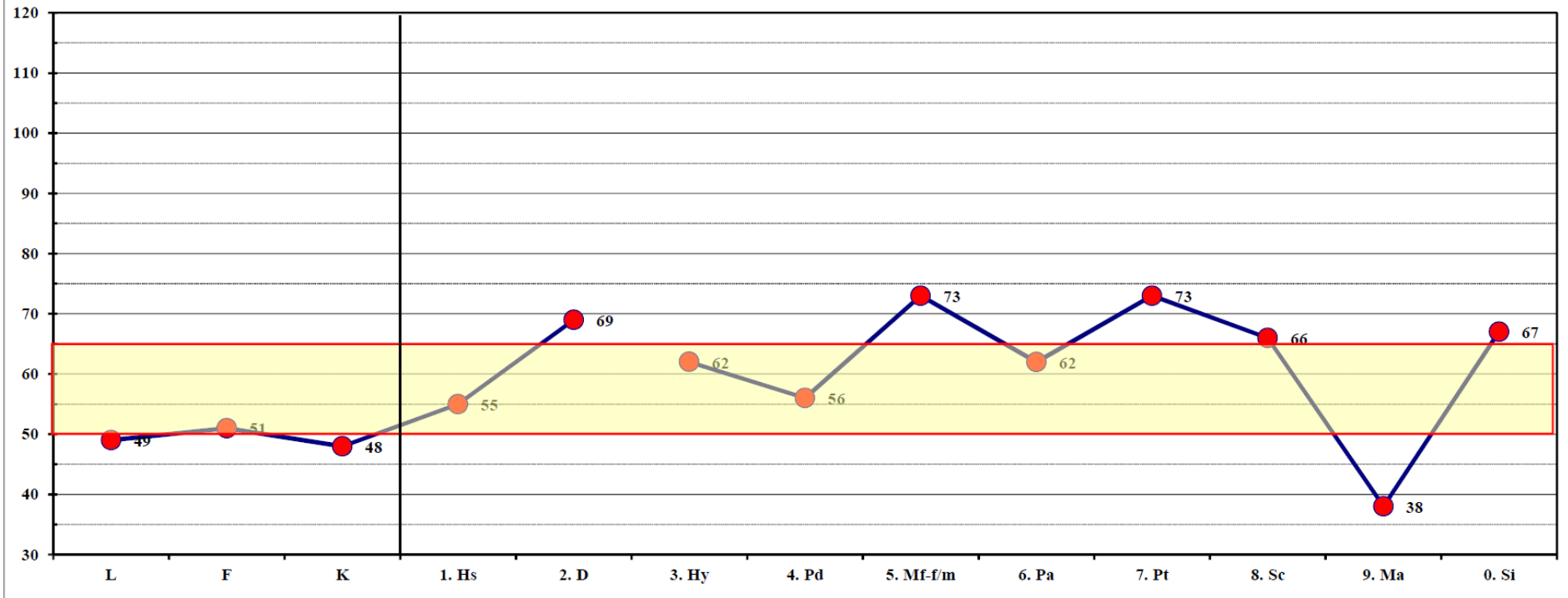
M., 25 anni, è figlio unico e studia medicina con successo. Si è rivolto ad uno psicoterapeuta per essere aiutato in un momento di grande fatica emotiva. Dice di stare malissimo e alla domanda “qual è il problema?” risponde “Tutto! Tutto di me è sbagliato”.

M. vive con la madre, la nonna e la zia. Suo padre è morto anni prima per una malattia improvvisa. Da allora, sente di essere responsabile di tutta la sua famiglia. La madre ha avuto nel passato episodi di depressione, ma M. sospetta che sia bipolare. M. ricorda molto bene degli eventi di forte agitazione con euforia da parte della madre.

Lamenta anche di non riuscire a trovare la persona giusta, ma è lacunoso riguardo questa parte della sua vita.

M. è diabetico. Anche se la sua condizione è totalmente sotto controllo, dice di sentirne forte il peso.

# MMPI 2 - Scale di Base



CNS = 6; Profilo valido (no overreporting)

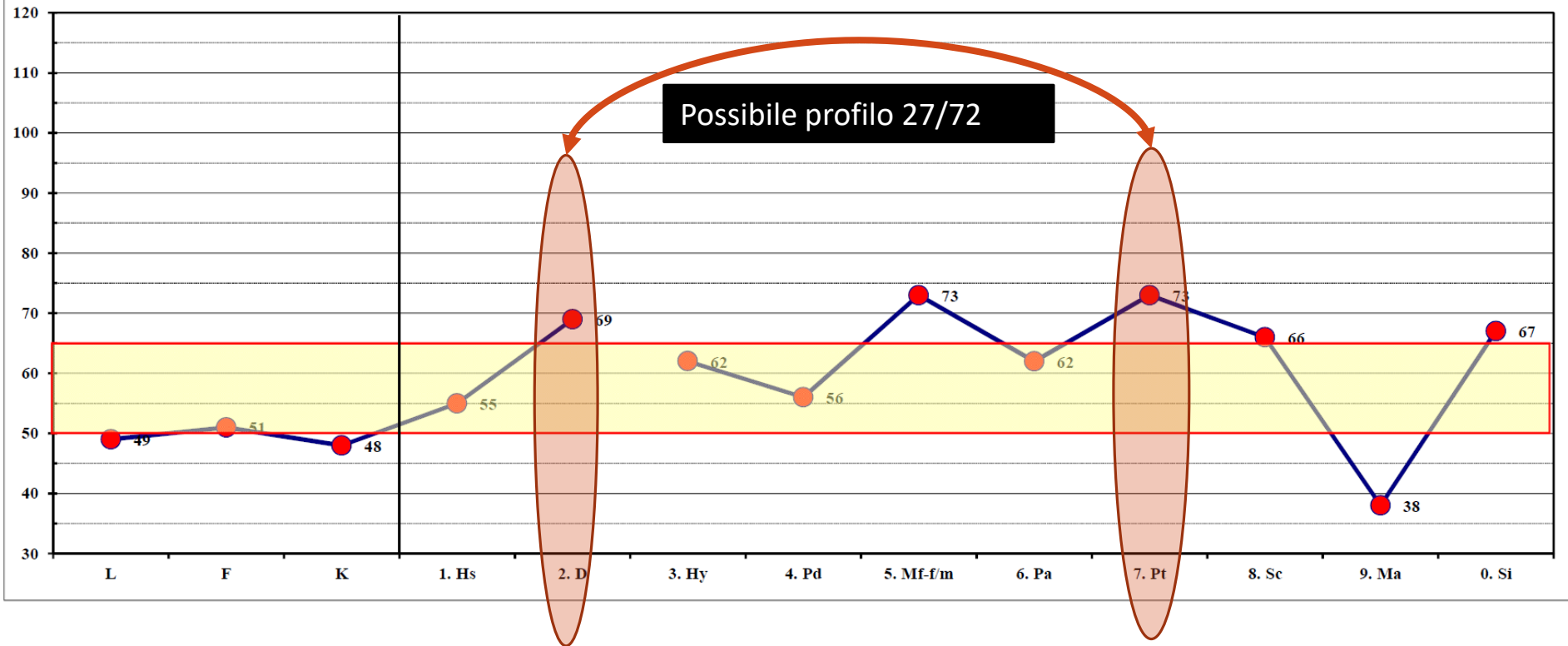


## Definizione di codice a due punte:

- 1) Due scale cliniche superano il cutoff di 65T
- 2) Le scale Mf(5) e Si (0) non vengono considerate
- 3) Se la scala appartenente al codice a due punte col valore minore si differenzia di più di 10 punti allora il codice è “molto ben definito” e probabilmente stabile;
- 4) Se la scala appartenente al codice a due punte col valore minore si differenzia di più di 5-9 punti allora il codice è “ben definito” e probabilmente abbastanza stabile;
- 5) Se la scala appartenente al codice a due punte col valore minore si differenzia di più di 2-4 punti allora il codice è “possibile” e probabilmente non-stabile.



# MMPI 2 - Scale di Base



CNS = 6; Profilo valido (no overreporting)

## **27/72**

Internalizzante. Ansiosi, tesi, nervosi e sensibili. Eccessiva preoccupazione, tendenza ad anticipare i problemi e reazione esagerata ai minimi stress. Spesso disturbi somatici, fatica cronica, spossatezza e sintomi di depressione clinica, inclusi sentimenti di disperazione, impotenza, mancanza di energia, rallentamento del pensiero e ideazioni suicidaria. Meticolosi, perfezionisti e tendenti all'autocolpevolizzazione.

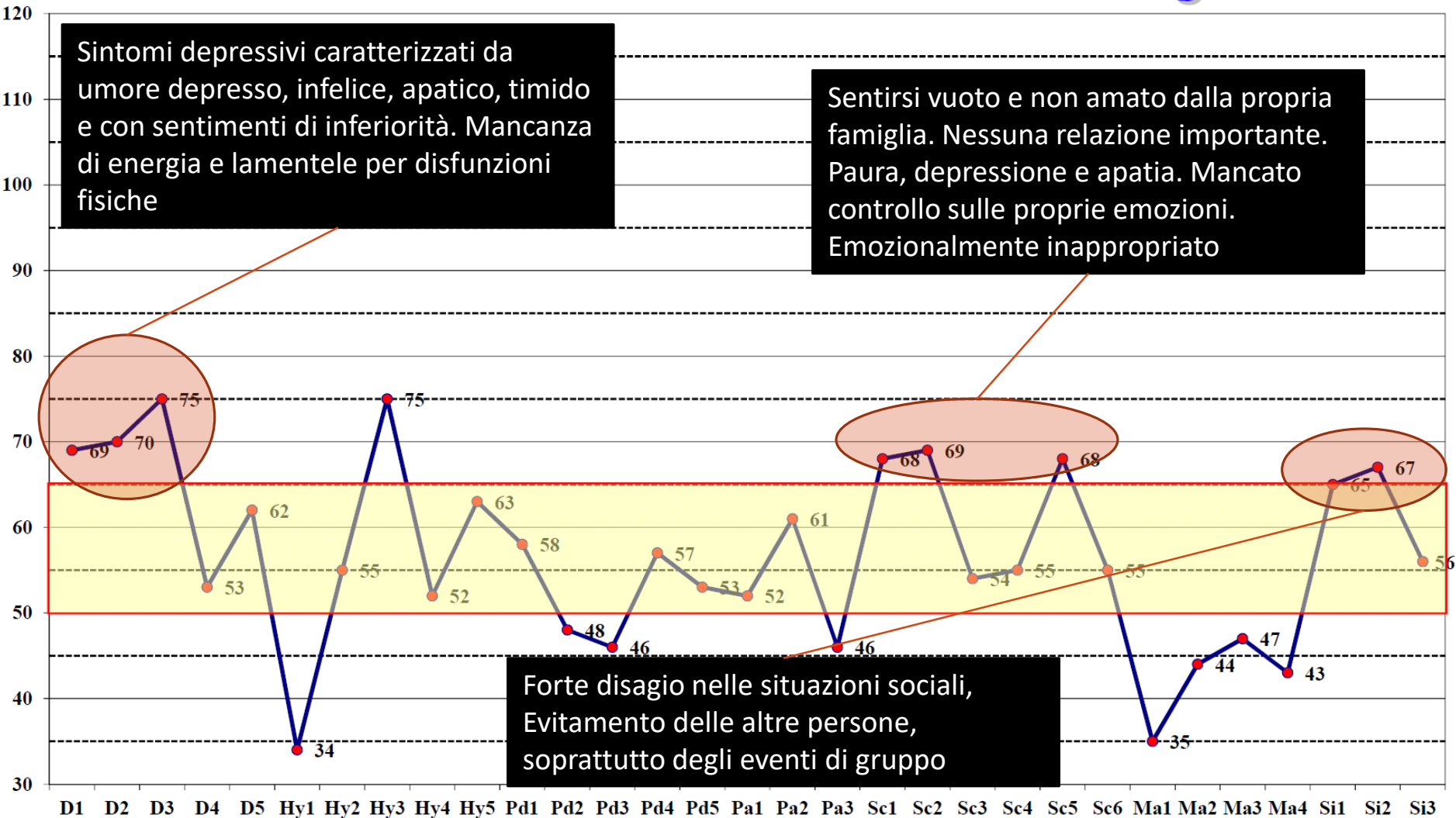
Ruminazione. Rigidi nel pensiero e nel problem solving. Indecisi, con sentimenti di inadeguatezza e inferiorità. Spesso molto religiosi o moralisti. Ambiziosi e desiderosi di riconoscimenti. Relazioni interpersonali docili e passive-dipendenti. Diagnosi spesso di disturbo depressivo, DOC, o disturbo di ansia.

# MMPI 2 - Sottoscale Cliniche di Harris e Lingoies

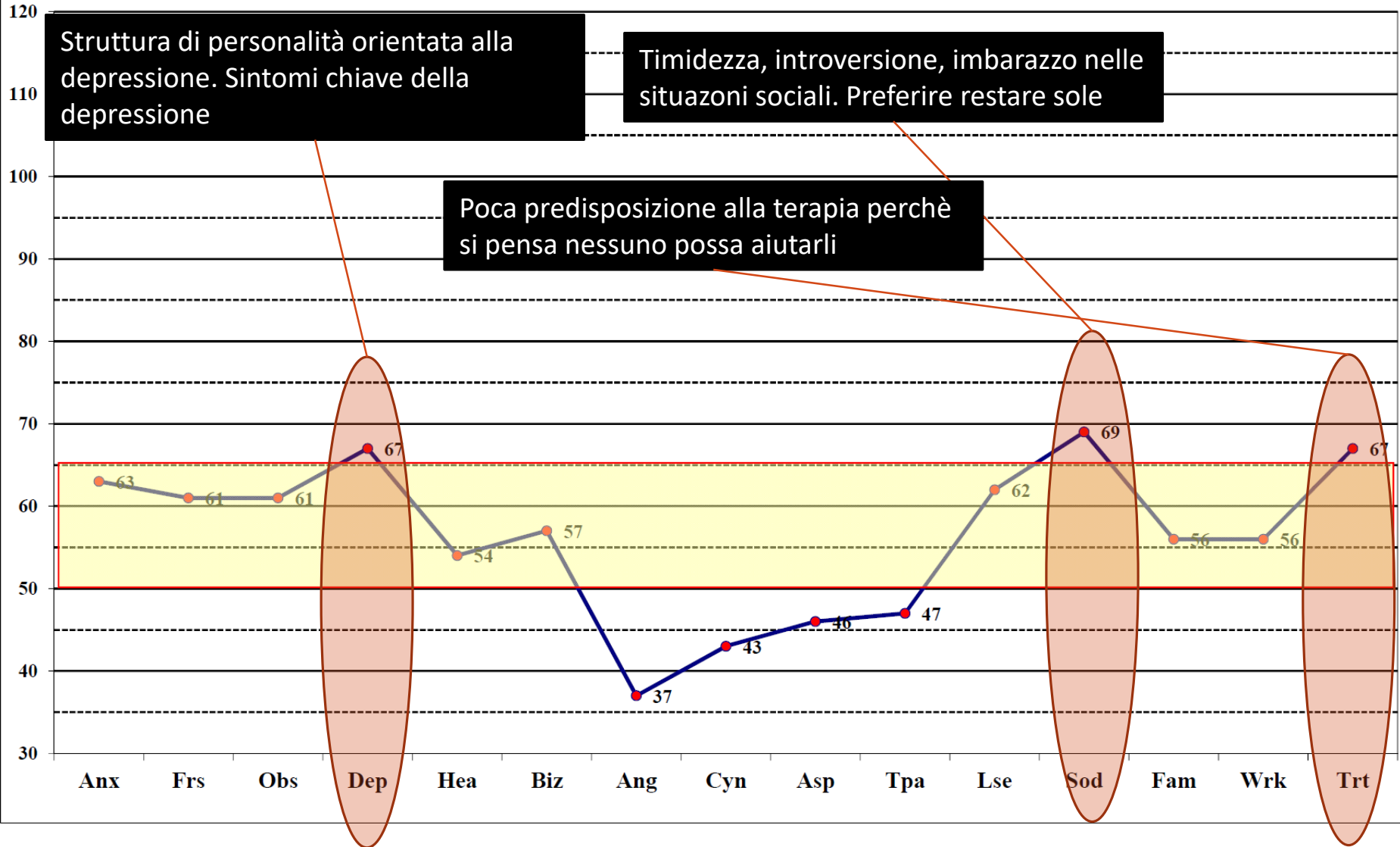
Sintomi depressivi caratterizzati da umore depresso, infelice, apatico, timido e con sentimenti di inferiorità. Mancanza di energia e lamentele per disfunzioni fisiche

Sentirsi vuoto e non amato dalla propria famiglia. Nessuna relazione importante. Paura, depressione e apatia. Mancato controllo sulle proprie emozioni. Emozionalmente inappropriato

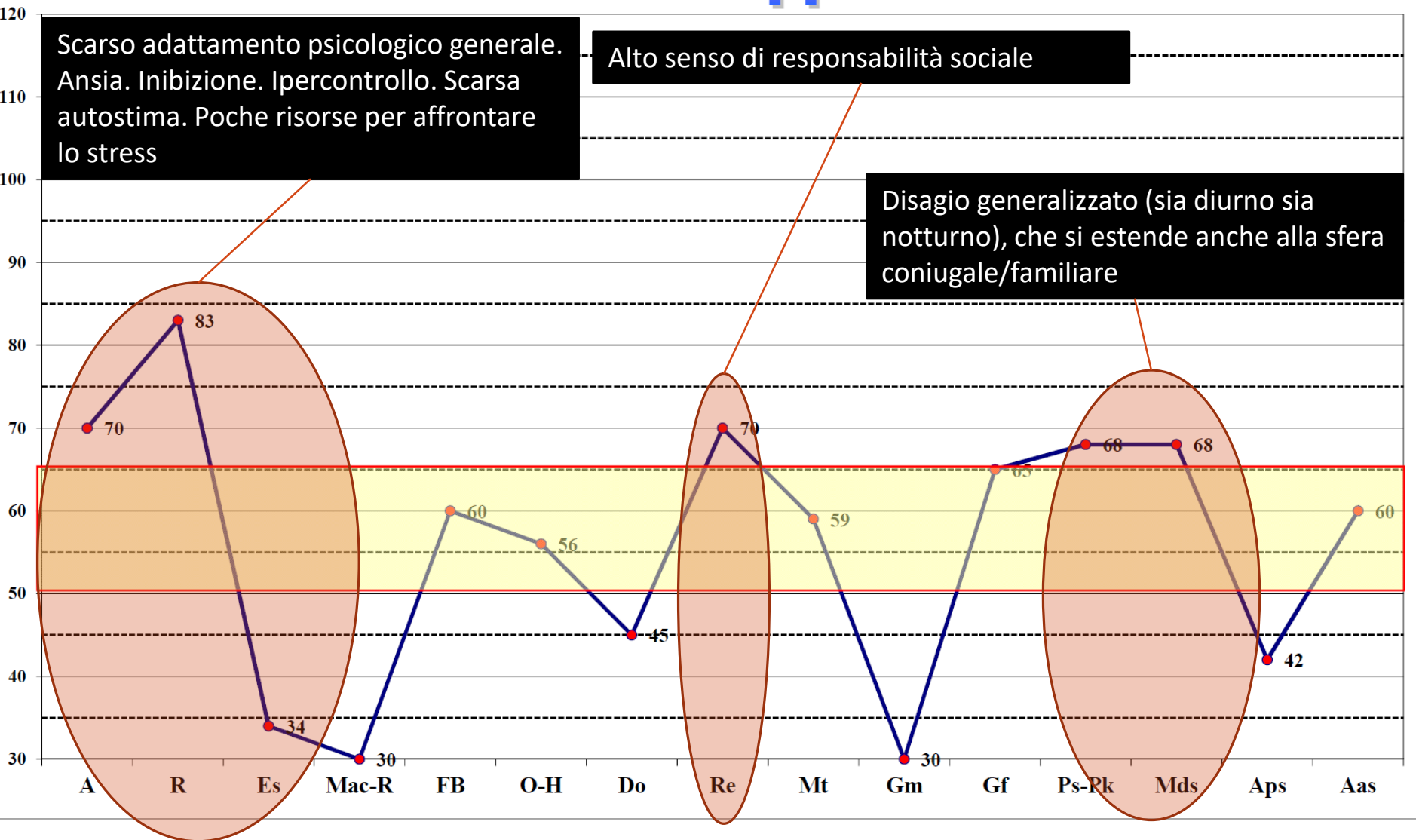
Forte disagio nelle situazioni sociali, Evitamento delle altre persone, soprattutto degli eventi di gruppo



# MMPI 2 - Scale di Contenuto



# MMPI 2 - Scale Supplementari



## Item critici per l'ideazione depressivo-suicidaria (Koss – Butcher)

#65 Di solito sono malinconico (V)

#92 Non mi sembra di preoccuparmi per quello che mi succede (V)

#95 Sono quasi sempre contento (F)

#130 A volte mi sento proprio inutile (V)

#215 Passo molto tempo a rimuginare (F)

#273 La vita è quasi sempre una fatica per me (V)

#306 A nessuno importa molto di ciò che accade al prossimo (V)

#388 Molto raramente ho momenti di malinconia o tristezza (F)

#411 Talvolta penso di essere un buono a nulla (V)

Item esplicitamente su suicidio e morte sono tutti respinti



## Caso Clinico #3 – Marco

Il profilo non presenta caratteristiche che ne mettono in dubbio, anche solo parzialmente, la validità.

In generale, M presenta un profilo di forte disagio internalizzante. Il suo psicogramma è definibile tramite il possibile codice 27/72 (probabilmente bassa stabilità temporale), ovvero con alti livelli di depressione e psicoastenia. Queste persone sono caratterizzate da una marcata depressione e rigidità cognitiva, emotiva e morale. Il focus primario sembra essere il tratto depressivo, accompagnato in seconda istanza da ansia. Sono presenti anche diverse lamentele fisiche (da indagare). Molto problematica sembra essere la sfera interpersonale. Tratti di introversione e timidezza si associano ad un marcato evitamento delle persone e delle situazioni sociali. Questo sembra portare a forti sentimenti di vuoto e di alienazione sociale. La sfera familiare potrebbe essere un ambito problematico per M. Ci sono evidenze (indirette) che M. potrebbe esperire pensieri di morte, anche se esplicitamente negati.

Infine, M sembra riportare un generale senso di esaurimento delle risorse psicologiche, sia per gestire lo stress sia per attivare un cambiamento psicologico con la terapia.

La terapia dovrebbe tenere conto sia del generale livello di notevole malessere sia della scarsità di risorse riportate da M. E' da preferire, per il momento, un intervento supportivo-empatico.

**10** years  
**later**

## Caso Clinico #3 – Marco+10

M+10 ha ora, 35 anni, è medico e lavora come specialista in un grande ospedale.

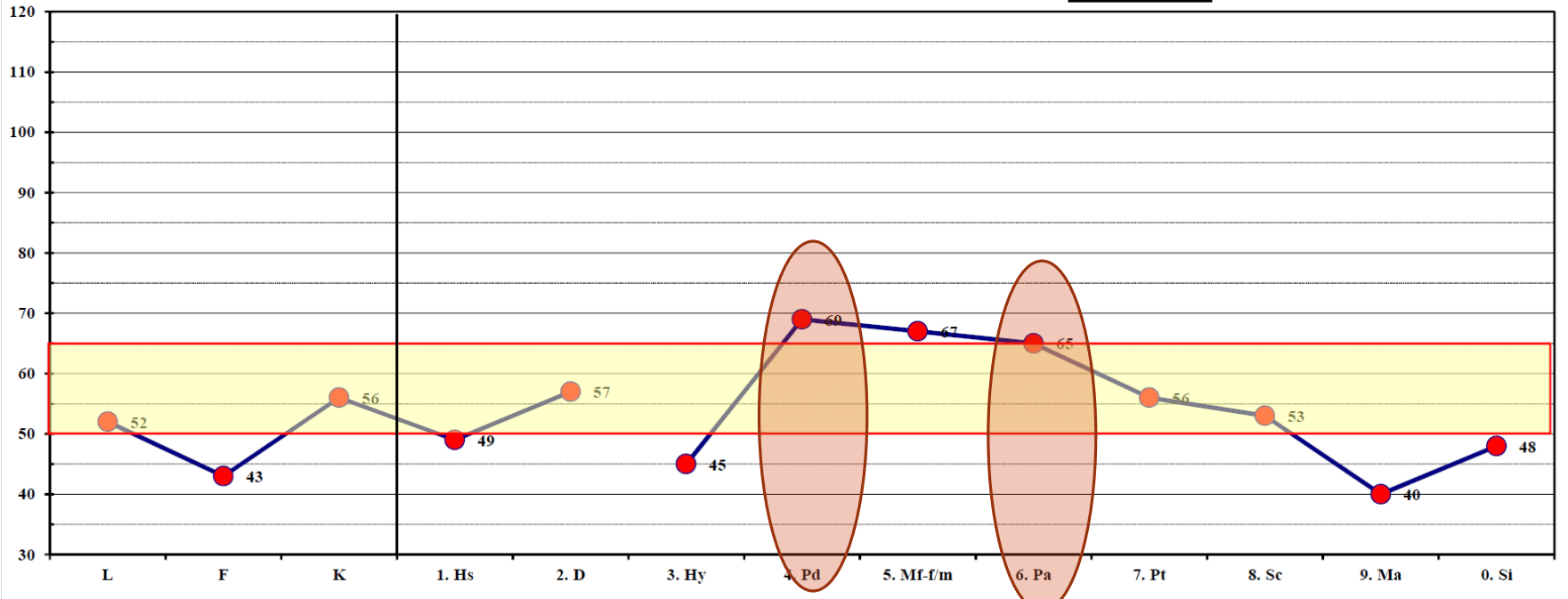
Non vive più con la sua famiglia (madre, zia, e nonna), ma si è trasferito. M+10 vive molto meglio il proprio orientamento omosessuale. Ha un rapporto stabile e piuttosto felice. Ha costruito una rete sociale soddisfacente.

Negli ultimi dieci anni ha avuto dei periodi molto faticosi dal punto di vista emozionale. Dopo l'ultima crisi, ha deciso di intraprendere un percorso di psicoterapia personale (durata alcuni anni). Ritiene di essere migliorato in seguito alla psicoterapia.

La madre non accetta la sua omosessualità, ma M+10 è riuscito faticosamente a staccarsi dalla propria famiglia, emotivamente e fisicamente. La cosa ha lasciato però delle cicatrici, per le quali M+10 chiede ora un nuovo intervento psicoterapico di supporto.

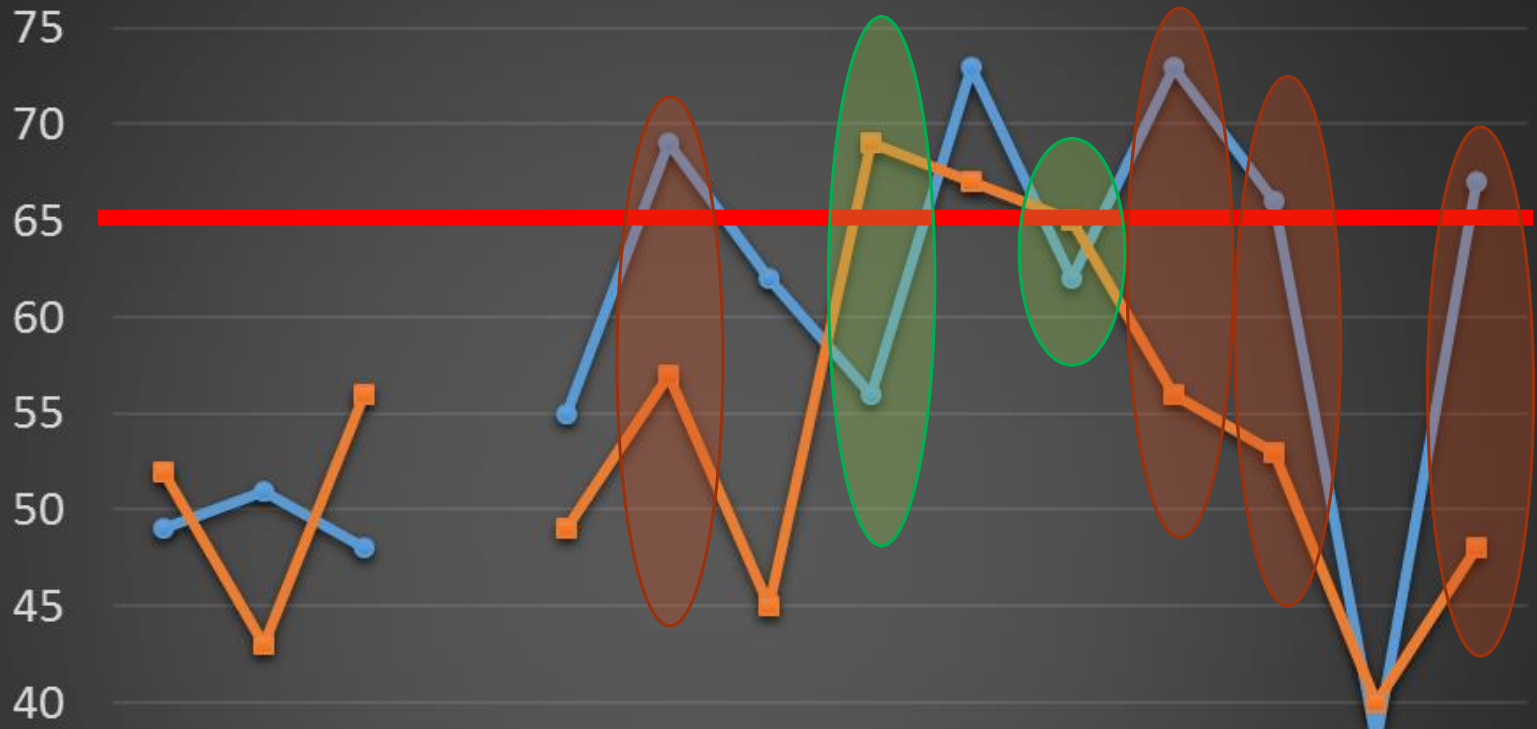
Non lamenta più disturbi di natura fisica.

# MMPI 2 - Scale di Base M+10



CNS = 0; Profilo valido

# M e M+10



	L	F	K		Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
—●— M	49	51	48		55	69	62	56	73	62	73	66	38	67
—■— M+10	52	43	56		49	57	45	69	67	65	56	53	40	48

—●— M —■— M+10

## Caso Clinico #3 – Marco+10

Commenti preliminari:

- 1) Profilo valido (indagare anche le altre scale di validità)

Generale e marcato miglioramento in quasi tutte le scale cliniche

**1) Non manifesta più un profilo 27/72 (internalizzante)**

- 2) Riduzione di 12 punti T alla scala D (da valori clinici a valori non clinici)
- 3) Riduzione di 17 punti T alla scala Hy (valori non clinici)
- 4) Riduzione di 17 punti T alla scala Pt (da valori clinici a valori non clinici)
- 5) Riduzione di 13 punti T alla scala Sc (da valori clinici a valori non clinici)
- 6) Riduzione di 19 punti T alla scala Si (da valori clinici a valori non clinici)

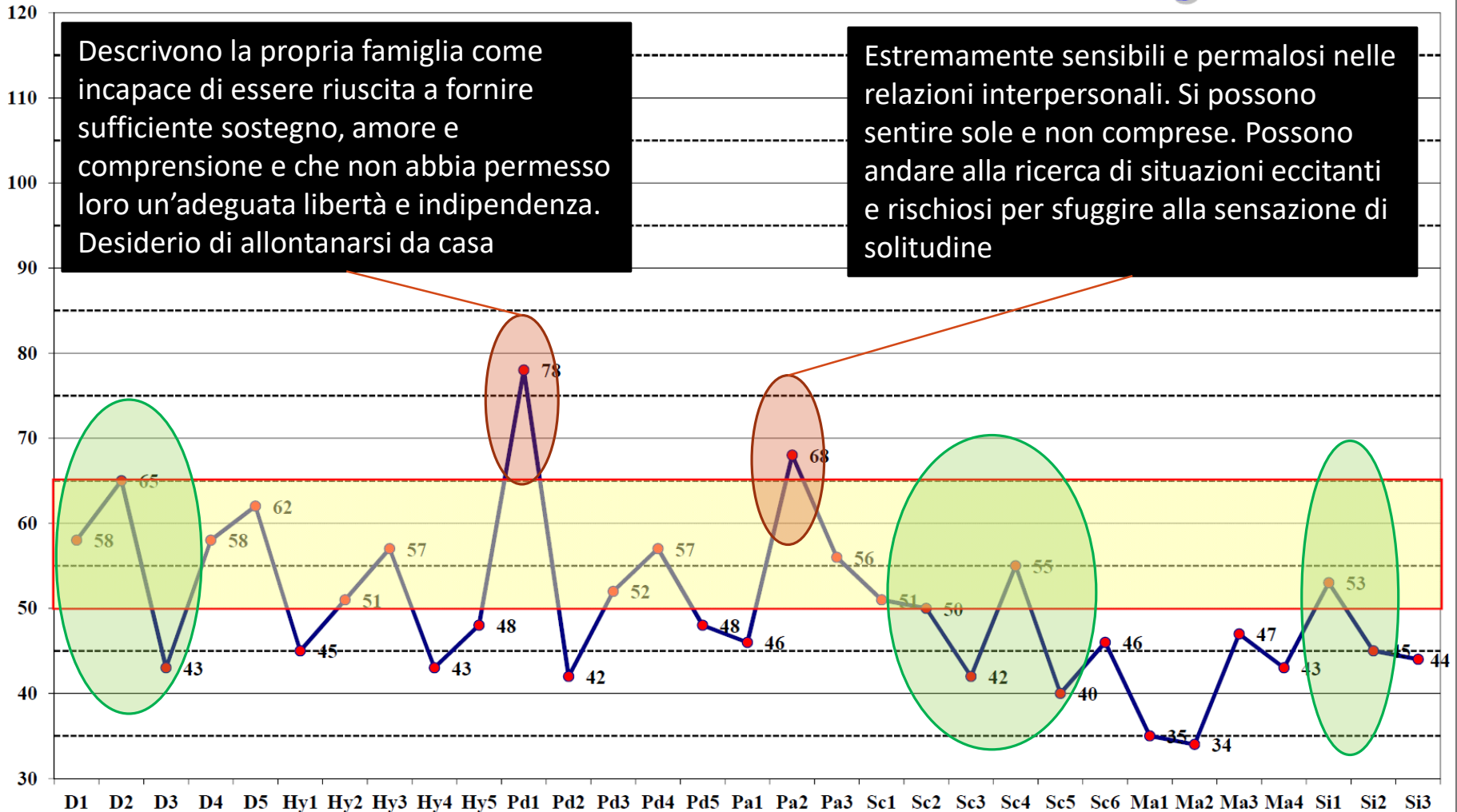
Peggioramento in due scale cliniche:

- 7) Aumento di 13 punti T alla scala Pd (da valori non clinici a valori clinici)
- 8) Lieve aumento di 3 punti T alla scala Pa (ora sopra soglia clinica)

# MMPI 2 - Sottoscale Cliniche di Harris e Lingoies M+10

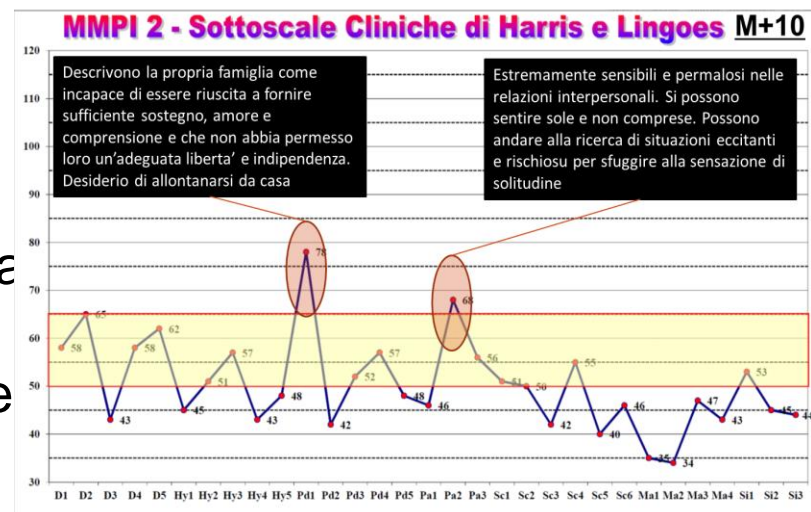
Descrivono la propria famiglia come incapace di essere riuscita a fornire sufficiente sostegno, amore e comprensione e che non abbia permesso loro un'adeguata libertà e indipendenza. Desiderio di allontanarsi da casa

Estremamente sensibili e permalososi nelle relazioni interpersonali. Si possono sentire sole e non comprese. Possono andare alla ricerca di situazioni eccitanti e rischiosi per sfuggire alla sensazione di solitudine



## Caso Clinico #3 – Marco+10

L'aumento della scala Pd (deviazione psicopatica) sembra essere dovuta principalmente ad una aumentata ostilità e animosità nei confronti della propria famiglia. Potrebbe sentire il desiderio/bisogno di allontanarsi dalla propria famiglia di origine

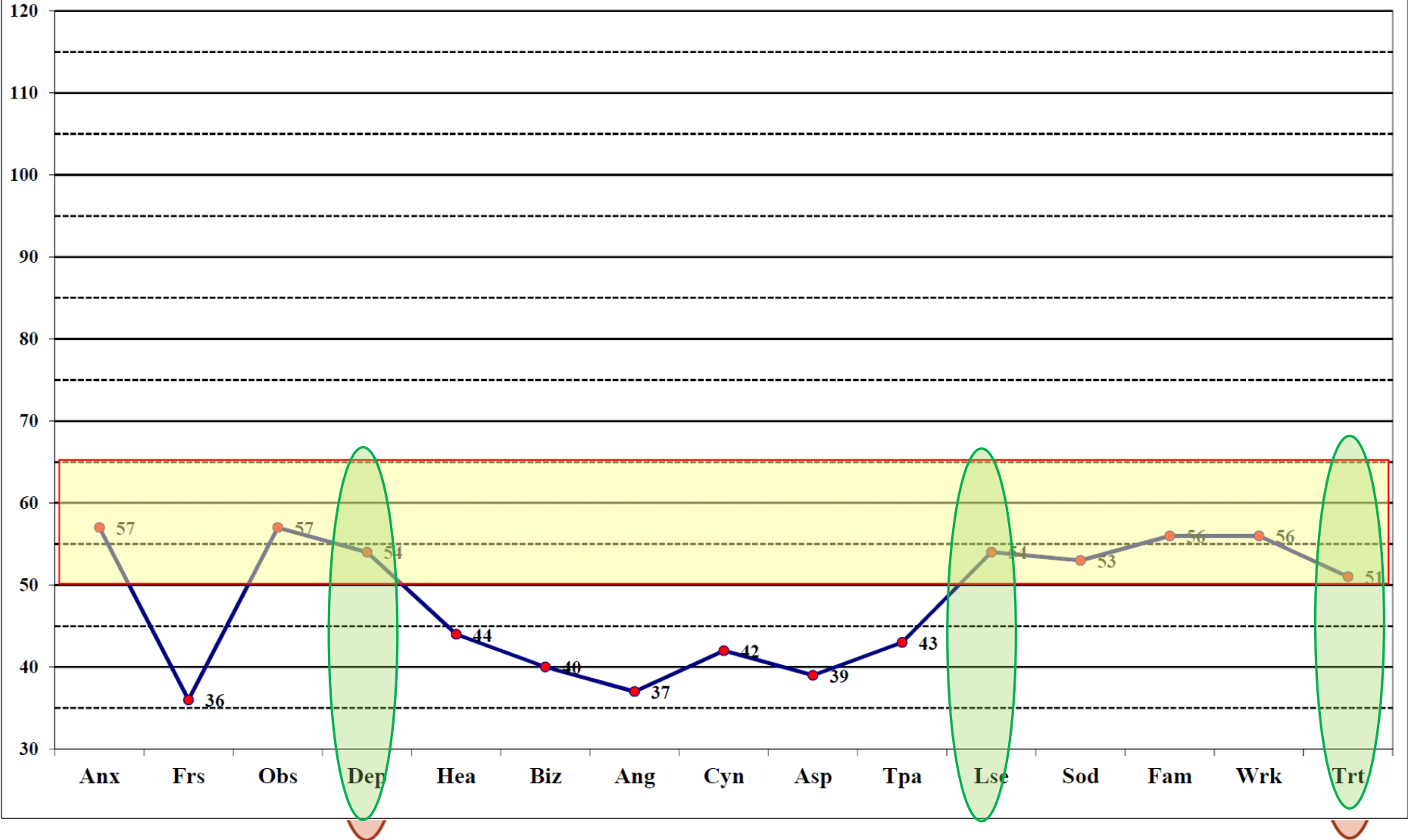


Non manifesta più un quadro pesantemente internalizzante. Non sono più presenti tendenze a umore depresso e negativo, così come sentimenti di vuoto. Inoltre, mentre M percepiva la mancanza di amore dalla propria famiglia e ne risentiva in maniera depressiva, M+10 ne è consapevole e forse più arrabbiato. L'atteggiamento in merito sembra essersi modificato da INTERNALIZZANTE a "ESTERNALIZZANTE" (arrabbiato/criticato ingiustamente/ desideroso di andarsene; non necessariamente in senso patologico).

M+10 non lamenta più disagio nelle relazioni interpersonali

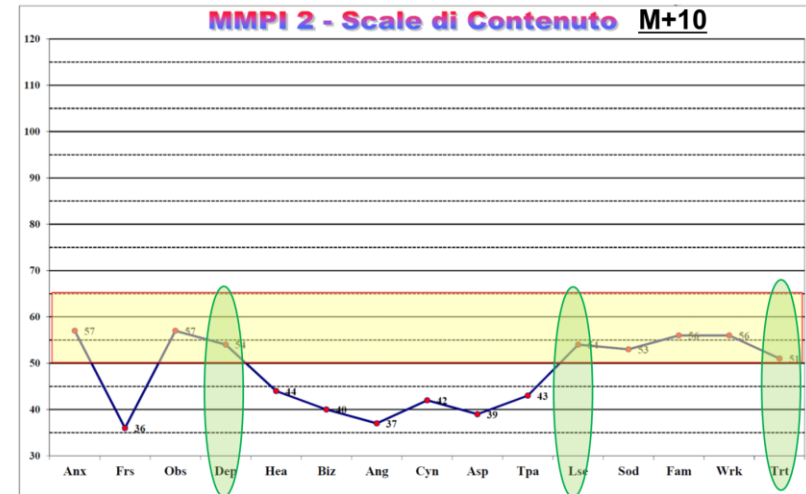


# MMPI 2 - Scale di Contenuto M+10



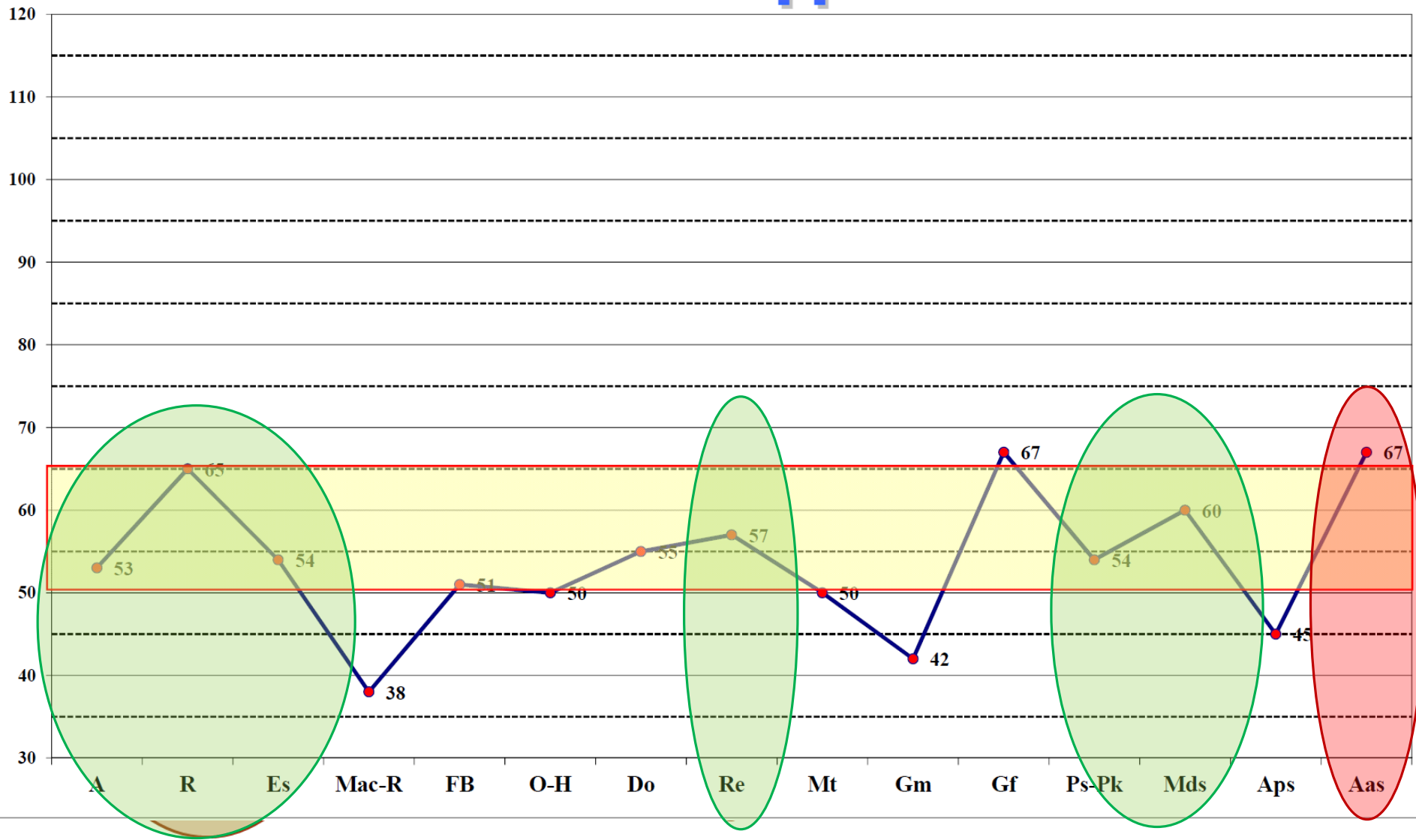
## Caso Clinico #3 – Marco+10

L'analisi delle scale di contenuto non rivela alcuna dimensione clinica di particolare rilievo.



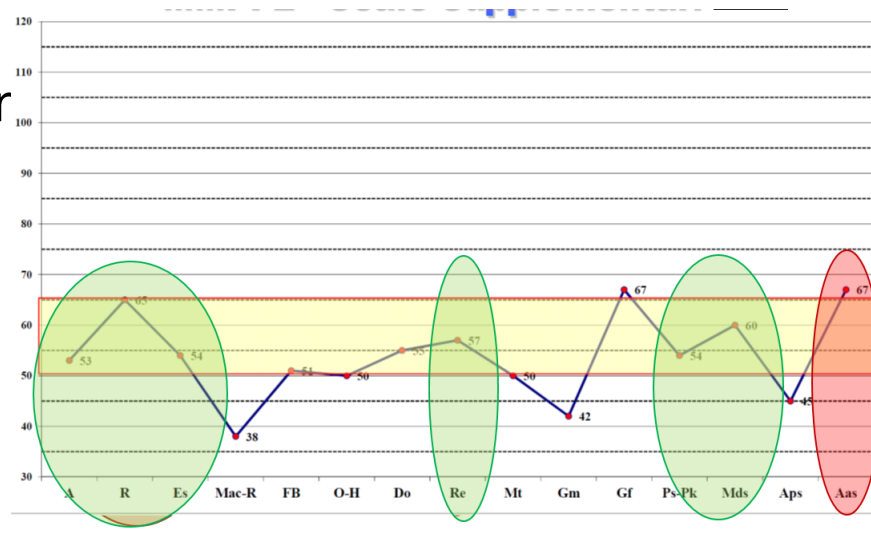
È da sottolineare come la dimensione di depressività sia sostanzialmente ridotta ed sia ora entro i limiti non-clinici. Anche i livelli di disagio sociale (vedi anche la scala clinica Si e l'assenza di picco alla Sc1) non risultano più essere nell'area di interesse clinico. Infine, la difficoltà di trattamento (Trt) sembra decisamente più benigno e meno negativo rispetto l'eventuale desiderio di cambiamento e di aprirsi con gli altri.

# MMPI 2 - Scale Supplementari M+10



## Caso Clinico #3 – Marco+10

Anche l'analisi delle scale supplementari supporta un generale miglioramento. E' ancora presente un certa tendenza al controllo, alla repressione e alla negazione dei problemi. Sebbene M+10 ammetta l'uso di sostanze (legali e non), non sembrano esserci problemi di dipendenza. Possibile abuso.



È da sottolineare che sono presenti livelli non clinici di ansia e non sembrano essere più presenti lamentele di disagio generalizzato diurno e notturno. È decisamente aumentata la sua capacità di tollerare lo stress e di affrontare i momenti critici, così come fiducia in sé e stabilità emotiva. Si sono di molto ridotti i sentimenti di alta responsabilità sociale

# Item critici per l'ideazione depressivo-suicidaria (Koss – Butcher)

	M	M+10
#38 Ho avuto periodo di giorni, settimane o mesi in cui mi era difficile combinare qualcosa, perché non riuscivo ad incominciare		X
#65 Di solito sono malinconico	X	
#92 Non mi sembra di preoccuparmi per quello che mi succede	X	X
#95 Sono quasi sempre contento	X	X
#130 A volte mi sento proprio inutile	X	
#146 Piango facilmente		X
#215 Passo molto tempo a rimuginare	X	
#233 Trovo difficoltà nel cominciare a fare le cose		X
#273 La vita è quasi sempre una fatica per me	X	
#306 A nessuno importa molto di ciò che accade al prossimo	X	
#388 Molto raramente ho momenti di malinconia o tristezza	X	
#411 Talvolta penso di essere un buono a nulla	X	
#524 Nessuna sa che ho tentato di uccidermi		X

## Caso Clinico #3 – Marco+10 – conclusioni

M+10 presenta un quadro marcatamente differente rispetto a dieci anni prima. Il quadro internalizzante generale (27/72) non è attualmente più presente. Non sono più presenti nè lamentele di tipo depressivo nè di tipo ansioso. Inoltre, il precedente quadro di introversione e alienazione sociale sembra essersi risolto. Al contrario, M+10 ora presenta un marcato interesse per i contatti sociali (i.e., feste). Potrebbe essere presente una lieve suscettibilità e permalosità.

La famiglia (di origine) risulta ancora essere un'area problematica, ma con alcune differenze. Dieci anni fa, M lamentava di non essere capito o amato e questa sofferenza prendeva una forma tipicamente depressiva. Ora, M+10 sembra essere maggiormente consapevole che la sua famiglia è (stata) intrusiva e ipercritica. M probabilmente non accetta più e non fa proprie queste critiche. Tutto questo lo ha probabilmente portato ad allontanarsi, fisicamente e psicologicamente, dalla sua famiglia.

Potrebbe essere emersa una maggiore tendenza ad assumere comportamenti potenzialmente a rischio, come uso di sostanze (alcol?). Non sono più presenti lamentele riguardanti la propria salute fisica.

M non sembra essere a minor rischio suicidario rispetto al passato (item critici di Koss Butcher). Cmq, M riporta un precedente tentamen di cui non sappiamo niente e che merita di essere ulteriormente indagato.

## Caso #1 – Paola

Paola ha 40 anni e lavora in un'azienda di prodotti chimici per l'industria.

P si è sempre definita una persona insicura e ansiosa, ma le cose sono peggiorate notevolmente da qualche mese. Ha recentemente avuto una promozione a un ruolo manageriale all'interno della sua azienda. Nuove responsabilità e nuove incombenze sono percepite da P come eccessive.

Riporta di essere sempre un passo indietro rispetto la sua agenda e le sembra di non riuscire più a respirare. La sua vita extra-lavorativa, sia rispetto la famiglia di origine sia rispetto il fidanzato di lunga data, rimane un po' nell'ombra durante il colloquio.

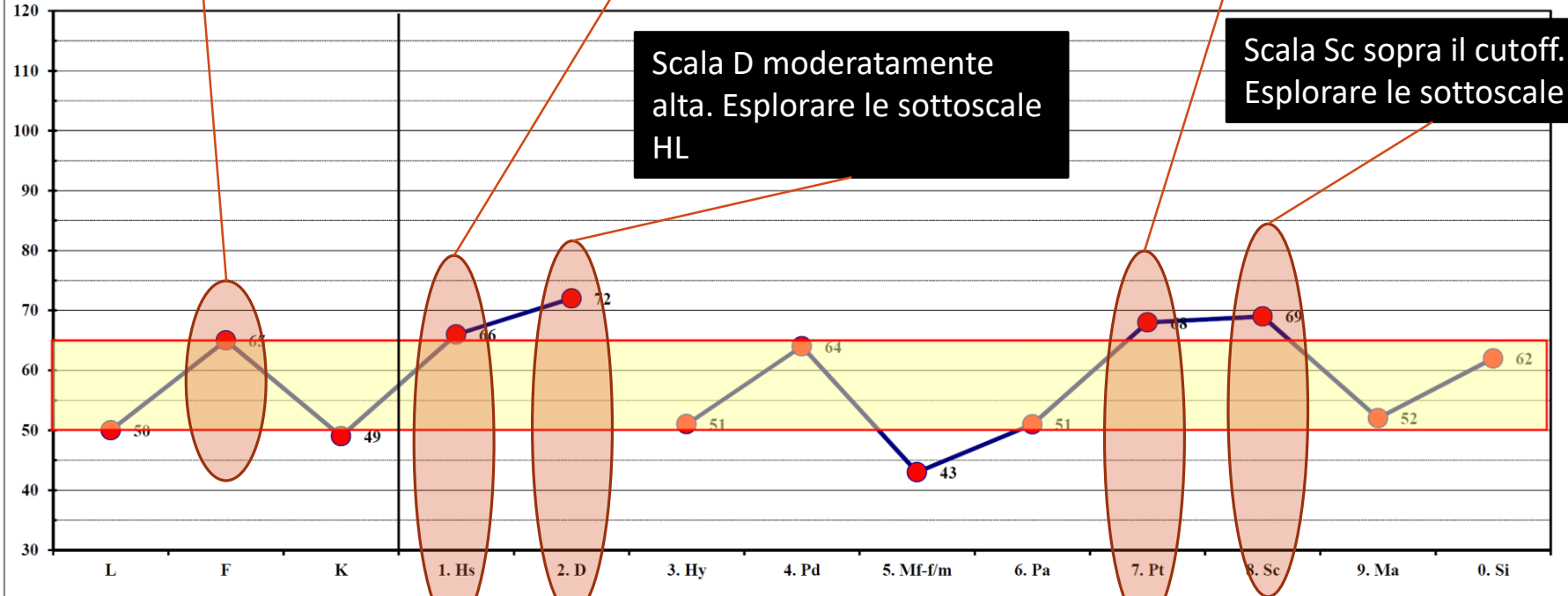
P si rivolge allo psicologo per un aiuto in questo periodo difficile

Possibile leggera sovrastima dei sintomi oppure profilo sintomatologico marcato

Lamentele fisiche e possibili sintomi somatici durante stress

Profilo psicoastenico. Ansia, paure, ossessioni, etc.?

## MMPI 2 - Scale di Base



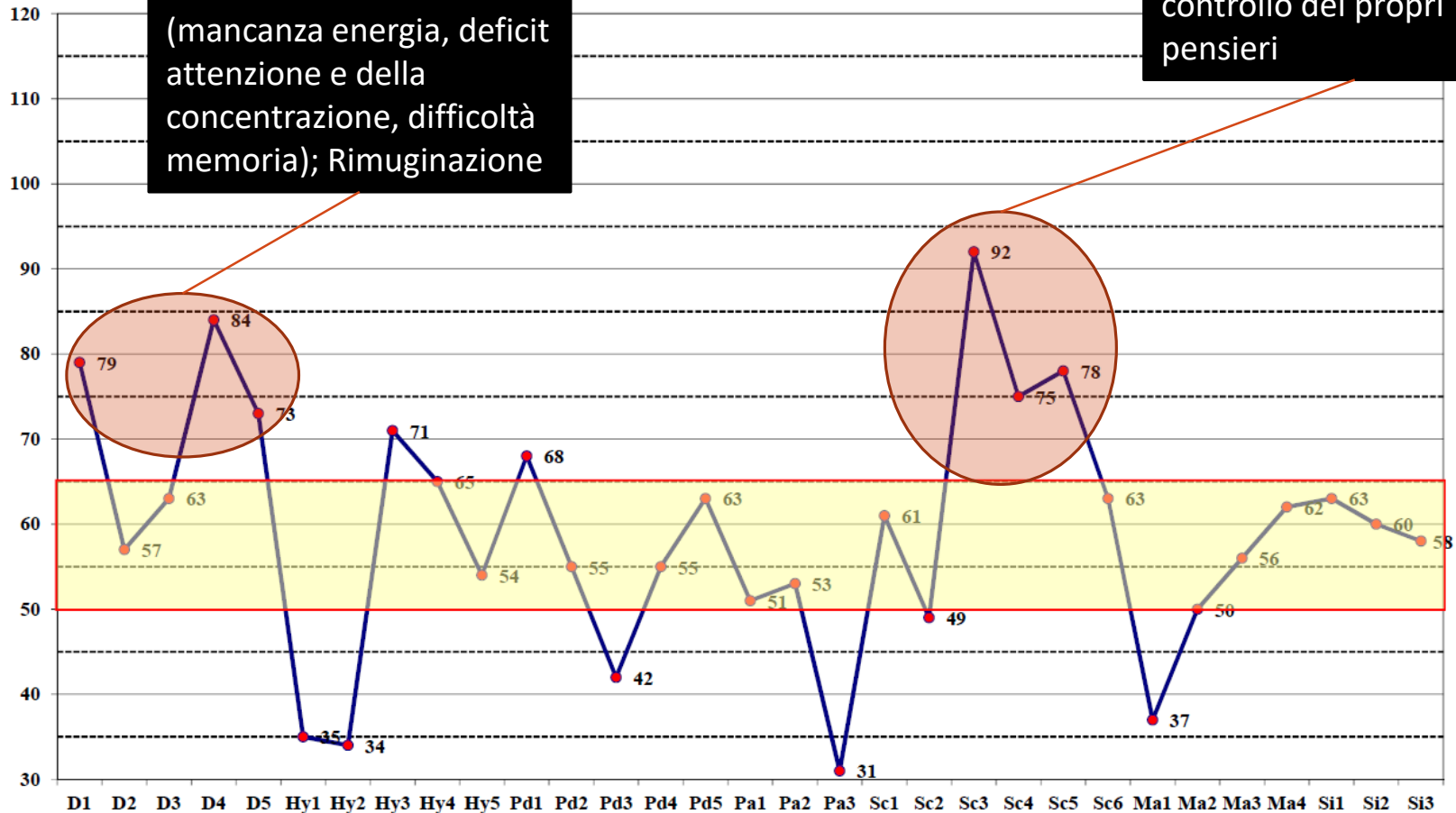
CNS = 0



# Quali sottoscale di Harris-Lingoes possiamo interpretare e come le interpretiamo?

Pensieri confusi, paura di perdere il controllo e paura di perdere il controllo dei propri pensieri

Depressione soggettiva; inefficienza mentale (mancanza energia, deficit attenzione e della concentrazione, difficoltà memoria); Rimuginazione

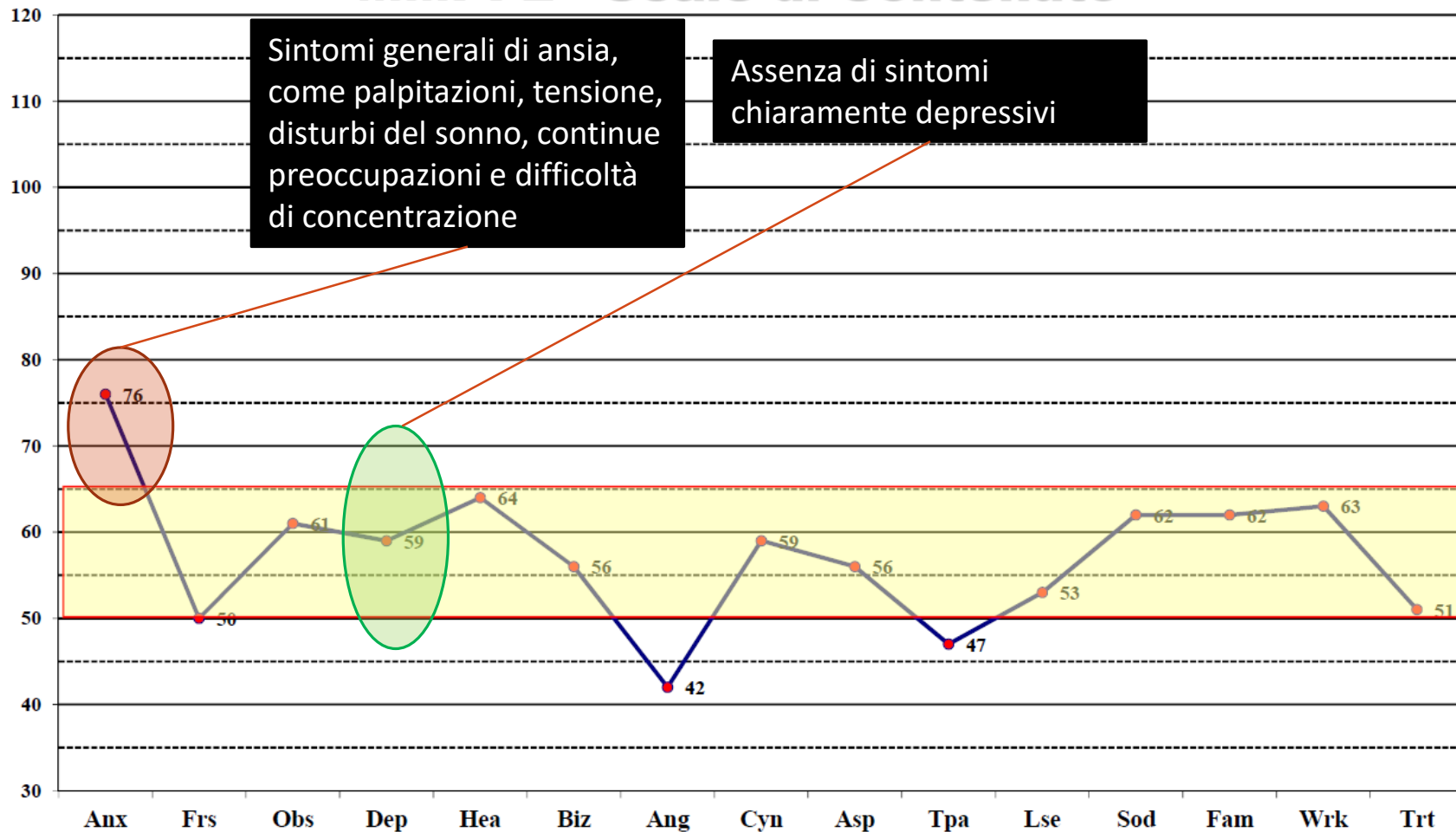


MM

Cliniche di Harris e Li

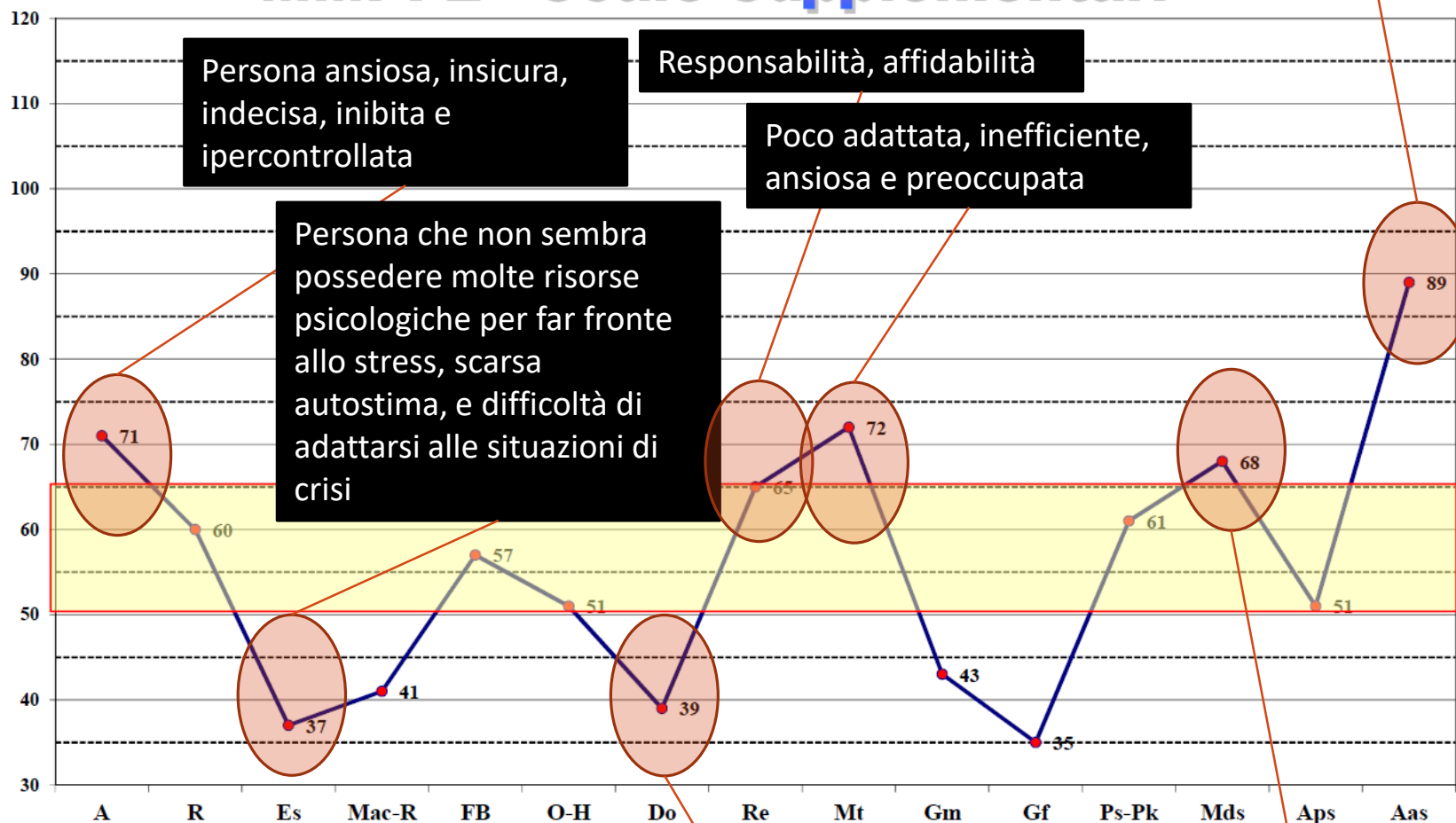
# Cosa ci dicono le scale di contenuto?

## MMPI 2 - Scale di Contenuto



# Cosa ci dicono le scale supplementari con punteggio sia alto sia basso?

## MMPI 2 - Scale Supplementari



Persona ansiosa, insicura, indecisa, inibita e ipercontrollata

Responsabilità, affidabilità

Poco adattata, inefficiente, ansiosa e preoccupata

Persona che non sembra possedere molte risorse psicologiche per far fronte allo stress, scarsa autostima, e difficoltà di adattarsi alle situazioni di crisi

Possibile abuso di alcol e altre sostanze

Scarsa predisposizione alla leadership e a assumere il controllo nei contesti sociali

Possibile disagio/conflicto in ambito familiare/coniugale

Il profilo di P sembra essere (parzialmente) valido. è possibile che sia presente una leggera tendenza a sovrariportare i sintomi.

In generale, P sembra essere caratterizzata da livelli medio-alti di **ansia** in associazione a sentimenti di **insicurezza**. Inoltre, P si ritiene fundamentalmente inadatta ad affrontare eventi stressanti e situazioni di crisi. Possono essere presenti sentimenti di **inadeguatezza**, senza tuttavia raggiungere lo spettro chiaramente depressivo. P lamenta inoltre **problemi di efficienza cognitiva**, in termini di attenzione, concentrazione e memoria. La sua insicurezza si associa sia a sentimenti **alta responsabilità sociale** e **scarsa leadership**. La sua nuova situazione lavorativa potrebbe essere una condizione particolarmente stressante per lei.

Potrebbe essere presente un uso problematico di alcol (o altre sostanze) che potrebbe essere la causa delle lamentele

L'ambiente familiare, forse più specificatamente di coppia, potrebbe essere causa di notevole disagio o conflitto.

## Caso #2 – Mario

M ha 55 anni e lavora in una piccola biblioteca di provincia.

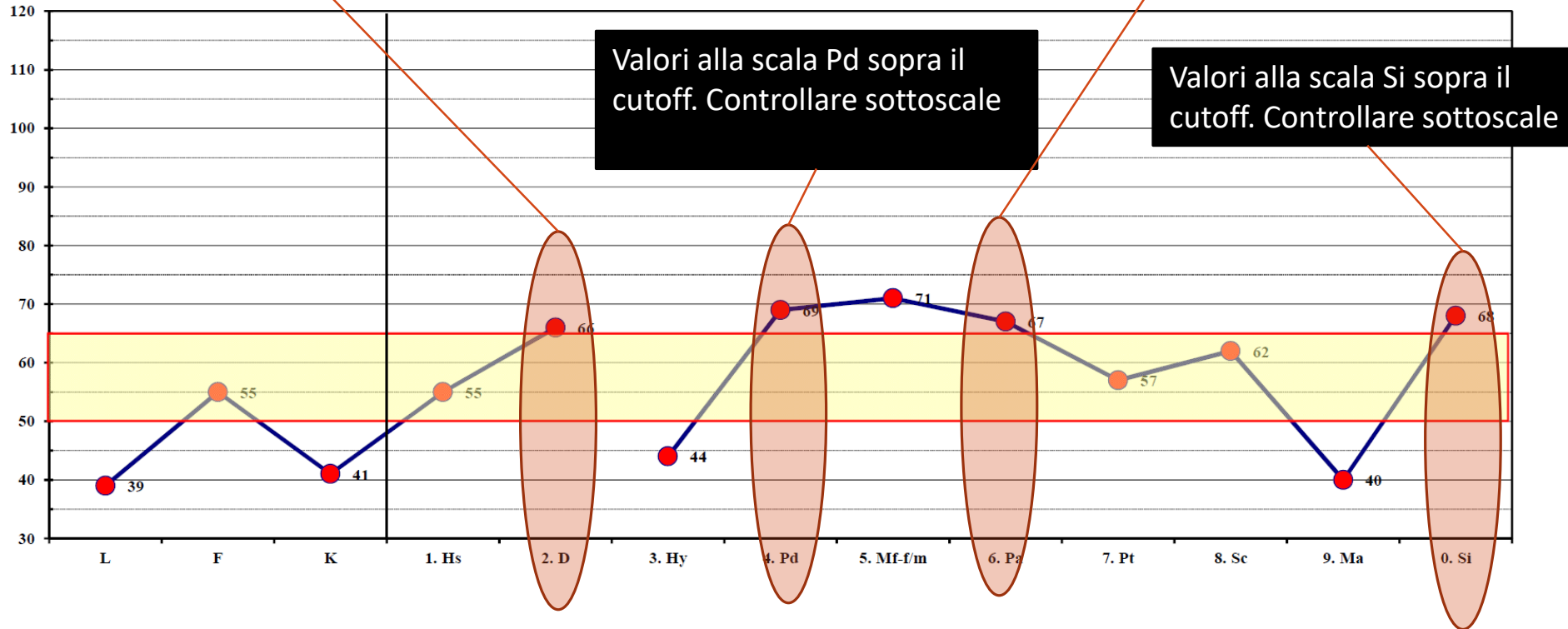
M si rivolge ad uno psicologo perché sente che la sua vita è vuota e senza senso. Lamenta diversi sintomi depressivi, tra cui tristezza e fatica. Inoltre, la sua vita sociale è per lui totalmente insoddisfacente. Da molti anni non ha più una compagna e la sua rete di amici sembra essere molto ridotta. Quando gli viene chiesto cosa ha fatto per cercare di cambiare questa situazione, risponde «Niente. Non ho fatto niente...non c'è niente da fare». Si sente esausto e senza speranza di cambiamento.

Ha iniziato a lavorare come bibliotecario appena laureato e non ha mai cambiato lavoro. Sebbene ci siano varie donne da cui si sente attratto, da anni oramai non fa niente per cercare un contatto con loro.

Valori alla scala D sopra il cutoff. Controllare sottoscale

Valori alla scala Pa sopra il cutoff. Controllare sottoscale

## MMPI 2 - Scale di Base



CNS = 0

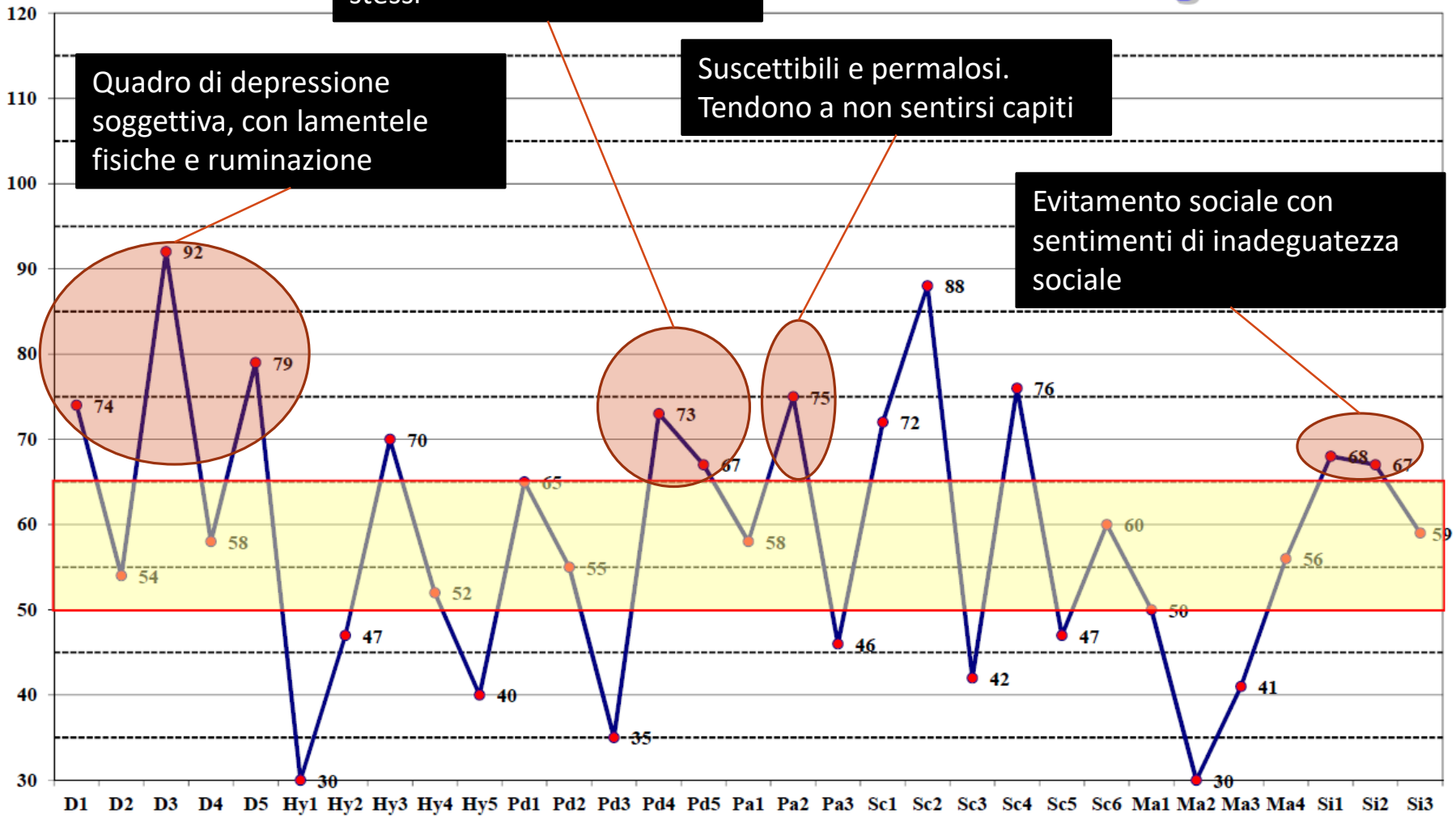
# MMPI 2 - Scale di Harris e Lingoes

Solitudine e alienazione sociale, così come sentimenti di vuoto e disagio con se stessi

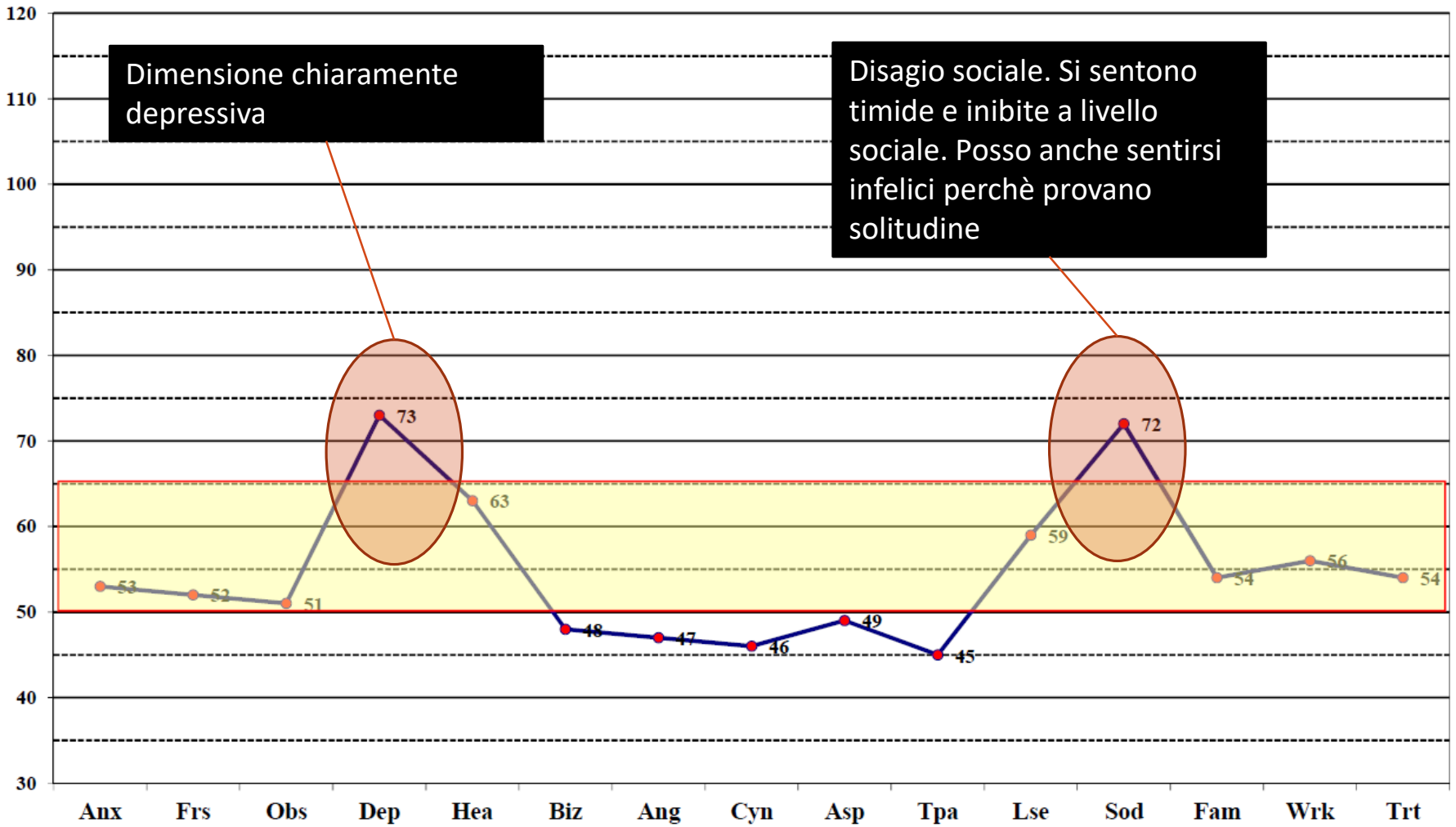
Quadro di depressione soggettiva, con lamentele fisiche e ruminazione

Suscettibili e permalosi. Tendono a non sentirsi capiti

Evitamento sociale con sentimenti di inadeguatezza sociale

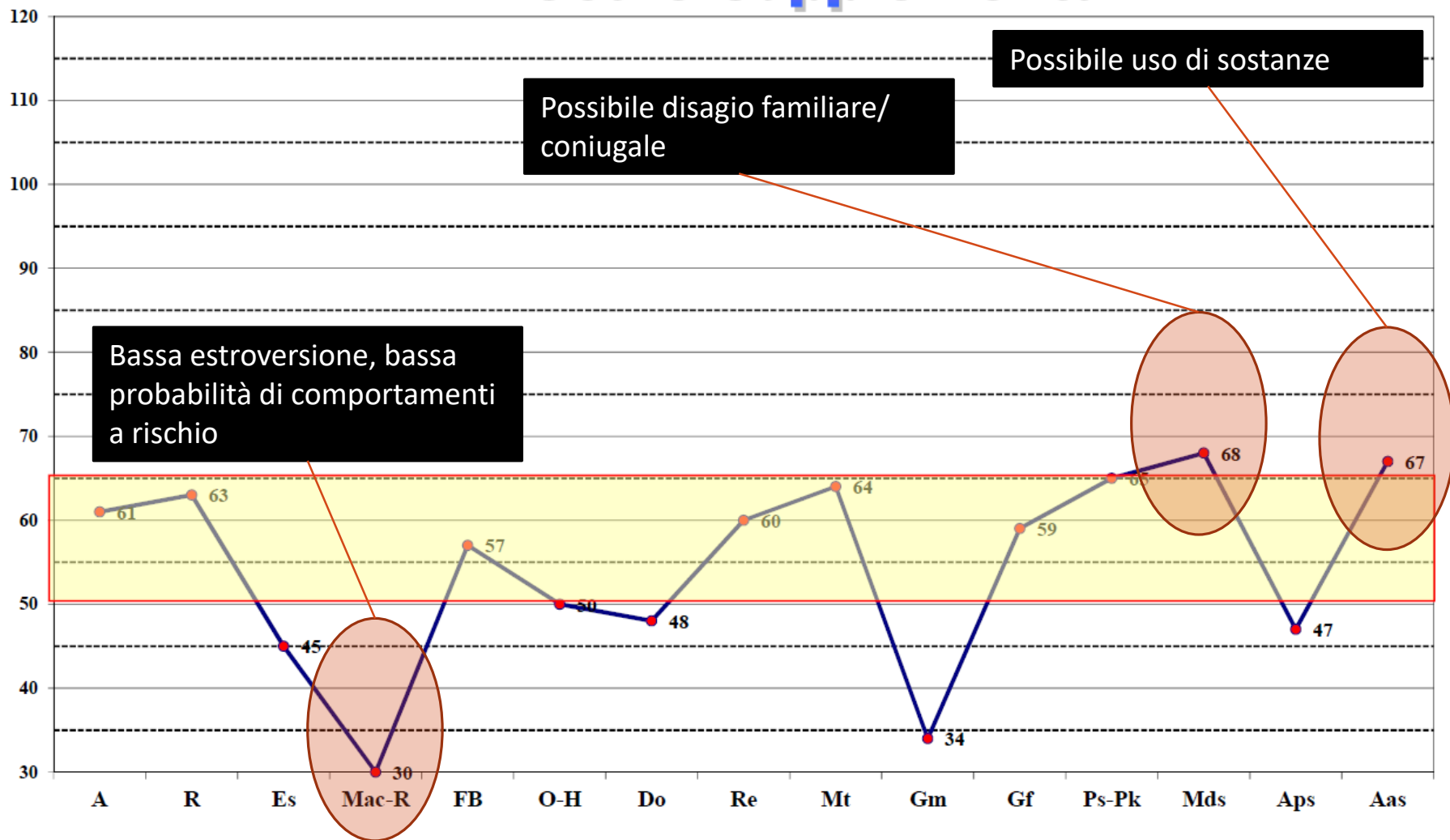


## MMPI 2 - Scale di Contenuto





# MMPI 2 - Scale Supplementari



## Caso #2 – Mario

Il profilo di validità di M non sembra essere compromesso.

Il quadro di M sembra essere fondamentalmente depressivo, soprattutto in termini di umore negativo, sintomi fisici e ruminazione. Inoltre il quadro depressivo M si inserisce all'interno di un contesto socialmente deprivato. La solitudine e la mancanza di rapporti significativi sembra essere la fonte primaria di stress riportata da M.

Il quadro di generale esaurimento psicologica di M potrebbe suggerire che il contesto sociale deprivato sia anche attivamente indotto da M che non agisce attivamente per cambiare il contesto. Non sono presenti lamentele di tipo ansioso.

Si potrebbe ipotizzare una diagnosi di depressione maggiore. Si dovrebbe valutare attentamente il rischio suicidario.

## Caso #3 – Carmela

Carmela ha 30 anni e lavora in un'azienda che fornisce manodopera agricola.

C lamenta una generale insoddisfazione riguardante la sua vita. Sebbene non riesca a chiarificare in cosa consista tale insoddisfazione, afferma che molti aspetti della sua vita non sono negativi, ma non vanno come lei vorrebbe. Ad esempio, ha un rapporto da oltre dieci anni, ma non è sicura che sia la persona giusta. Studia sociologia da oltre dieci anni, ma non è sicura che sia il corso di laurea giusto per lei. Dice di non voler interrompere, ma neanche di concluderlo. Ha un rapporto molto stretto con sua madre, soprattutto dopo la morte del padre, circa 8 anni prima. È figlia unica.

Lamenta moltissimi problemi fisici, ma di lieve entità. Alla conversazione è gradevole. Ha un forte umorismo, soprattutto per un punto di vista piuttosto inusuale su quello che avviene nella sua vita. Anche se brillante, le sue interazioni tendono ad essere superficiali.

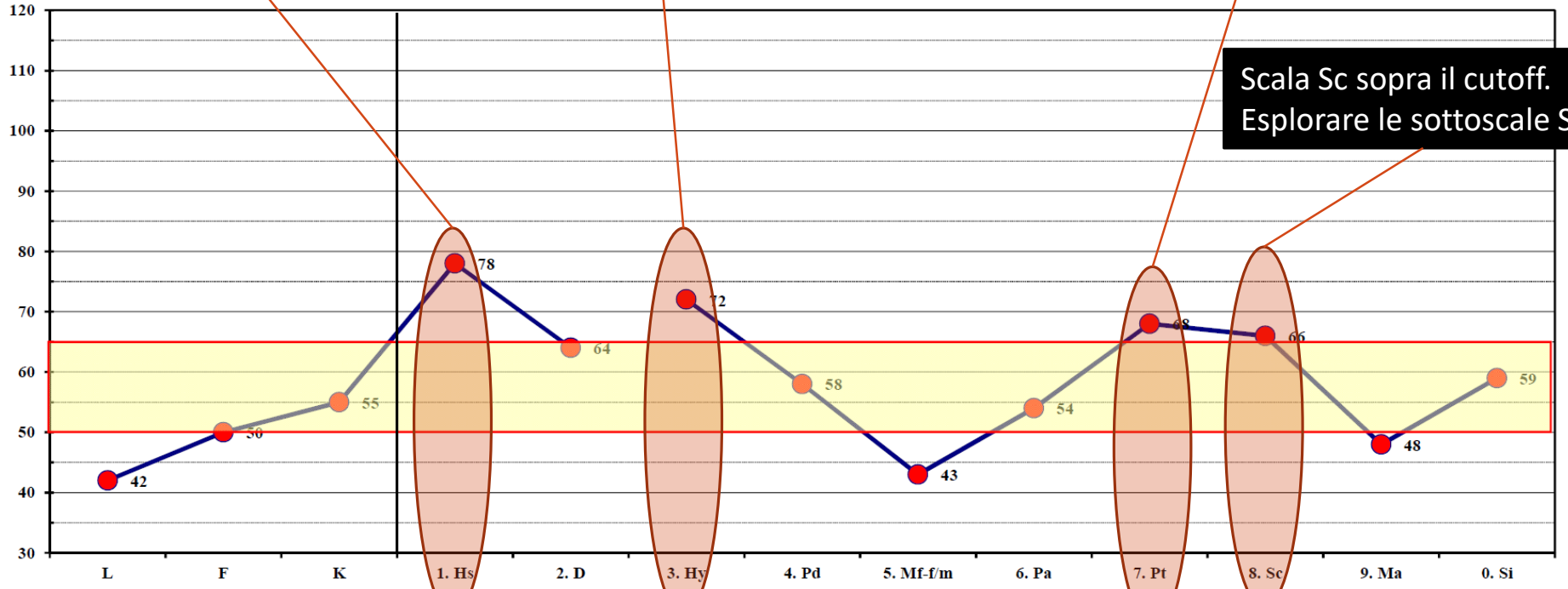
Si rivolge allo psicologo su indicazione di sua madre, che è preoccupata per lei. Secondo la madre, C è «bloccata» e non sa cosa vuole.

preoccupazioni somatiche  
estreme e a volte bizzarre;  
possibili deliri somatici;  
dolore cronico

Alti valori alla scala Hy.  
Controllare sottoscale

Profilo psicoastenico.  
Ansia, paure, ossessioni,  
etc.?

## MMPI 2 - Scale di Base



Scala Sc sopra il cutoff.  
Esplorare le sottoscale Sc

CNS = 4

Possibile profilo 1-3/3-1

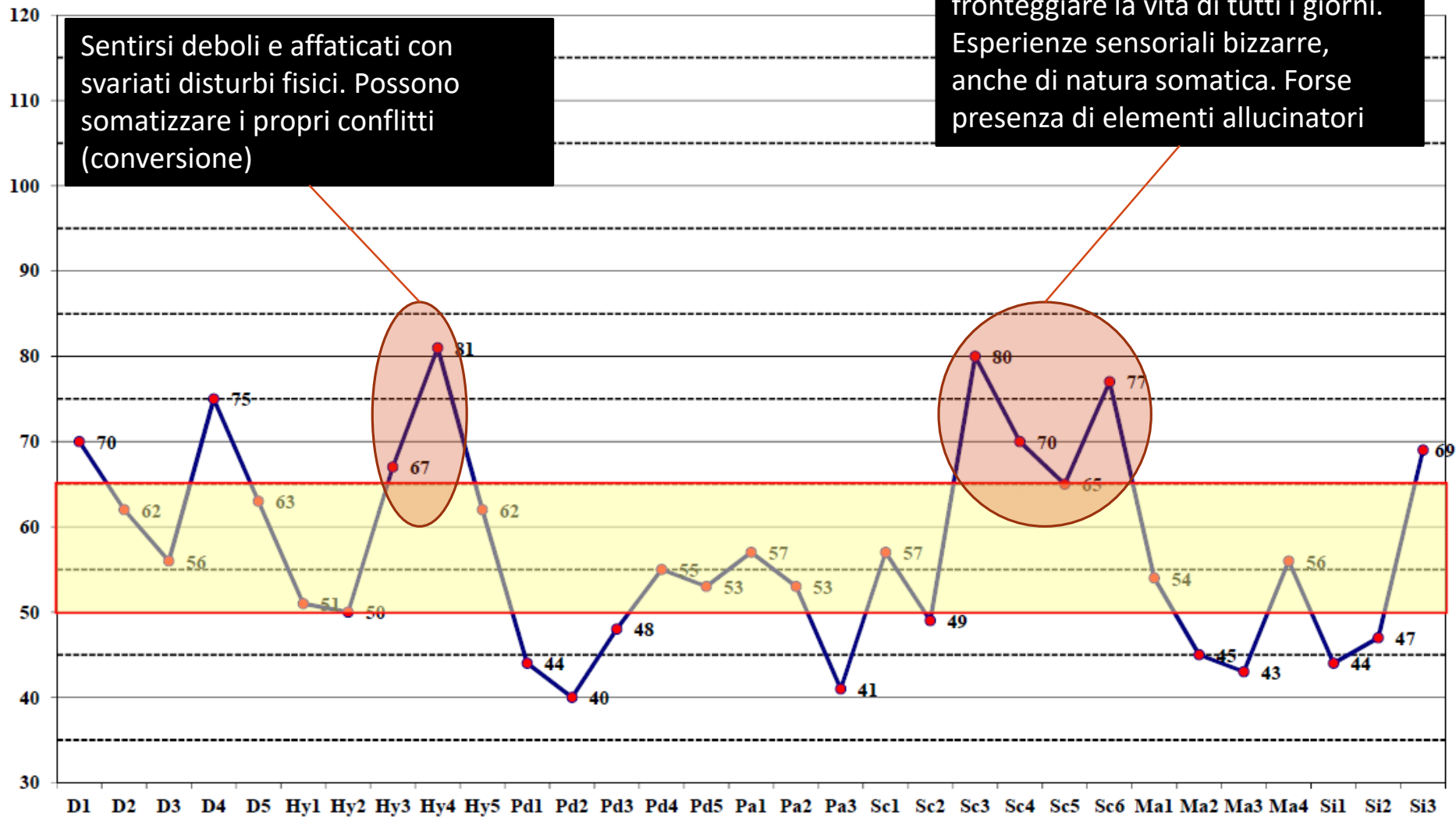
## Profilo 1-3/3-1

Si preoccupano per la propria salute e riferiscono molti disturbi fisici vaghi e diffusi, che tendono a manifestarsi in periodi di stress. Generalmente non presentano gravi sintomi di ansia e depressione, ma tendono ad agire con un ridotto livello di efficienza. Vari disturbi somatici, quali mal di testa, dolori al torace e alla schiena, etc... Utilizzo massiccio di negazione e razionalizzazione e si presentano come persone estremamente normali, responsabili e senza difetti. Scarse capacità di insight verso i propri conflitti. Socievoli e estroversi, ma superficiali nei rapporti. Possono essere percepiti come immaturi, egocentrici e dipendenti. Insicuri e costantemente in bisogno di attenzione. Possibile diagnosi di disturbo d'ansia o somatoforme. Chiamato anche «Vallo nevrotico» (Conversion V)

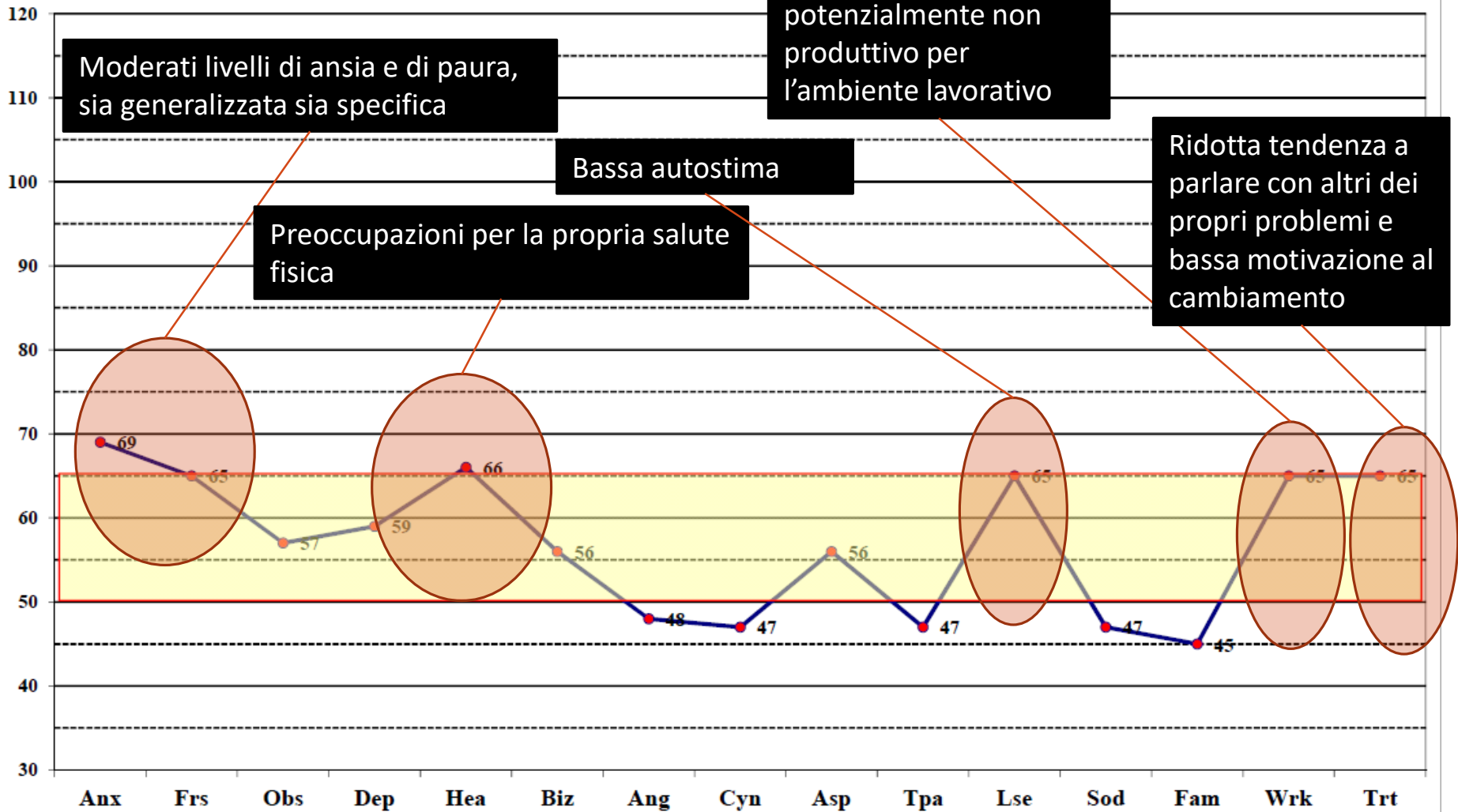
# MMPI 2 - Sottoscale Cliniche di Ha

Confusione mentale e disorientamento. Derealizzazione e depersonalizzazione. Problemi nel fronteggiare la vita di tutti i giorni. Esperienze sensoriali bizzarre, anche di natura somatica. Forse presenza di elementi allucinatori

Sentirsi deboli e affaticati con svariati disturbi fisici. Possono somatizzare i propri conflitti (conversione)



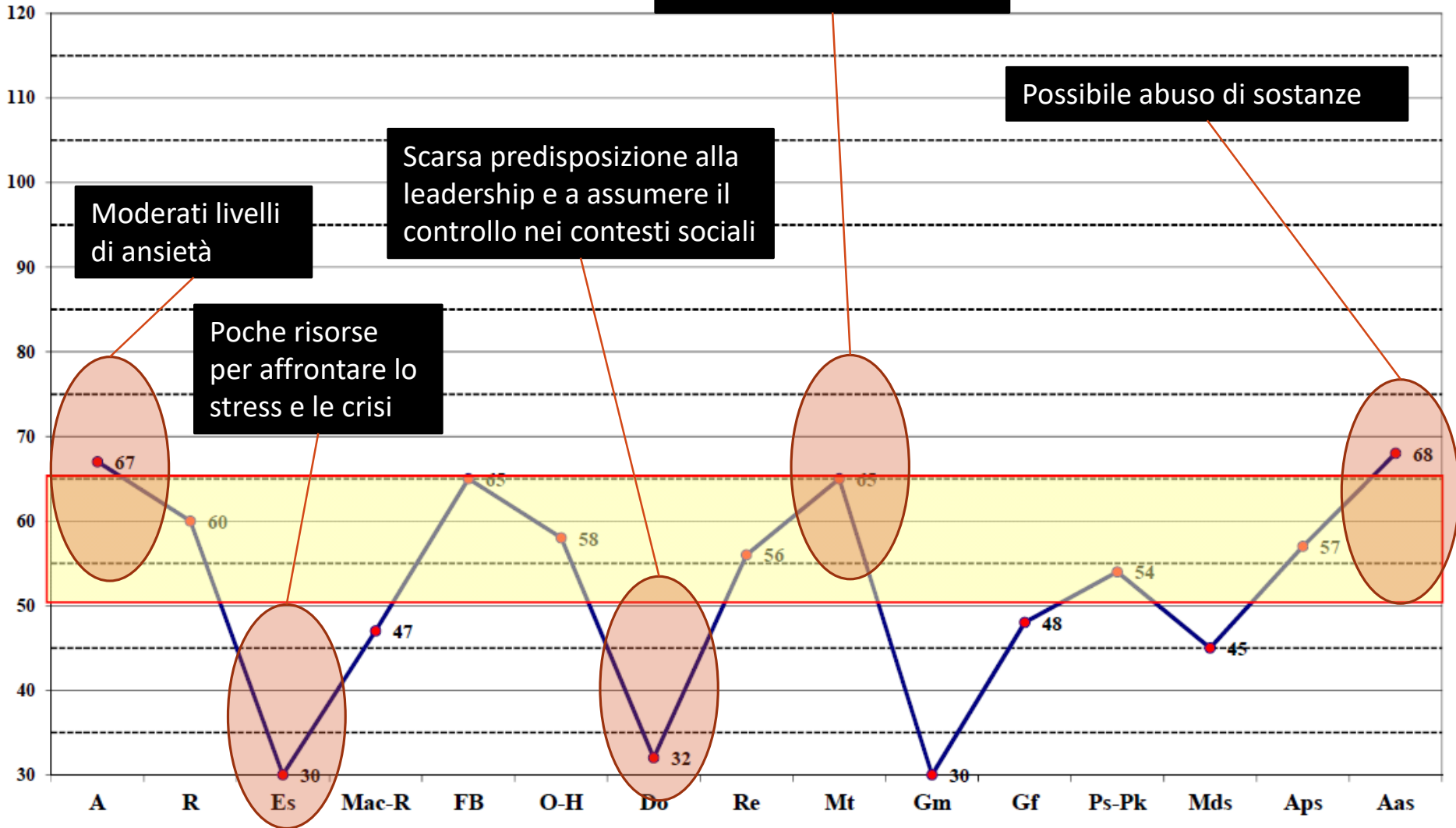
# MMPI 2 - Scale



# MMPI 2 - Scalari

Possibili problemi di adattamento, concentrazione...

# ntari





## Caso #3 – Carmela

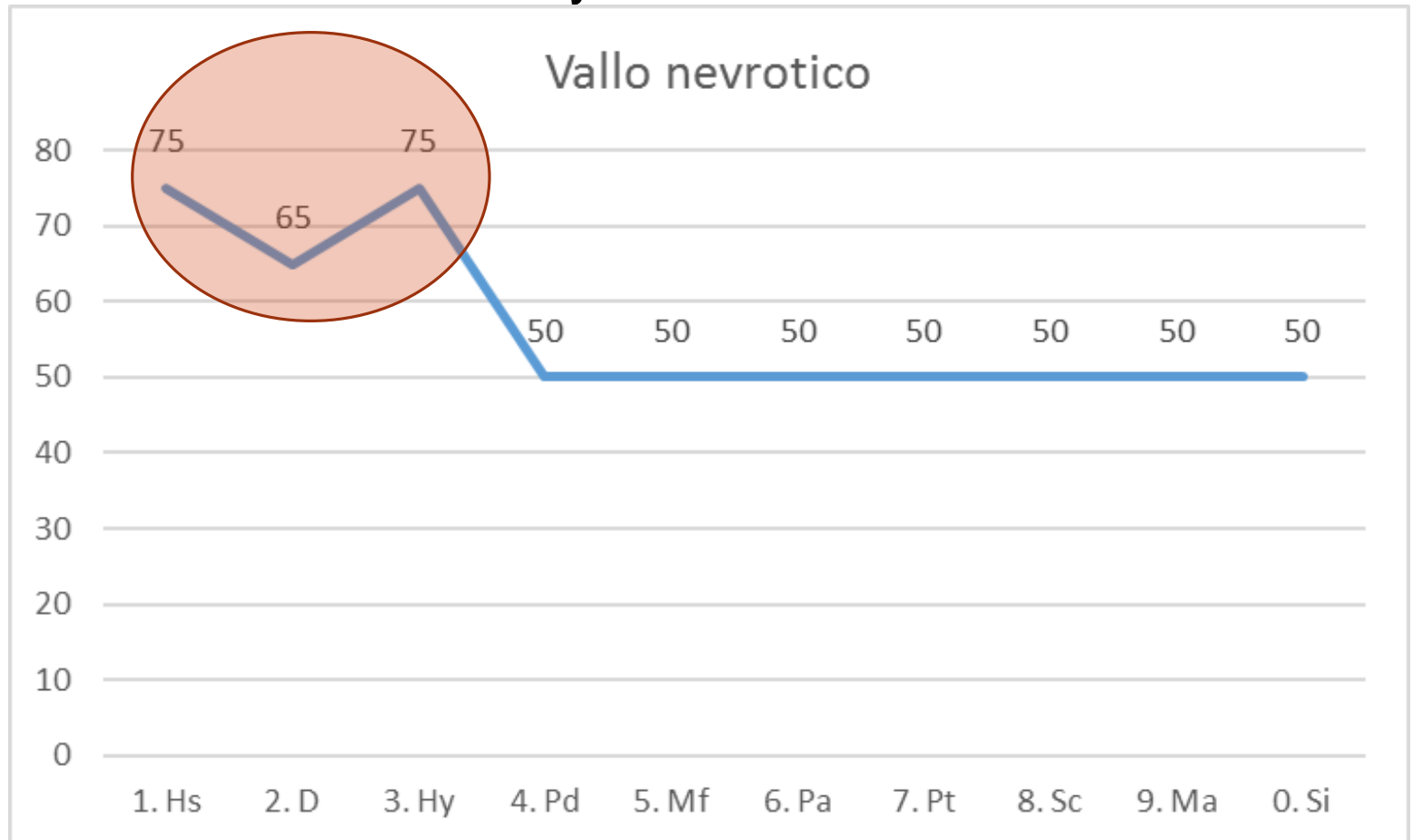
Il profilo non riporta elementi che potrebbero chiaramente inficiarne la validità.

C presenta uno specifico psicogramma che indica una struttura di personalità somatizzante (1-3/3-1). Si potrebbe ipotizzare che invece di esprimere il disagio derivante dai propri conflitti, C tende a «viverli» nel corpo piuttosto che a livello mentale. C in fatti riporta una serie di lamentele fisiche, nessuna delle quali sembra raggiungere una chiara evidenza medica. Sembrano essere presenti anche leggere ideazioni bizzarre e forse sensazioni corporee inusuali. A questo si aggiungono lamentele ansiose e fobiche. In linea con il quadro 13/31, riporta bassi livelli di dominanza sociale. L'autostima tende ad essere bassa e questo, insieme a quanto detto sopra, la porta C a ritenersi incapace di affrontare lo stress.

In assenza di una chiara identità e autodirezionalità (mancanza di mentalità psicologica), C potrebbe sentirsi di non essere al timone della propria vita, quanto semmai di lasciarsi vivere, in maniera superficiale. Infine, C potrebbe al momento non essere la candidata ideale per un intervento psicoterapeutico, quanto semmai di un intervento supportivo e finalizzato al suo sviluppo di mentalizzazione.

## Vallo di Conversione (triade nevrotica)

- Valori alti (>65) per scala 1 (Hs) e scala 3 (Hy)
- Alcuni considerano anche alti valori per scala e (D)
- Fondamentale è che Hs e Hy > D

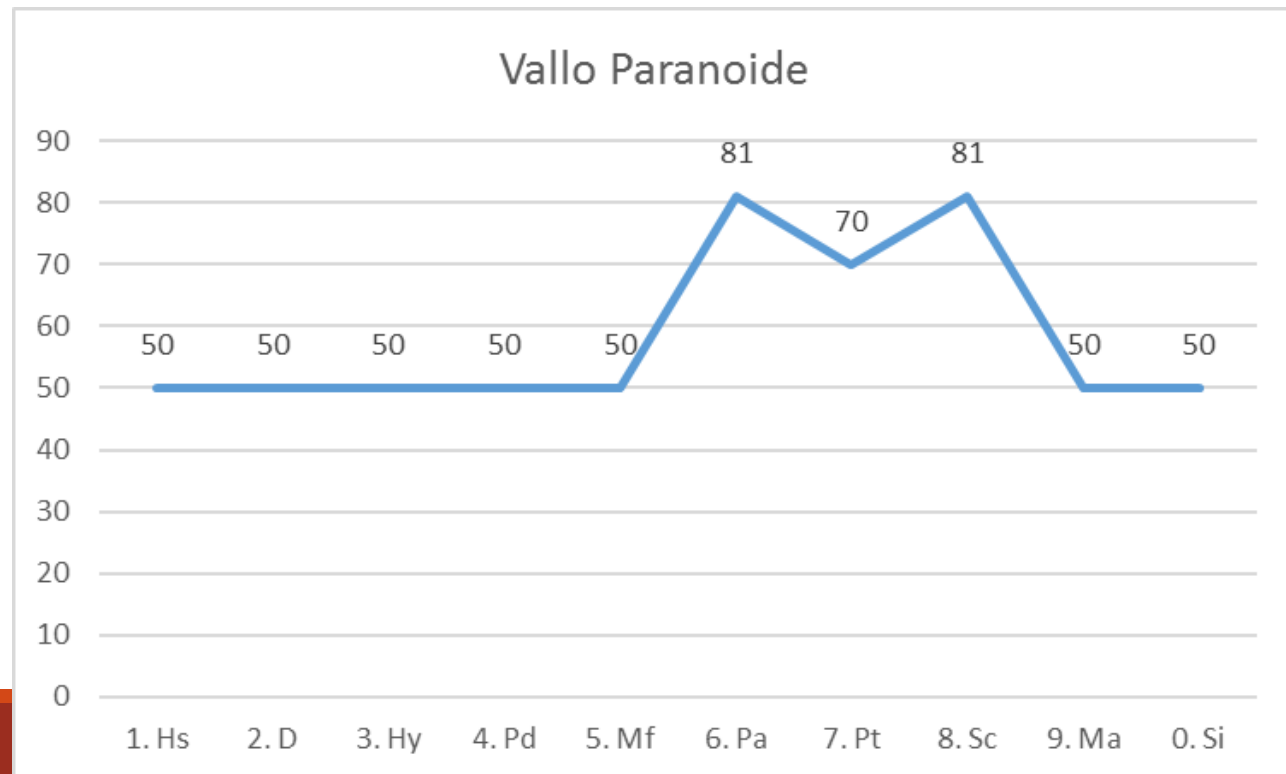


## Vallo di Conversione (triade nevrotica)

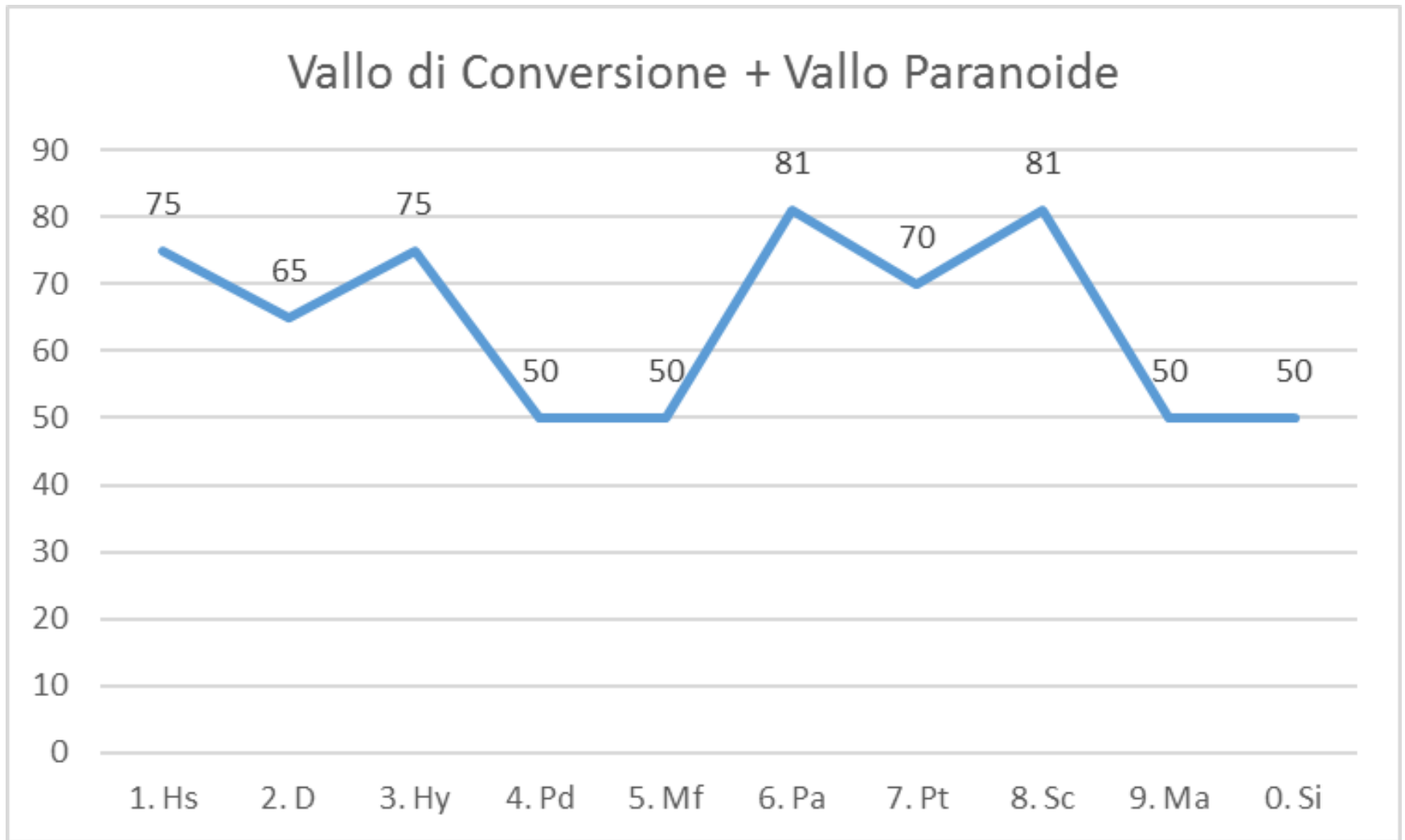
- Se scala 1 e 3 vicino a 90: «Non ce la faccio più»
- Più il vallo è pronunciato, più resistente al trattamento e con maggiori problemi
- Quanto più appiattita è la «V», più favorevole è la prognosi
- Attenzione: V invertita, con scala 2 più alta di 1 e 3 (sempre >65), probabile depressione con lamentele fisiche.

# Vallo Paranoico (triade psicotica)

- Scale 6 e 8 > 80, scala 7 > 65
- Possibile schizofrenia paranoide, se il profilo non è invalido
- Se scala 2 o 0 > 60, possibile indicazione per disturbi di pensiero; se scala 2 < 55, possibile disturbo dell'umore con caratteristiche psicotiche



# Vallo di conversione + vallo psicotico

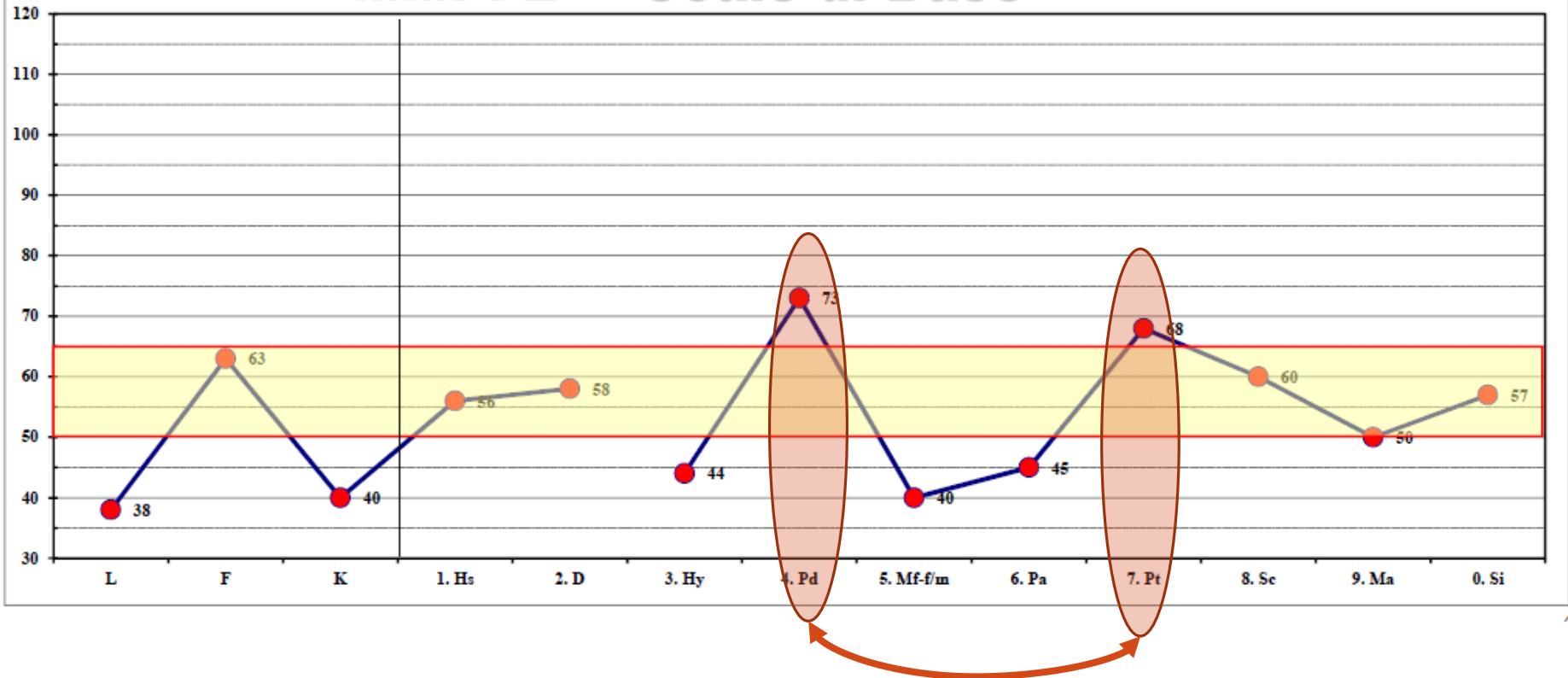


## Vallo di Conversione + Vallo Psicotico

- Configurazione rara
- Possibile indicazione di una persona borderline che è in transizione tra una difficoltà di tipo nevrotico, dove la mentalizzazione risulta essere difficile...
- ...a uno scompenso psicotico transitorio, dovuto a forti fonti di stress.
- Necessità di monitoraggio e forte sostegno clinico

# Caso #4 – Emily (solo 370 items)

## MMPI 2 - Scale di Base



Possibile profilo 4-7 "stabile"

47/74

Alterna periodi di marca non-curanza per le conseguenze delle proprie azioni a preoccupazioni eccessive per gli effetti del proprio comportamento. Possibili episodi di acting-out seguiti da temporanei sentimenti di colpa e auto-condanna.

Lamentele fisiche vaghe. Tensione e fatica. Dipendente e insicuro. Richiede rassicurazioni rispetto il proprio valore personale. In terapia, tende a rispondere al supporto e alle rassicurazioni col miglioramento sintomatologico.

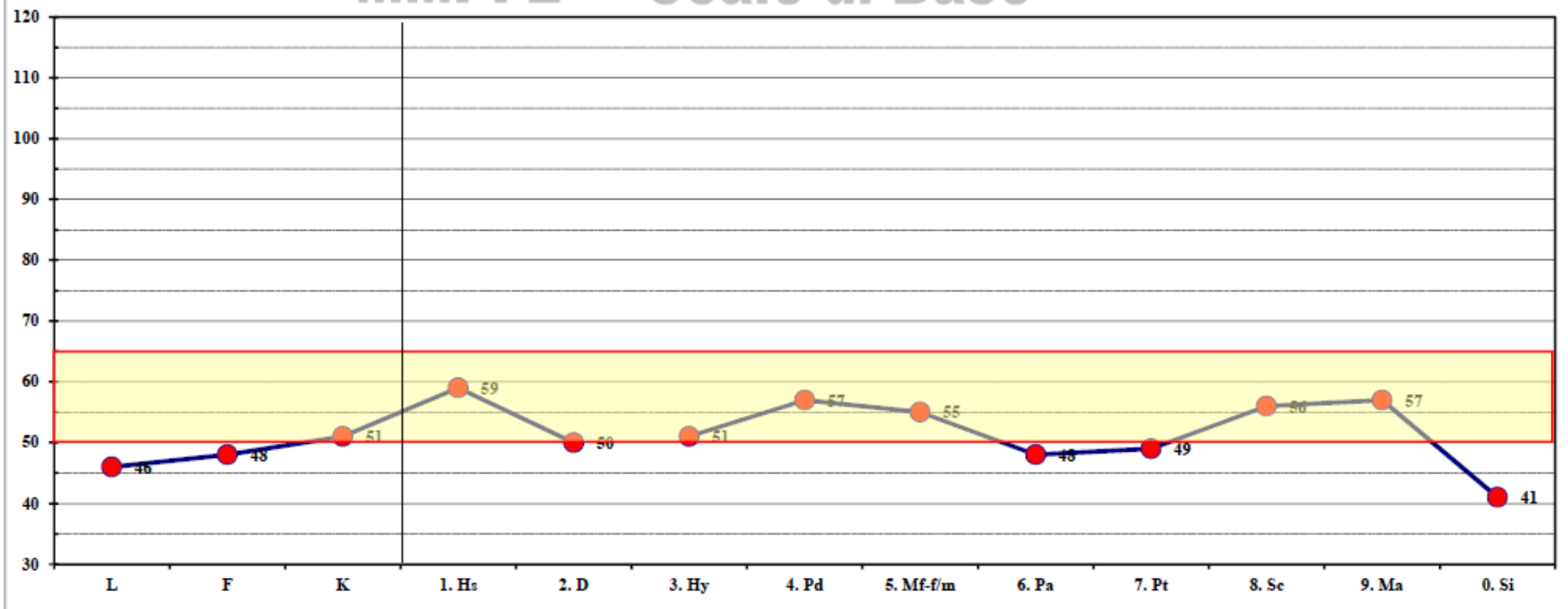




15  
years

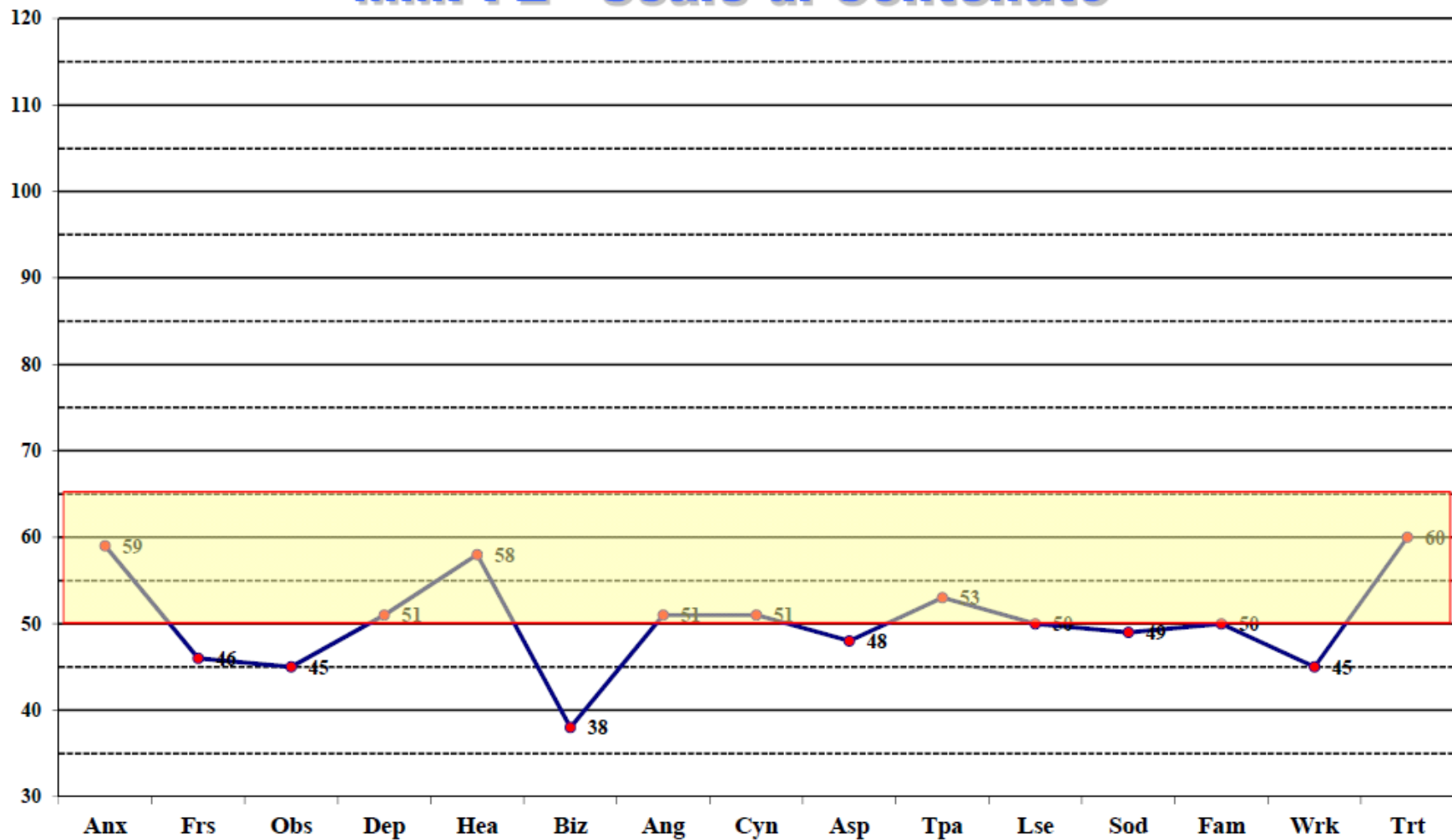
# Caso #4 – Emily+15 (solo 567 items)

## MMPI 2 - Scale di Base



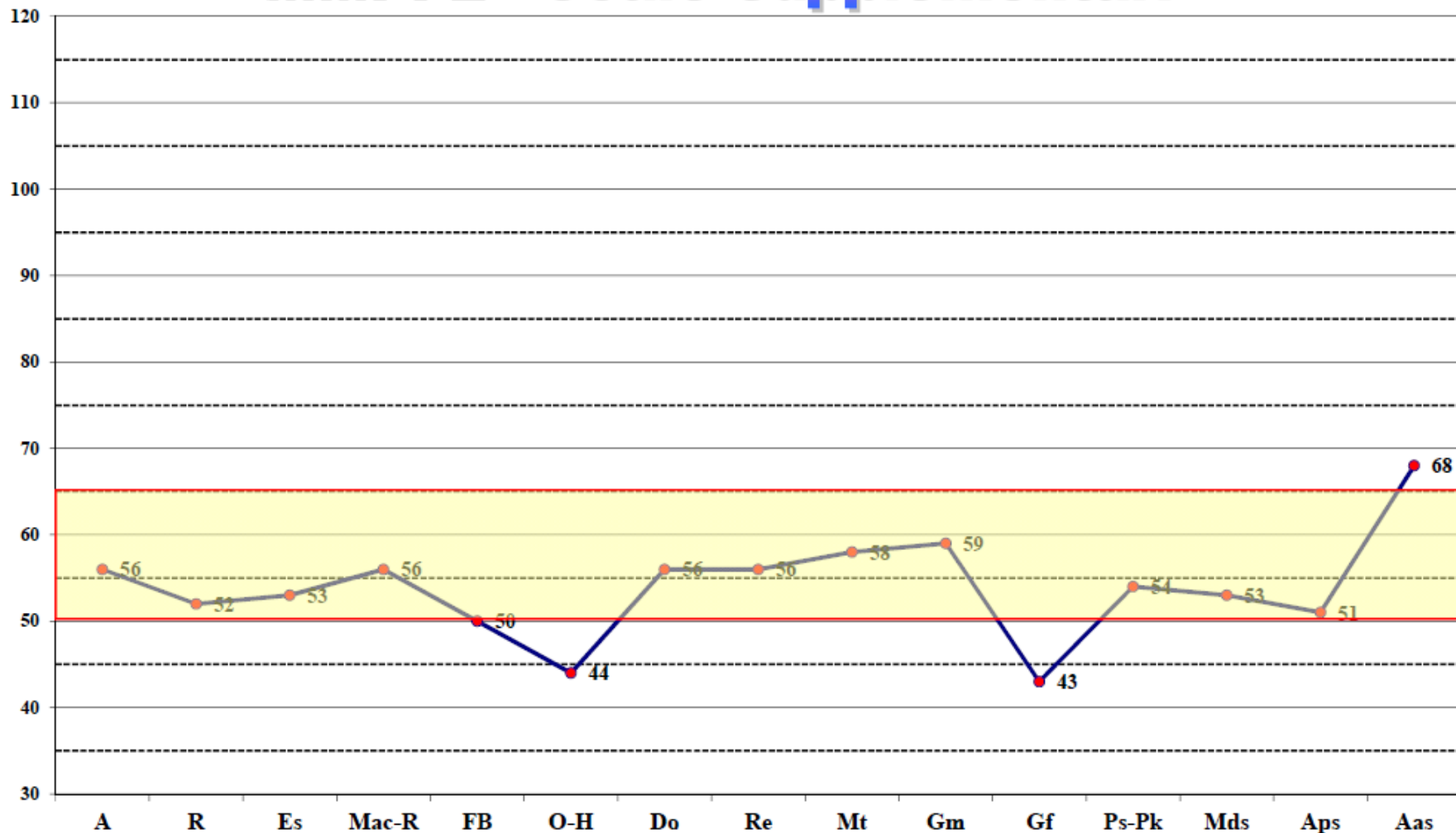
# Caso #4 – Emily+15 (solo 567 items)

## MMPI 2 - Scale di Contenuto



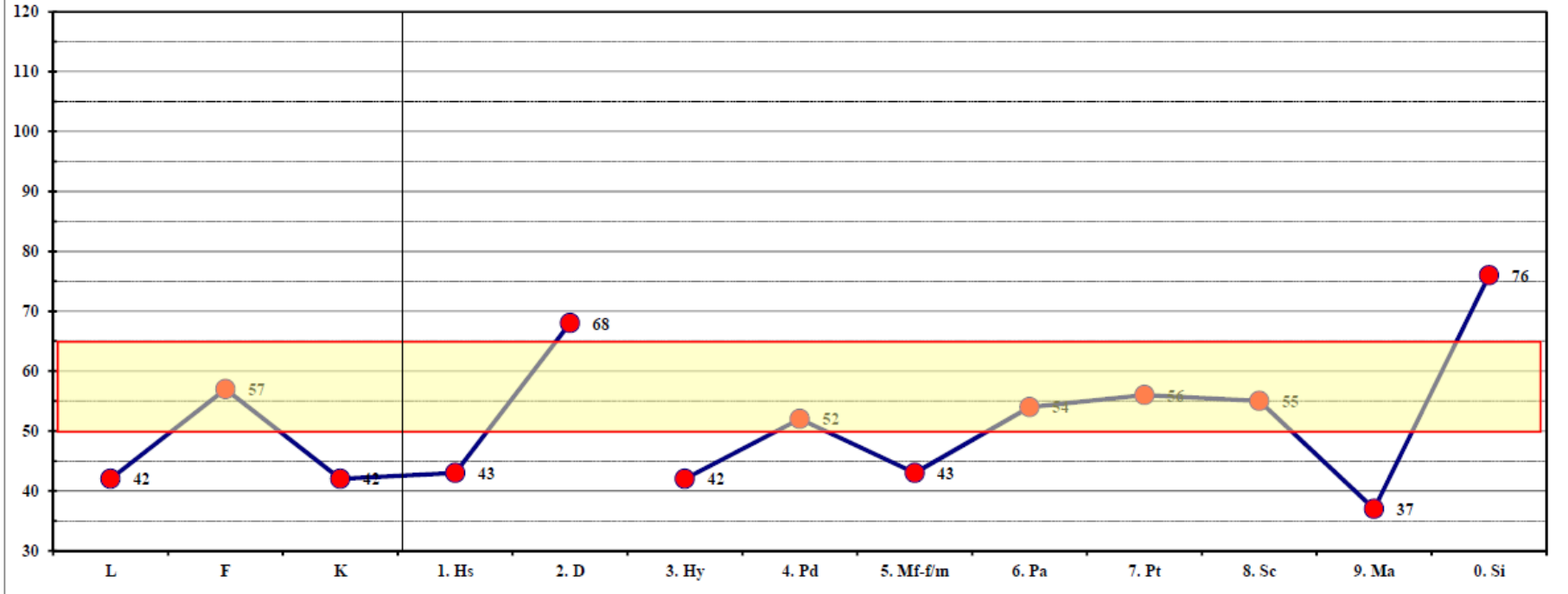
# Caso #4 – Emily+15 (solo 567 items)

## MMPI 2 - Scale Supplementari



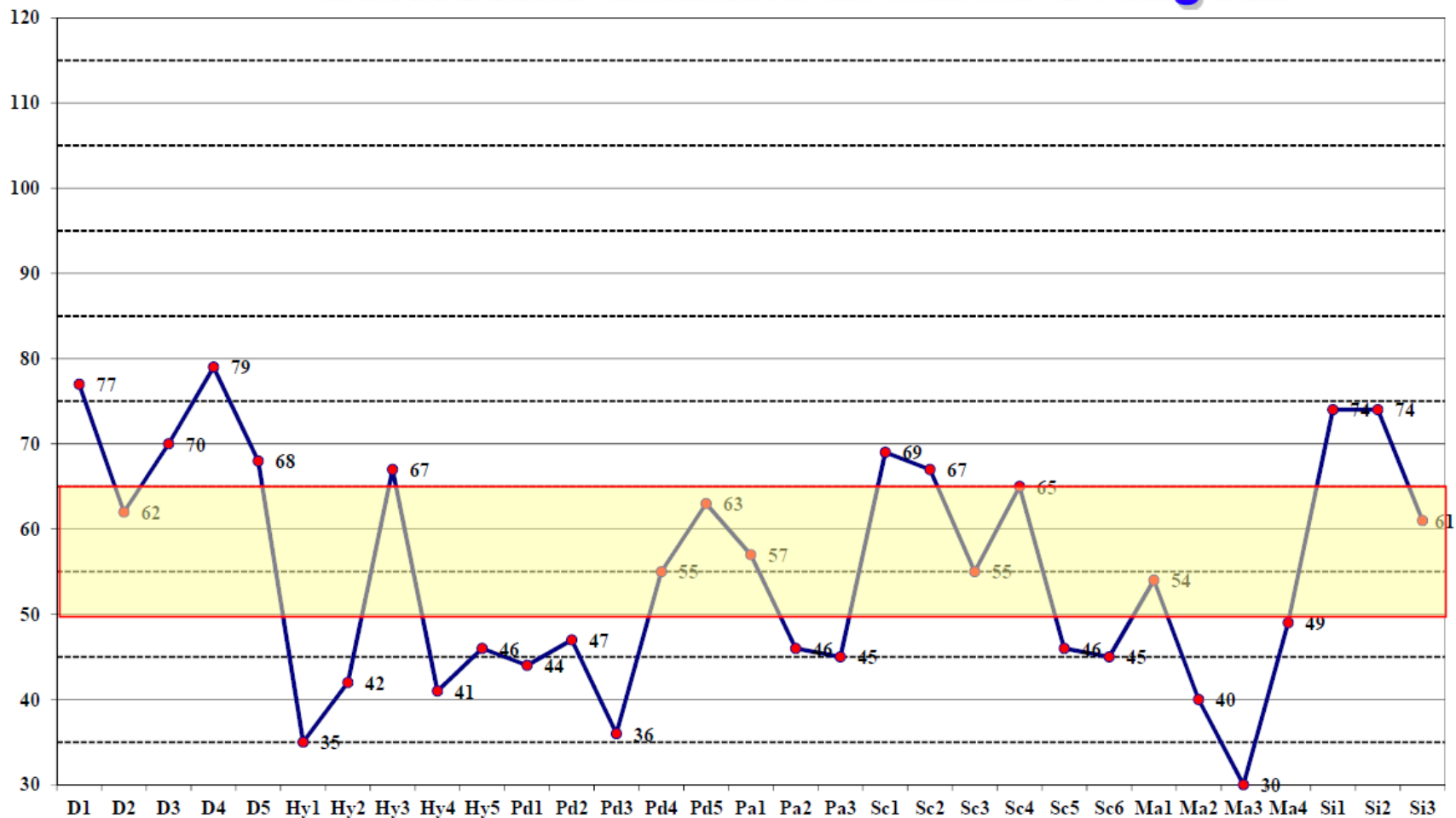
# Caso #5 – Amelia

## MMPI 2 - Scale di Base



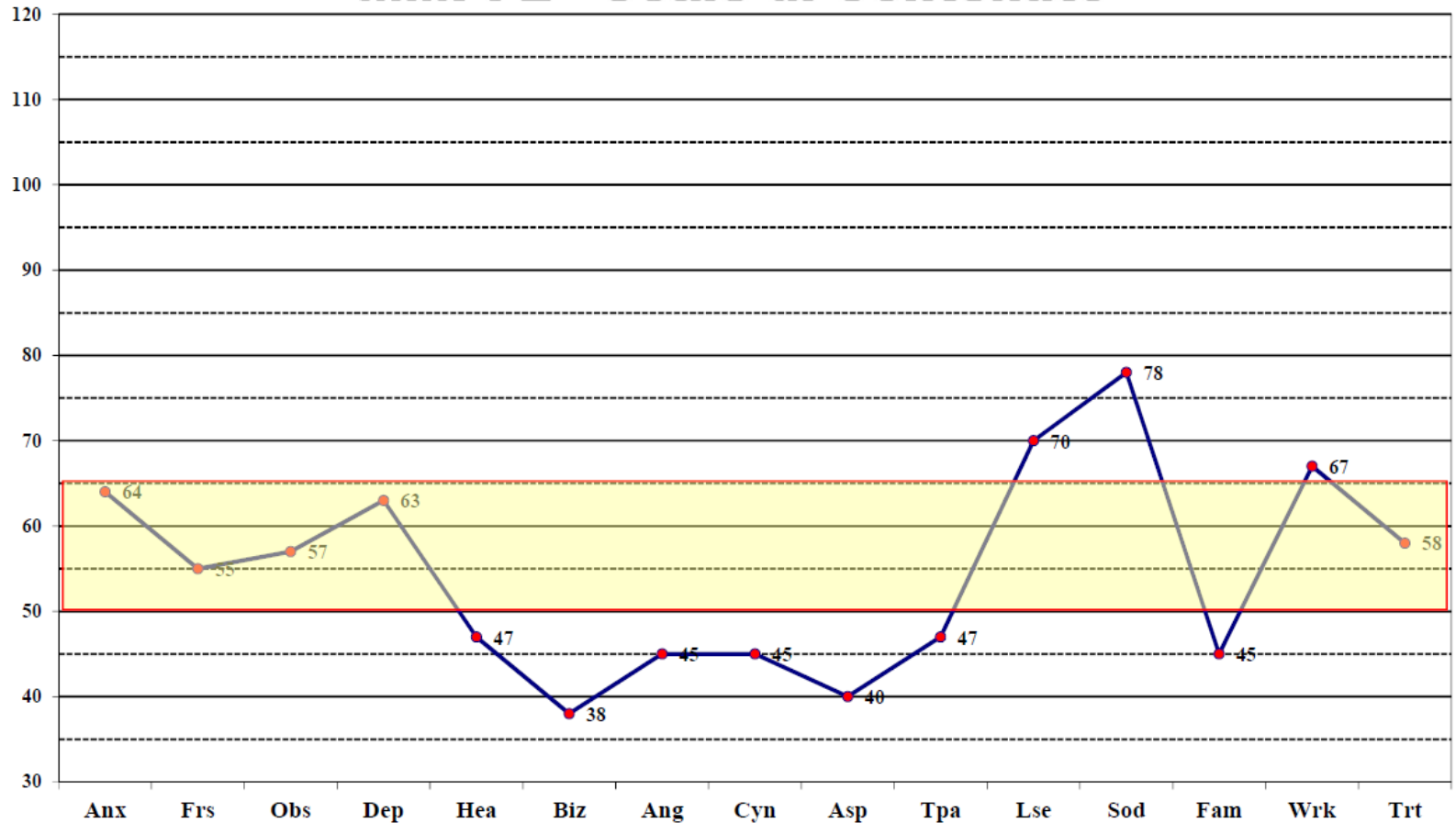
# Caso #5 – Amelia

## MMPI 2 - Sottoscale Cliniche di Harris e Lingoies



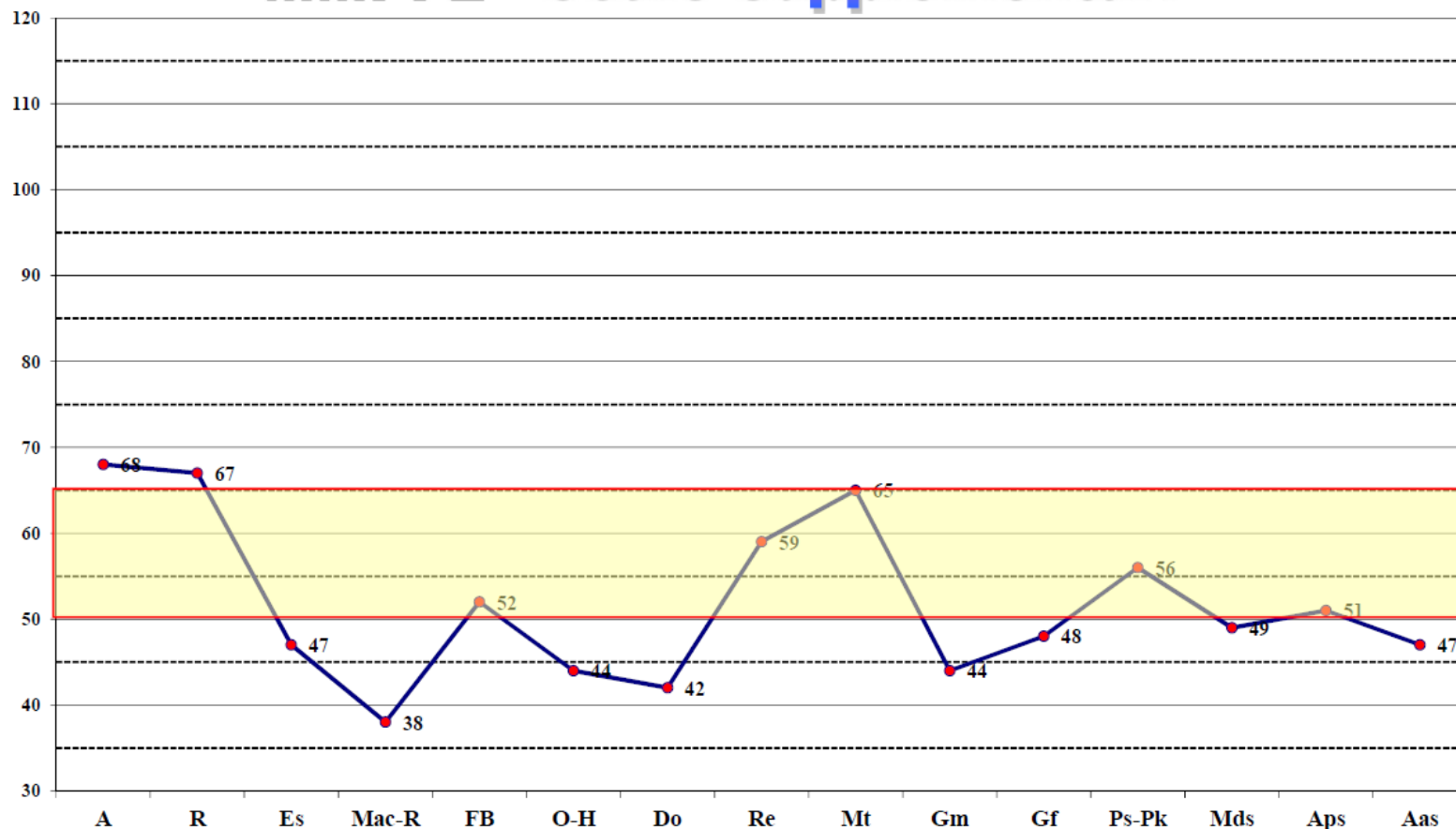
# Caso #5 – Amelia

## MMPI 2 - Scale di Contenuto



# Caso #5 – Amelia

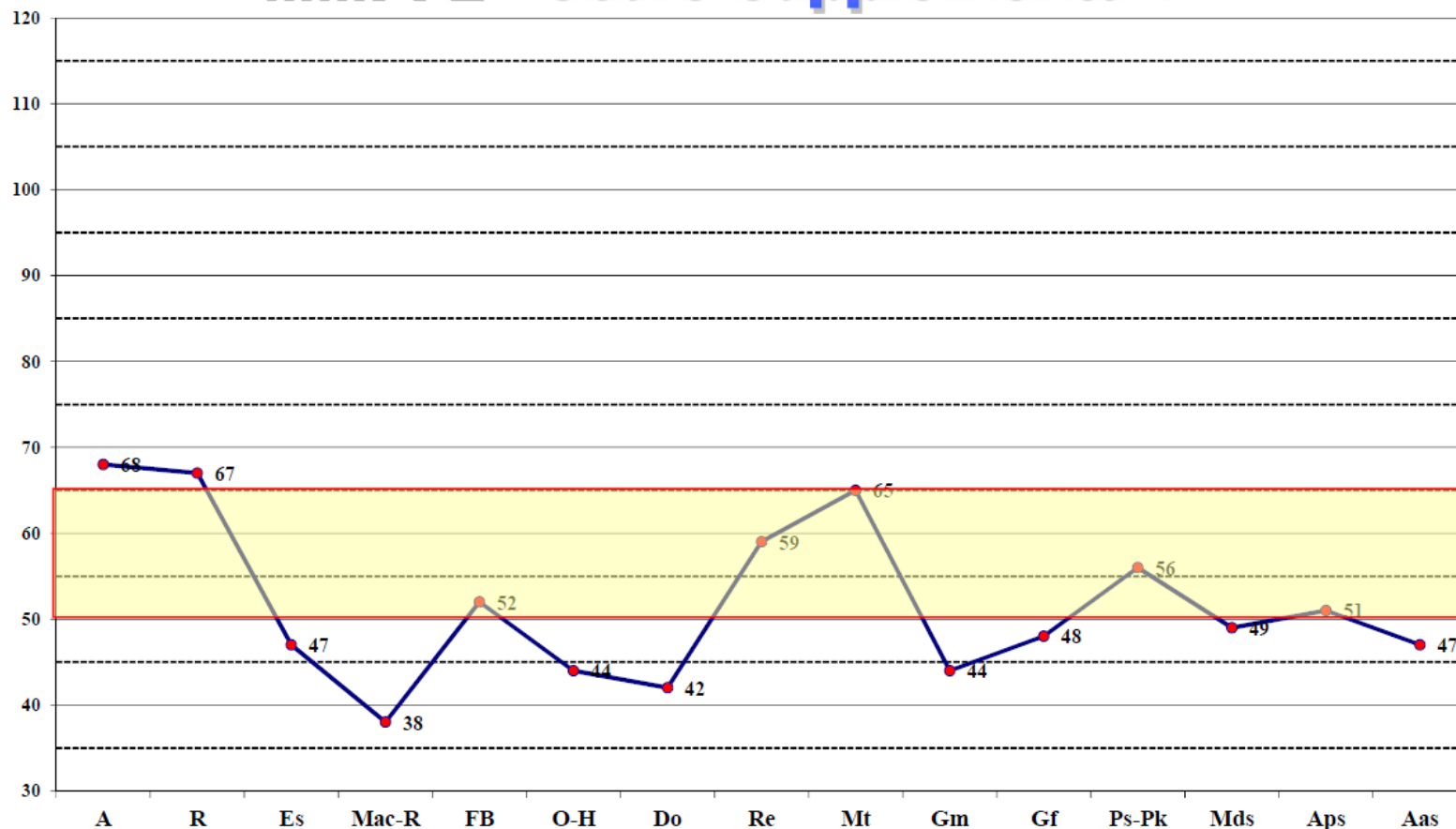
## MMPI 2 - Scale Supplementari





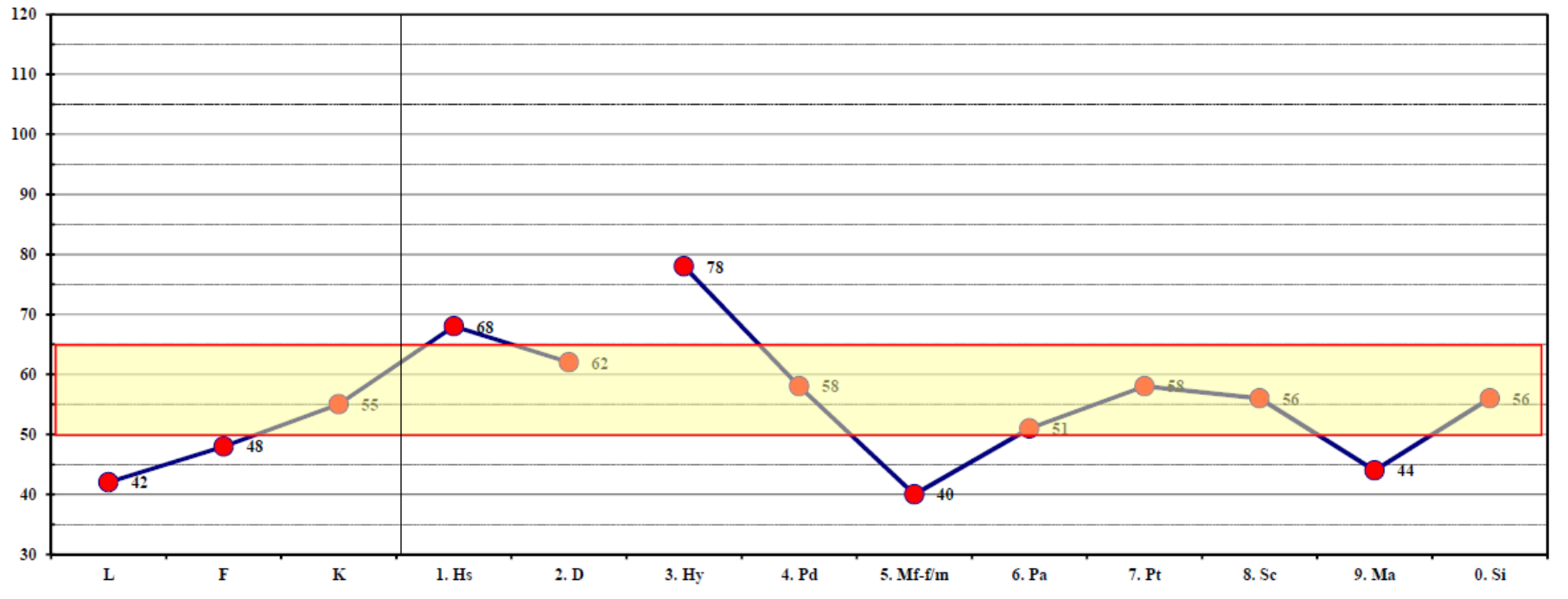
# Caso #5 – Amelia

## MMPI 2 - Scale Supplementari



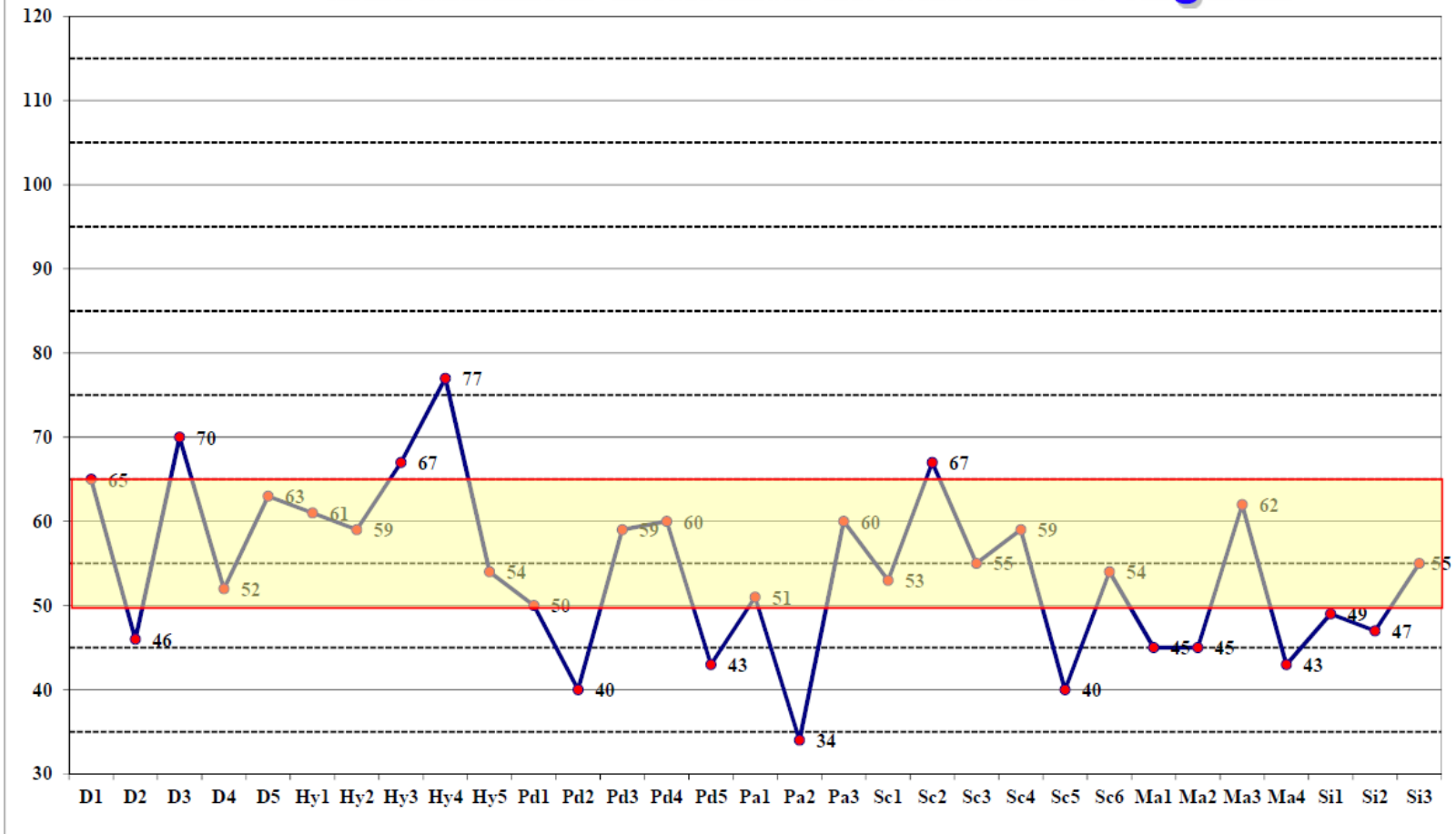
# Caso #6 – Giuseppina

## MMPI 2 - Scale di Base



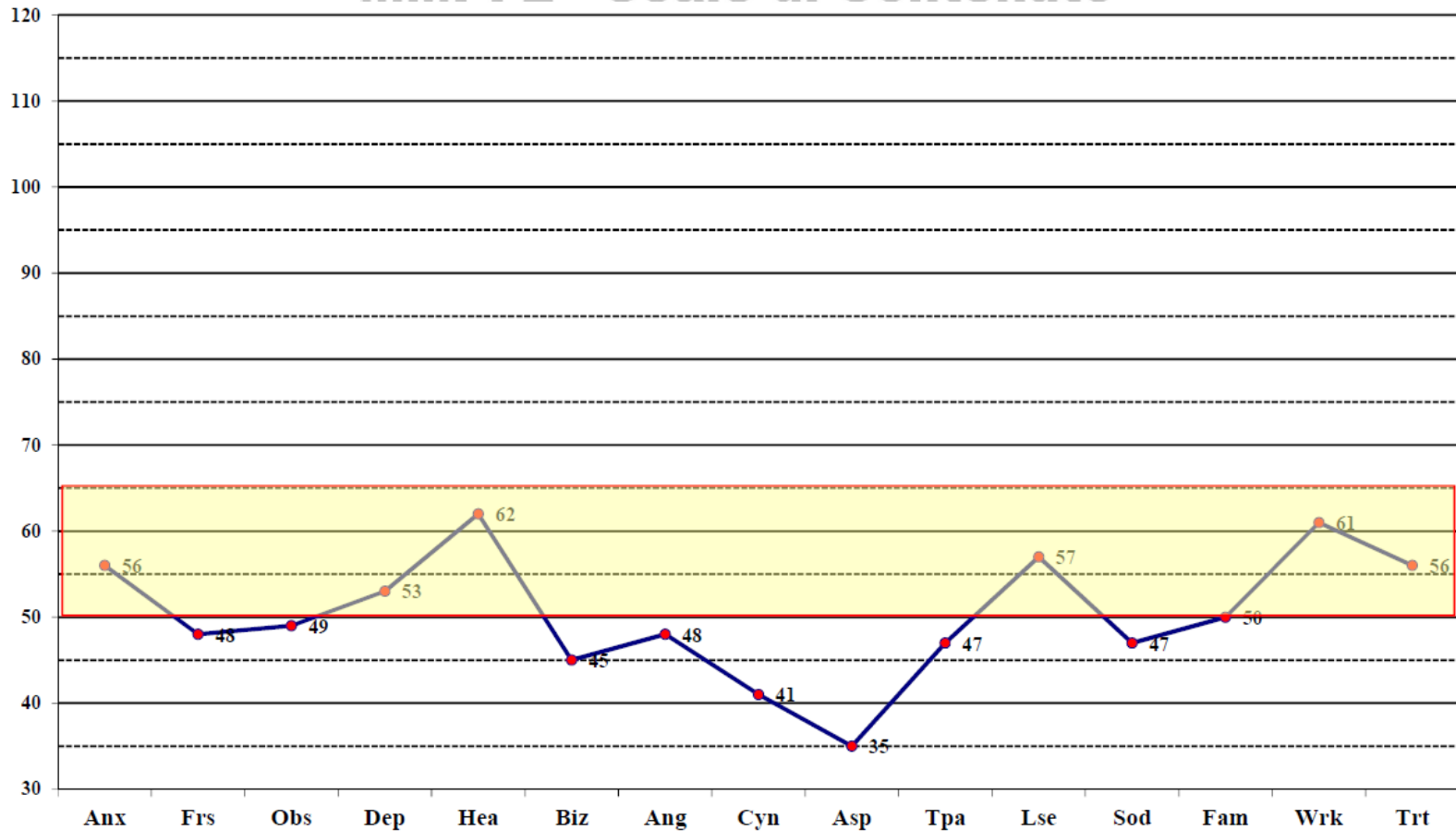
# Caso #6 – Giuseppina

## MMPI 2 - Sottoscale Cliniche di Harris e Lingoies



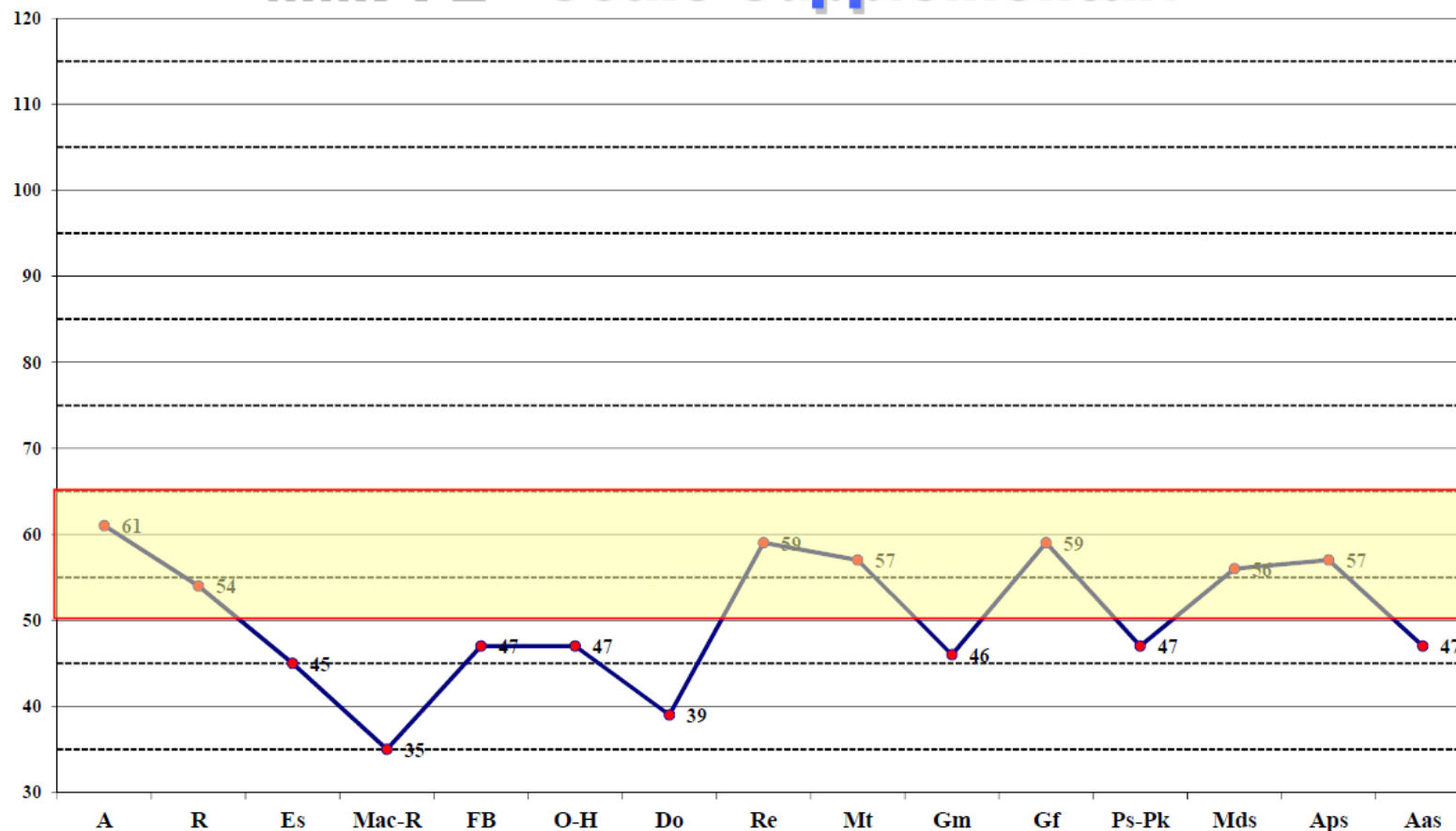
# Caso #6 – Giuseppina

## MMPI 2 - Scale di Contenuto



# Caso #6 – Giuseppina

## MMPI 2 - Scale Supplementari



# BIAS ETERONORMATIVI IN PSICODIAGNOSI



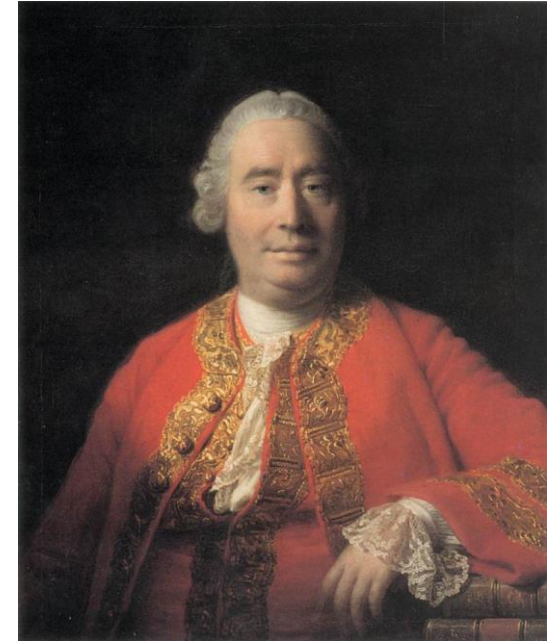
## CONCETTI

La eteronormatività (o eteronorma) è la convinzione che l'eterosessualità sia l'unico orientamento sessuale o norma unica per la sessualità, e che le relazioni sessuali e coniugali siano appropriate solo tra persone di sesso opposto.

Come premessa di questa posizione prescrittiva (non descrittiva), si assume che le persone siano divise in due generi distinti e complementari (*binarismo di genere*), ovvero uomo e donna, naturalizzando i ruoli sociali.

## La legge di Hume (la ghigliottina di Hume)

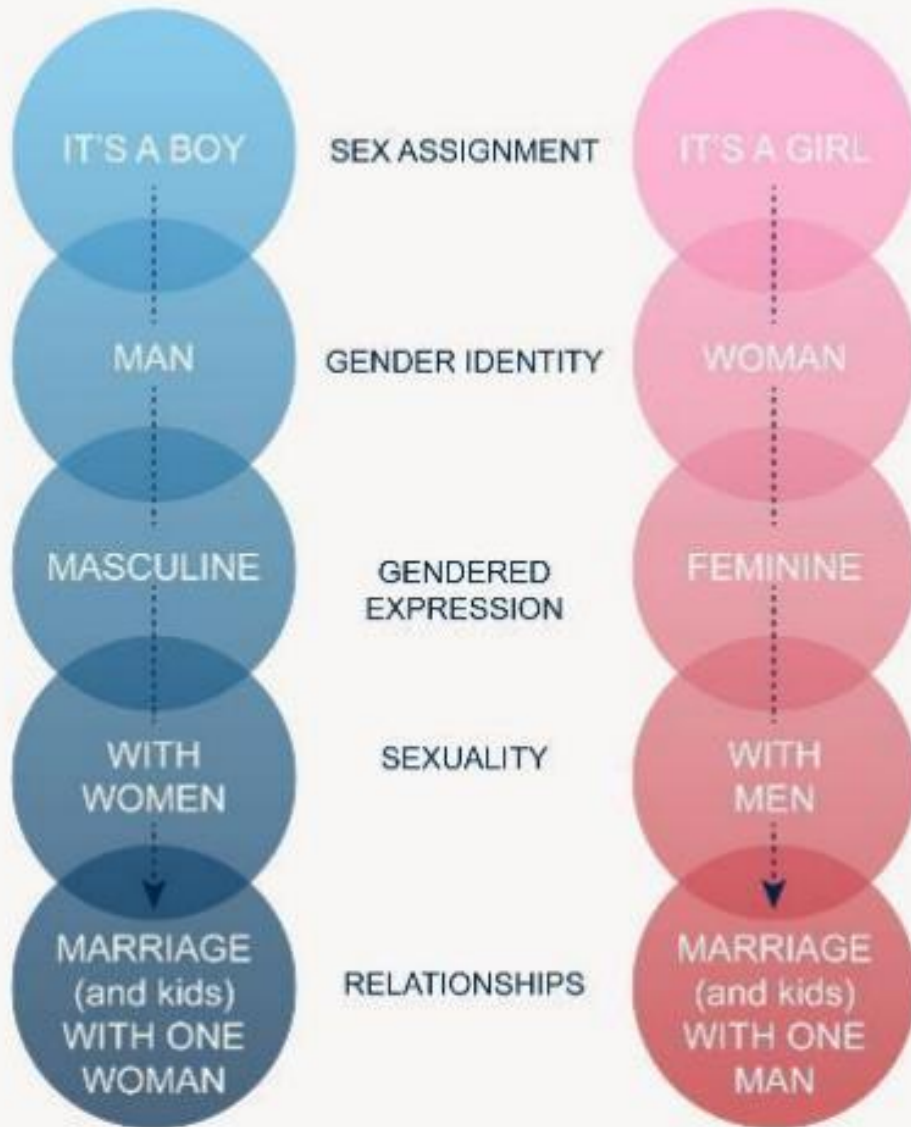
In ogni sistema morale in cui finora mi sono imbattuto, ho sempre trovato che l'autore va avanti per un po' ragionando nel modo più consueto, e afferma l'esistenza di un Dio, o fa delle osservazioni sulle cose umane; **poi tutto a un tratto scopro con sorpresa che al posto delle abituali copule è o non è incontro solo proposizioni che sono collegate con un deve o un non deve**; si tratta di un cambiamento impercettibile, ma che ha, tuttavia, la più grande importanza. Infatti, dato che questi *deve*, o *non deve*, esprimono una nuova relazione o una nuova affermazione, è necessario che siano osservati e spiegati; e che allo stesso tempo si dia una ragione per ciò che sembra del tutto inconcepibile ovvero che questa nuova relazione possa costituire una deduzione da altre relazioni da essa completamente differenti



David Hume  
*Trattato sulla natura  
umana, 1739*



## PILLARS OF HETERONORMATIVITY

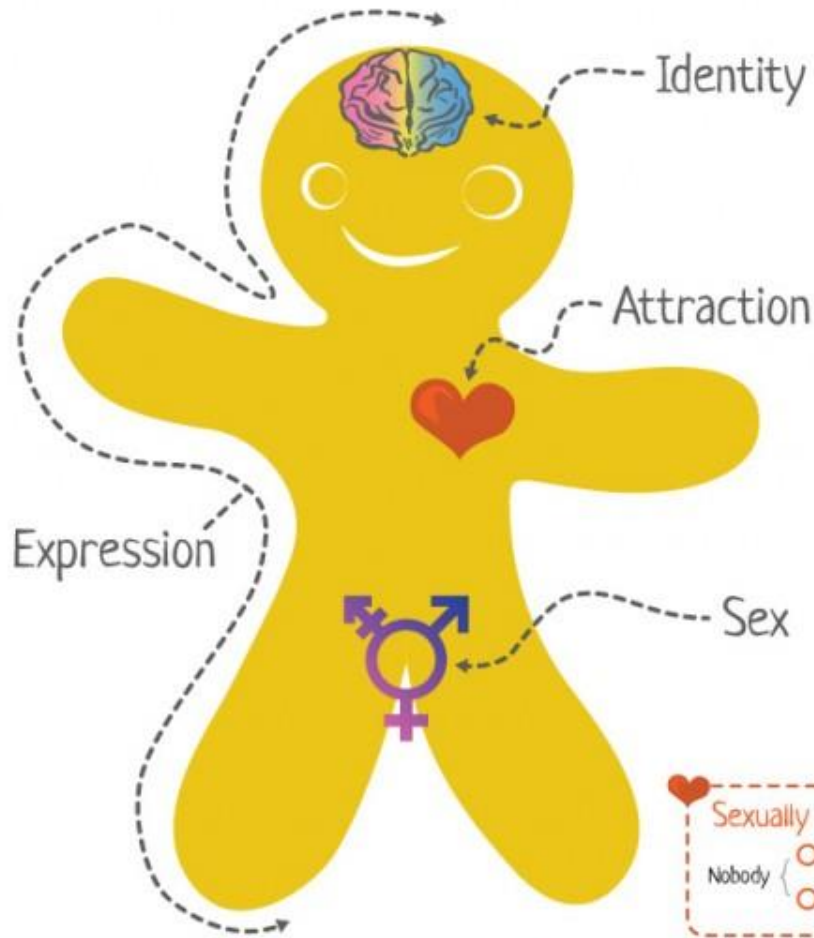


L'eteronormatività allinea così la sessualità alla norma biologica, all'identità di genere e ai ruoli di genere.

# The Genderbread Person v3.3

by its pronounced **METROsexual**.com

Gender is one of those things everyone thinks they understand, but most people don't. Like *Inception*. Gender isn't binary. It's not either/or. In many cases it's both/and. A bit of this, a dash of that. This tasty little guide is meant to be an appetizer for gender understanding. It's okay if you're hungry for more. In fact, that's the idea.



Plot a point on both continua in each category to represent your identity; combine all ingredients to form your Genderbread

4 (of infinite) possible plot and label combos

**Gender Identity**

⊘ Indicates a lack of what's on the right

Woman-ness  
Man-ness

How you, in your head, define your gender, based on how much you align (or don't align) with what you understand to be the options for gender.

Labels: "woman", "man", "two-spirit", "genderqueer"

**Gender Expression**

Feminine  
Masculine

The ways you present gender; through your actions, dress, and demeanor; and how those presentations are interpreted based on gender norms.

Labels: "butch", "femme", "androgynous", "gender neutral"

**Biological Sex**

Female-ness  
Male-ness

The physical sex characteristics you're born with and develop, including genitalia, body shape, voice pitch, body hair; hormones, chromosomes, etc.

Labels: "male", "female", "intersex", "MTF Female"

**Sexually Attracted to**

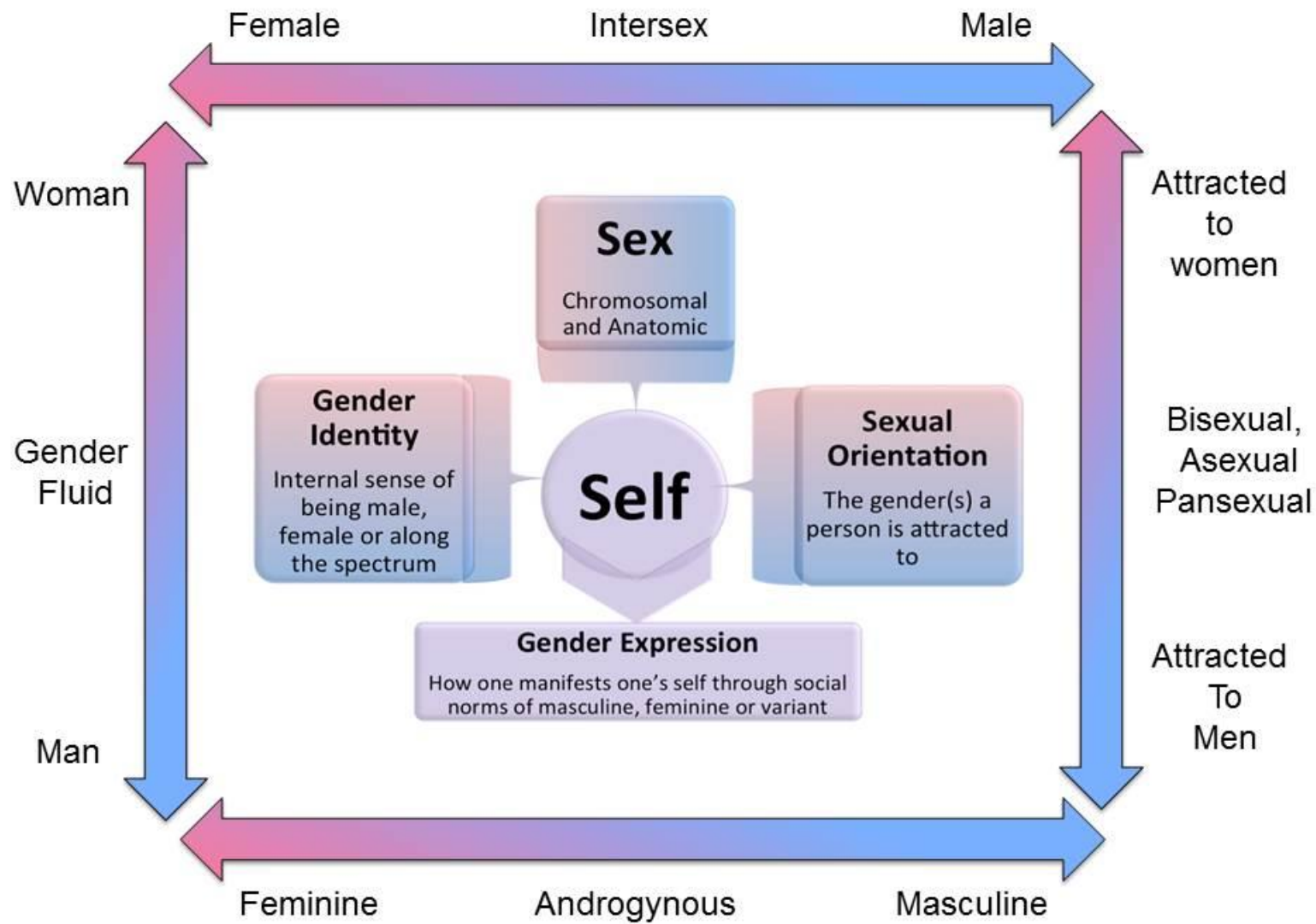
Nobody { (Women/Females/Femininity)  
(Men/Males/Masculinity)

**Romantically Attracted to**

Nobody { (Women/Females/Femininity)  
(Men/Males/Masculinity)

In each grouping, circle all that apply to you and plot a point, depicting the aspects of gender toward which you experience attraction.

For a bigger bite, read more at <http://bit.ly/genderbread>



# BIAS ETERONORMATIVI IN PSICODIAGNOSI

Un errore da evitare, anche nell'uso dei test, è quello di dare per scontato che il soggetto della valutazione sia eterosessuale.

Evitare inoltre di riferirsi all'orientamento sessuale come:

- 1) *Preferenza* = non è un gusto opzionale
- 2) *Tendenza* = accezione negativa nel linguaggio comune
- 3) *Scelta* = l'orientamento non è una scelta. Lo è semmai la decisione di rivelarlo agli altri.

Prestare grande attenzione alla formulazione delle domande

“è sposato/a?” -> “*Ha una relazione di coppia stabile?*”

“*Ha figli?*” -> “*Si prende cura di qualcuno?*”

# BIAS ETERONORMATIVI IN PSICODIAGNOSI

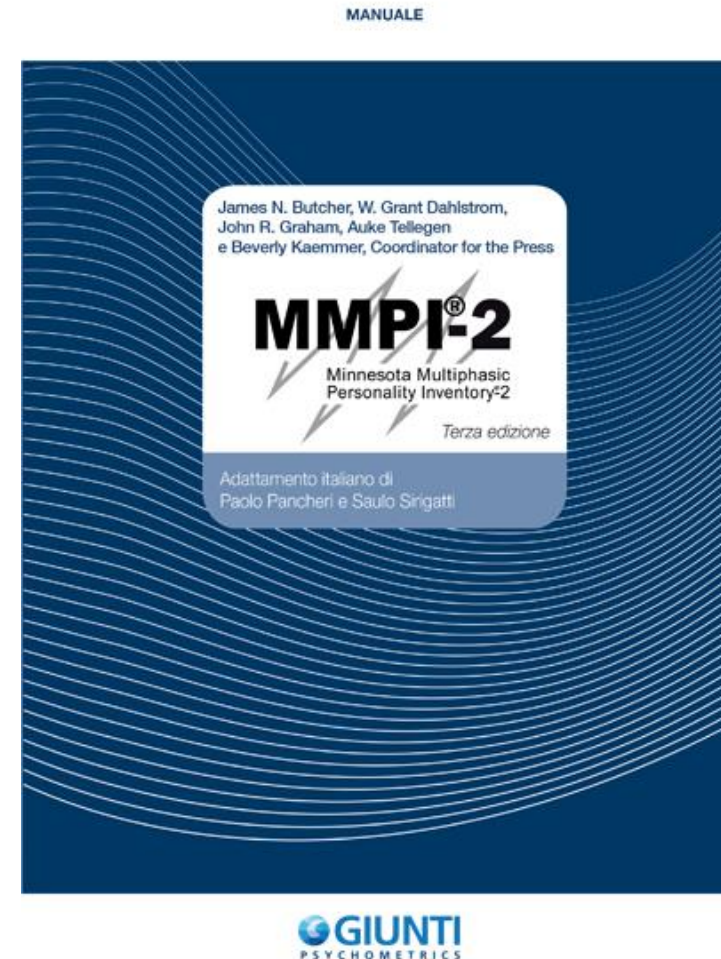
Mentre effettuiamo una valutazione psicologica mediante test, dobbiamo prestare attenzione a non commettere un errore di carattere eteronormativo o eterosessista.

Gli strumenti utilizzati (es. questionari, interviste, test proiettivi, etc.) possono contenere errori eteronormativi oppure essere basati su costrutti che patologizzano tutte le varianti di orientamento sessuale e identità di genere.

Alle volte, non sarà possibile “correggere” il test, perché sarebbe invalidato il confronto con i dati normativi. In questo caso, è fondamentale prestare la giusta attenzione e adottare il necessario senso critico nell’uso del test.

## BIAS ETERONORMATIVI nel MMPI-2

L'MMPI è stato costruito in un periodo in cui l'omosessualità era considerata un disturbo mentale. Anche se è stato aggiornato negli anni '80 non prende in considerazione le affettività omosessuali o bisessuali e il concetto di relazione interpersonale non è stato aggiornato, ma è rimasto quello "tradizionale".



L'omosessualità continua ad essere considerata una identificazione di genere “difettosa”

*#62 “Ho spesso desiderato essere una donna, oppure (se lei è una donna) non mi è mai dispiaciuto essere una donna”*

*#538 “La maggior parte degli uomini è infedele alla propria moglie di quando in quando”*

*#563 “Nella maggior parte dei matrimoni, uno o entrambi i coniugi sono infelici”*

## La scala 5 dell'MMPI-2 *Mf-Mascolinità/femminilità*

Si tratta della scala “clinica” più controversa.

- Gruppo criterioale originale: 13 omosessuali maschi
- 56 item dal contenuto eterogeneo che solo in minima parte si riferiscono a sintomi clinici e a preoccupazioni sessuali.
- Si riferiscono a scelte di vita o professionali che lo stereotipo definisce tipicamente maschili o femminili
- Per punteggi T >80 negli uomini, il manuale evidenzia: “Interessi tradizionalmente femminili; conflitti riguardanti l'identità sessuale; passivo ed effeminato; incerta assertività, **tendenze omoerotiche**” (Hathaway & McKinley, 1989, p. 56)



# BIAS ETERONORMATIVI nella SWAP-200

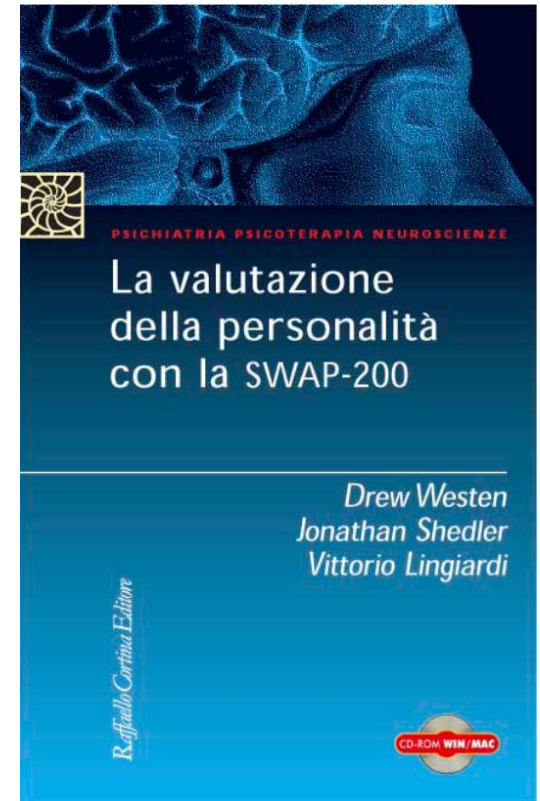
Sebbene costruita più recentemente rispetto all'MMPI-2, la SWAP-200 pone dei possibili problemi quando usata con persone con incongruenza di genere

J Endocrinol Invest (2017) 40:693–703  
DOI 10.1007/s40618-017-0629-7

REVIEW

**Challenges in assessing personality of individuals with Gender Dysphoria with the SWAP-200**

V. Lingiardi<sup>1</sup> · G. Giovanardi<sup>1</sup>



**Table 1** SWAP-200 items hard to rate when assessing trans people

Psychological functioning area	SWAP-200 items
Identity and self-image	<p>15. Lacks a stable image of who s/he is or would like to become (e.g., attitudes, values, goals, or feelings about self may be unstable and changing)</p> <p>21. Tends to be hostile toward members of the opposite sex, whether consciously or unconsciously (e.g., may be disparaging, competitive, etc.)</p> <p>61. Tends to disparage qualities traditionally associated with own sex while embracing qualities traditionally associated with opposite sex (e.g., a woman who devalues nurturance and emotional sensitivity while valuing achievement and independence)</p> <p>107. Tends to express qualities or mannerisms traditionally associated with own sex to an exaggerated degree (i.e., a hyperfeminine woman or hypermasculine, “macho” man)</p> <p>156. Has a disturbed or distorted body-image; sees self as unattractive, grotesque, disgusting, etc</p>
Relationships	<p>38. Tends to feel s/he is not his/her true self with others; tends to feel false or fraudulent</p> <p>158. Appears afraid of commitment to a long-term love relationship</p>
Sexual orientation and sexuality	<p>47. Is unsure whether s/he is heterosexual, homosexual, or bisexual</p> <p>85. Has conscious homosexual interests (moderate placement implies bisexuality; high placement implies exclusive homosexuality)</p> <p>137. Shows evidence of unconscious homosexual wishes or interests (e.g., may be excessively homophobic, or may show signs of unacknowledged attraction to a person of the same sex)</p> <p>118. Tends to see sexual experiences as revolting or disgusting</p> <p>140. Has a sexual perversion or fetish; rigidly scripted or highly idiosyncratic conditions must be met before s/he can experience sexual gratification</p> <p>172. Experiences a specific sexual dysfunction during sexual intercourse or attempts at intercourse (e.g., inhibited orgasm or vaginismus in females, impotence, or premature ejaculation in males)</p> <p>99. Appears to associate sexual activity with danger (e.g., injury, punishment, contamination, etc.), whether consciously or unconsciously</p>

# EVITARE BIAS nella STESURA DEL REPORT

In considerazione degli errori metodologici noti (ad esempio, MMPI-2 scala 5, *Mf*), lo psicologo che deve scrivere una relazione psicologica non deve mai evidenziare la presenza di orientamenti omosessuali o di una possibile disforia di genere solo perché questi emergono da indicatori che sappiamo essere falsi o non fondati empiricamente, fuorvianti e/o comunque superati.

Al di là dei risultati ottenuti con i test, nel report psicodiagnostico è possibile riferire eventuali disagi rispetto all'orientamento sessuale o all'identità di genere solamente nel caso in cui ci siano il consenso dell'esaminando e una chiara ed esplicita richiesta nella domanda d'invio.

# Per approfondire...

