


Psicodiagnostica




Dott. Sarah La Marca




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

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


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







Una modalità che da sempre l'uomo ha utilizzato a questo scopo è la conoscenza e la valutazione di tipo intuitivo.


È stato ampiamente dimostrato che la conoscenza intuitiva può essere influenzata da elementi estranei e difficilmente controllabili in termini di consapevolezza e che possono produrre distorsioni a livello percettivo e cognitivo.






Generalmente i giudizi espressi su base intuitiva si dimostrano poco affidabili e poco costanti nel tempo, scarsamente validi e discriminanti in quanto piuttosto grossolani e frutto di eccessive generalizzazioni.






Le più rilevanti fonti di errore nelle valutazioni intuitive sono ritenute essere le seguenti:


1. Effetto alone
 2. Le teorie implicite di personalità
 3. Gli stereotipi culturali e sociali
 4. L'equazione personale
 5. Fenomeni proiettivi
-




Quando si è nella necessità di conoscere una persona perché si devono prendere decisioni che la riguardano diventa particolarmente importante un metodo di conoscenza e di valutazione il più possibile oggettivo, che dia cioè garanzia massima di oggettività, di indipendenza dalla scala dei valori soggettivi ed individuali.



I test, in quanto strumenti di rilevazione e di valutazione, danno maggiori garanzie, poiché sono costituiti da uno stimolo standard predefinito, le risposte sono analizzate e interpretate con criteri anch'essi standard, stabiliti a priori.






È anche vero che può essere fatto un cattivo uso dei test, contro e non a favore della persona. Se usati correttamente, però, essi per la loro natura “oggettiva” sono indipendenti dalle valutazioni soggettivistiche di chi se ne serve e possono impedire varie forme di discriminazione.


Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2






MMPI: forme e versioni


- *MMPI* (prima vers. USA 1942, Italia 1979)
 - *MMPI-2* (vers. USA 1989, Italia 1995)
 - *MMPI-A* (adolescenti; vers. USA 1992, Italia 2001)
- 



È un test ad ampio spettro costruito per valutare le *più importanti caratteristiche strutturali della personalità e disturbi emozionali.*


Per la sua leggibilità e comprensione è richiesto un grado di istruzione conseguibile con il completamento della scuola dell'obbligo. È necessario un minimo di impegno e cooperazione per rispondere a tutte le domande.







È un questionario **autosomministrato**. Fornisce una **valutazione quantitativa** del livello di adattamento emotivo della persona e del suo atteggiamento verso lo strumento. Ne esistono due versioni, una per adulti (*MMPI-2*) e una per adolescenti (*MMPI-A*).


Attualmente è il test di personalità più utilizzato al mondo. Sono state pubblicate più di 10.000 ricerche al riguardo.







Il questionario fu sviluppato presso l'ospedale *dell'Università del Minnesota* grazie alla collaborazione di pazienti e di soggetti appartenenti alla popolazione generale, (visitatori che compilarono volontariamente il questionario mentre aspettavano parenti o amici che ricevevano cure mediche).







Questi ultimi costituivano un campione rappresentativo della popolazione del Minnesota durante gli anni '30: in maggioranza erano coniugati, con un'età compresa fra i **16** e i **65** anni con una media intorno ai **35 anni**, vivevano in piccole città o aree rurali, avevano un livello di istruzione di circa otto anni di scuola.





Hathaway e McKinley cominciarono a lavorare sul test verso la fine degli anni '30, con il contributo finanziario della Graduate School of The University of Minnesota. Nel 1940 pubblicarono il loro primo articolo sul questionario, nel quale erano riassunti i passi seguiti per preparare e formulare gli item per il *Minnesota Personality Schedule*.





Gli autori predisposero un gruppo di oltre 1000 potenziali item che fu ridotto a 504 dopo l'esclusione di frasi simili o non correttamente formulate. Ogni affermazione fu espressa in forma colloquiale, per evitare l'impressione di rispondere a un esame formale a ad una interrogazione. Poiché molte di queste proposizioni si riferivano a esperienze imbarazzanti, disturbanti, o bizzarre, diversi item furono riscritto in forma negativa, in modo da minimizzare la probabilità di avere una serie uniforme di affermazioni "Vero".



MMPI-2: Diverse scale

10 scale cliniche \equiv Metodo *empirico* di validazione

Scale supplementari \equiv Metodo *empirico* di validazione

Scale di contenuto \equiv Metodo *razionale* di validazione

Indice e scale di validità \equiv *Miste*






Scale di Validità

L *Menzogna*


F *Frequenza*

K *Correzione Difensiva*







Quando il *MMPI* fu pubblicato per la prima volta nel **1942**, Hathaway e McKinley fornirono *tre indicatori di validità delle risposte date*: il numero di item lasciato senza risposta (punteggio “*non so*”), una misura *dell’attengiamiento difensivo* (scala L) e una misura della *risposte devianti o date a caso* (scala F).





Questi indicatori aiutavano l'utilizzatore del test a valutare la possibilità che i risultati non fossero validi, perché il soggetto non aveva seguito, per qualche motivo, le istruzioni per la compilazione del test. In seguito fu aggiunto un quarto indicatore di validità, la *scala K (correzione)* per valutare la possibilità che il soggetto avesse risposto al *MMPI* con una sottile, ma pervasiva tendenza sia a nascondere (*alto punteggio*), sia ad esagerare (*basso punteggio*) i propri problemi e le proprie difficoltà.






Dopo il 1950 la struttura del test era stata definita, la sua accettazione crebbe costantemente negli Stati Uniti e si diffuse in tutto il mondo nelle varie traduzioni. L'uso sempre più diffuso del test e i cambiamenti culturali hanno comportato la necessità di rivedere gli item del *MMPI*.







Il *MMPI-2* presenta numerose differenze con la forma precedente. Un punteggio **T > 65 (maggiore uguale)** è nel *range* clinico, mentre per *MMPI* il cut-off era di 70. I punti T nel *MMPI-2* non sono ricavati con il metodo tradizionale (*si tratta di punti T “uniformi” per le scale di base, ad eccezione delle scale 5 e 0 e di punti T “lineari” per tutte le altre scale*).





Il test definitivo contiene **567** item, di cui è stato cambiato l'ordine, per cui le scale tradizionali (3 di validità e 10 cliniche) derivano dai primi 370 item. Gli altri 197 item servono per ulteriori **6 scale definite “supplementari” e per 15 scale di contenuto.**







Nel *1989* è iniziata la costruzione della forma del *MMPI* per adolescenti, che è stata immessa sul mercato nel 1992. Nella clinica si era rilevato che la somministrazione del test a pazienti adolescenti, nonostante ci fossero delle norme specifiche, presentava ancora notevoli problemi in quanto il test era *eccessivamente lungo*, erano necessarie delle *abilità di lettura troppo elevata*, il linguaggio spesso non era adeguato e non rispondeva alle necessità di valutare problemi connessi ad aree specifiche.





La forma per adolescenti, standardizzata su un gruppo di 805 maschi e 815 femmine di età compresa fra 14 e i 18 anni, presenta alcune differenze importanti: il nuovo strumento contiene 478 item, che possono essere ulteriormente ridotti (si possono somministrare solo i primi 350 item), senza che questo incida sulla validità delle scale cliniche standard. Rispetto alla forma originaria sono stati eliminati 58 item, alcuni item sono stati riformulati e ne sono stati inclusi di nuovi.






Sebbene il *MMPI-2* sia relativamente facile e semplice da somministrare e da correggere, la sua interpretazione richiede un alto livello di competenza psicometrica, clinica, personologica e professionale, così come un grande rispetto dei principi etici per l'uso del test.




Competenze psicometriche


Minimo: un corso universitario in teoria e tecniche dei test.

Un training in quest'area dovrebbe includere la conoscenza del significato delle varie norme del test e della loro valutazione, scelta e applicazione. Nello stesso tempo l'utilizzatore deve possedere informazioni sul modo in cui il protocollo di un soggetto è sintetizzato dai diversi punteggi standard, su come si trasformano e si correggono tali punteggi, nonché sul profilo che può essere ricavato.






È inoltre necessario saper valutare i limiti di accuratezza di questi vari punteggi ed i relativi errori standard di misurazione.



Competenze in psicologia di personalità e psicopatologia


minimo: un corso universitario in psicopatologia.
È essenziale conoscere gli aspetti strutturali, dinamici e psicopatologici della personalità.
Sebbene le ipotesi interpretative siano ricavabili da testi sul **MMPI**, l'utilizzatore del questionario deve essere capace di integrare tali ipotesi e suggerimenti con una specifica conoscenza dell'anamnesi e delle caratteristiche del testando.



Per ottenere un quadro il più accurato ed equilibrato possibile del paziente o del cliente, chi usa il *MMPI* deve avere dimestichezza con le attuali concezioni psicodiagnostiche e con vari sistemi diagnostici.


Non va mai dimenticata l'enorme complessità della personalità umana.






È essenziale che chi usa il test mantenga il controllo delle sue possibili applicazioni, delle condizioni sotto le quali è somministrato e corretto, così come garantisca la riservatezza dei risultati del test e della relazione finale.


Si deve essere consapevoli dei limiti del test e impiegarlo soltanto quando la situazione lo richieda. I punteggi del test non devono essere resi noti a chi non sia in grado di utilizzarli in una maniera professionale.







Devono essere usate cautela e sensibilità nel fornire interpretazioni e indicazioni al cliente o al paziente preso in esame.

Il somministratore deve acquisire familiarità con questi argomenti e fare proprie le seguenti raccomandazioni qualunque sia l'obiettivo dell'applicazione del questionario: per ricerca, formazione o valutazione clinica.






La supervisione di un professionista pienamente qualificato è essenziale per usare il *MMPI-2* come per qualsiasi strumento di assessment.







Applicabilità del questionario


L'utilità delle informazioni ottenute attraverso il *MMPI-2* dipende molto dall'abilità del soggetto testato di capire le istruzioni, svolgere il compito richiesto, comprendere ed interpretare il contenuto degli item, registrare correttamente le proprie risposte come indicato per la particolare versione del test. Alcune condizioni fisiche, o certi stati emozionali, possono compromettere queste abilità.







È di estrema importanza che il somministratore del test stia attento alla presenza di una o più condizioni quali:

- limitata acuità visiva
 - dislessia o afasia semantica
 - disturbi dell'apprendimento
 - intossicazioni da droghe o alcool
 - stati di astinenza da farmaci o droghe
 - reazioni di tipo tossico ad agenti infettivi
 - deliri dovuti a cause organiche
 - disorientamento causato da lesioni o traumi cerebrali
 - stati confusionali conseguenti a crisi epilettiche
 - danni neurologici da farmaco
- 


- 
- marcato rallentamento psicomotorio nelle depressioni maggiori
 - estrema distraibilità in stati maniacali


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






Data la situazione attuale sarà necessario che l'esaminatore valuti quanto il soggetto è in grado di leggere il contenuto degli item ed interpretare il significato nel *contesto culturale* dal quale sono stati tratti. Quindi non è sufficiente verificare che l'individuo possa verbalmente riprodurre le parole di una determinata affermazione. *Il contenuto dell'item deve avere significato per il soggetto , in rapporto alla sua esperienza di vita.*







Sebbene nel *MMPI* siano presenti controlli di validità, che possono aiutare a decidere sull'accettabilità di un protocollo, è preferibile cercare di valutare questi problemi prima dell'inizio del test e eventualmente, impiegare una forma più comprensibile del questionario, o interrompere la seduta.

Nelle somministrazioni di gruppo può risultare praticamente impossibile identificare difficoltà di questo tipo; in tal caso è necessario affidarsi ai controlli di validità al momento dello scoring, per identificare protocolli dubbi.






Hathaway e McKinley si prefissero di ottenere una leggibilità del test adeguata a persone che avessero completato la scuola elementare. Ricerche condotte dopo la pubblicazione del test hanno confermato che questo livello di istruzione era, in senso generale, sufficiente; tuttavia, per la comprensione di alcuni item era necessario un grado di istruzione leggermente superiore.



LEXILE VALUE (sviluppato dalla MetaMetrics di Durham, NC; cfr. Stenner, Horabin, Smith e Smith, 1988).

Tale indice è basato sulla lunghezza della frase, sulla frequenza delle parole presenti in vari tipi di letteratura popolare e sulla complessità della frase.
La gamma di variazione di questo valore va da qualcosa sotto lo 0 fino a 1600.

Un Lexile Value di 300 corrisponde, approssimativamente, ad una difficoltà di lettura adeguata per chi ha completato la seconda elementare.




Un valore di **400** per chi ha completato la terza elementare e così via; un valore di 1300 equivale a un livello di competenza acquisibile con il completamento della scuola media superiore

Tabella 9
Lexile value medio delle scale di base

<i>Scala</i>	<i>Numero di item</i>	<i>Lexile^a value medio</i>
L	15	518.62
F	60	579.89
K	30	656.42
Hs	32	580.05
D	57	534.17
Hy	60	609.21
Pd	50	569.26
Mf	56	453.74
Pa	40	606.33
Pt	48	592.08
Sc	78	589.21
Ma	46	824.69
Si	69	611.63


Nota. a: è un indice speciale della difficoltà di lettura e comprensione sviluppato dalla MetaMetrics di Durham (Stenner, Horabin, Smith e Smith, 1988).



Come si può osservare dalla tabella, alcune scale contengono item di difficoltà di comprensione e di lettura superiore. Basandosi sulle competenze di lettura riscontrabili attualmente, sarebbe necessario il completamento della scuola media inferiore per comprendere il contenuto di tutti gli item del *MMPI-2* e rispondervi in maniera appropriata. Se si hanno dubbi sulla capacità di lettura del soggetto, si raccomanda di somministrare un test che aiuti a determinare le sue competenze al riguardo.

Ex: *PIAT-R test* [Markwardt, 1989]







La formulazione di ipotesi interpretative a partire dai dati sintetizzati nel profilo clinico del *MMPI-2* si basa su tre aspetti correlati di tali punteggi:

- accettabilità dei punteggi del profilo, (così come è determinata dagli indicatori di validità)


- elevazione assoluta delle scale che lo compongono rispetto agli standard indicati dai punteggi T normativi

- relative configurazioni di questi punteggi all'interno del profilo individuale







L'interpretazione passo dopo passo del profilo di base e delle informazioni aggiuntive, che si possono ricavare da un protocollo *MMPI-2*, prevede le seguenti fasi:





1. *Valutazione dell'accettabilità del protocollo* ai fini della sua interpretazione, anche in base alla considerazione dell'atteggiamento verso il test e in rapporto alle altre informazioni relative al soggetto. *Un protocollo che venga giudicato non accurato o pesantemente distorto va sempre invalidato.*







Dopo aver invalidato un questionario è possibile discuterne le ragioni col soggetto e proporre una risomministrazione. Qualora ciò non fosse possibile o anche il retest fornisse un protocollo invalido, *è da escludere qualsiasi speculazione sui dati clinici emersi dal profilo o inferire tratti di personalità supposti sottesi allo stile di compilazione del test.*






2. *Esame dei punteggi alle scale cliniche nel profilo di base*, per prospettare possibili linee interpretative sulla personalità e sull'attuale stato emozionale del testando.






3. *Consultazione di diverse guide all'interpretazione del MMPI* per cogliere i correlati comuni dei tipi di codice presenti nel profilo clinico e le possibili alternative psicodiagnostiche.


4. *Definizione, per le scale che hanno anche una modesta elevazione di punteggio, delle sottoscale che contribuiscono in maniera determinante a questa elevazioni, annotando i problemi che potrebbero avere maggiore rilevanza per il soggetto.*






5. *Annotazioni di ogni item critico significativo*, che può costituire un segnale di problemi particolari, o di sintomi e difficoltà non riscontrati in precedenza.


6. *Esame dei punteggi alle scale di contenuto* sia per sviluppare le ipotesi interpretative già delineate, sia per formulare un coerente quadro delle dinamiche di personalità e delle condizioni psicopatologiche del soggetto, tenendo ben presenti i limiti di attendibilità suggeriti dai vari valori indicatori.






Molti sono i modi di rispondere di un soggetto che possono invalidare un protocollo:

- **Lasciare senza risposta molti item (risposte omesse)**
 - **Assumere atteggiamenti che distorcono la descrizione che dà di sé**
 - **Non aderire alle istruzioni del test**
 - **Essere incapace di leggere e comprendere il significato degli item e rispondere sostanzialmente in maniera casuale.**
- 




Gli **indicatori di validità** sviluppati per il *MMPI-2* sono concepiti per aiutare a individuare tali fonti di non validità del protocollo ed a valutare l'effetto prodotto da tali distorsioni sul risultato del test.






ITEM OMESSI


Ogni soggetto a cui viene somministrato il test è sollecitato a rispondere “*vero*” o “*falso*” a tutti gli item del *MMPI-2*. Esistono molteplici e fondate ragioni per lasciare senza risposta qualche item. Ad esempio se un soggetto è rimasto orfano quando era molto piccolo, può non sentirsi in grado di rispondere agli item che riguardano i sentimenti verso i genitori, (molti soggetti possono comunque interpretare questi item facendo riferimento ai genitori adottivi, o ad altri parenti che hanno svolto funzioni genitoriali...)






Alcuni utilizzatori del *MMPI* suggeriscono ai soggetti di rispondere agli item per i quali si sentono in difficoltà. **Questo tipo di istruzione dovrebbe essere evitato**, sebbene sia accettabile chiedere al soggetto di riconsiderare gli item a cui precedentemente non ha dato risposta.

Il punteggio “?” (“*Non so*”) non costituisce una vera e propria scala. Alcune persone trovano più facile rispondere agli item lasciati in bianco dopo che hanno compilato l’intero test.





Il punteggio “*non so*” non costituisce una vera e propria scala. Si tratta di un semplice conteggio del numero di item lasciati in bianco, o a cui ha dato contemporaneamente le risposte vero e falso. Poiché questi item non vengono considerati per lo scoring, *ne consegue che più alto è il numero più deboli risultano le altre scale nel fornire le discriminazioni desiderate.* Se il numero degli item lasciati senza risposta, anche dopo varie sollecitazioni, supera il numero 30, il protocollo deve essere considerato con molta cautela, se non addirittura non valido.





Tabella 10
Punteggio “Non so (?)”: implicazioni delle elevazioni di punteggio

<i>Punteggio grezzo</i>	<i>Validità del profilo</i>	<i>Cause dell'elevazione</i>	<i>Possibilità interpretative</i>
Alto (30 o superiore)	Probabilmente non valido	Gravi difficoltà di lettura o dislessia Rallentamento psicomotorio Stato confusionale Sfida Indecisione	Depressione grave Ossessività
Moderato (11-29)	Validità dubbia	Difficoltà di lettura di grado medio Mancanza di esperienza Cautela eccessiva Formalismo	Mancanza di familiarità con la lingua italiana Ideazione paranoide
Modale (2-10)	Probabilmente valido (controllare il contenuto delle omissioni)	Interpretazione idiosincratica	
Basso (0-1)	Valido		





***AUTODESCRIZIONE
IDEALIZZATA***






Hathaway e McKinley introdussero la scala **L** (*Menzogna-Lie*) per valutare la probabilità che il soggetto avesse risposto al test riferendosi a un'immagine idealizzata. Stilarono item che fornivano al soggetto l'opportunità di negare varie colpe veniali e difetti di carattere, che la maggior parte degli individui non ha difficoltà ad ammettere per se stesso. Sebbene la scala **L** possa indicare la tendenza a mentire nel compilare il test, non può essere considerata come una misura della tendenza generale a mentire, falsificare o ingannare gli altri nella vita quotidiana.

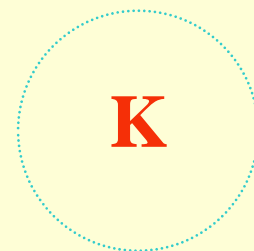
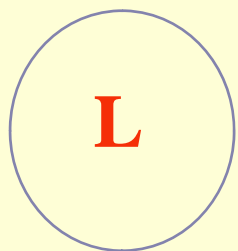





Questa scala serve come indice della probabilità che un determinato protocollo sia stato alterato a causa di un particolare stile di risposta.



Punteggi inferiori alla media nella scala L indicano che il soggetto è abbastanza libero dalla tendenza di porsi in una luce insolitamente favorevole, si dovrebbero esaminare anche le elevazioni nella scala K per vedere se la persona ha usato un modo più sottile per fornire una migliore immagine di sé. Punteggi molto bassi nella scala L possono associarsi a punteggi molto bassi nella scala K, riflettendo lo sforzo per esagerare problemi emozionali e difficoltà di adattamento.





Punteggi *moderatamente elevati alla scala L*
possono essere indicativi, non tanto di un
atteggiamento marcatamente difensivo verso
il test, quanto piuttosto di una mentalità
caratterizzata da un **atteggiamento
moralistico e conformista.**







Tabella 11
Scala L (Menzogna): implicazioni delle elevazioni della scala

<i>Punti T</i>	<i>Validità del profilo</i>	<i>Cause dell'elevazione</i>	<i>Possibilità interpretative</i>
Molto alto (80 o superiore)	Probabilmente non valido	Simulazione di buon adattamento	Resistenza al test o ingenuità
Alto (70-79)	Validità dubbia	Risposte date a caso Negazione di difetti	Stato confusionale Stile repressivo Manca di <i>insight</i>
Moderato (60-69)	Probabilmente valido	Atteggiamento difensivo	Iperconvenzionale e conformista Eticamente rigido
Modale (50-59)	Valido	Atteggiamento tipico verso il test	A proprio agio con l'immagine di sé
Basso (49 o inferiore)	Possibile simulazione di cattivo adattamento	Ricerca di vantaggi Risposte "Vero" a tutti gli item	Enfatizza la patologia Indipendente e fiducioso in se stesso Cinico, sarcastico




In questa valutazione, come per molti altri indici di validità del protocollo, è importante avere *informazioni anamnestiche* sul soggetto.






Punteggi marcatamente alti alla scala L
molto probabilmente riflettono un
atteggiamento sistematico di risposta,
che può interferire negativamente sul
significato dei punteggi alle scale
cliniche.







RISPOSTE CAUSALI e ALTI PUNTEGGI F


Persone che non vogliono aderire alle istituzioni possono simulare l'esecuzione del test, rispondendo in realtà in modo casuale agli item. Altri soggetti con istruzione e competenza nella lettura assai limitate, o che sono in contatto precario con la realtà, possono fare la stessa cosa. Altri ancora possono deliberatamente **esagerare le loro difficoltà e le loro preoccupazioni per assicurarsi una considerazione o un'attenzione speciale**. Ognuno di questi atteggiamenti verso il test può determinare punteggi elevati nella scala *F* (*Frequenza-Infrequency*).





Alcuni soggetti possono raggiungere un punteggio elevato nella scala F perché stanno descrivendo reazioni o sentimenti inusuali verso circostanze particolari che stanno vivendo, oppure a causa di una significativa psicopatologia. **Queste persone, probabilmente produrranno un protocollo inutilizzabile.**





Scala F, punteggi superiori a 70 punti T, ma inferiori ai 90 punti T, possono riflettere problemi emozionali seri, ma non rendono necessariamente inutilizzabile il protocollo. L'esame delle configurazioni di risposta e delle elevazioni dei punteggi nel profilo clinico può aiutare a scartare, o accettare, questa conclusione.




Tabella 12
Scala F (Frequenza): implicazioni delle elevazioni della scala


<i>Punti T</i>	<i>Validità del profilo</i>	<i>Cause dell'elevazione</i>	<i>Possibilità interpretative</i>
Molto alto (91 o superiore)	Probabilmente non valido	Risposte date a caso Errori di conteggio Dislessia grave	Non collabora, simula disturbi Limitate abilità di lettura Resistenza al test
Alto (71-90)	Validità dubbia	Simulazione di malattia Processi psicotici Risposte "Vero" a tutti gli item	Richiesta di aiuto Crisi di identità adolescenziale Stato confusionale
Moderato (56-70)	Probabilmente valido	Desiderio di anticonformismo Forte coinvolgimento politico, sociale o religioso Scarsa attenzione Estrema onestà nel rispondere Agitazione durante una crisi	Rischio di acting out aggressivo Scontento, inquieto instabile Psicopatologia di media gravità Autocritico Agitato, distraibile
Modale (45-55)	Protocollo valido	Presenza di convinzioni devianti	Buon adattamento Atteggiamento tipico verso il test
Basso (44 o inferiore)	Protocollo valido	Conformismo Possibile simulazione di buon adattamento	Convenzionale Sincero Conformista




PROTOCOLLO RIEMPITO A CASO


Un protocollo riempito completamente a caso produrrà, in media, un punteggio grezzo di 30 (più o meno 5 item) alla **scala F**. Perciò un punteggio **T di 90** o più alto, pone seri dubbi sull'utilizzabilità del protocollo per formulare un'ipotesi psicodiagnostica.

È anche utile comparare il punteggio grezzo della prima metà della scala F con quello della seconda metà. Se il contributo principale all'elevazione della scala F proviene dalla seconda metà di questa scala, si può concludere che il soggetto ha iniziato a compilare il questionario volendo cooperare, ma è accaduto qualcosa durante il lavoro che lo ha indotto a rispondere senza attenzione






Poiché gli item che costituiscono le **Scale di Base** si trovano nei primi due terzi del libretto, i punteggi della **Scala F** concernono l'affidabilità dei punteggi di queste scale. Molte Scale Addizionali sono calcolate utilizzando utilizzando item successivi al 340; quindi la scala **F_B** (Back F, così chiamata a causa del posizionamento degli item nella forma sperimentale AX) dovrebbe essere esaminata anche per determinare se il soggetto ha mantenuto la sua attenzione e cooperazione durante l'intera compilazione del test.






I punteggi della **Scala F_B** dovrebbero essere usati per valutare l'accettabilità dei valori delle **Scale Supplementari**.

È importante cercare di identificare la ragione, o le ragioni, di una elevazione notevole sia nella **Scala F** che nella scala **F_B**. Se il soggetto stava cercando di cooperare, ma gli è stato impossibile farlo a causa di limitazioni sensoriali e motorie, si può somministrare una forma diversa del *MMPI-2* per ottenere un risultato più valido.






Se il soggetto fornisce un protocollo non accettabile perché ha un motivo speciale per fingersi ammalato o falsificare le risposte, non è possibile trovare un rimedio. D'altra parte, comprendere la ragione di tale incapacità di adeguarsi al compito può contribuire al chiarimento delle ipotesi diagnostiche o valutative formulate dal clinico.



PARTICOLARI ATTEGGIAMENTI DI FRONTE AL TEST

Le persone possono scegliere sempre risposte “*vero*”, oppure sempre la risposta “*falso*”. Una modalità così estrema di risposta è facilmente rilevabile esaminando il foglio per le risposte, ma una tendenza meno marcata in una direzione o nell’altra può non essere così facile da identificare.







Scale di Incoerenza tra due risposte:

TRIN (Incoerenza nelle risposte “*Vero*”- True Response Inconsistency) e **VRIN** (Incoerenza nelle risposte – Variable Response Inconsistency), può risultare molto utile in tali situazioni.

La scala **TRIN** è sensibile alla tendenza nel fornire un tipo di risposta (ripetute risposte “*Vero*” o risposte “*Falso*”) agli item del **MMPI-2**, senza riferimento al contenuto di tali item.







I punteggi *VRIN* riflettono la tendenza generale a non considerare il contenuto degli item nel fornire le risposte.


Le scale *VRIN e TRIN* sono nuovi tipi di scale di controllo (Tellegen, 1982, 1988), sviluppate a completamento degli indicatori tradizionali di validità. Nessuna delle due scale concerne un particolare contenuto degli item, in quanto misurano la tendenza a simulare un funzionamento psicologico buono o inadeguato. Si differenziano abbastanza dalle scale L, F e K.





I punteggi *VRIN* e *TRIN* forniscono un indice della tendenza del soggetto a rispondere agli item in modo incoerente o contraddittorio. Entrambe queste scale consistono di coppie di item appositamente scelti. I componenti di ogni coppia di item della scale *VRIN* hanno contenuto simile o opposto. Ciascuna coppia è conteggiata quando si verifica un'incoerenza tra le risposte date ai due item. Per ogni coppia di item vengono considerate incoerenti una o due risposte. Ex coppia di item 3/39 solo la risposta “*Vero*” a entrambi gli item è considerata incoerente.






Ex coppia di item 6/90 sono calcolate come incoerenti sia la risposta “*vero*” all’item 6 sia la risposta “*falso*” all’item 90 e viceversa.

Il punteggio della scala **VRIN** è dato dal numero totale delle coppie di item con risposta incoerente.


Il punteggio elevato alla scala **VRIN** è il segnale che il soggetto possa avere risposto agli item in maniera casuale, e vi sono quindi maggiori possibilità che il protocollo debba essere invalidato e che il profilo sia sostanzialmente non interpretabile.






La scala *TRIN*, diversamente dalla *VRIN*, è composta esclusivamente da coppie di item che hanno contenuto opposto. Se un soggetto risponde in maniera contraddittoria segnando vero a entrambi gli item di una certa coppia, viene aggiunto un punto al punteggio *TRIN*. Se il soggetto risponde in maniera contraddittoria segnando falso a una determinata coppia di item, viene sottratto un punto. Di conseguenza un punteggio elevato indica la tendenza del soggetto a rispondere “vero” in maniera indiscriminata (“acquiescenza”), mentre un punteggio *TRIN* molto basso indica la tendenza a rispondere “falso” indiscriminatamente (“non acquiescenza”).





Per evitare di avere *TRIN* negativi si aggiunge una costante al punteggio grezzo.
Per concludere punteggi molto bassi o molto alti nella scala *TRIN* sono un segnale che il soggetto può avere risposto al questionario in maniera indiscriminata, il profilo ha alte probabilità di risultare non interpretabile.

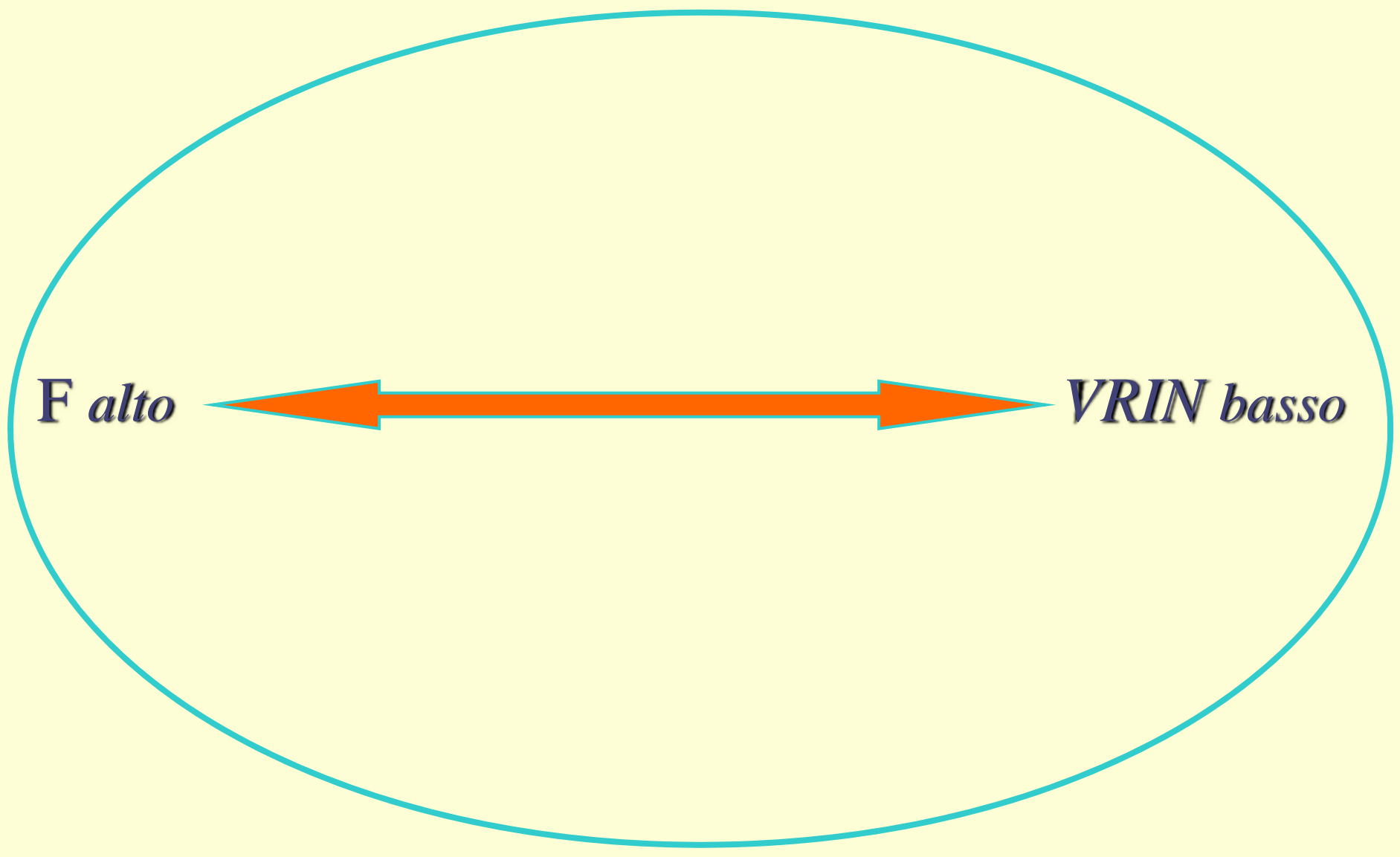



Le scale *TRIN* e *VRIN* possono risultare un utile completamento delle **Scale L, F e K**. Quando si riscontrano **punteggi elevati** sia alla scala F sia alla scala *VRIN*, vi sono molte più probabilità che il protocollo non sia interpretabile per mancanza di attenzione, confusione o altro da parte del soggetto, di quando il punteggio *VRIN* non è elevato.

F




VRIN





Si può escludere la confusione e la mancanza di attenzione, cosicchè il punteggio F elevato può essere interpretato in base al contenuto effettivo dei suoi item, che potrebbe riflettere sia una vera psicopatologia, sia un tentativo deliberato di simulazione. L'uso di *VRIN* e *TRIN* è ancora in fase sperimentale quindi occorre una certa cautela, finchè non si disporrà di un numero maggiore di dati empirici.



Le Scale Cliniche






Scala 1 – Hs: Ipocondria (Hypocondriasis), [Tot item 32]

Questa misura fu sviluppata con un gruppo di pazienti nevrotici che mostravano una preoccupazione eccessiva per la loro salute, presentavano una varietà di disturbi somatici con origine organica scarsa o assente, e non accettavano le ripetute assicurazioni di non avere niente dal punto di vista fisico.


Alcuni item che compongono questa scala riguardano particolari sintomi o specifici disturbi, ma molti altri concernono una preoccupazione generale per il corpo o verso se stessi.





Scala 2 – D: Depressione (Depression) [Tot item 57]


Questa scala fu sviluppata con pazienti psichiatrici che presentavano varie forme sintomatiche di depressione, principalmente pazienti con reazioni depressive o in fase depressiva della psicosi maniaco-depressiva. Gli item che formano questa scala non si riferiscono solo a sensazioni di scoraggiamento, pessimismo e disperazione, che caratterizzano il quadro clinico delle persone depresse, ma anche ad aspetti della personalità di base riguardanti eccessivo senso del dovere, standard personali elevati e intrapuntività.





Scala 3 – Hy: Isteria (Conversion Hysteria) [Tot item 60]


Questa scala fu costruita con pazienti che manifestavano forma di disturbi sensoriali o motori, per i quali non era stata riscontrata nessuna base organica. Alcuni dei 60 item componenti la scala concernono specifici disturbi fisici o stati d'agitazione, ma molti altri item implicano negazione di problemi nella propria vita, o mancanza di ansia sociale, spesso osservata in persone che utilizzano questo tipo di difese.





Scala 4 – Pd: Deviazione Psicopatica (Psychopathic Deviate) [Tot item 50]


Questa scala fu sviluppata con soggetti indirizzati al servizio psichiatrico per chiarire il motivo dei loro continui problemi con la legge, sebbene non fossero culturalmente deprivati, possedessero un'intelligenza normale e non avessero seri disturbi di tipo nevrotico o psicotico. Alcuni item presenti in questa scala riguardano la possibilità ad ammettere questo tipo di problemi. Altri item riflettono il disinteresse per la maggior parte delle norme sociali e morali di condotta.





Scala 5 – Mf: Mascolinità-Femminilità (Mascolinity-Feminility)


Questa scala fu sviluppata basandosi su uomini che avevano cercato un aiuto psichiatrico nel tentativo di controllare i loro sentimenti omoerotici e di fronteggiare la sofferenza per il disorientamento circa la propria identità sessuale. Tentarono di sviluppare una scala di divergenza del ruolo sessuale per le donne, ma senza successo. Gli item di questa scala riguardano anche vari tipi di reazioni emotive, interessi, atteggiamenti e sentimenti verso il lavoro, i rapporti sociali e gli hobby, che di solito differenziano uomini e donne.





Scala 6 – Pa: Paranoia (Paranoia) [Tot item 40]


Questa scala fu sviluppata inizialmente con un gruppo di pazienti che presentavano condizioni di tipo paranoideo, o stati paranoidei. Si trovarono pochi soggetti con paranoia florida. Il contenuto degli item della scala 6 riflette sia ipersensibilità nei rapporti interpersonali, sia nella tendenza a fraintendere le motivazioni e le intenzioni degli altri. Alcuni item riguardano l'insicurezza e la tendenza a centrarsi sulla propria persona.





Scala 7– Pt: Psicoastenia (Psychasthenia) [Tot item 48]


Questa scala fu sviluppata, inizialmente, con pazienti che manifestavano problemi di tipo ossessivo, rituali compulsivi o paure esagerate, scelti tra i soggetti nevrotici che venivano indicati, a quell'epoca, come sofferenti di psicoastenia (una debolezza nel controllo mentale delle azioni e dei pensieri), corrispondente all'attuale designazione di disturbo ossessivo-compulsivo. Non sono state sviluppate sotto-scale.





Scala 8 – Sc: Schizofrenia (Schizophrenia) [Tot item 78]


Questa scala fu derivata da un gruppo di pazienti psichiatrici con manifestazioni del disturbo schizofrenico. I tentativi iniziali di sviluppare misure diverse per le varie forme di schizofrenia non hanno avuto successo. Il contenuto degli item riguarda un'ampia varietà di bizzarre informazioni, esperienze insolite e percezioni particolari, che sono caratteristiche di tali pazienti. Nel manuale in Appendice B sono elencate le sottoscale di Wiener e Harmon.





Scala 9 – Ma: Ipomania (Hypomania) [Tot item 46]


Questa scala fu sviluppata con pazienti nei primi stadi di un episodio maniacale del disturbo maniaco-depressivo, (a persone con psicosi conclamata non era possibile somministrare il test). Il contenuto degli item della scala 9 prende in considerazione alcuni aspetti comportamentali di questa condizione e caratteristiche ad essa associate (ambizione eccessiva, estroversione ed elevati livelli di ispirazione).






Scala 0– Si: Introversione Sociale (Social Introversion) [Tot item 62]

Questa scala fu sviluppata da Drake (1946) con campioni di studenti di college che ottenevano punteggi estremi alla scala introversione-estroversione sociale del T-S-E (Thinking-Social-Emotional Introversion) Inventory (Evans e McConnel, 1941). Punteggi superiori alla media nella scala 0 rispecchiano livelli crescenti di timidezza sociale, preferenza per attività da svolgere da soli e carenza di assertività sociale. Punteggi sotto la media indicano, viceversa, tendenze verso la partecipazione e la dominanza sociale. La scala **Si** prevede sottoscale.





Le sottoscale di Harris e Lingoes







Harris e Lingoies (1955), costituirono delle sottoscale per le seguenti scale: **2, 3, 4, 6, 8 e 9** esaminando il contenuto degli item per ciascuna di queste scale cliniche e raggruppando intuitivamente gli item che sembravano simili per contenuto, o che riflettevano, secondo tali Autori, un singolo atteggiamento o tratto. Non fecero nessun tentativo per evitare di inserire un item in più di una sottoscala, e alcune sottoscale risultano molto brevi.






I punteggi delle sottoscale di Harris e Lingoes forniscono informazioni sugli item, che in modo particolare hanno contribuito a determinare un certo punteggio in una data scala clinica. Queste informazioni possono aiutare a comprendere perché un soggetto raggiunga un punteggio elevato in una scala clinica, quando tale elevazione non era prevista in base all'anamnesi o ad altre informazioni disponibili.





Inoltre le sottoscale possono essere utili nell'interpretazione dei punteggi delle scale cliniche che sono marginalmente elevate (punti T compresi tra 65 e 75).





I test possono permettere di assumere una serie di informazioni:

modo di essere

modo di agire

caratteristiche psicologiche

abilità

motivazioni

credenze

atteggiamenti

valori

