

Il test MMPI-2 dopo oltre 20 anni: la nuova standardizzazione italiana

Giunti O.S. Psychometrics

1. / Introduzione	1
2. / Nuovo campione normativo	2
3. / Punteggi standardizzati	2
4. / Valori normativi	3
5. / Validità interna	8
6. / Revisione degli item	8
7. / Ristrutturazione del report informatizzato	11
8. / Conclusioni	11

ABSTRACT

Una delle caratteristiche per cui un test diventa obsoleto è non disporre più di norme aggiornate [International Test Commission, 2015]. Ciò può generare il rischio di diagnosi o decisioni poco accurate. Dopo vent'anni dalla sua pubblicazione in Italia, lo strumento per la valutazione della personalità più diffuso al mondo, utilizzato nell'*assessment* sia clinico che psichiatrico, vede un aggiornamento importante che implica non soltanto un **miglioramento nella formulazione testuale di alcuni item** ormai lontani dal linguaggio e dalla cultura di oggi, ma soprattutto **nuovi riferimenti normativi**. Le nuove norme sono state sviluppate sulla base di un campione di 3109 partecipanti. I parametri normativi di alcune scale hanno mostrato una variazione interessante rispetto al passato; vengono descritte le principali differenze riscontrate nelle scale cliniche e nelle scale di validità. Le nuove norme sono disponibili sulla piattaforma Giunti Testing (www.giuntitesting.com), grazie alla quale è possibile ottenere in maniera automatizzata il nuovo report grafico MMPI-2 ristrutturato e aggiornato.

1. / Introduzione

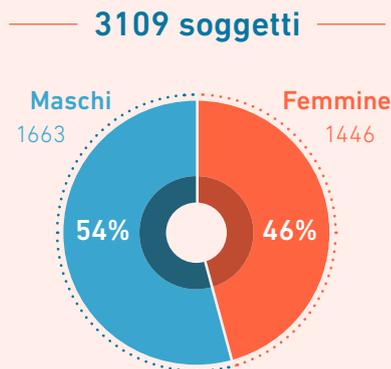
A oltre vent'anni dalla sua pubblicazione, Giunti O.S. Psychometrics aggiorna l'adattamento italiano dello strumento per la valutazione della personalità più diffuso al mondo, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2* (MMPI-2), noto agli addetti ai lavori anche come "Il Minnesota". I risultati di diversi studi [Camara, Nathan e Puente, 2000] hanno mostrato come questo test di personalità nelle sue due versioni sia lo strumento più frequentemente utilizzato dagli psicologi clinici (oltre l'**86%**). L'MMPI-2 ha rappresentato e rappresenta ancora oggi il punto di riferimento nei processi di valutazione della personalità a livello clinico, in ambito sia psicologico sia psichiatrico. Certamente, però, vent'anni di cambiamenti sociali e culturali hanno generato delle variazioni rispetto alla popolazione normativa originaria.

L'Istituto nazionale di statistica descrive una popolazione attuale sempre meno giovane [Istituto nazionale di statistica, 2017] e appare evidente come il campione normativo del 1995, mediamente centrato su ragazzi e ragazze ventisetenni, non è più rappresentativo della popolazione attuale. Situazioni ed esperienze di oggi possono essere lette

MMPI-2: lo strumento
più utilizzato dagli psicologi
clinici

e contestualizzate dall'individuo in maniera molto diversa rispetto al passato. Cambiano il modo in cui le persone vivono la realtà e la capacità individuale di leggere i propri vissuti, anche rispetto a una maggiore apertura culturale che senz'altro rende di dominio comune e meno stigmatizzati alcuni aspetti del sentire e del vivere quotidiano finemente indagati dal test MMPI-2.

2. / Nuovo campione normativo



Il campione della nuova taratura è costituito da **3109 soggetti** che hanno compilato il test fra il 2016 e i primi mesi del 2017 ed è composto per un 54% da individui di genere maschile ($n = 1663$) e per un 46% da individui di genere femminile ($n = 1446$).

L'età dei soggetti varia complessivamente fra **18 e 82 anni**, ma il 95% delle persone reclutate ha un'età compresa fra 19 e 65 anni. L'età media dei maschi è pari a 39.7 anni ($DS = 12.8$), quella delle femmine a 36.5 anni ($DS = 12$).

I soggetti presentano **in media 13.6 anni di scolarità** ($DS = 3.6$). Mediamente, le femmine hanno frequentato un istituto scolastico o universitario per un anno in più rispetto ai maschi (scolarità media delle femmine: 14.2 anni; scolarità media dei maschi: 13.2; $DS = 3.6$ anni per entrambi). L'81% delle femmine ha almeno 13 anni di scolarità, contro il 72% dei maschi.

3. / Punteggi standardizzati

Affinché il profilo ottenuto da un soggetto alle scale MMPI-2 possa essere comparato con quello della popolazione di riferimento, ogni punteggio grezzo conseguito deve essere convertito in un punteggio standardizzato su scala T. Il test MMPI-2 si avvale di punti T di tipo *lineare* oppure *uniforme*, a seconda della scala.

I punti T esprimono il posizionamento di un soggetto rispetto alla popolazione di riferimento. Come linea guida interpretativa generale, un punto T pari a 50 viene ottenuto da soggetti che si collocano esattamente nella media. Punteggi compresi fra 40 e 60 punti T identificano soggetti il cui punteggio si colloca entro una deviazione standard dalla media; tali valori sono comunemente considerati ancora nella norma [cfr. [Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen e Kaemmer, 1989](#) e [Sirigatti e Stefanile, 2016](#) per direttive interpretative più specifiche].

Per le proprietà della distribuzione normale, con l'allontanarsi della prestazione dalla media la differenza fra due punti T diventa sempre meno rilevante. Per esempio, il 50% delle persone appartenenti alla popolazione di riferimento ottiene un punto T entro 50, mentre una percentuale più consistente, circa l'84%, ottiene un punto T entro 60. Diversamente, se un punto T entro 70 è ottenuto da circa il 98% delle persone, un punto T entro 80 è ottenuto da una percentuale di persone di poco maggiore, circa il 99%. Per questo motivo, dal punto di vista interpretativo, la differenza che intercorre fra $T = 50$ e $T = 60$ (circa 34%) è decisamente maggiore della differenza che intercorre fra $T = 70$ e $T = 80$ (circa 1%), nonostante fra questi valori ci sia sempre uno scarto di dieci unità.

I nuovi punti T sono stati derivati seguendo le articolate procedure di calcolo descritte da [Tellegen e Ben-Porath \[1992\]](#). I valori ottenuti sono stati messi a confronto con quelli proposti nel 1995 e alcuni dei

I punti T esprimono
il posizionamento rispetto
alla popolazione

risultati più rilevanti sono presentati di seguito. Considerando la quantità di misure offerte dal MMPI-2, in questa sede sarebbe impossibile descrivere i cambiamenti osservati per ogni scala o configurazione di scale. Ci si è limitati dunque ad approfondire le scale cliniche di base che hanno subito i mutamenti più rilevanti, fornendo alcune indicazioni a livello prettamente qualitativo in modo da offrire una panoramica generale dei risultati.

4. / Valori normativi

Nei grafici riportati nelle **figure 1-9**, per ogni scala viene visualizzata la progressione dei punti T (riportati sull'asse verticale) all'aumentare del punteggio grezzo osservabile (riportato sull'asse orizzontale). La linea rossa mostra l'andamento dei punteggi standardizzati secondo le prime norme italiane del test (1995), la linea azzurra riporta quello dei punteggi standardizzati secondo le nuove norme (2017).

In molti grafici si osserva che la linea che descrive l'andamento dei punteggi delle norme 2017 è localizzata al di sotto della linea che descrive le norme 1995. Ciò significa che, rispetto al passato, con le nuove norme, in linea generale, a un dato punteggio grezzo corrisponde un punto T inferiore. Al netto della conversione dei punti T da lineari a uniformi, questo fenomeno può essere conseguente a un aumento del punteggio medio ottenuto dalla popolazione normativa, a un aumento della sua deviazione standard, oppure a entrambi i fattori. Di conseguenza, in queste scale un individuo dovrà ottenere un punteggio grezzo più elevato rispetto al passato per raggiungere la soglia di attenzione clinica. Se utilizzate in ottica diagnostica e non semplicemente descrittiva, dunque, le nuove norme diminuiranno il rischio di incorrere in falsi positivi.

La scala **Ipocondria (Hs)** si basa su una serie di lamentele somatiche da parte di persone che manifestano una varietà di disturbi fisici la cui origine organica risulta difficilmente identificabile e che, al riguardo, non accettano rassicurazioni mediche e mostrano una preoccupazione eccessiva e ingiustificata per il proprio stato di salute. Per questa scala, il grafico in **figura 1** mostra una generale diminuzione dei punti T rispetto alle prime norme. Se per i punteggi grezzi più bassi la differenza appare di modesta entità, essa si fa gradualmente più marcata al crescere del punteggio grezzo, arrivando a uno scarto di circa 15 punti.

La scala **Depressione (D)** è composta da item che descrivono vissuti e comportamenti tipici di persone che presentano un quadro sintomatologico riconducibile a varie forme di stati depressivi e che si riferiscono a sensazioni di scoraggiamento, pessimismo e disperazione, ma anche eccessivo senso del dovere, standard personali elevati e intrapuntività. Analogamente a quanto già visto per la scala *Ipocondria*, anche per la scala *Depressione* si osserva una diminuzione dei punti T rispetto alle norme precedenti (cfr. **fig. 2**), con una differenza fra 1995 e 2017 che aumenta al crescere del punteggio grezzo.

La scala **Isteria (Hy)** indaga la presenza di disturbi di natura sensoriale o motoria senza alcuna base organica, tipici di pazienti che manifestano sintomi di conversione somatica di un malessere psicologico. Gli item indagano principalmente la presenza di disturbi fisici specifici, stati d'agitazione, negazione di problemi nella propria vita o mancanza d'ansia sociale. A seguito della revisione delle norme, anche la scala *Isteria* ha visto un aumento dei parametri di media e deviazio-

Per le scale cliniche, con le nuove norme a un dato punteggio grezzo corrisponde un punto T inferiore

Le nuove norme diminuiranno il rischio di incorrere in falsi positivi

Figura 1 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Ipocondria

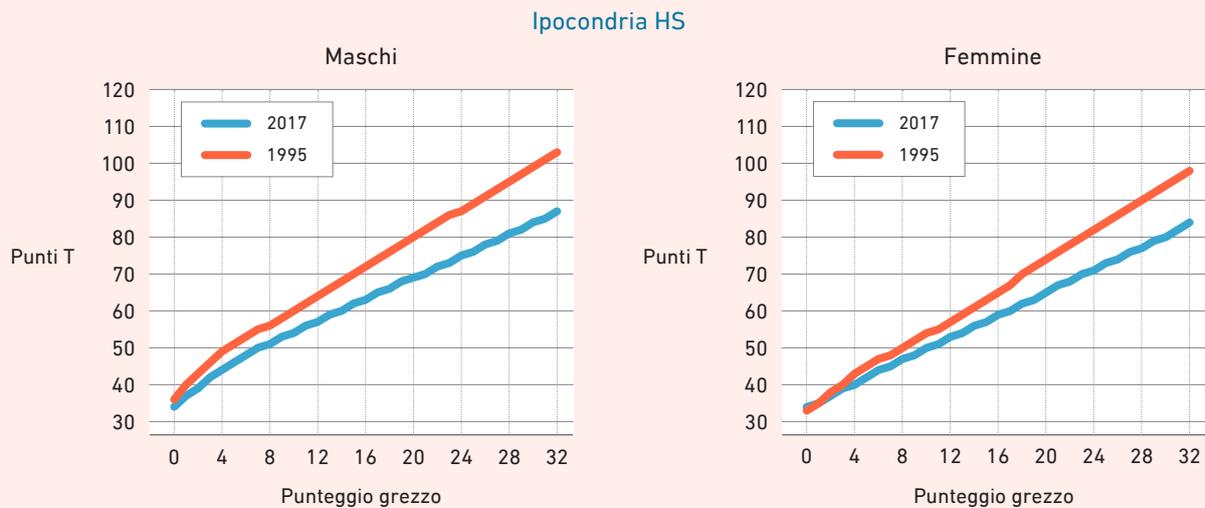
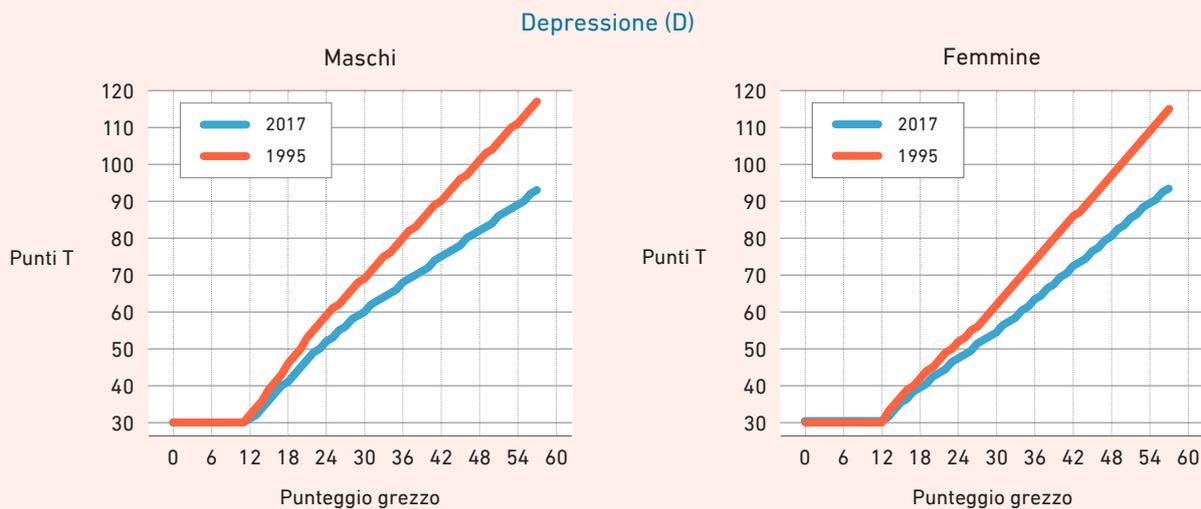


Figura 2 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Depressione



ne standard, con una conseguente diminuzione, in linea generale, dei punti T corrispondenti a ogni punteggio grezzo (cfr. **fig. 3**).

La scala **Deviazione Psicopatica (Pd)** propone item che descrivono stati e comportamenti tipici di individui antisociali e riflettono il loro disinteresse per molte norme sociali e morali, considerando anche la disponibilità ad ammettere eventuali problemi con la legge. I parametri normativi risultano anche in questo caso generalmente più elevati, ma sono i maschi a evidenziare le modifiche più consistenti rispetto al passato (cfr. **fig. 4**). Se in precedenza i maschi presentavano valori di media e deviazione standard di qualche punto inferiori rispetto alle femmine, i parametri normativi attuali relativi a maschi e femmine si sono allineati.

La scala **Ipomania (Ma)** prende in considerazione alcuni aspetti comportamentali tipici dell'esordio del disturbo maniaco e maniaco-depressivo e caratteristiche individuali peculiari di questa condizione. Anche per la scala **Ipomania**, le modifiche più consistenti si osservano per i maschi (cfr. **fig. 5**). Rispetto ai casi descritti in precedenza, tut-

Figura 3 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Isteria

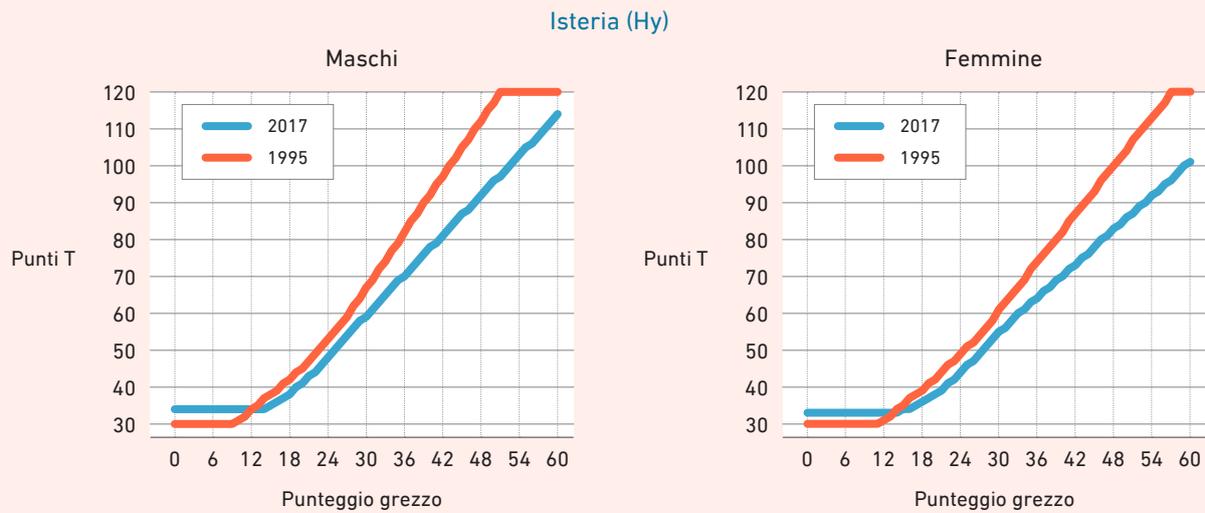


Figura 4 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Deviazione Psicopatica

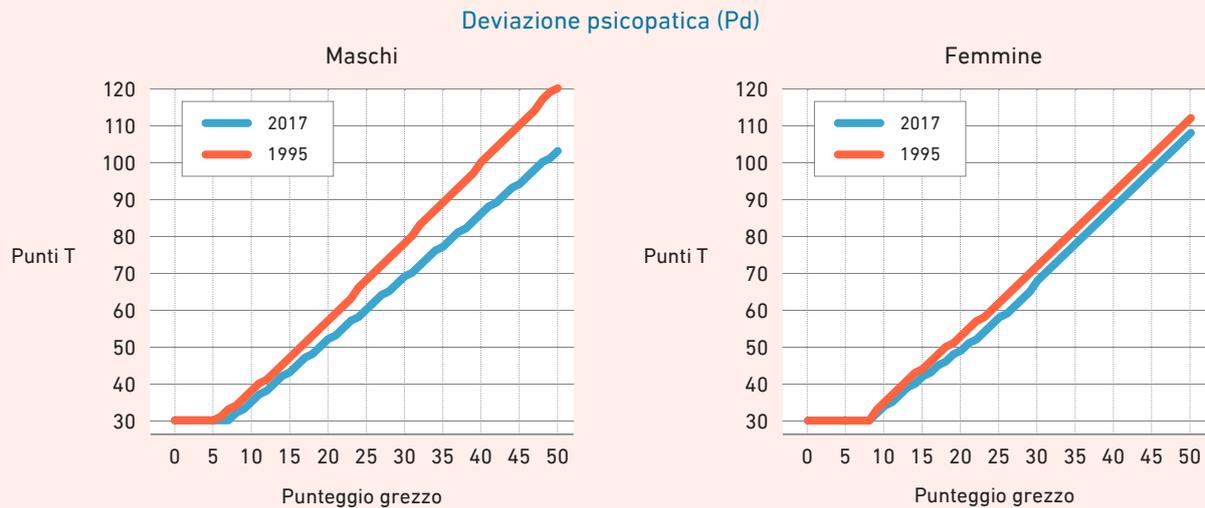
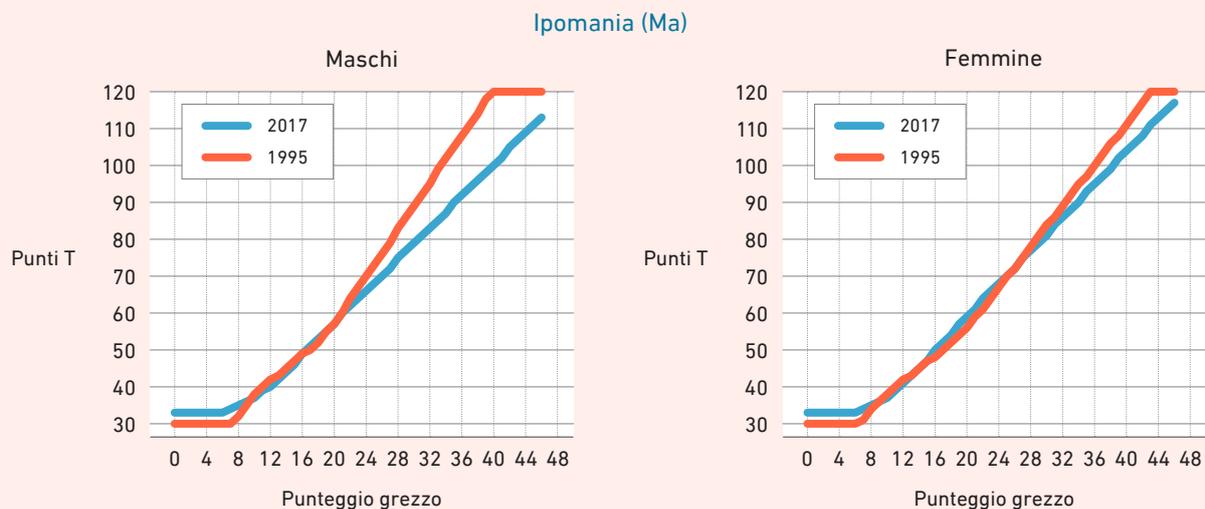


Figura 5 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Ipomania



tavia, le differenze diventano sensibili esclusivamente per i punteggi grezzi più elevati, a partire orientativamente da 20-25 per i maschi e da 30-35 per le femmine.

Le norme di altre scale come **Paranoia (Pa;** cfr. fig. 6), **Psicastenia (Pt;** cfr. fig. 7), **Schizofrenia (Sc;** cfr. fig. 8), **Introversione Sociale (Si;** cfr. fig. 9) e soprattutto **Mascolinità-Femminilità (Mf)** hanno subito mutamenti di minore entità rispetto a quanto descritto in precedenza. La tendenza generale è comunque quella di un aumento dei parametri normativi, che, seppure non sempre accentuato, è presente in gran parte delle scale.

A differenza delle scale cliniche, le scale di validità hanno subito modifiche decisamente meno evidenti: **Inconsistenza nelle Risposte (VRIN), Inconsistenza nelle Risposte "Vero" (TRIN), Frequenza (F), Back F (F_B), Frequenza-Psicopatologia (F_P), Menzogna (L), Correzione (K) e Superlativa presentazione di Sé (S).** Una piccola eccezione si osserva per la scala **Menzogna**, in cui i parametri delle femmine risultano aumenta-

Le scale di validità hanno subito variazioni meno evidenti

Figura 6 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Paranoia

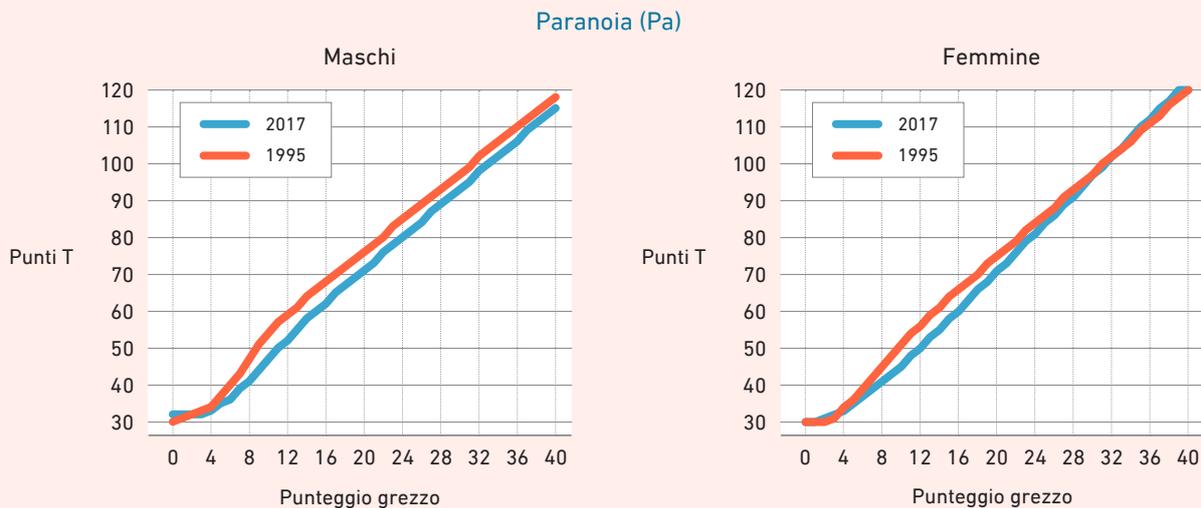


Figura 7 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Psicastenia

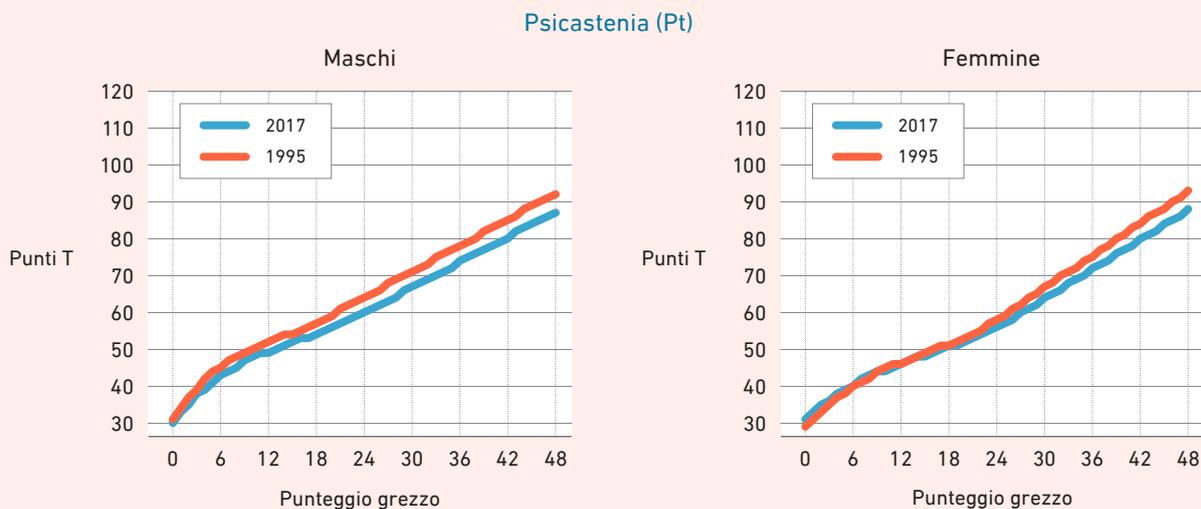


Figura 8 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Schizofrenia

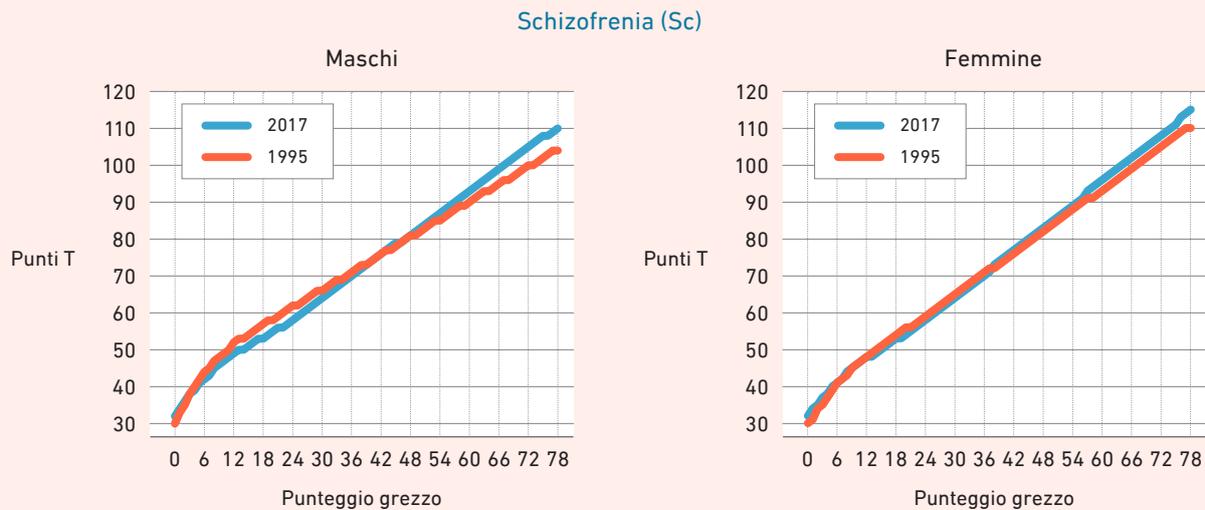
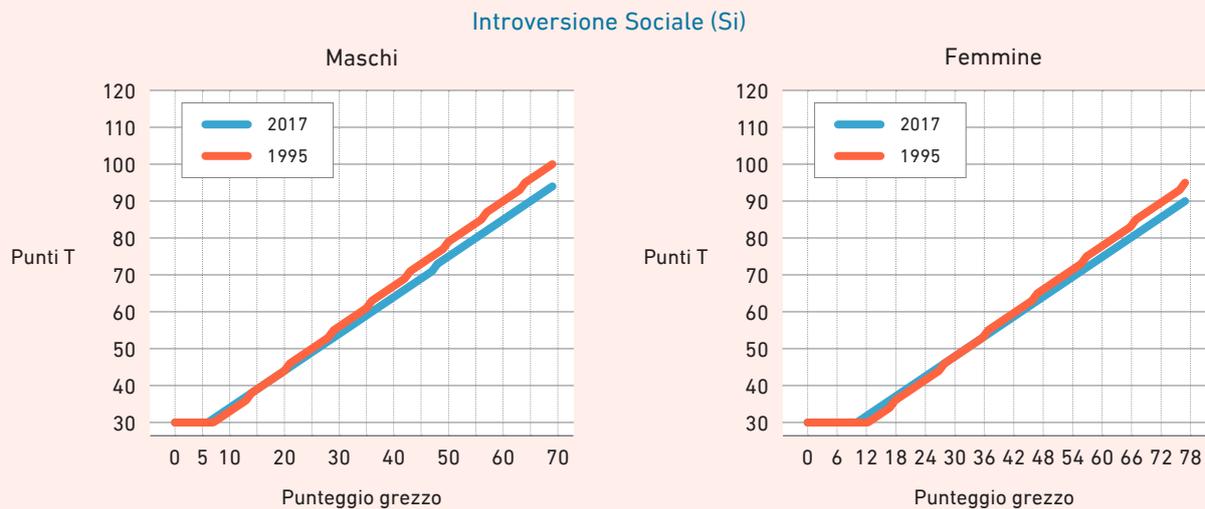


Figura 9 — Andamento dei punti T al crescere del punteggio grezzo per la scala Introversione Sociale



ti di alcuni punti, allineandosi a quelli dei maschi. Questi risultati indicano come, rispetto al passato, non ci siano state variazioni rilevanti nelle modalità di autopresentazione dei rispondenti o nei tentativi di falsificazione (più o meno deliberati) del protocollo.

Utilizzando l'indice d di Cohen, è stata verificata l'entità delle differenze fra i punteggi medi presentati nelle norme 1995 e i punteggi medi attuali, relativamente alle scale di validità e alle scale cliniche (sia senza correzione K , sia con correzione K). I risultati hanno messo in luce differenze molto lievi, inferiori a $d = .2$, sia per i maschi che per le femmine. L'unica eccezione è stata riscontrata per la scala *Menzogna* relativamente al genere femminile, con $d = .24$. Ciò indica come le variazioni rispetto alle prime norme non siano marcate.

5. / Validità interna

Fra 1995 e 2017 i valori delle correlazioni sembrano rafforzarsi

Sono state calcolate le correlazioni fra le scale di base e i valori sono stati messi a confronto con quelli calcolati sui dati raccolti per la creazione delle norme del 1995. In **tabella 1** sono riportate le correlazioni per i maschi, in **tabella 2** quelle per le femmine.

Pur tenendo in considerazione fluttuazioni casuali e differenze nelle numerosità campionarie fra 1995 e 2017, in linea generale i valori delle correlazioni sembrano rafforzarsi, con indici che restano sostanzialmente invariati oppure aumentano laddove erano emerse relazioni già di per sé buone. Dal punto di vista interpretativo, dunque, si conferma quanto già emerso in passato.

In particolare, la scala *Depressione* presenta un consistente incremento della forza delle correlazioni con gran parte delle altre scale cliniche quali *Ipocondria*, *Isteria*, *Deviazione Psicopatica*, *Paranoia*, *Psicastenia*, *Schizofrenia* e *Introversione Sociale*, mentre mantiene inalterata la relazione con *Ipomania*. Inoltre, le correlazioni fra *Mascolinità-Femminilità* e tutte le altre scale, già di modesta entità se si considera il campione del 1995, mostrano un'ulteriore attenuazione.

6. / Revisione degli item

Costruiti e successivamente adattati per il contesto italiano oltre due decenni fa, alcuni degli item del test presentano una **struttura linguistica ad oggi non più di immediata comprensione** e di **insufficiente frequenza d'uso**. In collaborazione con la University of Minnesota Press, editore originale del test, abbiamo individuato quindici item la cui formulazio-

Tabella 1 — Correlazioni fra le scale di base per i soggetti di genere maschile

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
L		-.33	.59	-.39	-.21	-.04	-.42	-.27	-.11	-.53	-.51	-.23	-.40
F	-.31		-.54	.60	.47	.24	.60	.28	.53	.72	.84	.45	.52
K	.51	-.57		-.55	-.29	.17	-.41	-.22	-.11	-.74	-.69	-.49	-.57
Hs	-.28	.62	-.52		.59	.52	.55	.34	.44	.71	.72	.34	.53
D	-.20	.57	-.36	.76		.49	.56	.36	.35	.65	.59	.05	.57
Hy	-.06	.31	.04	.68	.67		.45	.37	.46	.27	.28	.00	.08
Pd	-.47	.67	-.48	.59	.60	.45		.40	.51	.67	.69	.37	.43
Mf	-.19	.26	-.19	.28	.34	.33	.35		.31	.41	.37	.26	.28
Pa	-.22	.59	-.30	.51	.54	.45	.60	.35		.46	.52	.23	.21
Pt	-.47	.73	-.72	.76	.77	.42	.71	.36	.59		.90	.48	.68
Sc	-.45	.83	-.68	.75	.70	.41	.74	.35	.64	.91		.53	.65
Ma	-.28	.43	-.49	.28	.05	-.04	.41	.10	.28	.42	.48		.04
Si	-.29	.61	-.60	.59	.68	.26	.50	.25	.39	.76	.72	.08	

Nota. Nella parte inferiore alla diagonale sono riportati i valori calcolati sui dati normativi del 2017 ($n = 1663$), nella parte superiore quelli relativi ai dati normativi del 1995 ($n = 403$).

Legenda. L = *Menzogna*; F = *Frequenza*; K = *Correzione*; Hs = *Ipocondria*; D = *Depressione*; Hy = *Isteria*; Pd = *Deviazione Psicopatica*; Mf = *Mascolinità-Femminilità*; Pa = *Paranoia*; Pt = *Psicastenia*; Sc = *Schizofrenia*; Ma = *Ipomania*; Si = *Introversione Sociale*.

Tabella 2 — Correlazioni fra le scale di base per i soggetti di genere femminile

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
L		-.21	-.40	-.20	-.06	-.04	-.31	-.10	-.16	-.32	-.32	-.17	-.21
F	-.34		-.53	.61	.49	.34	.68	.06	.63	.71	.85	.54	.42
K	.52	-.58		-.52	-.30	.02	-.40	-.10	-.28	-.70	-.65	-.49	-.50
Hs	-.30	.62	-.52		.63	.64	.56	.14	.52	.73	.71	.40	.46
D	-.23	.61	-.39	.74		.56	.57	.21	.49	.71	.60	.13	.63
Hy	-.13	.37	-.06	.75	.66		.49	.24	.49	.39	.39	.12	.16
Pd	-.44	.70	-.53	.58	.63	.48		.18	.62	.66	.72	.43	.38
Mf	-.04	.01	-.03	.10	.18	.21	.13		.22	.20	.12	.02	.21
Pa	-.22	.59	-.34	.53	.55	.49	.64	.18		.56	.66	.35	.26
Pt	-.47	.74	-.73	.74	.79	.47	.71	.13	.60		.88	.50	.66
Sc	-.46	.83	-.69	.73	.71	.46	.75	.04	.63	.90		.59	.55
Ma	-.27	.50	-.49	.34	.14	.10	.44	-.09	.30	.45	.55		.01
Si	-.28	.58	-.59	.54	.70	.25	.49	.15	.40	.76	.68	.11	

Nota. Nella parte inferiore alla diagonale sono riportati i valori calcolati sui dati normativi del 2017 (n = 1446), mentre i valori riportati nella parte superiore si riferiscono ai dati normativi del 1995 (n = 972).

Legenda. L = Menzogna; F = Frequenza; K = Correzione; Hs = Ipocondria; D = Depressione; Hy = Isteria; Pd = Deviazione Psicopatica; Mf = Mascolinità-Femminilità; Pa = Paranoia; Pt = Psicastenia; Sc = Schizofrenia; Ma = Ipomania; Si = Introversione Sociale.

ne appariva critica, identificati dai codici: 6, 17, 27, 51, 75, 86, 135, 192, 319, 353, 370, 431, 464, 466 e 538. Tali item sono stati ristrutturati in modo da adattarne il contenuto al contesto odierno. Per conformità con la versione originale, la revisione ha implicato principalmente cambiamenti di natura linguistica, volti a non alterare in alcun modo il significato espresso, ma semplicemente a renderlo più chiaro.

Revisioni inerenti alla fluidità del linguaggio hanno riguardato per esempio l’item 431, il cui testo riportava: **A scuola i miei voti in condotta usualmente erano brutti**; in questo caso, si è preferito sostituire il termine “usualmente” con “di solito”. Analogamente, nel testo dell’item 464: **Assai spesso mi sento stanco**, “assai spesso” è stato sostituito con “molto spesso”.

Altre modifiche sono state orientate alla semplificazione a livello semantico. Per esempio, nell’item 370, il cui testo riportava: **Mi piacciono le feste e i trattenimenti**, il termine “trattenimenti” è stato sostituito con l’espressione “eventi sociali”. Oppure, il testo dell’item 17: **Sono sicuro che la vita mi tratta male**, è stato sostituito con il testo: **Sono sicuro che la vita sia ingiusta con me**. Queste modifiche hanno visto la sostituzione di termini ed espressioni ormai poco in uso con analoghi più moderni, dal medesimo significato.

Tali modifiche, come si può vedere, non invalidano le formulazioni originarie degli item, ma mirano semplicemente a facilitare la comprensione del testo da parte dell’esaminato.

In una fase sperimentale condotta su un campione di 105 partecipanti (età media = 22 anni; DS = 5 anni), i nuovi item sono stati aggiunti in coda ai 567 “ufficiali”; per ognuno degli item ristrutturati è stata valutata la concordanza delle risposte fra la vecchia e la nuova formulazione, calcolando la percentuale di accordi e l’indice k di Cohen. A differenza della semplice percentuale di accordi, il k

Le modifiche agli item non invalidano le formulazioni originarie e facilitano la comprensione del testo

di Cohen considera nel calcolo la probabilità che la concordanza fra le risposte si presenti per effetto del caso: all'aumentare di questa probabilità, diminuisce il valore k . Valori k maggiori di .6 sono generalmente accettati come evidenza di buon accordo.

La percentuale di accordo (cfr. **tab. 3**), varia fra 86% e 100% e i valori k di Cohen confermano la **similarità delle risposte fornite alle due versioni** degli item sotto analisi. Tale risultato conferma la *limitata influenza delle modifiche apportate* e per questo motivo si è scelto di approvare l'aggiornamento testuale delle affermazioni.

Tabella 3 — Concordanza fra vecchia e nuova formulazione degli item, espressa come percentuale di accordo nelle risposte e indice k di Cohen

Codice item	% Accordo	k di Cohen
6	96.19	.80
17	89.52	.68
27	90.48	.81
51	89.52	.11
75	96.19	.76
86	93.33	.87
135	95.24	.90
192	100.00	1.00
319	96.19	.81
353	91.43	.83
370	90.48	.78
431	98.10	.86
464	92.38	.84
466	85.71	.66
538	93.33	.87

L'unica eccezione si presenta per l'item 51, per il quale una buona concordanza (90% circa) è associata a un basso valore k (pari a .11). Questo fenomeno è dovuto all'elevata probabilità che un accordo si presenti per effetto del caso ed è significativo che il problema emerga proprio per un item controverso, che nella versione non rivista chiede al soggetto se tutti i giorni legge l'articolo di fondo del giornale. A seguito della modifica, che ha visto la sostituzione di "articolo di fondo" con "editoriale", le risposte affermative dei soggetti sono passate da 91% a 96%. Dal momento che le differenze fra le due versioni sono localizzate su un numero ristretto di soggetti e considerato l'uso limitato che al giorno d'oggi viene fatto della dicitura "articolo di fondo", si è scelto di approvare anche la modifica di questo item.

7. / **Ristrutturazione del report informatizzato**

La standardizzazione dei punteggi grezzi sulla base delle norme aggiornate può essere effettuata in maniera automatica attraverso la piattaforma Giunti Testing (www.giuntitesting.com), selezionando il test **MMPI-2 ONLINE** e scegliendo il report di tipo **Profilo grafico e punteggi – Italiano**.

Il report è stato riorganizzato in sette sezioni, ognuna delle quali comprende uno o più gruppi di scale. Nella prima sezione sono riportati i punteggi ottenuti alle scale di validità e alle scale cliniche (senza correzione K e con correzione K). Nelle successive tre sezioni sono riportati i punteggi relativi alle sottoscale latenti-palesi di **Wiener e Harmon [1946]**, alle scale cliniche ristrutturate (RC) e alle sottoscale cliniche (prima le Sottoscale di Harris e Lingoies, poi le Sottoscale della Scala Si). Nella quinta sezione compaiono i punteggi delle scale supplementari, nella sesta i punteggi delle scale di contenuto e nella settima i punteggi delle componenti delle scale di contenuto. In coda sono segnalati eventuali item con risposta mancante e particolari risposte a item critici.

Merita una menzione particolare l'inclusione nel report delle scale cliniche ristrutturate, usualmente denominate RC [**Tellegen et al., 2003**]. Queste scale, caratterizzate da robuste proprietà psicometriche e da un focus clinico più dettagliato rispetto a quello offerto dalle scale di base, costituiscono un supporto all'interpretazione del profilo e facilitano l'acquisizione di informazioni di particolare rilevanza clinica [**Ben-Porath e Tellegen, 2008**]. La prima di queste, *RCd*, rappresenta la *Demoralizzazione*, dimensione sottostante a buona parte dei costrutti clinici misurati dal test e che di conseguenza sarebbe all'origine delle elevate intercorrelazioni fra le scale cliniche. Le altre otto Scale RC fanno riferimento ad altrettante componenti tipiche di riconosciute condizioni psicopatologiche, ovvero: *Lamentele Somatiche (RC1)*, *Bassa Emotività Positiva (RC2)*, *Cinismo (RC3)*, *Comportamento Antisociale (RC4)*, *Idee di Persecuzione (RC6)*, *Emozioni Negative Disfunzionali (RC7)*, *Esperienze Aberranti (RC8)*, *Attivazione Ipomaniacale (RC9)*.

Dato che un elevato livello di demoralizzazione (scala *RCd*) è fenomeno comune a più quadri sintomatologici, in contesto clinico si possono presentare elevazioni multiple nelle scale cliniche. È proprio in casi di questo tipo che le Scale RC possono offrire un grande aiuto al professionista, in quanto permettono di evidenziare un'elevazione selettiva su determinate componenti, consentendo così di individuare i problemi salienti della persona esaminata in aree diverse dalla demoralizzazione. Diversamente, in contesti ambulatoriali o non clinici, un basso livello di demoralizzazione potrebbe abbassare indebitamente il profilo delle scale cliniche, ma non quello delle Scale RC, non interessate da questa componente.

8. / **Conclusioni**

I **punteggi di alcune scale hanno mostrato un'evoluzione rispetto a** quanto originariamente descritto nelle **prime norme italiane del 1995**. **Si osserva un generale aumento dei valori**, in alcuni casi poco marcato, in altri più evidente. Per quanto concerne le scale cliniche, tale incremento è stato osservato principalmente nelle scale *Ipocondria*, *Depressione*, *Isteria*, *Deviazione Psicopatica* (soprattutto nei maschi) e

Ipomania (soprattutto nei maschi). Rispetto alle prime norme, l'aumento dei parametri normativi comporta una diminuzione dei punti T corrispondenti a ogni punteggio grezzo.

La formulazione linguistica delle affermazioni proposte da alcuni item del MMPI-2 è stata rivista e aggiornata, rendendo il testo più comprensibile e adatto al contesto odierno, senza però comportare alcuna modifica dal punto di vista semantico.

Le nuove norme sono disponibili sulla piattaforma Giunti Testing all'indirizzo www.giuntitesting.com, selezionando il test **MMPI-2 ONLINE** con report di tipo **Profilo grafico e punteggi – Italiano**.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ben-Porath Y.S. e Tellegen, A. [2008].** *MMPI-2-RF Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: Technical Manual*. (Adattamento italiano di Sirigatti S. e Casale S., 2016 [seconda edizione], Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali).
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. e Kaemmer, B. [1989].** *MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (Adattamento italiano di Pancheri P. e Sirigatti S., 2016 [terza edizione], Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali).
- Camara, W.J., Nathan, J.S. e Puente, A.E. [2000].** Psychological test usage: implication in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (2), 141-154.
- International Test Commission [2015].** *Guidelines for Practitioner Use of Test Revisions, Obsolete Tests, and Test Disposal. Version 1.0*. In Internet (10 luglio 2017): www.intestcom.org.
- Istituto nazionale di statistica [2017].** *Indicatori Demografici – Stime per l'Anno 2016*. In Internet (10 luglio 2017): www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf.
- Sirigatti, S. e Stefanile, C. [2016, seconda edizione].** *MMPI-2: aggiornamento all'adattamento italiano – Scale di validità, Harris-Lingoes, supplementari, di contenuto e PSY-5*. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Tellegen, A. e Ben-Porath, Y.S. [1992].** The New Uniform T Scores for the MMPI-2: Rationale, Derivation, and Appraisal. *Psychological Assessment*, 4 (2), 145-155.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., Graham, J.R. e Kaemmer, B. [2003].** *The MMPI-2 Restructured Clinical Scales: Development, validation, and interpretation*. Minneapolis, University of Minnesota Press: MN.
- Wiener, D.N. e Harmon, L.R. [1946].** Subtle and obvious keys for the MMPI: Their development. *Advisement Bulletin*, 16.

Hanno collaborato

Tommaso Salsetta / ICT manager, Giunti O.S. Psychometrics.

Marco Corrado / Software engineer, Giunti O.S. Psychometrics.

Sarah Furlan / Ph.D. Responsabile Divisione Ricerca e sviluppo e Divisione Marketing, Giunti O.S. Psychometrics.

Francesca Boni / Psicologa perfezionata in test psicologici e HR specialist, Divisione Ricerca e sviluppo, Giunti O.S. Psychometrics.

Chiara Busdraghi / Psicologa, psicoterapeuta in formazione, perfezionata in test psicologici, Divisione Ricerca e sviluppo e Divisione Grandi selezioni, Giunti O.S. Psychometrics.

Davide Massidda / Ph.D. psicologo, psicometrista, Divisione Ricerca e sviluppo, Giunti O.S. Psychometrics.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Prof. Luigi Abbate per i commenti e le preziose indicazioni fornite, che hanno contribuito a rifinire il lavoro.



Licenza Creative Commons

Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0)

È permesso riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare questo materiale con qualsiasi mezzo e formato. È necessario riconoscere una menzione di paternità adeguata, fornire un link alla licenza e indicare se sono state effettuate delle modifiche. Non è possibile utilizzare il materiale per scopi commerciali. In caso di modifiche o trasformazioni del materiale, non è possibile distribuirlo. Per prendere visione delle condizioni di tale licenza, visita il sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>