

Correlazione tra il MMPI-2 e il Rorschach: un'analisi possibile?

Correlation between MMPI-2 and Rorschach: a possible analysis?

D. DE FIDIO
I. GRATTAGLIANO*

FIS Roma, Istituti Ospedalieri "Don Uva", Bisceglie (BA); *Criminologia Clinica e Psichiatria Forense, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bari

Key words

Tests • Psychopathology • Response styles • Responsibility • Integration of personality evaluation systems

Correspondence: Dr. Ignazio Grattagliano, Criminologia Clinica e Psichiatria Forense, Università di Bari, piazza Giulio Cesare, 70124 Bari, Italy
Tel. +39 080 5478364
i.grattagliano@criminologia.uniba.it

Summary

Objective

Aim of this study, related to clinical and forensic circles, is to verify the correlations between the results of the two of the most accredited personality tests: the MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) and the Rorschach.

Methods

Authors have compared the Rorschach and MMPI-2 Panda, personality tests, both recognized in the literature, to their psychodiagnostic protocols related to case histories used in treatment, clinical and forensic settings.

Results

The correlation between the two tests is very low, and it would, therefore, make little sense to use them together and expect the diagnostic results of one to be confirmed by the other, even though the combined use of these two tests provides very interesting results. The use of both tests together can be justified by the fact that both instruments possess a high "Incremental validity" (i.e., the diagnostic capacity of the two tests is superior when used together rather than when used separately) and also because they measure both different and complimentary aspects of the same construct. When administering the two tests on the same subject, analysis of a scale or index, or the correlation between them, should be associated with the patient's response style. The validity of these tests, therefore, cannot be expressed in statistical or quantitative terms, but rather qualitative, because the way in which the patient responds to the testing environment must also be considered. This concept is also significant in that it casts doubt on the irrefutability of some of the assertions regarding the validity of certain scales of the MMPI-2 Panda which associates the criteria exclusively with the score (ignoring clinical practice). The clinician knows that the validity of a test does not consist solely in a statistical value of an index or a scale, but also the relational and motivational dimension with the examiner. The test itself and the exam situation must also be taken into consideration. The MMPI-2 considers the self-assessment component of the patient, that which the subject thinks and admits to him/herself according to his/her specific manifested symptoms. The Rorschach, on the other hand, considers the less consciously present inclinations of the person. The Rorschach does not evaluate self-awareness, while the MMPI-2 does. The tests are obviously not correlated to each other because they evaluate different constructs, but when used together they are able to define more aspects of the personality than they can separately. Moreover, the Rorschach may also be useful in "unmasking" self-administered false positives of the MMPI-2 and/or shed light on areas which the subject does not know how to (or does not want to) express, but which are of fundamental importance in treatment planning or in expert evaluation. The MMPI-2 is useful in research and in clinical practice in situations where the conscious and awareness of the "here and now" are concerned, whereas the Rorschach appears to be indispensable when the focus is oriented towards the unconscious and structural dimensions of the personality. This is probably the confirmation which characterizes the MMPI-2 as a "condition's Test" and the Rorschach as a "feature's Test", even if the latter represents the real hypothesis of our work which is the consideration of the content scale of MMPI-2's "Rorschach" the one which practically investigates the personality. The content scales clinically describe useful dimensions for the understanding of behavioural and symptomatic manifestations of the patient, highlighting structural predispositions of the personality which are able to explain psychological constants of everyday behaviour and thinking. This work is aimed at a new interpretation of MMPI-2, a more flexible interpretation and, above all, an interpretation correlated between the clinical and the content scales; among these, the Rorschach, with the aim of better analysing its structural aspect in order to establish its incremental validity of psychodiagnostic evaluations.

Conclusions

The MMPI-2 and the Rorschach tests can be considered “describers” of 2 aspects of the same problem, and, therefore, a personality evaluation might be incomplete if only one of these tests is performed. Using more tests, in a sophisticated manner, the psychologist is able to extract a combination of information, a series of results of “laboratory examinations” which, together with skilful clinical evaluation of descriptive information which goes well beyond that stated by the manuals regarding the 2 instruments (Rorschach and MMPI-2). The authors have outlined some considerations regarding a higher incremental validity (a greater diagnostic capacity of both tests) if used together rather than separately.

“I test sono strumenti per scoprire le persone che più assomigliano ai creatori dei test”

U. Neisser, *Cognitive psychology* (1967),
New York, Appleton-Century-Crofts

Nella nostra attività di psicoterapeuti e ricercatori in ambito clinico e forense ci siamo spesso chiesti se fosse possibile correlare i risultati di un test MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*) con quelli di un Rorschach nell'assessment della personalità. Ricordiamo che il MMPI-2 è considerato un test oggettivo (o non proiettivo) e il Rorschach un test proiettivo (sebbene il modello cognitivista proposto da J. Exner lo descriva come un test di *performance* percettivo-cognitivo). Ci è però bastato scorrere la bibliografia esistente sulla materia per verificare che non solo questo lavoro è stato già affrontato da autorevoli ricercatori ma che, soprattutto, i risultati non sono incoraggianti. Già nel 1993 Archer & Krishnamurthy, studiando i lavori pubblicati sulle correlazioni tra il MMPI e il Rorschach, conclusero sull'assenza di correlazione tra i due test, ad eccezione di una vaga relazione tra alcune variabili con nomi simili^{1,2}. Nel 1997 Gregory Meyer, direttore del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Anchorage in Alaska, esaminando la relazione esistente tra i due test di personalità giunse a conclusioni a dir poco scoraggianti sostenendo che le concordanze tra i due test sono incredibilmente basse e che, in sostanza, non vi sono correlazioni significative ad esempio tra la scala D (depressione) del MMPI e gli indici del Rorschach che evidenzieranno qualità depressive dell'umore³. Meyer, a parziale giustificazione di questo apparente difetto di correlazione, introdusse il concetto dei *costrutti psicologici* affermando che, per comprendere il problema, si doveva fare riferimento non solo alla diversa natura dei due test (il MMPI è un test autosomministrato in cui il soggetto viene invitato a descrivere se stesso e il Rorschach è un test proiettivo o di *performance*), ma anche al fatto – altrettanto importante – che i due test possono descrivere costrutti diversi o anche aspetti differenti di uno stesso costrutto, per esempio, della depressione. Meyer riuscì anche a dimostrare che se si prende in considerazione preliminarmente il modo del paziente di approcciare

i test, le correlazioni possono diventare sostanziali (r da 0,40 a 0,60) e ciò lo indusse anche a considerare lo *stile di risposta* per indicare il modo in cui il soggetto intraprende il compito di effettuare il test. L'accento sugli *stili di risposta* era stato già posto nel 1968 da Rapaport, Gill & Shafer⁴ che avevano caratterizzato l'approccio al test secondo due aspetti: il primo è definito da uno stile di risposta assimilabile al termine roschachiano “coartato” poiché caratterizzato da un atteggiamento difensivo con tendenza alla semplificazione cognitivo-emotiva, il secondo sovrapponibile al cosiddetto stile “dilatato” e caratterizzato da un atteggiamento di ipercoinvolgimento nel compito con la tendenza a riferire un eccesso di problemi.

Ad esempio, nella nostra esperienza di valutazioni psicodiagnostiche di soggetti che denunciavano complesse situazioni di *mobbing*, abbiamo potuto apprezzare, in tema di comportamento al test, entrambi gli stili comportamentali e di risposta. La tendenza ad affrontare il *setting* psicodiagnostico in “stato di allerta”, in marcato atteggiamento di autoprotezione, con la tendenza a impiegare il meno possibile le risorse affettive disponibili, con una consistente rigidità a livello difensivo. O, come già detto, ipercoinvolgimento, scadente capacità di porre dei confini con i problemi sul lavoro, labile capacità di approccio realistico, là ove occorre un esame di realtà.

Veniva dunque considerato che il *modo di rispondere* al test poteva rappresentare una dimensione molto importante nell'interpretazione dei risultati. In effetti, un approccio “esperto” ai test non può non tenere in debito conto lo *stile di risposta*, ad esempio, di un genitore separato sottoposto a perizia in relazione all'affido di un minore!

Attingendo sempre alla nostra casistica peritale e clinica, spesso si tratta di soggetti che dimostrano “stili di risposta”, connotati da ansia, incertezza, preoccupazione, sospettosità, aspetti confusivi, e non di rado da contenuti ritorsivi e aggressivi verso l'ex coniuge o verso le istituzioni: magistratura, servizi ecc. In altri casi, appaiono esageratamente compiacenti verso l'esaminatore e anche verso il test, tesi a “dimostrare sempre qualcosa”.

Meyer riferì una concordanza dei costrutti presi in considerazione, piuttosto che delle variabili rappre-

sentate dalle singole scale, ad esempio 3 costrutti psicologici: *distress affettivo* (DEPI e S-CON per il Rorschach e le scale D, Pt, ANX e DEP per il MMPI-2), *processi psicotici* (SCZI per il Rorschach e le scale Sc, BIZ e Psychoticism del cluster PSY-5 per il MMPI-2) e *sospettosità interpersonale* (HVI per il Rorschach e le scale Pa, CYN, SOD e TRT2 per il MMPI-2)⁵. I risultati sono stati molto interessanti e coerenti e hanno indicato che nel somministrare i due test a uno stesso paziente, bisogna considerare il suo *stile di risposta* perché, se si ignora questo fattore preliminare, ci si deve attendere che le informazioni cliniche ricavate possano risultare diverse. La conclusione è che entrambi i test forniscono informazioni diagnostiche parziali che devono essere integrate dal clinico secondo lo stile di risposta del paziente. In un altro interessante studio Blais et al.⁶ hanno voluto esaminare la *validità incrementale* dell'uso combinato del Rorschach e del MMPI-2 nel predire la diagnosi di disturbo di personalità secondo l'Asse II del DSM-IV. Anche in questo caso i risultati hanno confermato che le correlazioni fra scale simili del Rorschach e del MMPI-2 sono quasi nulle segnalando, però, che solo l'uso congiunto dei due test permette di ottenere una buona possibilità predittiva dell'appartenenza di un soggetto a un gruppo di disturbi della personalità. Il significato clinico dello studio è molto chiaro: la correlazione tra i due test è bassissima, quindi avrebbe davvero poco senso usarli insieme aspettandosi che i risultati dell'uno siano confermati da quelli dell'altro. Al contrario, il loro uso congiunto può essere ampiamente giustificato perché i due strumenti possiedono un'elevata *validità incrementale* (ossia la capacità diagnostica dei due è superiore se adoperati assieme piuttosto che singolarmente) poiché, come già detto, valutano aspetti diversi e complementari dello stesso costrutto. Una validità, dunque, non espressa in termini statistici o quantitativi ma, piuttosto, qualitativi nella misura in cui gli stessi autori raccomandano di considerare anche il modo in cui il paziente risponde alla situazione d'esame. Questo concetto è valido anche per mitigare la perentorietà di alcune affermazioni sulla validità di alcune scale del MMPI-2 associando il criterio esclusivamente al punteggio (ignorando a volte la pratica clinica): ad esempio Mosticoni & Chiari⁷ hanno definito dubbia la validità del MMPI nel caso in cui la scala F > 85; noi concordiamo con questa indicazione ma solo se la maggior parte delle scale cliniche presenta una elevazione

indiscriminata, cioè se tutto il profilo è elevato. Nel caso in cui l'elevazione "patologica" della scala F^a corrisponde all'elevazione delle scale dell'area psicotica, ciò è indicativo del grado di severità dei tratti psicopatologici presenti e, quindi, quel test a nostro avviso va considerato valido pur se altamente patologico anche perché, nell'applicazione pratica, il clinico sa che la validità di un test non consiste solo nella misurazione statistica di un indice o una scala ma deve essere presa in considerazione anche la dimensione relazionale e motivazionale con l'esaminatore, il test e la situazione d'esame.

Ad esempio il lavoro nell'ambito della psicologia forense viene solitamente visto come un'estensione meccanica delle attività nell'ambito della psicologia clinica. In realtà uno degli errori più frequenti consiste nel trasferire meccanicamente una procedura di lavoro propria della psicologia clinica all'ambito forense. Dimenticando che altro è la verità clinica, altro è la verità giudiziaria. La relazione interpersonale che si crea all'interno del *setting* "giuridico" ad esempio peritale – e più in generale giudiziario – presenta diverse peculiarità che può essere utile focalizzare e approfondire, anche negli aspetti psicodiagnostici. Se è vero, infatti, che ogni collega psicologo nel suo percorso formativo ha certo affrontato lo studio degli aspetti relazionali del suo rapportarsi al paziente, è anche vero che in ambito giuridico e peritale l'equilibrio dei reciproci ruoli è molto diverso. I motivi di tale difformità sono numerosi. Per citare solo i più evidenti:

- il "paziente" spesso non ha richiesto in prima persona la prestazione del perito ma gli è stata prescritta da terzi;
- nella "relazione a due" si inseriscono inevitabilmente altre figure professionali le quali spesso possiedono una formazione e un linguaggio che ben poco hanno in comune con la psicologia;
- la relazione peritale nasce preimpostata su binari precisi spesso provenienti dall'esterno.

Lo psicologo deve essere ben informato su queste e altre realtà oggettive, che sono intrinseche al *setting* giudiziario e che devono pertanto essere accolte e rispettate: il che richiede al perito lo sforzo di muoversi "da psicologo" all'interno di tali realtà, utilizzando l'apporto positivo e cercando nel contempo di salvaguardare al massimo il rispetto per la personalità e l'intimità del periziando. Oltre al lavoro peritale vero e proprio (o comunque al lavoro di collaborazione con gli operatori della giustizia), lo psicologo deve saper

^a La scala F (= *infrequency*) valuta la gravità del disturbo attuale, è l'indicatore della tendenza (frequenza) a fornire risposte atipiche e inusuali. La scala misura il grado di partecipazione al modo di pensare dei soggetti "normali" ed è caratteristicamente elevata, in associazione alla Sc (schizofrenia) nei profili psicotici. Punteggi alti in questa scala riflettono la presenza di un disturbo psicopatologico. L'elevazione della scala F sottolinea l'inadeguatezza del sistema dell'Io e va rapportata alla scala K (indice F-K di Gough). La scala F può anche essere considerata il *barometro dello stress psicologico*: l'orientamento della scala definisce, infatti, la consapevolezza del problema e, di conseguenza, la motivazione a chiedere aiuto (una F molto alta può indicare una condizione di notevole *stress* con perdita del senso delle proporzioni del problema).

aggiungere il suo tocco professionale per fornire – al termine dell'iter peritale – una “restituzione in positivo” al periziando anche nei casi, purtroppo frequenti, in cui i vari colloqui peritali lo hanno inevitabilmente portato ad affrontare aspetti dolorosi della sua esperienza.

In sostanza l'analisi di una scala o della correlazione tra scale va associata all'analisi degli *stili di risposta*. Limitarsi a dire (e l'abbiamo sentito dire) “se la scala F del MMPI è > 85 il test non è valido, punto”, rappresenta la negazione del MMPI, la negazione della storia clinica del paziente, in particolare dei pazienti psichiatrici, la negazione dell'approccio concettuale che deve sostenere l'uso esperto dei test. Del resto, oltre 10 anni fa, gli stessi Butcher & Williams hanno affermato che “in *setting* di pazienti psichiatrici ricoverati spesso si riscontra un quadro esagerato ma interpretabile di sintomi”⁸.

Nello studio di Blais et al. è posto in risalto il concetto della *validità incrementale*: in ciascuno dei due test sono presenti alcune variabili (scale o indici) che offrono importanti indicazioni ad esempio sugli aspetti antisociali della personalità ma non sono necessariamente correlate fra loro. Ciò significa che i due test valutano aspetti diversi di questo disturbo di personalità e ciascun test valuta un aspetto coerentemente con il modo in cui è costruito: il MMPI-2 valuta la componente auto-valutativa del paziente, ciò che il soggetto pensa e ammette di sé ottenendo informazioni sui sintomi specifici manifesti; il Rorschach, invece, le inclinazioni personologiche meno consapevolmente presenti, in questo esempio di tipo antisociale. Il Rorschach non riesce dunque a valutare la componente auto-valutativa mentre il MMPI-2 quella non consapevole. Ovviamente i due test non sono correlati fra loro poiché valutano costrutti differenti ma insieme riescono a individuare più aspetti della personalità di quanto non riescano a fare singolarmente; non solo, ma il Rorschach può essere utile per “smascherare” un'autosomministrazione falsamente positiva al MMPI-2 oppure far luce su aspetti che il soggetto può non sapere (o volere) esprimere e che sono, invece, di fondamentale importanza nella programmazione di un trattamento o in una valutazione peritale. Giova qui ricordare anche l'importanza del fattore relazionale: mentre il test autovalutato (MMPI-2) non richiede necessariamente un'interazione con l'esaminatore, il test proiettivo (Rorschach) non può prescindere dal rapporto, con tutti i correlati che ne derivano. In effetti, un soggetto può evidenziare ad esempio segnali depressivi al Rorschach ma non al MMPI-2.

In un soggetto giunto alla nostra osservazione nell'ambito di una consulenza medico legale, si rilevava una sorta di “scollamento” tra il comportamento esibito ai

test, tutto sommato adeguato, e i segni psicodiagnostici emersi nel proiettivo di Rorschach. La differenza tra assetto comportamentale esibito e meccanismi psichici profondi retrostanti, si apprezzava anche esaminando l'esito dei due strumenti psicodiagnostici usati: MMPI e Rorschach, che esplorano, da prospettive differenti, la personalità dei soggetti. Infatti, anche i due test rilevano esiti diversi. Il reattivo di Rorschach (“un test proiettivo che rappresenta un particolare tipo di test oggettivo di personalità in cui il soggetto rivela attraverso le sue scelte e le sue interpretazioni alcune caratteristiche personali connesse con le componenti inconscie della personalità”⁹) e che quindi offre una “ricognizione psicodiagnostica” che tocca aspetti più profondi dello psichismo del soggetto, segnalava una consistente componente depressiva a cui associare problematiche a carico della organizzazione e della struttura di personalità. Mentre il Minnesota, test di personalità, “non proiettivo” (che “rappresenta una gamma di descrizioni di personalità e nell'intenzione degli autori è una vera e propria scheda di personalità”⁹), segnalava disturbi meno consistenti a carico del soggetto.

Ciò confermava anche a livello psicodiagnostico, lo si ipotizza, quanto osservato, rilevato e riportato in sede di osservazione comportamentale del soggetto, un assetto di personalità che si presentava “esternamente” apparentemente con aspetti di tutto sommato discreto adattamento, ma che “al profondo”, rileva, sempre a livello di indici psicodiagnostici, problematiche e fragilità molto più complesse.

Si può quindi verificare che in una condizione clinica clamorosa non si assista a una corrispondenza tra stati affettivi e sintomi psichiatrici poiché questa possibilità è data soltanto da un approccio più interpretativo di tipo psicodinamico che categoriale¹⁰. Ad esempio i pazienti affetti da disturbo da conversione non sono certamente consapevoli dei conflitti psichici rimossi e, dunque, al MMPI-2 possono mostrare elevazione nelle scale Hy (isteria di conversione) e, probabilmente in Hs (ipocondria) ma non nella scala della depressione che potrebbe, invece, risaltare in maniera evidente al Rorschach.

In sintesi, entrambi i test forniscono utili informazioni su costrutti clinici ma sembra che nessuno dei due riesca a far piena luce su tutti gli aspetti di ciascun costrutto¹¹. Il MMPI rivela ciò che l'esaminando comprende e si rivela disponibile a comunicare di sé mentre il Rorschach rivela caratteristiche e potenzialità latenti di cui il soggetto stesso potrebbe non essere consapevole.

Possiamo dunque affermare che il MMPI, e ci riferiamo principalmente all'analisi delle scale fondamentali^b, è utile nella ricerca e nella pratica clinica quando l'interesse è rivolto al conscio, al vissuto del “qui ed

^b L (*Lie*), F (*Frequency*), K (*Correction*), Hs (*Hypochondriasis*), D (*Depression*), Hy (*Conversion hysteria*), Pd (*Psychopathic deviate*), Mf (*Masculinity-femininity*), Pa (*Paranoia*), Pt (*Psychastenia*), Sc (*Schizophrenia*), Ma (*Hypomania*), Si (*Social introversion*).

ora”, mentre il Rorschach appare indispensabile quando l’interesse è orientato alle dimensioni inconsce e strutturali della personalità. Questa è probabilmente la conferma che caratterizza il MMPI-2 come *test di stato* e il Rorschach come *test di tratto*, anche se questa dimensione (*il tratto*) è considerata la reale ipotesi del nostro lavoro rappresentata dalla lettura interpretativa delle scale di contenuto del MMPI-2 come la dimensione “rorschachiana” del MMPI-2: quella in pratica che indaga i *tratti* della personalità. La pubblicazione del nuovo MMPI-2^c aveva creato qualche perplessità negli utilizzatori del MMPI che lo adoperavano abitualmente nella “versione ridotta” a 357 *items*. Le perplessità erano dovute, oltre che ai numerosi (circa 40) *items* costruiti in forma negativa^d, principalmente alla novità introdotta con le 15 scale di contenuto che hanno rappresentato, in sostanza, la reale differenza tra il MMPI-2 e il vecchio MMPI. In verità gli autori non hanno approfondito molto la descrizione delle scale di contenuto presentandole nel modo seguente: “... si possono considerare riassunti del livello di grandezza delle aree problematiche ammesse dal soggetto. Sono più ‘palesi’, più chiare, oggettive. L’interpretazione delle scale di contenuto viene considerata un’integrazione delle informazioni cliniche offerte dalle scale cliniche tradizionali, possono cioè fornire informazioni aggiuntive sull’elevazione di alcune di esse”⁸. Il profilo delle scale di contenuto ci è stato dunque presentato come una possibilità di informazioni aggiuntive alle informazioni ricevute dall’interpretazione del profilo delle scale cliniche senza peraltro soggiacere alle classiche regole interpretative di queste: assi di Diamond, interpretazione secondo *Code-Type* di Welsh, analisi dei “Valli” (nevrotico o di conversione, psicotico, sociopatico). Di conseguenza, i significati psicologici di ciascuna scala di contenuto erano presi in considerazione semplicemente in base alla presenza o meno di elevazione significativa della scala stessa: “Sono state inserite 15 nuove scale di contenuto che offrono importanti informazioni cliniche. Esse valutano il comportamento sintomatico (ANX ansia, FRS paura, OBS ossessività, DEP depressione, HEA preoccupazioni ipocondriache, BIZ ideazione bizzarra); fattori di personalità (TPA comportamento di tipo ‘A’, CYN cinismo); comportamento ‘esterno’ (ANG rabbia, ASP pratiche antisociali); autopercezione negativa (LSE bassa autostima) e le aree riguardanti problemi clinici (FAM problemi familiari, WRK difficoltà sul lavoro, TRT indicatori negativi di trattamento)”⁸. Tutto questo ha

generato non poca confusione e ampi dibattiti durante i seminari ai quali abbiamo partecipato: per esempio, se in un profilo MMPI-2 rileviamo una D (depressione) elevata (ad es. 74) (ricordiamo che il *cut-off* nel MMPI-2 è 65 (nel MMPI era definito a 70) correlata a un basso valore, ad esempio 42, della scala Ma (Ipomania), è scontato concludere per la presenza di un orientamento depressivo del tono dell’umore (“... è presente una polarizzazione depressiva dell’attività del pensiero e un marcato rallentamento ideomotorio, scarso interesse per le situazioni sociali e difficoltà ad intraprendere nuove iniziative. Accanto allo scarso livello di energia, alla diminuita efficienza e alla scarsa capacità di ‘infuturazione’, sono determinanti, nella descrizione di questo quadro clinico, marcati sentimenti di inadeguatezza” [dal *report* della versione automatica MMPI-2 Panda, *Code-type*, 2’]). Nel profilo delle scale di contenuto, cercando di ottenere informazioni aggiuntive, andiamo a guardare con particolare curiosità la consistenza della scala DEP (*depression*) per verificare “... il riassunto del livello di grandezza delle aree problematiche ammesse dal soggetto” e se costatiamo un’elevazione della scala (ad es. 71), possiamo tranquillamente riferire di aver verificato la conferma dell’elaborazione depressiva del vissuto già riscontrata nella valutazione della scala D e nella lettura dell’asse timico (D-Ma). Se invece ci trovassimo nella situazione in cui riscontriamo una DEP bassa, o quantomeno non patologica (ad es. 61)? Allora, per comprendere il rapporto tra le scale cliniche e le scale di contenuto è possibile fare riferimento alle componenti “stato” e “tratto” (ad es. dell’ansia) e quindi ipotizzare un’analogia attraverso la seguente equazione:

$$\begin{aligned} & \text{Scale Cliniche / Scale Contenuto} \\ & = \text{Ansia Stato / Ansia Tratto} \end{aligned}$$

Ricordando che per ansia-stato si intende una condizione emotiva vissuta e circoscritta a un momento particolare trattandosi dell’interruzione del continuum emozionale che si esprime attraverso una sensazione soggettiva di tensione, nervosismo, inquietudine e che per ansia-tratto ci si riferisce a una modalità personale, stabile e permanente di risposta alle sollecitazioni ambientali, a una modalità abituale di risposta agli stimoli e alle situazioni. Le scale di contenuto forniscono informazioni sulle dimensioni di contenuto importanti e clinicamente utili per comprendere i sintomi e il comportamento del paziente e il punteggio in

^c La nascita del MMPI risale al 1943, per cui si era resa necessaria una revisione anche in funzione dei mutamenti socioculturali e linguistici avvenuti in questi ultimi anni. La revisione del test è stata pubblicata nel 1996 da un comitato della Minnesota University presieduto da James Butcher e l’adattamento italiano affidato ai proff. Pancheri e Sirigatti.

^d L’*item* 34 recita: “Mai mi sono trovato nei guai per il mio comportamento sessuale”; una persona che non si è mai trovata nei guai dovrebbe rispondere Vero ma ciò non sempre corrisponde alla nostra esperienza clinica, per cui raccomandiamo sempre di verificare la comprensione degli *items* del questionario e in particolare quelli formulati in maniera negativa.

queste scale può essere considerato “un'affermazione riassuntiva” relativa ai sintomi, all'umore e alle caratteristiche di personalità, ad esempio “Piango facilmente” (*item* 146 scala fondamentale D), “Il futuro mi sembra senza speranza” (*item* 454 scala di contenuto DEP); “Qualche volta, da ragazzo, ho rubato delle cose” (*item* 35 scala fondamentale Pd), “È giusto aggirare la legge, purché non la si violi effettivamente” (*item* 419 scala di contenuto ASP).

“Quando la vita diventa difficile, mi viene voglia di darmi per vinto” (*item* 554 scala contenuto DEP); “Da ragazzo spesso non andavo a scuola anche quando ci sarei dovuto andare” (*item* 412 scala contenuto ASP). Le scale di contenuto del MMPI-2, dunque, offrirebbero indicazioni circa la disposizione strutturale della personalità; infatti gli *items* non fanno riferimento al comportamento attuale, alla situazione, ma alla tendenza a rispondere alle situazioni, alla “modalità abituale di risposta agli stimoli e alle situazioni”. Per la verità, queste affermazioni erano già state fatte dagli autori: lo stesso Butcher aveva già espresso questo concetto scrivendo che “... se c'è una Pd (deviazione psicopatica) alta ma una ASP (comportamenti antisociali) bassa e una FAM (problemi familiari) alta, potremo ipotizzare che l'elevazione della Pd è dovuta a problemi familiari piuttosto che a tratti antisociali. Oppure una Pt (psicastenia) alta correlata con una OBS (*obsession*) bassa potrebbe suggerire non già la presenza di un disturbo ossessivo ma la presenza di una notevole quota ansiosa senza tratti ossessivi”⁸.

“Le scale di contenuto rappresentano una fonte preziosa di informazione sui tratti di personalità, una sorta di riassunto del livello di grandezza delle aree-problema ammesse dal paziente e possono essere riferibili ad una condizione meno situazionale che, in momenti di particolare stress o scompenso del funzionamento psichico, possono trovare espressione in uno stato psicopatologico strettamente connesso alle caratteristiche di tratto”¹².

Donà et al. dell'Università di Padova¹³, ispirandosi a un lavoro pubblicato da Pancheri & Stracca sui dati emersi in una popolazione psichiatrica mediante l'analisi fattoriale del MMPI¹⁴ hanno studiato la dimensione strutturale del MMPI-2 attraverso cinque macro-variabili (sentimenti ansioso-depressivi, sfera psicotica, attivazione ideo-motoria, disposizione nevrotica, vissuto fobico, orientamento sociale) confermando i concetti dei *costrutti* introdotti da Meyer: “... potremmo vedere le scale cliniche come gli strumenti che misurano una particolare manifestazione della personalità in quel preciso momento, mentre le scale di contenuto gli strumenti che misurano la manifestazione della personalità nella sua caratterizzazione di base”. Secondo Donà il test MMPI-2 presenta una struttura costituita da sei fattori latenti che definiscono le correlazioni esistenti tra le scale di validità, cliniche e di contenuto. Le scale di contenuto descrivono

dimensioni clinicamente utili per comprendere le manifestazioni comportamentali e sintomatiche del paziente indicando le predisposizioni strutturali nella personalità in grado di spiegare le costanti psicologiche nell'agire e nel pensare quotidiano. Le scale cliniche fornirebbero, invece, indicazioni sulle manifestazioni psicopatologiche circoscritte e particolari, ossia sulla condizione nel “qui e ora”. Questa distinzione riporta all'analogia tra scale di contenuto e “tratto” e tra scale cliniche e “stato”. L'obiettivo, dicono Donà et al. “... consiste nell'arrivare a differenziare, mediante un'analisi qualitativa dei protocolli, tra aspetti che sono peculiari della persona nel suo modo di essere e di relazionarsi e una manifestazione acuitizzata di questo dato di base”. Anche se già nel 1960 Canalini & Muzi avevano affermato che “le scale del MMPI non vanno prese in termini assoluti, ma come indicazione di un dato atteggiamento psicologico in un dato momento... e l'interpretazione dei risultati deve essere riferita a quel dato momento storico e non alla struttura della personalità del soggetto in senso assoluto”¹⁵ e, in seguito, McClelland et al. (1989)¹⁶ e Shedler et al. (1993)¹⁷ sostennero che l'ambito dei test autosomministrati concerne la dimensione comportamentale attuale, mentre quello del test proiettivo quella implicita, latente, strutturale. Masling nel 1997 aveva riferito che gli strumenti autosomministrati definiscono la situazione psicologica del momento ma non descrivono la struttura di personalità di base¹⁸. La competenza *strutturale* è stata invece ampiamente riconosciuta al test Rorschach e metodi simili da più ricercatori¹⁹⁻²¹.

I due metodi psicodiagnostici appaiono dunque assolutamente eterogenei nella loro struttura (autosomministrazione vs. test percettivo-proiettivo), valutano aspetti diversi della *performance* (autodescrizione vs. aspetti non consapevoli di sé) e, infine, valutano dimensioni psicologiche molto diverse anche quando l'etichetta dei costrutti è identica (ad es. il costrutto di depressione). Non si può, ad esempio, sovrapporre il costrutto psicologico di DEPI (= indice di depressione) derivato da un test di *performance* come quello di Rorschach (sec. Exner) e l'autovalutazione al MMPI-2 nella scala D (= depressione): in questo caso il termine *depressione* può essere riferibile a due fenomeni distinti esperiti in contesti psicologici differenti. La scala autosomministrata (MMPI-2) può esprimere il vissuto consapevole dell'esperienza depressiva del soggetto in un determinato momento e le risposte al Rorschach, invece, gli schemi latenti attraverso i quali è filtrato e determinato il vissuto depressivo: “si può trovare una struttura depressiva latente anche in una persona che non manifesta segni e sintomi depressivi. E si può anche trovare una depressione acuta in una persona senza una struttura depressiva latente”²². Una nuova lettura del MMPI-2? Probabilmente sì e, soprattutto, un dato sembra certo: una lettura più

flessibile e articolata del MMPI-2 e, soprattutto una lettura correlata tra scale cliniche e scale di contenuto e, tra queste, e il Rorschach al fine di correlare e approfondire soprattutto la dimensione strutturale per stabilire la cosiddetta validità incrementale delle nostre valutazioni. Un'analisi correlata dei due test è, a nostro avviso, indispensabile proprio per monitorare l'organizzazione delle risorse interne che, se ben strutturate e stabili, rappresentano la capacità dell'Io di tenere sotto controllo gli eventi stressanti e, quindi, rispondere in maniera adattiva alle sollecitazioni ambientali. È un'informazione molto importante perché ci spiega che una reazione depressiva, ad esempio a un lutto, può rappresentare la temporanea, fisiologica risposta all'evento stressante e, con tutta probabilità, non costituirà l'elemento scatenante di una vera e propria depressione. Dunque, i test MMPI-2 e Rorschach possono essere considerati i descrittori di aspetti diversi di uno stesso problema e, quindi, una valutazione della personalità può apparire incompleta se effettuata attraverso uno solo dei due test. La comprensione del paziente deve dunque essere filtrata, non solo dalla sapiente conoscenza dei test e della metodologia di *assessment* ma anche e, a questo punto, soprattutto, da una buona conoscenza della psicopatologia. Usando più test, e soprattutto in modo esperto, lo psicologo può ricavare un "concorso di informazioni", una serie di risultati di "esami di laboratorio"^e che, unitamente a una sapiente valutazione clinica permettono di descrivere informazioni

che vanno ben oltre ciò che i manuali dicono dei due strumenti (Rorschach e MMPI-2): lo si ripete, non solo *cosa* risponde il soggetto ma anche *come* lo dice. Sempre in tema di integrazione tra i due strumenti testologici: ricordiamo che il test è una situazione a due in presenza di un intermediario, vale a dire che non è un momento neutro affettivamente per nessuno dei due *partner*²³. Anche in questa tappa del lavoro si producono emozioni e associazioni legate al contro-transfert (oltre che alle conoscenze tecniche dello strumento impiegato). Ogni immagine che l'altro produce, come anche il modo, lo stile con cui la produce, arricchiscono o modificano le ipotesi sul significato della sua sofferenza, del suo disagio e, contemporaneamente, suscitano ansie, paure, coraggio o disperazione su indizi prognostici emergenti. Ciò è valido anche per altri tipi di strumenti psicodiagnostici^f, non solo per Rorschach^g e Minnesota. La somministrazione si svolge spesso come un'altra lettura, dentro di noi, di ciò che la persona ci sta presentando di sé e della sua vita; o meglio una ri-lettura in un altro linguaggio, nella quale troviamo immagini che ci svelano meglio ciò che già confusamente sentivamo, o nuovi aspetti e immagini che alludono a cose cui fino ad allora non avevamo pensato"²⁴. Le coordinate, sulle quali costruire una interpretazione correlando i due strumenti sono fornite dalla struttura cognitiva/affettiva di base e dal sistema delle conoscenze/esperienze del mondo che il soggetto ha sedimentato fino a quel momento, valutando le differenze individuali

^e "I reattivi mentali vanno considerati alla stregua degli esami radiologici: non costituiscono un sostituto dell'esame psichico ma rappresentano un sussidio indispensabile per confermare eventuali sospetti diagnostici, esplorare aree della personalità non raggiungibili con il colloquio diretto, per suggerire indicazioni terapeutiche e controllare, a distanza di tempo, gli effetti di un trattamento. La loro utilizzazione ha cioè sempre una finalità clinica" (Paolo Pancheri).

^f Per fare un esempio, è giunto di recente alla nostra osservazione il caso di un'insegnante che accusava un massiccio indebolimento della funzione mnestica a seguito di lieve trauma cranico e che si sottoponeva a consulenza psichiatrico-forense allo scopo – consapevole e razionalmente elaborato – di fornire alla procedura assicurativa in corso elementi utili ai fini di una corretta valutazione delle sequele post-traumatiche. Al di sotto di questo livello di motivazione razionale, però, si agitava un magma indifferenziato di paure e attese – peraltro non del tutto inconse – per cui la perizianda, al termine della prova, avvertì il bisogno di confidare un grave disagio di cui aveva sofferto durante l'intero test (la *Memory Scale* di Wechsler): un atteggiamento ambivalente nei confronti dei propri problemi di memoria, per cui essa contemporaneamente desiderava e temeva che essi trovassero una obbiettivazione e una conferma nei punteggi del test. Una sorta di situazione di doppio legame, per cui era consapevole di dover risultare o effettivamente deteriorata nelle funzioni mentali con grave caduta dell'immagine di sé, oppure "pazza" (sono parole sue) cioè affetta da accentuata ansia con consistenti risvolti psicosomatici. Il conflitto era così accentuato che a un certo punto del colloquio la signora – una donna sulla quarantina di grande cultura, dinamica, volitiva, efficiente – era scoppiata in lacrime. E gli effetti di ciò si sono puntualmente riversati nei punteggi, dato che la paziente ha riportato in alcuni subtest risultati quasi eccezionali (ben nove cifre ripetute in ordine inverso), ma ha grossolanamente fallito la prova di memoria logica proprio perché in quel particolare tipo di compito è subentrata l'ansia da prestazione. In altre parole, per lei era più facile ripetere dei numeri, compito che le richiedeva un semplice lavoro meccanico di immagazzinamento dei dati, piuttosto che un compito più complesso e creativo nel quale sentiva chiamata in causa quell'immagine di donna colta e di grande personalità che per lei sembrava essere vitale.

^g Le varie correnti interpretative del Rorschach in genere privilegiano l'aspetto psicodinamico del test: esso però presenta anche altre possibilità di utilizzo, ad esempio può costituire una prova percettivo-cognitiva per ricostruire lo stile con cui il soggetto si pone in comunicazione con l'ambiente. È questo l'aspetto meno studiato del test, "ma esso è di importanza non secondaria se si pone alle possibili discrepanze tra la fase di elaborazione silenziosa degli stimoli presentati e la fase in cui una risposta viene comunicata, tramite il canale verbale, all'esaminatore" (Di Nuovo, p. 122): e con questo si apre anche un ventaglio di possibili applicazioni nel campo dell'analisi linguistico-espressiva. Inoltre "il Rorschach può essere considerato luogo privilegiato di integrazione tra attività percettiva e attività fantasmatica, consentendo di passare dalla percezione di caratteristiche obbiettive dello stimolo alle sue valenze simboliche" (Di Nuovo, p. 122, citando Rausch de Traubeberg).

relativamente a una determinata abilità e le differenze tra le prestazioni di una stessa persona in momenti e situazioni diversi. Inoltre soprattutto ai test proiettivi come il Rorschach, il rischio è quello di attribuire a difesa ciò che è invece tratto di personalità o addirittura sintomo patologico (e, naturalmente, viceversa). Ed è proprio questo uno dei compiti a cui può fornire un contributo non esaustivo, ma importante, un buon uso integrato Rorschach/Minnesota: distinguere ciò che è contingente, sviluppatosi magari su base reattiva o difensiva, da ciò che è strutturale e fa parte della persona. Infine aprendo una “piccola finestra” su alcuni dei tanti aspetti problematici e contraddittori della psicodiagnostica in ambito forense, facendo leva sul fattore-sorpresa, l’uso integrato dei due test contribuirà a fronteggiare le simulazioni e a fronteggiare non poche “questioni spinose” ad esempio nell’ambito della psicologia delle testimonianze. Si afferma in genere che la vittima è testimone privilegiato per la sua maggiore “vicinanza” (anche spaziale) all’evento. Ma è anche vero il contrario: la vittima è più facilmente soggetta a distorsioni percettive collegate non solo alla paura, ma anche alla necessità di difendersi “escludendo” dal campo attentivo ciò che suscita maggior sofferenza oppure concentrandosi su ciò che può servire per sottrarsi: l’attenzione della vittima. Ad esempio, spesso

si concentra sugli aspetti spaziali e ambientali utili alla ricerca di una “via di fuga” a scapito di altri aspetti meno “urgenti” ivi incluso quello relazionale²⁵. In genere durante un test il soggetto si distrae da se stesso, e in tal modo fornisce numerose informazioni attendibili sul suo comportamento: l’individuo si sentirà per così dire “spiazzato” da un compito imprevedibile, le sue difese si disorganizzeranno e il suo comportamento rivelerà più facilmente i meccanismi simulatori. Quest’ultimo concetto è ancor meglio espresso da noti autori in campo psicodiagnostico²⁶: “Forse l’elemento di relazione più specifico del *setting* psicodiagnostico si può sintetizzare nel fatto che il test proiettivo (e non solo proiettivo, aggiungiamo, valorizzando il contestuale uso del MMPI) devia l’attenzione del paziente, il quale viene favorito a concentrarsi su di sé; si sfuma così, anche se non è eliminato, il controllo sulla persona dell’interlocutore, che si pone al servizio del mondo interno del paziente, scrivendo tutto quello che questi dice, registratore silenzioso. Se questo ruolo può, in certi casi, suscitare problemi di sospettosità, tuttavia in genere sollecita il piacere egocentrico della persona che si sente valorizzata nelle sue produzioni e si dispone ad esprimersi senza un preciso filtro cosciente, lasciando emergere quell’immaginario su cui lavora lo psicodiagnosta”.

Bibliografia

- ¹ Archer RP, Krishnamurthy R. *Combining the Rorschach and the MMPI in the assessment of adolescents*. J Pers Assess 1993;60:132-40.
- ² Archer RP, Krishnamurthy R. *A review of MMPI and Rorschach interrelationship in adult samples*. J Pers Assess 1993;61:277-93.
- ³ Meyer GJ. *On the integration of personality assessment methods: the Rorschach and MMPI*. J Pers Assess 1997;68:297-330.
- ⁴ Rapaport D, Gill MM, Shafer R. *Diagnostic psychological testing*. New York: International University Press 1968.
- ⁵ Meyer GJ, Riethmiller RJ, Brooks RD, Benoit WA, Handler L. *A replication of Rorschach and MMPI-2 convergent validity*. J Pers Assess 2000;74:175-215.
- ⁶ Blais MA, Hilsenroth MJ, Castlebury F, Fowler JC, Baity MR. *Predicting DSM-IV cluster B personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: a test of incremental validity*. J Pers Assess 2001;76:150-68.
- ⁷ Mosticoni R, Chiari G. *Una descrizione obiettiva della personalità. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1979.
- ⁸ Butcher JN, Williams C. *Fondamenti per l’interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1996.
- ⁹ Boncori L. *Teoria e tecnica dei test*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
- ¹⁰ Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1990.
- ¹¹ Meyer GJ. *The Rorschach and MMPI: toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment*. J Pers Assess 1996;67:505-18.
- ¹² De Fidio D, Magnani A, Mambelli M, Scirucchio V, Pancheri P. *MMPI-2, comorbidità e correlazioni in utenti dei Servizi Territoriali Psichiatrici e Ser.T.* Giornale Italiano di Psicopatologia 2005;11:184-94.
- ¹³ Donà G, Micheluzzi F, Boaretto M, Palmieri A. *La dimensione strutturale del test MMPI-2: monofattoriale o multifattoriale? Un’analisi quantitativa e qualitativa dei fattori significativi*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2006;12:293-302.
- ¹⁴ Pancheri P, Stracca M. *Studio sui dati emersi in una popolazione psichiatrica mediante l’analisi fattoriale del Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Rivista di Psichiatria 1972;7:112-28.
- ¹⁵ Pellegrini G, Filippini V. *Il MMPI nella pratica ospedaliera*. Rivista Sperimentale di Freniatria 1966;90:1617.
- ¹⁶ McClelland DC, Koestner R, Weinberger J. *How do self-attributed and implicit motives differ?* Psychol Rev 1989;96:690-702.
- ¹⁷ Shedler J, Mayman M, Manis M. *The illusion of mental health*. Am Psychol 1993;48:1117-31.
- ¹⁸ Masling GM. *On the nature and utility of projective tests and objective tests*. J Pers Assess 1997;69:257-70.
- ¹⁹ Blatt SJ, Lerner H. *Investigation in the psychoanalytic theory of object relations and object representations*. In: Masling J, editor. *Empirical studies of psychoanalytic theories*. Vol. 1. Hillsdale, NJ: Analytic Press Personality 1983, p. 189-249.
- ²⁰ Perry W, McDougall A, Viglione DJ. *A five-year follow-up*

- on the temporal stability of the Ego Impairment Index.* J Pers Assess 1995;64:112-8.
- ²¹ Bornstein RF, Bowers K, Shannon R, Bonner S. *Relationships of objective and projective dependency scores on sex orientation in college student participation.* J Pers Assess 1996;66:555-68.
- ²² Exner J, Porcelli P, Appoggetti P, editors. *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner.* Trento: Erickson 2001.
- ²³ Anastasi A. *I test psicologici.* Milano: Angeli 1990.
- ²⁴ Ambrosiano L. *La consultazione come costruzione e come esperienza del limite: note su una ipotesi di formazione all'uso del colloquio clinico e dei test proiettivi.* In: Del Corno F, Pelanda E, editors. *Metodologia dei test psicologici.* Milano: Angeli 1985, p. 255.
- ²⁵ Terr L. *Il pozzo della memoria.* Milano: Garzanti 1996.
- ²⁶ Nosengo C. *Criteri d'uso dei test proiettivi.* In: Del Corno F, Pelanda E, editors. *Metodologia dei test psicologici.* Milano: Angeli 1985, p. 227.