

# MMPI-2, comorbidità e correlazioni in utenti dei servizi territoriali psichiatrici e SER.T.

## MMPI-2, comorbidity and correlations in users of territorial psychiatric and drug abuse services

D. DE FIDIO  
A. MAGNANI\*  
M. MAMBELLI\*\*  
V. SCIRUICCHIO\*\*\*  
P. PANCHERI

Fis, Roma; \*Ser.T. Budrio AUSL  
Bologna, Area Nord; \*\*DSM AUSL  
Forlì; \*\*\*U.O. Neurologia AUSL Ba/2  
Barletta

### Key words

Comorbidity • MMPI-2 • Basic Scales  
• Content Scales

Correspondence: Dr. Monica Mambelli, DSM ASL Forlì, piazzale Solieri 4, 47100 Forlì, Italy  
Tel. +39 0543 731450  
E-mail: monica.mambelli@libero.it

### Summary

#### Objective

Comorbidity is a common expression used to indicate co-syndromal occurrence, i.e., the occurrence of symptoms characteristic of various syndromes in the same individual. Comorbidity of mental with substance use disorders constitutes a nosographic typology per se, in which subjective suffering, framed in one or more psychiatric diagnoses, in some cases winds-up with addictive behavior. Our main objective was to identify any correlations between psychopathological pictures and MMPI-2 scales in three groups of subjects (users of drug addiction services, users of psychiatric outpatient facilities, normal controls). A secondary objective was to identify any correlations between Clinical and Content scales of the MMPI-2.

#### Subjects and Methods

The study was carried-out on 60 subjects, subdivided in the aforementioned groups (Tab. I). Subjects filled-out the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2); the test was further processed using the «Panda» computerized program by Pancheri and De Fidio (Tab. II).

#### Results

Comparing the additive, psychiatric, and control groups, the only scale on which both psychiatric and additive groups scored significantly higher with respect to controls was Pd (Psychopathic deviate), a scale indicating the level of tolerance of rules and laws. The psychiatric group showed a 2-9 codetype (D-Ma) with higher scores on the D (Depression) scale compared to the Ma (Hypomania) scale, and a significant elevation of the Hs (Hypochondriasis, somatic preoccupations), besides the scales of the psychotic area (Pa, Pt, Sc), which indicate the presence of projective thought defenses, decisional impasse, ruminating ideation and a feeling of detachment from reality with ideo-perceptive distortions. As for the Content scales, we observed score elevations in only three scales: DEP (Depression), BIZ (Bizarre Ideation) and WRK (Work-related Difficulties), confirming the presence of a depressive orientation of affects, bizarre ideation with feeling of detachment from reality and marked difficulty to concentrate (Fig. 1). Analysis of correlations among Clinical and Content scales in the psychiatric group revealed a personality area with predisposition to sadness and pessimistic thought. In fact, the elevation della Scala D indicates a personality with depressive structure (DEP). Also for patients using the drug addiction outpatient service a correlation between the D and DEP scales was found; ideation and mood of these subjects appear in fact to be depressively oriented.

#### Conclusions

Results support that MMPI-2 is able to detect important clinical features, to evidenti-ate psychopathological pictures and allows us to make considerations on personality functioning that may lead to the development of addictive psychopathology. The analysis of correlations among Clinical and Content scales shows that Content scales may be considered as a source of information on personality traits, a kind of summary of the level of severity of problem areas that the patient admits, the description of less situational conditions which, in moments of particular stress o decompensation of psychic functioning, through simultaneous elevation, may find expression in a psychopathological «State» (Clinical scales) strictly connected to «Trait» characteristics (Content scales).

## Introduzione

Feinstein nel 1970 ha coniato il termine *comorbidità* per indicare condizioni cliniche coesistenti in psichiatria: «*Ogni distinta entità clinica aggiuntiva, che sia esistita o che possa manifestarsi nell'evoluzione del decorso clinico di un paziente al quale sia stata attribuita una diagnosi per una determinata patologia, e per la quale sia oggetto di osservazione e cure*»<sup>1,2</sup>. È diventato uso comune parlare di comorbidità per indicare la co-sindromicità e cioè il manifestarsi nello stesso soggetto dei sintomi caratteristici di sindromi diverse<sup>3</sup>. I dati che emergono dalla pratica clinica e dalla ricerca sulla comorbidità suggeriscono con una certa sicurezza, che un individuo può soffrire sia di una delle principali patologie di Asse I sia di un disturbo di personalità; la comorbidità, infatti, nasce dal fatto che il nostro attuale sistema multiassiale incoraggia le diagnosi multiple<sup>4</sup>.

La comorbidità di disturbi mentali e da uso di sostanze non corrisponde alla semplice sommatoria dei due disturbi, come il termine doppia diagnosi, utilizzato prevalentemente negli USA, potrebbe indurre a pensare. Costituisce invece una tipologia nosografica a sé, in cui in alcuni casi il malessere soggettivo, inquadrato in una o più diagnosi psichiatriche, s'intreccia con i comportamenti tossicomani. Tale accezione rileva l'aspetto della complessità che spesso viene perso nel sistema diagnostico, ma che invece è fondamentale ai fini del trattamento: «*Solo teoricamente si può pensare che, una volta che sia ben curato il disturbo psichiatrico primario, la tossicodipendenza receda: tale illusione è spia di una credenza semplicistica, che oltre a sottovalutare l'importanza dei circuiti patologici che s'innescano tra disagio psichico e uso reiterato di sostanze, non tiene in nessun conto la potenza dei legami e la costruzione psicologica che la persona sperimenta dopo l'incontro con la sostanza. È l'interrelazione tra le dinamiche della patologia psichiatrica e la funzionalità tossicomana che va saputa cogliere, nell'intreccio di autonomia e condizionamento che s'innescano tra di esse, proprio per il ruolo 'positivo' che la sostanza viene ad assumere per quella persona*»<sup>5</sup>.

In letteratura sono ormai numerose le segnalazioni sulla comorbidità psichiatrica della tossicodipendenza: negli Stati Uniti un'indagine epidemiologica su più di ventimila soggetti, ha evidenziato che il 57% degli alcolisti e il 53% dei tossicodipendenti presenta comorbidità psichiatrica<sup>6,7</sup>.

Come rileva Fioritti (2002), in Italia sappiamo poco sia sulla prevalenza dei disturbi da uso di sostanze nella popolazione afferente ai servizi psichiatrici, sia sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.<sup>8</sup>.

Anche gli studi sull'utilizzo del MMPI-2 come strumento diagnostico utile nel rilevare la comorbidità

psichiatrica nei pazienti tossicodipendenti, risultano essere stati condotti in misura piuttosto esigua. La novità della versione 2 del test Minnesota, rispetto alla precedente, è rappresentata dalle Scale di Contenuto: 15 scale «oggettive» che integrano le informazioni desumibili dall'esame delle 13 Scale Fondamentali<sup>9,10</sup>.

Scopo dello studio è di approfondire e verificare, mettendo a confronto tre gruppi (Gruppo Ser.T., Gruppo Psichiatrici e Gruppo Normali), la validità del test MMPI-2 attraverso le Scale Fondamentali e le Scale di Contenuto e, inoltre, verificare la presenza di correlazioni tra le Scale Fondamentali (es. Scala Fondamentale D) e le Scale di Contenuto (es. Scala di Contenuto DEP) all'interno di ciascun gruppo. Le Scale di Contenuto hanno il vantaggio di avere valide proprietà psicometriche, di affrontare dimensioni di contenuto importanti e clinicamente utili per comprendere i sintomi e il comportamento del paziente e il punteggio in queste scale è considerato «un'affermazione riassuntiva» relativa ai sintomi, all'umore e alle *caratteristiche di personalità*, es. «*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).

Ci proponiamo quindi di offrire un contributo ad un'analisi dei rapporti fra queste categorie di scale, soprattutto in considerazione della quasi totale assenza di studi su quest'argomento, anche allo scopo di fornire un ausilio oggettivo da utilizzare per una più corretta definizione di cura e trattamento. In sintesi, il nostro lavoro si prefigge di dare una risposta ai seguenti quesiti:

- stabilire le correlazioni esistenti tra i quadri morbosi in oggetto e le scale MMPI-2;
- verificare, all'interno dello strumento MMPI-2, le correlazioni realmente esistenti tra le Scale Fondamentali e le Scale di Contenuto.

## Casistica e metodica

Sono stati arruolati per questo studio complessivamente 60 soggetti, suddivisi in tre gruppi composti ciascuno da 20 persone.

### GRUPPO SER.T.

Tra gli utenti in carico al Ser.T. dell'Azienda USL di Bologna, Area Nord (Responsabile Dott. Daniele Gambini), sede di Budrio, inviati allo psicologo per la valutazione dell'assessment psicologico o per la definizione o rivalutazione del progetto terapeutico, sono stati selezionati 20 soggetti in carico per distur-

bo da uso di sostanze (dipendenza da eroina come sostanza primaria).

I 20 soggetti, di cui 15 maschi e 5 femmine, con età media di  $27,50 \pm 5,82$ , presentano una scolarità media di 9,75 anni, il 15% è coniugato, l'85% risulta stato libero e l'attività lavorativa è distribuita tra: disoccupati, operai, magazzinieri, infermieri, rappresentanti. Va precisato, inoltre, che il gruppo Ser.T., a differenza degli altri due gruppi, non è un gruppo

20% dei soggetti in esame risulta coniugato e l'80% di stato libero; la scolarità media è così distribuita: il 25% ha la licenza media inferiore e il 14,25% ha conseguito un diploma o la maturità. L'attività lavorativa è distribuita tra impiegati, insegnanti, infermieri, commessi, operai, studenti. Per persona «normale» intendiamo la persona ben inserita nel proprio ambiente familiare e nel contesto socio-lavorativo (Tab. I).

Tab. I. Dati socio-anagrafici del campione (60 soggetti). *Sociodemographic data of the sample (60 subjects).*

	Utenti SER.T. (20)	Utenti Servizio Psichiatrico (20)	Normali (20)
Sesso (maschi/femmine)	15/5	13/7	13/7
Età (anni)	27,5 (5,82)	28,35 (5,63)	28,7 (5,15)
Istruzione (media)	9,75	9	10,25
Coniugati/stato libero	3/17	0/20	4/16

rappresentativo della popolazione Ser.T. poiché il criterio di composizione del gruppo stesso non è randomizzato, ma è costituito dagli unici 20 protocolli raccolti di soggetti afferenti al Ser.T., per uso di sostanza psicotropa primaria (eroina).

#### GRUPPO PSICHIATRICI

Sono stati selezionati 20 soggetti tra gli utenti seguiti presso il Servizio Psichiatrico Territoriale dell'AU-SL di Forlì (Direttore Dott. Luigi Missiroli) per problemi psicopatologici ed inviati allo Psicologo del Servizio, con richiesta da parte dello Psichiatra di approfondimento psicodiagnostico.

I 20 soggetti, 13 maschi e 7 femmine, di età media  $28,35 \pm 5,63$  presentano una scolarità media di 9 anni (licenza media inferiore). Nessuno dei soggetti in esame è coniugato e l'attività lavorativa è distribuita tra, disoccupati, impiegati, operai, infermieri.

#### GRUPPO NORMALI

Il gruppo dei normali (gruppo di controllo), a cui è stato sottoposto il questionario MMPI-2, è stato selezionato in base ai seguenti criteri d'esclusione:

- nel corso della loro vita, i soggetti selezionati, non sono stati sottoposti a trattamenti di tipo psichiatrico, psicofarmacologico e/o psicoterapeutico;
- non sono stati sottoposti a precedenti ricoveri psichiatrici e/o accessi a servizi Ser.T. e Psichiatria.

Si tratta di un gruppo di persone provenienti da diverse città dell'Emilia Romagna di cui 7 sono femmine e 13 maschi, l'età media è di  $28,70 \pm 5,15$ . Il

## Metodologia

### IL TEST

Lo strumento utilizzato è il questionario di personalità MMPI-2 elaborato con il sistema informatizzato «Panda» di Paolo Pancheri e Dario De Fidio<sup>11</sup>. Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI-2) è un test obiettivo di personalità, costruito da 567 items a risposta vero/falso, in grado di rilevare comportamenti considerati psicopatologici secondo criteri sia clinici sia statistici<sup>12,13</sup>. È opportuno in ogni caso chiarire come le aree di personalità esplorate da questo test rappresentano delle dimensioni psicologiche riscontrabili anche nel soggetto senza disturbi psichici e che solo nei punteggi estremi possono acquistare un significato psicopatologico. Caratteristiche positive in questo test sono un'ampia e recente standardizzazione su campione di popolazione italiana (2.002 casi, 984 maschi, 1.018 femmine, al 5-1-2005)<sup>14</sup>, una lunga tradizione di studi e ricerche che confermano l'utilità e l'efficacia del test con popolazione sia normale sia patologica, una possibilità di confronto dei profili ottenuti con quelli di altri paesi e culture diverse, la possibilità di effettuare lo scoring mediante procedure informatizzate (Tab. II). Per quanto riguarda i soggetti del nostro studio, il test è sempre stato somministrato rispettando tutte le indicazioni suggerite dagli Autori: il soggetto è stato invitato a rispondere alla presenza di uno psicologo, che controllava che la persona comprendesse in particolare gli items costruiti in forma negativa e, nel ca-

Tab. II. La taratura italiana del MMPI-2. *Italian MMPI-2 standardization.*

## Scale Fondamentali

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
DS maschi	2,43	3,64	5,04	4,00	4,54	4,71	4,48	4,53	3,03	5,99	6,12	3,85	7,67
Media maschi	5,94	5,26	16,22	14,01	19,84	21,86	22,79	25,11	8,79	26,64	27,47	18,56	24,63
Ds femm.	2,66	4,16	4,67	4,40	4,87	5,14	4,82	4,13	3,27	6,45	6,66	4,05	8,15
Media femm.	6,00	5,68	14,84	15,49	22,09	23,91	23,12	33,34	9,68	28,54	28,22	18,20	27,67

## Scale di Contenuto

	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
Ds maschi	3,98	3,12	2,90	4,65	4,03	2,31	3,01	5,17	3,76	3,79	3,44	4,48	3,89	4,74	3,84
Media maschi	4,81	4,04	3,87	5,72	6,20	2,07	5,37	10,90	7,70	8,33	4,48	6,30	4,51	6,53	5,41
Ds femm.	4,37	3,83	3,21	5,19	4,69	2,52	2,89	4,92	3,31	3,58	3,82	4,31	4,07	5,15	4,18
Media femm.	6,95	6,98	5,21	7,53	8,14	2,56	5,74	10,77	6,75	8,81	5,77	6,43	5,99	8,77	6,55

La taratura è stata ottenuta applicando il questionario a 2002 soggetti «normali» (984 maschi e 1018 femmine) residenti in varie regioni italiane.

I *maschi* presentavano le seguenti caratteristiche socio-demografiche: età media 36,69 anni (DS = 10,95), scolarità media pari a 13,81 anni (DS = 3,84), 48% i coniugati, 52% lo stato libero. Attività lavorativa distribuita tra impiegati, insegnanti, infermieri, commercianti, commessi, operai, medici, psicologi, assistenti sociali, agricoltori, artigiani, educatori, ricercatori, rappresentanti, studenti, vigili urbani, liberi professionisti ed altre.

Le *femmine* presentavano le seguenti caratteristiche socio-demografiche: età media 33,79 anni (DS = 9,54), scolarità media pari a 13,97 anni (DS = 3,73), 47% le coniugate, 53% lo stato libero. Attività lavorativa distribuita tra casalinghe, commercianti, impiegate, insegnanti, infermiere, commesse, medici, psicologhe, assistenti sociali, educatrici, terapisti della riabilitazione, tirocinanti, studentesse, specializzande universitarie, libere professioniste ed altre.

so fosse stanco, gli è stato concesso di sospendere l'esecuzione del test riprendendo il più presto possibile. Non bisogna dimenticare che si tratta di un test piuttosto lungo, che spesso è somministrato a persone che assumono terapia farmacologica e che presentano bassi livelli di concentrazione. Determinata la composizione dei gruppi, in base ai protocolli disponibili, per ogni soggetto sono stati ricavati i punti T per tutte le Scale, sia Fondamentali sia di Contenuto; è stato quindi calcolato il valore medio per ogni singola scala per ognuno dei tre gruppi. L'analisi statistica fra i gruppi di pazienti psichiatrici, gli utenti del Ser.T., ed i controlli comparabili per età, è stata effettuata mediante il test non parametrico di Kruskal-Wallis. È stata eseguita, inoltre, l'analisi delle correlazioni fra le Scale Fondamentali e quelle di Contenuto mediante il test di correlazione di Pearson.

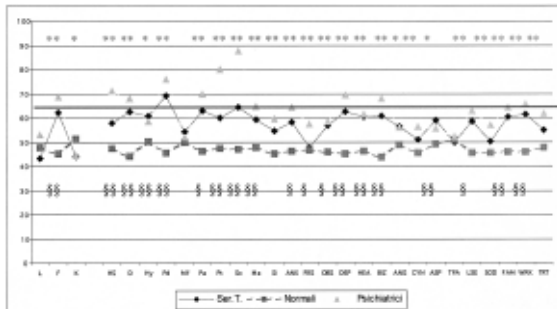
## Risultati

### CONFRONTO FRA I TRE GRUPPI PSICHIATRICI, SER.T. E NORMALI

Lo strumento psicodiagnostico MMPI-2 ha consentito di differenziare, in maniera inequivocabile i profili dei soggetti appartenenti al gruppo degli Psichiatrici (code-type 874' = sviluppo patologico del pensie-

ro con grave impasse decisionale e discontrollo degli impulsi), del Ser.T. (code-type 4' = discontrollo pulsionale) e dei Normali (code-type' = assenza di note patologiche). Come si può desumere dalla lettura del grafico riassuntivo, l'unica scala in cui i gruppi Ser.T. e Psichiatrici presentano entrambi un'elevazione statisticamente significativa (oltre il cut-off 65), rispetto al gruppo dei Normali, è la scala Pd (Deviazione psicopatica) che misura il livello di tolleranza nei riguardi di regole e leggi, la carenza di controllo sulle risposte emotive, l'incapacità a trarre profitto dall'esperienza e la tendenza al soddisfacimento delle pulsioni istintuali senza pianificazione delle proprie azioni e del futuro. Nei pazienti psichiatrici osserviamo l'asse timico (D-Ma) orientato in senso depressivo e si assiste all'elevazione delle scale Hs (Ipocondria) che misura la tendenza alle preoccupazioni somatiche orientate nella direzione di una difficoltà, da parte di questi pazienti a *mentalizzare* la sofferenza che viene spostata sul corpo, Pa (Paranoia) che evidenzia l'attivazione di difese proiettive del pensiero (produzione di contenuti patologici a connotazioni interpretative e di riferimento), Pt (Psicastenia) che segnala la presenza di ruminazioni ideative, paure immotivate, impasse decisionale e difficoltà di concentrazione, Sc (Schizofrenia) conseguente a segnalate sensazioni di estraneità, eccessiva introspezione, sentimenti di distacco dalla realtà e possibili distur-

**Fig. 1.** Confronto dei profili medi MMPI-2 dei 3 gruppi in esame. *Mean MMPI-2 profiles of the three samples considered.*



Test di Kruskal-Wallis: \* § < 0,05; \*\* §§ < 0,01.

*Scale Fondamentali:* L (Menzogna), F (Simulazione), K (Difesa), Hs (Ipocondria), D (Depressione), Hy (Isteria di conversione), Pd (Deviazione psicopatica), Mf (Mascolinità/femminilità), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Sc (Schizofrenia), Ma (Ipomania), Si (Intrusione sociale).

*Scale di Contenuto:* ANX (Ansia), FRS (Paure), OBS (Ossessività), DEP (Depressione), HEA (Preoccupazioni per la salute), BIZ (Ideazione bizzarra), ANG (Rabbia), CYN (Cinismo), ASP (Comportamenti antisociali), TPA (Personalità di tipo «A»), LSE (Bassa autostima), SOD (Disagio sociale), FAM (Problemi familiari), WRK (Difficoltà sul lavoro), TRT (Difficoltà di trattamento).

sioni ideo-percettive. La valenza psicopatologica della «classica» area psicotica (Pa-Pt-Sc) è «confermata» dalla scala F elevata, che testimonia la gravità e l'inadeguatezza del sistema dell'Io ad arginare il processo psicopatologico in atto. Per quanto riguarda le Scale di Contenuto assistiamo all'elevazione (oltre il cut-off 65) di sole tre scale: DEP (Depressione), BIZ (Ideazione bizzarra), che confermano la presenza di un orientamento depressivo degli affetti, contenuti del pensiero di tipo primitivo con tendenza all'introspezione, sentimenti di distacco dalla realtà e distorsioni percettive, e WRK (Difficoltà sul lavoro) che segnala la presenza di marcate difficoltà di concentrazione e decisionali strettamente collegate alla scarsa autostima nelle proprie competenze (Fig. 1). Nei pazienti Ser.T. la scala più elevata è la Pd (Deviazione psicopatica) che, come già detto, è correlata significativamente alla medesima scala del gruppo psichiatrici ed è tesa a segnalare la notevole difficoltà ad interiorizzare le norme etico-sociali del gruppo d'appartenenza, l'assenza di una risposta emotiva profonda, il rifiuto dell'autorità, la tendenza al soddisfacimento immediato delle proprie pulsioni istintuali, in assenza di un vero e proprio sentimento di colpa (alcuni Colleghi considerano obsoleta la definizione «Deviazione psicopatica» attribuita alla scala propendendo per la più efficace descrizione «Discontrollo pulsionale»). Altre scale, il cui punteggio si avvicina al cut-off e che, quindi, segnalano la presenza

di «tendenze» sono la D (Depressione), la Pa (Paranoia) e la Sc (Schizofrenia) con la scala F confinata all'interno del range. Il code-type del gruppo Ser.T. è 4' con «tendenza» 482'. Anche nell'ambito delle Scale di Contenuto vi sono 3 scale che, pur mantenendosi nell'ambito del range di normalità, si avvicinano al cut-off: DEP, BIZ, WRK. Valgono per queste scale le medesime considerazioni fatte per le scale del gruppo psichiatrico.

Inoltre, estrapolando la scala 7 (Psicastenia) dal code-type del gruppo Psichiatrici (chi usa il MMPI sa bene che la componente fobico-ansiosa è sistematicamente co-presente nei quadri psicopatologici, rappresentando una componente «accessoria» in un quadro per esempio schizofrenico, dunque una inevitabile conseguenza di sensazioni per esempio di derealizzazione), il codice degli psichiatrici può essere letto in termini di 84' (elevazione, in compresenza delle scale Schizofrenia e Discontrollo pulsionale). Confrontiamo questo codice con il 48' ipotizzato per il gruppo Ser.T. e proviamo a vedere cosa ci propone il rapporto automatico del MMPI2-Panda relativamente al code-type 84'/48':

*«Sono presenti problemi di controllo degli impulsi: il soggetto può mostrare comportamenti caratterizzati da rabbia, irritabilità, risentimento. Possono essere presenti comportamenti di tipo antisociale (la tossicodipendenza, l'abuso di alcool e la tendenza verso condotte sessuali devianti possono rappresentare i primi atteggiamenti di 'ribellione'). Il soggetto con questo codice vede il mondo come minaccioso, è incapace di empatia, tende a diffidare degli altri e a colpevolizzarli dei propri fallimenti ed evita, di conseguenza, relazioni sociali strette. Il suo problema centrale è la scarsa valutazione di sé, per cui si pone egli stesso nella condizione di essere rifiutato o di fallire. I suoi comportamenti sono sostanzialmente tesi a colmare un enorme bisogno di affetto ed attenzione. Le persone con questo codice ricevono generalmente la diagnosi di disturbo della personalità di tipo antisociale (è opportuno indagare sulla presenza di eventuali tratti schizoidi e paranoide) ma, in presenza di una particolare elevazione della scala Sc, non va trascurata la possibilità di considerare anche la presenza di un disturbo psicotico» ... e nel profilo del gruppo psichiatrici si assiste alla particolare elevazione della scala Sc.*

L'ipotesi della comorbidità tra i due gruppi trova, dunque, un puntuale riscontro nell'analisi delle caratteristiche del codice 84'/48' che rimanda, in entrambi i gruppi del nostro studio, alla presenza di una fragilità del Sé caratterizzata da percorsi accidentati nell'area della fusionalità che ne hanno bloccato lo sviluppo, dando spazio a funzionamenti basati su un Falso Sé, strutturando un assetto difensivo rigido, che rende difficile e, a volte, impossibile lo scambio

con l'esterno e, dunque, il processo di individuazione. Si configura dunque una disposizione alla dipendenza con negazione del bisogno di essa, che porta la persona, nel caso del tossicodipendente, a fare appello alla «sostanza» e, nel caso della persona appartenente al gruppo psichiatrico, allo psicofarmaco. Emerge una difficoltà a tollerare la frustrazione con un bisogno di soddisfacimento immediato (labilità pulsionale) e non differito e una notevole difficoltà a riconoscere la rabbia e l'aggressività che viene o autodiretta o agita.

## Analisi delle correlazioni tra le scale fondamentali e di contenuto

### GRUPPO PSICHIATRICO

#### D/DEP/WRK/TRT

Attraverso l'analisi delle correlazioni tra la Scala Fondamentale D (Depressione) e le Scale di Contenuto DEP, WRK e TRT possiamo individuare un'area della personalità con predisposizione alla tristezza, a pensieri pessimistici, a sentimenti di vuoto. Tutto questo ci porta a considerare l'esistenza di percorsi accidentati nell'area della fusionalità che non hanno permesso alla persona di sperimentare la fiducia (rispecchiata nell'altro) nelle proprie risorse, e di fare una buona esperienza di dipendenza tanto da non essere capace di considerare gli altri come possibili fonti di aiuto. In altre parole, un'elevazione della scala D può essere la conseguenza, a seguito di un disturbo emotivo, dell'esistenza di un'area problematica in senso depressivo nella struttura di personalità (DEP). Ciò è confermato dalla presenza di problemi nel mondo lavorativo (WRK) con la tendenza al ritiro e ad una difficoltà a pensare di essere capito e aiutato (TRT). Sono persone che preferiscono arrendersi piuttosto che affrontare una crisi o una difficoltà.

#### Hs/HEA

Il confronto tra la Scala Fondamentale Hs e quella di Contenuto HEA conferma una predisposizione strutturale nella personalità del soggetto che tende a preoccuparsi eccessivamente della propria salute. Tale predisposizione, da un punto di vista psicodinamico, può essere letta come un bisogno di usare il canale corporeo per esprimere i propri disagi anche psichici. In queste persone c'è una difficoltà di mentalizzazione (intesa come capacità di rappresentazione simbolica) che rende indispensabile una concretizzazione del disagio. In condizione di stress o disordini emotivi questa predisposizione può trovare espressione in un'elevazione della scala Hs che segnala la presenza di veri e propri aspetti ipocondriaci. Tali persone tenderanno quindi a privilegiare soluzioni

mediche e possono ostacolare il trattamento psicologico.

#### L/WRK

La significatività di questa correlazione ci porta a descrivere una disposizione alla difficoltà nel contatto con il mondo del lavoro, mancanza di supporto familiare, mancanza di fiducia in se stessi, difficoltà di concentrazione, tensione, senso di oppressione e fatica a prendere decisioni. Quindi si può desumere che in momenti di stress, con l'aumentare dei valori della scala WRK, aumenti contemporaneamente il valore della scala L (Lie) che indica la tendenza a dare una descrizione di sé idealizzata nel tentativo di negare la reale immagine vissuta come poco accettabile da se stessi e dagli altri. Si può trasformare in una difficoltà nel discutere i propri problemi e nel modificare il proprio comportamento (dissimulazione).

#### F/FAM/WRK

La scala FAM indica problemi nell'area dei rapporti familiari. Queste persone riferiscono di non sentirsi sufficientemente comprese e/o accettate all'interno della propria famiglia che è descritta priva di amore, litigiosa e spiacevole. È anche possibile che riferiscano sentimenti di odio fra i membri della famiglia stessa, descrivano la loro infanzia come difficile e il loro matrimonio come infelice e privo di amore. L'elevazione dei valori della scala F (Frequenza) segnala l'inadeguatezza del sistema dell'Io e aspetti di gravità del disturbo psicopatologico, se correlata all'elevazione dei valori di altre scale cliniche. Si può quindi desumere che la presenza di problemi familiari che impediscono un accompagnamento della persona nel suo sviluppo, nel contatto con l'altro e con il mondo esterno, rappresenti una variabile che concorre e incide sulla strutturazione dell'Io e quindi sullo sviluppo della sua funzione di mediatore fra mondo esterno e mondo interno.

#### K/FAM/WRK/TRT

Si può osservare in merito a questa correlazione che persone con problemi familiari e difficoltà nelle attività lavorative possono presentare uno stile difensivo rigido, sia nei confronti del test, ma prima ancora, nei confronti delle proprie emozioni. Quindi si delinea la presenza di elementi di ipercontrollo e rigidità. Pertanto, in momenti di stress la relazione esistente tra queste scale esprime, nel soggetto, la mancanza di una reale disponibilità a farsi aiutare e a mettersi in discussione, a causa della tendenza a negare i problemi, e a proporre un'immagine di sé irrealistica.

#### Pa/FAM/WRK

Osserviamo che la relazione esistente tra i valori delle Scale di Contenuto FAM, che indica la presenza di difficoltà familiari e della WRK che indica difficoltà

nell'attività lavorativa, e la Scala Fondamentale Pa (Paranoia) che misura la tendenza a sviluppare idee di tipo proiettivo e descrive aspetti di rigidità, diffidenza e ipersensibilità come risposta alla percezione del mondo esterno percepito troppo difficile e minaccioso, potrebbe essere espressione di un Sé fragile e di un sistema dell'Io rigido, incapace di modulare i rapporti fra mondo interno e mondo esterno.

#### Si/SOD/WRK

La Scala di Contenuto SOD segnala la difficoltà a stare in mezzo alla gente, il soggetto si sente inadeguato ed imbarazzato e preferisce stare per proprio conto, si percepisce timido e preferisce appartarsi nelle situazioni sociali piuttosto che interagire in maniera attiva e propositiva. Questo stato di cose può determinare difficoltà nel campo lavorativo (WRK) e, in momenti di stress, può trovare una forma più definita nella tendenza del soggetto a negare gli impulsi e le tentazioni, all'autosvalutazione e al ritiro dai contatti interpersonali con il rischio di una chiusura rispetto al mondo esterno (Si).

#### GRUPPO SER.T.

##### D-DEP/LSE/FAM/WRK/TRT

Anche per i pazienti Ser.T. si evidenzia la correlazione tra le scale D e DEP, già commentata in precedenza: l'ideazione di questi soggetti è orientata sul versante depressivo, sono presenti fondamentali sentimenti d'inadeguatezza e la dolorosa incapacità di provare sentimenti di piacere riguardo ai comuni stimoli della vita quotidiana. È possibile individuare un'area della personalità con predisposizione alla tristezza, a pensieri pessimistici, a sentimenti di vuoto. Tutto questo ci porta a considerare l'esistenza di percorsi accidentati nell'area della fusionalità che non hanno permesso alla persona di sperimentare sufficienti livelli di fiducia nelle proprie risorse, e di fare una buona esperienza di dipendenza tanto da non essere capace di considerare gli altri come possibili fonti di aiuto. Anche in questo gruppo di soggetti è possibile ipotizzare che l'elevazione della scala D può essere la rappresentazione, in seguito ad un evento emotivamente rilevante, dell'esistenza di un tratto depressivo nella struttura di personalità (DEP). Inoltre nel gruppo Ser.T., oltre che con le scale DEP, WRK, TRT, come già commentato nel gruppo psichiatrico, è presente una relazione statisticamente significativa tra la scala Fondamentale D e le Scale di Contenuto LSE e FAM: ciò significa che questi soggetti evidenziano atteggiamenti autosvalutativi, mancano di fiducia in se stessi e non credono di essere ben volute dagli altri (LSE). Pare delinearsi quindi per l'utenza Ser.T. un *vulnus* nell'interiorizzazione della fiducia di base, *vulnus* che sembra essere in relazione sia ad un deficit strutturale di natura depres-

siva della personalità, che all'appartenenza a famiglie d'origine caratterizzate da litigiosità e mancanza d'amore (scala FAM). Tali mancanze, assieme sia ad una scarsa performance lavorativa (scala WRK), frutto di difficoltà di concentrazione, di un atteggiamento negativo verso colleghi e superiori, di problemi nel prendere decisioni, sia ad un atteggiamento mentale di sfiducia verso il cambiamento (scala TRT), si riflettono nell'innalzamento della scala D.

##### Pt-ANX/FRS/OBS/FAM/WRK

La scala Pt (Psicastenia) si riferisce ad una sindrome i cui tratti centrali sono ansia, rimuginazione, sentimenti d'insicurezza e inferiorità, pretesa di elevati standard per sé e per gli altri. Questa scala è significativamente correlata con le scale di contenuto ANX, relativa a problemi d'ansia generalizzata, FRS, che rileva paure o fobie di vario genere, OBS, che si riferisce ad un tratto ossessivo del pensiero, FAM che rivela tensioni e disagio emotivo relativo al rapporto interfamiliare e WRK relativa ad un vissuto di inefficienza lavorativa e decisionale collegata a sentimenti di inadeguatezza. Pare quindi esistere in tale gruppo, una predisposizione a livello di struttura di personalità caratterizzata da difese nevrotiche che fanno appello a pensieri ossessivi accompagnati anche da forme compulsive di comportamento e da una forma d'ansia generalizzata. Tali fattori, assieme a problemi familiari e lavorativi, vanno a confermare l'effettiva misurazione della scala Pt del disturbo d'ansia con tratti ossessivi e compulsivi.

##### Hs-HEA/FAM/WRK

Anche nel gruppo Ser.T., viene confermata la correlazione tra Hs (Ipocondria) ed HEA; valgono quindi anche per tale gruppo le medesime considerazioni cliniche già descritte per il gruppo psichiatrico a conferma di una predisposizione strutturale nella personalità del soggetto a preoccuparsi eccessivamente della propria salute e a privilegiare l'uso del canale corporeo nell'espressione del disagio. In condizione di stress o disordini emotivi questa predisposizione può trovare espressione in un'elevazione della scala Hs che segnala la presenza di veri e propri aspetti ipocondriaci. Tali persone tenderanno quindi a preferire soluzioni mediche e possono ostacolare il trattamento psicologico. Inoltre, all'aumentare della scala Hs, si verifica un parallelo aumento delle scale FAM e WRK. Un ambiente familiare d'appartenenza carente di accudimento e poco protettivo, così come le difficoltà lavorative vanno ad aumentare la sensibilità rispetto allo stato di salute, precludendo quindi agli utenti Ser.T., la possibilità di accedere ad un livello di consapevolezza di sé e delle proprie carenze psicologiche più adeguato che non sia esclusivamente canalizzato attraverso il registro corporeo.

**Tab. III.** Correlazione di Pearson tra le Scale Fondamentali e le Scale di Contenuto nel gruppo di pazienti psichiatrici. Sono riportate le correlazioni discusse nel testo. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . *Pearson's correlations among Clinical and Content Scales in the group of psychiatric patients. In this table, the correlations discussed in the text are reported. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .*

	L	F	K	HS	D	PA	SI	DEP	HEA	SOD	FAM	WRK	TRT
L	1												
F	N.S.	1											
K	N.S.	-0,618**	1										
HS	N.S.	N.S.	0,486*	1									
D	N.S.	N.S.	-0,447*	N.S.	1								
PA	N.S.	0,708**	-0,520*	N.S.	N.S.	1							
SI	N.S.	0,515*	-0,623**	N.S.	0,766**	N.S.	1						
DEP	0,497*	0,711**	-0,726**	N.S.	0,786**	0,596*	0,685**	1					
HEA	N.S.	N.S.	N.S.	0,560*	0,543*	N.S.	N.S.	0,575*	1				
SOD	N.S.	0,509*	-0,563*	N.S.	0,680**	N.S.	0,901**	0,541*	N.S.	1			
FAM	N.S.	0,762**	-0,505*	N.S.	N.S.	0,501*	N.S.	0,660*	0,495*	N.S.	1		
WRK	0,460*	0,693**	-0,759**	N.S.	0,725**	0,611**	0,601**	0,924**	0,481*	0,490*	0,669**	1	
TRT	0,522*	0,668**	-0,592**	N.S.	0,661**	N.S.	0,619**	0,852**	0,540*	0,492*	0,611**	0,749**	1

#### Pd-ANG/ASP/FAM/WRK

La relazione esistente tra la Scala Fondamentale Pd e le Scale di Contenuto (ANG), che nello specifico, caratterizza tutti i pazienti tossicodipendenti con eroina come sostanza primaria, che alle pratiche antisociali (ASP), che ai problemi familiari (FAM) e lavorativi (WRK), conferma la difficoltà di controllo sulle pulsioni e l'incapacità a trarre profitto dall'esperienza. Possiamo quindi ipotizzare nei soggetti Ser.T. che l'elevazione della scala relativa alla deviazione psicopatica sia correlata sia a variabili centrate sul controllo del comportamento e sull'espressione esterna delle emozioni (ANG, ASP) sia a un inadeguato modello familiare, oltre che a problemi lavorativi.

#### Pa-CYN/FAM/WRK

Un'elevazione della scala Pa, che è indice di una particolare sensibilità nei rapporti interpersonali e di una difficoltà nella comprensione delle motivazioni e delle intenzioni degli altri (tratto sensitivo), nel gruppo Ser.T. è correlata con le scale FAM e WRK, ampiamente illustrate, e con la scala CYN che denota atteggiamenti negativi verso gli altri, vissuti come individui motivati nei loro comportamenti, solo da ragioni di tornaconto personale. Una difficoltà strutturale a livello di introiezione della fiducia di base, nel gruppo Ser.T. rende quindi conto della diffidenza verso gli altri (scala Pa), con l'ambiente familiare poco favorevole e le difficoltà lavorative; tale diffidenza strutturale può inoltre spiegare la difficoltà di aggrancio psicologico dell'utenza Ser.T.

#### Sc-BIZ/FAM/WRK

Oltre alle scale FAM e WRK, la scala BIZ, la cui elevazione denota aspetti psicopatologici dell'ideazio-

ne, pare essere alla base, come peraltro ipotizzato, dell'elevazione della scala Sc, relativa ad un'ampia varietà di convinzioni, esperienze e percezioni atipiche. Ciò costituisce un'ulteriore conferma della doppia radice, strutturale e appresa, di problematiche riguardanti l'area di funzionamento psicotico.

#### Ma-TPA/FAM/WRK

Per ciò che concerne la scala dell'ipomaniacalità (Ma), relativa alla tendenza ad agire in maniera euforica, aggressiva e iperattiva, le correlazioni evidenziate con le scale TPA, che caratterizza soggetti con uno stile di personalità «che tende al controllo», competitivo ed aggressivo, con le scale FAM, WRK, autorizzano, come la precedente, ad ipotizzare un'area di fragilità strutturale della personalità ed un'area legata a processi d'apprendimento ambientale come fattori eziopatogenetici dell'insorgere di difficoltà nel registro di funzionamento psicotico, in particolare ipomaniacale (Tabb. III, IV).

## Conclusioni

Gordon Allport è stato uno dei più noti psicologi a tentare di descrivere la personalità in termini di tratti. Secondo Allport, non esistono persone uguali; non vi sono due individui che rispondano allo stesso modo, neanche a stimoli identici. Le teorie comportamentali dei tratti, attraverso un ragguardevole numero di ricerche hanno raggiunto la conclusione che i tratti usati più spesso per descrivere se stessi e le altre persone sono: l'estroversione, la gradevolezza, la coscienziosità, la stabilità emotiva e la disponibilità alle esperienze. I teorici definiscono i tratti quelle



**Tab. IV.** Correlazione di Pearson tra le Scale Fondamentali e le Scale di Contenuto nel gruppo di utenti Ser.T. Sono riportate le correlazioni discusse nel testo. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .  
*Pearson's correlations among Clinical and Content Scales in the group of drug abuse service users. In this table, the correlations discussed in the text are reported. \*  $p < 0,05$ ;*  
*\*\*  $p < 0,01$ .*

HS	D	PD	PA	PT	SC	MA	SI	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	FAM	WRK	TRT	
HS	1																					
D	0,644**	1																				
PD	0,741**	0,745**	1																			
PA	0,673**	0,665**	0,690**	1																		
PT	0,716**	0,780**	0,829**	0,794**	1																	
SC	0,738**	0,721**	0,817**	0,790**	0,909**	1																
MA	0,470*	N.S.	0,541*	0,639**	0,745**	0,714**	1															
SI	0,630**	0,857**	0,716**	0,753**	0,795**	0,740**	N.S.	1														
ANX	0,604**	0,869**	0,803**	0,843**	0,843**	0,768**	0,582**	0,847**	1													
FRS	0,738**	0,612**	0,592**	0,722**	0,718**	0,57**	0,513*	0,637**	0,723**	1												
OBS	0,631**	0,769**	0,620**	0,862**	0,852**	0,744**	0,741**	0,791**	0,867**	0,756**	1											
DEP	0,623**	0,869**	0,738**	0,883**	0,857**	0,783**	0,638**	0,856**	0,969**	0,732**	0,937**	1										
HEA	0,805**	0,607**	0,685**	0,851**	0,737**	0,772**	0,651**	0,668**	0,8**	0,753**	0,790**	0,792**	1									
BIZ	0,640**	0,67**	0,738**	0,897**	0,884**	0,909**	0,774**	0,698**	0,816**	0,626**	0,813**	0,842**	0,804**	1								
ANG	0,620**	0,583**	0,689**	0,850**	0,811**	0,802**	0,767**	0,651**	0,824**	0,636**	0,831**	0,830**	0,873**	0,851**	1							
CYN	0,546*	0,569**	0,585**	0,721**	0,683**	0,622**	0,724**	0,619**	0,754**	0,747**	0,748**	0,778**	0,733**	0,734**	0,776**	1						
ASP	0,549*	0,478*	0,538*	0,605**	0,713**	0,646**	0,858**	0,494*	0,648**	0,675**	0,741**	0,7**	0,671**	0,699**	0,737**	0,903**	1					
TPA	0,527*	0,496*	0,561*	0,792**	0,720**	0,670**	0,832**	0,54*	0,766**	0,704**	0,854**	0,813**	0,803**	0,744**	0,882**	0,809**	0,809**	1				
LSE	0,526*	0,879**	0,705**	0,773**	0,878**	0,761**	0,611**	0,866**	0,895**	0,616**	0,893**	0,934**	0,605**	0,793**	0,731**	0,669**	0,669**	0,687**	1			
FAM	0,788**	0,776**	0,823**	0,799**	0,906**	0,896**	0,607**	0,851**	0,847**	0,736**	0,798**	0,830**	0,821**	0,862**	0,835**	0,696**	0,661**	0,808**	1			
WRK	N.S.	0,828**	0,723**	0,879**	0,876**	0,768**	0,682**	0,822**	0,930**	0,727**	0,946**	0,960**	0,810**	0,866**	0,840**	0,752**	0,780**	0,901**	0,845**	1		
TRT	N.S.	0,797**	0,674**	0,884**	0,828**	0,804**	0,689**	0,776**	0,895**	0,688**	0,947**	0,954**	0,829**	0,849**	0,888**	0,762**	0,832**	0,862**	0,823**	0,937**	1	

proprietà, qualità o processi sottostanti, presenti in ciascun individuo; sono anche quegli schemi di riferimento cui riportare le costanti comportamentali di un individuo, utili altresì a rilevare differenze stabili e durature tra le persone nelle risposte fornite a stimoli della stessa natura (situazioni) <sup>15</sup>.

La tendenza abituale e costante all'apprensione nelle svariate situazioni, per esempio, è stata definita «tratto di ansia» ed è indicata come caratteristica stabile e permanente di personalità, mentre lo «stato di ansia» esprimerebbe una condizione emotiva vissuta in un momento particolare e circoscritto. L'ansia-tratto, infatti, nei questionari, viene esplorata attraverso i cosiddetti «general form» invece, l'ansia-stato, dai «today-form».

Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) (Hathaway e McKinley, 1951-1967) è una tecnica di accertamento che spesso è stata associata con le teorie dei tratti <sup>16 17</sup>. Le Scale di Contenuto possono essere considerate scale che ci danno informazioni sui tratti di personalità in quanto vanno ad esplorare la stabilità emotiva e l'estroversione (ANX, FRS, OBS, DEP, BIZ, HEA e ANG) la gradevolezza (CYN, ASP, TPA, SOD, WRK, LSE), la coscienziosità (ANG, BIZ, ASP; WRK, TRT, FAM), la disponibilità all'esperienza (TPA, ASP, CYN, BIZ, LSE, SOD, FAM, WRK, TRT). Con lo studio delle correlazioni fra i due tipi di scale (Fondamentali/Contenuto) possiamo formulare ipotesi interpretative su quanto l'evidenza di uno o più tratti di personalità nelle Scale di Contenuto possa portare, in momenti di stress, all'elevazione contemporanea di una o più Scale Fondamentali e quindi all'espressione di uno o più tratti di personalità rispetto ad altri. Quindi l'elevazione di una Scala Fondamentale può essere l'espressione di un tratto caratteristico della personalità di quel soggetto <sup>18 19</sup>.

I risultati di questa ricerca ci hanno portato a considerare il test MMPI-2 quale strumento in grado di rilevare gli elementi clinici riportati di seguito.

- 1) Di evidenziare quadri psicopatologici. Da questo studio è emerso che il gruppo Psichiatrico si distingue dagli altri due gruppi in quanto, oltre all'elevazione delle scale Fondamentali dell'area psicotica, l'asse timico è spostato sulla D rispetto alla Ma e quindi risulta dominante l'aspetto depressivo. L'altro dato interessante è dato dall'elevazione della scala Hs che esprime la difficoltà di mentalizzare il disagio psichico che è espresso mediante il canale somatico.
- 2) Di fare considerazioni cliniche e diagnostiche soprattutto sul funzionamento di personalità che può portare allo sviluppo di una patologia nell'area della dipendenza (abuso di sostanze, disturbo

del comportamento alimentare, psicosi, disturbo di personalità). I risultati dei campioni esaminati, infatti, confermano l'ipotesi della comorbidità tra i due gruppi in esame: in entrambi è presente una fragilità del Sé che contribuisce alla strutturazione di un assetto difensivo rigido, rendendo difficile e, a volte, impossibile lo scambio con l'esterno e, dunque, il processo d'individuazione. Emerge la comune difficoltà a tollerare la frustrazione con un bisogno di soddisfacimento immediato (labilità pulsionale) e non differito e una notevole difficoltà a riconoscere la rabbia e l'aggressività che viene o autodiretta o agita. Ciò configura, dunque, una disposizione alla dipendenza che porta la persona, nel caso del tossicodipendente, a fare appello alla «sostanza» e, nel caso del paziente psichiatrico, allo psicofarmaco.

- 3) Di darci indicazioni attraverso l'analisi delle Scale di Contenuto su come la persona si percepisce e sul grado di coscienza delle proprie aree problematiche. Per ciò che concerne il gruppo Ser.T. tutte le Scale di Contenuto, tranne la scala SOD, correlano con le Scale Cliniche in diverse combinazioni e tutte, in vario modo, caratterizzate dalla presenza di FAM (Problemi familiari) e WRK (Difficoltà sul lavoro). Tale dato potrebbe essere letto, alla luce della teoria sui tratti, come un indice, nella personalità dei soggetti appartenenti al gruppo di tossicodipendenti, di difficoltà strutturali focalizzate su queste aree e anche diffuse sui diversi livelli. Anche nel gruppo psichiatrico le scale FAM e WRK correlano frequentemente con le Scale Cliniche oltre che con le scale di validità (K, F e L): questo ci porta a rilevare una similitudine fra i due gruppi patologici in relazione alle stesse aree problematiche della personalità. Pertanto lo studio delle correlazioni fra Scale Fondamentali e di Contenuto può certamente condurci a definire queste ultime come indicatrici del *tratto* di personalità e le Scale Fondamentali indicatrici dell'aspetto di *stato*.

Infatti, anche i risultati emersi dalle correlazioni fra scale Fondamentali e di Contenuto, permettono di considerare le scale di Contenuto come fonte preziosa di informazione sui tratti di personalità, una sorta di riassunto del livello di grandezza delle aree-problema ammesse dal paziente, la descrizione di una condizione meno situazionale che, in momenti di particolare stress o scompenso del funzionamento psichico, attraverso una elevazione contemporanea, possono trovare espressione in uno «Stato» psicopatologico (Scale Cliniche) strettamente connesso alle caratteristiche di «Tratto» (Scale di Contenuto).

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Pancheri P. *Ossessioni, compulsioni e continuum ossessivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1992.
- <sup>2</sup> Feinstein AR. *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. J Chronic Dis 1970;23:455-68.
- <sup>3</sup> Feinstein AR. *Clinical Epidemiology*. New Haven: Yale University Press 1984.
- <sup>4</sup> Clarkin JF, Lenzenweger MF. *I disturbi di personalità (e cinque principali teorie)*. Milano: Raffaello Cortina 1997.
- <sup>5</sup> Rigliano P, Miragoli P. *Tossicomania e sofferenza mentale: la questione della doppia diagnosi. Dalla separazione alla ricomposizione*. Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali 2000;CXXIV:83-95
- <sup>6</sup> Krausz M. In: Lucchini A, ed. *La diagnosi dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: F. Angeli 2001, p. 57.
- <sup>7</sup> Verheul. In: Lucchini A, ed. *La diagnosi dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: F. Angeli 2001, p. 58.
- <sup>8</sup> Fioritti A, Solomon J. *Doppia diagnosi epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: F. Angeli 2002.
- <sup>9</sup> Butcher JN, Graham JR. *Development and use of the MMPI-2 Content Scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1990.
- <sup>10</sup> Butcher JN. *The MMPI-2 in psychological treatment*. New York: Oxford University Press 1990.
- <sup>11</sup> Pancheri P, De Fidio D. *Dal Minnesota Multiphasic Personality Inventory al Panda: il MMPI- 2 automatico*. Giorn Ital Psicopat 1999;5:143-54.
- <sup>12</sup> Hathaway SR, McKinley JC. *MMPI-2*. Firenze: OS 1995.
- <sup>13</sup> Butcher JN, Williams C. *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI2 e del MMPI-A*. Firenze: OS 1996.
- <sup>14</sup> De Fidio D, Pancheri P. *La taratura italiana del MMPI-2*. Giorn Ital Psicopat 2001;154 (poster).
- <sup>15</sup> Forzi M. *Lo studio della personalità*. Bologna: Il Mulino 1996.
- <sup>16</sup> Darley JM, Glucksberg S, Kinchla RA. *Psicologia II. Sviluppo personalità e psicologia clinica. Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino Prentice Hall International 1993, pp. 117-124.
- <sup>17</sup> Lewak RW. *Therapist guide to the MMPI e MMPI-2. Providing feedback and treatment*. Muncia, Indiana: AD Publishers 1990.
- <sup>18</sup> Graham J. *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology*. Oxford University Press 1990.
- <sup>19</sup> Donà GP, Micheluzzi F, Moro V. *Normalità e patologia psichiatrica: quale differenza? Un'analisi statistica sulle scale fondamentali e di contenuto del test MMPI-2*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2004;10:11-23.