



LEZIONE 5

LO SCORING DEL MMPI-2

Bene, come si effettua lo scoring del Test MMPI-2? Chiaramente per decenni è stato, come si dice in gergo, sgrigliato a mano; adesso non succede più, ci sono dei programmi più o meno costosi che consentono di avere dei risultati più o meno accettabili. In Italia, il distributore ufficiale per il test è la Giunti Psychometrics, pertanto lo scoring online viene effettuato sul loro sito ufficiale.

Allora, questo è il profilo che viene fuori dal programma che propone la Giunti per l'elaborazione del test MMPI-2. Costa un tot per elaborazione, ed è stato ristrutturato da pochissimo tempo, a seguito della nuova standardizzazione italiana del test MMPI-2, nel 2017. Il profilo della Giunti è organizzato in sette sezioni, ognuna delle quali comprende uno o più gruppi di scale. Nella prima sezione sono riportati i punteggi ottenuti alle scale di validità e alle scale cliniche non corrette per il K. Cos'è questa correzione K? È una vera e propria revisione che si attua su alcune scale, che si è ritenuta necessaria già nei primi anni perché si è visto che queste scale risultavano più sensibili a un atteggiamento difensivo del paziente.

Per cui al valore grezzo, di base, si aggiungeva una frazione di questa scala chiamata K che facendo quindi elevare il punteggio della scala clinica, correggeva, appunto, la tendenza a sottostimare la patologia.

Nell'ambito forense, e nell'ambito non clinico in generale, non si utilizza la correzione K, mentre nell'ambito clinico vanno sempre considerati i punteggi corretti per il K.

Se andiamo a guardare le scale di validità, in pagina 2, troviamo tre colonne: la prima riporta un valore indicato con "Non so punto interrogativo". Che vuol dire Non so? È la famosa cannot scale, ossia la scala delle risposte non date, ossia il numero delle domande a cui il paziente non ha risposto. Questo valore, è bene che sia il più possibile vicino allo zero. Questo per quale motivo? Innanzitutto, perché se le omissioni superano il numero di 30, il test va considerato non valido, a maggior ragione se di queste 30, venti sono nella prima parte del test, dove per prima parte del test intendiamo fino all'item 370. Perché va invalidato il test? Perché già 20 omissioni

fanno perdere di consistenza quelle scale che sono composte anche dagli item omessi, quindi più omissioni abbiamo più perde di valore la scala che è costruita da quei determinati item.

La seconda colonna riporta il valore grezzo di F corretto per il K, nella terza colonna troviamo le voci "percentuale di risposta vero" e "percentuale di risposta falso", due valori che sono importanti, ma fino a certo punto: ci servono per vedere se si è più acquiescenti o meno verso il test, nel senso che chi è più portato a rispondere "vero", magari avrà una percentuale superiore a 60% di vero, oppure, se il soggetto ha una tendenza marcata a rispondere "falso" (parliamo di un valore oltre al 70%), si dice che il test va guardato un po' con sospetto però non è questo l'indice che ci fa dire se il test è interpretabile o no.

Successivamente il programma vi fa vedere le scale di validità e il profilo delle scale corretto per il K, da impiegare nei casi clinici. Nelle successive tre sezioni sono riportati i punteggi relativi alle sottoscale latenti-palesi di Wiener e Harmon,

Alle scale cliniche ristrutturata (dette RC) e alle sottoscale cliniche, cominciando dalle sottoscale di Harris e Lingo.

Di seguito il programma vi mostra le fattoriali della Scala SI, che vengono separate dalle altre scale fattoriali perché sono state teorizzate da altri autori, ma la loro sostanza non cambia.

Nella quinta sezione compaiono i punteggi delle scale supplementari: le PSY-5, le scale che valutano le caratteristiche generali di personalità,

Le scale che indicano distress emozionale generalizzato, quelle che valutano il discontrollo comportamentale...

E quelle che valutano il ruolo di genere. Nella settima sezione, le scale di contenuto. Piccolo ripasso: le scale di contenuto esprimono quello che in fondo il soggetto vuol dire allo psicologo; le scale di base invece mostrano in realtà come il soggetto valuta che il proprio comportamento venga visto dagli altri, in base ad un criterio, diciamo così, più normativo che però involontariamente è riferito a sé stesso perché è lui che valuta il proprio comportamento in termini di "stranezza". Prendendo come beneficio queste due affermazioni potremmo dire che le scale di contenuto sono una comunicazione diretta della forma di disagio, mentre invece le scale principali sono una riflessione del paziente su come sta, una valutazione del proprio comportamento rispetto a quello che lui forse pensa essere il comportamento normale per gli altri.

Le derivate delle scale di contenuto noi non le prendiamo in considerazione perché hanno una validità molto molto limitata, a differenza delle scale fattoriali delle scale principali, ovvero le scale di Harris e Lingoès.

Infine, un ultimissimo prodotto che sono gli item critici, di cui abbiamo già parlato, e gli eventuali item con risposta mancante.