

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO X N.2 2016

Applicazioni forensi del MMPI-2

Using MMPI-2 in Forensic Assessment

Paolo Roma • Elisa Piccinni • Stefano Ferracuti

Abstract

The paper deals with the diagnostic and descriptive validity of MMPI family questionnaires in the forensic field. The validity scales of the MMPI-2, MMPI-2-RF, and MMPI-A, are compared, grouping the same in response styles. The issue of how to discriminate between simulation, concealment and authenticity of the subject is addressed. The future development of the interpretation of the questionnaires in the forensic field are also discussed.

Key words: MMPI-2, MMPI-A, MMPI-2-RF, forensic, validity.

Riassunto

Il contributo affronta il tema della validità diagnostica e descrittiva dei questionari della famiglia MMPI nei contesti di applicazione forensi. Sono confrontate le scale di validità del MMPI-2, MMPI-2-RF e del MMPI-A, suddividendo le stesse in stili di risposta. È affrontato il tema della modalità di discriminazione tra simulazione, dissimulazione e autenticità del soggetto. Sono inoltre delineati gli sviluppi futuri dell'interpretazione dei questionari in ambito forense.

Parole chiave: MMPI-2, MMPI-A, MMPI-2-RF, psicodiagnosi forense, validità.

Per corrispondenza: PAOLO ROMA, Via Virginia 8, 00181 Roma • email: paolo.roma@uniroma1.it

Paolo ROMA, Professore a Contratto, Università La sapienza, Facoltà di Medicina e Psicologia: Psicologia, Pedagogia e Servizio sociale
Elisa PICCINNI, Università La sapienza, Facoltà di Medicina e Psicologia: Psicologia, Pedagogia e Servizio sociale
Stefano FERRACUTI, Professore Associato, Università La sapienza, Facoltà di Medicina e Psicologia: Psicologia, Pedagogia e Servizio sociale

1. Introduzione

Il test *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway, McKinley, 1940, 1942), con i suoi diversi aggiornamenti e varianti (MMPI-2, MMPI-2-RF, MMPI-A), è il questionario sulla psicopatologia più diffuso e utilizzato nell'assessment clinico e psichiatrico. Il grande consenso e la vasta diffusione del questionario sono da attribuire principalmente alle sue caratteristiche strutturali: la facilità di somministrazione, di *scoring*, di verifica della validità tramite apposite scale, e la disponibilità di dati normativi, con cui confrontare i punteggi ottenuti, diversificati per genere. Il successo deriva anche dalla capacità diagnostica dello strumento, creato tra il 1930 e il 1947 attraverso un lavoro dapprima di selezione di descrittori psicopatologici dal manuale di Kraepelin, poi attraverso la messa alla prova di quei descrittori tra gruppi differenti di pazienti psichiatrici e gruppi di soggetti normali. Nel corso del tempo numerosi sono stati i lavori teorici e di ricerca che hanno documentato l'attendibilità e la validità dell'MMPI e il suo utilizzo in diversi contesti applicativi.

Il questionario MMPI-2 è la versione aggiornata del MMPI. Il MMPI-2 è stato aggiornato più di una volta, con incrementi di scale e misure. Con il MMPI-2-RF (Ben-Porath & Tellegen, 2008), il questionario si è ancor più distanziato dall'idea originale di MMPI. Il nuovo questionario è stato costruito rimescolando gli item del MMPI-2 attraverso procedimenti statistici e perde la caratteristica psicopatologica iniziale del MMPI diventando di più una scala sintomatologica. In particolare gli autori, partendo dai lavori sulle Scale Restructured Clinical (RC), hanno selezionato 338 item dal MMPI-2 e approntato un questionario che a tutti gli effetti si pone come uno strumento a sé, psicometricamente aggiornato. Sono disponibili due manuali (Ben-Porath & Tellegen, 2008) che descrivono la modalità con cui è stato costruito il nuovo questionario e vengono riportati i correlati empirici delle diverse scale in diversi setting (out-patient, in-patient, drug abuse, forensic). In sintesi, si tratta di una "versione ridotta" del MMPI-2 collegata concettualmente ed empiricamente a teorie e modelli della personalità e della psicopatologia più attuali e che comprende le Scale di Validità più cinque gruppi di scale per un totale di 42 scale.

2. Applicazioni non cliniche del MMPI

Il MMPI ben presto uscì dal contesto clinico per il quale era nato, cominciando ad essere applicato come strumento di screening in contesti di selezione (come ad esempio nei concorsi delle forze armate) e nei contesti psichiatrico forensi e medico legali. In queste situazioni non è insolito che le persone cui viene chiesto di descrivere la loro condizione di salute mentale facciano uno sforzo per influenzare il ri-

sultato a loro favore. Nelle situazioni in cui avranno bisogno di apparire psicologicamente disturbate potranno segnalare numerosi sintomi; nelle situazioni in cui saranno scelte se in assenza di sintomi psichiatrici, potranno descriversi in modo favorevole, minimizzando ogni difetto psicologico. D'altronde, nell'ottica della psicologia sociale, è ritenuto normale e auspicabile un adattamento dell'autorappresentazione a seconda del contesto.

Onestà e precisione sono però le due caratteristiche cruciali per l'attendibilità delle valutazioni di uno strumento autosomministrato. Per questa ragione gli autori del MMPI inserirono sin dalla prima edizione del questionario alcune scale per la valutazione dello stile di risposta del paziente, spiegando che quelle scale sarebbero state utili per conoscere la capacità di riflettere sulle proprie problematiche e quindi per individuare la distorsione non intenzionale del soggetto. Gli autori però non potevano immaginare che le stesse scale da loro ideate per la valutazione clinica del paziente sarebbero state utilizzate negli anni seguenti anche come misura di distorsione intenzionale e programmata.

Ad oggi sappiamo che rilevare la simulazione o la dissimulazione di malattia nell'autopresentazione è un processo difficile che richiede attente considerazioni. A tal proposito Rogers e Granacher (2011) hanno specificato che la determinazione di simulazione nelle valutazioni forensi non è un processo univoco ma comporta un attento processo a più fasi, che integra i risultati provenienti dai colloqui clinici, dai reattivi mentali effettuati e dai dati biografici. Altri hanno considerato che la base per la definizione di simulazione / dissimulazione è la correlazione tra i risultati ai test e il modello teorico (motivazionale e strategico) che fornirebbe il maggior successo all'individuo in quella particolare situazione (Nichols, 2011). In questo senso il test diventa anche una misura complessiva di atteggiamento che, indipendentemente dalla sua valutazione, fornisce elementi sostanziali per la definizione clinica del soggetto.

Il MMPI-2, quindi, in quanto prova dipendente dalla visione che il soggetto vuole fornire, può aiutare il clinico non solo a comprendere l'eventuale psicopatologia, ma anche e soprattutto a valutare la propensione alla falsificazione, discriminando quindi soggetti più o meno attendibili nelle loro dichiarazioni sintomatologiche. Inoltre le scale di validità dei questionari MMPI sono molteplici, ampiamente studiate e continuamente aggiornate, tanto da aiutare fattivamente il clinico nelle sue decisioni diagnostiche.

3. Rilevare lo stile di rappresentazione del Sé al MMPI-2/MMPI-A/MMPI-2-RF

Nichols, Greene, e Schmolck (1989) hanno proposto un'importante distinzione nell'interpretazione degli stili di risposta allo MMPI, dividendolo dapprima in due grandi

categorie (CNR: risposte dal contenuto non coerente; CRF risposte dal contenuto sensibile alla falsificazione) poi in categorie più specifiche. La categoria CNR è presente quando il soggetto manca di cooperazione nel compilare il test, ha una scarsa comprensione, o ha una patologia acuta, tanto da fornire risposte casuali e comunque non connesse a specifici contenuti. In questo caso il questionario non può essere interpretato perché le risposte non sono collegate agli item. Al contrario CRF si verifica quando un soggetto di-

storce le risposte in base al contenuto degli item. In questo caso possiamo avere: una sovra-rappresentazione dei sintomi, come nel caso in cui si rappresentino problemi mentali per avvalorare la richiesta di vizio di mente o la valutazione di un danno; una sottostima della psicopatologia, quando il candidato voglia presentare caratteristiche positive e favorevoli, negando o minimizzando alcuni suoi difetti. La tab. 1 fornisce un quadro riassuntivo delle scale di validità dei tre test della famiglia MMPI.

			MMPI-2	MMPI-A	MMPI-2-RF	
Scale che valutano una modalità di risposta non legata al contenuto degli item			VRIN	VRIN	VRIN-r	Incoerenza variabile nelle risposte.
			TRIN	TRIN	TRIN-r	Incoerenza nelle risposte vero
Scale che valutano una modalità specifica di risposta collegata al contenuto degli item	Tendenza ad esagerare la patologia	Scale sviluppate sulla popolazione generale	F	F	F-r	Risposte infrequenti
			Fb			Risposte infrequenti nella seconda parte
				F1		Risposte infrequenti nella prima parte
				F2		Risposte infrequenti nella seconda parte
	Tendenza a minimizzare la patologia	Scale sviluppate su popolazioni specifiche	Fp		Fp-r	Risposte infrequenti nella popolazione psichiatrica.
					Fs	Risposte somatiche infrequenti
			FBS		FBS-r	Validità dei sintomi
					RBS	Scala di distorsione delle risposte
			L	L	L-r	Virtù rare
			K	K	K-r	Correzione
			S			Risposte superlative.

Tab. 1. Quadro riassuntivo delle scale di validità dei test della famiglia MMPI.

4. Lo stile di minimizzazione dei sintomi

L'*underreporting* si verifica quando le risposte al test suggeriscono un livello di funzionamento che è migliore di quello che sarebbe verificabile attraverso una valutazione oggettiva. Il termine *underreporting* è da preferirsi a termini quali *faking good*, che connotano un'intenzionalità specifica che non può essere inferita dai soli dati del test. Le misure di self-report di personalità e psicopatologia sono intrinsecamente suscettibili di un *underreporting* non intenzionale, nel caso in cui manchi la consapevolezza o la comprensione dei propri disturbi psicologici. Questa era l'eventualità già ipotizzata dagli autori del test negli anni 30/40 del secolo scorso. Applicando il test in contesti forensi la minimizzazione si verifica quando, dato il contesto valutativo, un buon adattamento è una qualità altamente desiderabile. Come nel caso dell'*overreporting*, la differenziazione tra *underreporting* intenzionale o non intenzionale richiede la considerazione di dati extra-test. Per esempio, se chi fa il test si presenta come estremamente adattato, ma vive considerevoli diffi-

coltà psicologiche, ciò incrementa la probabilità che l'individuo stia deliberatamente *underreporting* (Ben-Porath & Tellegen, 2008).

4.1 La Scala delle Virtù rare (Scala Lie, L, L-r)

Questa scala fu costruita, su base razionale, attraverso la scelta di quegli item che si riteneva fossero in grado di stimare il grado di sincerità del soggetto, ovvero l'intenzione di presentare un'immagine positiva di sé attraverso la dichiarazione di comportamenti "socialmente desiderabili, ma raramente presenti in un individuo" (Meehl e Hathaway, 1946). Per questa ragione nelle diverse versioni del test la scala è costituita da item che fanno riferimento a comportamenti relativamente comuni, a piccole infrazioni e difetti/debolezze che la maggior parte delle persone sono disposte ad ammettere (per esempio: "A volte mi arrabbio"). Il soggetto rispondendo Falso a questi item evidenzia la tendenza a mostrarsi o a fornire un'immagine di sé so-

cialmente virtuosa e ben adattata. La scala L può essere definita la misura per eccellenza dell'atteggiamento del soggetto nei confronti del test. In particolare l'atteggiamento può essere: a) sincero, quando il soggetto riconosce di avere delle piccole mancanze comuni ($L < 56$ punti T); b) sincero, ma non totalmente attendibile, quando egli non riconosce di avere delle piccole mancanze ($L > 55$); c) non sincero e non attendibile quando egli non vuole riconoscere le sue mancanze. La differenza tra i punti b) e c) è data da quanto l'anamnesi individuale combacia con l'elevazione della scala L. Ad esempio in un soggetto con personalità semplice e deficit mentale non è infrequente riscontrare una scala L elevata, indicativa di semplicità e difficoltà a non aderire a standard morali elevati. Al contrario una scala L elevata in un soggetto scaltro, furbo e ben inserito nel contesto sociale è indice di non sincerità al test.

4.2 La Scala di Correzione (Correction- Defensiveness Scale, K, K-r).

La scala K è stata pensata negli anni '40 con una funzione di "magnificazione" ovvero è utilizzata per correggere l'influenza dell'atteggiamento difensivo su alcune scale cliniche (Hs, Pd, Pt, Sc e Ma) mediante l'aggiunta di alcune frazioni del suo punteggio (Meehl e Hathaway, 1946, McKinley, Hathaway e Meehl, 1948). Il contenuto della scala K copre diverse aree tematiche (ostilità, diffidenza, conflitti familiari, mancanza di confidenza interiore, eccessive preoccupazioni), con affermazioni più sottili rispetto a quelle della scala L che rendono difficile l'identificazione degli obiettivi sicché è complicato anche per i soggetti più difesi evitare di scoprirsi. La scala nel suo complesso valuta la forza dell'io ed il controllo emotivo, e può essere considerata una misura dello stile di coping, della capacità di regolazione, e della stabilità della personalità del soggetto valutato (Heilbrun, 1961). A seconda dell'elevazione la scala può descrivere: a) un soggetto con buona forza dell'io, un buono status socio economico, un adeguato inserimento sociale, un buon adattamento (punteggi elevati); b) il tentativo del soggetto di negare una condizione psicopatologica, presentando un'immagine positiva di sé (punteggi alti); c) esagerare la patologia fornendo un'immagine negativa di se stesso (punteggi bassi).

Solo in due di questi casi, quindi, la scala K può essere considerata una misura di falsificazione. Come suggerisce Greene (2000) la scala K misura la normalità tra le persone normali (!) e l'atteggiamento difeso tra le persone che in qualche misura soffrono di una qualsiasi forma di psicopatologia. Diversi autori (Graham, 2006; Greene 2000) si sono posti negli anni il quesito se sia sempre necessario e utile "correggere" il profilo ottenuto aggiungendo le "frazioni di K" come riportato nel manuale. La letteratura corrente (Sellbom & Ben-Porath, 2006) concorda unanimemente sull'opportunità, soprattutto in ambito forense - dove la possibilità di alterare intenzionalmente i risultati è più elevata - di non aggiungere la frazione di K e, di considerare il profilo MMPI-2 senza tale correzione. In tale modo è possibile limitare l'impatto di K, quindi del tentativo di modificare il profilo a proprio vantaggio. Peraltro diverse ricerche hanno confermato che la correzione di K non incrementa la validità delle scale cliniche in nessun setting, anzi in alcuni particolari contesti, come quello forense, ne riduce la validità (Barthlow et al., 2002; Ben-Porath & For-

bey, 2004). Ben-Porath & Forbey (2004) riferiscono che la mancata considerazione di K non modifica i *code-type* e che questi possono essere utilizzati in ugual modo. Anche questi autori, infine, raccomandano in un contesto forense di considerare i punteggi senza la correzione K. Aggiungono che "se il profilo senza K indica un'inferenza differente da un profilo corretto con K, il clinico dovrebbe contare su altre fonti oltre al MMPI-2 [...] per determinare quale inferenza sia la più corretta" (Ben-Porath & Forbey, 2004, p.32).

Nel MMPI-2-RF il problema di assegnare o meno la correzione K viene meno in quanto non è più applicata alcuna forma di "magnificazione" delle scale cliniche. La scala quindi si utilizza solo per discriminare le tendenze del soggetto a rappresentarsi in maniera differente rispetto a quella reale.

4.3 La Scala S (Superlative Self-Presentation Scale)

La Scala S è stata elaborata da Butcher e Han (1995) per valutare la tendenza del soggetto di riconoscersi attribuiti positivi. Gli item misurano la serenità, la soddisfazione per la vita, la pazienza e negazione dell'irritabilità e della rabbia, la presenza di elevati valori morali. Queste caratteristiche sono frequenti in tutte quelle situazioni nelle quali il soggetto può essere motivato a dare un'immagine superlativa di se stesso (Graham, 2006). La scala è composta da 50 item e per la sua validazione gli autori hanno usato come gruppo di contrasto soggetti maschi piloti di aerei di linea. Punteggi moderatamente alti alla scala S potrebbero suggerire un buon adattamento e sanità mentale, ma punteggi che superano il limite T di 60 rivelano una tendenza ad esagerare questo adattamento. La scala S deve essere inoltre valutata in confronto con la scala K. Quando la Scala S supera la Scala K, allora il soggetto potrebbe rappresentarsi in maniera eccessivamente positiva e quindi fornire un protocollo non attendibile. Il rapporto migliore è con la scala S inferiore o uguale alla scala K. In questo caso la Scala può indicare un soggetto adattato e fiducioso in se stesso.

5. Stile di esagerazione della patologia

Il concetto di *overreporting* rimanda ad un livello di cattivo funzionamento che è talmente esagerato da "non essere credibile". Secondo Ben-Porath & Tellegen, (2008, p. 24), il termine *overreporting* è preferibile ad alternative come "*faking bad*" o "*malingering*" (si veda sopra). Inoltre, rispetto all'intenzionalità è necessario considerare come alcuni disturbi mentali siano caratterizzati da un *overreporting* non intenzionale di sintomi (ad es., disturbi somatoformi, isteria) o da una errata percezione della realtà (ad es., disturbi del pensiero). Fatte queste premesse, la scala F, nelle sue diverse declinazioni, è deputata a mettere in evidenza l'atteggiamento sfavorevole assunto nel descriversi.

5.1 Scale delle Risposte Infrequenti della popolazione normale (Infrequency Scale, F e F-r).

La scala F è stata inserita nell'MMPI per rilevare la presenza di tentativi di simulare la patologia mentale (Butcher, 1990). Prima della creazione delle Scale Trin e Vrin la scala

valutava anche le modalità atipiche di risposta (Meehl e Hathaway, 1946). Le affermazioni della scala erano scelte perché contrassegnate da meno del 10% dei soggetti adulti. Gli item individuano: sintomi fisici, ideazione paranoide, condotte antisociali, conflittualità familiare, aspetti schizoidi, psicotismo, compulsione.

L'innalzamento della scala F può indicare: a) la presenza di stress e/o comunque di un malessere diffuso e sentito come invalidante da parte del soggetto (si tratta in questo caso di pazienti psichiatrici); b) amplificazione della condizione psicopatologica nel tentativo di richiamare l'attenzione del clinico sulla condizione di malessere. Chiaramente solo il colloquio clinico, la storia psicopatologica, le certificazioni prodotte e l'adattamento alla vita quotidiana potranno indicare l'effettivo significato della scala F elevata.

5.2 Scale delle risposte infrequenti della popolazione generale in settori specifici dei test (Fb; F1, F2)

La scala Fb costituisce un indicatore di validità del test costruito appositamente per l'MMPI-2 (Butcher, Dalstrom, Graham, Tellegen e Kaemmer, 1989). Essa è costituita seguendo lo stesso modello della scala F e quindi selezionando le 40 affermazioni a cui meno del 10% dei soggetti del campione normativo ha risposto affermativamente. Questa scala, quindi, ha lo stesso valore della scala F, ma gli item che la compongono sono collocati nella seconda metà del questionario (il primo item della scala Fb è il 281, mentre l'ultimo della scala F è il 361). I contenuti della scala sono: panico / paura, depressione, autolesività, abuso di alcol, distacco dalla famiglia, psicosi. È utile sottolineare, che il tema centrale degli item della scala F è l'aspetto psicotico, mentre il tema che caratterizza gli item della scala Fb è un malessere accentuato con tonalità depressiva. Questa distinzione assume particolare importanza quando vengono fatte le inferenze sui punteggi di queste due scale soprattutto se sono presenti incongruenze, quali elevazioni in una e non nell'altra. A tal proposito, Gotts & Knudsen, (2005) hanno evidenziato infatti che soggetti clinicamente depressi rispetto a psicotici o isterici ottengono un punteggio più elevato sulla scala Fb rispetto alla scala F.

Le scale F1 e F2 del MMPI-A sono state costruite con lo stesso modello della scala F ed individuano le risposte infrequenti nelle due diverse parti del test MMPI-A.

5.3 La Scala Fp e Fp-r (Psychiatric Infrequency Scale)

La Scala Fp è stata proposta da Arbisi e Ben-Porath (1995, 1997) con lo scopo di rilevare l'*overreporting* in ambiente clinico. In particolare la scala è stata costruita selezionando gli item contrassegnati da meno del 20% di soggetti psichiatrici. Dai dati di ricerca emerge:

- una maggiore accuratezza rispetto alla scala F nell'identificare pazienti psichiatrici, ricoverati o meno, istruiti ad esagerare i loro problemi (Arbisi & Ben-Porath, 1998; Berry et al. 1996); ed è in grado di discriminare l'amplificazione dei sintomi in pazienti psichiatrici con alcune differenze tra i sessi (Archer et al., 2001).
- Una buona capacità a riconoscere soggetti che afferma-

vano falsamente di essere affetti da disturbo post-traumatico da stress (Arbisi et al., 2006).

Questa scala va valutata anche a confronto con la scala F. Se la Fp è maggiore della scala F, è molto probabile la simulazione di un disturbo mentale.

5.4 La scala Fs (Infrequenza somatica)

Si tratta di una scala che valuta i sintomi raramente riferiti dai pazienti in trattamento per problemi fisici. La scala si basa sullo stesso concetto di costruzione della Fp ed è stata introdotta da Wygant (2008).

5.5 Le scale sulla validità dei sintomi (FBS e FBS-r, Fake bad Scale)

Gli item sono stati selezionati da Lees-Haley, English, e Glenn (1991) per rilevare la simulazione nel contesto di cause per danno. La letteratura su questa scala è molto estesa e suggeriamo due recenti review di Butcher (2011) e Greiffenstein, Fox, and Lees-Haley (2007). In particolare ricordiamo che Larrabee (1998) ha dimostrato che la FBS è la scala più efficace per rilevare la simulazione somatoforme, rispetto alle altre scale di validità. Anche Berry e Schipper (2007) nella loro review hanno indicato la scala FBS come la migliore per rilevare il soggetto simulatore in ambito somatoforme.

5.6 La Scala della distorsione delle risposte (RBS)

La Scala (Gervais, Ben-Porath, Wygant, & Green, 2007) aiuta il clinico a discriminare soggetti che rappresentano sintomi neurocognitivi non credibili. Le ricerche ha mostrato come (Gervais, Ben-Porath, Wygant, & Green, 2008; Nelson, Sweet, & Heilbroner, 2007; Smart et al., 2008; Whitney, Davis, Shepard, & Herman, 2008) questa scala fornisce un'importante validità incrementale alle misurazioni delle altre scale della famiglia F.

6. Considerazioni conclusive e sviluppi futuri

I questionari della famiglia MMPI sono un valido aiuto alla comprensione psicologica del soggetto in valutazione forense. Essi possono aiutare a discriminare la patologia psichiatrica e la sua gravità, oppure possono aiutare ad individuare forme di esagerazione o minimizzazione della psicopatologia che saranno utili nella discussione forense.

La valutazione psichiatrico-forense, proprio per la peculiarità del contesto in cui si esplica, non può infatti mai prescindere da un'attenta analisi dello stile di risposta del soggetto, il quale può più o meno consapevolmente risultare alterato in considerazione dello scopo della valutazione stessa (ad es. ottenere risarcimenti finanziari, sottrarsi a procedimenti penali, oppure dimostrare idoneità psichica all'esercizio della funzione genitoriale, alla testimonianza ecc.).

Sarà poi l'integrazione con ulteriori informazioni a completare la comprensione del profilo psicologico del soggetto e delle motivazioni sottese allo stile di risposta rilevato.

A tal riguardo un caso forense particolarmente illustrativo giungeva di recente alla nostra osservazione:

la signora M. si presentava per una valutazione del danno psichico da mobbing. Al colloquio la signora lamentava sintomi ansiosi e depressivi, con somatizzazioni dello stress (in particolare dolori muscolari alla schiena e forti cefalee). L'analisi del funzionamento giornaliero metteva in luce che la signora riusciva ad avere uno stile di vita adeguato, occupandosi delle incombenze familiari e riuscendo regolarmente ad organizzare attività extrafamiliari. Il profilo emerso al test MMPI-2 evidenziava un'accentuata elevazione dei punteggi nelle scale F, Fb ed Fp (> 80); un valore dell'indice F-K >14; con K, L ed S inferiori a 50. Tali punteggi si associavano a valori ugualmente accentuati nelle scale cliniche, in particolare nella scala 6 (Pa) e nella 8 (Sc) nelle quali erano riportati sintomi simil psicotici successivamente ridimensionati dalla signora nel colloquio di approfondimento al MMPI-2. Complessivamente i dati del test MMPI-2 indicavano un verosimile tentativo da parte della signora di esagerare la sintomatologia, al punto di riportare sintomi infrequenti e improbabili anche all'interno della popolazione psichiatrica (Fp), nonché incongruenti con quanto rilevato attraverso i colloqui (Pa1 e Sc6). Pertanto in questo caso il test non poteva considerarsi valido.

Rispetto ad altri questionari, quelli della famiglia MMPI presentano tutti i requisiti di scientificità, diffusione e attendibilità tali da essere considerati prove valide nel settore giudiziario. Sono però strumenti complessi dal punto di vista tecnico e richiedono, pertanto, continuo aggiornamento e conoscenza specifica.

Rispetto al MMPI-2, il questionario MMPI-2-RF ha ancora una trattazione bibliografica scarsa e poca specifica al riguardo del contesto forense. Per questa ragione esso può essere un'alternativa al MMPI ma non un suo sostituto nell'ambito forense. Peraltro è da considerare che il MMPI-2 presenta una varietà di contenuti e di misure molto superiore e più arricchente nella definizione psicopatologica rispetto al MMPI-2.

Lo sviluppo delle applicazioni forensi dei test della famiglia MMPI è quello di avere gruppi di riferimento specifici con i quali confrontare il profilo del caso in indagine. Questa nuova metodologia, già molto diffusa nel contesto inglese e statunitense, permette di studiare le caratteristiche dell'esaminato confrontandolo con le caratteristiche medie dei soggetti nello stesso tipo di valutazione. In Italia abbiamo già due studi che costituiscono dati normativi per popolazioni forensi specifiche: il primo riguarda soggetti in accertamento per mobbing (Girardi et al. 2007); il secondo soggetti in accertamento per valutazioni di idoneità genitoriale (Roma et al. 2013).

Le norme specifiche aumentano la conoscenza del test, la comprensione delle sue potenzialità e dei suoi punti di debolezza, confrontando il suo profilo con quello di soggetti provenienti dalla stessa popolazione.

Bibliografia

- Arbisi, P.A., & Ben-Porath, Y.S. (1995). An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequency Psychopathology scale, F(p). *Psychological Assessment*, 7, 424-431.
- Arbisi, P.A., & Ben-Porath, Y.S. (1997). Characteristics of the MMPI-2 F(p) Scale as a function of diagnosis in an inpatient sample of veterans. *Psychological Assessment*, 9, 102-105.
- Arbisi, P.A., & Ben-Porath, Y.S. (1998). The ability of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 validity scales to detect faking-bad responses in psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 10, 221-228.
- Arbisi, P.A., Ben-Porath, Y.S., & McNulty, J. (2006). The ability of the MMPI-2 to detect feigned PTSD within the context of compensation seeking. *Psychological Services*, 3, 249-261.
- Barthlow, D.L., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., & McNulty, J.L. (2002). The appropriateness of the MMPI-2 K correction. *Assessment*, 9, 3, pp. 219-229.
- Ben-Porath, Y.S., & Forbey, J.D. (2004). *Detriment effects of the K correction on clinical scale validity*. Paper presented at the 39th Annual Symposium on Recent Developments of the MMPI-2/MMPI-A. Minneapolis.
- Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2008/2011). *MMPI-2-RF Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis (Tr. it. a cura di S. Sirigatti, S. Casale, Giunti OS, Firenze 2012).
- Berry, D.T.R., Adams, J.J., Clark, C.D., Thacher, S.R., Burger, T.L., Wetter, M.W., Baer, R.A., & Borde, J.W. (1996). Detection of a cry for help on the MMPI-2: analog investigation. *Journal of Personality Assessment*, 67, 26-36.
- Butcher, J.N. (1990). *MMPI-2 and Psychological Treatment*. New York: Oxford University Press (tr. it. Giunti OS, Firenze 1996).
- Butcher, J.N. (2011). *Beginner's guide to MMPI-2* (3rd ed.). Washington DC: APA Press.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, Y.S., & Kammer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., & Han, K. (1995). Development of an MMPI-2 scale to assess the presentation of self in a superlative manner: The S scale. In Butcher, J.N., Spielberg, C.D. (eds.), *Advances in Personality Assessment* (pp. 25-50). Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y.S., Wygant, D. B., & Green, P. (2007). Development and validation of a Response Bias Scale (RBS) for the MMPI-2. *Assessment*, 14, 196-208.
- Gervais, R. O., Ben-Porath, Y.S., Wygant, D. B., & Green, P. (2008). Differential sensitivity of the Response Bias Scale (RBS) and MMPI-2 validity scales to memory compliants. *The Clinical Assessment Neuropsychologist*, 22, 1061-1079.
- Girardi, P., Monaco, E., Prestigiacomo, C., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2007). Personality and Psychopathological Profiles in Individuals exposed to mobbing. *Violence and Victims*, 22, 172-188.
- Gotts, E.E., & Knudsen, T.E. (2005). *The clinical interpretation of the MMPI-2: A content cluster approach*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ) Mahwah.
- Gotts, E.E., & Knudsen, T.E. (2005). *The clinical interpretation of the MMPI-2: A content cluster approach*. Mahwah, NJ: Elbaum.
- Graham, J.R. (2006). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Greene, R.L. (2000). *The MMPI/MMPI-2: An Interpretative Manual* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Greiffenstein, M.F., Fox, D., & Less-Haley, P.R. (2007). The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. In K. Boone (Ed.), *Detection of noncredible cognitive performance* (pp. 210-235). New York: Guilford Press.

- Greiffenstein, M.F., Fox, D., & Less-Haley, P.R. (2007). The MMPI-2 Fake Bad Scale in detection of noncredible brain injury claims. In K. Boone (Ed.), *Detection of noncredible cognitive performance* (pp. 210-235). New York, NY: Guilford Press.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Less-Haley, P.R., English, L.T., & Glenn, W.J. (1991). A Fake Bad Scale on the MMPI-2 for personal injury claimants. *Psychological Reports*, 68, 203-210.
- McKinley, J.C., Hathaway, S.R., & Meehl, P.E. (1948). The MMPI: VI. The K scale. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 20-31.
- Meehl, P.E., & Hathaway, S.R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 30, 525-564.
- Nelson, N.W. Sweet, J.J., & Heilbronner, R. L. (2007). Examination of the New MMPI-2 Response bias Scale: relationship with MMPI-2 validity scales. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 67-72.
- Nichols, D.S. (2011). *Essentials of MMPI-2 Assessment* (2nd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Nichols, D.S., Greene, R.L., & Schmolck, P. (1989). Criteria for assessing inconsistent patterns of item endorsement on the MMPI: Rationale, development, and empirical trials. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 239-259.
- Rogers, R., & Granacher, R.P. (2011). Conceptualization and assessment of malingering. In E.Y. Drogin, F.M., Dattilio, R.L., Sadow, T.G. Gutheil (Eds), *Handbook of forensic assessment*. NJ: Wiley.
- Roma, P., Ricci, E., Kotzalidis, G.D., Abbate, L., Lavadera, A.L., Versace, G., Pazzelli, F., Malagoti Togliatti, M., Girardi, & P., Ferracuti, S. (2014). MMPI-2 in Child Custody Litigation: A Comparison Between Genders. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(2), 110-116.
- Sellbom, M., & Ben-Porath, Y.S. (2006). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. In R.P. Archer (ed.), *Forensic Uses of Clinical Assessment Instruments* (pp. 19-55). Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah (NJ).
- Smart, C.M., Nelson, N.W., Sweet, J.J., Bryant, F.B., Berry, D.T.R., Granacher, R.P., & Heilbronner, R. L. (2008). Use of MMPI-2 to predict cognitive efforts: A Hierarchically optimal classification tree analysis. *Journal of International Neuropsychological Society*, 14, 842-852.
- Whitney, K.A., Davis, J.J., Shepard, P.H., & Herman, S.M. (2008). Utility of the Response Bias Scale (RBS) and other MMPI-2 validity scales in predicting TOMM performance. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 777-786.
- Wygant, D.B. (2008). Validation of the MMPI-2 infrequent somatic complaints (Fs) scale. *Dissemination, Abstract International: Section B*, 68 (10-B), 6989.