

MMPI-2 MMPI-2 RE MMPI-2 RF

Guida pratica all'uso dei test
in ambito clinico
e giuridico-peritale

Nuova edizione

RICCARDO CAPORALE



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

MMPI-2 MMPI-2 RE MMPI-2 RF

Guida pratica all'uso dei test
in ambito clinico
e giuridico-peritale

RICCARDO CAPORALE

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2013, seconda edizione 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione, di *Riccardo Caporale* pag. 11

PRIMA PARTE

Storia, proprietà psicometriche e modalità di somministrazione del Minnesota

1. Minnesota: storia e sviluppi a oggi

di Cettina Allone e Riccardo Caporale » 15

1. Origini del MMPI » 15

2. Nuovi sviluppi: dal MMPI al MMPI-2 » 19

3. Gli ultimi aggiornamenti: MMPI-2 Revised Edition
e Restructured Form » 23

4. MMPI in Italia » 27

2. Proprietà psicometriche del MMPI, MMPI-2 e MMPI-2 RF

di Riccardo Caporale, Ivana Vecchioni e Cettina Allone » 28

1. Il metodo dell'empirismo cieco e i criteri
di campionamento » 28

2. Validità MMPI, MMPI-2 e MMPI-2 RE » 30

3. Attendibilità MMPI, MMPI-2 e MMPI-2 RE » 32

4. Validità e attendibilità MMPI-2 RF » 33

3. Modalità di somministrazione e scoring MMPI-2, MMPI-2 RE, MMPI-2 RF

di Riccardo Caporale, Antonella Grillo e Cettina Allone pag. 35

1. Modalità di somministrazione e allestimento del setting MMPI-2 » 35
2. Scoring MMPI-2 » 36
3. Modalità di somministrazione e allestimento del setting MMPI-2 RF » 37
4. Scoring MMPI-2 RF » 39

SECONDA PARTE

Guida all'interpretazione MMPI-2, MMPI-2 RE e MMPI-2 RF

4. MMPI-2 e MMPI-2 RE: interpretazione delle scale e dei profili

di Riccardo Caporale e Antonella Grillo » 43

1. Percorsi interpretativi e ragionamento clinico al test » 43
2. La validità del protocollo » 44
 - 2.1. Il punteggio “Non so (?)” » 45
 - 2.2. Scala VRIN – Incoerenza nelle risposte » 45
 - 2.3. Scala TRIN – Incoerenza nelle risposte “Vero” » 46
 - 2.4. Scala F – Frequenza » 46
 - 2.5. Scala Fb – F Back » 47
 - 2.6. Scala Fp – Frequenza Psicopatologica » 47
 - 2.7. Scala L – Menzogna » 48
 - 2.8. Scala K – Correzione » 49
 - 2.9. Scala S – Superlativa Presentazione di Sé » 50
 - 2.10. L'indice di Dissimulazione F-K » 51
3. Le scale cliniche di base e le sottoscale di Harris e Lingoes » 51
 - 3.1. Scala 1 – Ipocondria (Hs) » 52

3.2.	Scala 2 – Depressione (D)	pag.	53
3.3.	Scala 3 – Isteria (Hy)	»	54
3.4.	Scala 4 – Deviazione Psicopatica (Pd)	»	57
3.5.	Scala 5 – Mascolinità/Femminilità (Mf)	»	59
3.6.	Scala 6 – Paranoia (Pa)	»	59
3.7.	Scala 7 – Psicoastenia (Pt)	»	61
3.8.	Scala 8 – Schizofrenia (Sc)	»	61
3.9.	Scala 9 – Ipomania (Ma)	»	63
3.10.	Scala 0 – Introversione Sociale (Si)	»	64
4.	Interpretazione per codici tipo (<i>code type</i>)	»	65
4.1.	Codici a due punte	»	66
4.2.	Codici a tre punte	»	77
5.	Le scale di contenuto e le loro componenti	»	80
5.1.	Gruppo dei sintomi internalizzanti	»	80
5.2.	Gruppo dei sintomi esternalizzanti	»	84
5.3.	Autopercezione negativa	»	86
5.4.	Gruppo dei problemi generali	»	86
6.	Le scale supplementari	»	88
6.1.	A – Ansietà	»	89
6.2.	R – Repressione	»	89
6.3.	Es – Forza dell'Io	»	89
6.4.	Do – Dominanza	»	90
6.5.	Re – Responsabilità Sociale	»	90
6.6.	Mt – Disadattamento Universitario	»	91
6.7.	PK – Disturbo Post-traumatico da Stress	»	91
6.8.	MDS – Scala di Disagio Coniugale	»	91
6.9.	Ho – Ostilità	»	92
6.10.	O-H – Ostilità Ipercontrollata	»	92

6.11. MAC-R – Scala MacAndrew di Alcolismo Rivista	pag.	93
6.12. APS – Scala di Tossicodipendenza Potenziale	»	94
6.13. AAS – Scala di Ammissione di Tossicodipendenza	»	94
6.14. Le scale del ruolo di genere: GM (Ruolo di Genere Maschile) e GF (Ruolo di Genere Femminile)	»	95
7. La configurazione PSY-5 (<i>The Personality Psychopathology Five Scales</i>)	»	95
7.1. AGGR – Aggressività	»	95
7.2. PSYC – Psicoticismo	»	96
7.3. DISC – Alterazione dell’Autocontrollo	»	96
7.4. NEGE – Emozionalità Negativa/Nevroticismo	»	96
7.5. INTR – Introversione/Bassa Emozionalità Positiva	»	97
8. Gli item critici	»	97
9. La stesura della relazione psicodiagnostica	»	101
5. MMPI-2 RF: interpretazione delle scale e dei profili		
<i>di Riccardo Caporale e Cettina Allone</i>	»	102
1. Percorsi interpretativi e ragionamento clinico al test	»	102
2. Le scale di validità	»	103
3. Le scale sostanziali	»	108
3.1. Scale H-O (Scale sovraordinate – <i>Higher-Order Scales</i>)	»	109
3.2. Scale RC (Scale cliniche ristrutturare – <i>Restructured Clinical Scales</i>)	»	111
3.3. Scale SP (Scale dei problemi specifici – <i>Specific Problems Scales</i>)	»	116
3.4. Scale di interessi (<i>Interest Scales</i>)	»	128
3.5. Scale PSY-5 (<i>Personality Psychopatology Five Scales</i>)	»	128
6. MMPI-2 RF: linee guida al processo interpretativo e stesura della relazione psicodiagnostica		
<i>di Riccardo Caporale</i>	»	131

TERZA PARTE
Analisi e refertazioni MMPI-2 di casi clinici
e giuridico-peritali

Configurazione sintomatologica sotto-soglia <i>Dott. Michele Vecera</i>	pag. 137
Sindrome ansioso-depressiva su base isterica <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 140
Funzionamento borderline di personalità <i>Dott. Michele Vecera</i>	» 142
Disturbo psicotico <i>Dott.ssa Cettina Allone</i>	» 145
Caso giuridico-peritale: CTU separazione e affido <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 148

QUARTA PARTE
Analisi e refertazioni MMPI-2 RF di casi clinici

Sintomi depressivi su base nevrotica <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 153
Disturbo d'ansia con somatizzazioni <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 156
Disturbo depressivo con correlati somatici <i>Dott.ssa Cettina Allone</i>	» 158
Disturbo Post-traumatico da Stress <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 161
Disturbo borderline su base ADHD <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 164

Disturbo borderline di personalità <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	pag. 167
Disturbo antisociale di personalità <i>Dott. Riccardo Caporale</i>	» 170
Disturbo psicotico <i>Dott.ssa Cettina Allone</i>	» 173
Bibliografia	» 177

Introduzione

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory, o più semplicemente MMPI, rappresenta oramai uno strumento *cult* della diagnosi psichiatrica e psicologico-clinica, vantando il maggior numero di pubblicazioni scientifiche internazionali assieme al proiettivo Rorschach e alle scale Wechsler. Conosciuto come uno dei self-report più utilizzati in ambito di screening psicopatologico, giuridico-peritale e di selezione del personale, a oggi il test nella sua *forma ristrutturata* si sta rivelando anche un utile strumento d'indagine della personalità, permettendo di intercettare profonde dimensioni intrapsichiche e interpersonali inerenti l'organizzazione personologica e i livelli di funzionamento psichico dei pazienti.

Per arrivare a tale profondità diagnostica, negli ultimi 15 anni, lo strumento ha conosciuto un proficuo miglioramento nelle sue potenzialità interpretative: dalle aggiunte della *forma rivisitata* (MMPI-2 RE) agli stravolgimenti della *forma ristrutturata* (MMPI-2 RF). Soprattutto, l'ultima versione ha permesso di aumentare la validità discriminante e quella di costrutto delle scale cliniche, attraverso l'introduzione di accurati studi di analisi fattoriale e una cornice psicopatologica più rispondente alle attuali evidenze cliniche. Inoltre, gli storici punti di debolezza dello strumento sono stati contrastati con maggiore efficacia, limitando sempre più la possibilità di falsificazione, l'influenza dello stile personale di risposta, nonché l'interferenza del livello culturale e intellettuale del somministrando, la variabilità situazionale del setting testologico e, infine, la genericità e aspecificità dei report narrativi.

Il presente manuale nasceva già quattro anni fa dall'esigenza di spiegare tale cambiamento. Nella prima parte del libro, dopo un'ampia rassegna storica sull'evoluzione del Minnesota che occupa l'intero primo capitolo, vengono illustrate le proprietà psicometriche delle diverse versioni del test, e affrontata poi la questione del setting e delle possibili modalità di scoring a disposizione. La seconda parte prevede un ampio approfondimento riguardante gli aspetti

interpretativi dei test e la metodologia di stesura delle refertazioni psicodiagnostiche.

A distanza di quattro anni dall'uscita della prima edizione, questo aggiornamento si conferma un'agile guida all'interpretazione e alla refertazione sia in ambito clinico sia giuridico-peritale del Minnesota, con integrazioni legate soprattutto alla sua forma ristrutturata.

Tali aggiunte inerenti il MMPI-2 RF si sostanziano nell'introduzione di un nuovo capitolo specifico che guida il professionista all'elaborazione della relazione testologica e nell'ampliamento del numero di casi clinici presentati, diversificati per quadri clinici e disturbi della personalità.

Il manuale è rivolto a psicologi e psichiatri, psicoterapeuti, studenti in formazione nelle scienze psicologiche e specializzandi in psicoterapia che necessitano di acquisire competenze nella valutazione della personalità e nello screening psicopatologico.

Riccardo Caporale

PRIMA PARTE

Storia, proprietà psicometriche e modalità di somministrazione del Minnesota

1. Minnesota: storia e sviluppi a oggi

di *Cettina Allone e Riccardo Caporale*

Il **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)** è un test ad ampio spettro ideato per valutare caratteristiche normali e psicopatologiche della personalità (Butcher *et al.*, 2001). A oggi, esso rappresenta l'inventario self-report più conosciuto e utilizzato in campo clinico, vantando la pubblicazione di oltre 14.000 tra monografie e articoli specialistici (Cochrane, 2005). Esso è ampiamente riconosciuto come uno dei più utili strumenti empirici, in grado di fornire sia una valutazione quantitativa del livello di adattamento emotivo della persona sia qualitativa rispetto alle caratteristiche della personalità. I vari studi condotti contribuiscono ad assegnargli un ruolo significativo in un'ampia varietà di contesti applicativi, spaziando dalla clinica della salute mentale all'ambito delle organizzazioni, dal settore giuridico-peritale a quello di ricerca.

1. Origini del MMPI

La prima versione dello strumento apparve nel 1942, a opera dello psicologo Starke Hathaway e del neuropsichiatra J. Charnley McKinley, al fine di aiutare psicologi e psichiatri a elaborare una più precisa diagnosi di disturbo mentale attraverso le categorie psicopatologiche degli anni '30, e a monitorare i cambiamenti successivi a eventuali trattamenti psicoterapici o altri eventi di vita del paziente.

Il MMPI fu pubblicato durante un periodo di crescente scetticismo riguardo all'utilità dei questionari di personalità self-report (Landis, Katz, 1934), creati originariamente con lo scopo di valutare l'idoneità del personale militare a prestare servizio nelle forze armate durante la Prima guerra mondiale. I due principali strumenti in uso del tempo, il *Bernreuter Psychoneurotic Inventory*

(Bernreuter, 1931) e le *Humm-Wadsworth Temperament Scales* (Humm, Wadsworth, 1935), venivano accusati di eccessiva trasparenza e, pertanto, soggetti a falsificazioni. La loro struttura, inoltre, non era considerata sufficientemente articolata da poter raggiungere lo scopo prefissato, ovvero la valutazione della psicopatologia ad ampio spettro.

Per tale motivo, Hathaway e McKinley idearono un vasto contenitore di item, questi ultimi raggruppati in scale rappresentative di specifiche dimensioni normali e patologiche della personalità. Sebbene l'obiettivo degli autori fosse quello di creare uno strumento ateoretico, la costruzione del test risentì di una impostazione *nosografica* fortemente *kraepeliana* integrata con categorie concettuali mutate dalla *psicopatologia psicodinamica freudiana*.

Da un punto di vista metodologico, la formulazione degli item seguì un criterio di validazione empirica: da un range iniziale di più di 1.000 affermazioni (tratte da precedenti scale su atteggiamenti personali e sociali, casi clinici ecc.) ne furono estratte 504, ritenute in grado di indagare le molteplici aree di vita del soggetto. Gli item selezionati furono poi somministrati a gruppi di soggetti normali e patologici, con lo scopo di confrontare le risposte e mantenere solo le asserzioni discriminative tra i due gruppi. Il campione di controllo, rappresentativo per età, sesso e stato civile della popolazione del Minnesota, secondo il censimento del 1931, era composto da 724 persone, principalmente amici o parenti visitatori dei pazienti ricoverati agli University of Minnesota Hospital. Il gruppo clinico, dal quale furono esclusi soggetti con doppia diagnosi, comprendeva i seguenti quadri psicopatologici: ipocondria, depressione, isteria, psicopatia, paranoia, psicoastenìa, schizofrenia e ipomania. Nella realizzazione delle scale cliniche, il profilo venne arricchito di due scale addizionali: Mascolinità/Femminilità e Introversione Sociale. Il risultato finale fu un questionario di 566 item, composto da 10 scale cliniche e 3 scale di validità.

Nonostante la cura e l'originalità degli autori, gli sforzi di realizzare scale cliniche valide e rappresentative di specifiche categorie diagnostiche vennero solo parzialmente soddisfatti (Hathaway, 1960). A seguito di ciò, i ricercatori spostarono quasi da subito l'attenzione dalle *punte* (elevazioni di singole scale oltre il cut-off di patologia) a *configurazioni di punteggi*, utilizzando il termine *profilo* per riferirsi all'insieme dei valori ottenuti dall'elevazione contemporanea di più scale. A tal proposito, Hathaway (1947) e Welsh (1948) svilupparono sistemi di codifica numerici utili a tradurre i vari punteggi in configurazioni tipiche, introducendo il termine *code type* per designare differenti pattern di elevazione. L'*interpretazione per codice* nacque dal riscontro empirico dell'associazione di alcune configurazioni di punteggio a particolari categorie diagnostiche. Tale approccio consentì di creare una cornice interpretativa partendo dalla quale poter comprendere meglio eventuali elevazioni di scala, integrando il fo-

cus dello screening psicopatologico con una descrizione a più ampio respiro di alcune dimensioni di funzionamento della personalità.

Un altro problema al quale gli autori dovettero porre rimedio fin da subito fu il problema delle minacce alla validità. Consapevoli della facile suscettibilità a falsificazioni degli strumenti self-report, Hathaway e McKinley introdussero nel test quattro *scale di validità* o anche chiamate *di controllo*, volte a individuare possibili atteggiamenti di manipolazione intenzionale, ancora oggi in uso: la scala Non so (?), Menzogna (L), Frequenza (F) e Correzione (K). La scala Non so (?) evidenzia il numero totale di item cui il soggetto non ha risposto, individuando un profilo d'invalidità del protocollo quando il numero di domande omesse dal soggetto superi le 30 unità. La scala Menzogna (L) rileva tentativi piuttosto palesi e grossolani di distorsione dell'immagine di sé in senso migliorativo. La scala Frequenza (F) misura la tendenza del soggetto a esagerare la propria sintomatologia. La scala Correzione (K) intercetta tentativi più fini e inconsapevoli di negazione del disagio psicologico.

Un ulteriore contributo, in tale direzione, derivò dai lavori di Wiener e Harmon (1946). Gli autori, riconoscendo come alcuni item palesassero un contenuto troppo facilmente riconducibile ai costrutti clinici sottostanti, suddivisero cinque delle dieci scale cliniche di base (D, Hy, Pd, Pa, Ma) in due sottoscale: la sottoscala *Obvious*, costituita da item dal contenuto psicopatologico manifesto, e la sottoscala *Subtle*, costituita da item dal contenuto psicopatologico latente. Il confronto dei punteggi ottenuti nelle sottoscale O-S avrebbe permesso d'identificare protocolli invalidi, discriminando uno stato clinico reale da eventuali distorsioni volontarie. Wiener (1948) condusse uno dei primi studi di validazione esterna delle suddette sottoscale per cercare di dimostrare la loro validità e utilità. I risultati della ricerca furono controversi; nonostante ciò le sottoscale vennero mantenute all'interno del test.

Le minacce alla validità purtroppo non furono le uniche problematiche dello strumento. Con il tempo, ci si rese conto di quanto le singole scale cliniche rispondessero a quadri sindromici e dimensioni psicopatologiche eterogenee non ben distinguibili tra loro. A tal proposito, per far fronte alla multidimensionalità delle scale cliniche di base e aumentarne la loro validità discriminante, Harris e Linges (1955) svilupparono un pool di sottoscale costituite da item dal contenuto omogeneo che avrebbero permesso di comprendere meglio il significato delle elevazioni delle scale cliniche, individuando i domini psicopatologici responsabili. Gli autori implementarono un profilo di sottoscale per 6 delle 10 scale cliniche standard (scale D, Hs, Pd, Pa, Sc, Ma). Tutte le sottoscale furono costruite esaminando il contenuto degli item appartenenti a ciascuna scala e raggruppando quelli accomunati dallo stesso dominio psicopatologico e/o descrittivi una specifica caratteristica di personalità. A tutt'oggi esse offro-

no un vantaggio ulteriore rispetto alle scale cliniche, poiché, misurando singole dimensioni, consentono una più facile interpretazione attraverso l'utilizzo di strategie logiche e intuitive, senza dimenticare, altresì, che i punteggi ottenuti debbano sempre essere interpretati alla luce dei punteggi delle *scale madri* corrispondenti.

Anche Wiggins (1966) evidenziò la scarsa attenzione prestata allo sviluppo di scale basate sull'omogeneità del contenuto. Mosso da queste considerazioni, lo stesso autore pose le basi per la costruzione di un nuovo profilo MMPI-2, da integrare a quelli precedenti: le *scale di contenuto*. Il suo lavoro sperimentale partì dall'analisi psicometrica di 26 cluster di item, originariamente presentati da Hathaway e McKinley (1940) a fini descrittivi. Le ricerche empiriche sull'intero pool di item portarono, in conclusione, alla costruzione di 13 scale di contenuto con buona coerenza interna e validità discriminante.

Per quanto riguarda le strategie d'interpretazione, accanto a una valutazione per punte e/o codice tipo, alcuni autori proposero un'ulteriore modalità di lettura del test, complementare a quelle precedenti, mirata a intercettare situazioni di urgenza psichiatrica. Il primo a proporre un simile approccio fu Grayson (1951), il quale formulò una lista di 38 item critici, rappresentativi di severe condizioni psicopatologiche. Tale metodo fu proposto successivamente da Caldwell (1969), che portò il numero degli item di Grayson a 68. Nel 1976, Koss e colleghi misero in discussione le capacità discriminative delle liste precedenti e presentarono un pool di 73 item critici individuati attraverso il giudizio di psicologi clinici e raggruppati in 6 aree disfunzionali: stato di ansietà acuta, ideazione suicidaria depressa, tendenze nei confronti di comportamenti violenti, stress dovuto ad alcolismo, confusione mentale, manie persecutorie. Seguendo un approccio simile, Lachar e Wrobel (1979) organizzarono 111 item critici in 14 aree di disadattamento psicologico. Tale approccio a tutt'oggi permette di individuare precocemente, attraverso la risposta affermativa a domande critiche e il successivo colloquio clinico di approfondimento tematico, situazioni a rischio di pericolosità sociale e aggressione auto/eterodiretta.

L'originario set di item del MMPI, inoltre, venne utilizzato per sviluppare ulteriori scale definite "supplementari", create allo scopo di ampliare l'interpretazione del profilo di base. Dall'iniziale pubblicazione dello strumento ne sono state sviluppate più di 450 (Dahlstrom, Welsh, Dahlstrom, 1972).

Nel periodo tra il 1940 e il 1960, gli studi su MMPI hanno contribuito ad aprire e sviluppare diversi rami della ricerca psicometrica e psicopatologica: il confronto tra modalità di scoring e interpretazione lineare *versus* configurale (Goldberg, 1965; Meehl, Dahlstrom, 1960); studi sulle presunte influenze degli stili di risposta sui questionari di personalità self-report (Block, 1965; Edwards, 1964); indagini volte a identificare le diverse strutture di personalità (Welsh,

1956b); il ruolo della personalità nei disturbi fisici e somatoformi (Hanvik, 1951); gli studi sul rapporto tra personalità e condotta criminale (Edwards, 1963); l'individuazione di correlati fisiologici della psicopatologia (Halevy, Moos, Solomon, 1965).

2. Nuovi sviluppi: dal MMPI al MMPI-2

Il MMPI-2 (Hathaway, McKinley, 1989) nacque dall'esigenza di affinare lo strumento e aggiornarlo rispetto ai fisiologici cambiamenti sociali e culturali. Lo sviluppo di questa nuova versione avvenne per opera di una commissione, nota come *MMPI Restandardization Committee*, composta inizialmente da James Butcher, Grant Dahlstrom, John Graham, successivamente capitanata dall'autorevole presenza di Auke Tellegen e coordinata da Beverly Kaemmer.

Tra i principali obiettivi della revisione vi fu l'aggiornamento dei valori normativi. Il campione di standardizzazione, implementato negli anni '30, era costituito quasi esclusivamente da soggetti bianchi di classe operaia, con un'età media di 35 anni, provenienti da aree geografiche in prossimità di Minneapolis in Minnesota (Dahlstrom, Welsh, 1960), prevalentemente amici o parenti dei pazienti ricoverati agli University of Minnesota Hospital. Si trattava, dunque, di un campione di convenienza, rappresentativo solo dell'iniziale popolazione target del test ma non più sufficiente quando l'utilizzo dello strumento veniva esteso a un'ampia varietà di contesti negli Stati Uniti.

Un secondo obiettivo della revisione riguardò il contenuto degli item: alcuni di essi erano formulati con un linguaggio eccessivamente arcaico e risultavano poco chiari o appropriati per la valutazione della personalità e della psicopatologia. Si riscontrava una terminologia sessista, in antitesi con gli standard linguistici attuali, e in cui erano inserite descrizioni di credenze religiose considerate inappropriate da molti individui contemporanei. Un altro limite del test era la scarsità di item relativi a contenuti di interesse contemporaneo quali tentativi di suicidio, utilizzo di droghe, di alcol o comportamenti correlati al trattamento. Inoltre, il punteggio di un certo numero di item non risultava quantificato in nessuna delle scale cliniche, di validità, o supplementari, motivo per cui questi vennero candidati a cancellazione e loro sostituzione.

I principali obiettivi della revisione messa in atto dalla *MMPI Restandardization Committee* furono pertanto:

- A) la sostituzione di item obsoleti, potenzialmente offensivi e/o di ardua comprensione;