



MMPI[®] 3

Minnesota Multiphasic Personality Inventory[®]-3

Yossef S. Ben-Porath, PhD e Auke Tellegen, PhD
Adattamento italiano di Luigi Abbate, Fabio Cippitelli, Stefano Ferracuti e Paolo Roma

Profilo grafico

(di Giunti Psychometrics)

Report interpretativo

(di Emanuele Del Castello)

NOMINATIVO	XY
CODICE QUESTIONARIO	100757
DATA DELLA PROVA	2025-05-14
CODICE CLIENTE	MMPI-3
GENERE	Femminile
DATA DI NASCITA	05-04-1989



Introduzione

Utilizzo del report

Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 3[®]* (MMPI-3[®]) è composto da 335 item a doppia alternativa di risposta (“Vero” o “Falso”) che vanno a costituire 52 scale, di cui:

- 10 Scale di Validità,
- 3 Scale Sovraordinate (H-O),
- 8 Scale Cliniche Ristrutturate (RC),
- 26 Scale dei Problemi Specifici (SP),
- 5 scale relative alla patologia di personalità (PSY-5).

Le decisioni basate sui risultati ottenuti dalla somministrazione di MMPI-3 devono essere prese da professionisti qualificati. Qualsiasi testo contenuto in un report digitale va infatti visto come un’ipotesi che deve essere confermata da altre fonti di informazione, come per esempio il colloquio. In fase di valutazione è importante tenere sempre presente che:

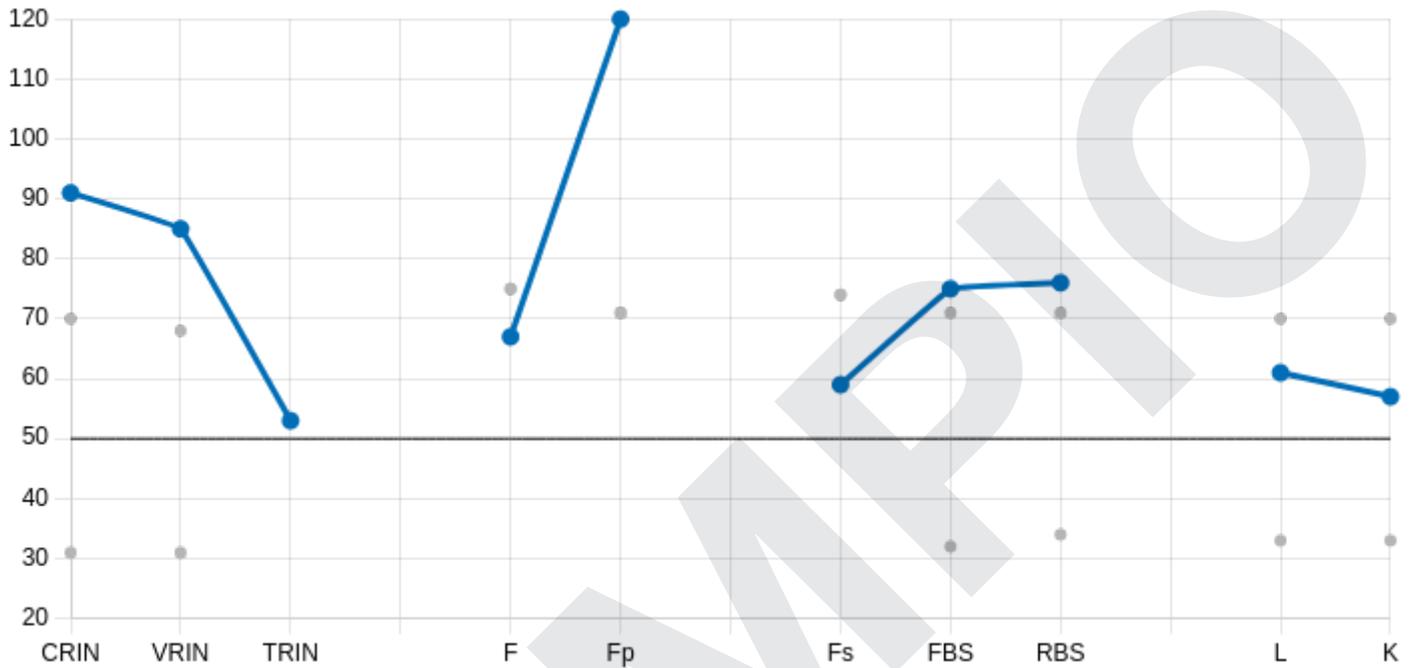
- i risultati al questionario MMPI-3 sono determinati dalla descrizione che la persona ha dato della propria personalità e del proprio comportamento; questo aspetto non riflette necessariamente come gli altri la vedono. La precisione dei risultati dipende quindi dalla franchezza con cui la persona ha risposto agli item e dal suo grado di autoconsapevolezza;
- non vi sono aspetti “giusti” o “sbagliati” nella personalità di un individuo: lo stile di ciascuno presenta i propri vantaggi e svantaggi, semplicemente certi tratti si confanno meglio di altri a specifiche attività, ruoli o mansioni;
- i risultati a un test psicometrico come MMPI-3 consentono di fare delle previsioni attendibili sul modo in cui la persona si comporterà in un’ampia tipologia di situazioni.

Il contenuto di questo report è riservato e deve essere trattato in modo assolutamente confidenziale e rispettoso della riservatezza della persona cui si riferisce.



Profilo grafico

Scale di Validità



I punti grigi riportati al di sopra e al di sotto dei punteggi di scala indicano un intervallo in punti T che contiene il 95% dei soggetti appartenenti al campione normativo.

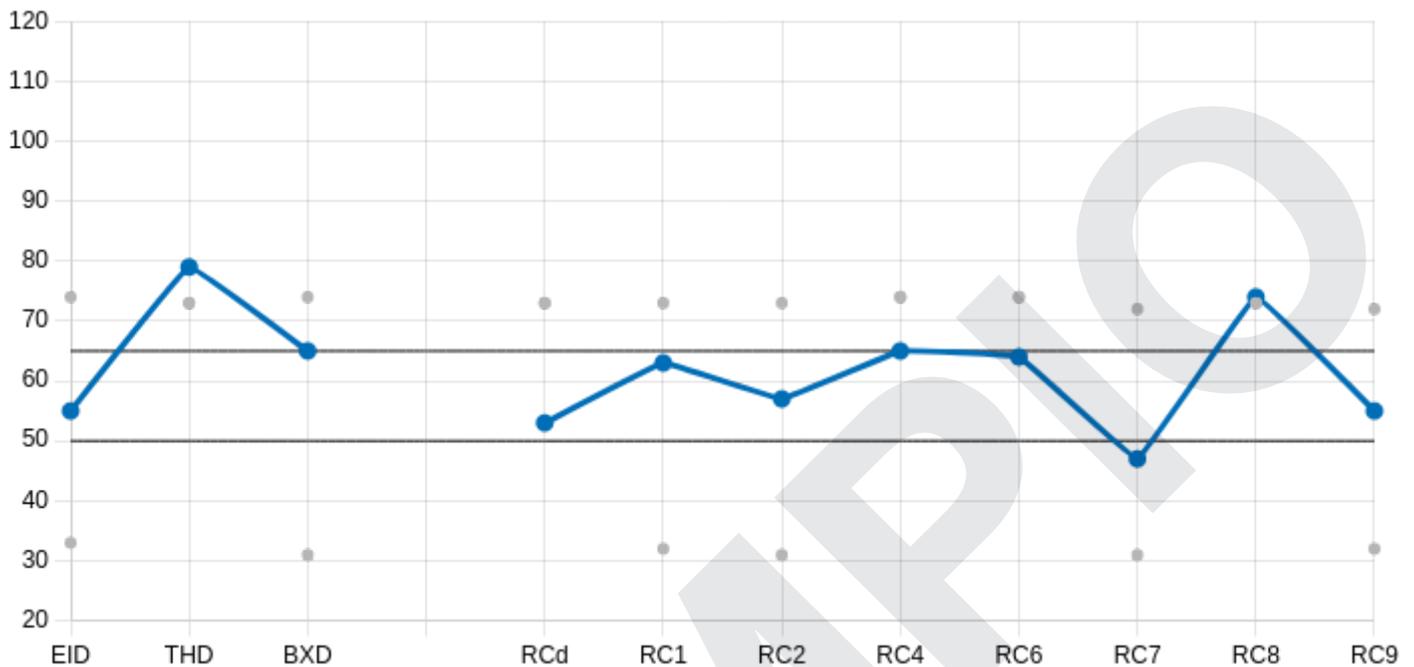
Scale di Validità

Scale di Validità	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
CRIN – Incoerenza Combinata nelle Risposte	22	91	100%
VRIN – Incoerenza nelle Risposte	13	85	100%
TRIN – Incoerenza nelle Risposte “Vero”	12	53F	100%
F – Risposte Infrequenti	11	67	100%
Fp – Risposte Psicopatologiche Infrequenti	13	120	100%
Fs – Risposte Somatiche Infrequenti	4	59	100%
FBS – Scala di Validità dei Sintomi	19	75	100%
RBS – Scala di Distorsione delle Risposte	16	76	100%
L – Virtù Rare	8	61	100%
K – Validità dell’Adattamento	8	57	100%

	Vero	Falso	Non so (?)
Percentuale di risposte:	41%	59%	0



Scale Sovraordinate (H-O) e Scale Cliniche Ristrutturate (RC)



I punti grigi riportati al di sopra e al di sotto dei punteggi di scala indicano un intervallo in punti T che contiene il 95% dei soggetti appartenenti al campione normativo.

Scale Sovraordinate (H-O)

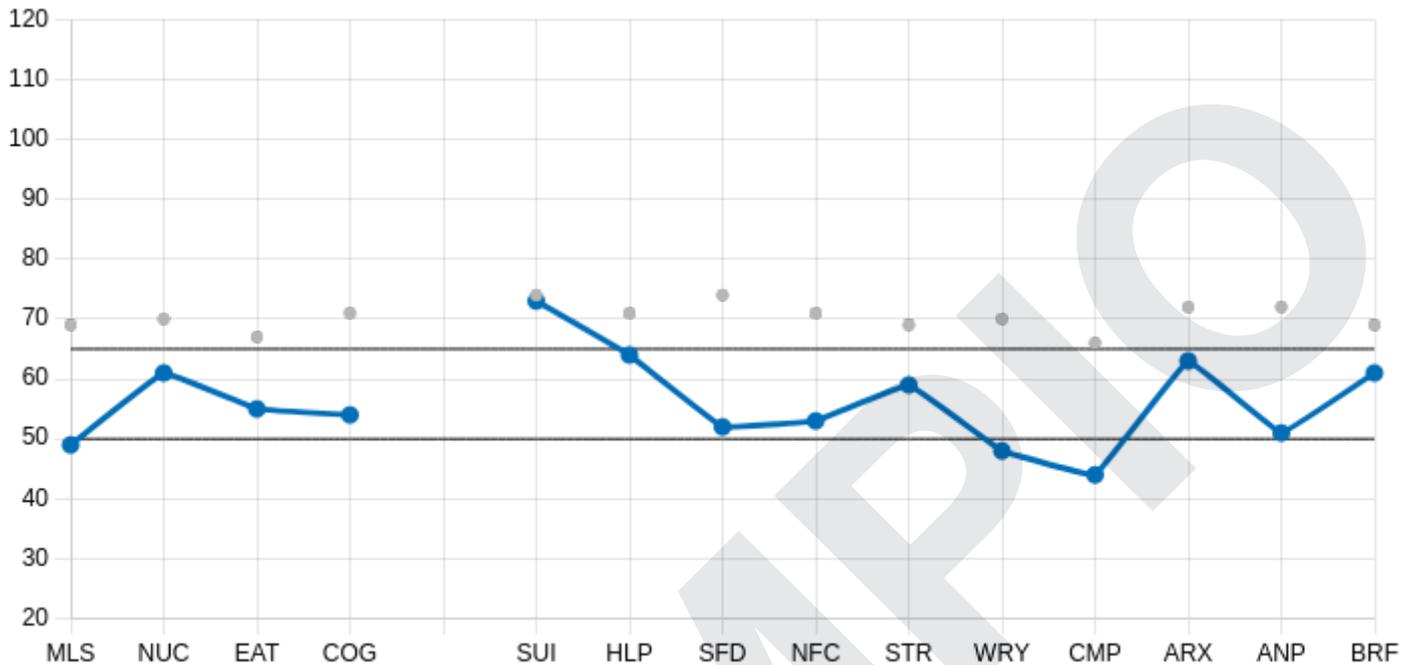
	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
EID - Disfunzione Emotiva/Internalizzante	19	55	100%
THD - Disfunzione del Pensiero	13	79	100%
BXD - Disfunzione Comportamentale/Esternalizzante	11	65	100%

Scale Cliniche Ristrutturate (RC)

	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
RCd - Demoralizzazione	7	53	100%
RC1 - Sintomi Somatici Riferiti	9	63	100%
RC2 - Bassa Emotività Positiva	6	57	100%
RC4 - Comportamento Antisociale	6	65	100%
RC6 - Idee di Persecuzione	6	64	100%
RC7 - Emozioni Negative Disfunzionali	7	47	100%
RC8 - Esperienze Anomale	9	74	100%
RC9 - Attivazione Ipomaniacale	7	55	100%



Scale Somatico/Cognitive e di Internalizzazione



I punti grigi riportati al di sopra e al di sotto dei punteggi di scala indicano un intervallo in punti T che contiene il 95% dei soggetti appartenenti al campione normativo.

Scale Somatico/Cognitive

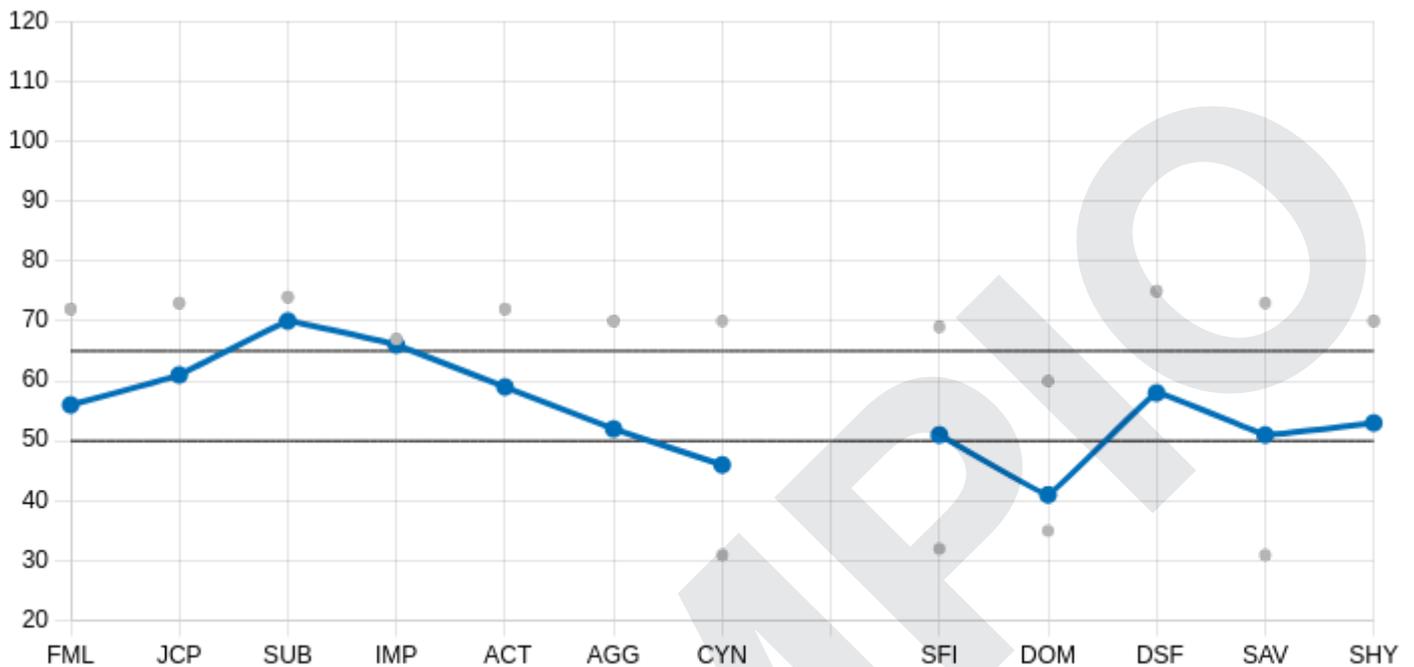
	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
MLS – Malessere	3	49	100%
NUC – Sintomi Neurologici Riferiti	4	61	100%
EAT – Problemi del Comportamento Alimentare	1	55	100%
COG – Sintomi Neurocognitivi Riferiti	4	54	100%

Scale di Internalizzazione

	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
SUI – Ideazione Suicidaria/di Morte	3	73	100%
HLP – Impotenza/Disperazione	4	64	100%
SFD – Dubbio sul Sé	1	52	100%
NFC – Inefficacia	5	53	100%
STR – Stress	4	59	100%
WRY – Preoccupazione	4	48	100%
CMP – Compulsività	2	44	100%
ARX – Esperienze Associate all'Ansia	9	63	100%
ANP – Propensione alla Rabbia	4	51	100%
BRF – Paure che Inibiscono il Comportamento	3	61	100%



Scale di Esternalizzazione e Interpersonali



I punti grigi riportati al di sopra e al di sotto dei punteggi di scala indicano un intervallo in punti T che contiene il 95% dei soggetti appartenenti al campione normativo.

Scale di Esternalizzazione

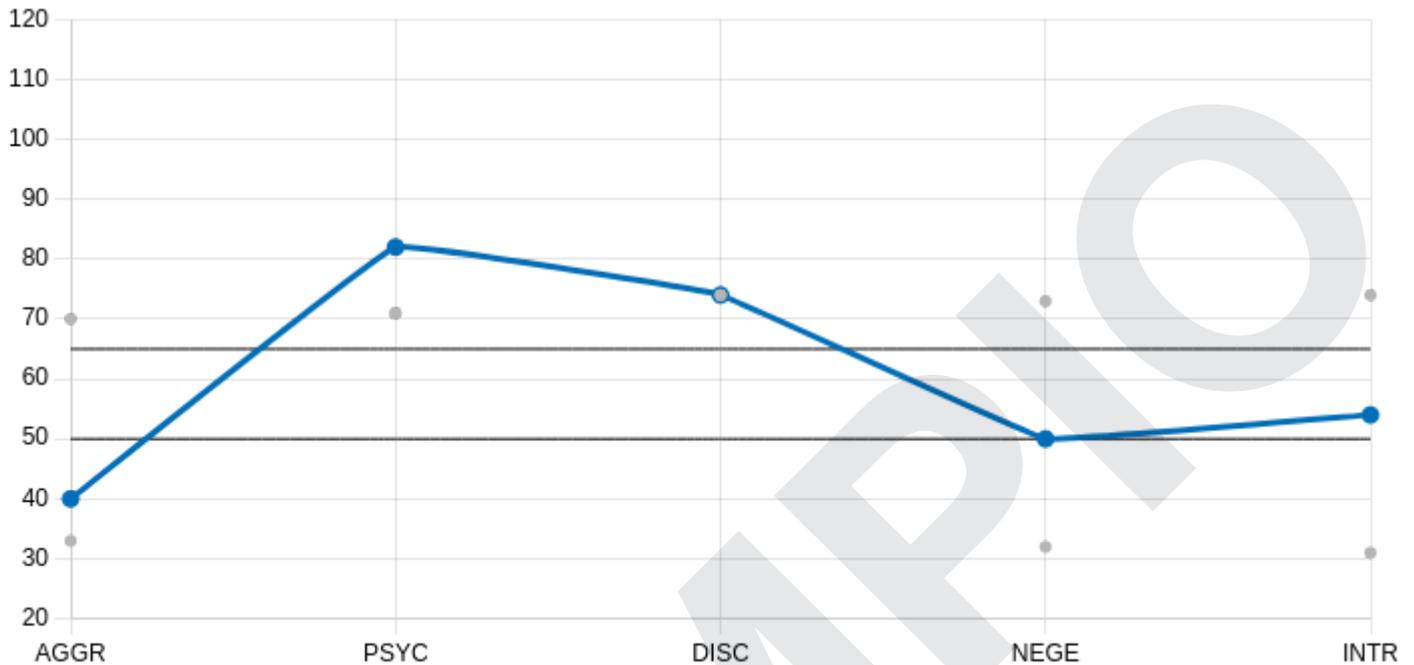
	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
FML - Problemi Familiari	4	56	100%
JCP - Problemi Giovanili di Comportamento	3	61	100%
SUB - Abuso di Sostanze	4	70	100%
IMP - Impulsività	5	66	100%
ACT - Attivazione	4	59	100%
AGG - Aggressione	2	52	100%
CYN - Cinismo	7	46	100%

Scale Interpersonali

	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
SFI - Sopravvalutazione di Sé	6	51	100%
DOM - Dominanza	4	41	100%
DSF - Isolamento	3	58	100%
SAV - Evitamento Sociale	4	51	100%
SHY - Timidezza	3	53	100%



Scale PSY-5



I punti grigi riportati al di sopra e al di sotto dei punteggi di scala indicano un intervallo in punti T che contiene il 95% dei soggetti appartenenti al campione normativo.

Scale PSY-5

	Punteggi grezzi	Punti T	% Risposte
AGGR - Aggressività	5	40	100%
PSYC - Psicoticismo	10	82	100%
DISC - Alterazione dell'Autocontrollo	11	74	100%
NEGE - Emotività Negativa/Nevroticismo	6	50	100%
INTR - Introversione/Bassa Emotività Positiva	6	54	100%



Punteggi per dominio

Validità del protocollo

Stile di risposta che non considera il contenuto

0 91 85 53F

Sovrastima dei sintomi

CNS	CRIN	VRIN	TRIN	59	75	76
-----	------	------	------	----	----	----

Sottostima dei sintomi

F	Fp	Fs	FBS	RBS
61	57			
L	K			

Scale Sostanziali

Disfunzioni somatico/cognitive

63	49	61	55	54
RC1	MLS	NUC	EAT	COG

Disfunzioni emotive

55	53	73	64	52	53			
EID	RCd	SUI	HLP	SFD	NFC			
	57	54						
	RC2	INTR						
	47	59	48	44	63	51	61	50
	RC7	STR	WRY	CMP	ARX	ANP	BRF	NEGE

Disfunzioni del pensiero

79	64
THD	RC6
	74
	RC8
	82
	PSYC

Disfunzioni comportamentali

65	65	56	61	70	
BXD	RC4	FML	JCP	SUB	
	55	66	59	52	46
	RC9	IMP	ACT	AGG	CYN
	74				
	DISC				

Funzionamento interpersonale

51	41	40	58	51	53
SFI	DOM	AGGR	DSF	SAV	SHY



Risposte alle scale con contenuto critico

Sette scale del MMPI-3 –RC6, RC8, SUI, HLP, ARX, SUB e AGG – sono state individuate per il loro contenuto critico, che potrebbe richiedere immediata attenzione e ulteriore approfondimento. Gli item a cui è data una risposta nella direzione che contribuisce al punteggio (Vero o Falso) su una scala critica sono elencati di seguito, se il punto T sulla scala è superiore o uguale a 65 (per la scala SUI se $T \geq 63$).

RC8 – Esperienze Anomale

- 12. Spesso sento di poter leggere nella mente degli altri. (Vero)
- 85. Non ho mai avuto visioni. (Falso)
- 110. Ho avuto periodi in cui svolgevo delle attività senza poi ricordarmi ciò che avevo fatto. (Vero)
- 122. Ho avuto delle crisi in cui non riuscivo a controllare i miei movimenti o la parola, ma sapevo cosa stava succedendo intorno a me. (Vero)
- 199. A volte sento strani odori. (Vero)
- 257. Ho pensieri strani e insoliti. (Vero)
- 270. Una o più volte nella mia vita ho avuto l'impressione che qualcuno mi costringesse, ipnotizzandomi, a compiere determinate azioni. (Vero)
- 273. Quando sono solo sento cose strane. (Vero)
- 311. Qualche volta sono sicuro che gli altri sappiano quello che sto pensando. (Vero)

SUI – Ideazione Suicidaria/di Morte

- 126. Ho fatto un piano per uccidermi. (Vero)
- 164. Ultimamente ho pensato molto al suicidio. (Vero)
- 251. Nessuno lo sa, ma ho tentato di uccidermi. (Vero)

SUB – Abuso di Sostanze

- 49. Mi è piaciuto fumare marijuana. (Vero)
- 266. Ho un problema di droga o di alcol. (Vero)
- 297. Una volta alla settimana o più spesso mi sballo o mi ubriaco. (Vero)
- 319. Ho usato farmaci che mi erano stati prescritti per sballarmi. (Vero)



Atteggiamento nei confronti della valutazione

Validità del profilo

Collaborazione

La persona ha collaborato pienamente alla compilazione del test rispondendo a tutti gli item del questionario (CNS = 0).

Coerenza

La validità del profilo viene messa in discussione dal numero eccessivo di risposte incoerenti (CRIN = 91) che potrebbe essere dovuto a motivazioni diverse: noncuranza o mancanza di cooperazione, tentativi di esagerare o di simulare una patologia, difficoltà di comprensione del testo, indecisione o presenza di severi disturbi mentali.

Sovrastima della psicopatologia (Over-reporting)

Il numero di atteggiamenti, pensieri e comportamenti fortemente atipici riferiti non giustifica alcun sospetto sulla possibilità di enfattizzazione della psicopatologia (F = 67).

Poiché il numero di atteggiamenti, pensieri e comportamenti fortemente atipici riferiti non risulta particolarmente elevato, è improbabile che le incoerenze rilevate possano contribuire all'enfattizzazione della psicopatologia della persona (F = 67; Fp = 120; CRIN = 91; VRIN = 85; TRIN = 53F).

Malgrado il numero non esagerato di atteggiamenti, pensieri e comportamenti fortemente atipici riferiti, vi è evidenza di simulazione di molti sintomi, rari anche tra persone con disturbi psichiatrici reali (F = 67; Fp = 120; CRIN = 91; VRIN = 85; TRIN = 53F).

Allo stesso tempo, è possibile escludere tentativi di simulazione di sintomi somatici e cognitivi poco credibili (Fs = 59; FBS = 75; RBS = 76; CRIN = 91; VRIN = 85; TRIN = 53F).

Sottostima della psicopatologia (Under-reporting)

Non dimostra particolare preoccupazione riguardo al giudizio che potrebbe essere emesso sulla base dei risultati del test; pertanto, non trova difficoltà ad ammettere anche aspetti di sé che potrebbero apparire socialmente inaccettabili (L = 61; F = 67; K = 57).

Ha risposto apertamente alle domande senza essere né particolarmente autocritica, né particolarmente difesa (K = 57; L = 61; F = 67).

Conclusioni sulla validità

La persona ha affrontato la valutazione psicodiagnostica producendo un protocollo valido dal punto di vista della collaborazione (CNS = 0).

Il profilo deve essere considerato inattendibile a causa delle numerose incoerenze nelle risposte (VRIN = 85; TRIN = 53F).

Il numero di atteggiamenti e pensieri atipici dichiarato può essere considerato indicazione di un'accurata rappresentazione del livello della sintomatologia riferita (L = 61; F = 67; K = 57).

Ha riferito un numero non particolarmente limitato di aspetti disfunzionali della propria personalità, ma non ha enfattizzato le proprie risorse adattive (L = 61; F = 67; K = 57).



L'assenza di significative distorsioni nella rappresentazione di sé, sia in senso migliorativo che in senso peggiorativo, indica che il protocollo prodotto è valido e attendibile e che il resoconto che segue può essere considerato come una valida descrizione degli atteggiamenti, dei vissuti, dei sintomi e dei comportamenti della persona (F = 67; Fp = 120; K = 57; L = 61).

Descrizione del funzionamento di personalità

Disfunzioni somatico/cognitive

La persona sembra prestare non molta attenzione alle sensazioni del proprio corpo: non riporta particolari lamentele somatiche e tende a non preoccuparsi per le sue condizioni fisiche (RC1 = 63; MLS = 49; NUC = 61; L = 61).

Percepisce le proprie condizioni generali di salute come sufficientemente buone (MLS = 49).

La presenza di eventuali sintomi pseudoneurologici che potrebbero svilupparsi in risposta a situazioni di stress non contribuisce a compromettere il suo funzionamento personale (NUC = 61; RC1 = 63).

Appare sufficientemente sicura del proprio funzionamento cognitivo, non lamenta difficoltà di attenzione, concentrazione o memoria che possano interferire con le sue attività quotidiane (COG = 54).

Disfunzioni emotive (Internalizzazione)

Demoralizzazione

La persona appare sufficientemente libera da disagio soggettivo; non dubita delle proprie capacità di tollerare eventuali stress emotivi e di fare fronte alle difficoltà; sembra abbastanza soddisfatta della propria vita (RCd = 53; HLP = 64; RC2 = 57).

Teme di non essere sempre in grado di raggiungere i propri obiettivi di vita e questo può farle venire meno la motivazione a impegnarsi per superare eventuali problemi (HLP = 64; SFD = 52; NFC = 53; RCd = 53; RC2 = 57).

Le note di demoralizzazione o di pessimismo che la persona presenta non rappresentano un ostacolo al mantenimento di un'immagine di sé sufficientemente positiva. Questo le dà la fiducia necessaria per superare le difficoltà che potrebbe incontrare (SFD = 52; RCd = 53; RC2 = 57).

Non sempre si sente capace di prendere decisioni e affrontare efficacemente le situazioni di crisi; tuttavia, non si arrende facilmente di fronte alle difficoltà (NFC = 53; SFD = 52; RCd = 53; RC2 = 57).

L'ideazione suicidaria che la persona presenta non sembra sostenuta da un livello significativo di disperazione o di mancanza di attaccamento alla vita. Ciò suggerisce la necessità di un approfondimento clinico del possibile rischio suicidario a cui la stessa potrebbe andare incontro (RCd = 53; RC2 = 57; SUI = 73; HLP = 64).

Anedonia

La persona mostra un livello di benessere psicologico e di energia che non riesce a darle sempre un senso di sicurezza sufficiente a garantirle il buon umore e la capacità di impegnarsi negli scambi sociali; una ridotta gamma di esperienze emotivamente positive incrina la sua fiducia nel poter condurre la propria vita in maniera soddisfacente (RC2 = 57; INTR = 54; RCd = 53).

La scarsità di esperienze emotive positive e di interessi non si traduce in evitamento delle situazioni sociali, né nel tenere gli altri a distanza (RC2 = 57; INTR = 54).



Emozionalità Negativa

Si sente sufficientemente libera da esperienze emozionali negative e disfunzionali quali ansia, rabbia e paura: l'eventuale presenza di simili emozioni non compromette il suo funzionamento personale generale (NEGE = 50; RC7 = 47).

Descrive una esistenza priva di preoccupazioni significative: risulta sufficientemente libera da manifestazioni di ansia, sia diffusa che focalizzata su oggetti o situazioni specifiche, che possano in qualche modo turbare il suo equilibrio emotivo (RC7 = 47; STR = 59; WRY = 48; ARX = 63; BRF = 61).

Non lamenta un particolare livello di stress (STR = 59).

Presenta le preoccupazioni tipiche della maggior parte delle persone (WRY = 48).

Eventuali comportamenti compulsivi, come controlli e conteggi ripetitivi, non risultano invalidanti (CMP = 44).

Si sente libera da manifestazioni invalidanti di ansia libera (ARX = 63).

Le sue paure non interferiscono in maniera significativa con le sue attività sia dentro che fuori casa (BRF = 61).

Generalmente è in grado di modulare i propri impulsi aggressivi, di tollerare la frustrazione e di evitare manifestazioni esagerate di rabbia. Si sente, cioè, in grado di esercitare un sufficiente controllo su questo tipo di emozione e di evitarne le manifestazioni più vistose (ANP = 51).

Disfunzioni del pensiero

La persona sembra non condividere pienamente le modalità di pensiero comuni nel gruppo di appartenenza e i suoi pensieri e i suoi comportamenti possono risultare poco comprensibili agli altri; sono presenti convinzioni o percezioni insolite che indicano la presenza di una significativa disfunzione del pensiero (THD = 79).

Tende a percepire il suo ambiente sociale come abbastanza sicuro e non particolarmente ostile. Questo le consente di non sentirsi facilmente ferita, di non interpretare automaticamente in modo negativo le motivazioni altrui e, pertanto, di non coltivare risentimento (RC6 = 64; CYN = 46).

Appare non avere contatto con la realtà e sembra assorbita nelle proprie fantasie: sono presenti severe distorsioni nelle interazioni con il proprio ambiente che la possono rendere di volta in volta ostile, risentita, provocatoria, inetta o incompetente. Sperimenta fenomeni percettivi insoliti associati a una disfunzione del pensiero, che la fanno sentire alienata dagli altri (PSYC = 82).

Riporta vari pensieri bizzarri e processi percettivi non realistici. Sperimenta disorganizzazione del pensiero e può ritenere di avere abilità sensoriali-percettive speciali. L'esame di realtà, pertanto, risulta compromesso (RC8 = 74; PSYC = 82).

In ogni caso, va tenuto presente che il livello riferito di disfunzione del pensiero è sicuramente enfatizzato dalla sua tendenza a simulare la psicopatologia (THD = 79; Fp = 120).

Disfunzioni comportamentali (Eternalizzazione)

La persona tende a eternalizzare in maniera significativa i propri vissuti emotivi e i suoi acting-out possono avere conseguenze negative nei suoi rapporti sociali (BXD = 65; RC4 = 65; RC9 = 55).

Comportamento Antisociale (Disinibizione e Antagonismo)

Dimostra una opposizione verso coloro che occupano una posizione di autorità, nonché verso le regole e i ruoli sociali che la mettono di frequente in conflitto con il proprio ambiente. Il discontrollo del proprio comportamento e la scarsa tolleranza alla frustrazione fanno sì che possa essere considerata come ribelle e riluttante ad accettare le regole della comunità (RC4 = 65; JCP = 61; DISC = 74).

Descrive i rapporti con i membri della propria famiglia come non completamente privi di conflitti; tale vissuto, tuttavia, non provoca un particolare disagio, né sembra avere particolari ripercussioni nelle relazioni interpersonali più in generale (FML = 56).



Non si sente libera dal bisogno di ricorrere a farmaci o a sostanze stupefacenti per modificare il proprio stato mentale; ne riconosce quindi un uso significativo, sia passato che attuale, essenzialmente a scopo di automedicazione o di ricerca di sensazioni forti (SUB = 70).

Discontrollo del comportamento (Disinibizione)

Tende ad esercitare uno scarso controllo sul proprio comportamento: agisce impulsivamente e può avere degli acting-out. La sua energia in alcune situazioni la fa risultare poco affidabile e imprudente. Lo stile di personalità è caratterizzato da anticonformismo, disinibizione e un orientamento morale edonistico. La ricerca di sensazioni e di eccitazione la porta a sacrificare obiettivi a lungo termine in cambio di soddisfazioni a breve termine (DISC = 74).

Riferisce una quantità di comportamenti non pianificati che rimandano alla presenza di tratti di impulsività che contribuiscono significativamente al suo discontrollo comportamentale (IMP = 66).

Presenta un livello di attivazione comportamentale che le consente di sentirsi abbastanza coinvolta nel proprio ambiente di vita (RC9 = 55; ACT = 59).

I suoi livelli di energia e di attivazione appaiono equilibrati, così il suo umore resta abbastanza stabile (ACT = 59; RC9 = 55; RCd = 53; RC2 = 57).

Ostilità (Antagonismo)

Dimostra un adeguato controllo sulle proprie espressioni colleriche che, pertanto, non trovano sfogo in comportamenti aggressivi o dominanti nei confronti degli altri (AGG = 52; AGGR = 40).

Tende a gestire in maniera equilibrata la propria fiducia nei rapporti con gli altri, evitando tendenzialmente di assumere atteggiamenti cinici (CYN = 46; RC6 = 64).

Competenze sociali

Autostima e Autoefficacia (Antagonismo)

La persona riconosce in sé stessa una varietà di qualità personali e interpersonali che le consentono di non avere dubbi sulla propria adeguatezza come persona. Ha fiducia in sé stessa e nelle proprie capacità e questo alimenta la propria autostima e la propria determinazione. Tuttavia, non attribuisce a sé stessa caratteristiche positive straordinarie (SFI = 51; SFD = 52; NFC = 53).

Riconosce in sé stessa una varietà piuttosto equilibrata di qualità e difetti personali e interpersonali che non le fanno mettere completamente in dubbio la propria adeguatezza come persona. Da questa auto percezione deriva una certa determinazione e fiducia nella propria capacità di condurre la propria vita in maniera autonoma senza dover dipendere dagli altri (SFD = 52).

La presenza di dubbi sulle proprie capacità di affrontare efficacemente le difficoltà, ne riduce il senso di autosufficienza e la determinazione nel perseguire i propri obiettivi (NFC = 53).

Dominanza/sottomissione (Antagonismo)

Nei rapporti interpersonali non si dimostra particolarmente assertiva e non sente il bisogno di ricorrere a forme di aggressività strumentale per affermare sé stessa (DOM = 41; AGG = 52; AGGR = 40).

Coinvolgimento sociale (Distacco)

Mostra di non temere il rapporto con gli altri, sia nelle situazioni a due che in quelle di gruppo. Il suo approccio alla socialità appare sufficientemente disinvolto (SAV = 51; SHY = 53).

Nelle situazioni sociali non prova particolare disagio, risultando libera da forme invalidanti di ansia sociale (SHY = 53).



Sembra trovare una certa gratificazione nelle relazioni interpersonali e familiari. Crede di poter contare abbastanza sulla diponibilità e sull'attenzione delle persone con cui è in relazione (DSF = 58; FML = 56; SAV = 51; SHY = 53).

Rapporti con i familiari sufficientemente gratificanti e privi di conflitti significativi favoriscono la capacità di coltivare relazioni intime abbastanza sicure (FML = 56).

Quando non si sente minacciata personalmente, riesce a intrattenere rapporti anche collaborativi con gli altri (CYN = 46; RC6 = 64).

Diagnosi e trattamento

Livello di funzionamento

Il punteggio medio delle scale cliniche ha un valore significativamente superiore alla media del campione normativo, con elevazioni significative nelle scale cliniche che suggeriscono la presenza di un disturbo marcato anche se circoscritto (F = 67; L = 61; K = 57; Elevazione Media delle Scale Cliniche = 59.8; Elevazione maggiore in RC8 = 74).

La persona presenta una disfunzione significativa che coinvolge sia i processi di pensiero che il controllo del proprio comportamento. In particolare, presenta idee insolite, convinzioni bizzarre e allentamento dell'esame di realtà, che, insieme ai suoi comportamenti di acting-out, compromettono il suo funzionamento personale e sociale (EID = 55; THD = 79; BXD = 65).

Ipotesi diagnostiche suggerite

I risultati del test suggeriscono alcune ipotesi diagnostiche da sottoporre a valutazione clinica.

Disfunzioni del pensiero

- Disturbi associati a disfunzione del pensiero (RC6 = 64; RC8 = 74).

Disfunzioni comportamentali

- Disturbi associati a disfunzione comportamentale e esternalizzazione (RC4 = 65; RC9 = 55).
- Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta (RC4 = 65; DISC = 74).
- Disturbi del controllo degli impulsi (RC4 = 65; DISC = 74).

Dimensioni del modello alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5 (Alternative Model AMPD)

- Tratti e Disturbi caratteristici del Dominio dello Psicoticismo (PSYC = 82).
 - Con la presenza di pensieri e percezioni insoliti, come nel Disturbo Schizotipico di Personalità (RC8 = 74).

Considerazioni sul trattamento

Fattori che potrebbero influenzare l'adesione a un eventuale trattamento

- La tendenza ad esternalizzare il proprio disagio emotivo potrebbe impedire lo sviluppo di una motivazione interna al trattamento, sufficiente a garantire l'impegno in una eventuale psicoterapia: la mancanza di collaborazione metterebbe a rischio il successo del trattamento (BXD = 65).



- La tendenza all'acting-out, il comportamento disinibito e/o l'impulsività possono ostacolare l'adesione al trattamento e interferire con lo sviluppo di una relazione terapeutica efficace (RC4 = 65).

Obiettivi del trattamento

- Ideazione bizzarra o persecutoria (RC6 = 64; RC8 = 74).
- Il disturbo del pensiero può interrompere il trattamento, per cui i sintomi psicotici diventano obiettivi primari di intervento (RC8 = 74).
- Controllo inadeguato degli impulsi (BXD = 65; DISC = 74; IMP = 66).

CAVEAT

Va ricordato che la descrizione del funzionamento personale e sociale ottenuta dalle risposte della persona agli item del MMPI-3 assume significato all'interno del contesto in cui è avvenuta la valutazione psicodiagnostica. Spetta al clinico, pertanto, confrontare tale descrizione con le motivazioni e gli scopi più o meno consapevoli con cui la persona si è sottoposta alla consultazione, con la sua storia di vita e l'anamnesi patologica, nonché con le risultanze dell'esame clinico per trarne conclusioni diagnostiche più certe.

Riferimenti Bibliografici

Abbate, L. e Roma, P. (2014). *MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Milano: Raffaello Cortina.

Ben-Porath, Y.S. e Tellegen, A. (2020). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3): Technical manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press (ad. it.: L. Abbate, F. Cippitelli, S. Ferracuti e P. Roma. 2025, Firenze: Giunti Psychometrics).

Ben-Porath, Y.S. e Tellegen, A. (2020). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3): Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press (ad. it.: L. Abbate, F. Cippitelli, S. Ferracuti e P. Roma. 2025, Firenze: Giunti Psychometrics).

Ben-Porath, Y.S. e Sellbom, M. (2023). *Interpreting the MMPI-3. An essential guide to detailed and accurate interpretation of the MMPI-3*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Del Castello, E. (2015). *La diagnosi psicologica guidata dal MMPI-2. Descrizione della personalità e valutazione della psicopatologia*. Milano: FrancoAngeli.

Del Castello, E. (2021). *Report interpretativo del MMPI-2*. Firenze: Giunti Psychometrics.

Del Castello, E. (2022). *Report interpretativo del MMPI-A*. Firenze: Giunti Psychometrics.

Sellbom, M., Anderson, J.L. e Bagby, R.M. (2013). Assessing DSM-5 Section III personality traits and disorders with the MMPI-2-RF. *Assessment*, 20 (6), 709-722.



Sellbom, M., Bagby, R.M., Kushner, S., Quilty, L.C. e Ayearst, L.E. (2011). Diagnostic construct validity of the MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) scale scores. *Assessment*, 19 (2), 176-186.

Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S. e Bagby, R.M. (2008). On the hierarchical structure of mood and anxiety disorders: Confirmatory evidence and elaboration of a model of temperament markers. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (3), 576-590.

Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S. e Graham, J.R. (2006). Correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in a college counseling setting. *Journal of Personality Assessment*, 86 (1), 89-99.

Sellbom, M., Graham, J.R. e Schenk, P.W. (2006). Incremental validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in a private practice sample. *Journal of Personality Assessment*, 86 (2), 196-205.

Sellbom, M. e Smith, A. (2017). Assessment of DSM-5 Section II personality disorders with the MMPI-2-RF in a nonclinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 99 (4), 384-397.

