



Mario Rossi

Licenza di: Utente Hogrefe - info@hogrefe.it

Codice test: 0009

Data di somministrazione 13.07.2015



MMPI[®]-2: REPORT CLINICO - FORMA COMPLETA

di Daniele Berto e Marco Samory

Questo report descrive il profilo di personalità del soggetto così come emerge dal MMPI-2 ed è stato messo a punto per un utilizzo in ambito clinico. RIO, pur complesso, aggiornato e rispondente ad una amplissima gamma di regole definite dalla letteratura corrente, non sostituisce la valutazione del professionista ma integra le altre fonti di informazione, come colloquio, dati anamnestici e biografici, osservazione diretta o esiti di altri strumenti psicodiagnostici e va utilizzato unicamente da un professionista formato ed esperto. La responsabilità delle decisioni che possono essere prese sulla base del report, siano esse diagnostiche, trattamentali o di altro tipo, è del professionista che lo utilizza e non sono in alcun modo imputabili agli autori o all'editore del report, che deve essere considerato come un sofisticato supporto alle decisioni stesse. Il contenuto di questo report, infine, è soggetto alle regole della privacy e del segreto professionale laddove previste.

HOGREFE



Validità

Il profilo è valido e interpretabile.

La scala F, elevata al di sopra della norma, suggerisce uno stile di risposta orientato ai problemi. Punteggi in questo range sono frequenti sia in ambito clinico che in ambito non clinico e sono indicativi di qualche forma di disagio psicologico.

Profilo clinico

Il "picco 3" descrive il soggetto come conformista, socievole, attento a quanto riguarda la corporeità e probabilmente disturbato da qualche disturbo fisico. Le persone che riportano tale "picco" tendono a mostrarsi ottimiste anche in situazioni difficili e appaiono spesso compiacenti con gli altri - talvolta "seduttive"- poiché manifestano un grande bisogno di ricevere attenzione e temono la disapprovazione. Generalmente possiedono scarse doti di insight e non sembrano consapevoli dei propri bisogni, desideri e impulsi. In risposta allo stress possono manifestare i sintomi e i comportamenti tipici dei quadri isterico-istrionici, quali "equivalenti" dell'ansia e della depressione o in vista di "vantaggi secondari"; tale funzionamento, per quanto disadattivo, consente loro di ricevere un'attenzione in qualche modo privilegiata (nel ruolo di malati), di "spostare" all'esterno (sul corpo) i propri conflitti e di evitare di assumere le proprie responsabilità, delegandole ad altri o motivando le loro inefficienze in maniera socialmente approvata (i sintomi fisici). Possono preferire il linguaggio non verbale a quello verbale – inclusi i sintomi - e spesso comunicano le proprie emozioni e le proprie aspettative in maniera indiretta piuttosto che apertamente ("lanciano messaggi"). Si mostrano generalmente passive e dipendenti nelle relazioni; possono venire percepite dagli altri come immature, superficiali ed egocentriche.

La configurazione relativa delle scale 1.Hs 2.D e 3.Hy ("vallo di conversione" o "isterico" molto accentuato) indica una sintomatologia somatoforme in una personalità con aspetti nevrotici. Il soggetto tende ad esercitare un controllo rigido sulle proprie emozioni e ricorre alla negazione, alla rimozione e allo spostamento sul corpo. Altri sintomi e comportamenti caratteristici riguardano la sfera dei disturbi isterico-istrionici. Le persone che riportano tale configurazione solitamente mostrano scarse capacità di insight nei confronti dei loro stessi bisogni, conflitti e sintomi. Molto spesso le preoccupazioni somatiche e i sintomi assumono una funzione di "equivalente" dell'ansia e della depressione; in altri casi comportano "vantaggi" secondari sia nel richiamare su di sé l'attenzione altrui e nel controllare le relazioni, sia nell' evitare o nel delegare responsabilità e scelte. E' caratteristico del "vallo di conversione" il bisogno di interpretare i propri problemi relazionali o personali – inclusa la sintomatologia fisica - in maniera socialmente accettabile, secondo un meccanismo di spostamento all'esterno (l'ambiente e le condizioni fisiche) sia delle cause che delle soluzioni delle proprie inadeguatezze. Le persone con tale profilo si considerano e tendono a presentarsi come normali, responsabili ed empatiche.

Il soggetto è suggestionabile; nei confronti degli altri può apparire dipendente insicuro fino a sviluppare ansia. Ciò non esclude la presenza di sottostanti tratti di diffidenza e sospettosità.

Il controllo del comportamento appare molto difficoltoso: il soggetto alterna momenti di insicurezza e dubbio ad agiti impulsivi, imprevedibili e apparentemente immotivati. La sua capacità di conformarsi alle norme sociali è decisamente ridotta.

L'evenienza di agiti impulsivi ed eventualmente aggressivi è aumentata anche dalla presenza di un repertorio di atteggiamenti interiori e da una storia personale spiccatamente antisociali.

E' evidente una tendenza ad esprimere direttamente sul piano del comportamento le proprie tensioni senza adeguate capacità di riflessione e di autocontrollo: l'impulsività comportamentale sembra accresciuta da una altrettanto presente impulsività cognitiva.

Emergono indici di aggressività latente e repressa, che in particolari condizioni può sfociare in episodi violenti.

Riporta segni clinici di un disturbo affettivo, caratterizzato da prevalenti sintomi depressivi, labilità dell'umore e talvolta variazioni in senso disforico e maniforme.

Il soggetto ha un contatto discontinuo con gli altri e con l'ambiente, sembra chiudersi in un proprio mondo interiore e riporta convinzioni inconsuete. Può manifestare processi percettivi e di pensiero tipici della psicosi. Tende ad isolarsi dall'ambiente e coltiva confusione o dubbi sulla propria identità. Il suo comportamento può risultare incomprensibile, strano o francamente bizzarro.

Si sente come se stesse per perdere il controllo dei propri processi mentali: riporta pensieri che riconosce come strani o non suoi, sensazioni di irrealtà, difficoltà di concentrazione, attenzione e memoria.

Avverte che un processo regressivo è in atto, fatica a gestire anche le incombenze quotidiane per mancanza di energie mentali e ripiega difensivamente nella fantasia.

Può avere impressioni di cambiamento nella percezione di sé e dell'immagine corporea, può riportare depersonalizzazione, dissociazione o esperienze sensomotorie anomale.

Il soggetto ha una ridottissima capacità di valutare se stesso e le conseguenze delle proprie azioni. E' insofferente alle norme e alle convenzioni sociali, è impulsivo e aggressivo fino ad agire comportamenti antisociali.

La sua intolleranza alle norme comuni, sia nel contesto familiare che nell'ambito sociale più esteso, si associa ad una storia di comportamenti trasgressivi e delinquenziali (in passato e/o nel periodo attuale).

Il soggetto riporta note di insicurezza che possono sfociare in ossessioni e fobie. Sul piano del comportamento appare preoccupato, apprensivo e dubbioso; soggettivamente è teso e insoddisfatto di sé. Trova nella precisione e nella meticolosità un forma di assicurazione contro il suo timore di sbagliare. Può mostrare una certa rigidità anche a livello morale.

Il soggetto sembra riportare un sistema di valori piuttosto instabile ed è possibile che in alcune circostanze non si attribuisca la responsabilità delle proprie scelte e dei propri comportamenti.

Le scale per la rilevazione dei problemi di abuso non evidenziano tendenze né comportamenti legati all'assunzione di alcol o di altre sostanze psicotrope.

Il soggetto è piuttosto sensibile ai torti subiti o solo immaginati. Assume atteggiamenti "moralì" e razionali; nel rapporto con gli altri tende a reprimere al proprio interno motivi di rabbia o rancore, fino a che non si sente tradito.

Gli aspetti depressivi vanno comunque inquadrati nel contesto di una più generale e diffusa labilità dell'umore.

La sua grave difficoltà nel tollerare situazioni frustranti rappresenta un elemento di fragilità del quadro complessivo e accentua il significato clinico dei tratti evidenziati.

Ulteriori informazioni, essenzialmente riguardanti il modo di percepirsi del soggetto e quanto è disposto a comunicare agli altri, derivano dalle scale di contenuto.

Alcuni indici suggeriscono che la sua percezione del problema legato all'aggressività è significativamente inferiore a quanto può essere riscontrato oggettivamente sul piano clinico.

Dichiara di coltivare atteggiamenti, valori o convinzioni che generalmente sono alla base di uno stile di vita deviante. Probabilmente ha una storia pregressa di trasgressioni e comportamenti illeciti, verso i quali non sembra avere rimorsi.

Afferma di sentirsi demoralizzato, ansioso e teso e di incontrare difficoltà nel prendere decisioni. Lamenta sintomi aspecifici di ansia, che comprendono problemi somatici (es. palpitazioni e mancanza di respiro), disturbi del sonno, preoccupazioni e scarsa concentrazione. E' disturbato da questi sintomi, li ammette senza difficoltà e può lamentarsene spesso anche con gli altri.

Riporta pensieri, atteggiamenti o comportamenti di natura depressiva, quali disagio, sconforto, difficoltà a progettare il futuro.

Accusa una grande varietà di sintomi fisici a carico di apparati diversi, si sente stanco e senza energie. Ha una preoccupazione estrema per la salute e ritiene di essere più malato delle altre persone.

Sintesi descrittiva

Il profilo è molto elevato, con un significativo numero di sintomi dichiarati e diversi indici di un generale disadattamento emotivo associato a stress.

I disturbi appaiono rilevanti e oltrepassano le capacità di difesa del soggetto. Il suo equilibrio psicologico e la sua vita di relazione possono pertanto essere in parte ridotti dall'intensità o dalla persistenza dei sintomi.

A livello cosciente mantiene una forma di controllo e non sembra percepire la propria condizione come patologica.

Il profilo delle scale di base risulta ben definito e ciò indica che la situazione clinica evidenziata probabilmente è riconoscibile sul piano del comportamento e relativamente stabile nel tempo.

Le problematiche rilevate forniscono le seguenti indicazioni cliniche:

*disturbo dell'umore

*notevole difficoltà a controllare le tensioni interne e le spinte pulsionali

*gravi preoccupazioni per la salute e meccanismi di spostamento dell'ansia sul corpo

*ansia fisica; talvolta possibile dissociazione

Ipotesi diagnostiche

Il profilo è compatibile con le seguenti ipotesi diagnostiche (Asse I del DSM-IV-TR):

Episodio Depressivo Maggiore, Disturbo Depressivo Maggiore

Disturbo del Controllo degli Impulsi

Disturbo Somatoforme (di Somatizzazione, Ipocondria)

Disturbo Somatoforme (di Conversione, Algico)

Disturbo Somatoforme; Disturbo Dissociativo

Disturbo Depressivo Maggiore, Moderato

Emergono inoltre altre condizioni non direttamente sovrapponibili ad alcuna categoria diagnostica, ma che tuttavia potrebbero necessitare di attenzione clinica, in particolare:

*alterazioni dei processi e dei contenuti del pensiero, in presenza di una possibile storia di abuso di alcol/sostanze (da verificare con altri strumenti)

*sintomi psicotici

*ossessività

*ansia, che può arrivare a manifestarsi in forma libera

Il profilo allerta riguardo alla presenza di un rischio suicidario.

L'impulsività, come dato psicopatologico e comportamentale, è piuttosto accentuata e necessita di un intervento per il contenimento dei rischi annessi.

Indicazioni al trattamento

In considerazione della rilevanza dei problemi presentati al test, è opportuno effettuare ulteriori approfondimenti ed eventualmente proporre una presa in carico farmacologica dei sintomi. Probabilmente l'approccio combinato (farmacoterapia+psicoterapia) rappresenta al momento la risposta più indicata alla situazione.

Riguardo all'esito di un eventuale percorso psicoterapeutico, il soggetto sembra manifestare un atteggiamento favorevole, nonostante disponga al momento di risorse piuttosto limitate. In considerazione di ciò potrebbe risultare utile stabilire inizialmente obiettivi limitati e prevalentemente di tipo supportivo.

Eventuali difficoltà nel corso di un trattamento potrebbero derivare dalle scarse doti di insight che sembra possedere. E' probabile che anche nell'ambito del rapporto terapeutico metta in atto meccanismi che riducono la possibilità di accedere alle emozioni e di ragionare per cause psicologiche. Può risultare difficoltoso stabilire con lui un rapporto basato sulla reciprocità e sul confronto di punti di vista differenti.

I meccanismi che abitualmente adotta lo portano a preferire spiegazioni di tipo medico ai suoi problemi. Poiché tale tendenza può interferire negativamente con un percorso di tipo psicologico, potrebbe essere utile evidenziarla e discuterne le conseguenze sin dalle prime fasi del trattamento.

Considerazioni sul caso

PSY-5

Le PSY-5, sviluppate per lo studio della personalità secondo il modello dei tratti, in questo profilo non forniscono indicazioni significative, in quanto risultano comprese nell'intervallo di norma.

Componenti delle scale di contenuto

A scopo di ulteriore approfondimento del profilo MMPI-2 vengono riportate qui di seguito i risultati ottenuti alle Componenti delle scale di contenuto. Per quanto concerne le caratteristiche psicometriche, i costrutti e l'effettiva applicabilità di queste scale al caso in questione si rimanda alla letteratura di riferimento.

Le Componenti delle scale di contenuto rilevano aspetti specifici che concorrono all'elevazione delle "scale madri" e ne facilitano l'interpretazione.

Nel profilo in questione queste sottoscale forniscono le seguenti indicazioni:

HEA1 (Sintomi Gastrointestinali): il soggetto lamenta la presenza di svariati sintomi gastrointestinali.

ASP2 (Comportamenti Antisociali): coloro che ottengono alti punteggi dichiarano di avere avuto comportamenti antisociali e/o di aver avuto problemi di condotta durante il periodo scolastico. Possono aver riportato problemi giudiziari ed una storia di abuso di sostanze.