Marco Vicentini, Psy.D.
info@marcovicentini.it
ver. 2023.09

MCMI-III
Millon Clinical Multiaxis Inventory

Theodore Millon
1928 - 2014

il Miller

Sommario

- La costruzione dello strumento
- Il modello evoluzionistico
  - Gli stili di personalità
  - Le altre scale
- Utilizzo dello strumento
  - Processo interpretativo
  - Esercitazioni

Celebrating
40 YEARS
OF THE MILLON INVENTORIES

Bibliografia

- Millon (2008, 2016). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III*, GiuntiOS (ed. it a cura di Zennaro, Ferracuti, Lang e Sanavio)
- Choca & Van Denburg (1997, ed.it 2004). *Guida interpretativa del MCMI*, LAS.
- Choca (2010). *Interpretive Guide to the MCMI* (3th ed), APA.
- Craig (2005). *New directions in interpreting the MCMI-III*, Wiley.

Inventario Multiassiale Clinico

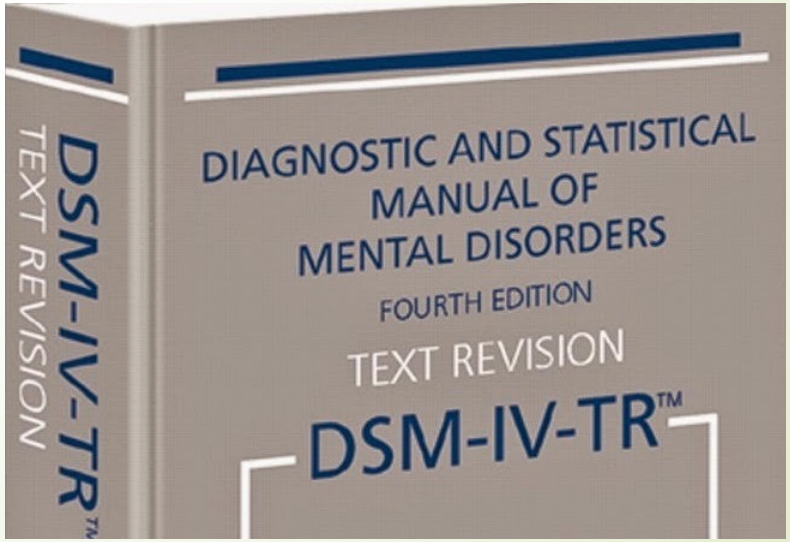
Cosa è?

- Questionario standardizzato, autosomministrato
  - 175 item vero/falso
  - Richiede abitualmente 25 minuti per essere completato
  - Nasce per adulti con almeno un grado di scolarità di 8 anni, che afferiscono ai servizi di salute mentale
- Sviluppato e standardizzato sulla popolazione clinica
  - (non è da usare con la popolazione generale o con gli adolescenti)
- Valuta i disturbi su Asse I e Asse II
  - Misura disturbi di personalità e sindromi cliniche

- Versione originale Millon, Millon, Davis e Grossman (1994, 1997 [e 2015]);
- Versione italiana a cura di Zennaro, Ferracuti, Lang e Sanavio (2008, 2016)

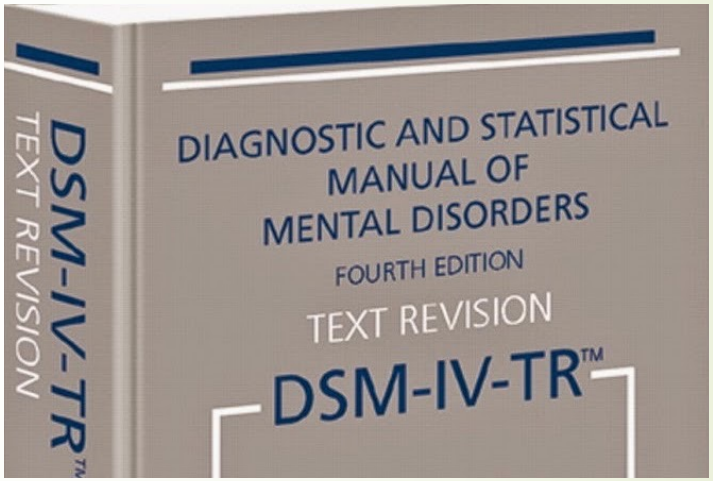
Punti di forza

- Molto più corto di strumenti analoghi
- Ancoraggio teoretico
- Modello multi assiale, che riflette la classificazione del DSM-IV-TR
- Utilizzo dei Base-Rate

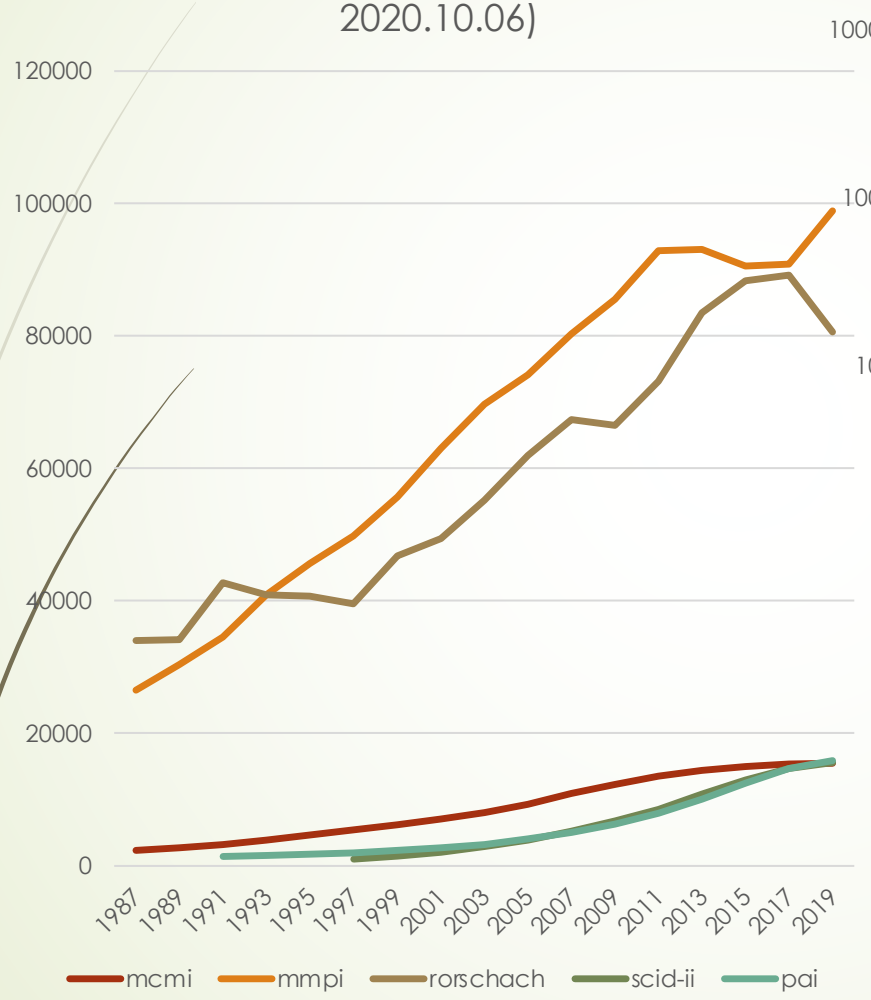


Ancoraggio al DSM

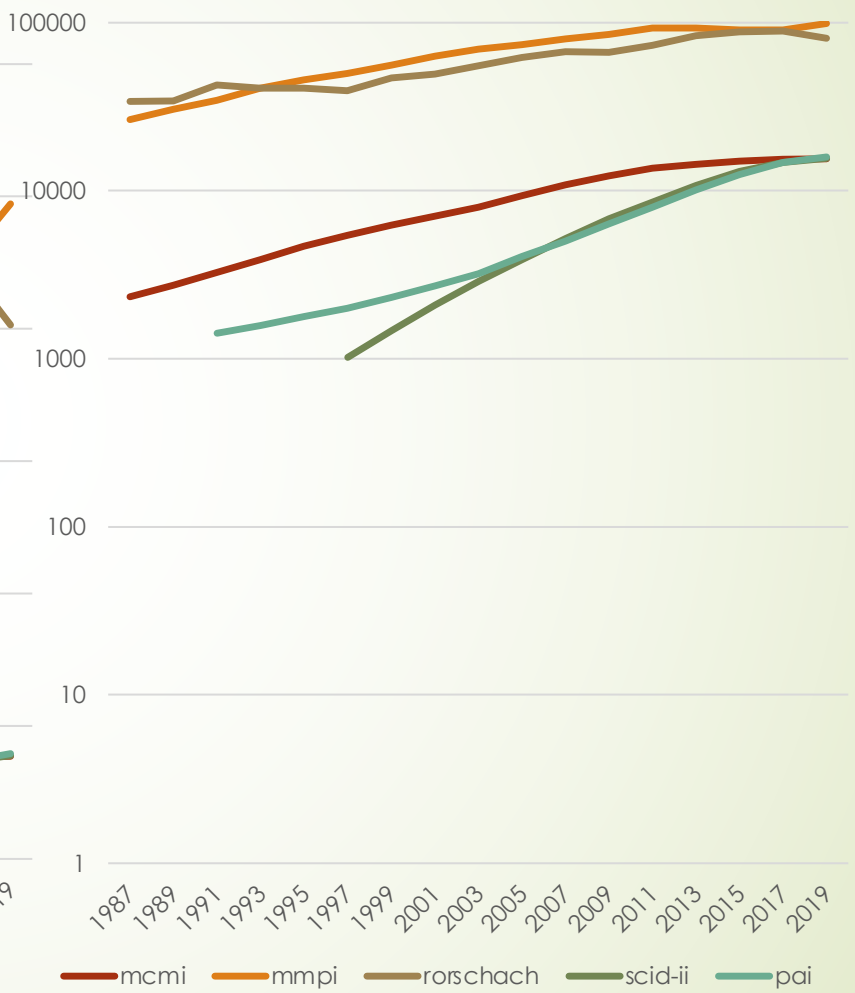
- Le scale sono raggruppate in categorie di personalità e psicopatologia per riflettere la (precedente) distinzione del DSM-IV tra disturbi in Asse I e Asse II
- Vi sono scale separate per distinguere caratteristiche di personalità del cliente da disturbi in fase acuta



Pubblicazioni Scientifiche per i principali test di personalità (indicizzate da Google Scholar al 2020.10.06)



Pubblicazioni Scientifiche per i principali test di personalità (scala logaritmica)



La teoria di Millon

Millon ritiene che un plausibile modello scientifico debba racchiudere 4 elementi fondamentali:

- teoria coerente o schemi esplicativi (teoria della personalità, teoria cognitiva, ecc.);
- nosologia o classificazioni basate sulla teoria (come nei disturbi di personalità del DSM-IV);
- strumenti di valutazione del modello, empiricamente fondati (come il Millon Clinical Multiaxial Inventory, CBA, SWAP, ecc.);
- interventi concreti a partire dai dati acquisiti (CBT, DS, ecc.).

Validazione del MCMI

Approccio TEORICO sulla teoria di Millon (NON come MMPI)

La validazione degli item è stata fatta sulla base di tre criteri:

a) il criterio della solidità teorica;

b) il criterio interno strutturale;

c) il criterio esterno di confronto con altri strumenti.

Costruzione dello strumento

- Il MCMI-III di Millon (1997) è nato per valutare i pattern di personalità e la sintomatologia clinica nei pazienti psichiatrici.
  - Il test di Millon è pubblicato nel 1972 e 1977 con un costante lavoro tra clinici e ricerca
    - Sono stati sviluppati 3500 item raggruppati in 20 scale partendo dal modello teorici.
    - Il suo lavoro è alla base del costrutto di Asse II del DSM-III e DSM-IV
    - La somministrazione a pazienti e il confronto con i clinici ha portato ad una forma da 556 item. Sono stati eliminati gli item troppo poco o troppo frequenti.
    - La versione di ricerca da 239 item è stata sottoposta a 167 clinici che hanno valutato 682 pazienti.
    - La standardizzazione americana è stata fatta su 1591 soggetti psichiatrici e 297 soggetti di controllo.
    - La versione attuale è di 175 dicotomici organizzati in 20 scale.
  - La validazione italiana del 2008 è stata fatta su 377 soggetti psichiatrici confrontati con la diagnosi psichiatrica in cieco

Stile vs Disturbo di personalità:

Come si distinguono?

1. criteri DSM
2. nozione statistica di estremo e normalità
3. diversa flessibilità adattiva
4. discrepanza tra auto-percezione e percezione degli altri
5. scarso accordo tra individuo e ambiente

La teoria di Millon

- Gli **stili di personalità** rappresentano il cuore concettuale dell'approccio teorico proposto da Millon
- Bagaglio di convinzioni stabili che la persona mantiene su sé e sul mondo, unite ai modi tipici di pensare e di sentire e ai comportamenti associati a queste convinzioni

- Tali raggruppamenti di caratteristiche sono da considerarsi coerenti anche se esistono eccezioni che non rappresentano la regola
- Importante valutare relazione tra caratteristiche e situazione

Modello evoluzionistico

- 3 domini polarizzati indipendenti
  - **Esistenza**: Piacere vs Dolore
    - Promozione della vita e Salvaguardia della vita
    - Scopi esistenziali
  - **Adattamento**: Attivo vs Passivo
    - Modello di adattamento
    - In che modi una persona "sopporta"?
  - **Autopropagazione**: Sé vs Altro
    - Riproduzione individuale
    - Nutrimento e comportamenti pro-sociali

Modello evoluzionistico

- Gli Stili di personalità sono, di base, entità non patologiche. Nonostante ciò sono state osservate associazioni tra particolari stili di personalità e problemi di tipo psichiatrico (Scala Schizoide, Evitante e negativistica);

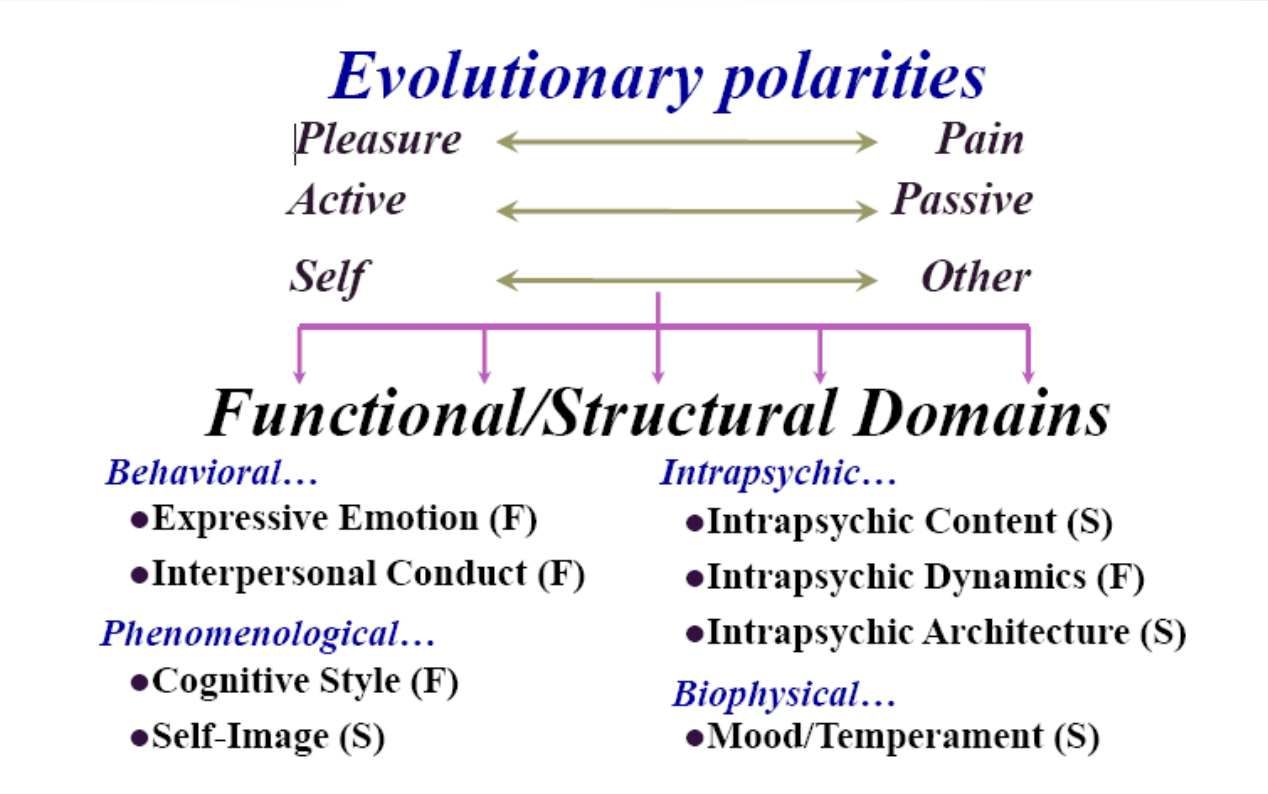
- Millon propone sistema basato su **prototipi di personalità**, non su tratti.
  - Elabora i suoi 8 stili di base partendo sulle descrizioni precedenti dei disturbi di personalità. In pratica afferma che anche i normali hanno soltanto un livello di patologia nella norma;
  - I prototipi sono di base indipendenti anche se Millon ha proposto chiavi di lettura aggregati.

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere – dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé - Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Depressivo **2B**	Masochista **8B**	Dipendente **3**	Narcisista **5**	Compulsivo **7**
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico **6B**	Istrionico **4**	Antisociale **6A**	Passivo/Aggressivo **8A**
Patologia strutturale	Schizotipico **S**	Borderline Paranoide	Borderline **C**	Paranoide **P**	Borderline Paranoide

Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

Modello evoluzionistico



Gli stili di personalità

15 Stili di personalità

Il modello degli schemi di personalità è strutturato lungo una continuità tra personalità normale e anormale, con un prototipo o stile di personalità normale (ad. es. ritirato) ed uno invece anormale, un disturbo di personalità (ad es. schizoide).

- 1A Ritirato / Schizoide
- 2A Riservato (shy) / Evitante
- 2B Pessimista / Melanconico
- 3 Cooperativo / Dipendente
- 4 Socievole / Istrionico
- 4B Esuberante / Turbolento (nuovo nel MCMI-IV)
- 5 Fiducioso / Narcisista
- 6A Non conformista / Antisociale
- 6B Assertivo / Sadico
- 7 Coscienzioso / Ossessivo-Compulsivo
- 8B Addolorato / Masochista
- 8A Scettico / Negativista

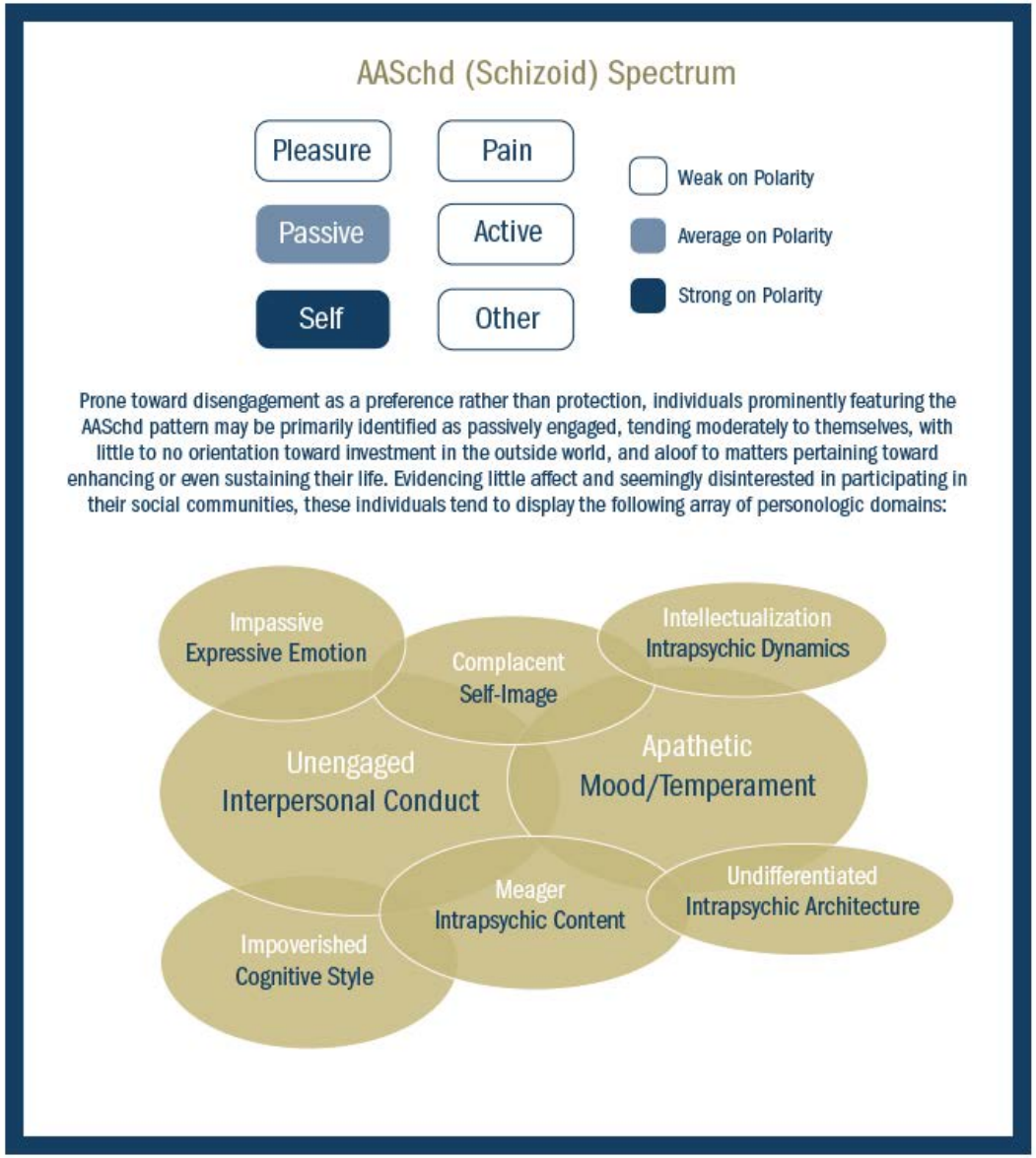
- S Eccentrico / Schizotipico
- C Capriccioso / Borderline
- P Sospettoso / Paranoide

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere –dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé-Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Melanconico **2B**	Masochista 8B	Dipendente 3	Narcisista 5	Compulsivo 7
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico 6B	Istrionico 4	Antisociale 6A	Negativistico 8A
Patologia strutturale	Schizotipico S	Borderline Paranoide	Borderline C	Paranoide P	Borderline Paranoide

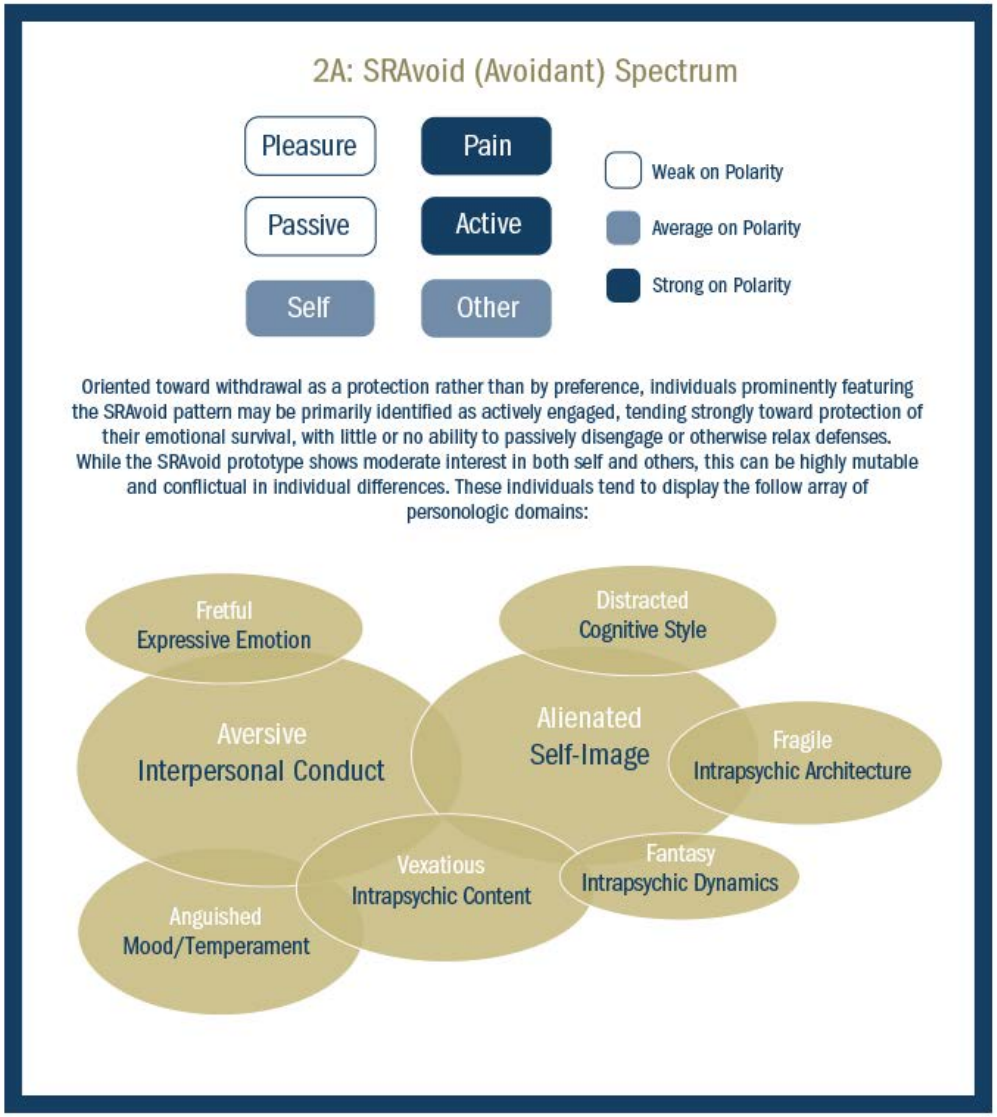
Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

Scala 1: Schizoide *(Schizoid)*. I soggetti schizoidi sono noti per la loro incapacità di provare desiderio, dolore o piacere in misura significativa: tendono a essere apatici, privi di iniziativa, distanti e asociali. Emozioni e bisogni affettivi sono ridotti al minimo: queste persone si comportano come osserva tori passivi, distaccati dalle ricompense, dagli affetti e dalle richieste dei rapporti umani.



http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Scala 2A: Evitante *(Avoidant).* I soggetti evitanti ottengono pochi rinforzi positivi da se stessi e dagli altri. Sono circospetti e sempre allerta, pronti a mantenere le distanze per evitare l'ansia anticipatoria delle esperienze di vita dolorose o che vengono rinforzate negativamente. Le loro strategie di adattamento riflettono timore e sfiducia negli altri. Queste persone mantengono uno stato di vigilanza continuo nel tentativo di impedire che i loro impulsi e il loro desiderio di affetto provochino il ripetersi del dolore e dell'angoscia sperimentati in altre occasioni. Riescono a proteggersi dal dolore solamente attraverso un ritiro attivo. Nonostante il loro desiderio di stabilire relazioni con gli altri, hanno imparato che è meglio negare questi sentimenti e mantenersi a una distanza interpersonale di sicurezza.



http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Scala 2B: Depressiva *(Depressive).* Nello schema depressivo, invece, si riscontra un forte senso di perdita, di rinuncia e manca la speranza di poter nuovamente vivere il senso di gioia. La personalità depressa sperimenta il dolore in modo permanente mentre il piacere è un'esperienza che è concepita come impossibile. Se alcune persone risultano inclini al pessimismo e allo scoraggiamento è altrettanto vero che anche l'esperienza può indurre un atteggiamento di disperazione di fronte a una perdita significativa. Una famiglia sconfortata, un ambiente povero e l'assenza di speranza contribuiscono a formare uno stile di carattere depressivo.

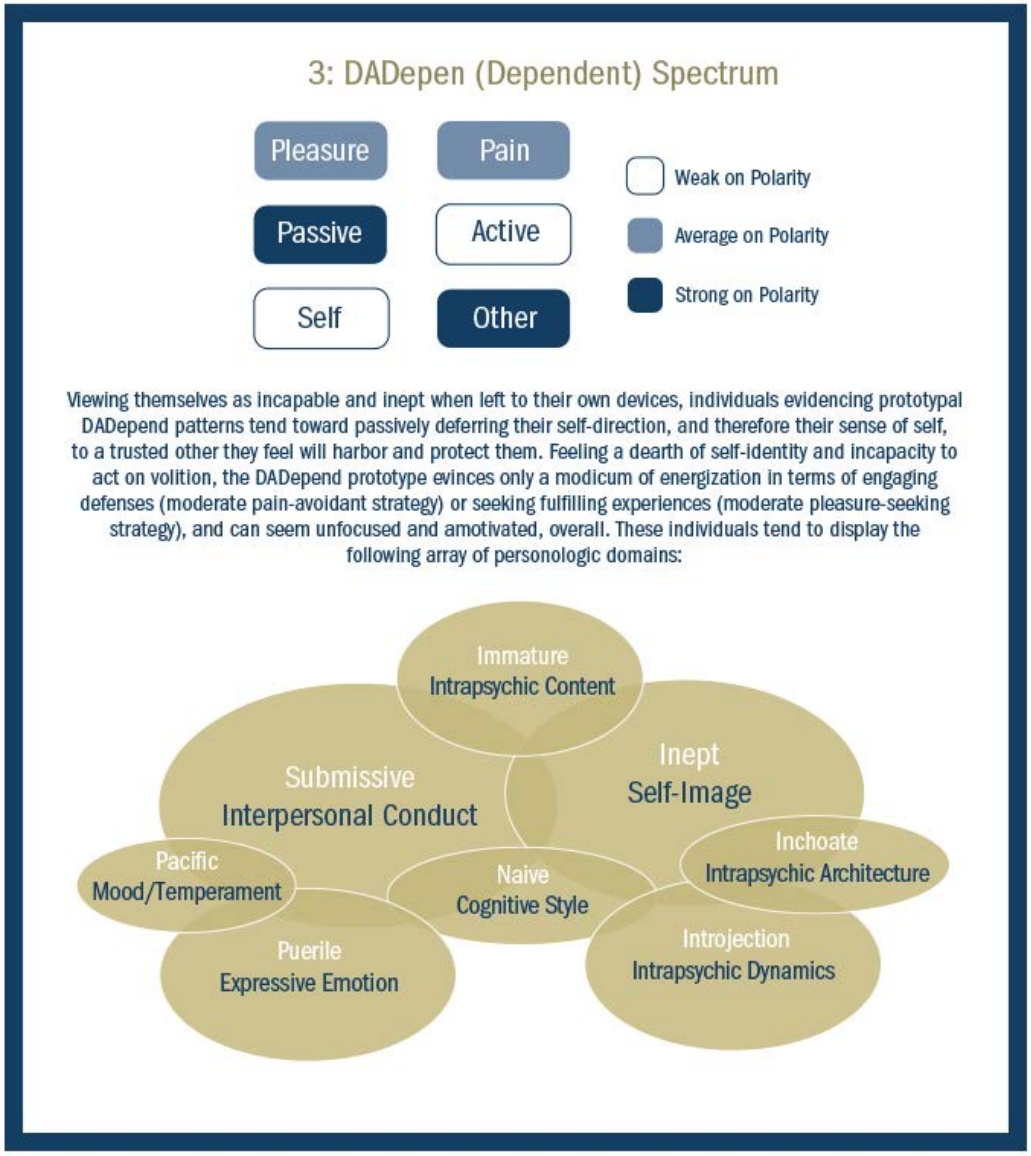
http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere –dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé-Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Melanconico **2B**	Masochista 8B	Dipendente 3	Narcisista 5	Compulsivo 7
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico 6B	Istrionico 4	Antisociale 6A	Negativistico 8A
Patologia strutturale	Schizotipico S	Borderline Paranoide	Borderline C	Paranoide P	Borderline Paranoide

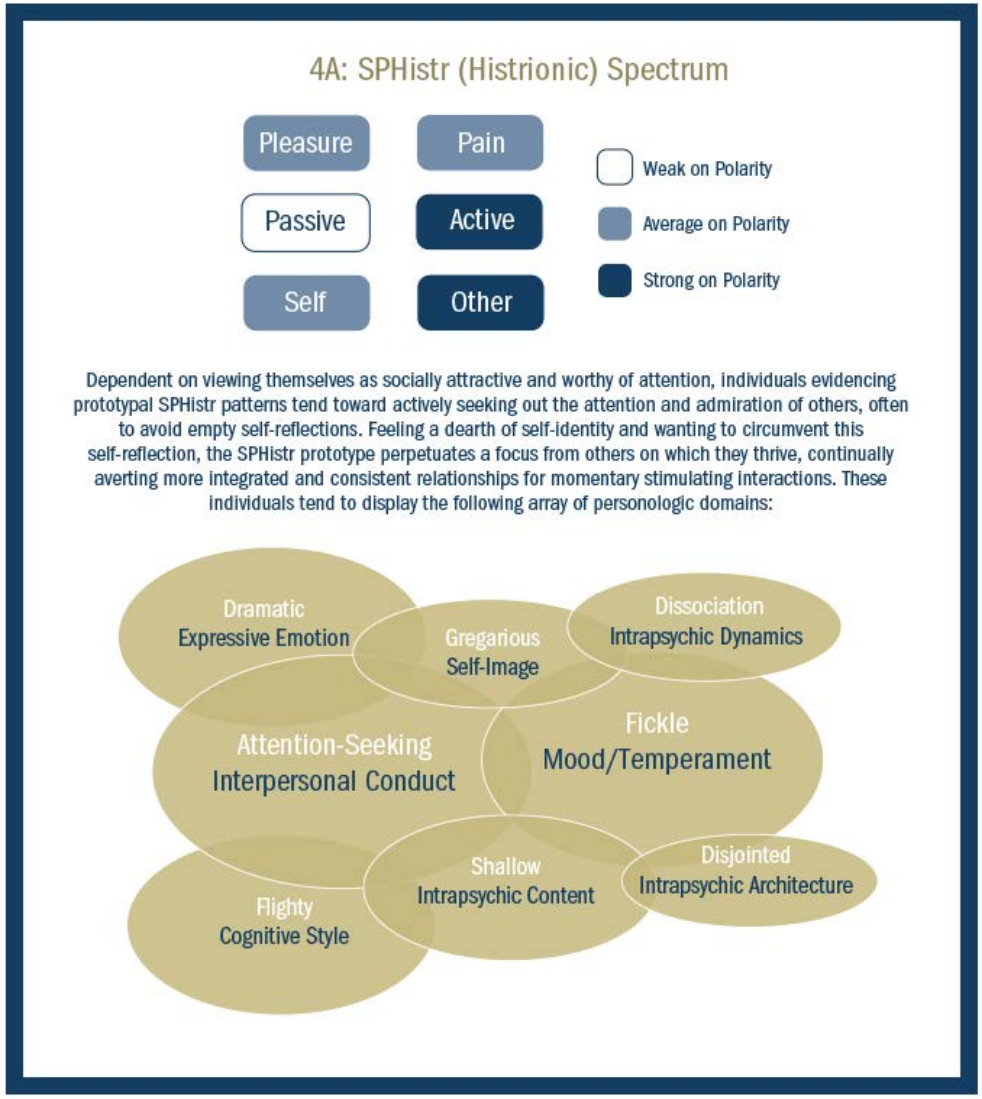
Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

Scala 3: Dipendente *(Dependent)*. I soggetti dipendenti hanno imparato non solo a rivolgersi agli altri per ottenere attenzioni e sostentamento, ma anche ad aspettare passivamente che in virtù delle loro capacità costoro provvedano ai loro bisogni. Questi soggetti sono caratterizzati da una continua ricerca di rapporti sociali all'interno dei quali l'affidarsi agli altri può garantire loro affetto, sicurezza e guida. Da esperienze familiari di iperprotezione hanno imparato che assumere un ruolo passivo nei rapporti interpersonali assicura loro dei benefici. Accettare la protezione e il sostegno che vengono loro offerti ed essere pronti a sottomettersi ai desideri degli altri permette loro di conservarne l'affetto.



http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Scala 4: Istrionica *(Histrionic).* La attività esibita nello stile di relazione nasce dalla facilità e dall'intraprendenza che hanno nel manipolare gli eventi, atteggiamento con il quale ottengono il massimo di attenzione e di favori, riuscendo contemporaneamente a evitare l'indifferenza e la disapprovazione degli altri. Tali soggetti spesso mostrano una ricerca insaziabile e indiscriminata di stimoli e di affetto. Il loro comportamento sociale, abile e spesso ingannevole, dà l'impressione di grande fiducia in se stessi e di autostima; dietro a questa apparenza esteriore, tuttavia, vi è una grande paura nei confronti di una reale autonomia e un bisogno di ottenere continuamente dimostrazioni di approvazione e accettazione. Questi soggetti hanno bisogno di ricevere costantemente riconoscimento e affetto e li ricercano in ogni contesto interpersonale e sociale.



**** Nella prima taratura italiana spesso emergono punteggi elevati per il genere femminile anche in soggetti che affrontano un importante fase di cambiamento.*

http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere –dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé-Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Melanconico **2B**	Masochista 8B	Dipendente 3	Narcisista 5	Compulsivo 7
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico 6B	Istrionico 4	Antisociale 6A	Negativistico 8A
Patologia strutturale	Schizotipico S	Borderline Paranoide	Borderline C	Paranoide P	Borderline Paranoide

Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

Scala 5: Narcisistica *(Narcissistic).* I soggetti narcisisti si caratterizzano per il loro atteggiamento egoistico, per il fatto che la fonte primaria di piacere è data dall'essere se stessi o dal concentrarsi su di sé in modo passivo. Le personalità narcisistiche sono fermamente convinte del fatto che gli altri riconoscano le loro doti particolari. Assumono pertanto un'aria di arrogante auto-rassicurazione e, sfruttano gli altri a loro vantaggio. La completa fiducia che le cose andranno bene fornisce loro poco incentivo a impegnarsi nei termini di "dare e avere" della vita sociale.

**** Nella prima taratura italiana spesso emergono punteggi elevati per il genere femminile anche in soggetti che affrontano un importante fase di cambiamento.*

http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Scala 6A: Antisociale *(Antisocial).* I soggetti antisociali agiscono in modo da poter contrastare le aspettative di dolore e di danno che temono di subire da parte di altri, impegnandosi così in comportamenti ambigui o illegali tesi a sfruttare l'ambiente a proprio vantaggio. Queste tendenze riflettono il loro scetticismo circa le motivazioni altrui, un desiderio di autonomia e una volontà di vendetta e di ricompensa per quelle che considerano ingiustizie subite in passato. Questi soggetti sono irresponsabili e impulsivi, caratteristiche che essi ritengono giustificate in quanto considerano gli altri inaffidabili e sleali.

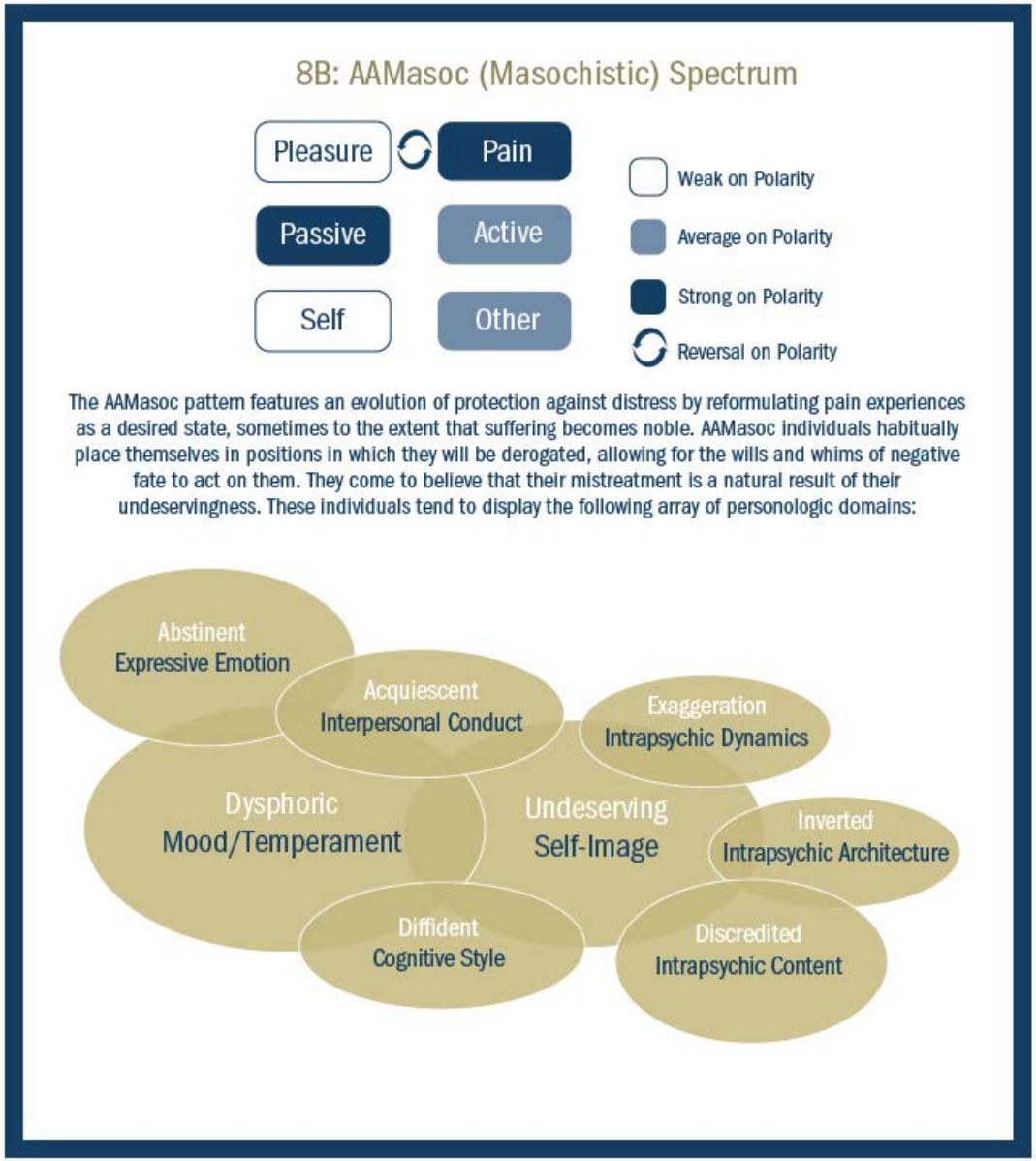
http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere –dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé-Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Melanconico **2B**	Masochista 8B	Dipendente 3	Narcisista 5	Compulsivo 7
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico 6B	Istrionico 4	Antisociale 6A	Negativistico 8A
Patologia strutturale	Schizotipico S	Borderline Paranoide	Borderline C	Paranoide P	Borderline Paranoide

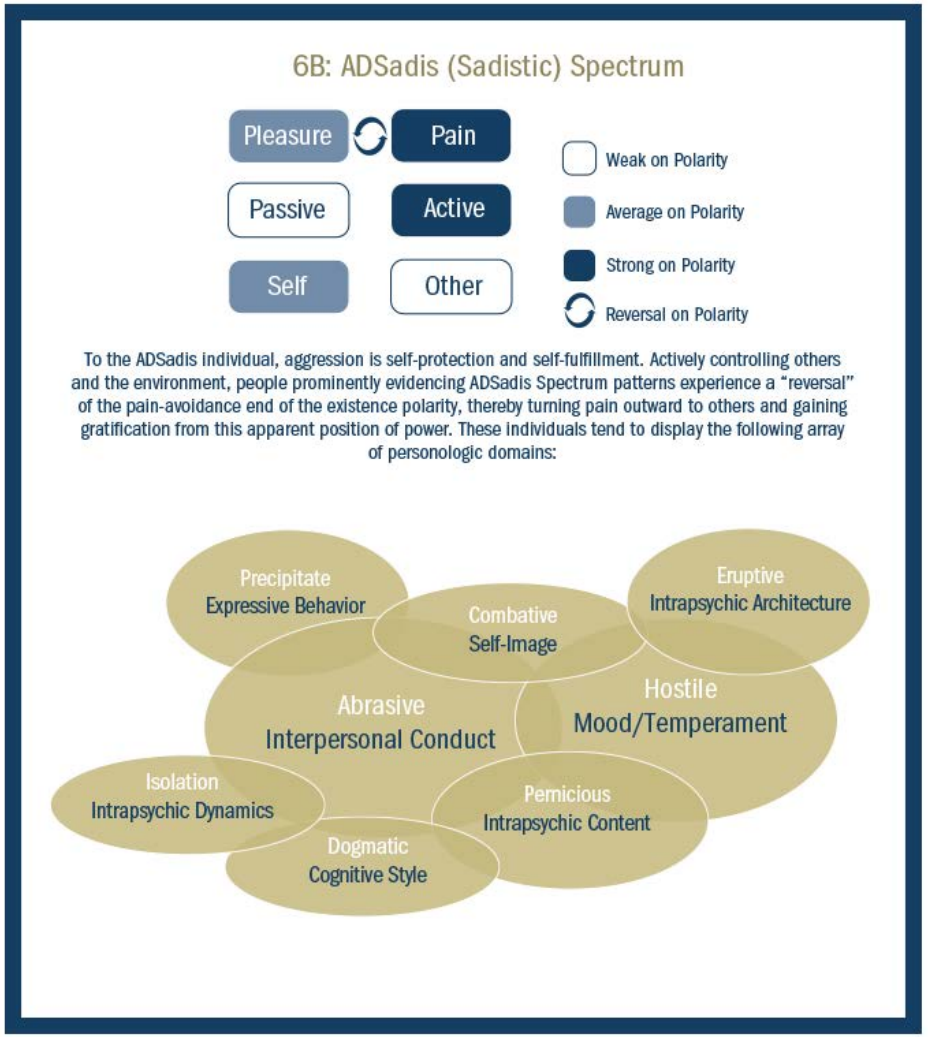
Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

Scala 8B: Masochistica - Auto frustrante *(Masochistic - Self-Defeating).*Questo discusso orientamento corrisponde al Disturbo Autofrustrante di Personalità del DSM-III-R. I soggetti masochistici si rapportano con gli altri in modo ossequioso e sempre pronto al sacrificio e consentono loro o addirittura li incoraggiano a sfruttarli o a trarre vantaggi da loro.



http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Scala 6B: Sadica - Aggressiva *(Sadistic -Aggressive).* Questo schema riconosce che anche soggetti non considerati antisocial ma che possono ugualmente trarre piacere e soddisfazione dall'umiliazione degli altri o dalla violazione dei loro diritti e sentimenti. A seconda della classe sociale cui appartengono e in base ad altri fattori intervenienti, questi soggetti possono presentare caratteristiche cliniche di carattere simili al Tipo A di personalità. Sebbene sappiano dissimulare le loro tendenze più malevole e il loro desiderio di potere assumendo ruoli e impieghi socialmente approvati, questi si palesano con le loro azioni di qualità dominante, antagonista e spesso persecutoria.



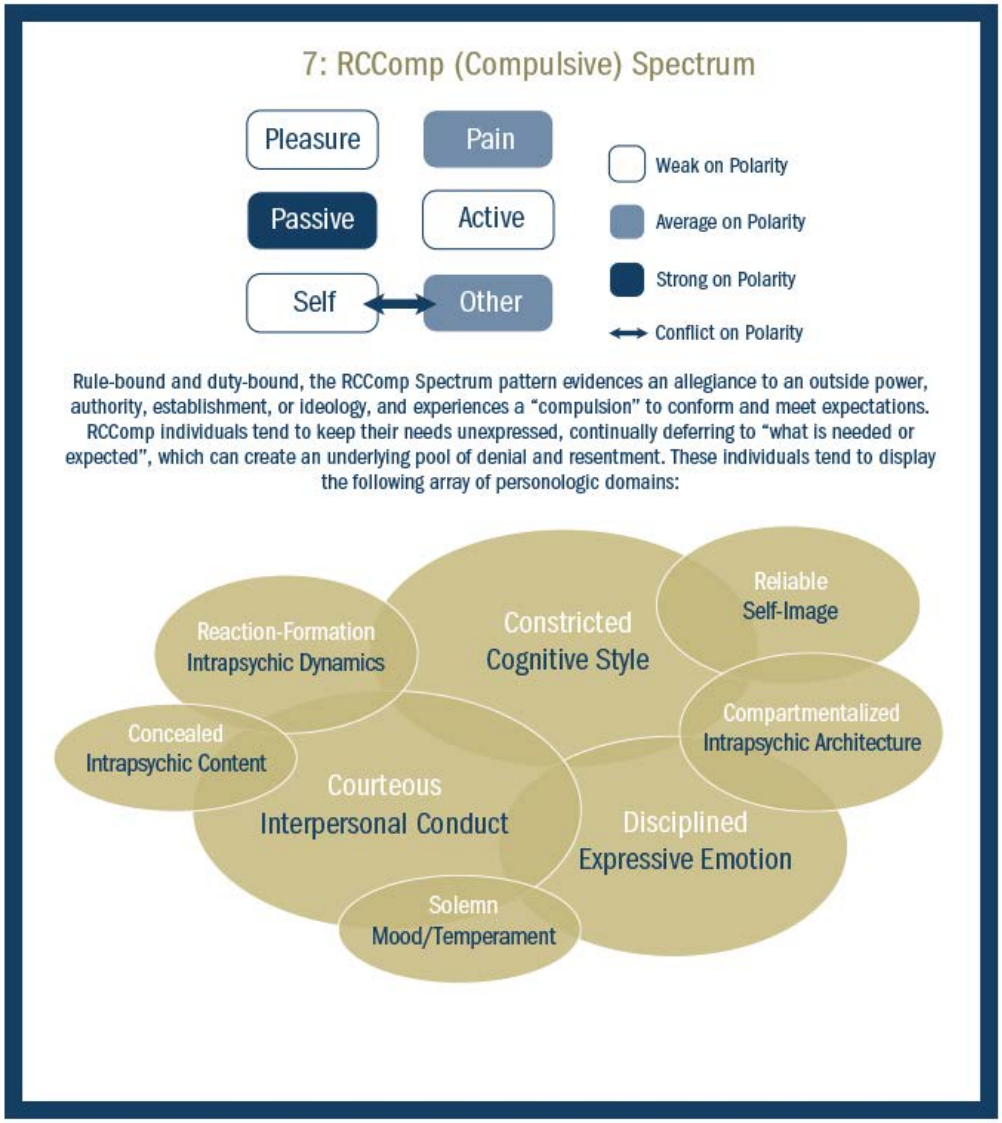
http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere –dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé-Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Melanconico **2B**	Masochista 8B	Dipendente 3	Narcisista 5	Compulsivo 7
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico 6B	Istrionico 4	Antisociale 6A	Negativistico 8A
Patologia strutturale	Schizotipico S	Borderline Paranoide	Borderline C	Paranoide P	Borderline Paranoide

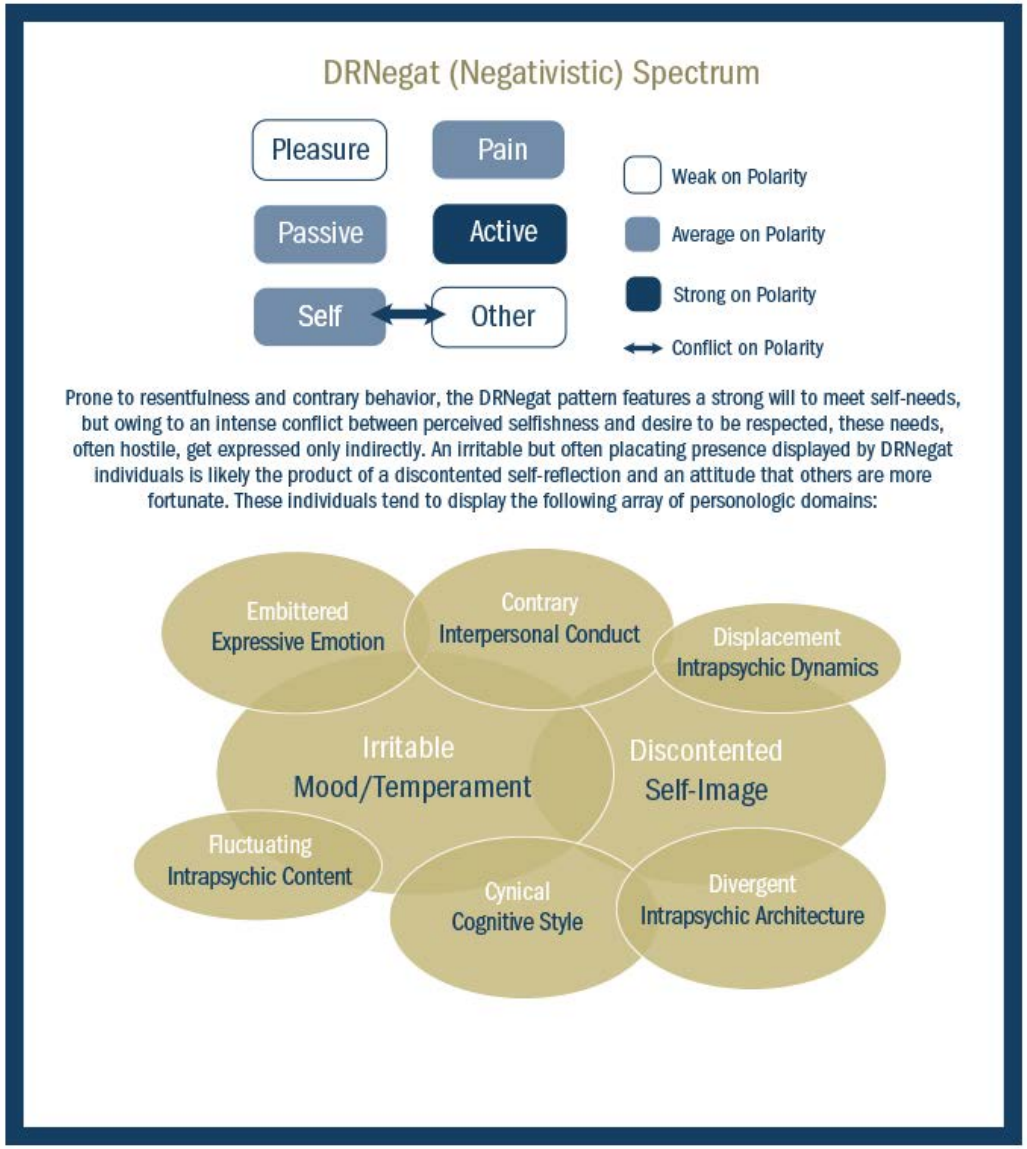
Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

***Scala** 7: **Ossessivo-Compulsiva** (Compulsive).* Questo orientamento ambivalente coincide con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità del DSM-IV. Il loro comportamento prudente, controllato e perfezionista deriva da un conflitto fra l'ostilità che pro vano verso gli altri e il timore di essere socialmente disapprovati. Tali soggetti risolvono le proprie tendenze ambivalenti reprimendo il risentimento, conformandosi in modo eccessivo alle esigenze sociali e aumentando le proprie richieste verso se stessi e verso gli altri.



http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Scala 8A: Negativistica - Passivo-Aggressiva *(Negativistic - Passive-Aggressive).* I soggetti negativistici sono combattuti tra il desiderio di ottenere i benefici offerti dalla relazione con gli altri e la voglia di seguire i propri desideri. Questa lotta rappresenta un'incapacità a risolvere i conflitti, incapacità simile a quella esperita dai soggetti ossessi- vo-compulsivi; i conflitti di questi soggetti, tuttavia, restano vicini al livello cosciente e condizionano la vita di ogni giorno.



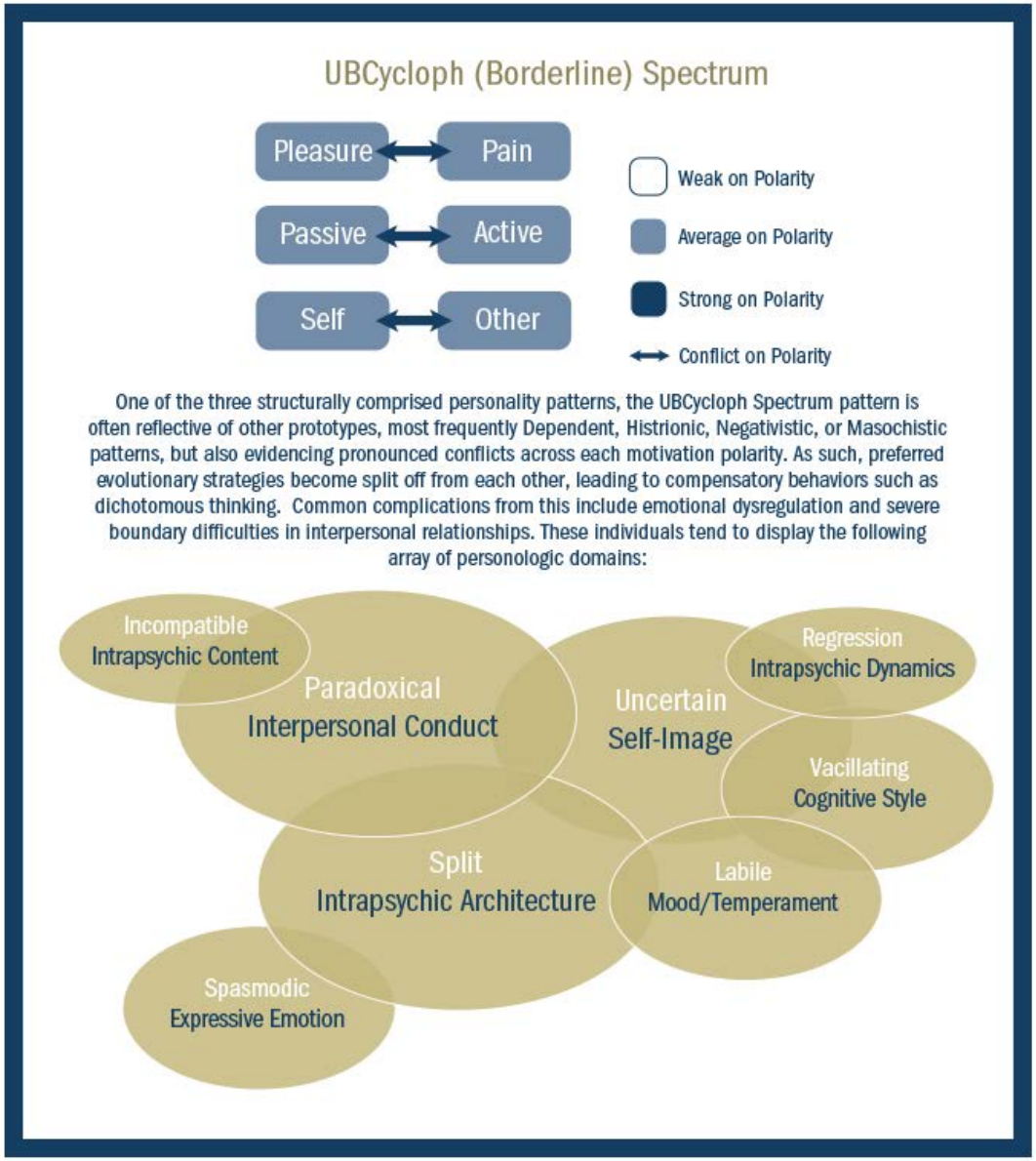
http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Modello evoluzionistico

	Scopo esistenziale		Strategie di replica / autopropagazione		
	Miglioramento della vita vs. Preservazione della vita		Diffusione vs. Nutrimento dell'altro		
Polarità	**Piacere vs. Dolore**		**Sé vs. Altro**		
	Piacere (basso) Dolore (alto o basso)	Piacere –dolore contrario	Sé (basso) Altro (alto)	Sé (alto) Altro (basso)	Sé-Altro contrario
Disturbi di personalità					
Accomodamento **passivo**	Schizoide **1A** Melanconico **2B**	Masochista 8B	Dipendente 3	Narcisista 5	Compulsivo 7
Modificazione **attiva**	Evitante **2A**	Sadico 6B	Istrionico 4	Antisociale 6A	Negativistico 8A
Patologia strutturale	Schizotipico S	Borderline Paranoide	Borderline C	Paranoide P	Borderline Paranoide

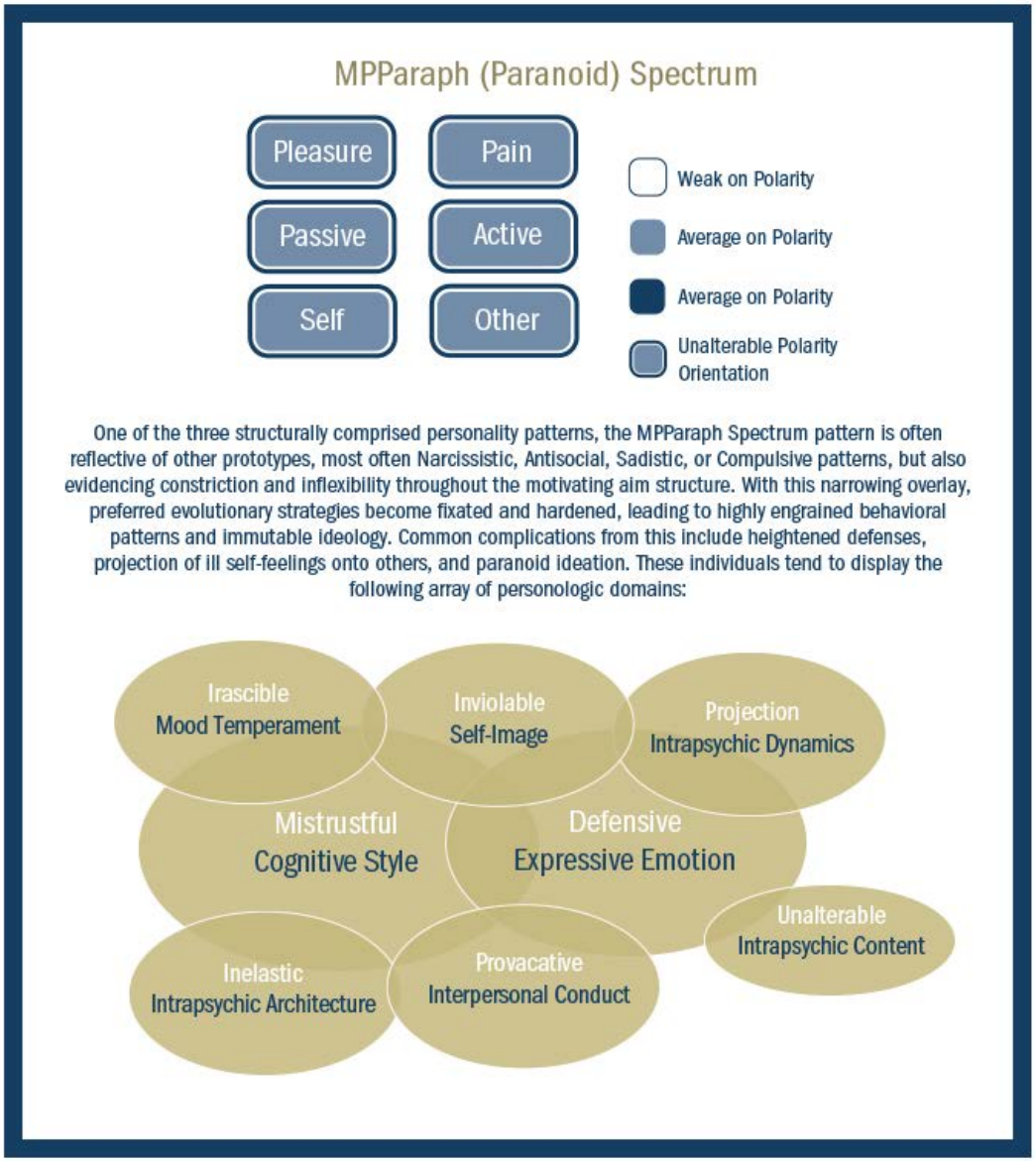
Millon e Davis, 1996, capp. 2-3

***Scala** C: **Borderline** (Borderline).* Ciascuna tipologia borderline ha difetti strutturali e sperimenta intensi malumori endogeni con ricorrenti periodi di malinconia e apatia, spesso intervallati da momenti di ira, ansia o euforia. Ciò che distingue più chiaramente questi soggetti è la disregolazione affettiva che emerge in modo particolare nell'instabilità e nella labilità dell'umore.



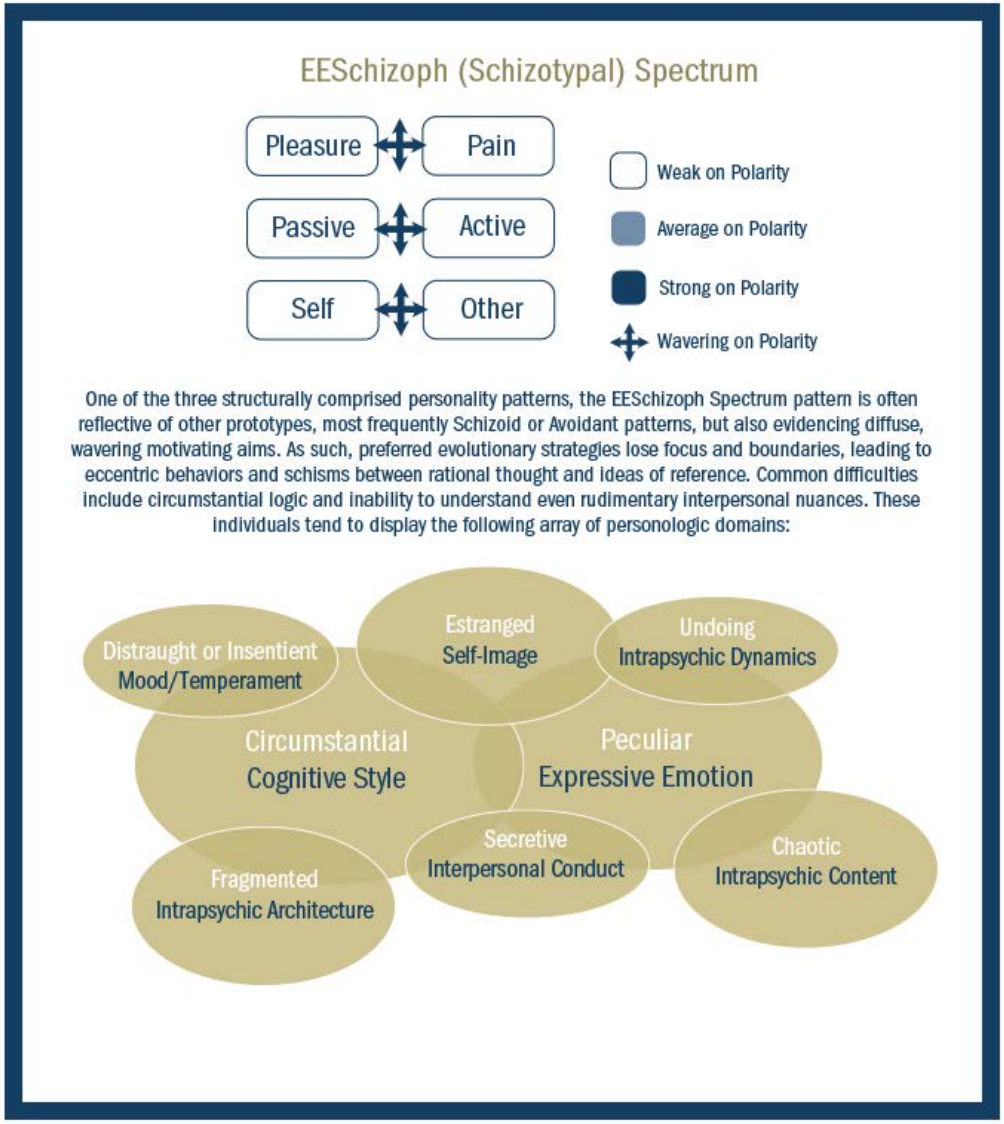
http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

***Scala P: Paranoide** (Paranoici).* Il Disturbo ha come caratteristica una diffidenza vigile verso gli altri e un chiaro atteggiamento difensivo che anticipa critiche e delusioni. Si riscontra un'irritabilità caustica e una tendenza a riversare su altri esasperazione e collera. I soggetti paranoidi spesso si caratterizzano per il timore di perdere la propria indipendenza, fatto che li porta a resistere tenacemente all'influenza e al controllo esterno.



http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

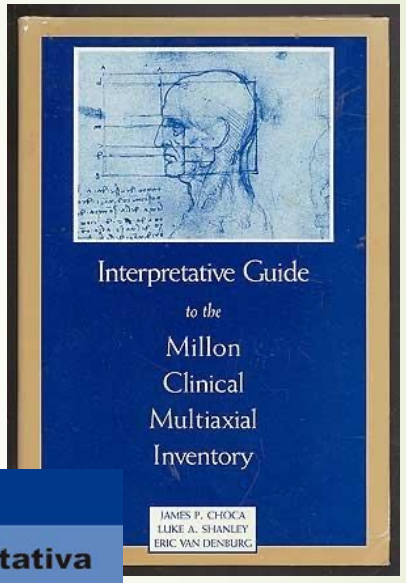
Scala S: Schizotipica *(Schizotypal).* Il Disturbo Schizotipico mostra un orientamento con disfunzione cognitiva e distacco nei rapporti interpersonali. I soggetti schizotipici preferiscono l'isolamento sociale, con legami personali e obblighi ridotti al minimo. Inclini ad atteggiamenti autistici o a essere confusi dal punto di vista cognitivo, questi soggetti sono in balia di pensieri tangenziali e spesso appaiono assorti in se stessi, meditativi. Mostrano eccentricità comportamentali e sono percepiti dagli altri come strani o "differenti".

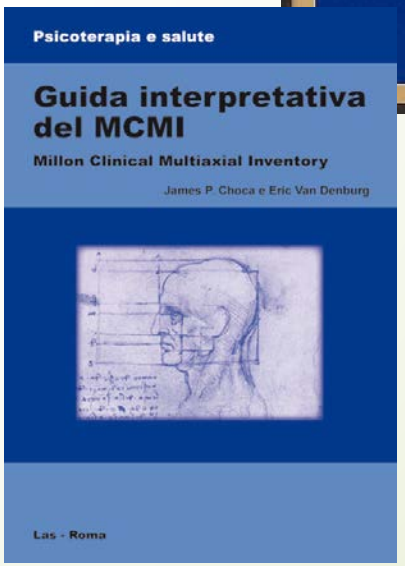


http://www.millonpersonality.com/theory/diagnostic-taxonomy/

Combinare gli schemi …

- Millon riconosce la possibilità di più schemi contemporaneamente attivi:
- Grossman Facet Scales
- Choca e i cluster narrativi





Le Scale "Speciali"

- 8 Scale Fattoriali Retzlaff e Gibertini (1990)
  - 3 di personalità: Isolamento - Socievolezza; Remissività-Aggressività; Instabilità-Controllo
  - 5 sindromi cliniche: Distaccato, Remissivo, Sospettoso, Elevata Energia Sociale, Depressione Generalizzata
- Sono scale sperimentali!

Combinare gli schemi …

Tabella 5. Mappatura dei Profili di Personalità entro i Cluster Narrativi

Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4	Colonna 5	Colonna 6	Colonna 7	Colonna 8
0 → 000	2A0 → 2A00	30 → 300	40 → 400	50 → 500	6A0 → 6A00	70 → 700	8A0 → 8A00
070 → 070	2A10 → 12A0	310 → 32A0	41 → 400	51 → 500	6A10 → 612A	71 → 72A0	8A10 → 8A12A
075 → 075	2A13 → 32A1	312A → 32A1	42A → 400	52A → 52A0	6A12A→ 612A	72A → 72A0	8A12A→ 8A12A
10 → 100	2A14 → 2A00	314 → 32A0	430 → 340	53 → 530	6A13 → 6A12A	730 → 370	8A13 → 8A00
12A0 → 12A0	2A15 → 2A00	315 → 32A0	431 → 340	540 → 540	6A14 → 6A00	731 → 370	8A14 → 8A00
12A3 → 2A31	2A16A→ 2A00	316A → 32A0	432A → 340	541 → 540	6A15 → 6A00	732A → 370	8A15 → 8A00
12A4 → 12A0	2A17 → 2A00	317 → 32A0	435 → 340	542A → 540	6A17 → 6A12A	734 → 370	8A16A→ 8A00
12A5 → 12A0	2A18A→ 18A2A	318A →32A0A0	436A → 340	543 → 540	6A18A→ 6A12A	735 → 370	8A17 → 8A00
12A6A→ 12A0	2A30 → 2A30	32A0 → 32A0	437 → 340	546A → 546A	6A2A → 2A6A0	736A → 736A	8A2A0→ 8A2A0
12A7 → 12A0	2A31 → 2A31	32A1 → 32A1	438A → 438A	547 → 540	6A3 → 6A00	738A → 738A	8A2A1→ 8A2A0
12A8A→ 128A	2A37 → 32A7	32A4 → 32A0	450 → 450	548A → 548A	6A40 → 46A8A	74 → 740	8A2A5→ 8A2A0
130 → 132A	2A34 → 2A38A	32A5 → 32A0	451 → 450	56A → 56A4	6A41 → 46A8A	75 → 750	8A2A6A→8A2A6A
132A → 132A	2A35 → 2A38A	32A6A→ 32A0	452A → 450	57 → 750	6A42A→ 46A8A	76A → 6A70	8A2A7→ 8A2A0
134 → 138A	2A36A→ 2A38A	32A7 → 32A7	453 → 450	58A → 58A0	6A43 → 46A8A	78A → 8A70	8A2A3→ 8A2A3
135 → 138A	2A38A→ 2A38A	32A8A→ 32A8A	456A → 456A		6A45 → 456A		8A2A4→ 8A2A3
136A → 138A	2A4 → 2A38A	340 → 340	457 → 450		6A47 → 46A8A		8A30 → 38A0
137 → 137	2A5 → 2A50	341 → 340	458A → 458A		6A48A→ 46A8A		8A31 → 38A0
138A → 138A	2A6A → 2A6A0	342A → 340	46A → 46A8A		6A50 → 6A50		8A32A→ 38A2A
14 → 100	2A7 → 72A0	345 → 354	470 → 470		6A51 → 6A50		8A34 → 38A0
15 → 100	2A8A0→ 2A8A0	346A → 340	471 → 470		6A52A→ 6A50		8A35 → 38A0
16A → 100	2A8A1→ 2A8A0	347 → 340	472A → 470		6A53 → 6A53		8A36A→ 38A0
17 → 170	2A8A3→ 2A38A	348A → 348A	473 → 470		6A54 → 6A50		8A37 → 8A37
18A0 → 18A2A	2A8A4→ 2A8A0	350 → 530	475 → 46A8A		6A57 → 6A50		8A4 → 8A40
18A2A→ 18A2A	2A8A5→ 2A8A0	351 → 530	476A → 470		6A58A→ 6A58A		8A50 → 58A0
18A3 → 138A	2A8A6A→8A2A6A	352A → 530	478A → 6A8A		6A7 → 6A70		8A51 → 58A0
18A4 → 138A	2A8A7→ 2A8A0	354 → 354	48A0 → 48A0		6A8A0→ 6A8A0		8A52A→ 58A0
18A5 → 138A		356A → 356A	48A1 → 48A0		6A8A1→ 6A8A0		8A53 → 58A0
18A6A→ 138A		357 → 357	48A2A→ 48A0		6A8A2A→6A8A0		8A54 → 548A
18A7 → 138A		358A → 356A	48A3 → 48A0		68A3 → 6A8A0		8A56A→ 8A56A
		36A → 36A0	48A5 → 458A		6A8A4→ 6A8A0		8A57 → 8A57
		370 → 370	48A6A→46A8A6		6A8A5→ 6A58A		8A6A0→ 8A6A0
		371 → 370	48A7 → 48A0		6A8A7→ 6A8A0		8A6A1→ 8A6A0
		372A → 32A7					8A6A2A→8A2A6A
		374 → 370					8A6A3→ 8A6A0
		375 → 370					8A6A4→ 8A6A4
		376A → 370					8A6A5→ 8A56A
		378A → 38A0					8A6A7→ 8A6A0
		38A0 → 38A0					8A70 → 8A00
		38A1 → 38A0					8A71 → 8A70
		38A2A→ 38A2A					8A72A→ 8A70
		38A4 → 38A0					8A73 → 8A37
		38A5 → 38A0					8A74 → 8A70
		38A6A→ 38A0					8A75 → 8A57
		38A7 → 38A0					8A76A→ 8A70

Nota: sono mostrati i cluster di profilo (primo numero) e la narrativa prototipo (dopo la freccia). Uno zero tra i cluster di profilo significa che nessun'altra scala supera il punteggio base di 75. Quando sono indicati solo due numeri, significa che la terza elevazione non è importante (per esempio, 14 significa che la scala Schizoide [Scala 1] presenta la maggiore elevazione, la scala Istrionica [Scala 4] è la seconda e le altre elevazioni non interessano.

Combinare gli schemi …

Tabella 6. Elevazioni primarie e secondarie attese al MCMI con i differenti disturbi di personalità

Disturbo	Scala più elevata	Altre elevazioni
Schizoide	Schizoide	Evitante, Schizotipico
Evitante	Evitante	Schizoide, Negativistico, Autolesivo, Distimia
Dipendente	Dipendente	Evitante, Autolesivo
Istrionico	Istrionico	Narcisista
Narcisista	Narcisista	Istrionico, Aggressivo
Antisociale	Antisociale	Narcisista, Negativistico, Aggressivo, Borderline, Paranoide, Abuso di Droga
Compulsivo	Compulsivo	
Negativistico	Negativistico	Aggressivo
Schizotipico	Evitante	Schizoide, Negativistico, Autolesivo, Schizotipico, Borderline, Ansia, Distimia, Disturbi del Pensiero, Depressione Maggiore
Borderline	Borderline	Evitante, Negativistico, Autolesivo, Ansia, Distimia
Paranoide	Aggressivo	Narcisista, Antisociale, Compulsivo, Paranoide, Ansia, Distimia

Combinare gli schemi …

Tabella 7. Elevazioni primarie e secondarie attese al MCMI con i differenti sindromi cliniche

Area problematica	Scala più elevata	Altre elevazioni
Ansia	Ansia	Evitante, Negativistico, Autolesivo
Somatoforme	Somatoforme	Ansia, Istrionico, Compulsivo
Disturbi dell'alimentazione	Borderline	Schizoide, Evitante, Dipendente, Schizotipico
Mania	Ipomania	Istrionico, Narcisista, Antisociale, Paranoide, Abuso di Droga, Delirio Psicotico
Distimia	Distimia	Evitante, Negativistico
Abuso di alcol	Abuso di Alcol	Negativistico, Antisociale, Dipendente, Ansia, Distimia, Abuso di Droga
Abuso di droga	Abuso di Droga	Abuso di Alcol, Antisociale, Negativistico, Narcisista, Istrionico
Schizofrenia	Evitante	Schizotipico, Schizoide, Dipendente, Narcisista, Negativistico, Autolesivo
Depressione Maggiore	Distimia	Depressione Maggiore, Ansia, Evitante, Dipendente, Autolesivo, Negativistico
Delirio	Delirio Psicotico	Pensiero Psicotico, Paranoide, Narcisista, Aggressivo

Le altre scale

Cliniche, di Validità, di modulazione

Scale cliniche sindrmomiche

- Il test di Millon propone 7 scale di sindromi cliniche:
  - A Ansia
  - H Somatizzazione
  - N Bipolare (mania)
  - D Distimia
  - B Dipendenza da Alcool
  - T Dipendenza da sostanze
  - R PTSD
- 3 scale di sindromi cliniche gravi:
  - SS Disturbo del pensiero
  - CC Depressione maggiore
  - PP Disturbo delirante

Scale cliniche sindrmomiche

- Il test di Millon propone 7 scale di sindromi cliniche:
  - A Ansia
    - Connessa ad apprensione, reazioni fobiche, tensione e inquietudine
  - H Somatizzazione / Disturbo Somatoforme
    - Connessa a fatica, debolezza, tensione, nervosismo, dolori e malesseri fisici
  - N Bipolare (ipo/mania)
    - Misura inquietudine, iperattività, tono dell'umore elevato, accelerazione, impulsività
  - D Distimia
    - Umore apatico, scoraggiamento e colpa, disperazione, mancanza di iniziativa
  - B Dipendenza da Alcool
    - Storia di eccessi con problemi familiari e lavorativi, connessa a stanchezza, avversione, solitudine
  - T Dipendenza da sostanze
    - Storia di abusi che creano problemi significativi, connessi a impulsività, aggressività, manipolazione
  - R PTSD
    - Valuta la presenza di esperienze traumatiche, con sintomi di ansia e incubi

Scale cliniche sindrmomiche

- 3 scale di sindromi cliniche gravi:
  - SS Disturbo del pensiero
    - Seleziona individui che presentano confusione e disorganizzazione nei processi cognitivi, emozioni inappropriate, deliri e allucinazioni, rigidità nel pensiero
  - CC Depressione maggiore
    - Misura un disturbo affettivo grave, tale da impedire il funzionamento della persona, con disperazione, agitazione o rallentamento
  - PP Disturbo delirante
    - Presenza di idee irrazionali, persecutorio o grandiose, con sentimenti di superiorità o paura di essere usati dagli altri.

Indici di modifica e di validità

- X Auto-apertura
  - Misura quanto prontamente una persona si attribuisca caratteristiche psicologiche.
- Y Desiderabilità
  - Misura la tendenza a descriversi positivamente, mostrandosi fiducioso, socievole, rispettoso, efficiente e organizzato.
- Z Auto-svalutazione
  - Misura la tendenza a descriversi negativamente, con bassa autostima, con poca capacità di modulare le proprie emozioni, socialmente a disagio con gli altri.
- V Validità
  - Contiene item evidentemente irrealistici o assurdi, tali da dover risultare falsi per ogni soggetto che legge le domande.

La Scala di Validità (V)

- Contiene item assurdi che devono essere sempre risposti "falso" (salvo eccezioni da valutare diversamente):
  - i65: Lo scorso anno ho sorvolato l'Atlantico trenta volte
  - i110: L'anno scorso sono apparso nella copertina di alcune riviste
  - i157: Non ho visto un'automobile negli ultimi dieci anni
- Punteggio 1 è dubbio ma analizzabile, punteggio >1 protocollo nullo

Scala X – Indice di apertura

- Valuta un atteggiamento riluttante nel fornire le risposte;
  - Soggetto restio / reticente a parlare di se stesso;
  - Si calcola con una formula a partire dal punteggio grezzo totale ottenuto nelle scale di personalità
  - Punteggi < 34 protocollo non valido per scarsa apertura
  - Punteggi > 178 protocollo non valido per eccessiva apertura.

SCALA Y - Desiderabilità

- Tendenza del soggetto a mostrarsi:
  - Socialmente attraente
  - Moralmente virtuoso
  - Emotivamente ben controllato
- Maggiore è il punteggio, maggiore sarà la possibilità che il soggetto nasconda le proprie difficoltà
  - Punteggi > 75 validità incerta
  - Punteggi > 85 validità dubbia per una possibile tendenza pervasiva alla rappresentazione migliore.
- La scala non invalida il protocollo

Scala Z –Auto-Svalutazione

- Peggioramento propria condizione
- Rappresentazione di sintomatologia varia (specialmente sull'asse depressivo – ansioso)

- Possibili ragioni punteggi elevati:
  - Percezione distorta delle proprie problematiche
  - Seria patologia che porta a senso di confusione
  - Richiesta di aiuto (setting clinico)
  - Tendenza a rappresentarsi in una luce negativa (setting non clinico)

  - Punteggi > 75 validità incerta
  - Punteggi > 85 validità dubbia per una possibile percezione distorta dei problemi psicologici

- La scala non invalida il protocollo

Indici di validità

- PPP (potere predittivo positivo), la probabilità che il disturbo sia presente quanto il punteggio del test è elevato (= veri positiv)
- NPP (potere predittivo negativo), la probabilità che il disturbo sia assente quando il test è negativo
- SE (sensibilità), la precisione con cui lo strumento individua un particolare pattern (rispetto al giudizio clinico)
- PPR (tasso predittivo positivo) incremento percentuale rispetto al caso della percentuale di soggetti valutati come positivi

Indici di validità

Tabella 4-2
Efficienza diagnostica delle scale dell'Asse II del MCMI-III

		Potere Predittivo Positivo (PPP) (%)	*Sensibilità (SE) (%)*	*Tasso Predittivo Positivo (PPR)*
1	*Schizoide*	67	56	11.89
2A	*Evitante*	73	65	6.92
2B	*Depressiva*	49	57	4.24
3	*Dipendente*	81	54	6.38
4	*Istrionica*	63	74	8.79
5	*Narcisistica*	72	59	10.54
6A	*Antisociale*	50	61	8.92
6B	*Sadica (Aggressiva)*	71	71	32.76
7	*Ossessivo-Compulsiva*	79	73	8.41
8A	*Negativistica (Passivo-Aggressiva)*	39	44	7.80
8B	*Masochistica (Autofrustrante)*	30	58	8.14
S	*Schizotipichica*	60	82	17.41
C	*Borderline*	71	60	5.66
P	*Paranoide*	79	92	21.02

Indici di validità

Tabella 4-4
Prevalenza, Sensibilità e Potere Predittivo Positivo delle scale in Asse I del MCMI a BR ≥ 75

		Tassi di prevalenza (%)			*Sensibilità (%)*			*Potere Predittivo Positivo (%)*		
		M	*M-II*	*M-III*	*M*	*M-II*	*M-III*	*M*	*M-II*	*M-III*
A	*Ansia*	34	39	46	88	80	88	79	84	70
H	*Somatizzazione*	18	13	24	42	57	59	51	53	49
N	*Bipolare: Mania*	8	4	6	56	42	67	55	55	55
D	*Distimia*	41	46	38	91	81	85	84	80	61
B	*Dipendenza da Alcol*	17	15	30	74	87	86	63	92	83
T	*Dipendenza da Droghe*	11	13	19	78	72	92	71	82	89
R	*Disturbo Post-Traumatico da Stress*[a]	–	–	18	–	–	82	–	–	52
SS	*Disturbo del Pensiero*	6	4	10	39	37	74	45	50	51
CC	*Depressione Maggiore*	6	14	20	41	68	85	46	73	51
PP	*Disturbo Delirante*	5	5	9	32	34	77	36	61	61

[a] Il disturbo post-traumatico da stress non è stato valutato nel MCMI e nel MCMI-II.
Legenda. M = MCMI, M-II = MCMI-II, M-III = MCMI-III.
Nota. Statistiche calcolate usando tutti i disturbi giudicati dai clinici al momento presente.

Indici di validità

- Nella taratura del 1994 … le scale tendevano a "*iperpatologicizzare i pazienti per quanto riguarda la personalità … i picchi nelle scale non indicano la presenza di un disturbo di personalità, quanto piuttosto uno stile di personalità … quando il punteggio è elevato la possibilità che il paziente soffra di un disturbo dovrebbe essere considerata seriamente*" (Choca, ed. it., p. 75)

- Nella taratura italiana del 2008 si possono riscontrare "picchi" nei pazienti di genere femminile, soprattutto per le scale Istrionica e Narcisista, e punteggi elevati nelle scale Schizoide, Evitante e Dipendente indipendentemente dal genere. I risultati sono da considerare attentamente.

Indici di validità

- Differenti studi valutano la validità di costrutto (convergente, divergente e rispetto ad un criterio)
  - La struttura fattoriale del MCMI appare robusta e coerente con i modelli diagnostici del DSM (McCannan 1991)
  - Gli indici di validità riportano valori tra 0.92 e 0.99 (sebbene OPP è inferiore tra 0.58 e 0.83). Il MCMI è uno strumento valido per la valutazione diagnostica (Sharifi 2008)
  - La accordo è alto per quelle dimensioni facilmente osservabili. La validità convergente rispetto al MMPI2 è problematica (Gritti 2016)
  - Alta convergenza rispetto al MMPI-2-RF in popolazione clinica (van der Heijden, 2012)
  - Sulla popolazione non clinica il modello mostra debole validità (Mullins-Sweatt 2007)
  - Criticità nell'utilizzo in ambito forense (Bow 2010)

- “I dati da noi riscontrati incoraggiano l’uso clinico dello strumento, a patto di non considerare come particolarmente attendibile la classificazione nosografica rappresentata dal superamento dei cut-off delle diverse scale … il potere di screening dello strumento, che pare rilevare realmente i tratti patologici dei soggetti sebbene fallisca nell’attribuzione nosografica della corretta diagnosi categoriale …”

A. Zennaro (2008, 2016)

Utilizzo dello Strumento

A chi? Perché?

- Il Millon serve a misurare tratti di personalità e la presenza di psicopatologia
  - (se devo misurare stabilità coniugale non è adeguato…)
- Il paziente deve:
  - ricadere nell'età della norma;
  - deve essere integro cognitivamente ed emotivamente per dare senso alle domande del test;
  - occorre prestare attenzione con pazienti con meno di 8 anni di scolarità;
  - non adatto con adolescenti e non adatto a chi si trova in stati alterati dovuti anche a farmaci.

Stato o Tratto ?

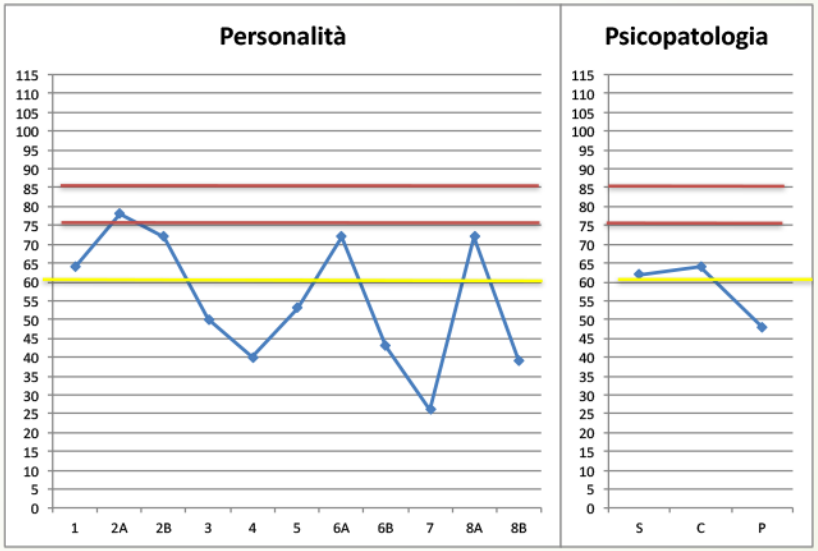
- Il MCMI-III misura sia aspetti stabili che passeggeri.
  - Il test-retest è migliore per le scale di personalità rispetto a quelle sincroniche.
  - È comunque bene considerare i punteggi del test come un riflesso della persona in quel periodo.

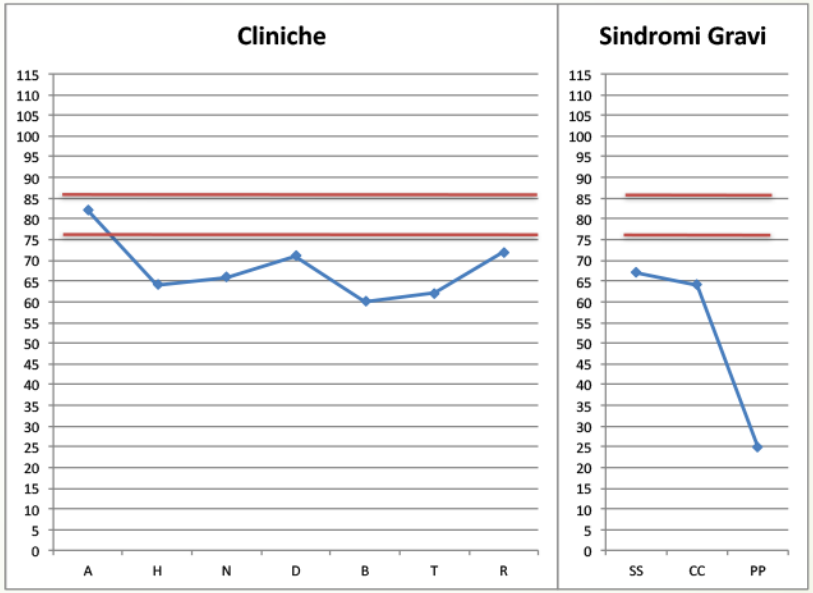
Punteggi e Base Rate (BR)

- Il MCMI-III presenta tutti i problemi di siglatura dei questionari con formato di risposta dicotomico.
  - I punteggi delle scale si ottengono (nella loro forma grezza) soprattutto attraverso le risposte "vero" (potenziale problema);
  - Il punteggio grezzo si converte in punti BR;
  - I punti BR sono simili ai punti T ma ancorano i punteggi della norma alla prevalenza della popolazione psichiatrica. In pratica indicano la probabilità con cui il pz presenta un tratto in quantità pari a quella di un pz psichiatrico.
    - Punti T (media 50, ds 10) hanno problemi legati all'assunzione di normalità della popolazione e non tengono conto della prevalenza del disturbo nella popolazione: CUT_OFF 2ds>M; ma questo taglia fuori molti pz

Punteggi e Base Rate (BR)

- I punti BR sono raggruppabili in 4 fasce:
  - 30 punteggio ancora della popolazione normale;
  - 60 punteggio medio degli psichiatrici;
  - 75 punteggio di certezza di prevalenza del problema o del tratto;
  - 85 punteggio che indica predominanza del tratto.


Personalità
115
110
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1
2A
2B
3
4
5
6A
6B
7
8A
8B
Psicopatologia
115
110
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
S
C
P


Cliniche
115
110
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
A
H
N
D
B
T
R
Sindromi Gravi
115
110
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
SS
CC
PP

Interpretazione

Interpretazione del MCMI-III

1. Determinare Validità del Protocollo;
2. Interpretazione Scale di Personalità;
3. Interpretazione Scale delle Sindromi Cliniche;
4. Controllare Risposte Importanti;
5. Ipotesi Diagnostica di Personalità;
6. Indicare Raccomandazioni e Implicazioni per il Trattamento

1) Validità del Protocollo

- I motivi di invalidità del protocollo sono:
  - Sesso non specificato;
  - Età non indicata o <18;
  - Scale di controllo: V, X, Y, Z;
  - Omissioni che non devono essere >12;
  - Nessuna scala di personalità ha punteggio >59 ossia non emerge nessun particolare stile di personalità (protocollo nullo perché costruito per pz con qualche problema di personalità)

1) Validità del Protocollo

- STILE DEVIANTE:
  - molte omissioni (<12);
  - Doppie risposte (inchiesta subito);
  - Tutto vero;
  - Tutto falso.

2) Interpretazione Scale di Personalità

- La valutazione di queste scale avviene come segue:
  - Controllare elevazioni sulle scale degli stili di personalità: queste scale servono a descrivere il paziente e integrare quanto eventualmente emerso dalle scale di pattern di difficoltà gravi;
  - Controllare elevazioni sulle scale dei pattern di personalità gravi che rappresentano il focus principale per la diagnosi
  - Linee Guida: 75-84 = pattern/tratti; 85+ = disturbo

3) Interpretazione delle Scale delle Sindromi Cliniche

- La valutazione di queste scale avviene come segue:
  - Interpretazione delle scale delle sindromi di base
  - Interpretazione delle scale delle sindromi cliniche gravi: spesso scale complementari sono elevate tutte assieme
- Linee guida:
  - BR tra 60 e 74 sono indicative ma non sufficienti per segnalare problemi;
  - BR 75-84 = sindrome cliniche;
  - BR 85+ = presenza di sintomi patologici.

4) Controllo Item Critici

- Sono strutturati intorno ad argomenti quali:
  - Preoccupazione per la Salute
  - Alienazione Sociale
  - Discontrollo Emotivo
  - Potenziale Autodistruttivo
  - Abuso in Infanzia
  - Disturbi Alimentari

5) Ipotesi Diagnostica di Personalità

- L'ipotesi diagnostica dovrebbe comprendere sia l'Asse I che l'Asse II del DSM

- La descrizione della personalità deve basarsi su quanto raccolto e concettualizzato ai passi precedenti
  - Occorre produrre un tentativo di comprensione di quale significato possa avere la sindrome clinica per il funzionamento della personalità della persona sottoposta a valutazione

5) Ipotesi Diagnostica di Personalità

- Profilo di Codifica
  - è una sigla che consente di esprimere i punteggi caratterizzanti del paziente

- Ad esempio:
  - Codice della Personalità: 8A8B3**2A2B6A*-+6B714''5//S**C*//
  - Codice della Sindrome: BA**TD*//SS**-*//
  - Le 24 scale sono divise in 4 parti dalle doppie barre. In ciascun blocco le scale sono indicate in ordine decrescente di punteggio.
  - Nel primo blocco ci sono le 11 scale di personalità (8+3). Le scale con punteggio >85 sono a sinistra del doppio asterisco, quelle tra 84 e 74 sono seguite da un asterisco, quelle da 74 a 60 sono seguite da un +, quelle tra 59 e 35 sono seguite da '' e quelle <35 non sono seguite da nulla. Il segno meno in una categoria indica che non ci sono scale che ricadono in quel range. Le scale simili o a distanza di punteggio 1 sono sottolineate. Nelle altre tre sezioni sono riportati solo i punteggi >74.

6) Indicazioni e Implicazioni per il Trattamento

- Naturalmente quest'ultima parte è la più importante perché è il vero scopo di qualsiasi assessment;

- Si raccolgono le informazioni ottenute, si cerca una metodologia comune di spiegazione, si ipotizza (sulla base della teoria) quali siano gli aspetti importanti di quanto emerso che possono essere utili nel lavoro terapeutico successivo.