

Gdański Uniwersytet Medyczny

Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Badań nad Jakością Życia

mgr Anna Korsak

**Diagnostyczna i predykcyjna przydatność
kwestionariusza MMPI w zaburzeniach
psychicznych pacjentów leczonych stacjonarnie**

Rozprawa doktorska

Napisana pod kierunkiem
Prof. dr hab. n. med. Mikołaja Majkowicza

Gdańsk, 2017

*Dziękuję mojemu promotorowi
Panu Profesorowi Mikołajowi Majkowiczowi,
za całą przekazaną mi przez te lata wiedzę oraz wszelką pomoc.*

SPIS TREŚCI

Lista stosowanych skrótów	6
Streszczenie	7
Summary	10
1. Wprowadzenie do problematyki badawczej	13
1.1. Diagnoza psychologiczna	13
1.1.1. Diagnoza – terminologia	13
1.1.2. Cel diagnozy psychologicznej	14
1.1.3. Metody i narzędzia	14
1.1.3.1. W diagnostyce	14
1.1.3.2. W prognostyce	16
1.2. Diagnoza a prognoza	17
1.2.1. Diagnoza i prognoza – terminologia	17
1.2.2. Metoda kwestionariuszowa w diagnozie	18
1.2.3. Metoda kwestionariuszowa w prognozie	18
1.2.4. Formułowanie diagnoz i prognoz na podstawie MMPI-2	19
1.3. MMPI – charakterystyka kwestionariusza	19
1.3.1. Geneza kwestionariusza MMPI	20
1.3.2. Historia testu MMPI w Polsce	22
1.3.3. Wersje kwestionariusza MMPI	23
1.3.3.1. MMPI-2	23
1.3.3.2. MMPI-A	24
1.3.3.3. MMPI-2-RC	24
1.3.3.4. MMPI-2-RF	25
1.3.4. MMPI-2 jako najpopularniejsza wersja kwestionariusza	25
1.4. Diagnostyczna przydatność kwestionariusza MMPI-2	26
1.4.1. Ograniczenia testu MMPI-2 w procesie diagnostycznym	26
1.4.1.1. Samoopisowa forma	26
1.4.1.2. Dostępność odpowiedzi	27
1.4.1.3. Komputerowo generowane szablony opisów	27
1.4.1.4. Liczba pytań i ich niejasne sformułowanie	28
1.4.1.5. Czas wypełniania	28
1.4.1.6. Wieloznaczne kody wysokopunktowe	28

1.4.1.7. Nazwy skal klinicznych	29
1.4.1.8. Nieścisłości co do kwalifikacji do interpretacji	29
1.4.2. Zasoby testu MMPI-2 w procesie diagnostycznym	30
1.4.2.1. Skale kontrolne	30
1.4.2.2. Liczba publikacji	31
1.4.2.3. Standaryzacja	31
1.4.2.4. Aktualna adaptacja	32
1.4.2.5. Źródło pochodzenia testu	32
1.4.2.6. Pierwotna grupa „kliniczna”	32
1.4.2.7. Dostępność ułatwień w opracowaniu wyników	32
1.5. Predykcja przydatność kwestionariusza MMPI	33
1.5.1. MMPI jako predyktor diagnostyki psychiatrycznej	33
1.5.2. MMPI jako predyktor oddziaływań terapeutycznych	34
1.6. Przegląd badań dotyczących przydatności diagnostycznej i predykcyjnej kwestionariusza MMPI-2	34
1.6.1. Przydatność diagnostyczna – wybrane wskaźniki interpretacyjne użyteczne w praktyce klinicznej	35
1.6.1.1. MMPI-2 a zaburzenia lękowe	35
1.6.1.2. MMPI-2 a zaburzenia afektywne	36
1.6.1.3. MMPI-2 a zaburzenia psychotyczne	37
1.6.1.4. MMPI-2 a zaburzenia osobowości	39
1.6.1.5. MMPI-2 a choroby somatyczne	39
1.6.1.5.1. Organiczne vs. funkcjonalne podłoże	39
1.6.1.6. MMPI a uzależnienia	41
1.6.1.7. MMPI a nieprawidłowa postawa wobec badania	41
1.6.2. Przydatność predykcyjna - wybrane wskaźniki interpretacyjne użyteczne w praktyce klinicznej	43
1.6.2.1. Słabe rokowania w terapii	44
1.6.2.2. Ryzyko przedterminowego ukończenia leczenia	45
1.6.2.3. Myśli i zachowania samobójcze	46
1.6.2.4. Zachowania acting-out	47
2. Badania własne	49
2.1. Cel ogólny	49
2.2. Procedura badania	49

2.3. Metody badania	50
2.3.1. Metody psychologiczne	50
2.3.1.1. MMPI-2	50
2.3.1.2. GAF	51
2.3.2. Metody statystyczne	52
2.4. Badane grupy	54
2.4.1. Zasady kwalifikacji do badania	54
2.4.2. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanych grup	55
2.5. Wyniki	57
2.5.1. Skale pojedyncze w grupach rozpoznai	57
2.5.1.1. Skale kliniczne	57
2.5.1.1.1. Hs – Hipochondria	57
2.5.1.1.2. D – Depresja	58
2.5.1.1.3. Hy – Histeria	59
2.5.1.1.4. Pd – Psychopatia	60
2.5.1.1.5. M-K – Męskość/Kobiecość	61
2.5.1.1.6. Pa – Paranoja	62
2.5.1.1.7. Pt – Psychastenia	63
2.5.1.1.8. Sc – Schizofrenia	64
2.5.1.1.9. Ma – Mania	65
2.5.1.1.10. Si – Introwersja społeczna	66
2.5.1.2. Skale kontrolne	67
2.5.1.2.1. L – Skala Kłamstwa	67
2.5.1.2.2. F – Skala Odpowiedzi Rzadkich	68
2.5.1.2.3. K – Skala Korekcyjna	69
2.5.1.3. Podsumowanie	70
2.5.2. Profile i kody wysokopunktowe w grupach rozpoznai	72
2.5.2.1. Zaburzenia afektywne	72
2.5.2.1.1. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	73
2.5.2.1.2. Epizod depresyjny	74
2.5.2.1.3. Zaburzenia depresyjne nawracające	75
2.5.2.2. Zaburzeniami psychotyczne	76
2.5.2.3. Zaburzenia lękowe	77
2.5.2.3.1. Inne zaburzenia lękowe	78

2.5.2.3.2. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	79
2.5.2.4. Zaburzenia osobowości	80
2.5.2.5. Zaburzenia organiczne	81
2.5.2.6. Porównanie profili	82
2.5.2.6.1. W oparciu o medianę	82
2.5.2.6.2. W oparciu o średnią	86
2.5.2.7. Podsumowanie	87
2.5.3. Skupienia (klastry)	88
2.5.3.1. Wyznaczone względem grup pacjentów	88
2.5.3.2. Wyznaczone względem skal klinicznych	89
2.5.3.3. Podsumowanie	90
2.5.4. Postawa wobec badania w grupach rozpoznań	90
2.5.4.1. Rozkład procentowy	90
2.5.4.2. Skale kliniczne	92
2.5.4.2.1. Zaburzenia afektywne	93
2.5.4.2.2. Zaburzenia psychotyczne	95
2.5.4.2.3. Zaburzenia lękowe	96
2.5.4.2.4. Zaburzenia osobowości	97
2.5.4.2.5. Zaburzenia organiczne	99
2.5.4.3. Podsumowanie	100
2.5.5. Porównanie profili zafałszowanych	101
2.5.5.1. W grupach zaburzeń	102
2.5.5.1.1. Zaburzenia afektywne	102
2.5.5.1.2. Zaburzenia psychotyczne	103
2.5.5.1.3. Zaburzenia lękowe	105
2.5.5.1.4. Zaburzenia osobowości	106
2.5.5.2. Podsumowanie	107
2.5.6. Ocena poprawy stanu funkcjonalnego	107
2.5.6.1. Skala GAF (skala 0-10)	107
2.5.6.2. Podsumowanie	110
2.5.7. Rokowania na oddziaływania terapeutyczne	111
2.5.7.1. Słabe rokowania w terapii	111
2.5.7.2. Ryzyko przedterminowego ukończenia leczenia	112

2.5.7.3. Myśli i próby samobójcze	114
2.5.7.3.1. Myśli samobójcze	115
2.5.7.3.2. Próby samobójcze	117
2.5.7.4. Uzależnienia	118
2.5.7.5. Podsumowanie	119
3. Dyskusja	124
4. Wnioski	146
Piśmiennictwo	147

Lista wybranych skrótów:

1 – skala Hs (Hipocondria)

2 – skala D (Depresja)

3 – skal Hy (Histeria)

4 – skala Pd (Psychopatia)

5 – skala Mk (Męskość/kobiecość)

6 – skala Pa (Paranoja)

7 – skala Pt (Psychastenia)

8 – skala Sc (Schizofrenia)

9 – skala Ma (Mania)

0 – skala Si (Introwersja społeczna)

L - skala Kłamstwa

F – skala Odpowiedzi Rzadkich

K – skala Korekcyjna

GAF - Skala GAF - Global Assessment of Functioning Scale (Skala Ogólnej Oceny Funkcjonowania)

MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości)

MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości - 2)

MMPI-2-RC - Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 - Restructured Clinical Scales (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – 2 – Skale Zrestrukturyzowane Klinicznie)

MMPI-2-RF - Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 - Restructured Form (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – 2 – Formularz Zrestrukturyzowany)

MMPI®-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory® – 2 (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2)

MMPI-A - Minnesota Multiphasic Personality Inventory- Adolescent (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – Młodzież)

Streszczenie

Wstęp: Kwestionariusz MMPI-2 jest jednym z najbardziej znanych psychologicznych narzędzi diagnostycznych na świecie. Jego trafność w dużej mierze zależy od populacji na jakiej jest stosowany. Zmieniają się też jego wersje i adaptacje. Od momentu powstania w 1943 r. powstało wiele publikacji z jego udziałem (ok. 2000 od 1989 r.). Niewiele z nich dotyczy jednak predykcyjnych możliwości testu. Ponadto, doniesienia te nie zawsze są spójne, nawet w odniesieniu do tej samej grupy badawczej (np. pacjentów psychiatrycznych). Z racji wielu czynników (wymiarów, skal), MMPI-2, nie jest testem łatwym w użytkowaniu, a zwłaszcza w obszarze interpretacji. Wyróżnia się 3 warianty formułowania wniosków. Może być to wariant oparty na jednej skali, polegając na wyjściu od wyników uzyskanych na danej skali. Kolejne wiążą się z analizą konfiguracji całego profilu. Aktuariale podejście oparte jest na prawdopodobieństwie i innych statystycznych procedurach. Kliniczne natomiast, związane jest wykorzystywaniem umiejętności wyprowadzania danych opisowych z profili pacjentów. Nie zawsze jednak wiadomo, które z nich jest optymalny w procesie przekładania wyników na wnioski.

Cel pracy: Celem pracy była ocena, diagnostycznej i predykcyjnej przydatności kwestionariusza MMPI-2 w populacji pacjentów psychiatrycznych leczonych stacjonarnie. Przeanalizowano także możliwości i ograniczenia, które niesie ze sobą użytkowanie testu oraz obszary jego największej użyteczności w zakresie diagnostycznym i predykcyjnym na oddziałach psychiatrycznych. Celem było również przedstawienie propozycji optymalnego podejścia (z trzech: podejście oparte na jednej skali, aktuariale/statystyczne, kliniczne), które klinicysta może wykorzystać przy przekładaniu wyników testu na wnioski o badanym w diagnostycznym i predykcyjnym aspekcie.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Zbadano 200 bieżąco przyjmowanych do kliniki pacjentów z diagnozą z kręgu kategorii zaburzeń psychicznych (zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości, zaburzenia organiczne). Badania były także realizowane w oparciu o analizę danych z historii choroby pacjentów. Wszyscy pacjenci otrzymali do wypełnienia kwestionariusz MMPI-2. Analiza objęła 181 profili. Funkcjonowanie pacjentów w czasie przyjęcia i wypisu z kliniki oceniano za pomocą skali GAF (Global Assessment Functioning

Scale - Skala Ogólnej Oceny Funkcjonowania). Skala ta została użyta jako miara oceny efektywności leczenia.

Wyniki: Stwierdzono przydatność diagnostyczną i predykcyjną kwestionariusza MMPI-2 w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w opiece stacjonarnej (jednak w ograniczonym zakresie). W kontekście diagnostycznym, kwestionariusz z powodzeniem może być używany jako istotne dodatkowe kryterium służące diagnozę nozologiczną, a klinicyści mogą otrzymać najwięcej użytecznych informacji o pacjentach przy podejściu klinicznym interpretacji wyników. W praktyce oznacza to, że przy diagnozowaniu ukierunkowanym na rozpoznanie, najbardziej użytecznym będzie wariant analizy profilu ze szczególnym uwzględnieniem konfiguracji skal względem siebie. Podejście aktuarialne jest również użyteczne, jednak nie zawsze możliwe do zastosowania ze względu na problem wieloznacznych i nie zawsze pasujących do profilu pacjentów kodów wysokopunktowych. Kwestionariusz MMPI-2 może być również predyktorem przyszłych tendencji i zachowań pacjentów psychiatrycznych, jednak nie bezpośrednio i w ograniczonym zakresie. Sam typ profilu nie może być prognostyczny dla gorszych rokowań w terapii, przyszłych trudności dyscyplinarnych, czy myśli i tendencji suicydalnych. Pośrednio jednak, można w procesie dedukcyjnym na bazie wyników testu wnioskować o ewentualnych prognozach. Powinny one jednak być bezpośrednio związane ze sposobem wykonania testu. .

Trudności w użytkowaniu testu generują: wieloznaczne lub niepasujące do profilu pacjentów kody wysokopunktowe, niemożność interpretacji wypełnionych przez pacjentów profili (w przypadku „zafałszowania” wyników).

Podejście kliniczne, jest najbardziej optymalnym ze sposobów formułowania wniosków, zarówno w sferze diagnostycznej, jak i predykcyjnej.

Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza pozwalają na tworzenie dwojako rodzaju interpretacji: ukierunkowanych na charakterystykę pacjenta o określonym typie profilu wyraźnie odróżniającym go od innych osób w danym środowisku (np. szpital) lub charakterystyka pacjenta w kontekście cech specyficznych dla grupy, do której ten należy (np. na bazie kodu wysokopunktowego), a więc zawierającej wiele cech ogólnych (ogólników). W tym przypadku istnieje ryzyko efektu Barnuma, gdzie opis będzie pasował do większości pacjentów w danej populacji. Wyniki dotyczące specyficznych, różnicujących cech pacjenta, zdają się być bardziej użyteczne w praktyce klinicznej od wniosków ogólnych.

Słowa kluczowe: MMPI-2, diagnoza psychologiczna, predykcja

Wnioski:

1. Klinicysta może wykorzystać bardziej efektywnie MMPI w zakresie diagnozy, jeśli uwzględni kształt profilu (konfigurację skal klinicznych względem siebie)
2. Typ profilu MMPI-2 może być wykorzystywany do przewidywania zachowań potencjalnie ryzykownych lub przewidywania odpowiedzi na leczenie, raczej w analizie klinicznej niż statystycznej (aktuarialnej)
3. Klinicyści mogą otrzymać więcej informacji o pacjentach przy podejściu klinicznym, niż aktuarialnym czy opartym na skalach pojedynczych.
4. Wyniki podejścia aktuarialnego powinny być traktowane jako dane wstępne w badaniu klinicznym.
5. MMPI może być ważnym źródłem informacji dla klinicystów, którzy próbują wybrać skuteczną formę terapii dla swoich pacjentów i przewidywać ich reakcje na leczenie jednak w ograniczonym zakresie i powinien opierać się na danych pozatestowych
6. Klinicysta może wykorzystać bardziej efektywnie MMPI, jeśli uwzględni postawę wobec badania.

Summary

Introduction: The MMPI-2 questionnaire is one of the most well-known diagnostic psychological tools in the world. Its accuracy depends to a large extent on the population on which it is used. Its versions and adaptations have been changing as well. Since the moment of its development in 1931, there have been a lot of the publications with its contribution (ca. 2000 from 1989). However, only few of them refer to the test predictive possibilities. Moreover, the reports are not always coherent, even with the reference to the same study group (e.g. mental patients). Due to the number of factors (dimensions, scales), MMPI-2 is not an easy test to be used, especially in the area of the interpretation. There are distinguished 3 variants for forming the conclusions. It may be the variant based on one scale, relying on the results obtained on a given scale. The other ones are connected with the configuration analysis of the whole profile. The actuarial approach is based on the probability and other statistical procedures. Whereas the clinical approach is related to using the skills of the descriptive data output from the patients' profiles. Yet, it is not always known which of them is optimal in the process of transforming the results into the conclusions.

Aim: The purpose of this work was to estimate the diagnostic and predictive applicability of MMPI-2 questionnaire in the population of stationary treated mental patients. The possibilities and limitations connected with the test application were also analysed, as well as the areas of its greatest applicability in the diagnostic and predictive scope in the clinic of mental illnesses. The aim was also to present the proposal of optimal approach (one of three presented) which a clinician may use while transforming the test results into the conclusions about an examined person in the diagnostic and predictive aspect.

Material and methods: The tests were conducted at the Department of Adult Psychiatry, University Clinical Centre in Gdańsk. There were examined 200 patients current admitted to the clinic, whose diagnosis was related to the category of mental disorders (affective disorders, anxiety disorders, psychotic disorders, personality disorders, organic disorders). The tests were also carried out based on the data analysis from the patients' medical history. All patients received the MMPI-2 questionnaire to be filled in. The analysis included 181 profiles. The patients' functioning during the admission and discharge from the clinic was assessed by means of GAF (Global Assessment Functioning Scale). This scale was used as the assessment measure for the treatment effectiveness.

Results: Diagnostic and predictive applicability of MMPI-2 questionnaire was found in treating the patients with mental disorders during in-patient care (but only to a limited extent). In the diagnostic context, the questionnaire may successfully be used as a prelude to the nosologic analysis, and the clinicians may obtain the most useful information about the patients while exercising the clinical approach of the results interpretation. It means in practice that while diagnosing targeted to the diagnosis-making, the most useful will be the profile analysis variant with the particular consideration of the scales configuration to one another. The actuarial approach is also useful, but it is not always possible to be applied on grounds of a problem of ambiguous high-point codes that do not always match the patients' profiles. The MMPI-2 questionnaire may be also a predictor of mental patients' future tendencies and behaviours, not directly and to a limited extent though. The profile type itself cannot be prognostic for worse prognoses in the therapy, future discipline difficulties, or suicidal thoughts and tendencies. But, indirectly, in the deductive process based on the test results one can conclude on possible prognoses. They should be, however, directly related to the method of test procedure

The difficulties in the test application are generated by: ambiguous or not-matching-the-patients-profiles high-point codes, failure to interpret the profiles filled in by patients (in case when the results are 'falsified').

The clinical approach is the most optimal of the conclusions-making methods, both in diagnostic and predictive area.

The results obtained by means of the questionnaire enable to create dual type of interpretation: targeted to the characteristics of the patient with specific type of profile clearly distinguishing him/her from the other people in a given environment (e.g. hospital) or the characteristics of the patient in the context of features specific for the group which s/he belongs to (e.g. based on the high-point code), not then including many general features (generalities). In this case there is a risk of the Barnum effect, where the description will apply to a wide range of patients in a given population. The results concerning the specific distinguishing patient's features seem to be more useful in the clinical practice than from the general conclusions.

Key words: MMPI-2, psychological diagnosis, prediction

Conclusions:

1. MMPI may be a significant source of information for clinicians who are trying to choose an effective form of therapy for their patients and to predict their reaction to treatment but only to a limited extent. The profile type itself cannot be prognostic for worse prognoses in the therapy, future discipline difficulties, or suicidal thoughts and tendencies.
2. Type of MMPI-2 profile may be also used for predicting the potentially risky behaviours or reactions to the treatment, but rather indirectly in the deductive process.
3. Clinicians may receive more information on the patients at the clinical approach than in the actuarial approach or the one based on the single scales.
4. Clinician may use more effectively the MMPI in the range of diagnosis, if s/he considers the profile shape (configuration of the clinical scales to one another)
5. Results of the actuarial approach should be treated as the preliminary data in the clinical examination.

1. Wprowadzenie do problematyki badawczej

1.1. Diagnoza psychologiczna

Do głównych obowiązków psychologów w klinikach psychiatrycznych należą najczęściej: diagnoza i ocena psychologiczna, psychoedukacja, rzadziej: konsultacje, poradnictwo, psychoterapia, incydentalnie natomiast - badania naukowe (219). Diagnozowanie jest więc jednym z istotniejszych elementów pracy psychologa (234).

1.1.1. Diagnoza – terminologia

„Diagnoza” należy do pojęć wieloznacznych. Można interpretować ją jako proces (wówczas bardziej trafne wydaje się: „diagnozowanie”), efekt procesu diagnozowania (w postaci postawionej diagnozy) lub całość wiedzy teoretycznej i praktycznej w omawianym temacie („diagnostyka”) (235). Diagnoza traktowana jako proces podkreśla jej czynnościowy aspekt przejawiający się w gromadzeniu, ocenie i integracji danych, tworzeniu pytań diagnostycznych, doborze adekwatnych narzędzi (241). Związana jest zatem z testowaniem hipotez, podejmowaniem decyzji i rozwiązywaniem problemów diagnostycznych. Rozumiana jako efekt natomiast, w praktyce wiąże się z oznaczaniem, rozpoznaniem, i zrozumieniem charakteru trudności, co w efekcie końcowym daje opinię psychologiczną. (241) Takie podejście reprezentuje diagnoza nozologiczna (241).

Najbardziej uniwersalną (230) definicją „diagnozy” jest zaproponowana przez S. Ziemińskiego: „rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie jego objawów, w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości” (237). By doprowadzić jednak do oczekiwanych rezultatów, diagnosta musi wykonać szereg złożonych czynności, podczas których zachodzą procesy poznawcze (236).

Diagnoza psychologiczna oznacza „rozpoznanie za pomocą technik i metod psychologicznych cech osobowości, właściwości psychicznych, odchyleń od normy w zakresie intelektualnym i emocjonalnym” (230). W obrębie diagnozy psychologicznej wyróżnić możemy 3 modele: nozologiczny (związany z nadaniem badanemu jednostki diagnostycznej), funkcjonalny (charakteryzujący pacjenta w kontekście funkcjonowania i adaptacji w różnych sferach życiowych) oraz psychospołeczny (diagnoza dla i o pacjencie w oparciu o relacje pacjent-otoczenie) (216, 217, 241). Model nozologiczny diagnozy wydaje się być szczególnie użyteczny w obliczu przedmiotu badań

niniejszej pracy. Diagnoza nozologiczna daje możliwość „oddzielania” danego zjawiska lub cechy od innych mu podobnych (np. zaburzenia depresyjne od lękowych) (241), co związane jest ze specyfiką pracy psychologa w klinikach psychiatrycznych.

Diagnoza kliniczna, będąca rodzajem diagnozy psychologicznej, może być analizowana i opisano w dwojaki sposób: jako postępowanie diagnostyczne lub wynik badania (236). Wskazane jest, by diagnoza ta wychodziła naprzeciw konkretnym zapotrzebowaniom praktyki społecznej. Dlatego też w centrum jej uwagi znajduje się postępowanie diagnostyczne. Oznacza to, że klinicyści zobligowani są zadać sobie pytania „komu i do czego ma służyć badanie”, aby odpowiednio zorganizować proces diagnostyczny (236).

1.1.2. Cel diagnozy psychologicznej

Diagnoza psychologiczna dotyczy najczęściej następujących problemów (228):

- a. określanie rodzaju objawów występujących w danym zaburzeniu
- b. przyczynowo-skutkowe wyjaśnienie zaburzeń psychicznych
- c. identyfikacja czynników psychologicznych użytecznych w terapii

Celem diagnostyki, w jej różnicowym wymiarze, jest określenie rodzaju objawów psychicznych oraz sklasyfikowanie ich do danej jednostki nozologicznej (228, 241). Służy ona również zdobyciu informacji dotyczących przyczyn i konsekwencji występującego zaburzenia (228, 241). Diagnostykę psychologiczną stosuje się również z zamiarem doboru adekwatnych i optymalnych metod leczenia (228, 241).

Diagnozowanie nie może być celem samym w sobie (241). Proces ten, będący etapem przygotowawczym do tworzenia podstaw interwencji, ostatecznie służyć ma poprawie sytuacji lub tworzeniu optymalnych warunków funkcjonowania (241).

1.1.3. Metody i narzędzia

1.1.3.1. W diagnostyce

Na przestrzeni lat, niezmiennie wciąż poszukiwane są metody doskonalania procesu diagnostycznego (241). W tym celu sugerowane jest bazowanie na praktyce opartej na dowodach empirycznych (Evidence-Based Practice, w skrócie EBP) (241), czy wywodzące się z tego nurtu diagnozowanie oparte na dowodach empirycznych

(Evidence – Based Assessment, w skrócie EBA) (178, 241). W praktyce wiąże się to ze stosowaniem ustrukturalizowanych metod i procedur, które pomyślnie przeszły weryfikację empiryczną. (242). Oznacza to, że testy powinny spełniać określone warunki, stwarzające możliwość gromadzenia informacji w sposób kontrolowany (241). Hornowska zaznacza, że dobrym testem jest ten dostarczający próbki zachowań będących wskaźnikami cechy psychologicznej, o której badacz chce uzyskać informacje (243).

Do najczęściej używanych w procesie diagnostyki psychologicznej narzędzi, zaliczyć należy:

a. Wywiad kliniczny i obserwacja

Proces diagnozy psychologicznej rozpoczyna się od wywiadu klinicznego. Jest on tym samym, najczęściej stosowaną w tym obszarze metodą (228). Schemat wywiadu zawiera informacje o objawach, historii choroby, przebiegu i stosunku pacjenta do doświadczeń życiowych, informacje o zachowaniu podczas rozmowy psychologicznej oraz dane podsumowujące wcześniejsze informacje i obserwacje (228).

Obserwacja jest najbardziej podstawową i najpowszechniejszą metodą w diagnozie psychologicznej (236). Można postrzegać ją jako pomocniczą lub w pełni odrębną metodę (236). Od „codziennej” i nieprofesjonalnej obserwacji, różni ją wykorzystywanie wiedzy naukowej zasad i instrumentów do rejestrowania danych (238).

b. Metody badania funkcji poznawczych

Z racji częstego współwystępowania zaburzeń poznawczych i psychicznych, często pojawia się pytanie o rodzaj dysfunkcji intelektualnej (228). Zazwyczaj wiąże się to z badaniem ilorazu inteligencji (IQ) (228). Najpopularniejszymi testami do badania IQ w tychże okolicznościach są: Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych - Wersja Zrewidowana (WAIS-R/PL) oraz Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci - Wersja Zrewidowana (WISC-R) (228).

Inne testy właściwości poznawczych zajmują się pomiarem zdolności, umiejętności i wiedzy (236). Charakteryzują się wbudowaniem w materiał testowy (z reguły jednej) poprawnej odpowiedzi (236). Metody te wykorzystywane są do badania w zakresie analizy rozwoju poznawczego dziecka, oceny kompetencji poznawczych młodzieży i dorosłych oraz diagnozy w kierunku uszkodzeń w OUN (236). W tym celu najpowszechniej stosowane są skale rozwojowe (Skala Termanna-Merill, Skala Bayley, Skala Leitera) (236).

c. Metody badania osobowości

Wyróżnia się dwie metody badania osobowości: kwestionariusze i testy projekcyjne (228). Pierwsze, pozwalają na wnioskowanie o cechach osobowości

w odpowiedzi na szereg stwierdzeń reprezentatywnych dla grupy z określoną właściwością (228). Wyodrębnić można kwestionariusze jedno- i wielowymiarowe (236). Jednowymiarowe skupiają się na pojedynczych (izolowanych) cechach, np. STAI – lęku, BDI- depresji (236). Wielowymiarowe przeznaczone do badania większej ilości skal, jak MMPI, 16PF. Najpopularniejsze kwestionariusze to: Minesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości (MMPI), Zrewidowany Kwestionariusz Osobowości Eysncka (EPQ-R) (228).

Metody projekcyjne, odnoszą się raczej do treści poza świadomością. (228), a ich nazwa pochodzi od mechanizmu obronnego, jakim jest „projekcja” (236). Zadaniem tego rodzaju testów jest charakterystyka pacjenta poprzez porównanie go do typowych lub patologicznych profili wzorców zachowań (228). Wśród najczęściej używanych w Polsce metod projekcyjnych znajdują się: Test Rorschacha, i Test Apercepcji Tematycznej Murraya (TAT) oraz Test Zdań Niedokończonych (TZN) (232, 228).

Kwalifikujemy daną procedurę do kategorii „testowej”, dopiero po spełnieniu 5 warunków: obiektywność (niezależność wyników testowania), standaryzacja (jednolitość warunków badań), trafność (określanie obszaru zastosowania testu) i rzetelność (dokładność pomiaru), adaptacja (normy, nadawanie znaczenia wynikom testowym) (227). Choć większość narzędzi stosowanych w diagnostyce psychologicznej posiada w nazwie słowo „test”, zdarza się, że w rzeczywistości nim nie jest (Test Rysowania Drzewa, Test Kolorów Luschera, Test Szondiego, Test Grafologicznej Analizy) (226, 236). Najbardziej znanym wystandaryzowanym kwestionariuszem stosowanym w ocenie psychopatologii jest MMPI (228).

d. Inne metody diagnostyczne

W kontekście narzędzi diagnostycznych, warto wspomnieć o metodach o eksperymentalnym charakterze. Są one często alternatywą do tradycyjnych badań testowych i nie należy ich w tym kontekście wartościować jako lepszą lub gorszą metodę (212). Podkreśla się nawet, że służą one skrajnie innym celom, gdyż klasyczne badanie testowe (213).

1.1.3.2. W prognostyce

W celu wprowadzenia zmian właściwości psychicznych, niezbędnych do zniesienia lub redukcji objawów, niezbędna jest diagnoza rodzaju zaburzeń badanego, czynników odpowiedzialnych za ich genezę, a także podtrzymujących obecny stan (228).

Aby dobrać odpowiednie metody oddziaływań terapeutycznych, stosuje się następujące rodzaje diagnoz (228):

- a. Diagnoza objawowa (informacje o rodzaju zaburzeń)
- b. Diagnoza mechanizmów chorobowych

Pierwsza z nich, przyczynia się do podjęcia decyzji o potrzebie leczenia objawowego (228). Badania wskazują, że informacje o rodzaju objawów, są istotne podczas doboru metod psychoterapii (228). Np. psychoterapia poznawcza w przypadkach wystąpienia depresji, behawioralna, u pacjentów z fobią społeczną, czy psychodynamiczna w zaburzeniach osobowości (228). Diagnoza mechanizmów chorobowych natomiast, pozwala uzyskać odpowiedź na pytania o przyczyny zaburzenia (228). Uzyskać ją można na bazie analizy aktualnej sytuacji życiowej, historii wcześniejszych doświadczeń i ich wpływu na właściwości psychiczne badanego (228).

1.2. Diagnoza a prognoza

1.2.1. Diagnoza i prognoza – terminologia

Oba wyrażenia pochodzą z greki, a oznaczają kolejno „rozróżnienie, osądzenie,” (*diagnosis*) i „przewidywanie” (*prognosis*) (230). W „Słowniku języka polskiego” znaleźć można trzy definicje: „diagnoza medyczna”, „diagnoza psychologiczna”, „diagnoza społeczna” (23). Diagnoza medyczna wiąże się z „rozpoznanie choroby na podstawie analizy stanu chorego, uzyskanej za pomocą dostępnych metod”, diagnoza psychologiczna to „rozpoznanie za pomocą technik i metod psychologicznych cech osobowości, właściwości psychicznych, odchyleń od normy w zakresie intelektualnym i emocjonalnym”, diagnoza społeczna natomiast z „określeniem cech współcześnie zachodzących zjawisk społecznych na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych i ich analizy; stanowi między innymi materiał dla prognoz społecznych” (231). Diagnoza psychologiczna jest więc utożsamiana z rozpoznaniem (230).

Analogicznie, w „Słowniku języka polskiego” wyraz „prognoza” określany jest jako „przewidywanie przyszłych faktów, zdarzeń itp. oparte na uzasadnionych przesłankach, formułowane przez specjalistów w danym zakresie” (230). „Predykcja” jest synonimem prognozowania (239). Paluchowski zaznacza, że w badaniach naukowych brak jest ujednoliconej i sensownej klinicznie definicji „prognozy”, czy „reakcja na leczenie”. W połączeniu z brakiem rzetelnie opracowanych kryteriów i ram

pojęciowych dla prognostycznych terminów, utrudnia zastosowanie uzyskanych w badaniach naukowych wyników (184).

Pojęcia związane z diagnostyczną i prognostyczną sferą można rozdzielić, ze względu na ujęcie czynnościowe (diagnozowanie, prognozowanie) lub rezultatywne (diagnoza, prognoza). W praktyce jednak często stosowane są zamiennie np. „stawianie diagnoz”, budowanie prognoz”) (230).

1.2.2. Metoda kwestionariuszowa w diagnozie

Istnieje wiele inwentarzy przeznaczonych do badania psychopatologii w jej szerokim ujęciu, np. depresji, zaburzeń osobowości, czy wypalenia zawodowego (236). Zastosowanie testów psychodiagnostycznych (w tym kwestionariuszy) pozwala uzyskać lepszą jakość w diagnostyce poprzez: opis organizacji i funkcjonowania jednostki, poszukiwanie mechanizmów obronnych, ekstrakcje elementów niezgodnych z rozpoznaniem, ujawnianie postawy wobec badania i „stylu życia” (emocje, postawy, zachowania) badanej jednostki (141). Metoda kwestionariuszowa szczególnie użyteczna jest w przypadku badań przesiewowych, nozologicznej diagnozy różnicowej, oceny zasobów, selekcji, planowaniu działań interwencyjnych i ich oceny, czy też badań przeznaczonych dla podmiotów prawnych (236). Przydatność tego rodzaju metod w formułowaniu opisów jest „bezdyskusyjna” (236).

1.2.3. Metoda kwestionariuszowa w prognozie

Nieco inaczej wygląda kwestia użyteczności kwestionariuszy w prognostycznym wymiarze. Najmniej skuteczne są w wariancie rekonstrukcji wewnętrznych mechanizmów psychologicznych. Wiąże się to z trudnością w uchwyceniu zmiany podczas jednokrotnego pomiaru (236). Proces ten porównać można do „stop-klatki” z widoczną w danym momencie cechą i jej poziomem (sugerując, że niemożliwością jest badanie procesu przez jego zatrzymanie) (236). W przypadku kwestionariuszy wielowymiarowych prognozowanie jest jeszcze bardziej utrudnione (236). Przyczyn takiego stanu rzeczy, można dopatrywać się w naturze kwestionariuszy. Bliska jest ona wnioskowaniu w kategoriach porównań interindywidualnych, a myślenie w kategoriach mechanizmu psychologicznego raczej wiąże się z idiograficznym podejściem (236). Niemniej jednak,

badania z zastosowaniem metod kwestionariuszowych są możliwe w formułowaniu przewidywań zmian i zachowań (236).

1.2.4. Formułowanie diagnoz i prognoz na podstawie MMPI-2

Proces formułowania sugestii diagnostycznych, zaleceń terapeutycznych i przewidywań reakcji na leczenie, powstawać może w oparciu o podejście (184):

- a. Oparte na pojedynczej skali
- b. Aktuariale lub statystyczne
- c. Kliniczne

Formułowanie wniosków oparte na jednej skali, polega na wyjściu od wyników (wysokości) uzyskanych na danej skali (np. Es, Hp, F). Kolejne formy są bardziej skomplikowane, gdyż wiążą się z analizą konfiguracji całego profilu. Aktuariale oparte jest na prawdopodobieństwie i innych statystycznych procedurach. Kliniczne natomiast, związane jest wykorzystywaniem umiejętności wyprowadzania danych opisowych z profili pacjentów (184).

1.3. MMPI – charakterystyka kwestionariusza

Kwestionariusz MMPI od lat jest jednym z najpopularniejszych narzędzi w diagnostyce psychologicznej (8, 42, 61, 151). Jest zarazem najczęściej stosowanym przez psychologów klinicznych testem osobowości (86%) i drugim w kolejności stosowanym spośród wszystkich testów (8, 62). Cieszący się niesłabnącym zainteresowaniem test doczekał się wielu publikacji z nim związanych zasługując tym samym na miano najlepiej zbadanego testu świecie (62). Powszechnie stosowany na świecie, został przetłumaczony na wiele języków (>50 dostępnych tłumaczeń), m.in. włoski, portugalski, polski, norweski, niemiecki, hiszpański, japoński, koreański, francuski, czeski, chiński, arabski (2, 152).

Treść pozycji testowych, dotyczy szerokiego spektrum problemów: ogólnego stanu zdrowia, symptomów neurologicznych, nerwów czaszkowych, motoryki i koordynacji ruchowej, wrażliwości, reakcji wazomotorycznych, zaburzeń mowy, problemów wydzielniczych, systemu krążeniowo – oddechowego, żołądkowo-jelitowego, moczowo-płciowego, nawyków, spraw rodzinnych i małżeńskich, problemów zawodowych, problemów szkolnych, postaw wobec religii, postaw politycznych, stosunku do prawa

i porządku, postaw społecznych, obniżenia nastroju, podwyższenia nastroju, standardów obsesyjnych i kompulsywnych, urojeń, poczucia mocy, halucynacji i iluzji, fobii, tendencji sadystycznych i/lub masochistycznych (1).

Używany przede wszystkim do generowania opisów i wniosków dotyczących badanych, swoją popularność zawdzięcza opisowemu, behawioralnemu podejściu do wykorzystania go w codziennej praktyce (8). Użyteczny zarówno w diagnostyce różnicowej, wyznaczeniu kierunku postępowania z pacjentami, jak również ocenianiu skuteczności terapii (przez zastosowanie procedury z powtarzalnym pomiarem) (2, 1). Powszechnie stosowany na oddziałach psychiatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego, praktyce własnej, szpitalach ogólnych, placówkach zw. sądownictwo, wojsku, a także często wykorzystywany w badaniach naukowych (1, 3, 101). Znajduje on także zastosowanie w obszarach nieklinicznych (przesiewowe badania kandydatów do pracy, rekrutacja na studia, pobór wojskowy) (149).

1.3.1. Geneza kwestionariusza MMPI

Kwestionariusz MMPI powstał w wyniku próby stworzenia efektywnego i praktycznego narzędzia, które pozwalałoby na obiektywną ocenę efektów terapii oraz innych zmian w funkcjonowaniu psychicznym jednostki (1). Pierwsze prace związane z kwestionariuszem MMPI pojawiły się w latach czterdziestych w literaturze amerykańskiej (2, 3, 154), a sama wersja podręcznikowa testu została wydana w 1942 r. (153). Jednakże Starke Hathaway i Charley McKinley rozpoczęli prace nad testem już pod koniec lat 30-tych XX w. (3). Autorzy testu (podać źródło) oczekiwali, że MMPI będzie praktycznym narzędziem oceny używanym w rutynowej diagnozie klinicznej (8). W czasach, gdy głównym zadaniem klinicystów było przypisywanie pojedynczym przypadkom (gł. na podstawie wywiadu i indywidualnego badania testowego) odpowiednich „etykietek psychodiagnostycznych”, badacze zaproponowali bardziej efektywną i rzetelną metodę (8). Nowy test miał być odejście od już istniejących samoopisowych inwentarzy, które postrzegane były jako zbyt ograniczone (zawężone) i przewidywalne, a tym samym, podatne na manipulację przez osoby badane (152). Wyjątkowość i innowacyjność testu MMPI polegała na użyciu przez jego twórców klucza empirycznego (empiryczne określenie pozycji pozwalające zróżnicować grupy osób) (8, 152). Oznacza to, że poszukiwano pytań, na które odmiennie odpowiadałoby pacjenci z rozpoznaniem różnych zaburzeń psychiatrycznych. W owych czasach powszechne było

konstruowanie testów raczej w oparciu o klucz logiczny (8). W tym przypadku wybierano lub tworzone pozycje testu rozumowo, na podstawie trafności pozornej, a klucz do obliczania wyników powstawał w oparciu o subiektywną ocenę. Zaczęto jednak zwracać uwagę na ułomność logicznego podejścia, choćby w kontekście zniekształcania i fałszowania odpowiedzi udzielanych przez pacjentów (8). Badania wykazały także, że wyniki oceniane z pomocą klucza subiektywnego nie wykazywały występujących w rzeczywistości różnic międzygrupowych (8). Wychodząc naprzeciw tym trudnościom, Hathaway i McKinley skonstruowali skale kontrolne (8, 90). Miały one na celu wykrywanie podejścia do testu odbiegającego od normy. Skale kliniczne testu powstały na podstawie m.in.: danych z raportów medycznych, studiów przypadków (psychologicznych i psychiatrycznych), czy podręczników. Stworzono ogromną pulę 1000 pozycji, z których wybrano ostatecznie 504. (8) Jednak dziesięcioletnia praktyka stosowania MMPI wykazała i jego braki. Ujawnił się problem niedostatecznie trafnej psychodiagnozy nowo badanych pacjentów. Mianowicie zdarzało się, że pacjenci z daną jednostką nozologiczną uzyskiwali wysokie wyniki również na innych skalach klinicznych (co było sprzeczne z pierwotnymi założeniami), a zdrowi badani otrzymywali patologiczny wynik. Przyczyn zaistniałej sytuacji dopatrywano się w interkorelacjach między skalami klinicznymi, a także nierzetelnością diagnoz osób badanych (w procesie konstruowania skali) (8). Pomo dużego zainteresowania testem i powszechnemu wykorzystywaniu go w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych jak i w badaniach naukowych (93, 94, 95, 96, 97, 98) zgłaszano obiekcje dotyczące: normalizacji, standaryzacji, aspektów językowych i kulturowych (90). Pojawiały się także zastrzeżenia dotyczące pierwotnej grupy standaryzacyjnej, która nie była reprezentatywna dla danej populacji. W jej skład wchodziły głównie osoby odwiedzające pacjentów w klinikach Uniwersytetu Minesockiego (8). Ponadto, na przestrzeni ponad czterdziestu lat zachodziły zmiany wpływające na dane normalizacyjne. Język stał się archaiczny i politycznie niepoprawny, odniesienia zastosowane w inwentarzu stały się przestarzałe. Zwrócono również uwagę na „niestosowne” pytania (dot. postaw, praktyk religijnych, preferencji seksualnych) (8). Bardziej błahе powody, stanowiły błędy gramatyczne i interpunkcyjne. W celu lepszego zrozumienia testu zredukowano także podwójne przeczenia i idiomy. Starsza forma testu utrudniała również pomiar cech, które były istotne (stosowanie używek innych niż alkohol, próby samobójcze, zachowania zw. z terapią) (8). Warto jednak zwrócić uwagę, że od 1943 r. do 1989 r., oryginalna wersja MMPI nigdy nie była aktualizowana i poprawiana (8).

W latach 80. XX wieku rozpoczęto prace związane z przygotowaniem zrewidowanej i znormalizowanej dla populacji Stanów Zjednoczonych wersji MMPI. W tym czasie, wdrożono również pracę nad dostosowaniem narzędzia do zróżnicowanych warunków geograficznych, w celu zapewnienia możliwości adekwatnego użytkowania nowszej wersji testu (odpowiedniego stosowania i porównywania wyników w kontekście międzynarodowym) (90). Zrestrukturyzowana wersja MMPI w postaci MMPI-2 została ostatecznie opublikowana w 1989 r. (149, 157, 158). Nieustająca popularność przyczyniała się do rosnącej liczby publikacji, które generowały nowe wnioski (93, 94, 95, 96, 97, 98). W związku z faktem wzrostu liczby skal, i rewizji tych już istniejących, w 2003 r. powstały Zrestrukturyzowane Skale Kliniczne (RC) (91). Owocem dalszych restrukturyzacji, była kolejna wersja MMPI-2RF (2008) (155). Powstała także wersja dla nastolatków MMPI-A (1992) (156, 92, 8).

1.3.2. Historia testu MMPI w Polsce

W Polsce, za sprawą Mieczysława Chojnowskiego, kwestionariusz pojawił się w 1951 r. (236). Wówczas szczególnym zainteresowaniem cieszyła się adaptacja WISKAD-MMPI (Wielowymiarowa Skala Diagnostyczna) (2, 46, 90). Posiadała ona jednak szereg wad (m.in. niezbyt wierne tłumaczenie, brak polskich norm) ograniczających użyteczność testu (2). Podążając za potrzebami wynikającymi z jego ograniczeń, w latach 1980-1985, zespół badaczy pod kierownictwem Paluchowskiego wykonał wierne tłumaczenie i opracował normy dla populacji polskiej (2, 159). W tym okresie, polscy psychologowie-praktycy używali oryginalnej wersji MMPI w opracowaniu Z. Płużek (1964) –WISKAD lub opracowanej przez J. Paluchowskiego (1981) (147).

Znaczący wpływ na rozpowszechnienie narzędzia w Polsce niewątpliwie mieli Matkowski i Kucharski, dzięki opracowaniom poświęconym kwestionariuszom: MMPI (1992) i MMPI-2 (1998) (1, 2, 90). Zaczęły pojawić się także pierwsze publikacje krajowe dotyczące badań w oparciu o MMPI (99).

Wiele lat później, Polska Pracownia Testów Psychologicznych przygotowała w pełni wystandaryzowaną i znormalizowaną na polskiej populacji adaptację: MMPI®-2 (2012) (88). Badania walidacyjne przeprowadzone zostały na osobach z różnych grup klinicznych, skale kliniczne są tożsame z oryginalnymi, a przedstawione dla nich poziomy interpretacyjne oparte są na syntezie wniosków pochodzących z wielu badań (88).

1.3.3. Wersje kwestionariusza MMPI

Pierwotna wersja MMPI powstała w 1942 r. Jednak od tamtego czasu konsekwentnie pojawiały się jego nowsze wersje (MMPI – 1939 r., MMPI-2 – 1989 r., MMPI-A – 2003 r., MMPI-2-RF – 2008 r.) (87). Najnowszy wariant kwestionariusza pochodzi z 2016 r. - MMPI-A-RF™ i służy do badania nastolatków w przedziale wiekowym 14 – 18 lat (160).

1.3.3.1. MMPI-2

Pomimo wieloletniej powszechności i popularności testu MMPI, dopiero w latach 70-tych pojawiły się sugestie dotyczące potrzeby jego rewizji (152). Kwestionariusz MMPI – 2, określany jako „poprawiona wersja MMPI”, został stworzony z myślą o zachowaniu „ciągłości” między nimi (8). Dzięki temu baza empiryczna MMPI miała stanowić układ odniesienia dla interpretacji testu w nowym wydaniu (8). Poprawa testu miała formę gromadzenia nowych normatywnych danych, ich korektę, zmianę przestarzałych i obraźliwych treści, dodanie nowych elementów, a także rozwijania istniejących skal klinicznych i kontrolnych (152). W nowszej wersji nie wprowadzono większych zmian w zakresie skal kontrolnych i klinicznych (8). Testy są na tyle podobne, że w interpretacji MMPI-2 można wykorzystać bezpośrednio wiele badań dotyczących interpretacji jego pierwowzoru (8).

MMPI – 2 przeznaczony jest do badania osób pełnoletnich i nie ma górnej granicy normy (8). MMPI-2 składa się z 567 pozycji, gdzie badany raportuje swój stan psychiczny odpowiadając „prawda” lub „fałsz” (8,149). Badania wykazały, że zmiana liczby pozycji i treści (z 566 na 567) nie doprowadziła do istotnej statystycznie różnicy między średnimi skalami testów MMPI i MMPI II (12). Kwestionariusz zawiera dziewięć skal ważności („kłamstwa”) do oceny kłamstwa, obronności, fałszowania danych w kierunku nadmiernie dobrego lub złego przystosowania (149). Ich celem jest utrudnienie fałszowania wyników (149). Oprócz skal kontrolnych, test zawiera skale kliniczne. Służą one do oceny problemów zdrowia psychicznego (np. depresji, lęku, PTSD), cech osobowości (np. psychopatii) jak i ogólnych osobniczych właściwości, jak złość, somatyzacja, hipochondria, tendencja do uzależnień (149). MMPI-2 uległ walidacji poprzez badania na normatywnej próbie 2600 dorosłych (149). Od 1989 r. MMPI-2 nie był zmieniany, natomiast poprawione wydanie podręcznika testowego (2001 r.) zawiera kilka nowości (8).

1.3.3.2. MMPI-A

Wkrótce po opublikowaniu MMPI przeznaczonego do badania osób dorosłych, zaczęto prowadzić badania nad zastosowaniem go u młodzieży. W połowie lat 50-tych XX wieku, Hathaway i Monachesi użyli oryginalnej wersji testu do przewidywania przestępczości wśród młodzieży (152). Najbardziej użyteczne normy, zostały wprowadzone w 1967 r. przez Marks'a i Briggs'a (152). Po normalizacji danych dla grupy nastolatków, zmodyfikowaniu pozycji na adekwatne dla młodzieży oraz skonstruowaniu specyficznych dla nich skal, w 1992 r. został opublikowany MMPI-A (163)

Kwestionariusza należy używać do badania młodzieży w wieku od 14 do 18 lat (162). Nie do końca jasne jest, którym z testów należy badać osoby w wieku 18 lat. Obie wersje (dla dorosłych i młodzieży) mają normy dla tego wieku (1, 2, 156). W teorii, można użyć dowolnej wersji kwestionariusza. W praktyce przyjęte jest, że 18-latek uczący się w szkole średniej – badany jest wersją MMPI-A, a gdy prowadzi samodzielny tryb życia, pracuje lub studiuje – stosuje się MMPI – 2 (8).

1.3.3.3. MMPI-2-RC

Do stworzenia Zrestrukturyzowanej Skali Klinicznej (RC) skłoniła badaczy chęć poprawy trafności różnicowej kwestionariusza MMPI (8). Ponadto, miała również wspomagać ocenę elementów charakterystycznych dla skal klinicznych (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 i 9) (152). O ile skale testu MMPI-2, po restrukturyzacji MMPI praktycznie nie zostały naruszone, w przypadku MMPI-2-RC celem było zrewidowanie skal określanych w literaturze jako „psychoemtrycznie problematyczne” (152). Zostało to osiągnięte przez stworzenie skal RC (152). Skale te zostały opracowane przez Auke Tellegen'a w 2003 r. (164). Opis omawianych skal zawiera również podręcznik do polskiej wersji MMPI-2 (8).

Friedman wykazał, że MMPI-2-RC, jest nową i zupełnie inną jednostką miary niż MMPI-2 (3). Nowsza wersja, opiera się na zupełnie innej metodologii i ma ograniczone wsparcie badawcze (3). W wyniku znaczących różnic między testami, ten wariant kwestionariusza został zaproponowany jako alternatywa do oryginału, a nie jego zastępstwo (3). Powstanie skal RC było preludium do powstania kolejnej wersji testu: MMPI-2-RF (152).

1.3.3.4. MMPI-2-RF

MMPI-2-RF został opublikowany w 2008 roku (165, 166, 167). Posiada on mniej pozycji i zawiera RC (Zrestrukturyzowane Skale Kliniczne). Zmianie uległy także skale kontrole, a nawet doszła jedna skala dodatkowa (Skala Odpowiedzi Rzadkich) dotycząca objawów somatycznych (8). Rozwój skal dodatkowych miał służyć optymalizacji wykorzystania potencjału kwestionariusza MMPI-2 (152). Testy te jednak różnią się na tyle, że używając MMPI-2-RF nie można obliczyć wyników w podstawowych skalach klinicznych, treściowych i wielu skalach dodatkowych MMPI-2 (8).

1.3.4. MMPI-2 jako najpopularniejsza wersja kwestionariusza

Od 1989 r. (data opublikowania MMPI-2) powstały nowe wersje testu: MMPI-2-RF (2008), czy MMPI-2® (2012). Jednak to MMPI-2 jest nadal najpopularniejszym obiektywnym testem osobowościowym (3). Nowsza wersja MMPI, MMPI-2 posiada więcej walorów psychometrycznych i więcej możliwości interpretacyjnych od pierwotnego wariantu (1). Najnowszy z MMPI: MMPI-2-RF został zaprezentowany na zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w 2007 r. jako „nowy standard” pomiarów testu MMPI (83). Zasadność takiego określenia testu była jednak przedmiotem dyskusji ekspertów (83). Przyczynił się do tego fakt, że nawet 6 lat po wprowadzeniu nowszej wersji kwestionariusza, pomimo wieloletniej dostępności MMPI-2-RC, to MMPI-2 nadal był preferowany przez praktyków (83, 3). W obliczu tych faktów, wielu badaczy zadawało sobie pytanie, czy zmiany modernizacji testu idą w dobrym kierunku (3). W związku ze stałym zapotrzebowaniem i nieustanną popularnością tej wersji testu, powstają wciąż nowe wydania podręczników instruktażowych z zakresu MMPI-2 (3, 43, 67). Przykładem ilustrującym utrzymujący się trend, jest choćby piąte już wydanie obszernego podręcznika pomocnego w wykorzystaniu możliwości oferowanego przez MMPI-2 z 2015r. (8). Odzwierciedleniem popularności MMPI-2 w praktyce klinicznej, jest stale rosnąca baza danych badań związanych z użyciem tej wersji kwestionariusza (>2000 artykułów od 1989 r.) (8).

1.4. Diagnostyczna przydatność kwestionariusza MMPI

Kwestionariusz MMPI (MMPI-2, MMPI-A, MMPI-2-RF) zwykle zawarty jest w typowej baterii testów psychologicznych stosowanych w klinikach psychiatrycznych oraz opiece ambulatoryjnej (3). Wielu klinicystów standardowo używa MMPI do oceny psychopatologii pacjentów w swoich praktykach gabinetowych (3). Test używany jest przede wszystkim do generowania opisów, wniosków i decyzji o sposobach postępowania z badanym, jak również do oceny skuteczności terapeutycznych oddziaływań (8).

Kwestionariusz ten może być stosowany w bardzo szerokim zakresie: od wykrywania nieświadomej somatyzacji, świadomej symulacji, do oceny stabilności psychicznej w zawodach „wysokiego ryzyka”, (np. pilotów linii lotniczych, policjantów, pracujących w energetyce jądrowej) (149).

Jednakże trafna ocena przydatności testu MMPI-2 wymaga rozumienia mocnych i słabych stron narzędzia (8).

1.4.1. Ograniczenia testu MMPI-2 w procesie diagnostycznym

1.4.1.1. Samoopisowa forma

Narzędzia samoopisowe mają pewne ograniczenia. Wiedza na temat samych siebie, zdolność do samoopisu i właściwego przedstawienia problemów, motywacja i powód zgłoszenia na badanie - mogą wpłynąć na mniej lub bardziej rzetelne przedstawienie obecnego stanu rzeczy. Kwestionariusz MMPI-2 daje szansę opisania, w jaki sposób doświadczamy i rozumiemy siebie i swoje problemy (17), co jednak nie musi być tożsame z tym, co czuje, myśli, czy jak zachowuje się pacjent.

Badania wykazały, że metody pomiaru osobowości (zwłaszcza samoopisowe formy) są podatne na zafałszowanie (169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177). Samoopisowy raport badanych np. z przewlekłą chorobą psychiczną może wyraźnie kontrastować z ich codziennym funkcjonowaniem. Pacjenci borykający się ze schizofrenią przez wiele lat, mogą w pewnym stopniu „przyzwyczajać się” do objawów i tym samym nie postrzegać ich po latach jako tak znaczni odbiegających od normy lub utrudniających funkcjonowaniu. Klinicysta musi być uważny na ryzyko nieprawidłowych wniosków o stanie zdrowia pacjenta, wynikającego prawdopodobnie z niedoszacowania rzeczywistej psychopatologii (13).

1.4.1.2. Dostępność odpowiedzi

Wskazówki dotyczące sposobu odpowiedzi zgodnie z normami psychologicznymi w przypadku niektórych testów psychologicznych (MMPI-2, Test Rorschacha) są łatwo dostępne zarówno w internecie, jak i profesjonalnych podręcznikach (16). W 2004 r. Wikipedia udostępniła 10 kart Rorschacha z uwzględnieniem popularnych i patologicznych odpowiedzi (16). Naganne praktyki związane z upowszechnianiem testów psychologicznych podkreślił Paluchowski (178), wymieniając m.in.: publikowanie zadań testowych, przykładów rozwiązywań oraz testów z kluczem, a nawet szkolenia w rozwiązywaniu testów selekcyjnych (178). W konsekwencji, nie można z pewnością zakładać, że pacjent przed badaniem nie pozyskał takich informacji (16), co może wpłynąć na wyniki testu (169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177).

1.4.1.3. Komputerowo generowane szablony opisów

Wersja komputerowa MMPI jest najbardziej użyteczną formą testu (180). Przyspiesza proces zbierania danych obliczania i opracowania wyników (180). Możliwość skorzystania z wygenerowanych komputerowo interpretacji, może jednak stać się przyczyną błędnych wniosków dotyczących diagnozy lub terapii. Np. z racji związku wieku z wynikami testu MMPI, osoby starsze uzyskują nieco wyższe wyniki w skalach: 1, 2, 3 i 0, a niższe w 4 i 9 (8). Jednak wynik ten odzwierciedla raczej większe zainteresowanie stanem zdrowia, a także spadek witalności i energii towarzyszące z reguły procesowi starzenia się, co jest charakterystyczne dla osób w tym wieku (8). Pomijając informację o tej zależności, można wyciągnąć błędny wniosek, że osoby starsze są bardziej zaburzone niż młodszy badani, czy mają zaburzenia natury „nerwicowej” (z racji podwyższonej triady „neurotycznej”). Powyższe przykłady przestrzegają przed zbyt szybkim przeskokiem do konkluzji w procesie diagnostycznym, na bazie gotowych rozwiązań (np. w postaci komputerowo wygenerowanych raportów), który skutkować może błędną interpretacją lub diagnozą.

Problem ten ilustruje również badanie (29), w którym oceniano różnice między trafnością komputerowego raportu oceny osobowości oraz stworzonego przez klinicystę. Uczestnicy, którzy otrzymali raport wygenerowany komputerowo (dotyczyło to przede wszystkim profili „dwuznacznych”, nie pasujących do diagnozy pacjenta) byli mniej dokładni w ocenie symptomatologii, niż uczestnicy, którzy nie otrzymali żadnego

protokołu. W tym przypadku, gotowy raport zamiast pomóc w diagnostyce, mógł zafałszować dane.

1.4.1.4. Liczba pytań i ich niejasne sformułowanie

MMPI-2 składa się z 567 pozycji, gdzie badany raportuje swój stan psychiczny odpowiadając „prawda” lub „fałsz” lub „tak/nie” (8, 149). Nasuwają one jednak pewne trudności, opierające się na braku zrozumienia pytań zawierających zaprzeczenie. W tym przypadku może występować ryzyko odpowiadania w taki sposób jakby pytania te były pozbawione zaprzeczenia. Np. na pytanie przeczące pewnemu stanowi („Nie przejmuję się tym, że nie jestem przystojniejszy”) odpowiedzieć można w przeczący sposób, nie odpowiadający stanowi, który się zakomunikować. Ponadto, trudność mogą również sprawiać pytania zawierające w sobie dwie kwestie: „Mogę spać w dzień, jednak dokucza mi bezsenność w nocy”, „Nigdy nie byłem sparaliżowany, ani nie odczułem szczególnego osłabienia w mięśniach”, gdzie można zgadzać się z jednym elementem.

1.4.1.5. Czas wypełniania

Przeciętny czas wypełniania testu waha się od godziny do 90 minut (1, 149).

1.4.1.6. Wieloznaczne kody wysokopunktowe

Występują sytuacje, gdy pacjenci z danej grupy rozpoznania (np. depresyjni) otrzymają wysokie wyniki na wielu skalach klinicznych (nie tylko 2, ale i 7, 8). Zdarza się również, że wymienionych jest kilka kodów wysokopunktowych związanych z pewnym rozpoznaniem, jednak żaden z nich może nie być dla niego patognomiczny i często występujący także wśród innych grup pacjentów psychiatrycznych (73, 76, 78). Np. depresja: 27/72, 28/82, 23/32, 24/42 (72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80). Innym przykładem jest sytuacja, gdy dany kod wysokopunktowy jest popularny w wielu rozpoczynaniach. Przykładowo, pomimo, iż kod 278 najsilniej związany był z depresją i lękiem (60,56, 67) również pojawiać się mógł w profilach badanych z psychozą (67). Pojawiać się mogą w tym przypadku pytania o trafność testu. Nawet w tych samych grupach badanych (np. z depresją) występuje znaczne zróżnicowanie i trudno generalizować cechy na całą populację (71). Oczywiście stworzone zostało w tym zakresie

pojęcie „normy”, która oznacza pewne odstępstwa i różnorodność w badanej sferze. Niemniej jednak, ma to wpływ na zróżnicowanie profili, nawet w homogenicznych grupach badanych (71). Ponadto, pacjenci (zwłaszcza hospitalizowani), mają niejednokrotnie zaburzenia współwystępujące, co jeszcze bardziej różnicuje wyniki w danej grupie.

1.4.1.7. Nazwy skal klinicznych

Istnieje ryzyko, że ze względu na specyficzne nazwy skal klinicznych, mogą zostać im przypisane dodatkowe znaczenia (8). Interpretowanych skal w sposób intuicyjny, a taka pokusa może zaistnieć ze względu na ich psychiatryczną nomenklaturę, może być mylące (np. skala Sc wcale nie musiała świadczyć o występowaniu schizofrenii, ani nawet jej objawach). W celu zmniejszenia ryzyka takiej nadinterpretacji, skale pierwotne zastąpiono numerami (1-Hipochondria, 2-Depresja, 3- Histeria, 4- Odchylenie Psychopatyczne, 5-Męskość-Kobiecość, 6-Paranoja, 7-Psychastenia, 8-Schizofrenia, 9-Mania, 0-Introwersja Społeczna) (8).

1.4.1.8. Nieścisłości co do kwalifikacji do interpretacji

Zdarza się, że ze względu na odbiegające od normy podejście do badania, wypełnione protokoły nie nadają się do interpretacji. O niewiarygodnym profilu mówimy zazwyczaj, gdy badany nie odpowie na >30 pozycji, wynik $T > 65$ w przynajmniej jednej ze skal kontrolnych. Jednak w kontekście klinicznym, wyniki w skali kontrolnej $F > 100$ mogą wskazywać występującą u pacjenta poważną psychopatologię (48). Praktyka ta jest bardzo uproszczona i przyczynia się odrzucania wielu wiarygodnych profili (8). Ocena ich wiarygodności wymaga bardziej subtelного podejścia. Graham ostrzega, że nie powinno się interpretować profili osób odpowiadających na pytania przypadkowo oraz celowo i skrajnie symulujących psychopatologię (8). Ten sam autor podaje jednak wyjątki, gdy nawet „dewiacyjne” protokoły mogą podlegać interpretacji (8). Są to sytuacje „wołania o pomoc”, gdy np. badani po raz pierwszy poszukują terapii i wyolbrzymiają swoje objawy i problemy, aby otrzymać wsparcie. Inną grupą osób zafałszowujących profil mogą być rodzice w toku postępowania w sprawach opiekuńczych. Tendencja do wypełniania kwestionariusza w sposób umiarkowanie obronny nie będzie tu rzadkością. Pacjenci z podanych przykładów nie przestrzegają ściśle instrukcji, ale ich sposób odpowiadania

znacząco nie odbiega od normy. Z pewnością nie w takim stopniu, jak profile „symulantów”. Gdy tendencje te zostaną wzięte pod uwagę podczas interpretacji protokołu, niekoniecznie pozbawią go wiarygodności (8).

1.4.2. Zasoby testu MMPI-2 w procesie diagnostycznym

W typowych warunkach szpitalnych, psycholog często poproszony jest o ocenę i zróżnicowanie hospitalizowanych pacjentów pod kątem diagnostycznym (68). Padają pytania, czy dane objawy to przejaw bardziej depresji, zaburzeń lękowych, a może schizofrenii? Proces oceny opiera się na rozróżnieniu podłoża i mechanizmów zaburzenia w odniesieniu do populacji pacjentów, u których z założenia będą występowały profile „patologiczne”. MMPI-2 został opracowany zgodnie z empiryczną strategią budowy skal - czyli elementy skal zostały tak dobrane, aby praktycznie różnicować pacjentów z powszechnie znanych grup klinicznych (schizofreników, depresyjnych, psychopatyczne osobowości lub hipochondryków), od normalnej populacji (85).

MMPI-2 w procesie diagnostycznym, służy obiektywizacji oraz standaryzacji diagnoz i ocen psychiatrycznych. Warto nadmienić, że MMPI bazuje na badaniach empirycznych, a nie na założeniach klinicystów, na temat tego, jakich odpowiedzi udzielają badani z danymi cechami osobowości (149). Dzięki swoim właściwościom użytecznym w procesie diagnostycznym może nawet redukować potrzebę długotrwałej, psychiatrycznej obserwacji szpitalnej (101).

1.4.2.1. Skale kontrolne

Poza wiedzą i umiejętnościami badającego, na pewność diagnozy wpływ ma stopień prawdomówności osoby badanej oraz jej zdolność do przekazywania nieprawdziwych wypowiedzi i demonstrowania niewystępujących w rzeczywistości symptomów (np. objawów depresji, dolegliwości bólowych, zaburzeń pamięci) (27). Relatywnie łatwo jest symulować depresję (27). Gdy studenci psychologii, w celach eksperymentalnych mieli symulować dowolnie wybrane zaburzenie psychiczne, w większości przypadków wybrali właśnie tę jednostkę chorobową (28). Jednak, gdy nie ograniczymy się jedynie do wywiadu i obserwacji, a użyjemy dodatkowo odpowiedniego narzędzia diagnostycznego, zwiększamy szansę trafności stawianej diagnozy. Aby zminimalizować ryzyko błędnej interpretacji klinicznej często pojawiających się

w inwentarzach samoopisowych zafałszowanych i zniekształconych wyników, badacze stworzyli skale kontrolne (90). Kwestionariusz MMPI posiada te niezwykle przydatne w procesie diagnozy klinicznej skale, służące do ustalenia jak pacjenci ustosunkowani są do badania. Pomagają określić, czy wyniki testu będą trafnie odzwierciedlać cechy pacjentów (8). Ponadto, Hathaway i McKinley stworzyli kwestionariusz MMPI w oparciu o empiryczną technikę konstruowania testu (149). Wiązało się to z wygenerowaniem skal, które w rzeczywistości różnicują jednostkę z daną cechą od osób w „normie” (149). Pytania, które dokonują tego zróżnicowania w najbardziej wiarygodny sposób, pozornie nie są związane z problemami zdrowotnymi (149). Zaletą takiej konstrukcji, jest trudność w celowym fałszowaniu testu. MMPI bazuje na badaniach empirycznych, a nie na założeniach klinicystów, na temat tego, jakich odpowiedzi udzielają badani z danymi cechami osobowości (149).

1.4.2.2. Liczba publikacji

W ciągu ostatnich kilku lat zaobserwować można wzrost roli badań naukowych w procesie diagnozowania (178). MMPI jest niezwykle bogaty w literaturę, publikacje i opracowania interpretacji stosowania kwestionariusza (2, 159). Na temat kwestionariusza opublikowano najwięcej, w stosunku do innych testów psychologicznych, artykułów empirycznych, a recenzenci zazwyczaj pozytywnie oceniali użyteczność MMPI (8).

Istnieje ~ 10 000 opublikowanych prac z wykorzystaniem MMPI, a pula ta jest zwiększana z każdym rokiem o setki nowych publikacji (149). Odzwierciedleniem popularności MMPI-2 w praktyce klinicznej, jest stale rosnąca baza danych badań związanych z użyciem tej wersji kwestionariusza (>2000 artykułów od 1989 r.) (8).

1.4.2.3. Standaryzacja

MMPI został dobrze wystandaryzowany (8). Potwierdzeniem jest fakt, że do czasu jego powstania (lata 30-te XX w.) do momentu pojawienia się kolejnej wersji (niemal lata 90-te XX w.) z powodzeniem używano tych samych pozycji, skal i arkuszy profilowych (8). Mimo różnic w interpretacji, dobra standaryzacja materiałów i procedur przyczyniła się do faktu, że były one porównywalne (8). Podobieństwo i ciągłość między MMPI i MMPI-2, że wnioski te odnoszą się również do MMPI-2 (8).

1.4.2.4. Aktualna adaptacja

Istnieje stosunkowo aktualna adaptacja testu MMPI-2 (1, 159, 236). Znormalizowaną i wystandaryzowaną na polskiej populacji adaptacją testu MMPI jest również MMPI®-2 (2012) (88).

1.4.2.5. Źródło pochodzenia testu

Adaptacja już istniejącego testu na polskie warunki wymaga wdrożenia skrupulatnej procedury badawczej (o empirycznym charakterze), która wykaże trafność i rzetelność narzędzia (244). W procesie diagnostycznym powinno się korzystać jedynie z odpowiednio przygotowanych narzędzi, o udokumentowanym stosowaniu w ocenie określonych funkcji (241). Takie kryteria spełnia kwestionariusz MMPI-2. Polskie podręczniki sygnowane są danymi o autorach opracowania (MMPI: Matkowski, Paluchowski, MMPI-2: Kucharski) (2, 159, 1), czy też adaptacji (Kucharski) (1) a także zawierają informację o właściwościach psychometrycznych narzędzia. Choć i w tym aspekcie, pojawiały się zastrzeżenia i wątpliwości (147).

1.4.2.6. Pierwotna grupa „kliniczna”

Pierwotnie, grupę kryterialną, opozycyjną do „normalnej”, stanowili pacjenci psychiatryczni (8). Grupa „kliniczna” obejmowała zatem reprezentantów wszelkich ważniejszych psychiatrycznych kategorii (8). Na podstawie rozpoznań klinicznych („kliniczne etykiety diagnostyczne”) stworzono podgrupy z rozpoznaniem: hipochondrii, depresji, hysterii, psychopatii, paranoi, psychastenii, schizofrenii i hipomanii (8). W obliczu tych informacji, stosowanie testu w warunkach opieki psychiatrycznej zdaje się być optymalne i w pełni uzasadnione.

1.4.2.7. Dostępność ułatwień w opracowaniu wyników

Pierwotna wersja MMPI powstała wiele lat temu. Około 40 lat po tym fakcie, zaczęły powstawać jego nowsze wersje (MMPI, MMPI-2, MMPI-RC, MMPI-2RF). Po każdej z nich, pojawiały się nowe publikacje i podręczniki pomocne w interpretacji testu. Tak więc systematycznie pojawiają się nowe materiały wspomagające

i optymalizujące jego użytkowanie. Wymienić tu należy książki kodowe (zawierające systemy kodów wysokopunktowych), charakterystyki profili, czy programy komputerowe wspomagające interpretacje i proces obliczania wyników (236, 159, 8, 1). Powstało również wiele podręczników wspomagających interpretację kwestionariusza w zależności od grupy pacjentów: szpitalnych, ambulatoryjnych, więźniów, studentów (60).

1.5. Predykcyjna przydatność kwestionariusza MMPI

W zależności od specyfiki pracy miejsca pracy, oczekuje się od psychologa odpowiedzi na różne pytania. Czy istnieje ryzyko zachowań suicydalnych? Czy pacjent nadużywa substancji psychoaktywnych? Czy pacjent zagraża sobie lub innym w danych warunkach? Czy można pacjentowi powierzyć opiekę rodzicielską? (2).

Predykcyjna moc testu w praktyce, może przejawiać się w dostarczaniu informacji o prawdopodobieństwie, wystąpienia interesującego nas zachowania, u osoby z określonym wynikiem. Np. antyspołeczne tendencje, nadużywanie alkoholu oraz sztywność poznawcza będzie występować u badanych z wynikiem skali Pd, AAS, Pa (1, 2, 8). W tym przypadku pozytywna moc predykcyjna związana będzie z podwyższonym wynikiem ($T > 60$) na wymienionych skalach i wskazywać może na wyższe od normy tendencje do występowania omawianych zachowań. Tym samym, niższe wyniki (< 40) będą sugerować negatywną moc predykcyjną.

1.5.1. MMPI jako predyktor diagnostyki psychiatrycznej

Diagnostyczna rola testu, polega na dostarczaniu klinicyście przesłanek użytecznych w procesie kwalifikacji pacjenta do jednej z kategorii diagnostycznych (184). W diagnostyce nozologicznej pomocne są skale kliniczne oraz kody wysokopunktowe (1,184). Także analiza nachylenia profilu zasugerować może, nerwicowe (profil opadający) lub psychotyczne (profil wznoszący) podłoże objawów (1, 184). Użyteczne w analizie są również wskaźniki konfiguracyjne i skale dodatkowe (1, 184). Np. niski wynik w skali Siły Ego sugeruje zaburzenia psychotyczne, a wysoki – neurotyczne (1, 184).

1.5.2. MMPI jako predyktor oddziaływań terapeutycznych

Nie zawsze wyniki poszczególnych skal pozwolą wprost na wyciągnięcie wniosków dotyczących postępowania terapeutycznego (1, 184). Będą to zazwyczaj wnioski dedukcyjne, oparte na wiedzy badającego oraz wszelkich dostępnych informacjach o badanym (1, 184). Nietrudno domyślić się, że osoba będąca w stanie silnego napięcia i dyskomfortu psychicznego (dane z profilu), charakteryzuje się silniejszą motywacją do zmiany, niż osoba nie biorąca odpowiedzialności za swoje czyny, obarczająca otoczenie winą za swoje problemy (1, 184). Podatne na sugestię jednostki, bardziej skorzystają z terapii dyrektywnej, niż np. ze zorientowanej na wgląd (1). Pacjent „psychopatyczny” natomiast (wysoki wyniki w skali 4 i 9) zgłaszający się na terapię pod groźbą kary (rozvodu, więzienia, utraty pracy) przejawiał będzie tendencję do manipulowania lub przerwie terapię przed czasem (1).

Jako wskaźnik ogólnego przystosowania psychicznego i tym samym pomoc w prognostyce w zakresie terapii jest skala - Es (Siła Ego). Im wyższy wynik tenowy, tym lepsze przystosowanie psychologiczne pacjenta i, tym samym, korzystniejsze rokowanie w terapii. Badania potwierdzają zasadność stosowania wskaźnika Es, jako dobrego predyktora, ale także wskaźnika poprawy w kontekście oddziaływań terapeutycznych (26).

1.6. Przegląd badań dotyczących przydatności diagnostycznej i predykcyjnej kwestionariusza MMPI-2.

Metaanaliza danych wykazała, że MMPI może być z powodzeniem stosowany w celu rozróżnienia grup kontrolnych i psychiatrycznych, psychotycznych od neurotycznych, lękowych od depresyjnych (20).

W kontekście diagnostycznym, badania w dużej części, skupiały się na wygenerowaniu kodów wysokopunktowych dla danych jednostek klinicznych. W badaniach z 2003 r zidentyfikowano empiryczne korelaty dla pięciu najczęściej występujących 2-punktowych typów kodów: 68 / 86, 78 / 87, 27 / 72, 13 / 31 i 46 / 64 (52). Analiza typów kodów (wg Gilberstadt-Duker i Marks-Seeman-Haller) ujawniła także cztery klastry: neurotyków, depresyjnych psychotyków, pobudzonych psychotyków i socjopatów (57). Ponadto, badania te wykazały, że istnieje stosunkowo niewielka liczba

jednorodnych podtypów mogących stanowić większość typów kodów i profili grupy diagnostycznych. Inne doniesienia sugerują coś zupełnie odmiennego.

Pomimo znacznych różnic w definicji typu kodu i procedur badania, wyniki na przełomie dziesięcioleci są niezwykle zgodne (np. z 2003 i 1965 r.) (52). W korelatkach zidentyfikowanych w grupie pacjentów w prywatnej praktyce były podobne do tych, uzyskanych w innego typu placówkach leczniczych (52, 53, 56, 58, 59) (60). Pojawia się również sugestia, że informacje interpretacyjne przedstawione w większości prac referencyjnych mogą być również stosowane w prywatnej praktyce (60).

1.6.1. Użyteczność diagnostyczna – wybrane wskaźniki interpretacyjne przydatne w praktyce klinicznej

Usprawnienie procesu w diagnostyce różnicowej można uzyskać poprzez analizę profilu klinicznego (skale kontrolne i kliniczne: 1-9), jego kształtu (płaski, iglicowy, jedno- lub dwufazowy), nachylenia i wysokości (228). (228).

Wyróżnić można także pewnego typu zgrupowania skal w profilu, określające bazowe cechy kliniczne osoby badanej. W tym przypadku, skale profilu układają się w kształt „triady neurotycznej” lub „psychotycznej” (228). Tak więc, wskazówki diagnostyczne możemy uzyskać dzięki analizie poszczególnych składowych testu (184):

- skale kliniczne
- skale dodatkowe (np. niski wynik na skali Es zw. z zaburzeniami psychotycznymi, wysoki – neurotycznymi)
- kody dwupunktowe
- nachylenie profilu (negatywne – zw. z zaburzeniami neurotycznymi, pozytywne – zw. z zaburzeniami psychotycznymi)

W rzeczywistej praktyce klinicznej jednak interpretacja profili MMPI odbywa się zwykle na podstawie kodów wysokiej punktowych (np. Graham, 1990) (68).

1.6.1.1. MMPI-2 a zaburzenia lękowe

Kod wysokopunktowy: 278 (60, 56, 67, 50), 78/87 (52), 28 (49)

Nachylenie profilu: Pozytywne nachylenie profilu (184).

Kod 278 najsilniej związany był z depresją i lękiem (60, 56, 67). Typ kodu 78/87 wiązał się z diagnozą depresji, zespołu stresu pourazowego i zaburzeń lękowych (52). We wcześniejszych badaniach (54) kod ten wiązano z trudnościami z koncentracją, poczuciem niższości, napięciem i zamartwianiem. Zgadzał się z tym Graham (1999) dopatrując się wspólnej komponenty ogólnego poczucia chaosu w depresji i lęku (56).

W zaburzeniach lękowych można zaobserwować pewne zróżnicowanie w zależności od ich typu (lęk napadowy, PTSD, zaburzenia adaptacyjne, GAD). W grupie pacjentów (weterani) z PTSD wskazano wyższe wskaźniki w skalach: F, 2 i 8 (49). Najnowsze raporty (2003) informują także o związku kodu 78/87 z PTSD (52). Badania dot. ofiar wypadków w pracy są w znacznym stopniu zbieżne: wskazują na wyższe wyniki w skali PK (Stresu Pourazowego) w połączeniu ze skalami klinicznymi 2, 7 i 8 (50).

Ofiary mobbingu posiadały profil typowo „neurotyczny” z paranoiczną komponentą - wysokie skale 1, 2, 3, 6 (51). MMPI-2 a zaburzenia afektywne. Pacjenci z tendencją do somatyzacji natomiast, mają profil o negatywnym nachyleniu, a triada „neurotyczna” przewyższa „psychotyczną” (184). Ponadto, pierwsze trzy skale, w przypadku wystąpienia określonych zaburzeń lękowych (np. konwersyjnych), układają się mogą w kształt „dolinki konwersyjnej” (180).

1.6.1.2. MMPI-2 a zaburzenia afektywne

Kody wysokopunktowe: depresja ogólnie: 278 (68, 60, 56, 67), 27/72, 28/82, 23/32, 24/42 (72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80)

W badaniach z 1995 r. na próbie hospitalizowanych pacjentów z depresją jednobiegunową, jako 2 najwyższe skale w profilu wskazano 2 i 7, w przeciwieństwie do depresji dwubiegunowej – tam najwyższe były skale: 2, 1, 8, 3 (70). Zróżnicowanie to łączono ze specyficznymi cechami, w tym przypadku „narcystycznymi”, przyporządkowanymi grupie pacjentów z CHAD. W badaniu oceniającym przydatność testu MMPI-2 w diagnostyce depresji na grupie hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych, wykazano jednak niewielką wartość pojedynczych skal w ocenie zaburzenia. (68)

Kod 278 najsilniej związany był z depresją i lękiem (60, 56, 67) lub samą depresją (68). Gilberstadt and Duker również łączyli ten typ kodu z lękiem, depresją, bezsennością, nerwowością, obsesjami, napięciem i zamartwianiem (54). Inne badania wskazały, że w znacznej mierze zbieżny typ kodu 27/72 wiązał się z depresją i jej objawami,

jak: spadek energii, zmniejszenie zainteresowań, bezsilność, bezradność, problemy z pamięcią, wycofanie, ale także z lękowym nastrojem (52, 56).

Badania sugerują, że żaden z kodów nie jest jednak patognomiczny tylko dla depresji, gdyż względnie często występuje także wśród innych grup pacjentów psychiatrycznych (73, 76, 78). Zróżnicowanie zauważalne było również na tle płci badanych z depresją. Do objawów zaburzeń depresyjnych typowych dla kobiet można zaliczyć: nadmierną koncentrację na somatycznym stanie zdrowia, liczne skargi na dolegliwości fizyczne, brak energii, problemy ze snem, osłabienie koncentracji uwagi oraz niskie poczucie własnej wartości, niepewność siebie i pesymizm. Miało to odzwierciedlenie w profilach MMPI-2, gdzie badani mężczyźni uzyskali istotnie niższe wyniki w porównaniu z kobietami w skalach 1 i 2 (11). Zdarzało się również, że spora część badanych z depresją „nie mieściła” się w żadnym z wymienionych kodów, co oznacza, że wielu pacjentów produkowało niepowtarzalne profile (71).

1.6.1.3. MMPI-2 a zaburzenia psychotyczne

Skale: F (19), 8 (184), 6 (184).

Kod wysokopunktowy: 68/86 (184, 54, 55), 287 (201, 202, 203, 2014, 205, 200).

Konfiguracja skal: „dolinka paranoidalna”, podwyższone skale 6 i 8 (przy czym 6 i 8 > 7).

Wysokość profilu: profil dwufazaowy (228), zbliżony do „normalnego” ze średnimi wynikami we wszystkich skalach (184).

W badaniu oceniającym przydatność testu MMPI-2 w diagnostyce na grupie hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych, wykazano, profile pacjentów psychotycznych charakteryzowały się najwyższymi wynikami w skali 8 (68, 184). Badania wskazują również na wyższe wyniki w skali 6 (184). Okazało się jednak, że diagnozowanie schizofrenii w oparciu tylko o tę jedną podwyższoną skalę (nawet gdy jest to skala Sc- Schizofrenii) było zbyt dużym uproszczeniem (184). Badani otrzymują raczej wysokie wyniki na kilku skalach (184). Typ kodu 68/86 już ponad 50 lat temu był istotnie związany z omamami słuchowymi, diagnozą schizofrenii, psychozą i paranoją (54, 55). Jednakże w doniesieniach z 1999 r. (56) dotyczących badań na grupie pacjentów ambulatoryjnych nie ma wzmianki o powiązaniach profilu 68/86 z objawami psychotycznymi, takimi jak urojenia i halucynacje. Wynikać to mogło z faktu, że pacjenci prezentujący się w sposób psychotyczny byli przekazani do innych placówek zdrowia psychicznego (52).

Pomimo, iż kod 278 najsilniej związany był z depresją i lękiem (60, 56, 67) również pojawiać się mógł w profilach badanych z psychozą (67). Wśród osób z kodem 287 znalazły się rozpoznania: „schizofrenia rzekomonerwicowa” (201), „reakcja schizofreniczna” (202), „schizofrenia niepsychotyczna” (204), „psychozy afektywne” (208, 209, 210), subkliniczne postacie schizofrenii (203) oraz występowały cechy specyficzne dla schizofrenii (205). W innych badaniach jednak, kod 2, 7 został negatywnie związany z psychozą oraz paranoją i podejrzliwością (52).

Pomocny w różnicowaniu profili pacjentów psychotycznych od niepsychotycznych jest wskaźnik Goldberga (istotne skale L, 6, 8, 3, 7) (184).

W układzie skal zauważa się tzw. „dolinka paranoidalna”, którą tworzy układ 3 skal klinicznych. Znacznie podwyższone skale 6 i 8 (przy czym $6 \text{ i } 8 > 7$). Konfiguracja skal 7 i 8: Przewaga 8 nad 7 sugeruje możliwość utraty kontroli nad procesami poznawczymi (184). W przypadku profilu 278, stwarzającym wiele możliwości interpretacyjnych, może pomóc odpowiedź na pytanie, która ze skal jest najwyższa (211). Profile 278 z najwyższymi skalami 28 (gdzie $8 > 7$) są wskaźnikami charakterystycznym dla spektrum schizofrenii (200).

Na szczególną uwagę zasługuje spostrzeżenie, że trudno jest odróżnić długoterminowych pacjentów ze schizofrenią z osobami zdrowymi, biorąc pod uwagę ich płaskie profile i niskie indywidualne wyniki tenowe (13). Pacjenci z wieloletnią schizofrenią uzyskiwali płaskie, „zdrowe” profile, przy czym u badanych „zdrowych” psychicznie niejednokrotnie znajdowano podwyższoną skalę 8 (2). Badacze, przyczyn takiego stanu rzeczy doszukują się w działaniu leków przeciwpsychotycznych (13). Mogą powodować one, że objawy u pacjentów z przewlekłą schizofrenią są dla nich mniej uciążliwe lub w pewnym stopniu zredukowane, co wpływa na niższe wyniki w profilu MMPI. Dotychczasowe badania sugerują, że użycie większych próbek pacjentów poddanych takiej farmakoterapii były by bardziej porównywalne i mogą rzucić więcej światła na przypuszczalną rolę typu leku w stosunku do płaskiego profilu (13). Płaski profil byłby w tym przypadku wyznacznikiem (przynajmniej subiektywnej) poprawy samopoczucia i funkcjonowania pacjenta.

1.6.1.4. MMPI-2 a zaburzenia osobowości

Większość badań zaburzeń osobowości za pomocą kwestionariusza MMPI powstaje głównie przy użyciu skal dodatkowych, w tym celu przeznaczonych (190, 191, 192, 193, 198, 199).

Czasem jednak pojawiają się publikacje w których badacze odnoszą się do skal klinicznych. Typ kodu 46/64 wiązał się z diagnozą z osi II – zaburzeniami osobowości, szczególnie z klastra B (borderline, histrioniczna, dys socjalna, narcystyczna) (52). Badanie służące powiązaniu konkretnych cech osobowości antyspołecznej ze skalami klinicznymi MMPI-2 wykazało: negatywną korelację ze skalą 2 i 7, a pozytywną ze skalami 4 i 9 (187, 188, 189). Ponadto, badaniach pilotażowe z 2013 r. zasugerowały pozytywną współzależność ze skalą 0, a negatywną z 3 (189). Niestety, ustalenia co do elementów sugerujących występowanie zaburzeń osobowości z pogranicza (w MMPI, MMPI-2) są nie do końca jasne (195). Badacze tematu (194, 196) podają, że wysoki wynik na skalach klinicznych: 2, 4, 6, 7, 8 oraz skali kontrolnej F może sugerować występowanie tychże zaburzeń. Pomimo, że taki profil charakterystyczny jest również dla grupy „symulantów” (197), w tym przypadku (zwłaszcza wysoka skala F) wiąże się z „wołaniem o pomoc” - mechanizmem charakterystycznym dla omawianego zaburzenia. Schizotypowe cechy lub zaburzenia osobowości łączono z kodem 278 (gdzie 8>7) (200, 206, 207).

1.6.1.5. MMPI-2 a choroby somatyczne

Kody wysokopunktowe: średnie wyniki w skalach klinicznych mieszczą się w granicach normy (240).

Skale kontrolne wskazuje na nieco postawę nieco obronną (240).

Nachylenie profilu: Omawiane w kontekście diagnostyki różnicowej z pacjentami „somatyzującymi”. Pacjenci z tendencją do somatyzacji mają profil o negatywnym nachyleniu, a triada „neurotyczna” przewyższa „psychotyczną” (184).

Konfiguracja skal: Omawiana w kontekście diagnostyki różnicowej w pacjentami „somatyzującymi”.

MMPI to jeden z psychologicznych testów najczęściej stosowany przez psychologów zdrowia i neuropsychologów (23, 24). Z założenia problemy zdrowotne obciążają pacjentów emocjonalnie powodując dystres znajdując tym samym odzwierciedlenie wyższych wynikach testu. W przypadku wystąpienia objawów

somatycznych, padać może pytanie o ich podłoże. W takich przypadkach, klinicyści proszeni są o pomoc w dokonaniu diagnostyki różnicowej (184).

Wrażliwą na tendencję do ujawniania objawów somatycznych w reakcji na stres jest skala 3 (184). Osoby z rzeczywistymi symptomami somatycznymi mają w tej skali podwyższone wyniki, „somatyzujący” pacjenci jednak mają tu wynik znacznie wyższy (>70) (184). Dotyczyło to również skali 1, gdzie osoby z objawami somatycznymi uzyskali w tej skali znacznie niższe wyniki niż z objawami „rzekomymi” (180). Wyniki badań (25) na dużych próbach pacjentów „medycznych” w opiece ambulatoryjnej, powtórzyły rezultaty sprzed 40-tu lat (240). Profile pacjentów w tych grupach mieściły się w granicach normy, a skale kliniczne 1, 2, i 3 („triada neurotyczna”) były jedynie ok. 5 punktów wyższe od średniej profilu, jednak nadal w normie (25). Badania kandydatów do przeszczepie płuc wykazały jednak podwyższone wskaźniki 1,2,3 i 7 w badanej grupie (182).

W ocenie biologicznego podłoża dolegliwości, istotna jest analiza układu skal 1, 2, 3. Gdy skale te układają się w kształt tzw. „dolinki konwersyjnej” ($1,3>2$), a zwłaszcza przy ogólnie podwyższonej triadzie „neurotyczne” z większym prawdopodobieństwem możemy doszukiwać się psychologicznego podłoża zgłaszanych objawów (184).

Zastosowana w celu kwalifikacji do jednorodnych podgrup pacjentów „bólowych” analiza skupień, pozwoliła wyodrębnić typy: „wzorzec konwersja-V”, „wzorzec triada neurotyczna”, „profil w granicach normy” i „profil ogólnie podwyższony” (247, 248, 249). Kolejne badania z zastosowaniem tej metody dawały podobne rezultaty (250, 251, 252).

W profilach pacjentów z psychogennymi napadami rzekomopadaczkowymi zaobserwowano układ skal określany mianem „dolinki konwersyjnej” (wyniki uzyskane na skalach 1 i 3 były wyższe od 2) (180). Owczarek (180) stwierdził, że w profilu osobowości MMPI znajdują się czynniki różnicujące osoby z psychologicznym i biologicznym podłożem objawów padaczkowych.(180). Test ten zatem można zastosować jako dodatkową metodę wspierającą diagnostykę różnicującą osoby z PNR od osób z padaczką (180).

W kwestionariuszu MMPI w celu diagnostyki lokalizacji uszkodzeń CUN można zastosować skalę Ca (skala Opóźnienia) (184). Do różnicowania podłoża z zaburzeniami nieorganicznymi natomiast, skalę Pseudoneurologiczną (184). Paluchowski sugeruje, że interpretacja tych skal wymaga jednak odrębnej wiedzy klinicznej, aby zostały użyte w sposób właściwy (184).

1.6.1.5.1. Organiczne vs. funkcjonalne podłoże

Pacjenci z objawami o psychologicznym podłożu charakteryzowali się wyższymi wynikami w skalach 1, 2, 3 niż badani z podobnymi symptomami, jednak o etiologii organicznej (8). Także w pierwszej grupie popularnym kodem był: 13/31. Jednak w przypadku tego samego kodu, jednak z warunkiem: 1 i 3>2 oraz 1 i 3>65T wzrastało prawdopodobieństwo organicznego podłoża (8).

1.6.1.6. MMPI- 2 a uzależnienia

Badania wskazują na podobieństwo profili osób uzależnionych od alkoholu oraz narkotyków. Z wyjątkiem podwyższonej skali 4 (184, 2, 8), najczęściej spotykane są kody wysokopunktowe: 49/94, 48/84 i 89/98, a także 41/14, 43/34, 46/64 (184, 2). Profil „osobowościowy” wymienionych kodów wskazuje na występowanie u ich posiadaczy m.in.: komponenty dysocjalnej, potrzeby zależnościowej i problemów z kontrolą wpływających na wyższe ryzyko uzależnień od alkoholu. Rodzaj kodu 46/64 wiązał się z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych: szczególnie używanie marihuany, kokainy czy politoksykomania (52). W przypadku podwyższonych skal 2 i 9 u chronicznych pacjentów „bólowych”, należy rozważyć uzależnienie od leków na receptę (246).

Badania mające wyodrębnić osoby zagrożone alkoholizmem wykazały podwyższone wskaźniki: F, 4 i 9 (184). U podlegających leczeniu alkoholików, często spotkać można kod: 24/42 w przypadku kobiet, a u mężczyzn: 24/46 i 46/64 (8). Zdarzyć się może, że profile badanych bez uzależnień są podobne do prototypowych profili osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Np. w grupę badanych z DDA wiązało się to z faktem, że mimo braku problemu alkoholowego, w ich strukturze osobowości są cechy podobne do rodziców, którzy już nadużywają alkoholu (245).

1.6.1.7. MMPI-2 a nieprawidłowa postawa wobec badania

Mimo upływu wielu lat od pojawienie się pierwszej wersji kwestionariusza MMPI, konsekwentnie badany jest jego potencjał związany z czynnikami odpowiadającymi za wiarygodność testu (139, 140, 138). Skale i wskaźniki stosowane w identyfikacji dysymulacji zdają się być, nieaktualne (138). Ponadto, uzależnione są od szeregu

elementów, które są dostępne po wypełnieniu kwestionariusza. Ponieważ wskaźniki te są coraz szerzej znane, niektórzy badani mogą posiadać umiejętność zafałszowywać testu MMPI-2 (142, 143, 144, 145, 146).

W takiej sytuacji, powstał pomysł wprowadzenia nowych wskaźników do listy powszechnie używanych lub których skuteczność potwierdzono w badaniach (skale kontrolne: L, F, K, F-back, VRIN, TRIN), niektóre skale kliniczne i treściowe: 1, 2-D, 3, 6, 7, 8, 9, ANX, ANG, FAM), najwyższe skala i współczynnik F-K) pomocnych w optymalizacji ujawniania fałszywych profili (138). Nowe doniesienia (z 2016 r.) na próbie pacjentów sądowych wskazują trzy czynniki prognostyczne skale: 1 i 7 oraz L, jako pomocne w wyselekcjonowaniu osób z postawą dyssymulacyjną (138). Autorzy badają ponadto kolejny z potencjalnie użytecznych w różnicowaniu postaw czynników, jakim jest czas udzielania odpowiedzi w wersji komputerowej kwestionariusza (138).

Jednak, mimo dostępnej wiedzy na temat „właściwego” wypełnienia testów, istnieją subtelne różnice w profilach osób stosujących postawę symulacyjną lub pacjentów z dyssymulacją (16). W MMPI -2, czule na zafałszowane profile są „skale kontrolne”, a w szczególności „L” (16). W innym badaniu również udało się zróżnicować osoby z rozpoznaniem zaburzeń lękowo-depresyjnych mieszanym z grupą „symulantów” (19). Tu jednak skala „L” uznana została za nieistotna w różnicowaniu.

Symulacja może występować w kierunku dobrego i złego przystosowania. Osoby symulujące, w kierunku złego przystosowania, często zaznaczają odpowiedzi potwierdzające symptomy na wszystkich skalach klinicznych, które tylko mogą być interpretowane przez badanego jako potencjalnie „patologiczne”. Często zgłaszają one objawy, które są rzadkością w próbie klinicznej, objawy nieprawdopodobne (ekstremalne warianty rzadkich symptomów), zgłaszają objawy które rzadko występują razem, a także dużą liczbę nasilonych objawów i objawy uważane za wskaźnikiem zaburzeń psychicznych (19) „Symulant” może nie różnicować, czy objawy są związane z daną jednostką nozologiczną, co wskaże na niejednoznaczny i znacznie zaburzony obraz „choroby”. Przykładowo, symulując zaburzenia depresyjno-lękowe mieszane, studenci zaznaczali odpowiedzi patologiczne na skalach niezwiązanych z jednostką, np. skali 4 (Psychopatia) (19).

Zdarza się również, że osoba dysymulująca nieświadomie wprowadza w błąd negując i zaprzeczając występującym trudnościom. Niemniej jednak, należy mieć na uwadze, że aby z powodzeniem zatajać informacje dotyczące zaburzenia psychicznego, osoba musi utrzymywać pewien stopień samokontroli w celu symulacji stanu zdrowia,

co jest niezgodne w przypadku poważnej psychopatologii (138). Nasuwa to wniosek, że „udawanie” jest możliwe tylko w przypadku mniej poważnej patologii (138).

Zdarza się, że sugestie interpretacyjne, nawet kreowane przez czołowych badaczy tematu (np. Butcher i Graham) mogą być odmienne (138).

1.6.2. Przydatność predykcyjna - wybrane wskaźniki interpretacyjne użyteczne w praktyce kliniczne

Podstawowym celem procesu diagnostycznego jest na ogół uzyskanie informacji pomocnych w sformułowaniu zaleceń terapeutycznych (1, 184, 228). Trafność diagnostyczna nie jest jedynym celem oceny psychologicznej (68). W przypadku dostępności różnych form leczenia, należy wybrać formę oddziaływań najlepiej rokującą na terapeutyczny sukces (1, 184). Do metod psychoterapii zaliczamy wybór treści (będące przedmiotem oddziaływań), formy i strategii psychoterapeutycznych (228). Diagnoza powinna zatem dostarczać informacji nie tylko o obszarach problemowych, ale i psychologicznych zasobach badanego sprzyjających lub utrudniających postęp w leczeniu (1, 184).

Klinicyści powinni wykorzystywać MMPI-2 do charakterystyki ważnych cechowości u pacjentów hospitalizowanych w obrębie każdej grupy diagnostycznej (68). Przykładowo, chociaż profile grupowe hospitalizowanych pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi opatrzone są podobieństwem, istnieją znaczące klinicznie różnice indywidualne, które mają istotne znaczenie w kwestii planowania leczenia (71). Wynika z tego, że nie zalecane jest zatem używanie zgeneralizowanych standardowych zabiegów dla wszystkich pacjentów hospitalizowanych z zaburzeniami depresyjnymi. MMPI-2 oferuje jednak informacje o cechach osobniczych poszczególnych pacjentów, które mogą pomóc w optymalnym dostosowaniu planu terapii (81,83

Wskazówki potrzeby terapii, możemy uzyskać dzięki analizie poszczególnych składowych testu (184):

- wysokość skal klinicznych
- skala F
- skale dodatkowe (np. niski wynik na skali Es niższe rezerwy energii psychicznej do terapii)
- kody dwupunktowe (np. 2-7)

- nachylenie profilu (negatywne – zw. z zaburzeniami neurotycznymi, pozytywne – zw. z zaburzeniami psychotycznymi)

W badanych nad wartością predykcja testu, (21) stwierdzono, że statystyczne (mechaniczne) techniki predycyjne są o ok. 10% bardziej trafne niż kliniczne przewidywania. Także opisy oparte na wynikach testu MMPI są bardziej trafne w porównaniu z opisami opartymi na innych testach osobowości (np. Test Plam Atramentowych Rorschacha) (22).

Pomimo, że opisy MMPI są bardziej trafne od sędziowskich stereotypowych rokowań, to jednak należy pamiętać, że w połączeniu z danymi z wywiadu mają najwyższą trafność (8).

1.6.2.1. Słabe rokowania w terapii

Sila Ego (Es) jest skalą stworzoną w celu przewidywania skuteczności terapii (1). Uzyskanie wysokiego wyniku na tej skali sugeruje występowanie „mocnych stron”, stanowiących oparcie w procesie terapii (1). Skala Cn (Skala Kontroli) identyfikuje osoby, które mimo poważnej psychopatologii, nie wymagające leczenia zamkniętego i mogą korzystać z opieki ambulatoryjnej (1, 184). Wysoki wynik na tej skali wiąże się również z umiejętnością nieujawniania patologii w relacji z innymi, która to zastosowana w okolicznościach terapii, może utrudniać jej proces (184).

Nie zawsze jednak wyniki poszczególnych skal pozwolą wprost na wyciągnięcie wniosków dotyczących postępowania terapeutycznego (1, 184). Rodzaj wyciąganych wniosków będzie miał tu raczej dedukcyjny charakter, tzn. oparty na wszelkich dostępnych informacjach o pacjencie (1, 184). Np. nietrudno domyślić się, że osoba będąca w stanie silnego napięcia i dyskomfortu psychicznego (dane z profilu), charakteryzuje się silniejszą motywacją do zmiany, niż osoba nie biorąca odpowiedzialności za swoje czyny, obarczająca otoczenie winą za swoje problemy (1, 184). Podatne na sugestie jednostki, bardziej skorzystają z terapii dyrektywnej, niż np. ze zorientowanej na wgląd (1, 184). Pacjent „psychopatyczny” natomiast (wysoki wynik w skali 4 i 9) zgłaszający się na terapię pod groźbą kary (rozvodu, więzienia, utraty pracy) przejawiał będzie tendencję do manipulowania lub przerwie terapię przed czasem (1, 184).

Tab. Przewidywanie dotyczące terapii w oparciu o wyniki MMPI i MMPI-2

Rokowania w terapii	Wynik w skalach MMPI / przyczyny rokowań
Niepomyślne	1>70 (obrona przed psychologicznymi interpretacjami problemów)
	6>70 (zahamowania wynikające z nieufności do terapeuty)
	8>70 (chroniczność problemów, nieufności wobec terapeuty)
	9>70 (wrogość wobec terapeuty, obrona przed psychologicznymi interpretacjami problemów, stereotypowe powtarzanie problemów)
	12/21 (wysoka tolerancja na dyskomfort)
	13/31 (obrona przed psychologicznymi interpretacjami problemów)
	14/41 (zaprzecza występowaniu problemów psychologicznych)
	23/32 (obrona przed psychologicznymi interpretacjami problemów, wysoka tolerancja na dyskomfort)
	24/42 (wyraża potrzebę pomocy i zmiany -jedynie deklaratywnie)
	46/64 (zaprzeczanie poważnym problemom psychopatologicznym)
	47/74 (mało prawdopodobne długofalowe zmiany osobowości)
	48/84 (częste zmiany lekarzy)
Dobre	2>70 (motywacja: poważne zaburzenia emocjonalne)
	3>70 (motywacja: potrzeba akceptacji i uczucia)
	4>70 (swobodny styl bycia, łatwość wyśławiania,pozorna inteligencja)
	7>70 (motywacja: zaburzenia emocjonalne)
	0>70 (motywacja: niezadowolenie uczuciowe)
	27/72 (motywacja: intensywne przeżywanie niezadowolenia)
	38/83 (korzysta z opiekuńczego związku z terapeutą)

Źródło własne: w oparciu o sugestie Paluchowskiego (184) i Grahama (8)

1.6.2.2. Ryzyko przedterminowego ukończenia leczenia

Użyteczność MMPI-2 w ocenie pacjentów zagrożonych przedterminowym ukończeniem leczenia wykazali już w latach 90-tych Chisholm i Crowther (116). Mimo, że żadna z skal nie odpowiadała konkretnie za gotowość do przedwczesnego zakończenia terapii, zauważono przydatność skal klinicznych 2, 4, 7 oraz przede wszystkim treściowych: w ocenie takiego ryzyka. Bazując na wcześniejszych wynikach badań (117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125), autorzy (116) zwrócili uwagę na fakt, że sam dobór metody, może wpłynąć na wynik tego samego badania, powodując rozbieżność uzyskanych rezultatów (126).

Graham sugerował, że wytrwałość w procesie leczenia jest skorelowana z podwyższoną skalą 7 (127). Wiąże się ona również z lękiem i „zawirowaniami życiowymi” (116). Pewne badania donoszą, że początkowy wyższy poziom lęku jest

korzystnym wskaźnikiem pozostania w terapii (128, 129, 130, 131, 132, 133). Jednak zdanie naukowców nie jest do końca zgodne w tej sferze (119, 120, 116).

Butcher i Graham (134, 136) zwrócili także uwagę na skalę 4, jako odwrotnie skorelowaną z utrzymaniem się w terapii, czego spójnie nie potwierdzały wcześniejsze badania (117, 119, 122, 123, 124, 125). Mimo to, wykazano znacząco wyższy poziom zachowań antyspołecznych u pacjentów przedwcześnie kończących leczenie w porównaniu do tych, którzy zakończyli leczenie o czasie (128, 135).

Badacze (134, 136) jednak nieco różnili się w ocenie związku pozytywnych rokowań terapii ze skalą 2 (116). Graham zgadzała się co prawda z kolegą, że wysoki poziom dystresu związany z tą skalą może powodować chęć podjęcia i kontynuowania terapii, jednak, w momencie gdy się on zmniejszy, pacjenci mogą mieć tendencję do wcześniejszego kończenia terapii (136). Ta rozbieżność w opiniach wynikać może z faktu zróżnicowania obrazu depresji, a tym samym ewentualnych tendencji do wycofywania się z terapii (137).

Niektóre badania sugerują, że wyższy poziom depresji i lęku wiąże się z ryzykiem przedwczesnego zakończenia z psychoterapii (184).

1.6.2.3. Myśli i zachowania samobójcze

Kwestionariusze należące do „rodziny” testów MMPI (MMPI, MMPI-2, MMPI-2-RF), zostały zgłoszone jako jedne z najczęściej używanych instrumentów w badaniach oceny ryzyka samobójstwa (30).

Z racji powiązania myśli samobójczych z głęboką depresją, co tłumaczy wysokie wyniki na skali 2 (184). Najczęstszym kodem wysokopunktowym uzyskiwanym u pacjentów z tym rodzajem myśli jest 27 (184). Istotne jest jednak, że nie wszystkie osoby z tym typem profilu usiłują samobójstwo popełnić (184). Badani, którzy zdecydowali się podając próbę samobójczą charakteryzują się większą impulsywnością, co znajduje odzwierciedlenie w podwyższeniu skal 4,8, a zwłaszcza - 9 (184). To właśnie skali 9 przypisuje się dużą wartość predykcyjną w identyfikacji potencjalnych samobójców (184). Ciekawostką jest, że u osób depresyjnych, obniżanie się wyników w skali 2, może wiązać się z większym ryzykiem próby samobójczej (potw. w badaniach klinicznych wskazujących na moment redukcji objawów depresji, jako najbardziej ryzykowny) (184).

Na wyższe ryzyko zachowania „S” wskazują również podwyższone wyniki w skalach 4 i 9, co wiąże się z impulsywnością i brakiem myślenia o konsekwencjach

oraz 4 i 8, co związane jest z impulsywnością połączona z nierealistycznym obrazem rzeczywistości. (2) Najbardziej istotne przy ocenie ryzyka samobójstwa są wyniki w skalach 2 i 7 w konfiguracji ze skalami 4, 8 i 9 (2). Pewne wskaźniki w sposób pośredni wskazywać mogą na ryzyko zachowań samobójczych. Kod wysokopunktowy 27/72, oznaczający podwyższenie wyników w skali D (często najwyższa skala w profilu) oraz Pt sugerują myśli o charakterze suicydalnym. Myśli samobójcze często związane są z obniżeniem nastroju, brakiem sensu życia i poczuciem bezwartościowości oraz przeżywanie niepokoju, nieustanne rozpamiętywanie i tym samym zaleganie rezygnacyjnych myśli (2).

Mimo wielu badań (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38), nie uzyskano jednak satysfakcjonujących wyników w badanym zakresie. Powyższe odkrycia sugerują, że nie można określić wzoru lub konfiguracji profilu MMPI, który wyraźnie odróżnia osoby z myślami i próbami samobójczymi od badanych bez takich tendencji. Wynika to w dużej mierze z faktu, że osoby z myślami i zachowaniami suicydalnymi są dość heterogeniczną grupą w odniesieniu do ich diagnozy i obrazu klinicznego (39), oznacza to, że mogą znacznie różnić się w swoich profilach MMPI.

Mimo wszystko badacze starali się nadawać kształt potencjalnego „samobójczemu” profilowi lub przynajmniej wskazywać pojedyncze skale odpowiedzialne za omawiane tendencje. Tym samym pojawiły się sugestie, że podwyższona skala Hy(31, 38), D (31), Mk (31, 32, 34, 38), Ps (38), Pa (33), Sc (38), Ma (38), Si (31), skali kontrolnej F (37, 38), obniżone natomiast w skali K (31, 37).

1.6.2.4. Zachowania acting-out

Osoby chronicznie wrogie uzyskują wyższe wyniki na skalach związane z brakiem kontroli nad impulsami: 4, 6, 8, 9 (184). W efekcie osoby te mają trudności z kontrolą impulsów z chronicznymi zachowaniami typu acting-out.

Osoby o nadmiernie silnej samokontroli natomiast, mają wyższe wyniki na skalach związanych z dobrą kontrolą nad impulsami: 1, 2, 3, 5, 7. Niestety, w efekcie z natury pożądana kontrola, występuje tu w nadmiernej postaci kontrola. Im większa dysproporcja między 1 (skale: 4, 6, 8, 9) i 2 (skale: 1, 3, 5, 7) grupą, tym większe ryzyko zachowań acting-out (184).

W ocenie ryzyko zachowań acting-out istotna jest również konfiguracja skal 3 i 4. Im bardziej $4 > 3$, tym większe ryzyko wystąpienia trudności w zakresie kontroli. Ponadto,

słaba kontrola nad impulsami oraz trudnością z odroczeniem gratyfikacji wiąże się również z podwyższonymi wynikami w skalach 4 i 9 (184).

Paradoksalnie, u osób z kodem 43/34 z powodu nadmiernej kontroli, mogą także występować okresowo napady niekontrolowanej agresji. (2)

2. Badania własne

2.1. Cele badawcze

Cel główny:

Ocena diagnostycznej i predykcyjnej przydatności kwestionariusza MMPI-2 w zaburzeniach psychicznych pacjentów leczonych stacjonarnie.

Cele szczegółowy:

Wyodrębnienie najbardziej trafnego sposobu formułowania diagnozy w oparciu o wyniki kwestionariusza MMPI-2.

Wyodrębnienie najbardziej trafnego sposobu formułowania prognozy w oparciu o wyniki kwestionariusza MMPI-2.

2.2. Procedura badania

Pacjenci Kliniki Chorób Psychiczych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku spełniający kryteria włączenia zostali poddani badaniu psychologicznemu za pomocą metody kwestionariuszowej. Wypełnienie kwestionariusza MMPI-2 zajmuje średni 90 min. Badania zostały wykonane w ramach standardowej procedury diagnostycznej (w miarę możliwości) w jak najmniejszym odstępie czasowym od przyjęcia do kliniki, wówczas, gdy stan psychiczny pacjentów pozwalał na jego wykonanie. Następnie, oceniony został ogólny stan funkcjonowania pacjentów w oparciu o skalę GAF. Badanie skalą GAF wykonywano 2-krotnie w 2 wariantach: przy przyjęciu oraz bezpośrednio przed wypisem (w przypadku przeprowadzenia wywiadu) lub przy przyjęciu oraz bezpośrednio po wypisie (w przypadku analizy historii choroby badanego pacjenta). Zróżnicowanie to w głównej mierze dotyczyło pacjentów z „trudnościami dyscyplinarnymi” przerywającymi leczenie lub wypisującym się na własne żądanie.

2.3. Metody badania

2.3.1. Metody psychologiczne

2.3.1.1. Kwestionariusz MMPI-2

Test MMPI-2 zawiera 10 skal klinicznych (podstawowych) oraz 4 skale kontrolne. Ponadto w w kwestionariuszu znajdują się jeszcze skale dodatkowe oraz tzw. skale treściowe, pozwalające szczegółowej interpretować uzyskany materiał.

Skale kliniczne

Skala 1 - Hs (Hipocondria)

Jest najbardziej jednowymiarowa i homogeniczna ze skal. Wszelkie jej pozycje są z zakresu ogólnej lub somatycznej wydolności fizycznej. Osoby osiągająca wysoki wynik na tej skali, zaprzeczają dobremu zdrowiu i skarżą się na różne objawy somatyczne

Skala 2 –D (Depresja)

Pierwotnie, skala została skonstruowana do badania objawów depresji. Skala ta jest wskaźnikiem niezadowolenia z własnej sytuacji życiowej i poczucia dyskomfortu.

Skala 3 – Hy (Histeria)

Skala identyfikuje osoby reagujące histerycznie w przypadku wystąpienia sytuacji stresujących.

Skala 4 – Pd (Psychopatia)

Skala powstała w celu pomocy w identyfikowaniu osobowości psychopatycznej, typu aspołecznego, czy amoralnego (8).

Skala 5 – Mk (Męskość – Kobiecość)

Mierzy zaburzenia tożsamości płciowej - kobiecość w przypadku mężczyzn, męskość w przypadku kobiet.

Skala 6 –Pa (Paranoja)

Stworzona pierwotnie do identyfikacji osób z objawami paranoidalnymi: myśli i urojenia osobne, prześladowcze, wielkościowe, podejrzliwości i sztywność w poglądach i postawach.

Skala 7 – Pt (Psychasteria) Pierwotnie powstała w celu pomiaru syndromu nazywanego „psychastenią”. Dziś najbliższe temu archaicznemu określeniu będzie najbliższe „zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne”.

Skala 8 – Sc (Schizofrenia)

Powstała, aby identyfikować osoby ze schizofrenią.

Skala 9 – Ma (Mania)

Skala stworzona do identyfikowania pacjentów z objawami hipomanii.

Skala 10 – Si (Introwersja Społeczna)

Skala mierzy wycofywanie się z życia społecznego, nieśmiałość.

Skale kontrolne

Skale kontrolne mają na celu walidację testu, czyli sprawdzenie, czy jego wyniki mają szansę być uznane za prawdziwe. Istnieją trzy skale kontrolne:

- ? – skala „Nie wiem”; liczba pytań, na które badany nie odpowiedział
- L - skala Kłamstwa
- F – skala Odpowiedzi Rzadkich
- K – skala Korekcyjna

Wskaźnik Gougha (różnica F-K w skali surowej) określa postawę pacjenta wobec badania. Wskaźnik ten informuje, czy pacjent próbuje symulacji (Gough > 14 lub F ≥ 70) lub dyssymulacji (Gough < -8 lub K ≥ 70).

2.3.1.2. Skala GAF

DSM-IV ocenia jednostkę diagnozą psychiatryczną w pięciu osiach (wymiarach) odnosząc się do różnych aspektów choroby lub niepełnosprawności. Oś V, to ogólna ocena funkcjonowania. Za pomocą tej osi klinicysta może dokonać indywidualnego pomiaru ogólnego poziomu funkcjonowania i wykonywania czynności życia codziennego. Ta informacja jest przydatna w planowaniu leczenia oraz do pomiaru jego wpływu na pacjenta. Ogólną ocenę funkcjonowania można określić w 100-punktowej skali, gdzie określa się ogólny poziom funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego jednostki. Skala Gaf (Global Assessment Functioning Scale - Skala Ogólnej Oceny Funkcjonowania) odpowiada na zapotrzebowanie na dokładność i rzetelność w określaniu stanu funkcjonowania. Jest szczególnie przydatna dla ochrony zdrowia, a także w celu określenia kwalifikacji do leczenia, renty i ustosunkowania się do poziomu zapotrzebowania nałożenia opieki na pacjenta. Osoba stawiająca diagnozę przypisuje pacjentowi konkretną liczbę, podsumowującą poziom jego ogólnego funkcjonowania.

2.3.2. Metody statystyczne

Narzędziem badawczym był kwestionariusz MMPI-2 oraz skala GAF.

Zmienne jakościowe nominalne:

- zaburzenia: afektywne, psychiatryczne, lękowe, osobowości, organiczne
- myśli samobójcze: bez myśli samobójczych, z myślami samobójczymi
- próby samobójcze: bez prób samobójczych, z próbami samobójczymi
- myśli i zachowania destrukcyjne: bez myśli i zachowań destrukcyjnych, z myślami i zachowaniami destrukcyjnymi
- problemy dyscyplinarne: brak problemów z dyscypliną, problemy z dyscypliną
- uzależnienia – brak uzależnienia, uzależnienie
- występowanie zmian w CUN – brak organiki, organika
- postawa wobec badania: 3 kategorie: symulacja, norma i desymulacja
2 kategorie: prawidłowa, nieprawidłowa (zafałszowana)
- oddziaływanie terapii: bez zmian, poprawa

Zmienne jakościowe porządkowe:

- ocena stanu funkcjonalnego pacjentów: niski, średni, wysoki

Zmienna mierzalna:

- wiek – w latach – opisana na skali ilorazowej
- liczba hospitalizacji – opisana na skali porządkowej
- skala GAF (wyniki surowe i stenowe) – opisane na skali porządkowej
- skale kliniczne – opisane na skali porządkowej
- skale kontrolne – opisane na skali porządkowej

Zmienne jakościowe, jak i odpowiedzi na pytania opisano za pomocą liczebności (n) i częstości (%). Zmienne mierzalne opisano za pomocą podstawowych parametrów: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe (odch. std.), mediana oraz wartość minimalna i maksymalna.

Do sprawdzenia istotności różnic w położeniu co najmniej trzech prób niepowiązanych użyto nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa, a do sprawdzenia istotności różnic między dwiema zależnymi próbami (badanie tej samej populacji w czasie) użyto nieparametrycznego testu kolejności par Wilcoxa. Test F Fishera-Snedecora dla k wskaźników struktury zastosowano do porównania proporcji w co najmniej trzech grupach. Do oceny 2 grup pod względem kilku cech użyto

współczynnika rang Spearmana mierzącego podobieństwo profili. Do klasyfikacji grup pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami względem skal klinicznych oraz skal klinicznych względem grup pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami zastosowano analizę skupień. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

Test Kruskala-Wallisa

Hipoteza zerowa

H_0 : Rozkład zmiennej w grupach jest taki sam.

Hipoteza alternatywna

H_1 : Rozkład zmiennej w grupach różni się.

Wynik tego testu opisany jest za pomocą parametrów:

H – wartość testu Kruskala-Wallisa,

p – poziom prawdopodobieństwa testowego.

Do dokładnego sprawdzenia, między którymi grupami występują istotne różnice zastosowano test porównań wielokrotnych Kruskala-Wallisa.

Test kolejności par Wilcoxona

Hipoteza zerowa

H_0 : Rozkład zmiennej w obu grupach jest taki sam.

Hipoteza alternatywna

H_1 : Rozkład zmiennej w obu grupach różni się.

Wynik tego testu opisany jest za pomocą parametrów:

Z – wartość testu kolejności par Wilcoxona,

p – poziom prawdopodobieństwa testowego.

Test F Fishera-Snedecora dla k wskaźników struktury

Hipoteza zerowa

H_0 : Częstości w grupach są takie same.

Hipoteza alternatywna

H_1 : Częstości w grupach różnią się.

Wynik tego testu opisany jest za pomocą poziomu prawdopodobieństwa p.

Podobieństwo profili - współczynnik rang Spearmana

Hipoteza zerowa

H_0 : Współczynnik podobieństwa profili jest równy zero

Hipoteza alternatywna:

H_1 : Współczynnik podobieństwa profili jest różny od zera

Wynik tego testu opisany jest za pomocą parametrów:

R_s – wartość współczynnika R Spearmana dla liczebności n ,

p – poziom prawdopodobieństwa p dla statystyki t .

Wartości współczynników R_s :

$(0; 1]$ – podobieństwo pozytywne

0 – brak podobieństwa

$[-1; 0)$ – podobieństwo negatywne

2.4. Badane grupy

2.4.1. Zasady kwalifikacji do badania

Badania pacjentów z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi, psychotycznymi, organicznymi i zaburzeniami osobowości obejmowały chorych leczonych w Klinice Psychiatrii Dorosłych UCK w Gdańsku. Poddani badaniom zostali bieżąco przyjmowani do kliniki pacjenci.

Kryteria włączenia do badań i wykluczenia:

a) kryteria włączenia do grupy badawczej:

- pacjenci z rozpoznaniem choroby psychicznej/zaburzeń nerwicowych
- wiek: 18-69
- iloraz inteligencji w granicach normy

b) kryteria wykluczające:

- zaburzenia funkcji poznawczych w stopniu utrudniającym rozumienie treści kwestionariuszy
- zaburzenia zachowania uniemożliwiające wykonywanie badań (pobudzenie, zahamowanie)

2.4.2. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanych grup

Do badania zakwalifikowano 181 pacjentów Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Gdańsku przyjętych w okresie 2012-2016r. Stanowiło to ok. 91% zbadanych osób. Pozostałych 19 pacjentów nie zostało włączonych do badania ze względu na zbyt mało reprezentatywną próbę (zespoły behawioralne – 4 osoby) lub brak kompletnych danych (np. z powodu przerwania leczenia, braku informacji w dokumentacji medycznej).

Analizie statystycznej poddano 181 osób, w tym 89 kobiet i 92 mężczyzn. Wiek badanych osób wahał się od 19 do 69 lat, a średnia wieku wynosiła $37,8 \pm 13,5$ lat (średnia wieku kobiet wynosiła $41,1 \pm 14,3$ lat, a mężczyzn $34,6 \pm 11,9$ lat).

Tab. Charakterystyka ogólna badanych osób

		kobiety n=89 (49,2%)	mężczyźni n=92 (50,8%)	Ogółem n=181
Wiek [lata]	Śr ($\pm$ odch. std.)	41,1($\pm$ 14,3)	34,6 ($\pm$ 11,9)	37,8 ($\pm$ 13,5)
	Me (min-maks)	40 (19-)	31 (19-69)	35 (19-)
Liczba hospitalizacji	Śr ($\pm$ odch. std.)	2,5 ($\pm$ 2,7)	2,3 ($\pm$ 1,9)	2,4 ($\pm$ 2,3)
	Me (min-maks)	2 (1-20)	2 (1-11)	2 (1-20)
Diagnoza z zespołów n (%)	zaburzenia afektywne	41 (46,1%)	25 (27,2%)	66 (36,5%)
	zaburzenia psychotyczne	16 (18,0%)	25 (27,2%)	41 (22,7%)
	zaburzenia lękowe	23 (25,8%)	17 (18,5%)	40 (22,1%)
	zaburzenia osobowości	6 (6,7%)	8 (8,7%)	14 (7,7%)
	zaburzenia organiczne	3 (3,4%)	17 (18,5%)	20 (11,0%)
Próby samobójcze n (%)	bez prób samobójczych	85 (95,5%)	90 (97,8%)	175 (96,7%)
	próby samobójcze	4 (4,5%)	2 (2,2%)	6 (3,3%)
Myśli samobójcze n (%)	bez myśli samobójczych	72 (80,9%)	70 (76,1%)	142 (78,5%)
	myśli samobójcze	17 (19,1%)	22 (23,9%)	39 (21,5%)
Problemy dyscyplinarne n (%)	brak problemów z dyscypliną	82 (92,1%)	78 (84,8%)	160 (88,4%)
	problemy z dyscypliną	7 (7,9%)	14 (15,2%)	21 (11,6%)
Uzależnienia n (%)	brak uzależnienia	82 (92,1%)	80 (87,0%)	162 (89,5%)
	uzależnienie	7 (7,9%)	12 (13,0%)	19 (10,5%)
Zaburzenia osobowości* n (%)	brak zaburzeń osobowości	65 (73,0%)	66 (71,7%)	131 (72,4%)
	zaburzenia osobowości	24 (27,0%)	26 (28,3%)	50 (27,6%)
Występowanie zmian w CUN* n(%)	brak organiki	83 (93,3%)	68 (73,9%)	151 (83,4%)
	organika	6 (6,7%)	24 (26,1%)	30 (16,6%)

*Jako zaburzenia współwystępujące

Badanych pacjentów ze względu na rozpoznanie podzielono na 5 grup:

1. Zaburzenia afektywne – 66 pacjentów z zaburzeniami nastroju,
2. Zaburzenia psychotyczne – 41 pacjentów z zaburzeniami typu schizofrenii i urojeniowymi,
3. Zaburzenia lękowe – 40 pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną,
4. Zaburzenia osobowości – 14 pacjentów z zaburzeniami osobowości,
5. Zaburzenia organiczne – 20 pacjentów mających organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi.

Tab. Diagnoza wg ICD-10

Diagnoza z zespołów	Diagnoza wg ICD-10	kobiety n=89 (49,2%)	mężczyźni n=92 (50,8%)	Ogółem n=181
zaburzenia afektywne	F 31	10 (11,2%)	8 (8,7%)	18 (9,9%)
	F 32	18 (20,2%)	10 (10,9%)	28 (15,5%)
	F 33	13 (14,6%)	4 (4,3%)	17 (9,4%)
	F 30	0 (0,0%)	1 (1,1%)	1 (0,6%)
	F 34	0 (0,0%)	2 (2,2%)	2 (1,1%)
zaburzenia psychotyczne	F 20	15 (16,9%)	21 (22,8%)	36 (19,9%)
	F 21	0 (0,0%)	2 (2,2%)	2 (1,1%)
	F 25	0 (0,0%)	1 (1,1%)	1 (0,6%)
	F 22	1 (1,1%)	1 (1,1%)	2 (1,1%)
zaburzenia lękowe	F 45	2 (2,2%)	1 (1,1%)	3 (1,7%)
	F 43	9 (10,1%)	6 (6,5%)	15 (8,3%)
	F 41	9 (10,1%)	7 (7,6%)	16 (8,8%)
	F 40	2 (2,2%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)
	F 42	0 (0,0%)	2 (2,2%)	2 (1,1%)
	F 48	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)
	F 44	0 (0,0%)	1 (1,1%)	1 (0,6%)
zaburzenia osobowości	F 60	6 (6,7%)	8 (8,7%)	14 (7,7%)
zaburzenia organiczne	F 06	3 (3,4%)	15 (16,3%)	18 (9,9%)
	F 07	0 (0,0%)	2 (2,2%)	2 (1,1%)

U kobiet najczęściej rozpoznano:

- F 32 – u 20,2% pacjentek,
- F 20 – u 16,9% pacjentek,
- F 33 – u 14,6% pacjentek.

U mężczyzn najczęściej rozpoznano:

- F 20 – u 22,8% pacjentów,
- F 06 – u 16,3% pacjentów,
- F 32 – u 10,9% pacjentów

2.5. Wyniki

2.5.1. Skale pojedyncze w grupach rozpoznania

2.5.1.1. Skale kliniczne

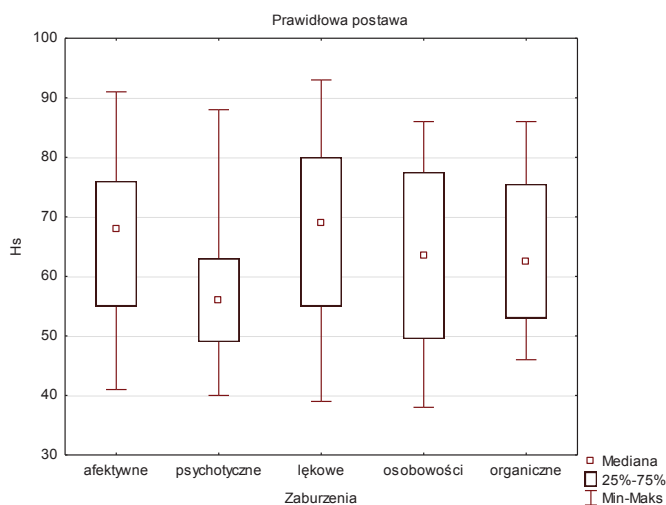
Przedstawione wyniki dotyczą tylko osób z prawidłową postawą wobec badania

2.5.1.1.1. Hs – Hipochondria

Tab. Statystyki opisowe skali Hs w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Hs					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	66,0	68,0	41	91	13,2	7,40	0,1163
psychotyczne	27	57,9	56,0	40	88	13,1		
Lękowe	25	67,5	69,0	39	93	15,7		
osobowości	12	63,5	63,5	38	86	16,3		
organiczne	12	63,8	62,5	46	86	12,8		

Mediana w skali Hs była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (Me=69), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi (Me=56). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali Hs między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



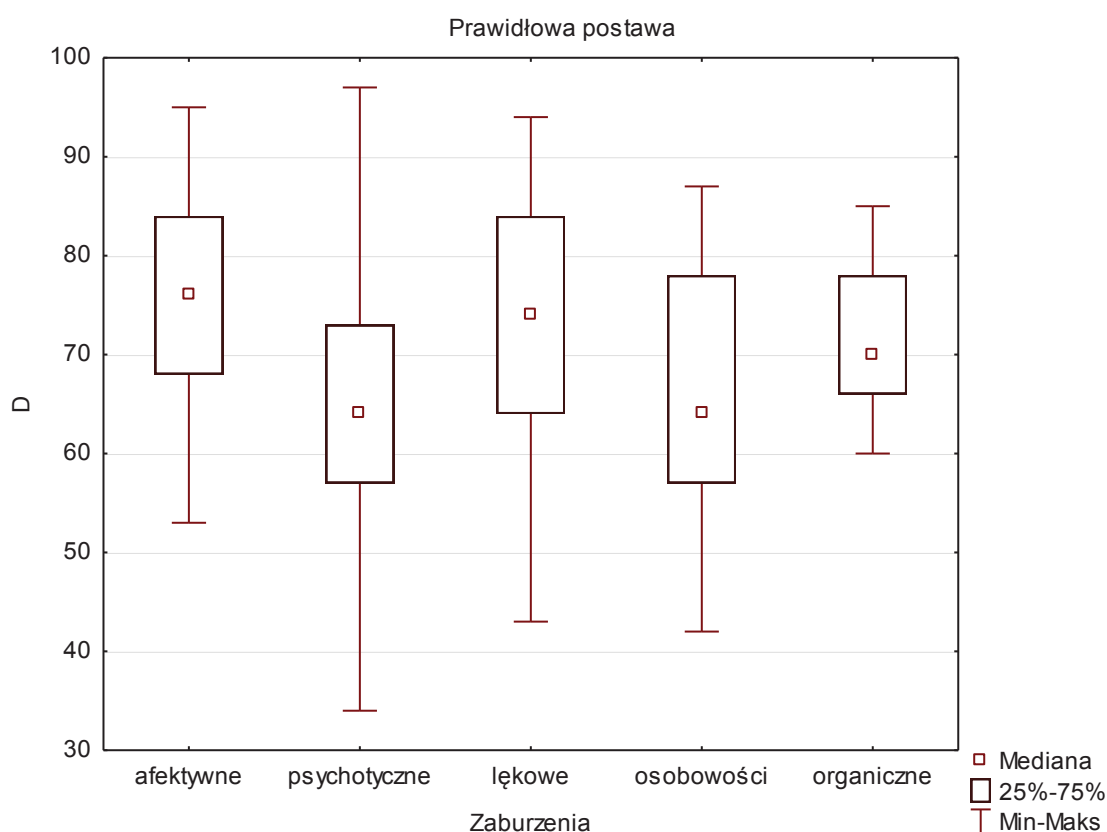
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Hs w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.2. D – Depresja

Tab. Statystyki opisowe skali D w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	D					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	75,0	76,0	53	95	10,0	9,68	0,0462
psychotyczne	27	65,6	64,0	34	97	15,8		
lękowe	25	73,2	74,0	43	94	13,1		
osobowości	12	66,5	64,0	42	87	13,5		
organiczne	12	71,8	70,0	60	85	8,6		

Mediana w skali D była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi (Me=76), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi i pacjentami z zaburzeniami osobowości (Me=64). Test Kruskala-Wallisa wykazał na poziomie $p=0,0462$ istotne statystycznie różnice w skali D między badanymi grupami pacjentów.



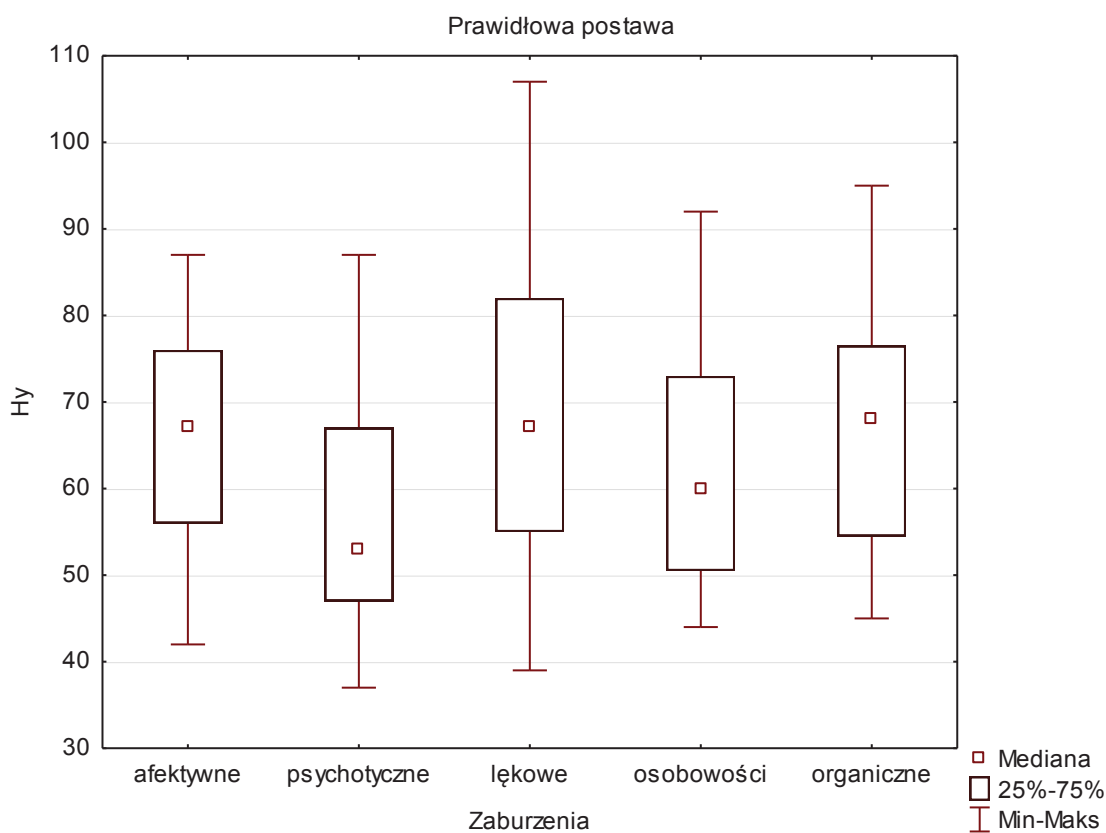
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali D w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.3. Hy – Histeria

Tab. Statystyki opisowe skali Hy w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Hy					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	65,8	67,0	42	87	12,9	7,21	0,1253
psychotyczne	27	57,6	53,0	37	87	12,9		
lękowe	25	67,8	67,0	39	107	17,7		
osobowości	12	63,7	60,0	44	92	16,2		
organiczne	12	66,8	68,0	45	95	15,0		

Mediana w skali Hy była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami organicznymi (Me=68), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi (Me=53). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali Hy między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



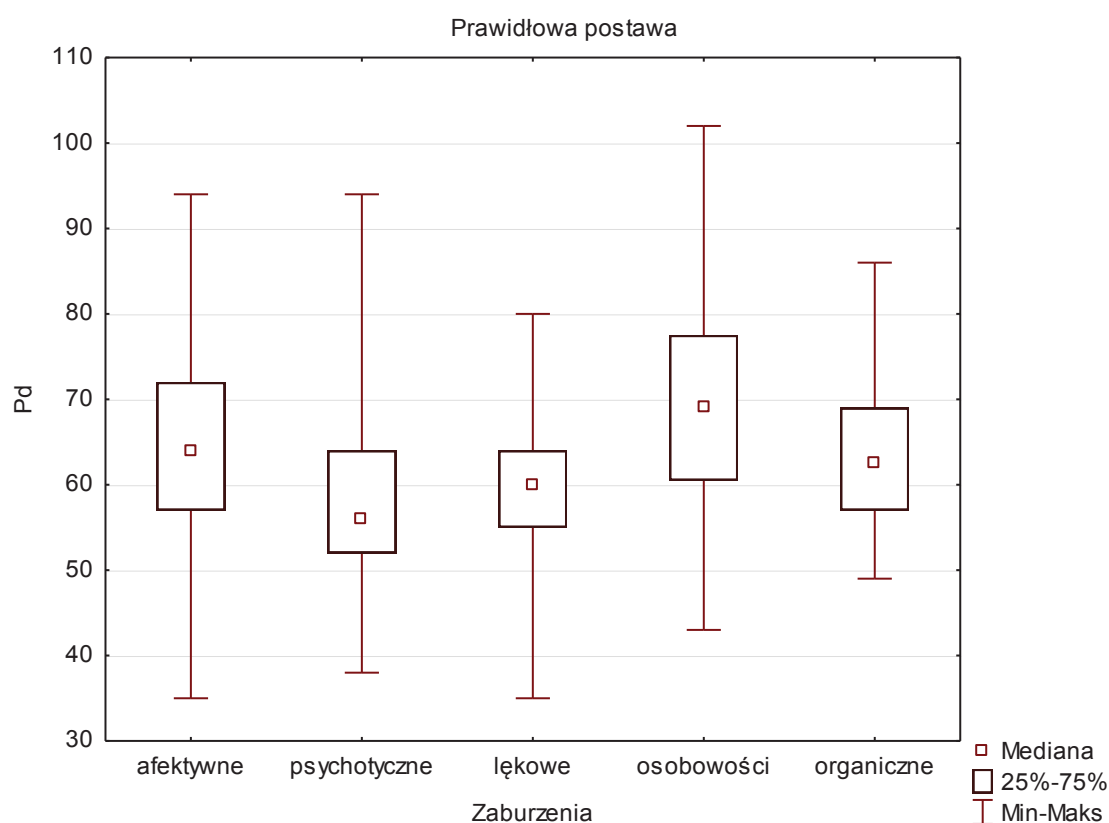
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Hy w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.4. Pd – Psychopatia

Tab. Statystyki opisowe skali Pd w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Pd					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	65,0	64,0	35	94	12,7	10,70	0,0302
psychotyczne	27	59,4	56,0	38	94	13,2		
lękowe	25	59,3	60,0	35	80	9,1		
osobowości	12	69,2	69,0	43	102	16,2		
organiczne	12	63,3	62,5	49	86	10,0		

Mediana w skali Pd była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=69), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi (Me=56). Test Kruskala-Wallisa wykazał na poziomie $p=0,0302$ istotne statystycznie różnice w skali Pd między badanymi grupami pacjentów.



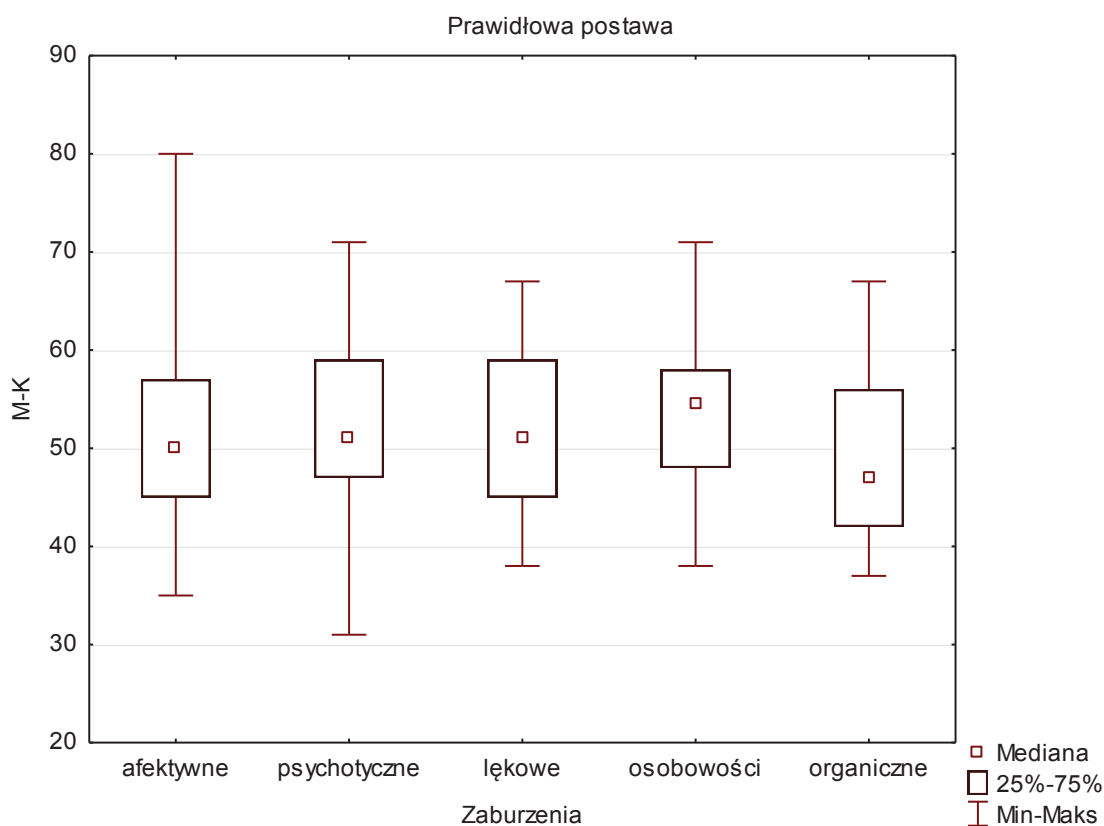
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Pd w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.5. M-K – Męskość/Kobiecość

Tab. Statystyki opisowe skali M-K w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	M-K					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	51,1	50,0	35	80	8,9	2,45	0,6536
psychotyczne	27	51,3	51,0	31	71	10,4		
lękowe	25	52,2	51,0	38	67	8,5		
osobowości	12	54,1	54,5	38	71	9,4		
organiczne	12	49,0	47,0	37	67	9,8		

Mediana w skali M-K była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=54,5), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami organicznymi (Me=47). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali M-K między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



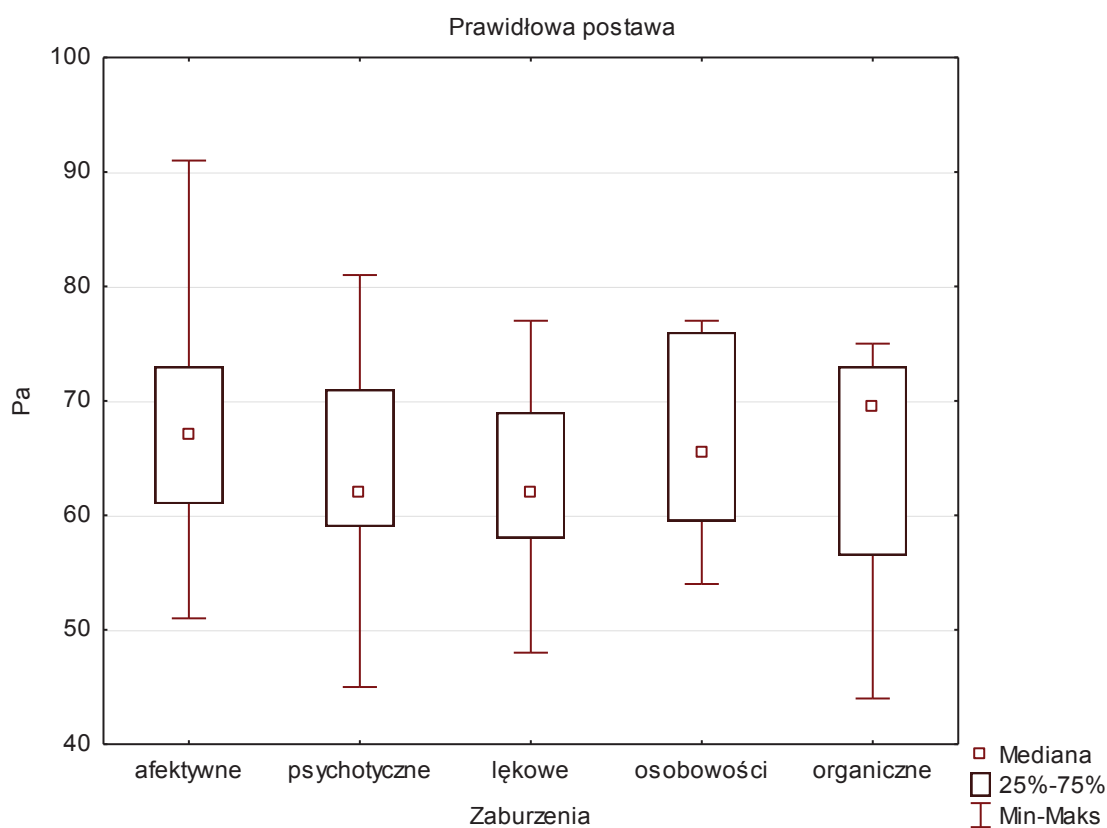
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali M-K w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.6. Pa – Paranoja

Tab. Statystyki opisowe skali Pa w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Pa					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	66,5	67,0	51	91	8,2	2,26	0,6883
psychotyczne	27	64,0	62,0	45	81	9,7		
lękowe	25	63,4	62,0	48	77	8,1		
osobowości	12	66,7	65,5	54	77	8,4		
organiczne	12	64,7	69,5	44	75	10,0		

Mediana w skali Pa była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami organicznymi (Me=69,5), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi i u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (Me=62). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali Pa między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



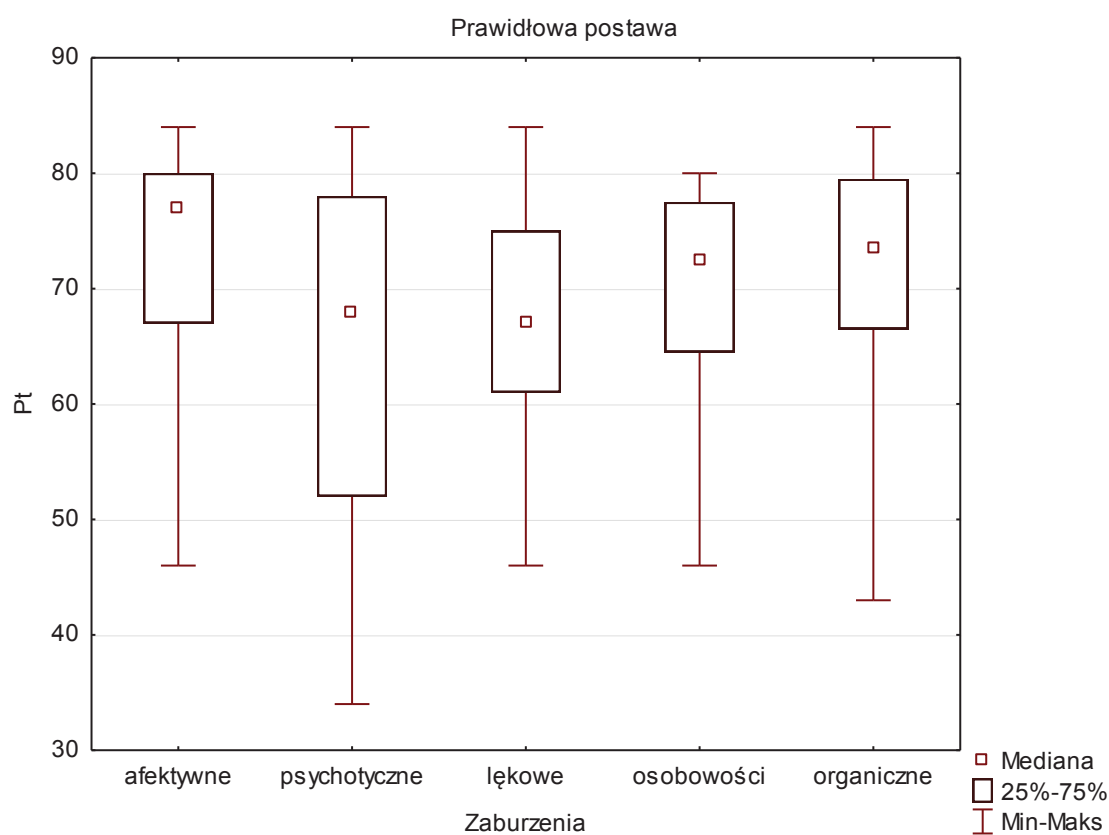
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Pa w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.7. Pt – Psychastenia

Tab. Statystyki opisowe skali Pt w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Pt					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	72,2	77,0	46	84	9,5	6,89	0,1419
psychotyczne	27	63,7	68,0	34	84	15,0		
lękowe	25	67,2	67,0	46	84	10,4		
osobowości	12	69,6	72,5	46	80	10,1		
organiczne	12	70,3	73,5	43	84	12,1		

Mediana w skali Pt była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi (Me=77), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (Me=67). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali Pt między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



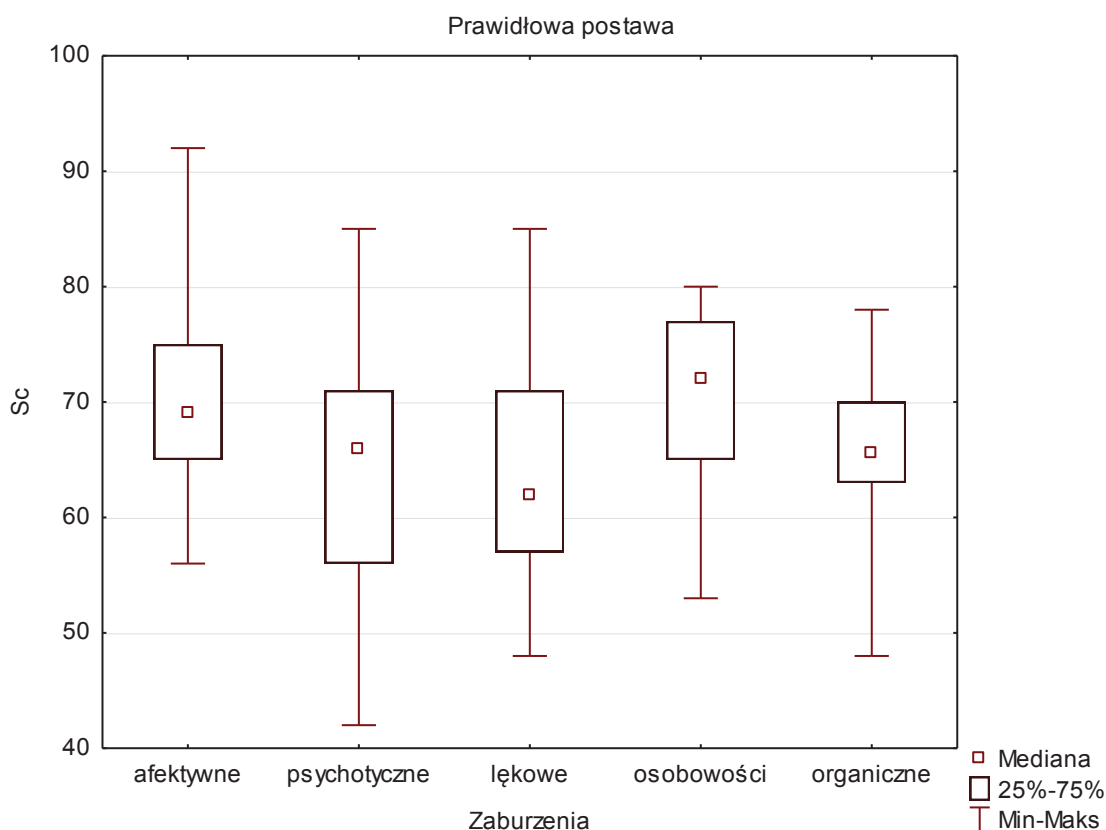
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Pt w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.8. Sc – Schizofrenia

Tab. Statystyki opisowe skali Sc w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Sc					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	70,2	69,0	56	92	7,8	8,91	0,0635
psychotyczne	27	64,4	66,0	42	85	11,4		
lękowe	25	64,7	62,0	48	85	9,3		
osobowości	12	69,9	72,0	53	80	8,8		
organiczne	12	65,8	65,5	48	78	7,6		

Mediana w skali Sc była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=72), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (Me=62). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali Sc między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



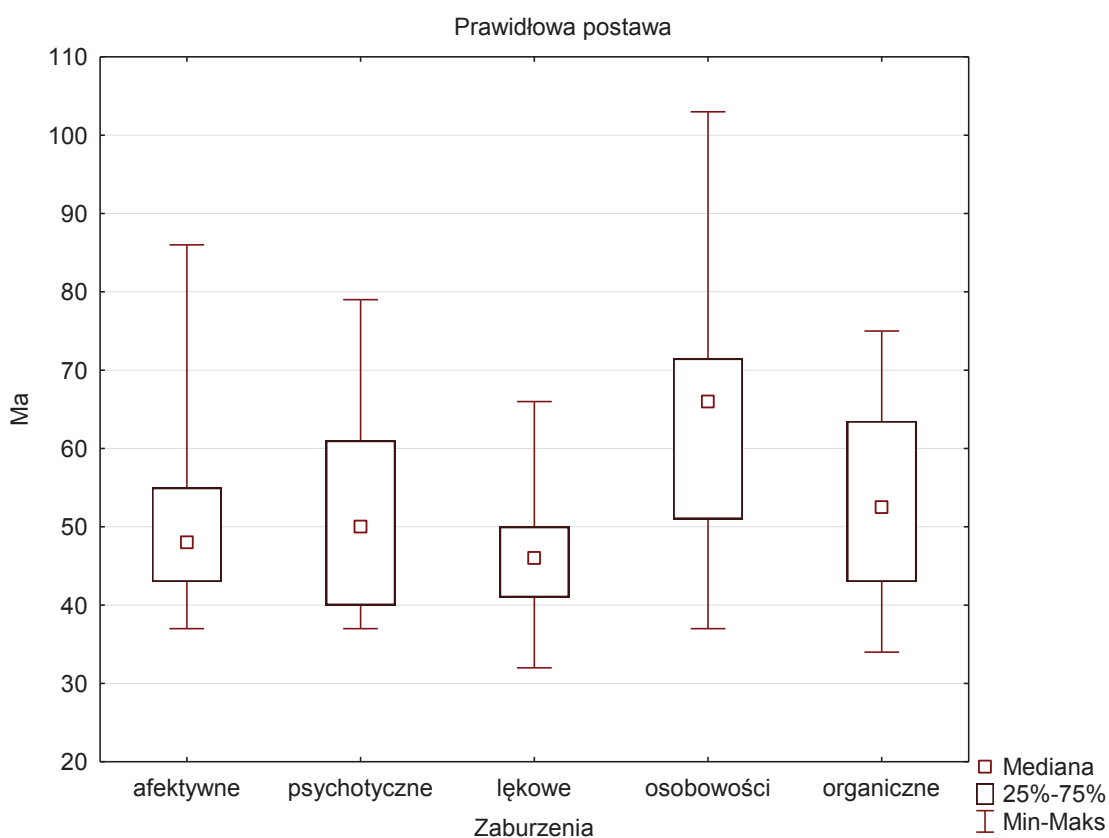
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Sc w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.9. Ma – Mania

Tab. Statystyki opisowe skali Ma w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Ma					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	51,1	48,0	37	86	11,7	12,73	0,0127
psychotyczne	27	51,9	50,0	37	79	11,8		
lękowe	25	46,1	46,0	32	66	7,2		
osobowości	12	64,3	66,0	37	103	17,5		
organiczne	12	53,7	52,5	34	75	13,3		

Mediana w skali Ma była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=66), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (Me=46). Test Kruskala-Wallisa wykazał na poziomie $p=0,0127$ istotne statystycznie różnice w skali Ma między badanymi grupami pacjentów.



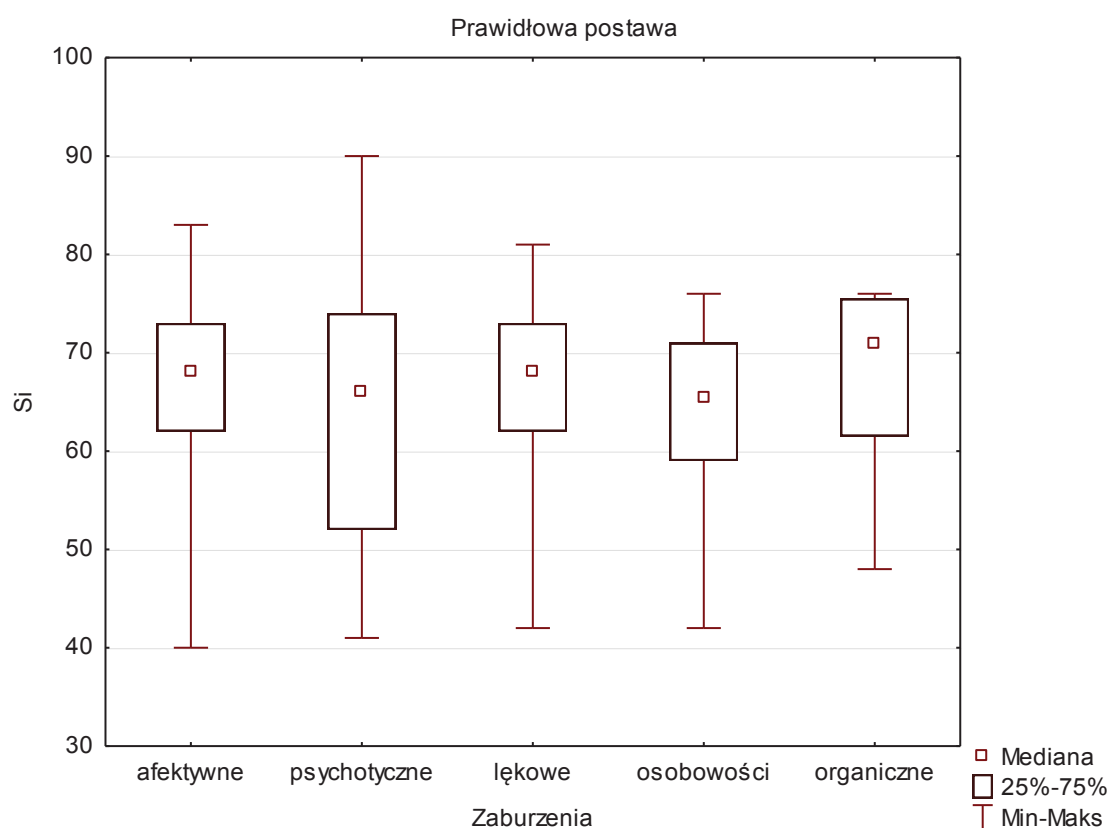
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Ma w badanych grupach pacjentów

2.5.1.1.10. Si – Introwersja społeczna

Tab. Statystyki opisowe skali Si w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Si					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	67,4	68,0	40	83	9,4	1,99	0,7367
psychotyczne	27	64,0	66,0	41	90	13,8		
lękowe	25	66,1	68,0	42	81	9,9		
osobowości	12	64,2	65,5	42	76	9,4		
organiczne	12	67,8	71,0	48	76	9,0		

Mediana w skali Si była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami organicznymi (Me=71), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=65,5). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali Si między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali Si w badanych grupach pacjentów

2.5.1.2. Skale kontrolne

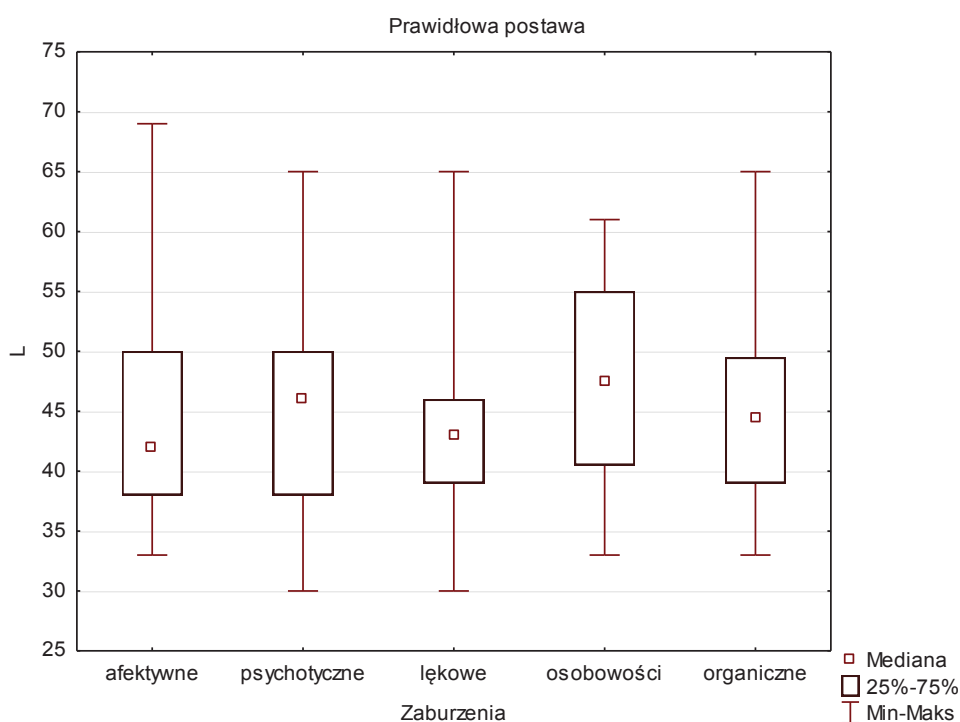
Przedstawione wyniki dotyczą tylko osób z prawidłową postawą wobec badania.

2.5.1.2.1. L – Skala Kłamstwa

Tab. Statystyki opisowe skali L w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	L					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	44,3	42,0	33	69	9,5	1,83	0,7661
psychotyczne	27	45,9	46,0	30	65	9,4		
lękowe	25	44,4	43,0	30	65	7,6		
osobowości	12	47,2	47,5	33	61	9,0		
organiczne	12	44,7	44,5	33	65	8,7		

Mediana w skali L była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=47,5), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi (Me=42). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali L między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



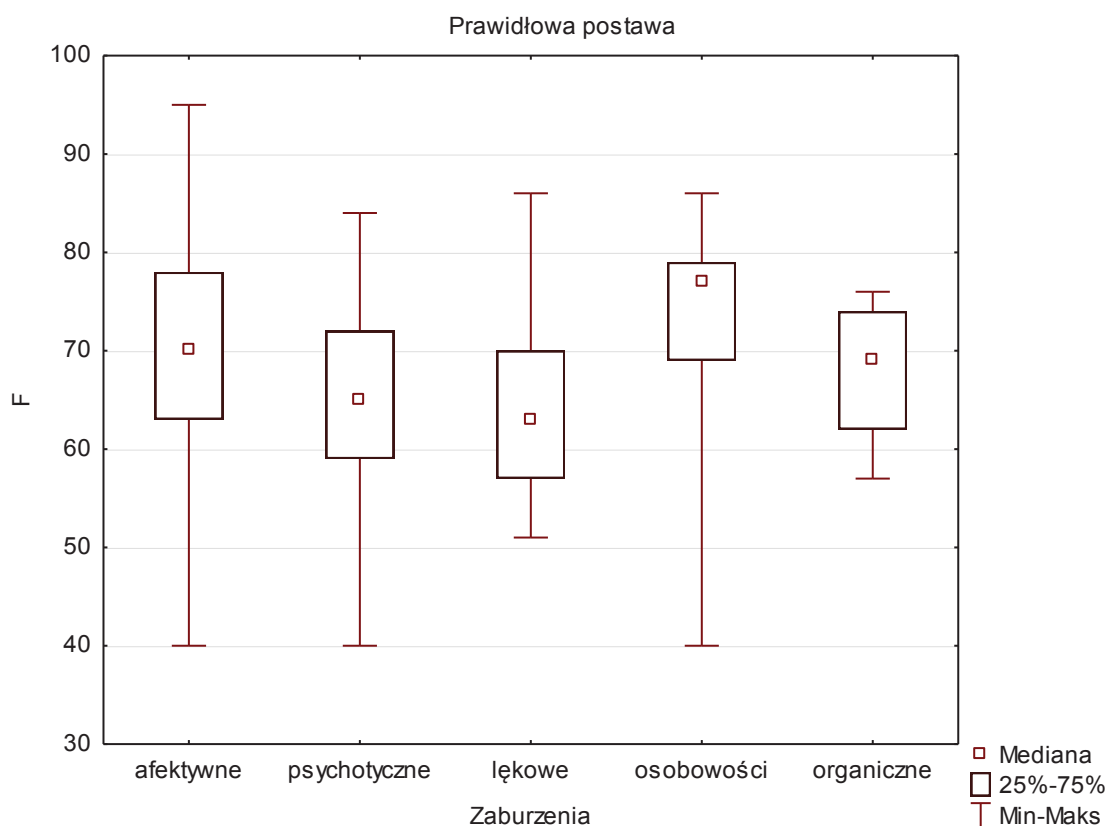
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali L w badanych grupach pacjentów

2.5.1.2.2. F – Skala Odpowiedzi Rzadkich

Tab. Statystyki opisowe skali F w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	F					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	69,3	70,0	40	95	12,6	11,51	0,0214
psychotyczne	27	65,7	65,0	40	84	9,6		
lękowe	25	64,2	63,0	51	86	9,8		
osobowości	12	72,8	77,0	40	86	12,3		
organiczne	12	68,1	69,0	57	76	6,7		

Mediana w skali F była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=77), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (Me=63). Test Kruskala-Wallisa wykazał na poziomie $p=0,0214$ istotne statystycznie różnice w skali F między badanymi grupami pacjentów.



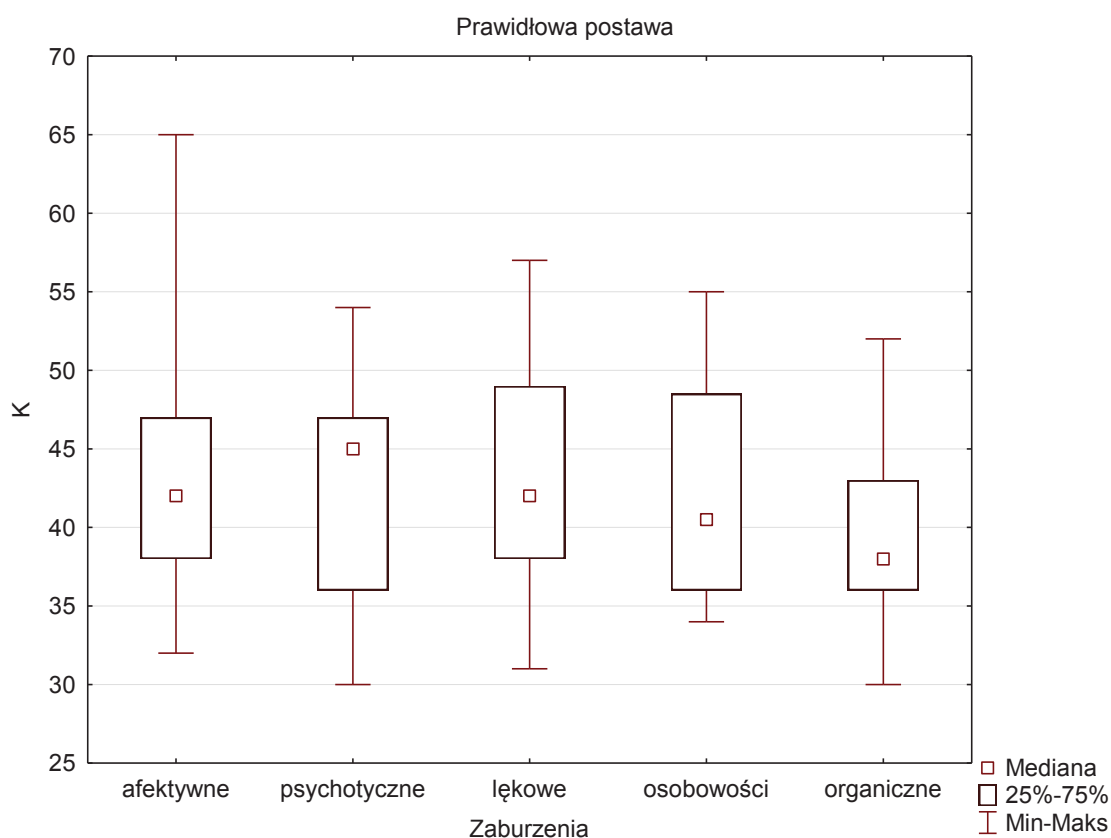
Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali F w badanych grupach pacjentów

2.5.1.2.3. K – Skala Korekcyjna

Tab. Statystyki opisowe skali K w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	K					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	43,2	42,0	32	65	6,8	3,29	0,5107
psychotyczne	27	42,6	45,0	30	54	6,5		
lękowe	25	43,1	42,0	31	57	7,9		
osobowości	12	42,1	40,5	34	55	6,8		
organiczne	12	39,3	38,0	30	52	6,2		

Mediana w skali K była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi (Me=45), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami organicznymi (Me=38). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w skali K między badanymi grupami pacjentów ($p>0,05$).



Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu skali K w badanych grupach pacjentów

2.5.1.3. Podsumowanie

- Najwyższe wyniki w skali Hs uzyskali pacjenci z *zaburzeniami lękowymi* (Me=69).
- Najniższe wyniki w skali Hs uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* (Me=56).
- Najwyższe wyniki w skali D uzyskali pacjenci z *zaburzeniami afektywnymi* (Me=76).
- Najniższe wyniki w skali D uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* i pacjentami z *zaburzeniami osobowości* (Me=64).
- Najwyższe wyniki w skali Hy uzyskali pacjenci z *zaburzeniami organicznymi* (Me=68).
- Najniższe wyniki w skali Hy uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* (Me=53).
- Najwyższe wyniki w skali Pd uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=69).
- Najniższe wyniki w skali Pd uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* (Me=56).
- Najwyższe wyniki w skali M-K uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=54,5).
- Najniższe wyniki w skali M-K uzyskali pacjenci z *zaburzeniami organicznymi* (Me=47).
- Najniższe wyniki w skali Pa uzyskali pacjenci z *zaburzeniami organicznymi* (Me=69,5).
- Najniższe wyniki w skali Pa uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* i *zaburzeniami lękowymi* (Me=62).

- Najwyższe wyniki w skali Pt uzyskali pacjenci z *zaburzeniami afektywnymi* (Me=77).
- Najniższe wyniki w skali Pt uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* i *zaburzeniami lękowymi* (Me=67).
- Najwyższe wyniki w skali Sc uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=72).
- Najniższe wyniki w skali Sc uzyskali pacjenci z *zaburzeniami lękowymi* (Me=62).
- Najwyższe wyniki w skali Ma uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=66).
- Najniższe wyniki w skali Ma uzyskali pacjenci z *zaburzeniami lękowymi* (Me=46).
- Najwyższe wyniki w skali Si uzyskali pacjenci z *zaburzeniami organicznymi* (Me=71).
- Najniższe wyniki w skali Si uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=65,5).
- Najwyższe wyniki w skali L uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=47,5).
- Najniższe wyniki w skali L uzyskali pacjenci z *zaburzeniami afektywnymi* (Me=42).
- Najwyższe wyniki w skali F uzyskali pacjenci z *zaburzeniami osobowości* (Me=77).
- Najniższe wyniki w skali F uzyskali pacjenci z *zaburzeniami lękowymi* (Me=63).
- Najwyższe wyniki w skali K uzyskali pacjenci z *zaburzeniami psychotycznymi* (Me=45).
- Najniższe wyniki w skali K uzyskali pacjenci z *zaburzeniami organicznymi* (Me=38).

2.5.2. Profile i kody wysokopunktowe w grupach rozpoznań

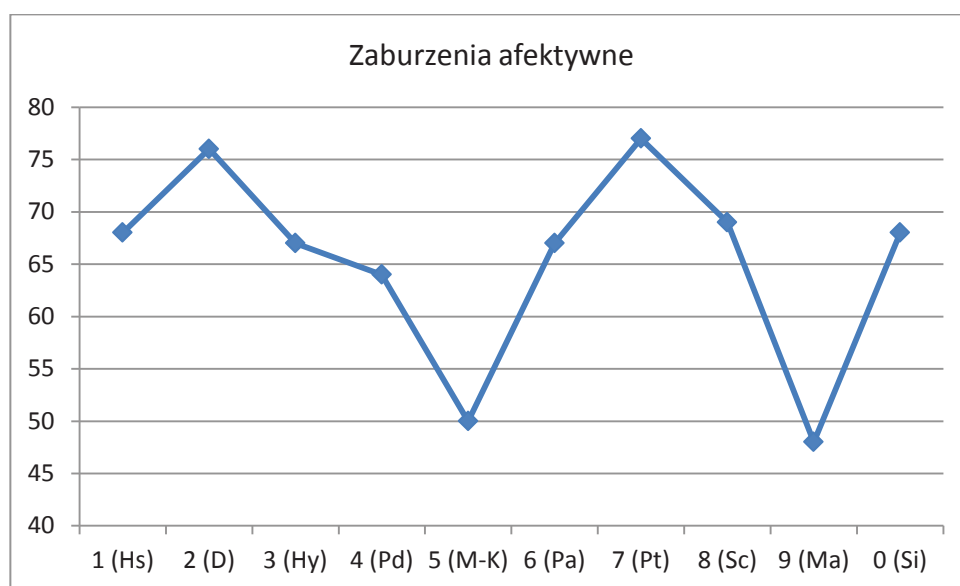
2.5.2.1. Zaburzenia afektywne

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem afektywnym

Zaburzenia afektywne n=43	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	66,0	68,0	41,0	91,0	13,2
2 (D)	75,0	76,0	53,0	95,0	10,0
3 (Hy)	65,8	67,0	42,0	87,0	12,9
4 (Pd)	65,0	64,0	35,0	94,0	12,7
5 (M-K)	51,1	50,0	35,0	80,0	8,9
6 (Pa)	66,5	67,0	51,0	91,0	8,2
7 (Pt)	72,2	77,0	46,0	84,0	9,5
8 (Sc)	70,2	69,0	56,0	92,0	7,8
9 (Ma)	51,1	48,0	37,0	86,0	11,7
0 (Si)	67,4	68,0	40,0	83,0	9,4

W grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Pt – mediana 77
- D – mediana 76
- Sc – mediana 69



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem afektywnym

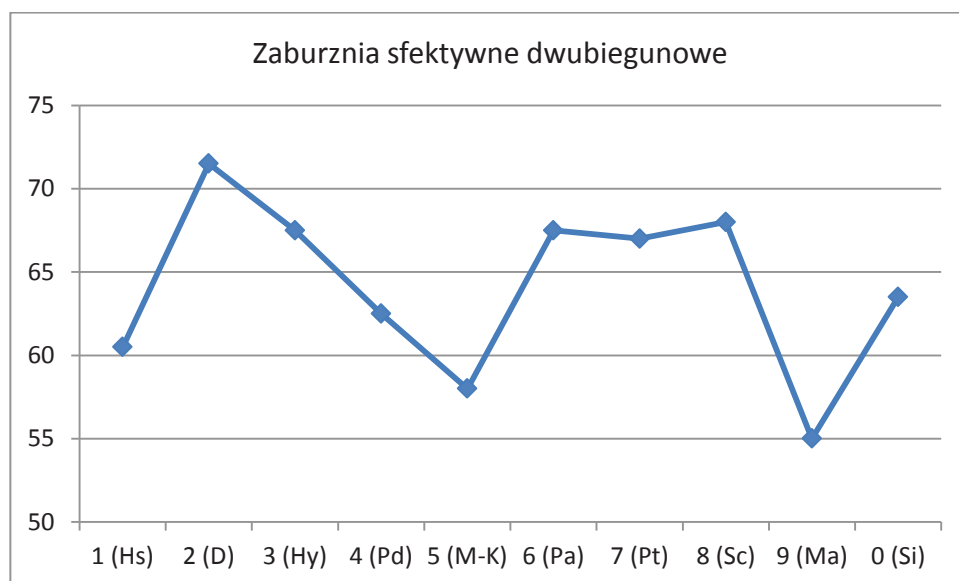
2.5.2.1.1. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

F31 n=10	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	61,3	60,5	46,0	76,0	10,1
2 (D)	71,0	71,5	53,0	87,0	9,6
3 (Hy)	65,0	67,5	45,0	85,0	14,7
4 (Pd)	68,7	62,5	39,0	94,0	18,8
5 (M-K)	55,3	58,0	35,0	80,0	13,2
6 (Pa)	67,1	67,5	59,0	73,0	5,2
7 (Pt)	67,0	67,0	46,0	84,0	12,9
8 (Sc)	68,8	68,0	56,0	83,0	8,8
9 (Ma)	60,4	55,0	42,0	86,0	13,6
0 (Si)	62,2	63,5	40,0	83,0	12,3

W grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 71,5
- Sc – mediana 68
- Hy i Pa – mediana 67,5



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

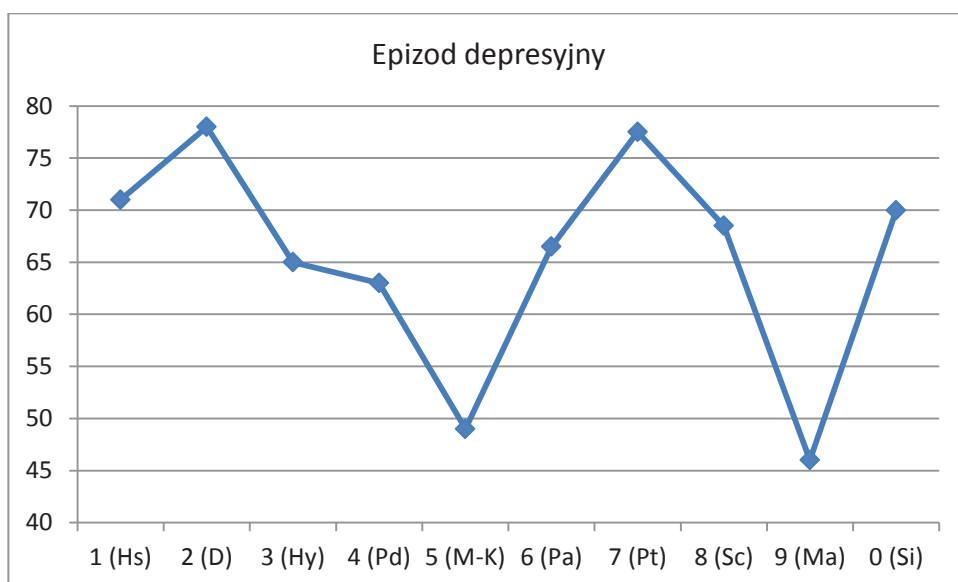
2.5.2.1.2. Epizod depresyjny

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego

F32 n=20	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	67,4	71,0	41,0	91,0	14,7
2 (D)	75,7	78,0	58,0	95,0	11,1
3 (Hy)	64,4	65,0	46,0	85,0	11,0
4 (Pd)	62,9	63,0	35,0	88,0	11,4
5 (M-K)	51,4	49,0	43,0	70,0	7,6
6 (Pa)	66,7	66,5	51,0	91,0	10,3
7 (Pt)	74,5	77,5	56,0	84,0	8,1
8 (Sc)	70,2	68,5	59,0	87,0	7,6
9 (Ma)	47,6	46,0	38,0	66,0	6,4
0 (Si)	70,0	70,0	56,0	82,0	8,2

W grupie pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 78
- Pt – mediana 77,5
- Hs – mediana 71



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego

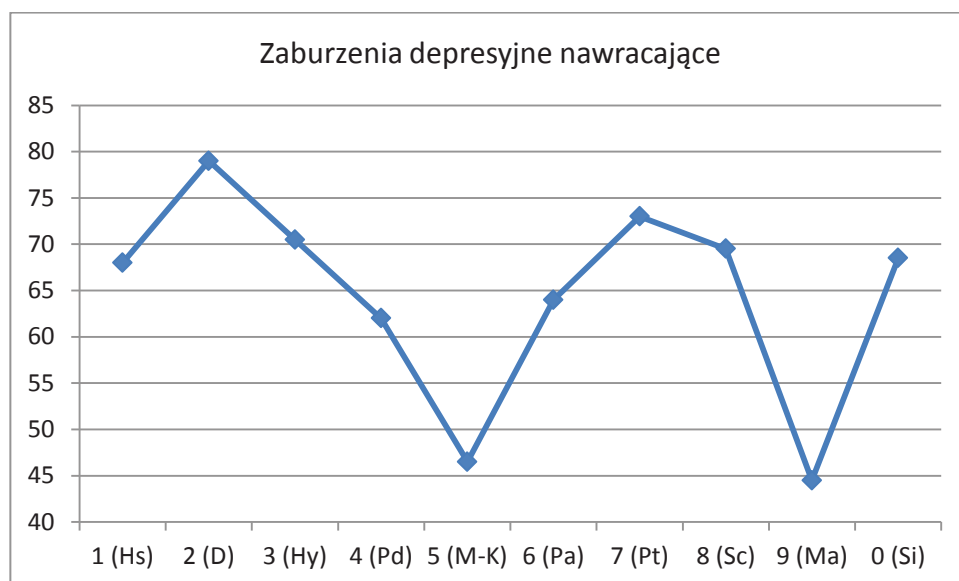
2.5.2.1.3. Zaburzenia depresyjne nawracające

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających

F33 n=12	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	66,8	68,0	43,0	86,0	13,5
2 (D)	78,4	79,0	64,0	87,0	7,0
3 (Hy)	67,1	70,5	42,0	85,0	14,2
4 (Pd)	63,9	62,0	57,0	75,0	6,1
5 (M-K)	47,1	46,5	38,0	57,0	4,9
6 (Pa)	65,3	64,0	55,0	79,0	6,8
7 (Pt)	72,0	73,0	57,0	80,0	7,0
8 (Sc)	70,8	69,5	62,0	92,0	7,9
9 (Ma)	46,4	44,5	37,0	69,0	8,1
0 (Si)	68,7	68,5	58,0	80,0	6,2

W grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 79
- Pt – mediana 73
- Hy – mediana 70,5



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających

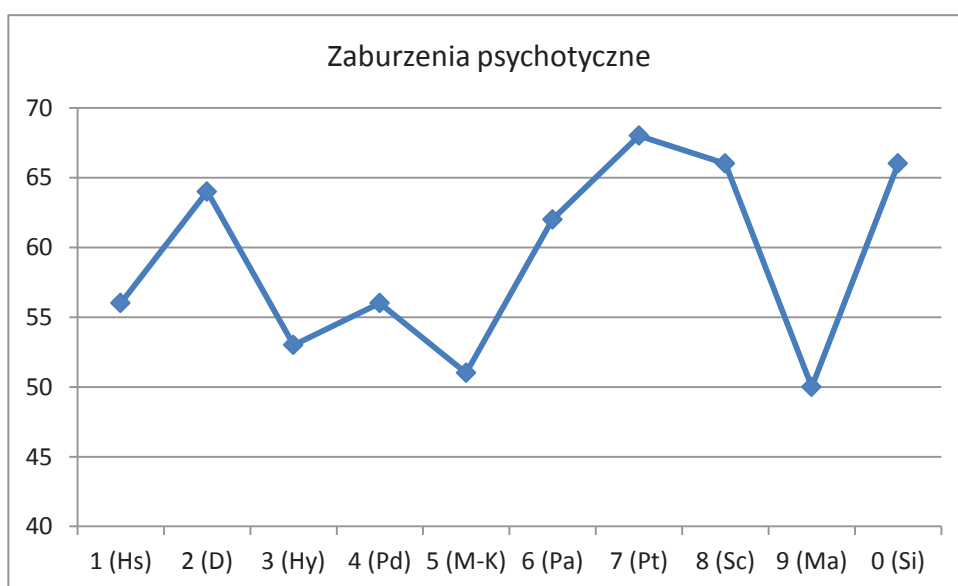
2.5.2.2. Zaburzeniem psychotyczne

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem psychotycznym

Zaburzenia psychotyczne n=27	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	57,9	56,0	40,0	88,0	13,1
2 (D)	65,6	64,0	34,0	97,0	15,8
3 (Hy)	57,6	53,0	37,0	87,0	12,9
4 (Pd)	59,4	56,0	38,0	94,0	13,2
5 (M-K)	51,3	51,0	31,0	71,0	10,4
6 (Pa)	64,0	62,0	45,0	81,0	9,7
7 (Pt)	63,7	68,0	34,0	84,0	15,0
8 (Sc)	64,4	66,0	42,0	85,0	11,4
9 (Ma)	51,9	50,0	37,0	79,0	11,8
0 (Si)	64,0	66,0	41,0	90,0	13,8

W grupie pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Pt – mediana 68
- Sc – mediana 66
- D – mediana 64



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem psychotycznym

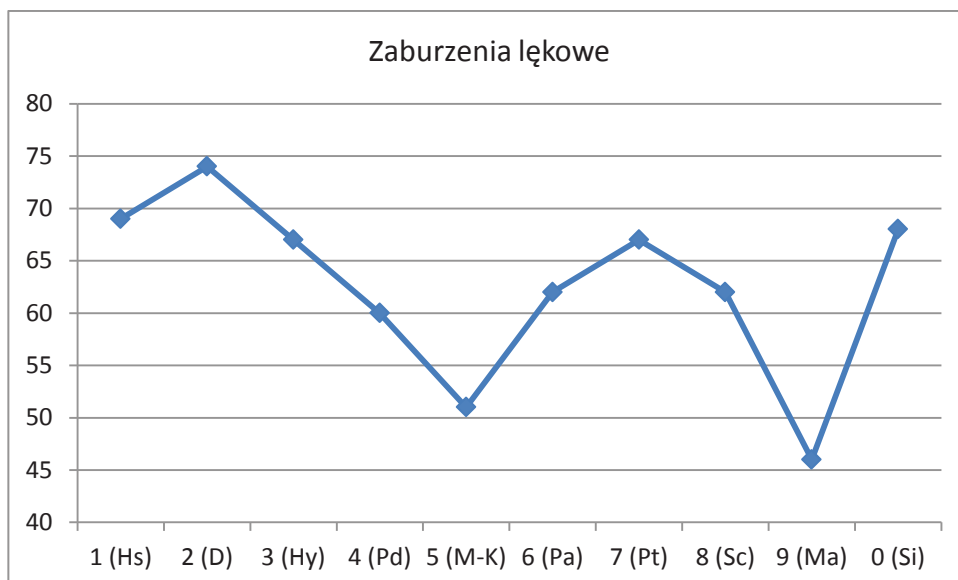
2.5.2.3. Zaburzenia lękowe

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym

Zaburzenia lękowe n=25	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	67,5	69,0	39,0	93,0	15,7
2 (D)	73,2	74,0	43,0	94,0	13,1
3 (Hy)	67,8	67,0	39,0	107,0	17,7
4 (Pd)	59,3	60,0	35,0	80,0	9,1
5 (M-K)	52,2	51,0	38,0	67,0	8,5
6 (Pa)	63,4	62,0	48,0	77,0	8,1
7 (Pt)	67,2	67,0	46,0	84,0	10,4
8 (Sc)	64,7	62,0	48,0	85,0	9,3
9 (Ma)	46,1	46,0	32,0	66,0	7,2
0 (Si)	66,1	68,0	42,0	81,0	9,9

W grupie pacjentów z zaburzeniami lękowymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 74
- Hs – mediana 69
- Pt lub Hy – mediana 67



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym

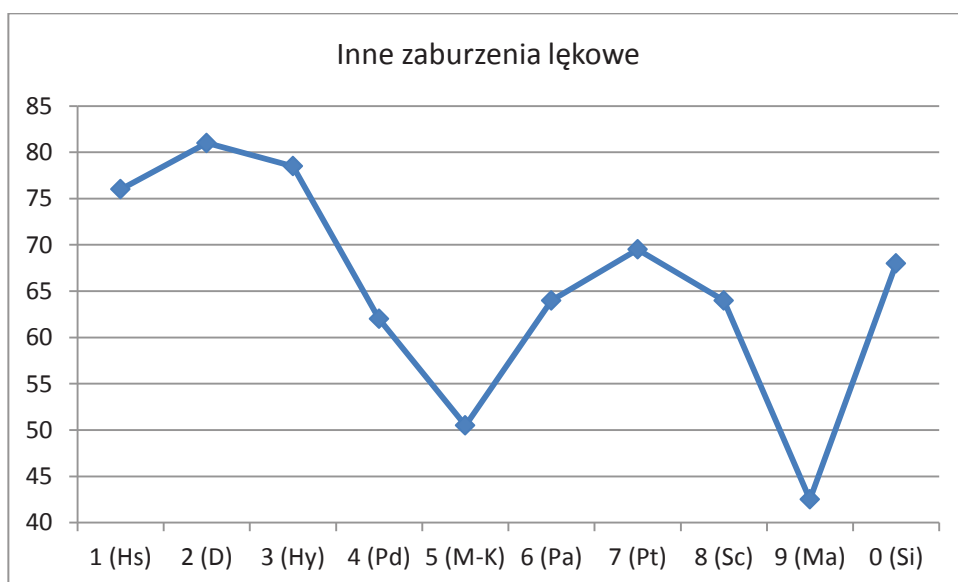
2.5.2.3.1. Inne zaburzenia lękowe

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem innych zaburzeń lękowych

F41 n=12	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	73,7	76,0	52,0	93,0	13,1
2 (D)	79,8	81,0	69,0	89,0	7,2
3 (Hy)	74,5	78,5	49,0	107,0	17,1
4 (Pd)	62,6	62,0	56,0	77,0	5,7
5 (M-K)	51,8	50,5	38,0	67,0	10,2
6 (Pa)	65,3	64,0	52,0	77,0	8,1
7 (Pt)	70,5	69,5	61,0	84,0	7,8
8 (Sc)	66,3	64,0	56,0	82,0	8,9
9 (Ma)	43,8	42,5	37,0	50,0	4,5
0 (Si)	68,0	68,0	46,0	78,0	8,6

W grupie pacjentów z rozpoznaniem innych zaburzenia lękowe kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 81
- Hy – mediana 78,5
- Hs – mediana 76



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem innych zaburzeń lękowych

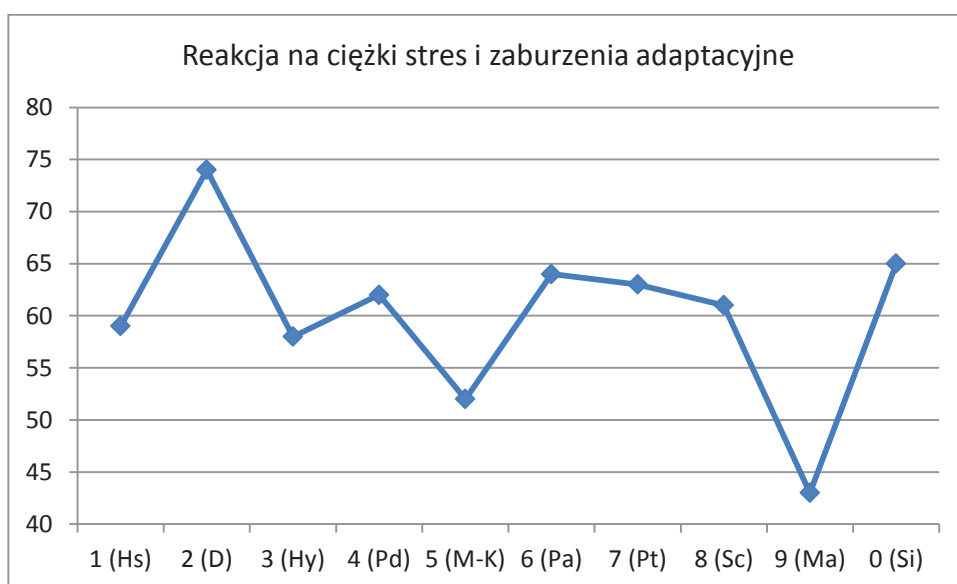
2.5.2.3.2. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

F43 n=5	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	63,0	59,0	41,0	88,0	18,1
2 (D)	73,2	74,0	56,0	94,0	16,4
3 (Hy)	66,0	58,0	44,0	95,0	21,6
4 (Pd)	59,4	62,0	47,0	66,0	7,5
5 (M-K)	52,4	52,0	48,0	57,0	3,6
6 (Pa)	65,0	64,0	54,0	75,0	9,0
7 (Pt)	66,8	63,0	56,0	84,0	10,8
8 (Sc)	64,4	61,0	53,0	85,0	12,3
9 (Ma)	48,4	43,0	39,0	66,0	11,8
0 (Si)	63,8	65,0	42,0	76,0	13,5

W grupie pacjentów z rozpoznaniem reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 74
- Pa – mediana 64
- Pt – mediana 63



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

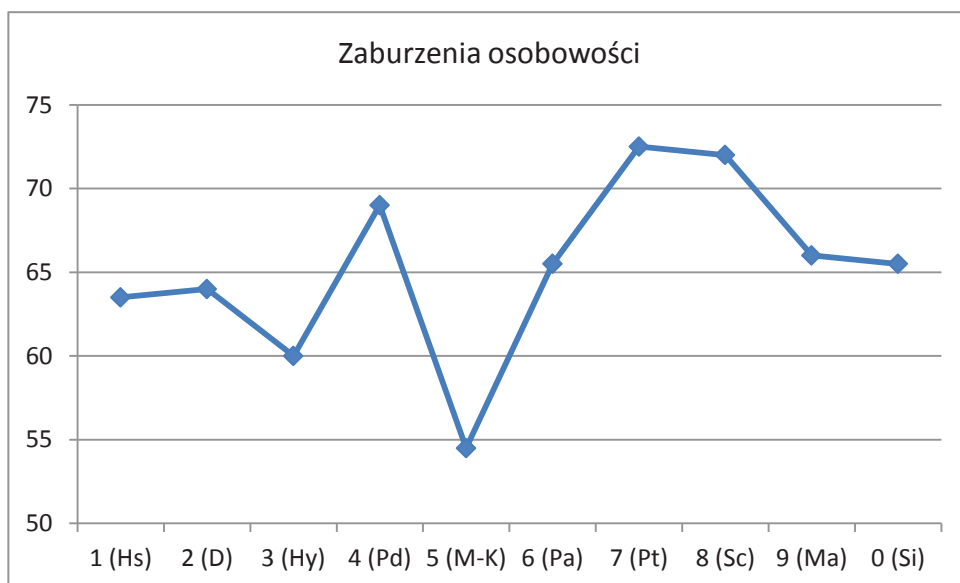
2.5.2.4. Zaburzenia osobowości

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem osobowości

Zaburzenia osobowości n=12	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	63,5	63,5	38,0	86,0	16,3
2 (D)	66,5	64,0	42,0	87,0	13,5
3 (Hy)	63,7	60,0	44,0	92,0	16,2
4 (Pd)	69,2	69,0	43,0	102,0	16,2
5 (M-K)	54,1	54,5	38,0	71,0	9,4
6 (Pa)	66,7	65,5	54,0	77,0	8,4
7 (Pt)	69,6	72,5	46,0	80,0	10,1
8 (Sc)	69,9	72,0	53,0	80,0	8,8
9 (Ma)	64,3	66,0	37,0	103,0	17,5
0 (Si)	64,2	65,5	42,0	76,0	9,4

W grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Pt – mediana 72,5
- Sc – mediana 72
- Pd – mediana 69



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem osobowości

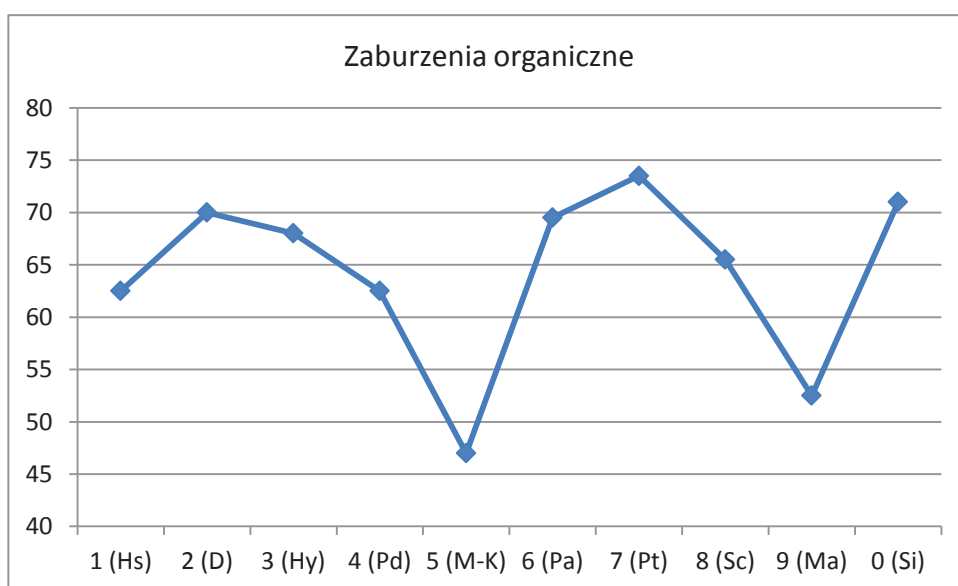
2.5.2.5. Zaburzenia organiczne

Tab. Statystyki opisowe profilu u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem organicznym

Zaburzenia organiczne n=12	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
1 (Hs)	63,8	62,5	46,0	86,0	12,8
2 (D)	71,8	70,0	60,0	85,0	8,6
3 (Hy)	66,8	68,0	45,0	95,0	15,0
4 (Pd)	63,3	62,5	49,0	86,0	10,0
5 (M-K)	49,0	47,0	37,0	67,0	9,8
6 (Pa)	64,7	69,5	44,0	75,0	10,0
7 (Pt)	70,3	73,5	43,0	84,0	12,1
8 (Sc)	65,8	65,5	48,0	78,0	7,6
9 (Ma)	53,7	52,5	34,0	75,0	13,3
0 (Si)	67,8	71,0	48,0	76,0	9,0

W grupie pacjentów z zaburzeniami organicznymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Pt – mediana 73,5
- D – mediana 70
- Pa – mediana 69,5



Rys. Profil pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem organicznym

2.5.2.6. Porównanie profili

2.5.2.6.1. W oparciu o medianę

W głównych grupach rozpoznania

Tab. Mediany skal klinicznych pacjentów w grupach rozpoznania zaburzeń

MMPI-2	Zaburzenia				
	afektywne n=43	psychotyczne n=27	lękowe n=25	osobowości n=12	organiczne n=12
1 (Hs)	68,0	56,0	69,0	63,5	62,5
2 (D)	76,0	64,0	74,0	64,0	70,0
3 (Hy)	67,0	53,0	67,0	60,0	68,0
4 (Pd)	64,0	56,0	60,0	69,0	62,5
5 (M-K)	50,0	51,0	51,0	54,5	47,0
6 (Pa)	67,0	62,0	62,0	65,5	69,5
7 (Pt)	77,0	68,0	67,0	72,5	73,5
8 (Sc)	69,0	66,0	62,0	72,0	65,5
9 (Ma)	48,0	50,0	46,0	66,0	52,5
0 (Si)	68,0	66,0	68,0	65,5	71,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs w grupach rozpoznania zaburzeń (oznaczone na czerwono są istotne z $p < 0,05$)

Zaburzenia	afektywne	psychotyczne	lękowe	osobowości	organiczne
afektywne		0,883	0,767	0,336	0,780
psychotyczne	0,883		0,543	0,566	0,832
lękowe	0,767	0,543		-0,187	0,654
osobowości	0,336	0,566	-0,187		0,341
organiczne	0,780	0,832	0,654	0,341	

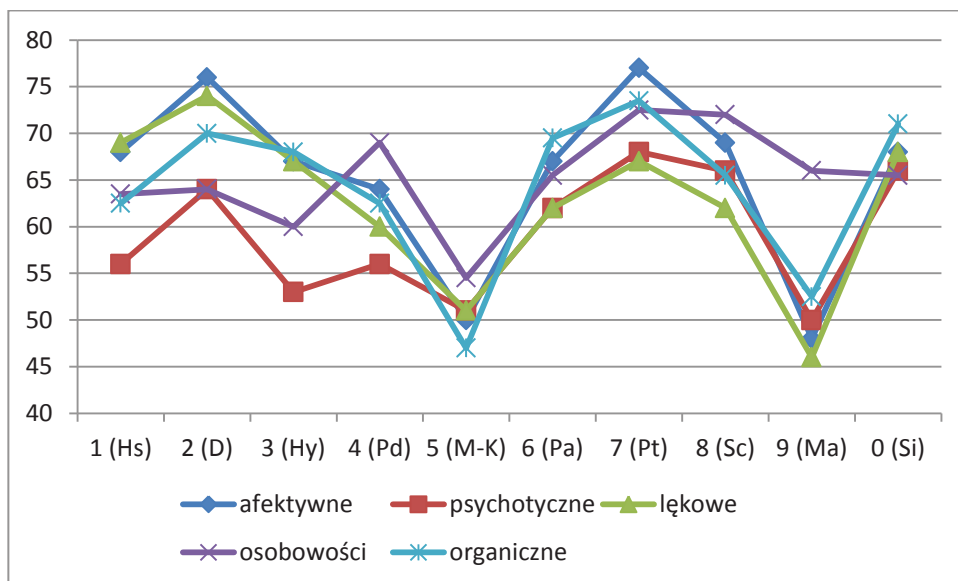
Współczynniki podobieństwa profili Rs są istotne statystycznie między:

- zaburzeniami afektywnymi a zaburzeniami psychotycznymi. Profile pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i zaburzeniami psychotycznymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne $R_s=0,883$.
- zaburzeniami afektywnymi a zaburzeniami lękowymi. Profile pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i zaburzeniami lękowymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne $R_s=0,767$.

- zaburzeniami afektywnymi a zaburzeniami organicznymi. Profile pacjentów z zaburzeniami afektywnymi i zaburzeniami organicznymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne $R_s=0,780$.
- zaburzeniami psychotycznymi a zaburzeniami organicznymi. Profile pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi i zaburzeniami organicznymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne $R_s=0,832$.
- zaburzeniami lękowymi a zaburzeniami organicznymi. Profile pacjentów z zaburzeniami lękowymi i zaburzeniami organicznymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne $R_s=0,654$.

Pozostałe profile pacjentów różnią się między sobą (brak istotności współczynnika podobieństwa profili R_s):

- profile pacjentów zaburzeniami psychotycznymi i zaburzeniami lękowymi,
- profile pacjentów z zaburzeniami osobowości i pozostałych grup rozpoznania zaburzeń.



Rys. Profile pacjentów w grupach rozpoznania zaburzeń

W podgrupach rozpoznań

Tab. Mediany skal klinicznych pacjentów dla wybranych rozpoznań wg ICD-10

MMPI-2	F31 n=10	F32 n=20	F33 n=12	F41 n=12	F43 n=5
1 (Hs)	60,5	71,0	68,0	76,0	59,0
2 (D)	71,5	78,0	79,0	81,0	74,0
3 (Hy)	67,5	65,0	70,5	78,5	58,0
4 (Pd)	62,5	63,0	62,0	62,0	62,0
5 (M-K)	58,0	49,0	46,5	50,5	52,0
6 (Pa)	67,5	66,5	64,0	64,0	64,0
7 (Pt)	67,0	77,5	73,0	69,5	63,0
8 (Sc)	68,0	68,5	69,5	64,0	61,0
9 (Ma)	55,0	46,0	44,5	42,5	43,0
0 (Si)	63,5	70,0	68,5	68,0	65,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs dla wybranych rozpoznań wg ICD-10 (oznaczone na czerwono są istotne z $p < 0,05$)

Rozpoznania	F31	F32	F33	F41	F43
F31		0,596	0,809	0,637	0,644
F32	0,596		0,830	0,802	0,733
F33	0,809	0,830		0,875	0,588
F41	0,637	0,802	0,875		0,498
F43	0,644	0,733	0,588	0,498	

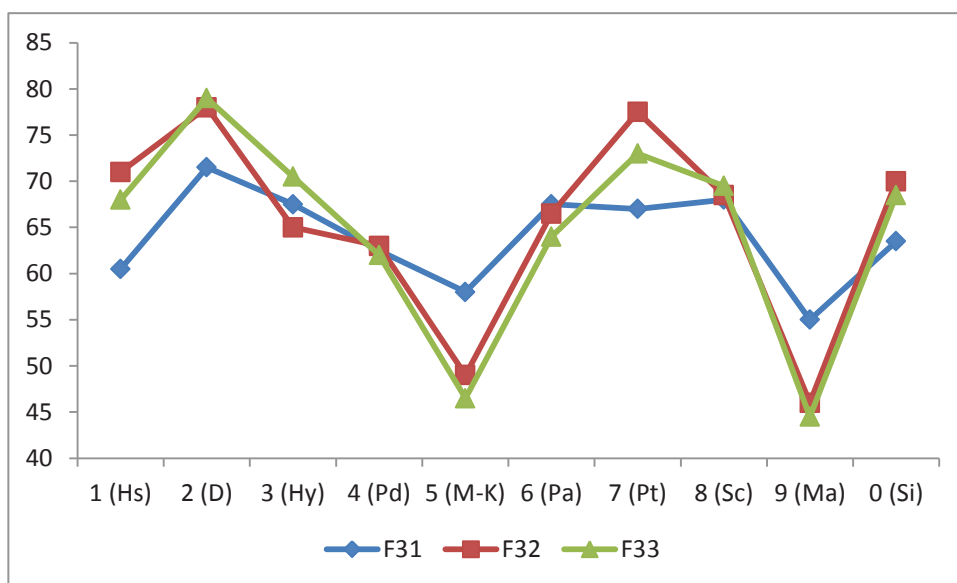
Współczynniki podobieństwa profili Rs są istotne statystycznie między:

- F31 a F33. Profile pacjentów z rozpoznaniem F31 i z rozpoznaniem F33 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne $R_s=0,809$.
- F31 a F41. Profile pacjentów z rozpoznaniem F31 i z rozpoznaniem F41 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne $R_s=0,637$.
- F31 a F43. Profile pacjentów z rozpoznaniem F31 i z rozpoznaniem F43 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne $R_s=0,644$.
- F32 a F33. Profile pacjentów z rozpoznaniem F32 i z rozpoznaniem F33 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne $R_s=0,830$.
- F32 a F41. Profile pacjentów z rozpoznaniem F32 i z rozpoznaniem F42 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne $R_s=0,802$.
- F32 a F43. Profile pacjentów z rozpoznaniem F32 i z rozpoznaniem F43 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne $R_s=0,733$.

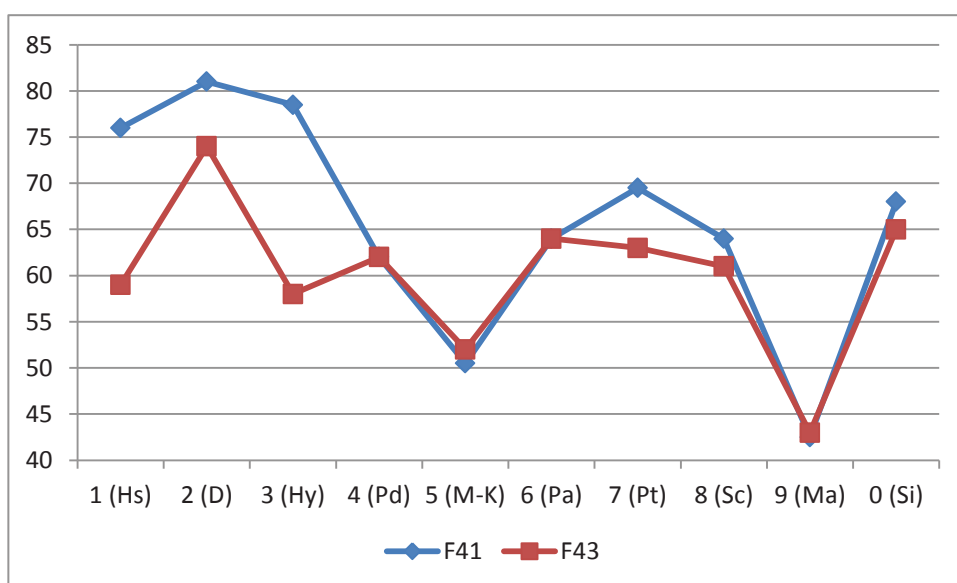
- F33 a F41. Profile pacjentów z rozpoznaniem F33 i z rozpoznaniem F41 są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne $R_s=0,875$.

Pozostałe profile pacjentów różnią się między sobą (brak istotności współczynnika podobieństwa profili R_s):

- profile pacjentów rozpoznaniem F31 i F32,
- profile pacjentów rozpoznaniem F33 i F43,
- profile pacjentów rozpoznaniem F41 i F43.



Rys. Profile pacjentów z rozpoznaniem F31, F32 i F33



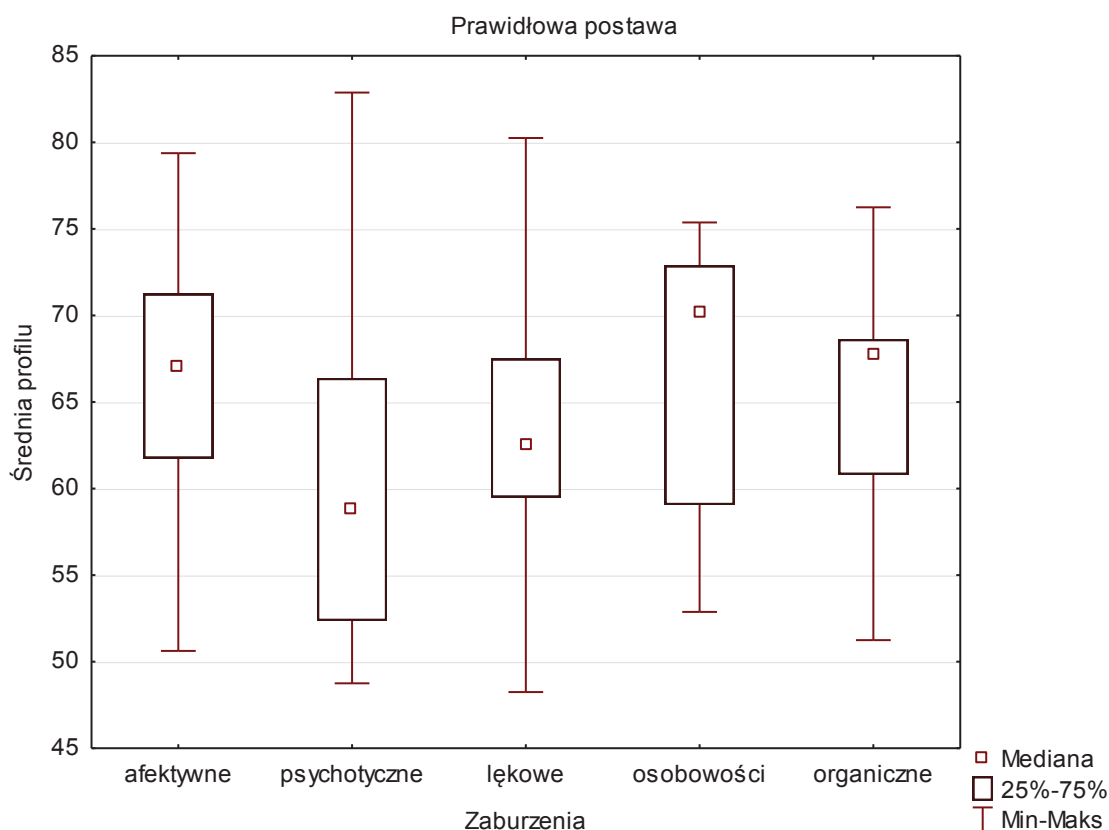
Rys. Profile pacjentów z rozpoznaniem F41 i F43

2.5.2.6.2. W oparciu o średnią

Tab. Statystyki opisowe średniej profilu w badanych grupach pacjentów oraz wynik testu Kruskala-Wallisa

Zaburzenia	n	Średnia profilu					Test Kruskala-Wallisa	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.	H	p
afektywne	43	66,5	67,0	50,6	79,4	6,9	10,53	0,0324
psychotyczne	27	60,6	58,8	48,8	82,9	9,4		
lękowe	25	63,6	62,5	48,3	80,3	8,5		
osobowości	12	66,7	70,1	52,9	75,4	8,1		
organiczne	12	65,0	67,8	51,3	76,3	6,9		

Mediana średniej profilu była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości (Me=70,1), a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi (Me=58,8). Test Kruskala-Wallisa wykazał na poziomie $p=0,0324$ istotne statystycznie różnice w średniej profilu między badanymi grupami pacjentów.



Rys. Wykres ramka-wąsy rozkładu średniej profilu w badanych grupach pacjentów

2.5.2.7. Podsumowanie

W grupach pacjentów:

W grupie pacjentów z *zaburzeniami afektywnymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 728.

W grupie pacjentów z *zaburzeniami psychotycznymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 782

W grupie pacjentów z *zaburzeniami lękowymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 217, 213

W grupie pacjentów z *zaburzeniami osobowości* wystąpił kod wysokopunktowy: 784

W grupie pacjentów z *zaburzeniami organicznymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 726

W podgrupach:

W grupie pacjentów z *zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 281, 286.

W grupie pacjentów z *epizodem depresyjnym* wystąpił kod wysokopunktowy: 271

W grupie pacjentów z *zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 271

W grupie pacjentów z *innymi zaburzeniami lękowymi* wystąpił kod wysokopunktowy: 231

W grupie pacjentów z *reakcją na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne* wystąpił kod wysokopunktowy: 267

Podobieństwo profili:

- afektywnymi i psychotycznymi
- afektywnymi i lękowymi
- afektywnymi i organicznymi
- psychotycznymi i organicznymi.
- lękowymi i organicznymi

jest istotne.

Profile pacjentów z zaburzeniami:

- psychotycznymi i lękowymi
- osobowości i pozostałych grup rozpoznania zaburzeń

różnią się między sobą.

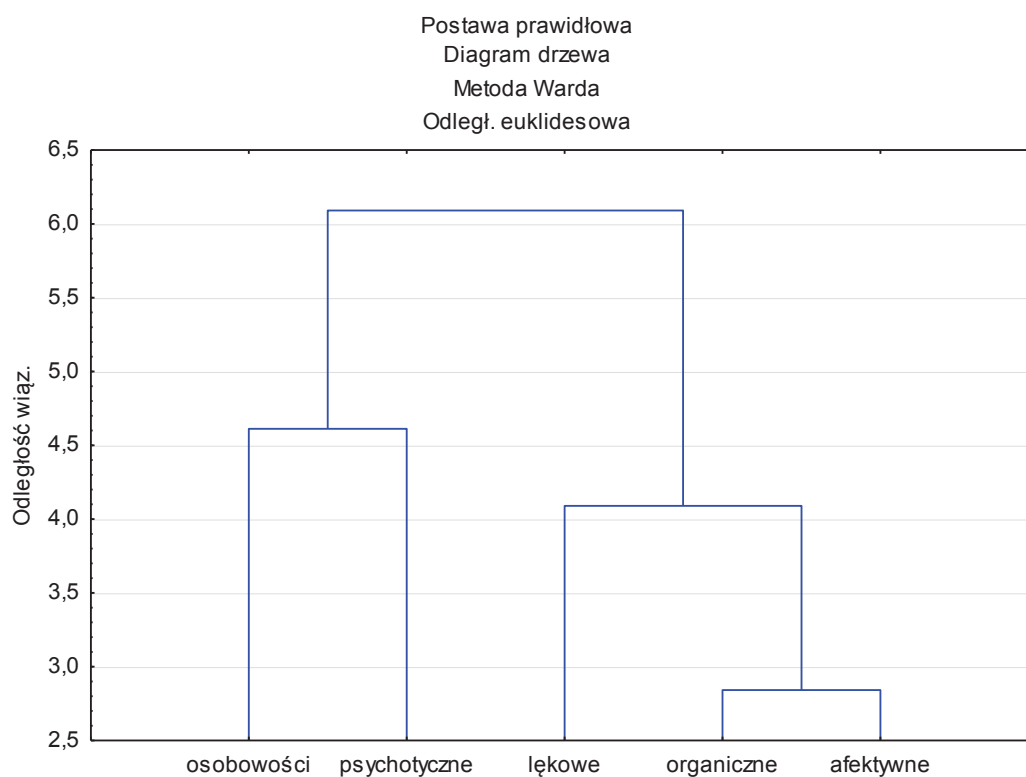
Średnia profilu była najwyższa u pacjentów z *zaburzeniami osobowości* (Me=70,1), a najniższa u pacjentów z *zaburzeniami psychotycznymi* (Me=58,8).

2.5.3. Skupienia (klastry)

2.5.3.1. Wyznaczone względem grup pacjentów

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów z postawą prawidłową wobec badania w grupach rozpoznania zaburzeń

Postawa prawidłowa wobec badania	afektywne n=43	psychotyczne n=27	lękowe n=25	osobowości n=12	organiczne n=12
1 (Hs)	68,0	56,0	69,0	63,5	62,5
2 (D)	76,0	64,0	74,0	64,0	70,0
3 (Hy)	67,0	53,0	67,0	60,0	68,0
4 (Pd)	64,0	56,0	60,0	69,0	62,5
5 (M-K)	50,0	51,0	51,0	54,5	47,0
6 (Pa)	67,0	62,0	62,0	65,5	69,5
7 (Pt)	77,0	68,0	67,0	72,5	73,5
8 (Sc)	69,0	66,0	62,0	72,0	65,5
9 (Ma)	48,0	50,0	46,0	66,0	52,5
0 (Si)	68,0	66,0	68,0	65,5	71,0



Rys. Dendrogram wyznaczony metodą Warda – dla pacjentów z prawidłową postawą wobec badania

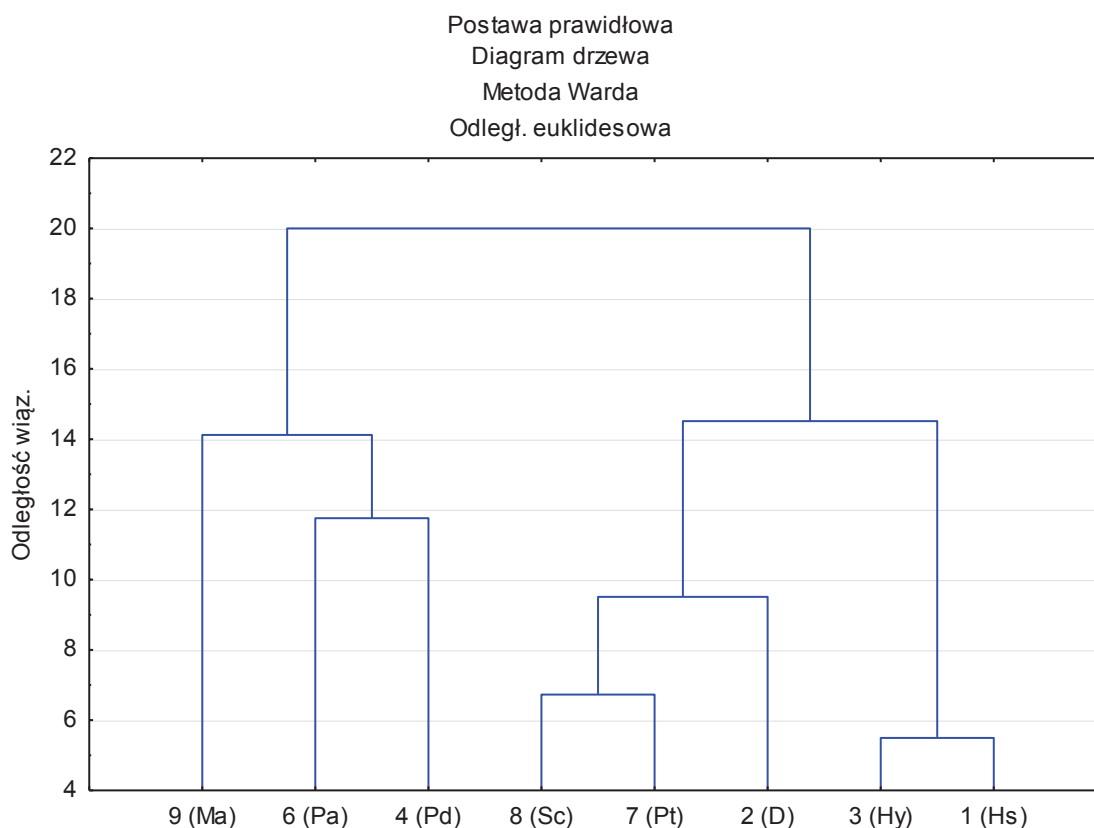
Na podstawie dendrogramu wyznaczonego z median skal klinicznych dla odległości wiązania na poziomie 5 można wyróżnić 2 skupiska:

1. Pacjentów z zaburzeniami osobowości i psychotycznymi
2. Pacjentów z zaburzeniami lękowymi, organicznymi i afektywnymi

Najbardziej podobne do siebie zaburzenia to organiczne i afektywne. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi, organicznymi i afektywnymi mają wyższe mediany dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si). Pacjenci z zaburzeniami osobowości i psychotycznymi charakteryzują się niską medianą dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si).

2.5.3.2. Wyznaczone względem skal klinicznych

Pacjenci ogółem



Rys. Dendrogram wyznaczony metodą Warda – dla pacjentów z prawidłową postawą wobec badania

U pacjentów o postawie prawidłowej wobec badania występują 3 skupienia dwuelementowych:

{6 (Pa), 4 (Pd)},

{8 (Sc), 7 (Pt)},

{3 (Hy), 1 (Hs)}

oraz 2 skupienia jednoelementowe:

{9 (Ma)}

{2 (D)}.

Spośród dwuelementowych skupień najsilniej skorelowane są ze sobą skale 3 (Hy) i 1 (Hs), a najsłabiej skale 6 (Pa) i 4 (Pd).

2.5.3.3. Podsumowanie

Względem rozpoznania wyróżniono 2 skupiska:

1. Pacjentów z *zaburzeniami osobowości i psychotycznymi*
2. Pacjentów z *zaburzeniami lękowymi, organicznymi i afektywnymi*

Względem skal klinicznych, wyróżniono 3 skupienia dwuelementowe: 64, 87, 31.

U wszystkich pacjentów występują 2 skupienia jednoelementowe: 9 i 2.

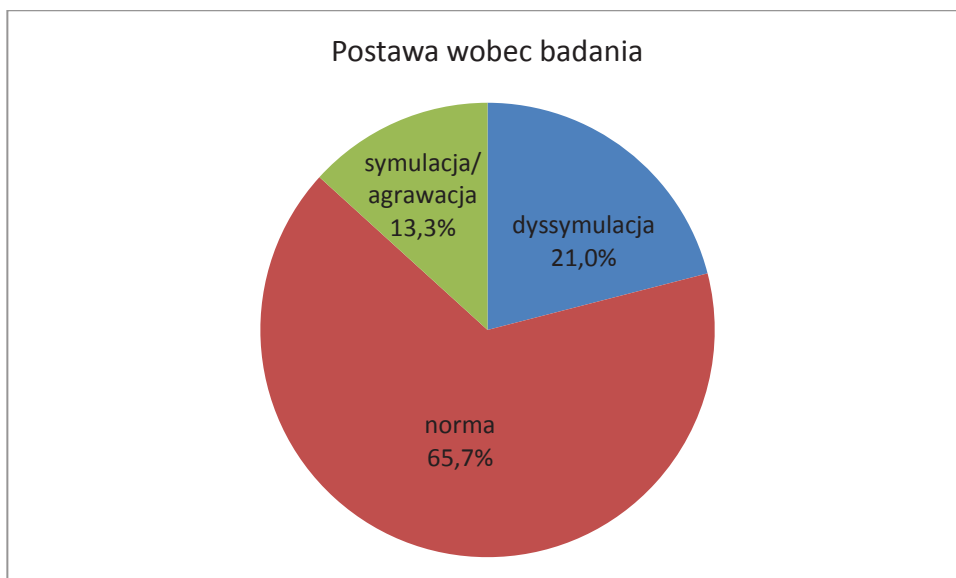
2.5.4. Postawa wobec badania w grupach rozpoznań

2.5.4.1. Rozkład procentowy

Tab. Tabela liczebności i częstości postawy badanych pacjentów wobec badania

F-K	n	%
dyssymulacja	38	21,0%
norma	119	65,7%
symulacja/ agravacja	24	13,3%

Większość badanych pacjentów ma prawidłową postawę wobec badania (F-K = norma) – 65,7% osób. 21% osób ma postawę dyssymulacji. Pozostali pacjenci – postawę symulacji/agrawacji – 13,3% osób.



Rys. Struktura postawy pacjentów wobec badania

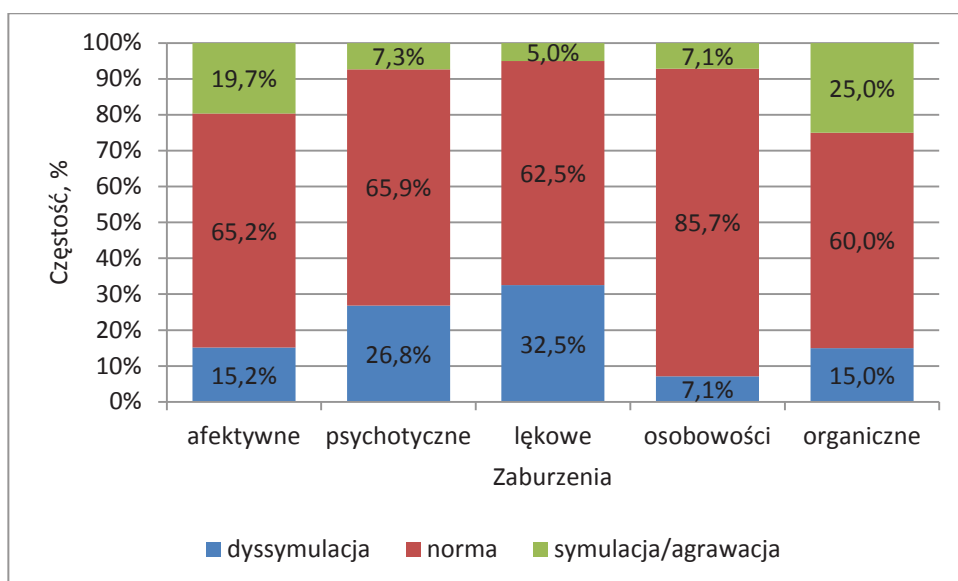
Tab. Tabela liczebności i częstości postawy badanych pacjentów wobec badania w grupach rozpoznania zaburzeń oraz wynik testu F Fishera-Snedecora dla k wskaźników struktury

F-K	Zaburzenia					p
	afektywne n=66	psychotyczne n=41	lękowe n=40	osobowości n=14	organiczne n=20	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
dyssymulacja	10 (15,2%)	11 (26,8%)	13 (32,5%)	1 (7,1%)	3 (15,0%)	0,07915
norma	43 (65,2%)	27 (65,9%)	25 (62,5%)	12 (85,7%)	12 (60,0%)	0,52688
symulacja/ agrawacja	13 (19,7%)	3 (7,3%)	2 (5,0%)	1 (7,1%)	5 (25,0%)	0,04651

Postawę dyssymulacji wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń lękowych – 32,5%. Struktura postaw dyssymulacji wobec badania w grupach pacjentów na poziomie $p=0,07915$ różni się.

Postawę prawidłową wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości – 85,7%. Struktura prawidłowych postaw wobec badania w grupach pacjentów jest na podobnym poziomie ($p>0,05$).

Postawę symulacji/agrawacji wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń organicznych – 25%. Struktura postaw symulacji/agrawacji wobec badania w grupach pacjentów różni się.



Rys. Struktura postawy pacjentów wobec badania w grupach rozpoznania zaburzeń

2.5.4.2. Skale kliniczne

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji

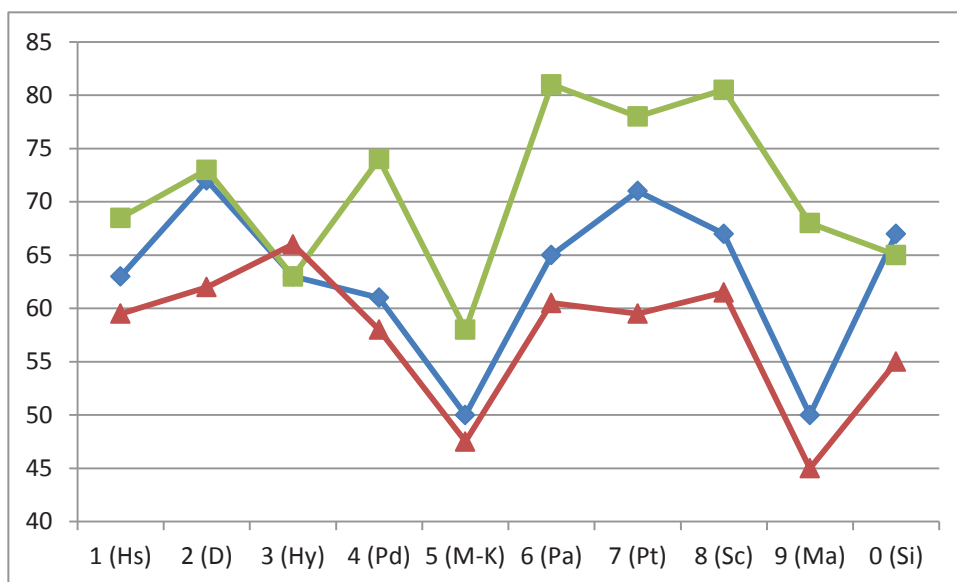
Ogółem	Postawa wobec badania		
	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
	n=119	n=24	n=38
1 (Hs)	63,0	68,5	59,5
2 (D)	72,0	73,0	62,0
3 (Hy)	63,0	63,0	66,0
4 (Pd)	61,0	74,0	58,0
5 (M-K)	50,0	58,0	47,5
6 (Pa)	65,0	81,0	60,5
7 (Pt)	71,0	78,0	59,5
8 (Sc)	67,0	80,5	61,5
9 (Ma)	50,0	68,0	45,0
0 (Si)	67,0	65,0	55,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji

Postawa wobec badania	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
prawidłowa		0,483	0,586
symulacja	0,483		0,340
dyssymulacja	0,586	0,340	

Współczynniki podobieństwa profili Rs są nieistotne statystycznie. Profile pacjentów:

- z prawidłową postawą i z postawą symulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z prawidłową postawą i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z postawą symulacji i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji

2.5.4.2.1. Zaburzenia afektywne

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń afektywnych

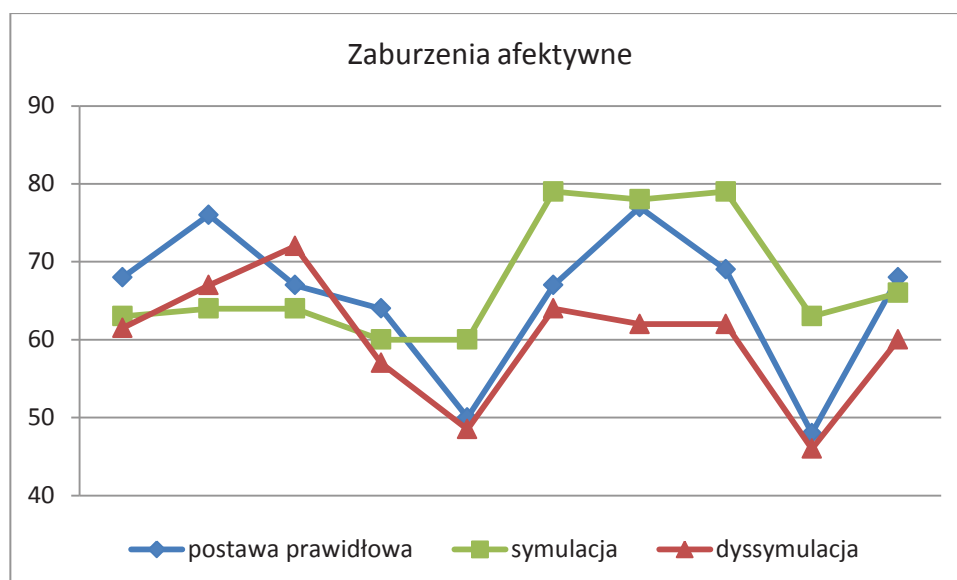
Zaburzenia afektywne	Postawa wobec badania		
	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
	n=43	n=13	n=10
1 (Hs)	68,0	63,0	61,5
2 (D)	76,0	64,0	67,0
3 (Hy)	67,0	64,0	72,0
4 (Pd)	64,0	60,0	57,0
5 (M-K)	50,0	60,0	48,5
6 (Pa)	67,0	79,0	64,0
7 (Pt)	77,0	78,0	62,0
8 (Sc)	69,0	79,0	62,0
9 (Ma)	48,0	63,0	46,0
0 (Si)	68,0	66,0	60,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń afektywnych

Postawa wobec badania	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
prawidłowa		0,614	0,599
symulacja	0,614		0,594
dyssymulacja	0,599	0,594	

Współczynniki podobieństwa profili Rs są nieistotne statystycznie. Profile pacjentów:

- z prawidłową postawą i z postawą symulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z prawidłową postawą i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z postawą symulacji i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń afektywnych

2.5.4.2.2. Zaburzenia psychiczne

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń psychicznych

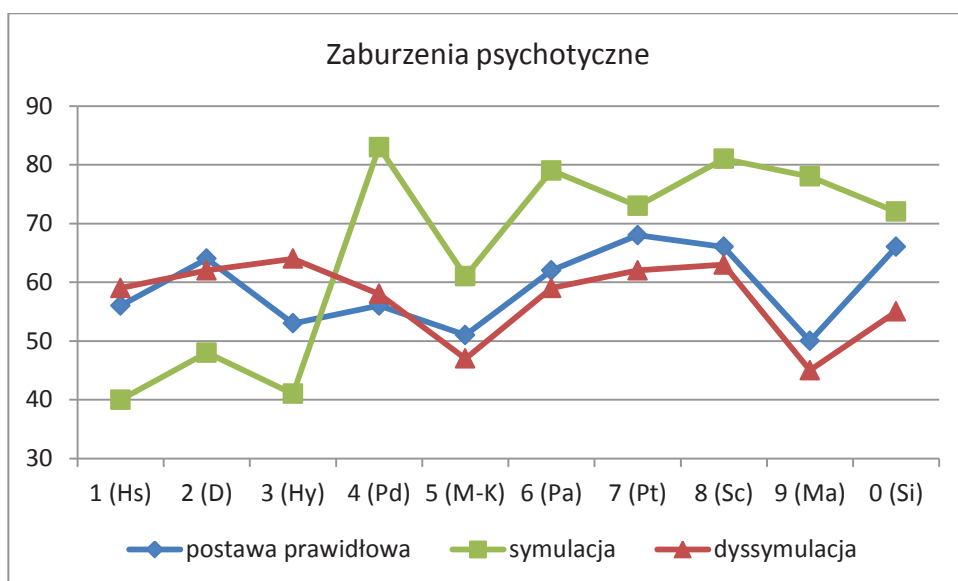
Zaburzenia psychiczne	Postawa wobec badania		
	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
	n=27	n=3	n=11
1 (Hs)	56,0	40,0	59,0
2 (D)	64,0	48,0	62,0
3 (Hy)	53,0	41,0	64,0
4 (Pd)	56,0	83,0	58,0
5 (M-K)	51,0	61,0	47,0
6 (Pa)	62,0	79,0	59,0
7 (Pt)	68,0	73,0	62,0
8 (Sc)	66,0	81,0	63,0
9 (Ma)	50,0	78,0	45,0
0 (Si)	66,0	72,0	55,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń psychicznych

Postawa wobec badania	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
prawidłowa		0,195	0,463
symulacja	0,195		-0,177
dyssymulacja	0,463	-0,177	

Współczynniki podobieństwa profili Rs są nieistotne statystycznie. Profile pacjentów:

- z prawidłową postawą i z postawą symulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z prawidłową postawą i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z postawą symulacji i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń psychotycznych

2.5.4.2.3. Zaburzenia lękowe

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń lękowych

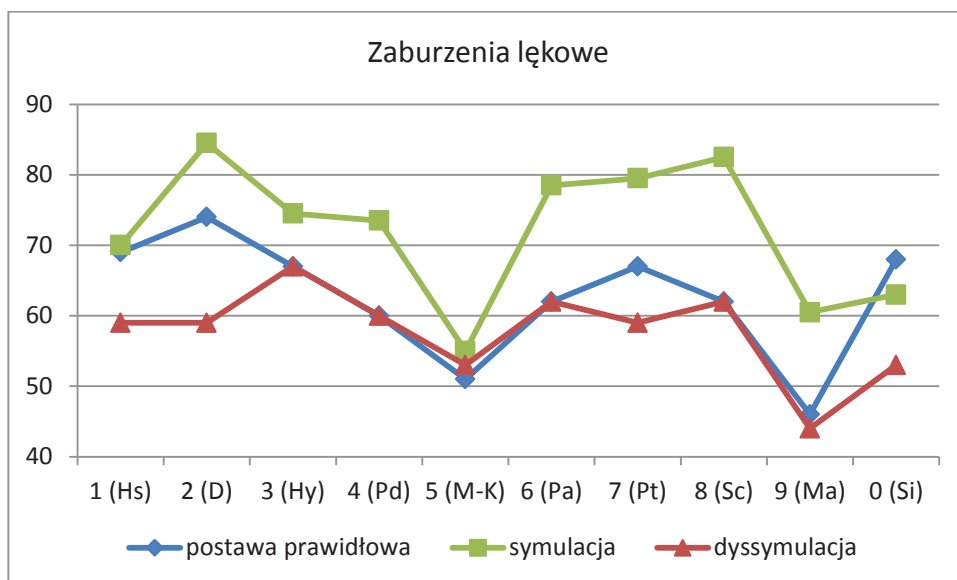
Zaburzenia lękowe	Postawa wobec badania		
	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
	n=25	n=2	n=13
1 (Hs)	69,0	70,0	59,0
2 (D)	74,0	84,5	59,0
3 (Hy)	67,0	74,5	67,0
4 (Pd)	60,0	73,5	60,0
5 (M-K)	51,0	55,0	53,0
6 (Pa)	62,0	78,5	62,0
7 (Pt)	67,0	79,5	59,0
8 (Sc)	62,0	82,5	62,0
9 (Ma)	46,0	60,5	44,0
10 (Si)	68,0	63,0	53,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń lękowych

Postawa wobec badania	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
prawidłowa		0,482	0,168
symulacja	0,482		0,624
dyssymulacja	0,168	0,624	

Współczynniki podobieństwa profili Rs są nieistotne statystycznie. Profile pacjentów:

- z prawidłową postawą i z postawą symulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z prawidłową postawą i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z postawą symulacji i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń lękowych

2.5.4.2.4. Zaburzenia osobowości

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń osobowości

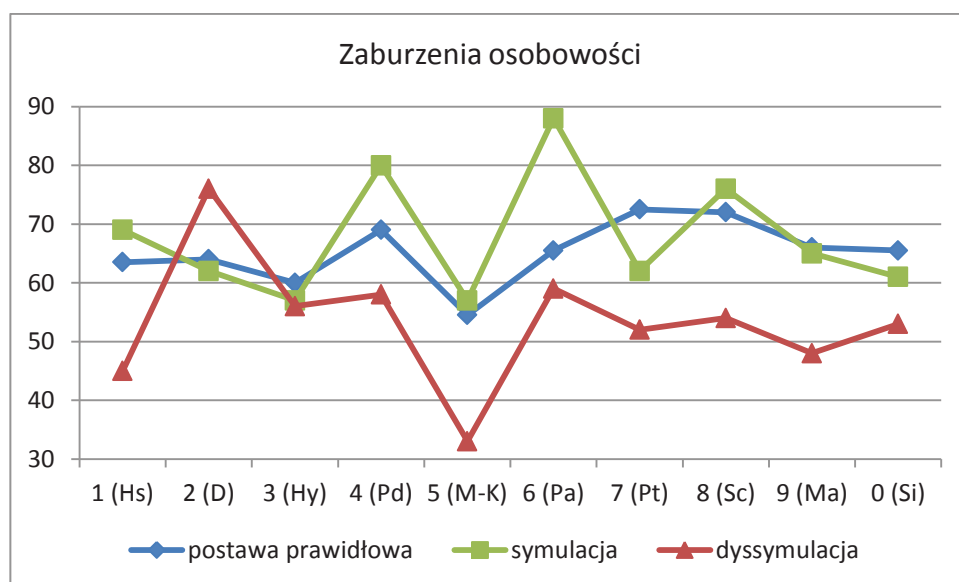
Zaburzenia osobowości	Postawa wobec badania		
	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
	n=12	n=1	n=1
1 (Hs)	63,5	69,0	45,0
2 (D)	64,0	62,0	76,0
3 (Hy)	60,0	57,0	56,0
4 (Pd)	69,0	80,0	58,0
5 (M-K)	54,5	57,0	33,0
6 (Pa)	65,5	88,0	59,0
7 (Pt)	72,5	62,0	52,0
8 (Sc)	72,0	76,0	54,0
9 (Ma)	66,0	65,0	48,0
0 (Si)	65,5	61,0	53,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń osobowości

Postawa wobec badania	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
prawidłowa		0,532	0,176
symulacja	0,532		0,360
dyssymulacja	0,176	0,360	

Współczynniki podobieństwa profili Rs są nieistotne statystycznie. Profile pacjentów:

- z prawidłową postawą i z postawą symulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z prawidłową postawą i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z postawą symulacji i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń osobowości

2.5.4.2.5. Zaburzenia organiczne

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń organicznych

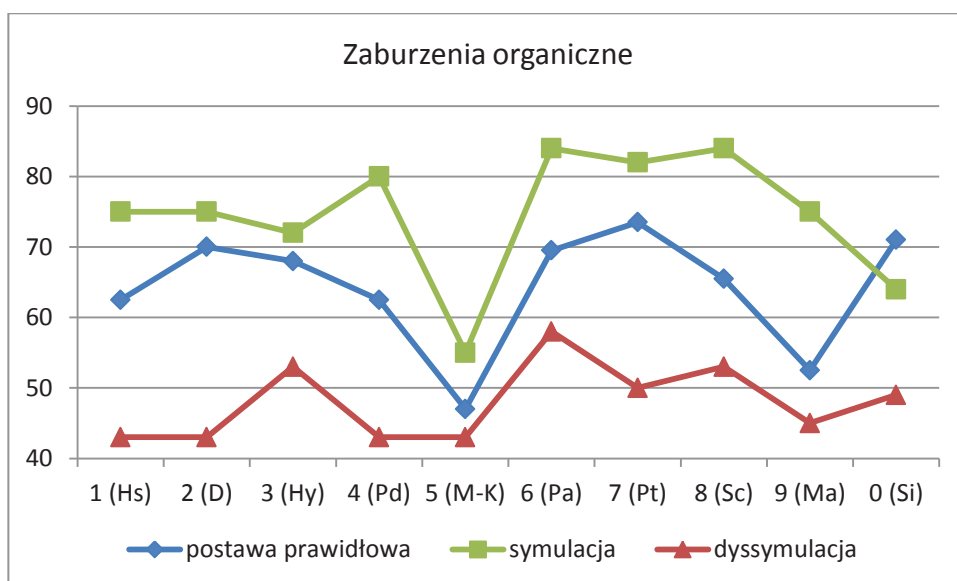
Zaburzenia organiczne	Postawa wobec badania		
	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
	n=12	n=5	n=3
1 (Hs)	62,5	75,0	43,0
2 (D)	70,0	75,0	43,0
3 (Hy)	68,0	72,0	53,0
4 (Pd)	62,5	80,0	43,0
5 (M-K)	47,0	55,0	43,0
6 (Pa)	69,5	84,0	58,0
7 (Pt)	73,5	82,0	50,0
8 (Sc)	65,5	84,0	53,0
9 (Ma)	52,5	75,0	45,0
0 (Si)	71,0	64,0	49,0

Tab. Współczynniki podobieństwa profili Rs u pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dyssymulacji w grupie zaburzeń organicznych

Postawa wobec badania	prawidłowa	symulacja	dyssymulacja
prawidłowa		0,253	0,440
symulacja	0,253		0,468
dyssymulacja	0,440	0,468	

Współczynniki podobieństwa profili Rs są nieistotne statystycznie. Profile pacjentów:

- z prawidłową postawą i z postawą symulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z prawidłową postawą i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą,
- z postawą symulacji i z postawą dyssymulacji wobec badania różnią się między sobą.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej, symulacji i dysymulacji w grupie zaburzeń organicznych

2.5.4.3. Podsumowanie

Postawę prawidłową wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem *zaburzeń osobowości* – 85,7%.

Postawę symulacji/agrawacji wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem *zaburzeń organicznych* – 25%.

Postawę dysymulacji wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem *zaburzeń lękowych* – 32,5%.

U pacjentów z prawidłową postawą wobec badania najczęściej występował kod wysokopunktowy: 278.

U pacjentów symulujących najczęściej występował kod wysokopunktowy 687.

U pacjentów dysymulujących najczęściej występował kod wysokopunktowy: 328.

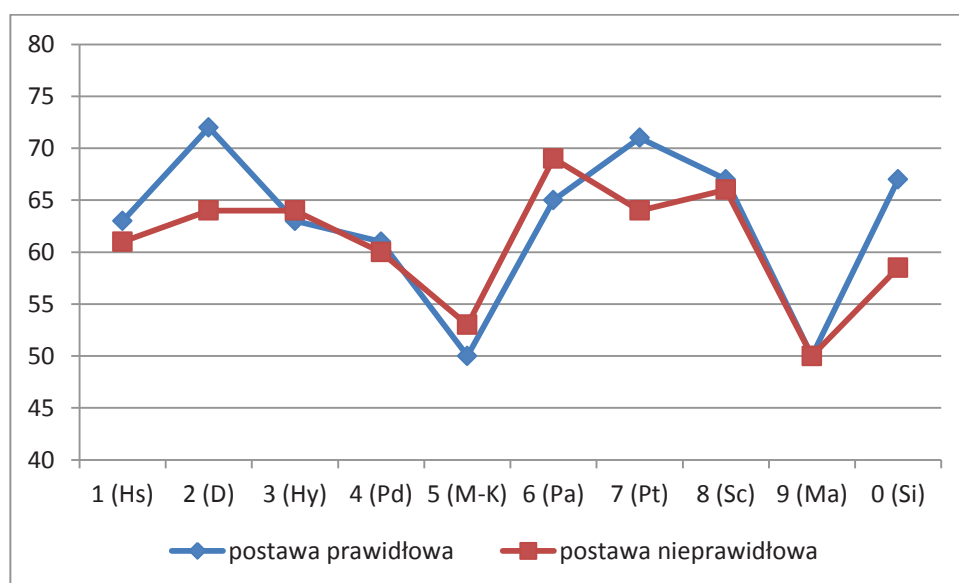
Profile pacjentów symulujących, dysymulujących i z prawidłową postawą wobec badania w każdej grupie rozpoznań różnią się między sobą

2.5.5. Porównanie profili zafalszowanych

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o prawidłowej i nieprawidłowej postawie wobec badania oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Ogółem	Postawa wobec badania	
	prawidłowa	nieprawidłowa
	n=119	n=62
1 (Hs)	63,0	61,0
2 (D)	72,0	64,0
3 (Hy)	63,0	64,0
4 (Pd)	61,0	60,0
5 (M-K)	50,0	53,0
6 (Pa)	65,0	69,0
7 (Pt)	71,0	64,0
8 (Sc)	67,0	66,0
9 (Ma)	50,0	50,0
0 (Si)	67,0	58,5
Rs	0,632	
p	0,05015	

Współczynnik podobieństwa profili $Rs = 0,632$ jest istotny statystycznie na poziomie $p=0,05015$. Profile u pacjentów o postawie prawidłowej i nieprawidłowej wobec badania są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów o postawie prawidłowej i nieprawidłowej wobec badania

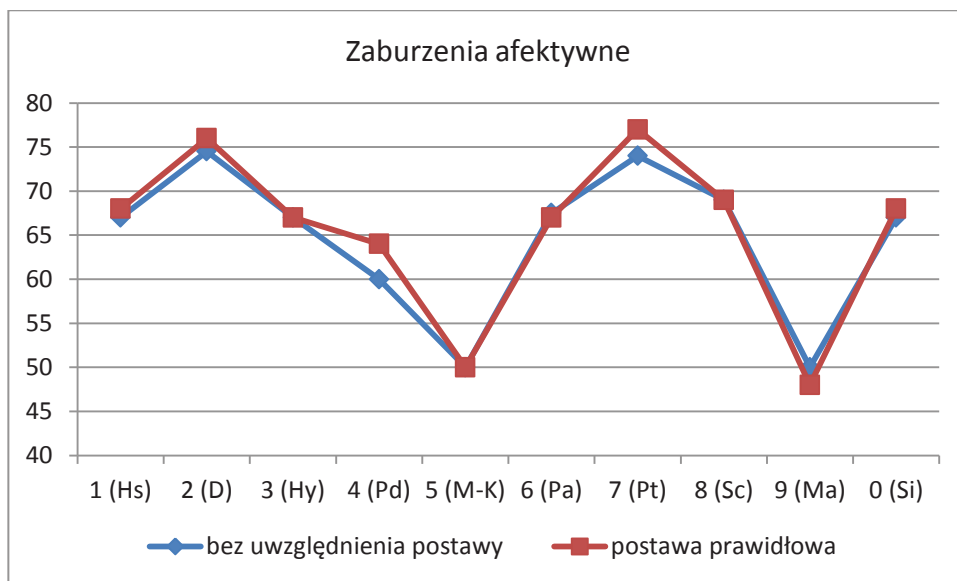
2.5.5.1. W grupach zaburzeń

2.5.5.1.1. Zaburzenia afektywne

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem afektywnym o prawidłowej postawie i bez uwzględnienia postawy wobec badania oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Zaburzenia afektywne	Postawa wobec badania	
	bez uwzględnienia postawy	prawidłowa
	n=66	n=43
1 (Hs)	67,0	68,0
2 (D)	74,5	76,0
3 (Hy)	67,0	67,0
4 (Pd)	60,0	64,0
5 (M-K)	50,0	50,0
6 (Pa)	67,5	67,0
7 (Pt)	74,0	77,0
8 (Sc)	69,0	69,0
9 (Ma)	50,0	48,0
0 (Si)	67,0	68,0
Rs	0,916	
p	0,00019	

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,916$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



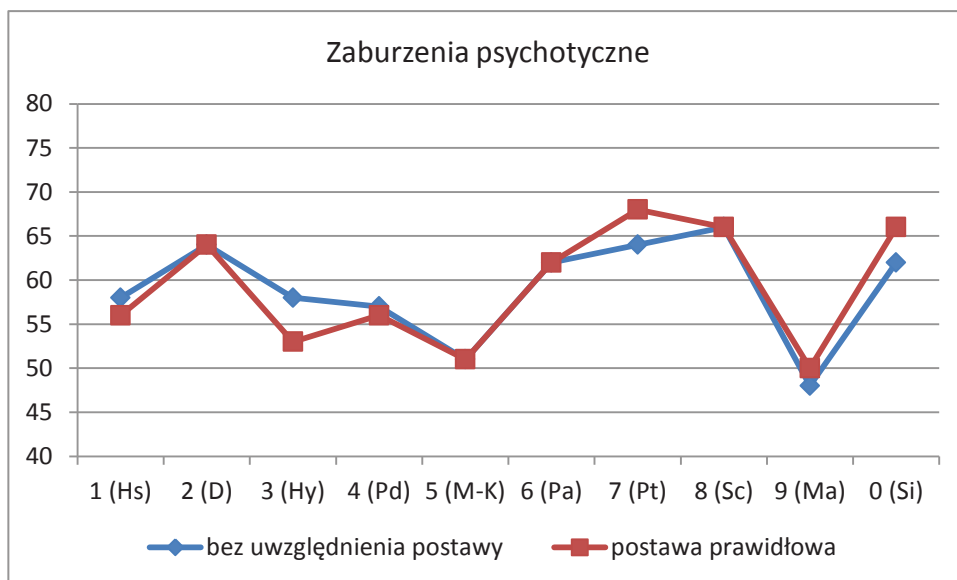
Rys. Profile pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem afektywnym o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania

2.5.5.1.2. Zaburzenia psychotyczne

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem psychotycznym o prawidłowej postawie i bez uwzględnienia postawy wobec badania oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Zaburzenia psychotyczne	Postawa wobec badania	
	bez uwzględnienia postawy	prawidłowa
	n=41	n=27
1 (Hs)	58,0	56,0
2 (D)	64,0	64,0
3 (Hy)	58,0	53,0
4 (Pd)	57,0	56,0
5 (M-K)	51,0	51,0
6 (Pa)	62,0	62,0
7 (Pt)	64,0	68,0
8 (Sc)	66,0	66,0
9 (Ma)	48,0	50,0
0 (Si)	62,0	66,0
Rs	0,905	
p	0,00032	

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,905$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



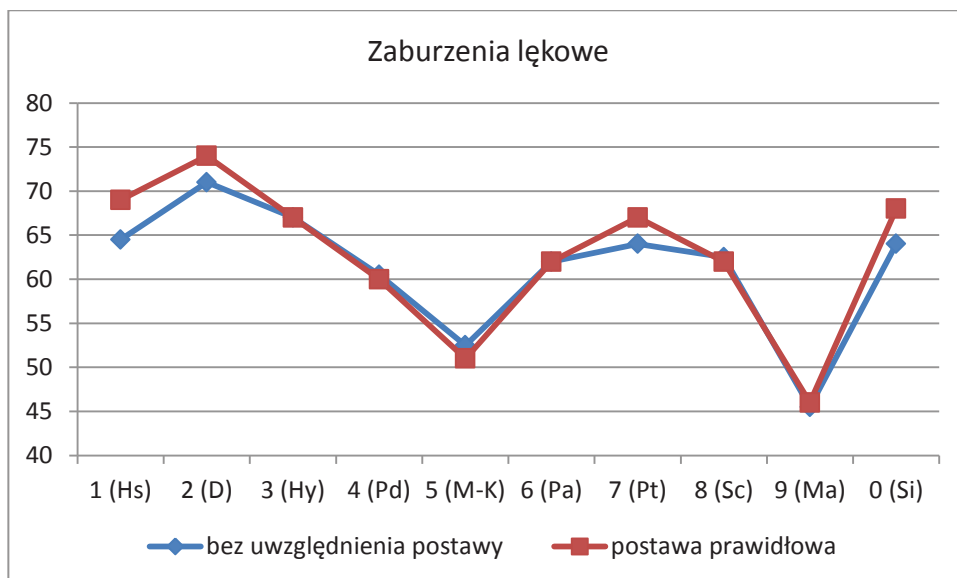
Rys. Profile pacjentów z rozpoznanym zaburzeniem psychicznym o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania

2.5.5.1.3. Zaburzenia lękowe

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów z rozpoznanym zaburzeniem lękowym o prawidłowej postawie i bez uwzględnienia postawy wobec badania oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Zaburzenia lękowe	Postawa wobec badania	
	bez uwzględnienia postawy	prawidłowa
	n=40	n=25
1 (Hs)	64,5	69,0
2 (D)	71,0	74,0
3 (Hy)	67,0	67,0
4 (Pd)	60,5	60,0
5 (M-K)	52,5	51,0
6 (Pa)	62,0	62,0
7 (Pt)	64,0	67,0
8 (Sc)	62,5	62,0
9 (Ma)	45,5	46,0
0 (Si)	64,0	68,0
Rs	0,939	
p	0,00006	

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,939$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



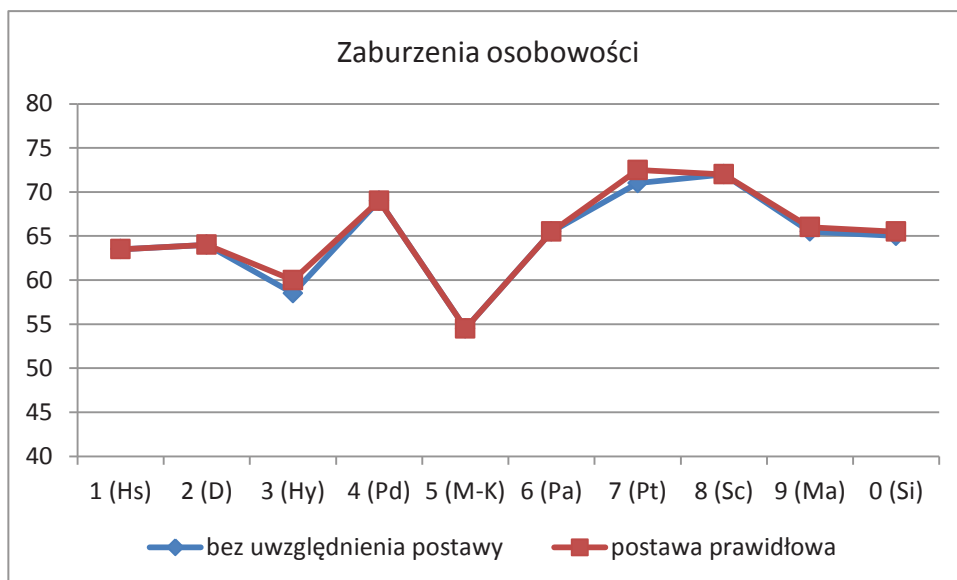
Rys. Profile pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania

2.5.5.1.4. Zaburzenia osobowości

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem osobowości o prawidłowej postawie i bez uwzględnienia postawy wobec badania oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Zaburzenia osobowości	Postawa wobec badania	
	bez uwzględnienia postawy	prawidłowa
	n=14	n=12
1 (Hs)	63,5	63,5
2 (D)	64,0	64,0
3 (Hy)	58,5	60,0
4 (Pd)	69,0	69,0
5 (M-K)	54,5	54,5
6 (Pa)	65,5	65,5
7 (Pt)	71,0	72,5
8 (Sc)	72,0	72,0
9 (Ma)	65,5	66,0
0 (Si)	65,0	65,5
Rs	0,979	
p	0,00000	

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,979$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem osobowości o postawie prawidłowej i bez uwzględnienia postawy wobec badania

2.5.5.2. Podsumowanie

Profile z prawidłową i dewiacyjną postawą wobec badania w każdej grupie pacjentów były istotnie podobne względem siebie.

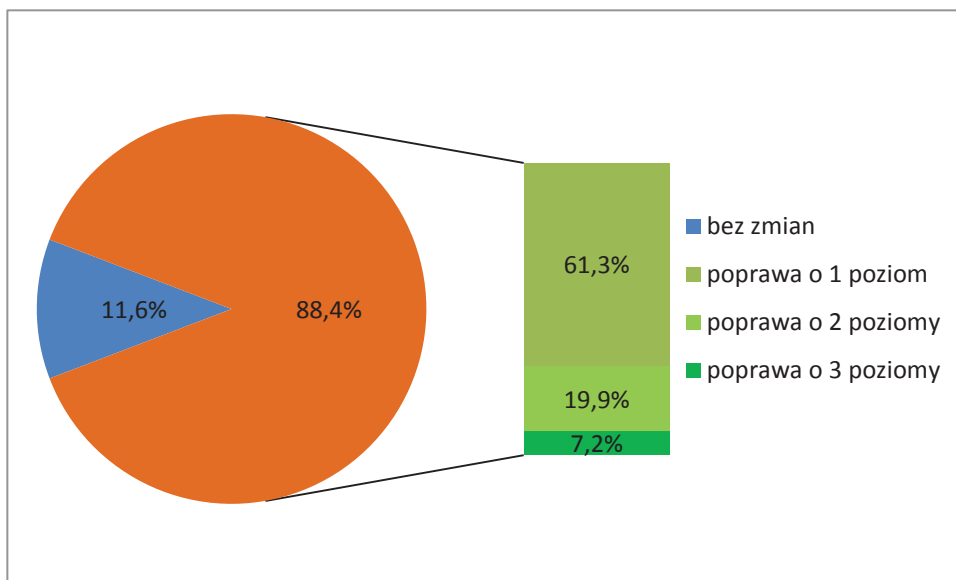
2.5.6. Ocena poprawy stanu funkcjonalnego

2.5.6.1. Skala GAF (skala 0-10)

Tab. Tabela liczebności i częstości zmiany oceny stanu funkcjonalnego pacjentów po terapii

GAF		n	%
bez zmian		21	11,6%
poprawa	o 1 poziom	111	61,3%
	o 2 poziomy	36	19,9%
	o 3 poziomy	13	7,2%

Po terapii u 11,6% pacjentów nie nastąpiła zmiana w ocenie stanu funkcjonalnego. U pozostałych osób nastąpiła poprawa oceny stanu funkcjonalnego – u 88,4% osób. 61,3% pacjentów poprawiło swoją ocenę stanu funkcjonalnego o jeden poziom. O dwa poziomy poprawiło 19,9% pacjentów, a o trzy poziomy - 7,2% pacjentów.



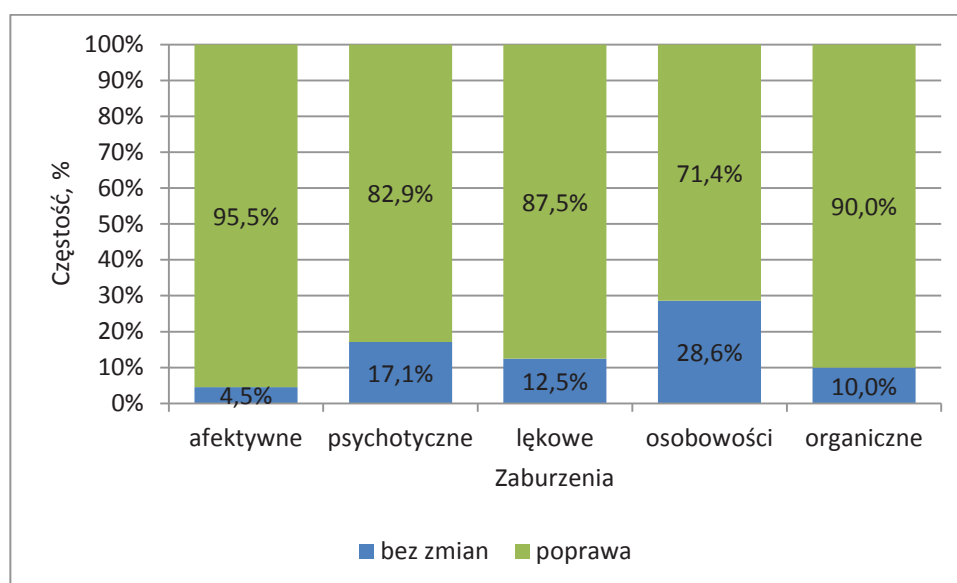
Rys. Zmiany oceny stanu funkcjonalnego pacjentów po terapii

Tab. Tabela zmian oceny stanu funkcjonalnego po terapii

bez zmian	1 osoba na 3 poziomie
	6 osób na 4 poziomie
	14 osób na 5 poziomie
poprawa o jeden poziom	2 osoby z 3 na 4 poziom
	19 osób z 4 na 5 poziom
	89 osób z 5 na 6 poziom
	1 osoba z 6 na 7 poziom
poprawa o dwa poziomy	2 osoby z 2 na 4 poziom
	3 osoby z 3 na 5 poziom
	24 osoby z 4 na 6 poziom
	7 osób z 5 na 7 poziom
poprawa o trzy poziomy	1 osoba z 1 na 4 poziom
	5 osób z 2 na 5 poziom
	5 osób z 3 na 6 poziom
	2 osoby z 4 na 7 poziom

Tab. Tabela liczebności i częstości pacjentów ze względu na wpływ oddziaływania terapeutycznego w grupach rozpoznania zaburzeń

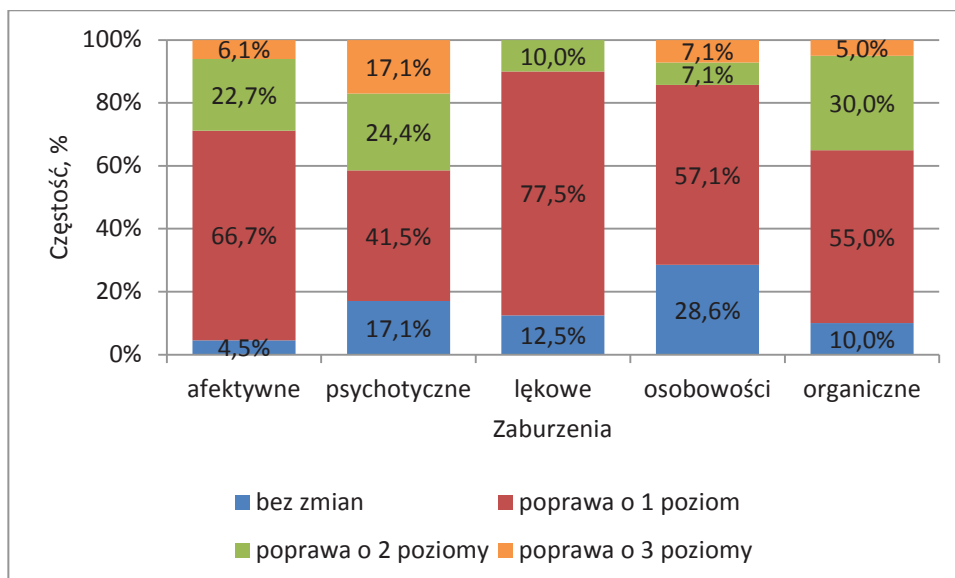
Wpływ oddziaływania terapeutycznego	Zaburzenia				
	afektywne n=66	psychotyczne n=41	lękowe n=40	osobowości n=14	organiczne n=20
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
bez zmian	3 (4,5%)	7 (17,1%)	5 (12,5%)	4 (28,6%)	2 (10,0%)
poprawa	63 (95,5%)	34 (82,9%)	35 (87,5%)	10 (71,4%)	18 (90,0%)



Rys. Wpływ oddziaływania terapeutycznego na pacjentów w grupach rozpoznania zaburzeń

Tab. Tabela liczebności i częstości pacjentów ze względu na wpływ oddziaływania terapeutycznego w grupach rozpoznania zaburzeń

Wpływ oddziaływania terapeutycznego	Zaburzenia				
	afektywne n=66	psychotyczne n=41	lękowe n=40	osobowości n=14	organiczne n=20
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
bez zmian	3 (4,5%)	7 (17,1%)	5 (12,5%)	4 (28,6%)	2 (10,0%)
poprawa o 1 poziom	44 (66,7%)	17 (41,5%)	31 (77,5%)	8 (57,1%)	11 (55,0%)
poprawa o 2 poziomy	15 (22,7%)	10 (24,4%)	4 (10,0%)	1 (7,1%)	6 (30,0%)
poprawa o 3 poziomy	4 (6,1%)	7 (17,1%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	1 (5,0%)



Rys. Wpływ oddziaływania terapeutycznego na pacjentów w grupach rozpoznania zaburzeń

2.5.6.2. Podsumowanie

Największy odsetek poprawy stanu funkcjonowania wystąpił u pacjentów z *zaburzeniami afektywnymi* (95,5%).

Najmniejszy odsetek poprawy stanu funkcjonowania wystąpiła u pacjentów z *zaburzeniami osobowości* (71,4%).

Największy wzrost poziomu poprawy stanu funkcjonowania wystąpił u pacjentów z *zaburzeniami psychotycznymi* (max: o 3 poziomy - 17,1%).

Najmniejszy wzrost poziomu poprawy stanu funkcjonowania wystąpiła u pacjentów z *zaburzeniami osobowości* (max: o 2 poziomy 10%).

2.5.7. Rokowania na oddziaływania terapeutyczne

2.5.7.1. Słabe rokowania w terapii

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów o prawidłowej postawie wobec badania bez zmian i z poprawą po terapii oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Prawidłowa postawa wobec badania	Wpływ oddziaływania terapeutycznego	
	bez zmian	poprawa
	n=16	n=103
1 (Hs)	61,0	63,0
2 (D)	75,5	71,0
3 (Hy)	51,5	64,0
4 (Pd)	60,0	61,0
5 (M-K)	49,0	50,0
6 (Pa)	62,0	66,0
7 (Pt)	71,0	70,0
8 (Sc)	69,0	67,0
9 (Ma)	51,0	50,0
0 (Si)	69,5	67,0
Rs	0,957	
p	0,00001	

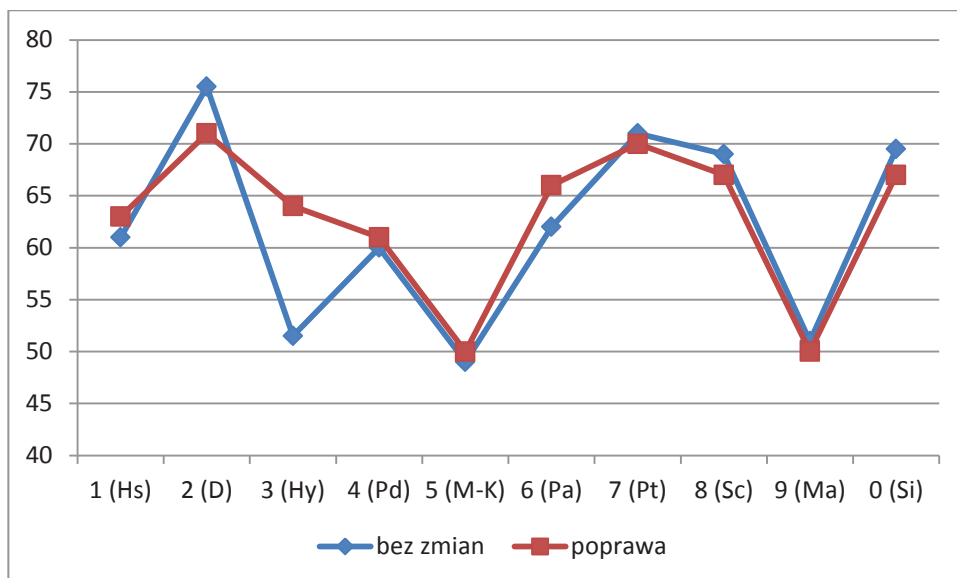
U pacjentów z prawidłową postawą wobec badania, u których nie nastąpiła zmiana na oddziaływania terapeutyczne kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 75,5
- Pt – mediana 71
- Sc – mediana 69

U pacjentów z prawidłową postawą wobec badania pozytywnie rokujących na oddziaływania terapeutyczne (wystąpiła poprawa) kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 71
- Pt – mediana 70
- Sc – mediana 67

Współczynnik podobieństwa profili $Rs = 0,957$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów bez zmian po terapii i u pacjentów z poprawą po terapii są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów bez zmian i z poprawą po terapii

2.5.7.2. Ryzyko przedterminowego ukończenia leczenia

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów bez i z problemami dyscyplinarnymi oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Ogółem	Problemy dyscyplinarne	
	brak problemów z dyscypliną	problemy z dyscypliną
	n=106	n=13
1 (Hs)	64,0	59,0
2 (D)	72,5	62,0
3 (Hy)	63,0	52,0
4 (Pd)	61,0	60,0
5 (M-K)	50,0	48,0
6 (Pa)	65,5	65,0
7 (Pt)	71,0	65,0
8 (Sc)	67,0	69,0
9 (Ma)	49,0	55,0
0 (Si)	67,5	65,0
Rs	0,730	
p	0,01651	

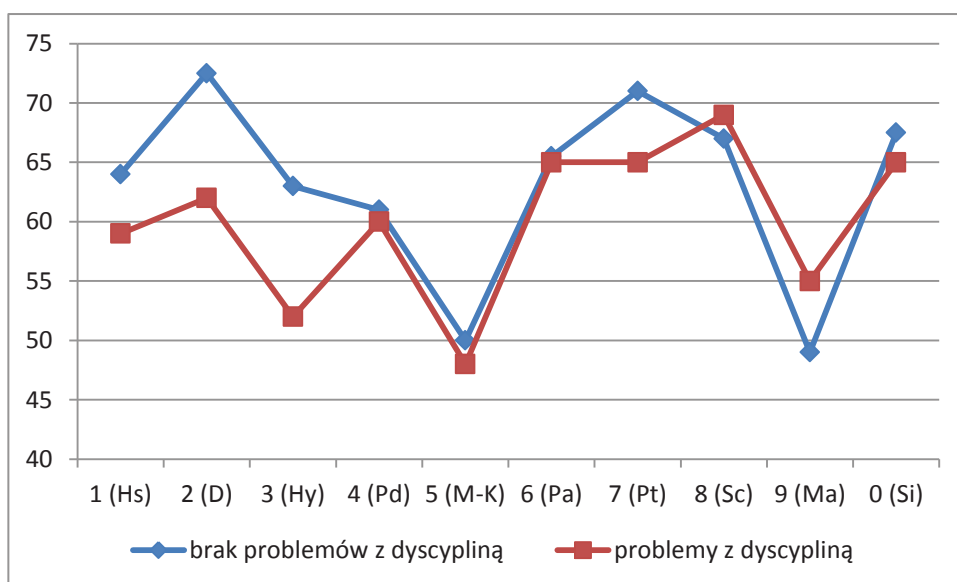
U pacjentów bez problemów z dyscypliną kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 72,5
- Pt – mediana 71
- Sc – mediana 67

U pacjentów z problemami z dyscypliną kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Sc – mediana 69
- Pa – mediana 65
- Pt – mediana 65

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,730$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów bez problemów z dyscypliną i z problemami z dyscypliną są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów bez i z problemami dyscyplinarnymi

2.5.7.3. Myśli i próby samobójcze

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów bez i z myślami i zachowaniami destrukcyjnymi oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Ogółem	Myśli i zachowania destrukcyjne	
	bez myśli i zachowań destrukcyjnych	myśli i zachowania destrukcyjne
	n=97	n=22
1 (Hs)	63,0	67,5
2 (D)	72,0	74,0
3 (Hy)	61,0	68,0
4 (Pd)	61,0	59,0
5 (M-K)	50,0	50,0
6 (Pa)	65,0	64,0
7 (Pt)	71,0	70,5
8 (Sc)	67,0	69,5
9 (Ma)	50,0	47,0
0 (Si)	67,0	67,5
Rs	0,868	
p	0,00113	

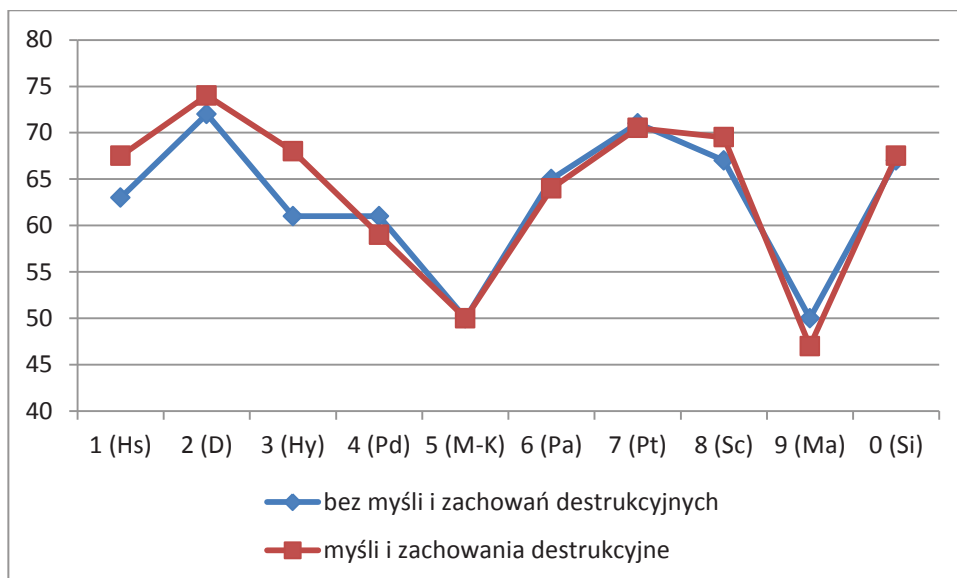
U pacjentów bez myśli i zachowań destrukcyjnych kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 72
- Pt – mediana 71
- Sc – mediana 67

U pacjentów z myślami i zachowaniami destrukcyjnymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 74
- Pt – mediana 70,5
- Sc – mediana 69,5

Współczynnik podobieństwa profili $Rs = 0,868$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów bez myśli i zachowań destrukcyjnych i z myślami i zachowaniami destrukcyjnymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów bez i z myślami i zachowaniami destrukcyjnymi

2.5.7.3.1. Myśli samobójcze

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów bez i z myślami samobójczymi oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Ogółem	Myśli samobójcze	
	bez myśli samobójczych	myśli samobójcze
	n=99	n=20
1 (Hs)	62,0	71,0
2 (D)	71,0	75,5
3 (Hy)	61,0	69,0
4 (Pd)	61,0	59,0
5 (M-K)	50,0	50,0
6 (Pa)	65,0	65,5
7 (Pt)	70,0	72,5
8 (Sc)	66,0	70,0
9 (Ma)	50,0	45,5
0 (Si)	67,0	68,5
Rs	0,823	
p	0,00343	

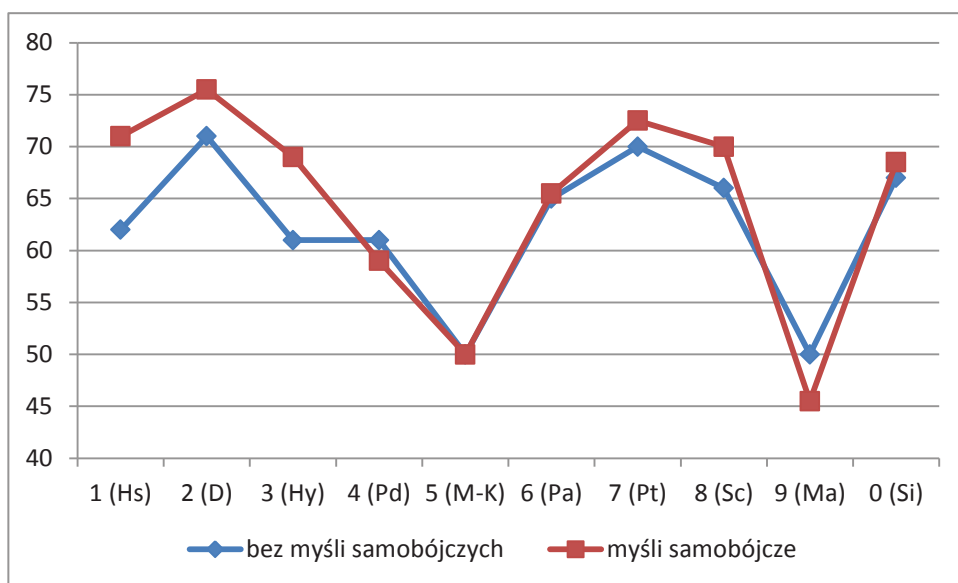
U pacjentów bez myśli samobójczych kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 71
- Pt – mediana 70
- Sc – mediana 66

U pacjentów z myślami samobójczymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 75,5
- Pt – mediana 72,5
- Hs – mediana 71

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,823$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów bez myśli samobójczych i z myślami samobójczymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów bez i z myślami samobójczymi

2.5.7.3.2. Próby samobójcze

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów bez i z próbami samobójczymi oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Ogółem	Próby samobójcze	
	bez prób samobójczych	próby samobójcze
	n=114	n=5
1 (Hs)	63,0	54,0
2 (D)	72,0	56,0
3 (Hy)	63,0	51,0
4 (Pd)	61,0	54,0
5 (M-K)	50,5	45,0
6 (Pa)	65,0	64,0
7 (Pt)	71,0	63,0
8 (Sc)	67,0	58,0
9 (Ma)	50,0	50,0
0 (Si)	67,0	62,0
Rs	0,761	
p	0,01050	

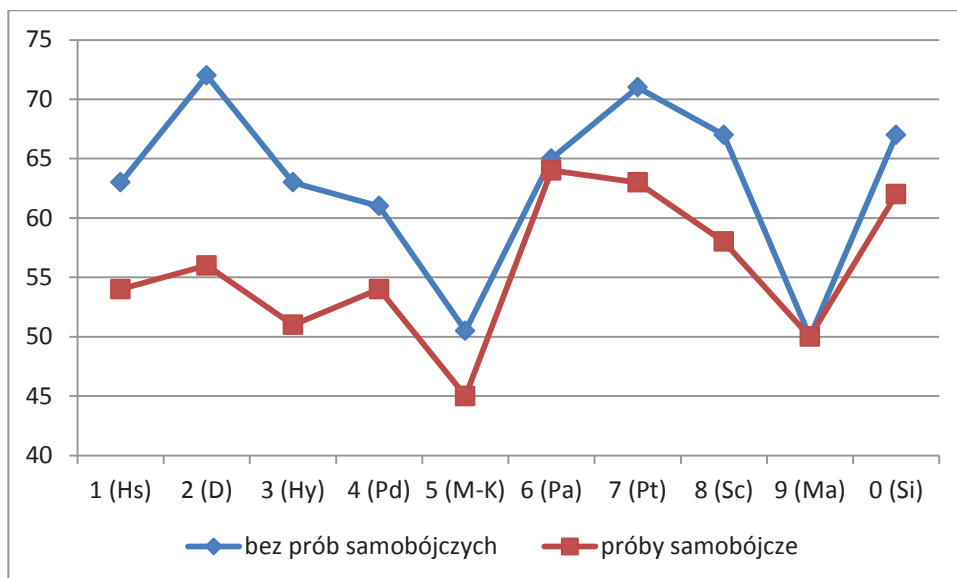
U pacjentów bez prób samobójczych kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 72
- Pt – mediana 71
- Sc – mediana 67

U pacjentów z próbami samobójczymi kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Pa – mediana 64
- Pt – mediana 63
- Sc – mediana 68

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,761$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów bez prób samobójczych i z próbami samobójczymi są podobne względem siebie, a podobieństwo jest wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów bez i z próbami samobójczymi

2.5.7.4. Uzależnienia

Tab. Mediany skal klinicznych u pacjentów bez i z uzależnieniem oraz wynik współczynnika podobieństwa profili

Ogółem	Uzależnienia	
	brak uzależnienia	uzależnienie
	n=106	n=13
1 (Hs)	63,5	55,0
2 (D)	72,0	66,0
3 (Hy)	63,5	55,0
4 (Pd)	60,0	64,0
5 (M-K)	50,0	47,0
6 (Pa)	66,0	61,0
7 (Pt)	70,5	74,0
8 (Sc)	67,0	67,0
9 (Ma)	50,0	52,0
0 (Si)	67,0	69,0
Rs	0,847	
p	0,00200	

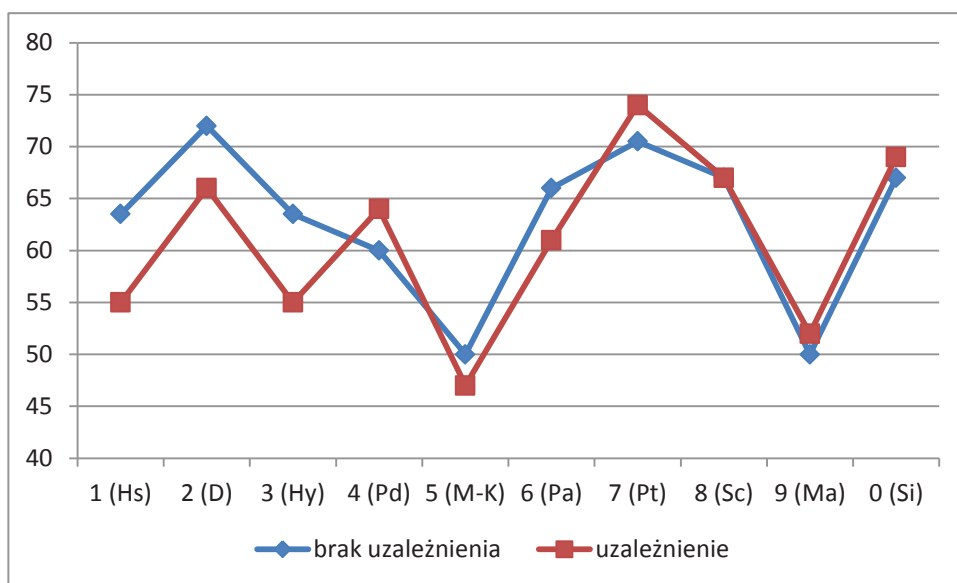
U pacjentów bez uzależnień kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- D – mediana 72
- Pt – mediana 70,5
- Sc – mediana 67

U pacjentów z uzależnieniami kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali:

- Pt – mediana 74
- Sc – mediana 67
- D – mediana 66

Współczynnik podobieństwa profili $R_s = 0,847$ jest istotny statystycznie. Profile u pacjentów bez uzależnienia i z uzależnieniem są podobne względem siebie, a podobieństwo jest bardzo wysoko pozytywne.



Rys. Profile pacjentów bez i z uzależnieniem

2.5.7.5. Podsumowanie

U pacjentów, z poprawą funkcjonowania po oddziaływaniu terapeutycznym występował kod wysokopunktowy: 278

U pacjentów, bez poprawy funkcjonowania po oddziaływaniu terapeutycznym występował kod wysokopunktowy: 278

Profile były istotnie podobne względem siebie.

U pacjentów z problemami z dyscypliną kod wysokopunktów wynosił: 867

U pacjentów bez problemów z dyscypliną kody wysokopunktowe wystąpiły dla skali: 278

Profile były istotnie podobne względem siebie.

U pacjentów bez myśli i zachowań destrukcyjnych kod wysokopunktowy wynosił: 278

U pacjentów z myślami i zachowaniami destrukcyjnymi kod wysokopunktowy wyniósł: 278

Profile były istotnie podobne względem siebie.

U pacjentów z myślami samobójczymi kody wysokopunktowe wynosił: 271

U pacjentów bez myśli samobójczych kody wysokopunktowe wynosił: 278.

Profile były istotnie podobne względem siebie.

U pacjentów z próbami samobójczymi kod wysokopunktowy wynosił: 678

U pacjentów bez prób samobójczych kod wysokopunktowy wynosił: 278

Profile były istotnie podobne względem siebie.

U pacjentów z uzależnieniami kod wysokopunktowy wynosił: 728.

U pacjentów bez uzależnień kod wysokopunktowy wynosił: 278.

Profile były istotnie podobne względem siebie.

Tab. Porównanie sugestii diagnostycznych w różnych podejściach interpretacji wyników

Uzyskany wynik*	Rozpoznanie sugerowane przez najwyższą skalę	Rozpoznanie sugerowane przez kod wysokopunktowy	Rozpoznanie rzeczywiste**
72(81)	zaburzenia lękowe (8) - „nerwica psychasteniczna” (1,2) - „syndrom obsesyno-kompulsywny” (1,2)	- zaburzenia lękowe - zaburzenia depresyjne - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (8)	Zaburzenia afektywne
78(26)	zaburzenia lękowe (8) - „nerwica psychasteniczna” (1,2) - „syndrom obsesyno-kompulsywny” (1,2)	- schizofrenia - zaburzenia depresyjne - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne - zespół stresu pourazowego - zaburzenia osobowości (8)	Zaburzenia psychotyczne
21(37)	- depresja (184, 8, 1)	- zaburzenia lękowe - zaburzenia depresyjne - zaburzenia somatoformiczne - schizofrenia (niewielki odsetek) (8)	Zaburzenia lękowe
78(496)	zaburzenia lękowe (8) - „nerwica psychasteniczna” (1,2) - „syndrom obsesyno-kompulsywny” (1,2)	- schizofrenia - zaburzenia depresyjne - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne - zespół stresu pourazowego - zaburzenia osobowości (8)	Zaburzenia osobowości
72(638)	zaburzenia lękowe (8) - „nerwica psychasteniczna” (1,2) - „syndrom obsesyno-kompulsywny” (1,2)	- zaburzenia lękowe - zaburzenia depresyjne - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (8)	Zaburzenia organiczne

*Skale w nawiasach są kolejnymi pod względem wysokości skalami w profilu **Rozpoznanie dokonał psychiatra

Tab. Wnioski z bieżących badań na tle populacji pacjentów psychiatrycznych.

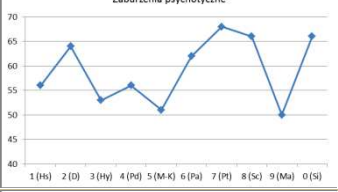
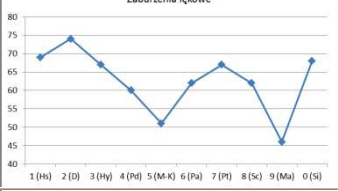
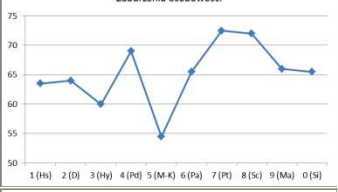
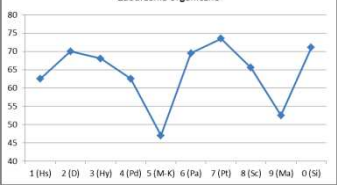
Cechy	Kierunek rozpoznania	Diagnostyka różnicowa	Profil typowy	Rokowania
Kod profilu: 72(81) Mediana: wyższa dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si) Triada: obie podwyższone w podobnym stopniu (układ skal w triadach bardziej „iglicowy”) Średnia profilu: 67	zaburzenia afektywne	- zaburzenia organiczne - zaburzenia lękowe		Dobre (z reguły prawidłowa postawa wobec badania, najczęściej występująca poprawa w skali GAF, wyniki w skali K nieco poniżej normy sugerują pewne utrudnienia w interwencjach terapeutycznych)
Kod profilu: 78(26) Mediana: niska dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si). Triada: podwyższona psychotyczna Profil: wzrastający Średnia profilu: 59	zaburzenia psychotyczne	- zaburzenia osobowości		Średnie (względnie duży procent dysymulacji oraz odsetek pacjentów bez poprawy po leczeniu; kiedy jednak poprawa następowała, była najbardziej znaczna z grupy pacjentów psychiatrycznych; wyniki w skali K w normie mówiące o dobrym działaniu mechanizmów obronnych)
Kod profilu: 21(37) Mediana: wyższa dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si) Triada: podwyższona neurotyczna Profil: opadający Średnia profilu: 63	zaburzenia lękowe	- zaburzenia afektywne - zaburzenia organiczne		Relatywnie dobre (duży odsetek poprawy w skali GAF, jednak większe ryzyko dysymulacji na tle innych pacjentów, wyniki w skali K nieco poniżej normy sugerują pewne utrudnienia w interwencjach terapeutycznych)
Kod profilu: 78(496) Mediana: Niska dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si). Triada: podwyższona psychotyczna Średnia profilu: 70	zaburzenia osobowości	- zaburzenia psychotyczne		Słabe (pomimo najczęściej występującej prawidłowej postawy wobec badania oraz wyniku w skali K poniżej normy sugerują utrudnienia w interwencjach terapeutycznych)
Kod profilu: 72(638) Mediana: wyższa dla skal: 2 (D), 3 (Hy) i 0 (Si) Triada: obie podwyższone w podobnym stopniu (układ skal w triadach bardziej płaski) Wysoka skala: F Średnia profilu: 68	zaburzenia organiczne	- zaburzenia afektywne - zaburzenia lękowe		Relatywnie dobre (mimo względnie dużego odsetka symulacji i niskiego wyniku w skali K, procent pacjentów z poprawą po leczeniu był znaczący)

Tabela przedstawiająca rokowania na bazie uzyskanych wyników, w podejściu opartym o analizę pojedynczej skali, aktuarialnym i klinicznym.

Układ skal profilu:	Rokowania (podejście oparte na pojedynczej skali)	Rokowania (podejście aktuarialne)	Rokowania (podejście kliniczne)
72(81)	Słabe: Wynik w skali K (T=42) nieco poniżej normy, sugerują utrudnienia w interwencjach terapeutycznych	Dobre**	Dobre: Wyższe wyniki w skali 2 i 7 wskazują na przeżywanie stanu wyczerpania. Odczuwany w związku z tym silny dyskomfort może powodować silną motywację do zmiany i tym samym – terapii. W większości przypadków, jest to wyznacznikiem dobrej motywacji do zmiany. Osoby te czują się bezradne i nie widzą szans na przezwyciężania własnych problemów. Dlatego dużo czasu zabiera im ich roztrząsanie (wyższe skale 7,2). W terapii należy skupić się na wzmocnieniu poczucia sprawstwa pacjentów w kontekście wpływu na proces leczenia.
78(26)	Dobre: Wynik w skali K (T=45) w normie, wskazuje na dobre działanie mechanizmów obronnych	*	Średnie: Nadal zachowany potencjał przystosowawczy pacjenta (kolejność skal 7 i 8, gdzie 7>8, co świadczy o nadal toczącej się walce ze swoimi problemami. Mimo, że pacjenci są w stanie dużego emocjonalnego chaosu, nie wahają się przyznawać do problemów, co jest korzystne dla procesu terapeutycznego. Przy pierwszych kontaktach, mogą sprawiać wrażenie dezorientowanych i wystraszonych (wyższe skale 7 i 8), dlatego też wskazane byłoby „uspokojenie” prze wyjaśnienie celu badania, wykonywanych procedur, zasadności zadawania określonych pytań. Osoby te mają trudność w prawidłowej ocenie rzeczywistości (6), dlatego też terapeuta może początkowo pełnić rolę „wyznacza/konsultanta” normalności. Występuje tu również tendencja do społecznego izolowania się (wyniki w skalach 8, 6 i 2) idąca w parę z brakiem doświadczeń socjalizacyjnych, wskazują na zasadność stosowania eksperymentów behawioralnych mających na celu pomoc pacjentom w uzyskaniu takowych. Osoby takie są introspektywne, mają tendencję do pograżania się w wyobrażeniach i „przeżuwanie” myśli, raczej nie wskazana jest psychoterapia „wglądowa”. Mogłaby wręcz pogłębić tę tendencję i nasilić ucieczkę w fantazjowanie i intelektualizację (a nawet doprowadzić do epizodu psychotycznego). Niedyrektywna, skoncentrowana na pacjencie psychoterapia, również mogłaby pobudzić do ciągłego analizowania tych samych spraw.
21(37)	Słabe: Wynik w skali K (T=42) nieco poniżej normy, sugerują utrudnienia w interwencjach terapeutycznych	Niepomyślne	Średnie: Wysokie wyniki w skalach 2,7 i 3 wskazują, że pacjent wielokrotnie analizował własne problemy, lecz nie idzie to w parze z działaniem. Trudno mu podejmować decyzje i konkretne działania w celu rozwiązania problemów. Z powodów do nadmiernej skłonności do analizy, raczej nie wskazana jest psychoterapia „wglądowa”. Mogłaby wręcz pogłębić tę tendencję i nasilić ucieczkę w fantazjowanie i intelektualizację. Niedyrektywna, skoncentrowana na pacjencie psychoterapia, również mogłaby pobudzić do ciągłego analizowania tych samych spraw. W relacjach z innymi są to osoby często bierno-zależne. W przypadku braku w ich ocenie wystarczającej uwagi ze strony terapeuty, mogą żywić wobec niego gniew i wrogość, nie wyrażając tych emocji wprost (np. milczeć, pomijać trudne wątki, odrzucać spotkania).

78(496)	Słabe: Wynik w skali K (T=40) poniżej normy, sugerują utrudnienia w interwencjach terapeutycznych	*	Słabe: Wysokie wyniki w skali 4 i 8 wskazują, że badany czuje się wyobcowany. Należy rozważyć włączenie do programu terapeutycznego treningu z zakresu nawiązywania kontaktu z innymi oraz ćwiczenia umiejętności społecznych. Terapia grupowa może być najbardziej optymalna forma oddziaływań leczniczych. Ponadto, wyższy wynik w skali 4 sugerować może złości i tendencję do obciążania innych za swoje trudności. Ten sam faktor, w połączeniu zaznaczoną na profilu skalą 9, wskazuje na niską tolerancję na frustrację, co wywołując częste zniecierpliwienie, może powodować „wypadnięcie” z terapii. Zwłaszcza gdy efekty nie pojawiają się tak szybko, jakby pacjent oczekiwał. Z racji trudności w kontroli emocji (zaznaczone skale 4,6,9) pacjent może zgłaszać ciągle, a często sprzeczne uwagi do terapii. Gdy prowadzona jest dyrektywnie – postawa oporu i biernej agresji, gdy niedyrektywnie – narzekać mogą na bierność terapeuty i brak pomocy z jego strony.
72(638)	Bardzo słabe: Wynik w skali K (T=38) bardzo niski wskazuje na utrudnienia w interwencjach terapeutycznych	Dobre**	Relatywnie dobre: Wyższe wyniki w skali 2 i 7 wskazują na przeżywanie stanu wyczerpania. Odczuwany w związku z tym silny dyskomfort może powodować silną motywację do zmiany i tym samym – terapii. W większości przypadków, jest to wyznacznikiem dobrej motywacji do zmiany. Osoby te czują się bezradne i nie widzą szans na przezwyciężania własnych problemów. Dlatego dużo czasu zabiera im ich roztrząsanie (podwyższone skale 7 i 2). W terapii należy skupić się na wzmocnieniu poczucia sprawstwa pacjentów w kontekście wpływu na proces leczenia. Zwłaszcza przy podwyższonej skali 6 należy zwrócić uwagę na sztywność poznawczą (w opiniach i postawach). Nie należy w początkowej fazie nadmiernie polemizować z nieracjonalnymi przekonaniami, a skupić się na ich weryfikacjach poprzez doświadczenia (w sposób empiryczny).

*Brak danych w literaturze, **Kod 72 interpretowany był jako kod wysokopunktowy 72/27

3. Dyskusja

Na podstawie wyników przedstawionych w pracy doktorskiej stwierdzono przydatność diagnostyczną i predykcyjną kwestionariusza MMPI-2 w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w opiece stacjonarnej. Stwierdzona użyteczność jest jednak w pewnym stopniu ograniczana. Sam wynik badania bezpośrednio nie może konkretnie określać rozpoznania, ani też w pełni przewidywać rokowania. Pośrednio jednak, można wnioskować o prawdopodobieństwie określonych rozpoznań, czy oszacować prognozę leczenia.

W kontekście diagnostycznym, wyniki badań własnych sugerują, że kwestionariusz z powodzeniem może być używany jedynie jako element diagnozy nozologicznej, a klinicyści mogą otrzymać najwięcej użytecznych informacji o pacjentach przy zastosowaniu podejścia klinicznego interpretacji wyników. W praktyce oznacza to, że przy diagnozowaniu ukierunkowanym na rozpoznanie najbardziej użytecznym będzie wariant analizy profilu, ze szczególnym uwzględnieniem konfiguracji skal względem siebie.

MMPI-2 może być również ważnym źródłem informacji dla diagnostów, którzy próbują przewidywać potencjalne trudności w terapii oraz odpowiedź na leczenie, zwłaszcza, gdy sugestie te będą tworzone w podejściu klinicznym. Podejście kliniczne w praktyce oznacza analizowanie układu skal profilu względem siebie i na tej podstawie wyciąganie prognostycznych wniosków.

W niniejszej pracy wykazano również, że podejście kliniczne, jest najbardziej optymalnym ze sposobów formułowania wniosków, zarówno w obszarze diagnostycznym, jak i predykcyjnym. Podejście czysto statystyczne jest również użyteczne, jednak nie zawsze możliwe do zastosowania ze względu sprzeczności w podawanych treściach, czy też potencjalnych cechach.

Cechy nowości badań

Ogrom publikacji związanych z tematyką MMPI-2 (ok. 2000 od 1989 r.) dotyczy przeważnie powiązań poszczególnych skal, czy kodów wysokopunktowych z daną cechą lub rozpoznaniem. Niewiele jest jednak opracowań dotyczących charakterystyki prognostycznej. W kontekście predykcyjnym, pojedyncze doniesienia dotyczą raczej użyteczności w wąskim zakresie, prowadzone są w oparciu o pojedyncze skale, skale

dodatkowe do tego przeznaczone (np. skala Es – Siły Ego), lub odnoszą się do innych wersji kwestionariusza (MMPI-2-RC, MMPI-2-RF). W obecnym badaniu, zwrócono uwagę na możliwości, ale i ograniczenia związane z wykorzystywaniem kwestionariusza MMPI-2 w praktyce klinicznej w pracy z pacjentami psychiatrycznymi.

Aspekt nowości wnosił także fakt, że niniejsze badania skupiały się na ukazaniu różnic międzygrupowych w populacji pacjentów psychiatrycznych. Wyniki uzyskane przez pacjentów z danej grupy diagnostycznej odnoszone były nie tylko do norm w populacji ogólnej (np. wyników w tzw. „ciszy diagnostycznej”), ale również porównane zostały z wynikami pacjentów z innych grup klinicznych (z innym rozpoznaniem). W przypadku leczenia psychiatrycznego w ramach oddziału stacjonarnego spodziewać się można wyższych niż w normie wyników raczej u większości pacjentów. Dlatego też istotne jest, z punktu widzenia diagnostyki różnicowej, zwrócenie uwagi na wskaźniki testu pomocne w wychwytywaniu różnic międzygrupowych w wynikach już „podwyższonych”.

Ponadto, nowością było odniesienie się w sposób empiryczny do 3 podejść interpretacji wyników: opartego na pojedynczej skali, aktuarnego (statystycznego) i klinicznego.

Wyniki uzyskanych badań nie tylko mogą być przełożone na praktykę kliniczną (co jest zgodne z zasadami evidence based medicine (EBM)).

Przydatność diagnostyczna

a) Przydatność w określaniu i różnicowaniu konkretnych jednostek diagnostycznych na podstawie pojedynczej skali – słaba

W badaniach oceniającym przydatność testu MMPI-2 w diagnostyce depresji na grupie hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych, wykazano niewielką wartość pojedynczych skal w ocenie zaburzenia (68). Stwierdzono także, że w przypadku diagnozowania schizofrenii w oparciu tylko o jedną podwyższoną skalę (nawet gdy była to skala 8- Schizofrenii) sposób taki był zbyt dużym uproszczeniem (184). Niemniej jednak, w literaturze wciąż pojawiają się powiązania jednostek diagnostycznych z pojedynczymi skalami (np. 2-depresja, 8-schizofrenia, 7-zaburzenia lękowe) (1, 2, 184, 8).

Niewielką przydatność diagnostyczną w oparciu o pojedynczą skalę potwierdzają również wyniki badań własnych, w których wykazano, że sugestie diagnostyczne przypisane najwyższemu wynikowi w skali rzadko pokrywały się z rzeczywistymi rozpoznaniem pacjentów (stawianymi przez lekarzy psychiatrów). Ponadto, medyczna nomenklatura towarzysząca tym diagnostycznym wskazówkom, często była anachroniczna i nieaktualna (np. „nerwica psychasteniczna”, „syndrom obsesyjno-kompulsywny” (1, 2).

W badaniach własnych stwierdzono, że 80% pacjentów miało najwyższe wyniki w tej samej skali: 7. Przyczyną takiego stanu rzeczy, mogą być sugerowane w piśmiennictwie deskryptory dla skal klinicznych mające charakter heterogeniczny (1, 2, 184, 8). Tym samym, cechy przypisywane wyższemu wynikowi na jednej skali mogą być charakterystyczne dla wielu innych jednostek. W tym przypadku, wyższy wynik na skali 7 wiązał się z doświadczaniem dyskomfortu i psychicznego zamętu, co jest charakterystyczne dla niemal całej populacji pacjentów psychiatrycznych. Niestety, pojawia się ryzyko wystąpienia jakiejś formy efektu Barnuma, gdzie interesujący nas wynik będzie pasował właściwie do każdej z grupy zaburzeń.

Wyniki przedstawione w pracy doktorskiej potwierdzają założenie, że nie jest zalecane wnioskowanie w oparciu o pojedyncze skale kliniczne. Wnioski na bazie innych źródeł (8) potwierdzają, że nie zawsze sugestie związane z wynikiem tenowym w poszczególnych skalach będą odnosiły się do wszystkich badanych. W przypadku korzystania jednak z tej formy interpretacyjnej, większą ufnością należy obdarzyć bardziej skrajne wyniki, co związane jest z kategoryalnym charakterem tworzenia skal klinicznych w jego pierwotnej wersji (grupa kliniczna vs. grupa normalna) (8).

Należy podkreślić, że sugestie na bazie wyników w pojedynczych skalach, powinny być traktowane raczej jako hipotezy do weryfikacji w szerszym kontekście informacji o osobie badanej, także z innych skal MMPI-2.

W literaturze tematu pojawiają się sugestie, że w celu zwiększenia użyteczności diagnostycznej pojedynczych skal klinicznych, należałoby wiązać je z innymi podskalami (np. Harrisa-Lingoesa, skalami treściowymi i ich składowymi) (8). Tego kierunku nie podjęto w niniejszej pracy doktorskiej, gdyż badanie zostało przeprowadzone w oparciu o analizę podstawowych skal kontrolnych i klinicznych. Skorzystanie jednak z tej sugestii, mogłoby przyczynić się do wykrycia lub empirycznego potwierdzenia już istniejących powiązań skal dodatkowych w kontekście diagnozy nozologicznej i tym samym, wzmocnić wagę interpretacji opartej o skalę pojedynczą.

b) Przydatność w określaniu i różnicowaniu konkretnych jednostek diagnostycznych na podstawie kodów wysokopunktowe – średnia

Badania donoszą, że w rzeczywistej praktyce klinicznej interpretacja profili MMPI odbywa się zwykle na podstawie kodów wysokopunktowych (68). W publikacjach pojawiają się jednak doniesienia o małej użyteczności kodów wysokopunktowych w diagnostyce nozologicznej (254, 256). W piśmiennictwie, dla samej depresji znaleźć można szereg kodów wysokopunktowych: 278 (68, 60, 56, 67), 27/72, 28/82, 23/32, 24/42 (72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80), jednak badania sugerują, że żaden z nich nie jest tylko dla niej patognomiczny, gdyż względnie często występuje także wśród innych grup pacjentów psychiatrycznych (73, 76, 78). Zdarzało się również, że spora część badanych „nie mieściła” się w żadnym z wymienionych kodów, co oznacza, że wielu pacjentów produkowało niepowtarzalne profile (71). Ma to potwierdzenie w piśmiennictwie, gdzie stwierdzono, że jedynie 20-30% profili psychiatrycznych zawierało się w podanych kodach wysokopunktowych (254, 261). Problem z użyciem kodów wysokopunktowych polega na tym, aby były one użyteczne, profil pacjenta musi się w niego „wpasować”. W niniejszej pracy doktorskiej wykazano trudności w zakresie dopasowania profili pacjentów do dostępnych kodów wysokopunktowych. W przypadku wyników uzyskanych przez 2 grupy pacjentów (zaburzenia psychotyczne i zaburzenia osobowości) nie było „szablonu”, do którego można byłoby się odnieść.

Kody wysokopunktowe otrzymane w rezultacie badań własnych w określonych zaburzeniach nie w pełni potwierdziły się z oficjalnie figurującymi w publikacjach. Te wskazują na kody wysokopunktowe charakterystyczne dla zaburzeń afektywnych: 27/72, 28/82, 23/32, 24/42 (72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80), zaburzeń lękowych: 278, 78/87, 28 (49, 52, 60, 56, 67, 50), zaburzeń psychotycznych: 68/86 (184, 54, 55), 287 (201, 202, 203, 2014, 205, 200), zaburzeń osobowości (duże zróżnicowanie): np. 46/64, 278 (52, 200, 206, 207), zaburzeń organicznych: 13/31 (8). W niniejszej pracy uzyskano kody wysokopunktowe dla zaburzeń: afektywnych – 72, lękowych – 217 i 213, psychotycznych – 78, osobowości -78 i organicznych – 72. Pozornie, kody te nie są spójne. Przy pobieżnej analizie, zdawać się nawet mogą zupełnie inne. Rzeczywiście porównując kod 27 z 72 (zaburzenia afektywne), czy 287 z 78 (zaburzenia psychotyczne) ewidentnie widać różnice. Jednak kod 27 i 72 są zmianą w konfiguracji skal, jednak w obrębie tego samego kodu, a 278 może być „rozwinięciem” kodu 78. W tym wariancie zbieżne wyniki uzyskano w kodach osób z zaburzeniami afektywnymi, psychotycznymi, czy osobowości.

Badania donoszą, że dany kod wysokopunktowy może być popularny w wielu różnych rozpoznaniach (1, 2, 184, 8). Przykładowo, pomimo, iż kod 278 najsilniej związany był z depresją i lękiem (60, 56, 67) również pojawiać się mógł w profilach badanych z psychozą (67). Taka tendencja również zauważona została w wynikach przedstawionych w pracy doktorskiej. Kod 72 pojawił się zarówno w zaburzeniach afektywnych i organicznych, a 78 w zaburzeniach psychotycznych i osobowości.

Wyniki przedstawione w niniejszej pracy doktorskiej również wskazują na rozbieżności w zakresie sugerowanych przez kody wysokopunktowe i rzeczywiście występujących u pacjentów rozpoznań. Wyniki uzyskane w ramach badań własnych wskazują, że wnioskując w oparciu o sam kod wysokopunktowy (zazwyczaj 2-3 dominujące skale kliniczne), można wyciągnąć nietrafne, a nawet szkodliwe dla pacjenta i jego dalszego leczenia wnioski. W przypadku wyników uzyskanych w niniejszej pracy, np. stwierdzić można „słabe rokowania” dla pacjentów z zaburzeniami lękowymi, którzy uzyskali kod 21. Bezkrytycznie przyjmując wyniki statystyczne, można też zalecić pacjentowi „psychotycznemu” terapię analityczną opartą na „wglądzie”, skądinąd nieinwazyjną, a czasem zalecaną w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości o tym samym kodzie wysokopunktowym.

W niniejszym badaniu, mimo zróżnicowania pacjentów i ich przynależności do wielu kategorii zaburzeń (afektywnych, lękowych, psychotycznych, osobowości, czy organicznych), uzyskano jedynie 3 kody wysokopunktowe: 78, 72 i 21. Ponadto, kody te zawierały zupełnie różniące się w obrazie klinicznym jednostki (np. kod 72: „afektywne” i „organiczne” oraz kod 78: „psychotyczne” i „osobowości”). Z punktu widzenia diagnozy nozologicznej, wyniki takie są mało użyteczne.

Przyczyną tego stanu rzeczy może być fakt, że kluczowe (wg kwestionariusza) cechy dla danego rozpoznania (np. zaburzeń psychotycznych), mogą być wspólne również dla innej grupy (tu: zaburzeń osobowości). W praktyce, cechy osiowe dla danej jednostki, będą w tym przypadku manifestować się w postaci najwyższych wyników na danej skali (w przypadku badań własnych – skali 78 i 72), co może być tożsame z charakterystycznymi dla zupełnie innego rozpoznania wynikami (tu: zaburzenia afektywne i organiczne oraz psychotyczne i osobowości). Te z pozoru nielogiczne rezultaty nabierają sensu przy klinicznym podejściu do zagadnienia. Skale 7 i 8 związane są z poczuciem psychicznego zamętu i dyskomfortu oraz wyobcowania i izolacji społecznej. Powyższe trudności widoczne są w obrazie klinicznym, czy skargach zarówno pacjentów „psychotycznych”, jak i z zaburzeniami osobowości. Występują jednak

na innym podłożu, czego już kod wysokopunktowy może nie „wychwycić”. Analogicznie w przypadku drugiej grupy zaburzeń ze wspólnym kodem 72 (afektywne i organiczne). W tym wariancie, cechą wspólną, oprócz wymienionego wcześniej poczucia psychicznego dyskomfortu i zamętu (skala 7) pojawia się uczucie przygnębienia, smutku, czy dysforii (skala 2). Tutaj również, odnosząc się do klasyfikacji ICD-10, objawy te mogą zostać uznane za osiowe w obu grupach. W przypadku mniej typowego przebiegu zaburzenia, istnieje ryzyko, że profil zostanie zakwalifikowany do innego kodu. Tym samym diagnoza wykonana na jego podstawie może okazać się nieprawidłowa.

Wyniki badań własnych sugerują, że kod wysokopunktowy, a tym samym podejście aktuarialne, nie jest najlepszą drogą do nozologicznej klasyfikacji profili MMPI, co jest zgodne z doniesieniami naukowymi zawartymi w innych publikacjach (254).

Na podstawie przedstawionych w pracy doktorskiej wyników badań, można wyciągnąć wniosek, że w tym zakresie prosty sumaryczny wskaźnik statystyczny - nie istnieje z powodu braku możliwości pokazania związku między wynikami w poszczególnych skalach. Jest to zgodne z zawartymi w piśmiennictwie teoretycznymi rozważaniami (184).

W praktyce klinicznej niejednokrotnie od psychologa wymaga się diagnostyki w kierunku konkretnego rozpoznania. Lekarz zlecający badanie, z reguły już wie, z czym należy ewentualne zaburzenie różnicować i nie potrzebuje „statystycznych” informacji, jakie jednostki diagnostyczne należy brać pod uwagę. W przypadku, pracy na oddziałach psychiatrycznych, odnoszenie się do kodu wysokopunktowego mijałoby się z celem. Statystyczny opis jest w tym wariancie mało przydatny, sugerując np. (jak w przypadku badań własnych) dwa zupełnie odrębne rozpoznania.

c) Przydatność w różnicowaniu konkretnych jednostek diagnostycznych na podstawie konfiguracji skal klinicznych – duża

W uzyskanych w ramach badań własnych profilach pacjentów, obserwowane są subtelne zmiany w układach skal względem siebie. Przykładowo, mimo tego samego kodu wysokopunktowego – 78, profile pacjentów z zaburzeniami osobowości, w przeciwieństwie do psychotycznych, miały bardziej zaznaczoną (podwyższoną) „osobowościową” komponentę (skala 4), co jest spójne z obrazem klinicznym wymienionych zaburzeń, oraz potwierdzone w innych publikacjach (52, 187, 188, 189, 194, 196). Także w przypadku profili o kodzie wysokopunktowym 72, profile pacjentów

„organicznych” były bardziej „płaskie” w triadach od „afektywnych”. Badania własne wykazują, że w różnicowaniu, najbardziej jednak istotne jest to, co pojawia się zaraz za kodem wysokopunktowym, czyli kolejne skale w profilu. W niniejszych badaniach, uzyskane wyniki prezentowały się następująco: w przypadku zaburzeń afektywnych: 72 (81), psychotycznych: 78 (26), lękowych: 21 (37), osobowości: 78 (496), czy organicznych: 72 (638). O ile dwie pierwsze skale (kody wysokopunktowe) w przypadku dwóch grup pacjentów (afektywne i organiczne oraz psychotyczne i osobowości) nie wykazały zróżnicowania, kolejne już pomagają uwidocznic taką różnicę. W tym przypadku, użyteczność diagnostyczna kwestionariusza manifestowała się w możliwości różnicowania skal i wyników względem siebie, co wspomaga proces generowania wniosków na bazie dedukcji klinicznej. Inaczej było w przypadku podejścia aktuarialnego, gdzie sugerowano gotowe rozwiązania (cechy, rozpoznania).

Publikacji z wykorzystaniem narzędzia MMPI jest ok. 10 000, a z wykorzystaniem MMPI-2 ponad 2000 od 1989r. Większość z nich związana jest z podejściem aktuarialnym (w odniesieniu do kodów), lub pojedynczych skal. Niewiele jest jednak publikacji odnoszących się do użyteczności klinicznego podejścia w interpretacji wyników w sposób bezpośredni. Badacze tematu wprawdzie zwracali uwagę na wartość analizy pod kątem konfiguracji skal względem siebie, zazwyczaj jednak dotyczyło to pojedynczych elementów układu skal.

Zaburzenia afektywne

Wyniki badań własnych wykazały, że profile pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, oprócz najwyższych skal 2 i 7 (kod wysokopunktowy 27/72), mają także podwyższone wyniki prawie na wszystkich innych skalach klinicznych: 1, 3, 4, 6, 8, 0 (z wyjątkiem 5, 9). Skala 9 znajduje się w normie, jedynie w dolnej granicy, natomiast jest znacznie obniżona w stosunku do średniej profilu. Skale odpowiadające za „hamowanie” (2, 3, 7) są wyższe od skal związanych z impulsywnością (4, 6, 9), przy czym 3>4 co świadczy o sprawnie działających procesach kontroli. Wynik na skali 9 (związanej z napędem psychomotoryczny i witalnością) blisko dolnej granicy normy, jednak znacznie obniżony w stosunku do średniej profilu. W przypadku brania pod uwagę wyłącznie oceny ilościowej (wysokość wyniku na skali), czy analizując profil jedynie w odniesieniu do normy (wynik w „ciszy diagnostycznej”), cechy istotne dla właściwego wnioskowania klinicznego element zostałyby pominięte.

Najwyższe skale uzyskane w profilach pacjentów z zaburzeniami afektywnymi w ramach badań własnych, zgodne są z naukowymi doniesieniami. W piśmiennictwie dla samej depresji wyszczególniono kody: 278 (68, 60, 56, 67), 27/72, 28/82, 23/32, 24/42 (52, 56, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80), w których zawierają się podane w wynikach pracy doktorskiej. Jednak często podany dla zaburzeń afektywnych kod (np. 278) autorzy publikacji łączy także z innymi zaburzeniami np. lękowymi (60, 56, 67). Gilberstadt Duker również łączyli ten typ kodu z lękiem, depresją, bezsennością, nerwowością, obsesjami, napięciem i zamartwianiem (54), czyli ponownie z cechami charakterystycznymi dla znacznej części populacji pacjentów psychiatrycznych.

Sugestie zawarte w literaturze dotyczące badanych z zaburzeniami afektywnymi jedno- i dwubiegunowymi, są względnie spójnie z wynikami osiągniętymi w niniejszej pracy naukowej. Wyniki dla pacjentów z CHAD wiązały się z kodem wyskopunktowym 28 (8) lub podwyższonymi skalami 2,1,8,3, (70). Jednobiegunowy wariant depresji powiązany był natomiast z wyższymi wynikami na skalach 2 i 7, co jest zgodne z uzyskanymi w niniejszej pracy wynikami (70).

W wyodrębnionych w ramach pracy doktorskiej podgrupach zaburzeń afektywnych, zauważa się większe zróżnicowanie w obrębie tej samej grupy rozpoznań. Na profilu pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, z triady „neurotycznej” pozostaje podwyższona jedynie 2 i 3 skala, a triada „psychotyczna” zmienia kształt, na niekorzyść mechanizmów kontroli ($6 > 7$). Różnice mogą wynikać ze zdecydowanie większej liczby pacjentów z depresją jednobiegunową w głównej grupie zaburzeń afektywnych (45%). W przypadku podgrupy pacjentów z epizodem depresyjnym – takich różnic w ramach badań własnych nie zauważono. Niemniej jednak, takie zróżnicowanie profilu pacjentów „dwubiegunowych” w stosunku do „jednobiegunowych” może wynikać z faktu, że proces chorobowy CHAD może przebiegać również z „psychotyczną” komponentą (np. zaburzenia afektywne dwubiegunowe – obecnie epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi). W publikacji, gdzie uzyskano podobne wyniki, zróżnicowanie to łączono ze specyficznymi cechami, w tym przypadku „narcystycznymi”, przyporządkowanymi grupie pacjentów zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (70).

Jest to kolejny argument, aby profile rozpatrywać w sposób bardziej spersonalizowany w oparciu o przesłanki pozatestowe.

Zanurzenia psychotyczne

Wyniki badań własnych wykazały, że profile pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi oprócz najwyższych skal 7 i 8 (kod wysokopunktowy 78/97), mają także podwyższone wyniki na skalach klinicznych: 2 i 0. Także skala 6 znajduje się w granicach normy, natomiast jest znacznie podwyższona w stosunku do średniej profilu. Większość skal znajduje się w granicach normy. Skale odpowiadające za „hamowanie” (2, 3, 7) i impulsywność (4, 6, 9) rozkładają się w sposób niejednorodnym względem siebie. Z jednej strony $7 > 6$, co może świadczyć o działających mechanizmach „hamowania”, z drugiej $4 > 3$ niekorzystnie świadczy o sprawnie działających procesach kontroli. Ponadto, triada „psychotyczna” nie jest podwyższona w sposób ilościowy. Obserwuje się natomiast jej wyraźny wzrost w stosunku do średniej profilu. Warto zauważyć, że znaczna część profilu mieści się w wynikach tzw. „ciszy diagnostycznej”.

Wyniki badań własnych są spójne z uzyskanymi w innych publikacjach w zakresie podwyższonej skali 6 i 8 (68, 184), zwłaszcza wśród pacjentów psychiatrycznych zaznaczała się skala 8 (68). Uzyskane w niniejszej pracy wyniki również były spójne w kontekście kodu wysokopunktowego, zakładając, że otrzymany w niniejszej pracy wynik zawiera się w kodzie proponowanym przez innych badaczy: 287 (201, 202, 203, 2014, 205, 200).

Badania donoszą, że w przypadku pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, profil jest zbliżony do „normalnego”, ze średnimi wynikami we wszystkich skalach (184, 228), co jest spójne z wynikami uzyskanymi w pracy doktorskiej. Profile pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, są także relatywnie niskie w porównaniu z innymi grupami zaburzeń (13), co również znalazło odzwierciedlenie w wynikach niniejszej pracy. Średnia profilu pacjentów z grupy zaburzeń psychotycznych, była najniższa spośród wszystkich grup rozpoznań. Przyczyną takiego stanu rzeczy może także być długoletnia farmakoterapia, powodująca że objawy u pacjentów z przewlekłą schizofrenią stawały się mniej uciążliwe, co wpływało na niższe wyniki w profilu MMPI (13). Obniżenie profilu pacjentów „psychotycznych” w tym kontekście należałoby interpretować jako wyznacznik (przynajmniej subiektywnej) poprawy samopoczucia i funkcjonowania pacjenta, a niekoniecznie obiektywną miarę nasilenia objawów na tle populacji ogólnej.

Zdarzają się jednak doniesienia, że badani otrzymują wysokie wyniki na kilku skalach (184). W przypadku badań przedstawionych w niniejszej pracy, w żadnej ze skal pacjenci nie otrzymali wyniku wysokiego, jedynie podwyższony na 2 pozycjach (7 i 8).

Niektórzy badacze w swoich publikacjach podają możliwość pojawiania się kodu 278 w profilach badanych z psychozą (67). W innych badaniach jednak, kod 2,7 został negatywnie związany z psychozą oraz paranoją i podejrzliwością (52). Wyniki wykonane w ramach pracy doktorskiej wskazują na skale 7 i 8 jako najwyższe w profilu.

W uzyskanych w ramach badań własnych profilach pacjentów „psychotycznych” nie zauważa się również konfiguracji skal w kształcie „dolinki paranoidalnej”, gdzie podwyższone są skale 6 i 8 (przy czym $6 \text{ i } 8 > 7$) (1, 2, 184, 200). Jest to spójne z doniesieniami dotyczącymi badań na grupie pacjentów ambulatoryjnych, gdzie nie stwierdza się powiązania profilu 68/86 z objawami psychotycznymi (56). Jednak badania te wykonywane były na grupie leczącej się w warunkach innych niż przedstawiona w niniejszym badaniu.

Zaburzenia lękowe

Wyniki badań własnych wykazały, że profile pacjentów z zaburzeniami lękowymi, oprócz najwyższych skal 2 i 1 (kod wysokopunktowy 12/21), mają także podwyższone wyniki prawie na wszystkich innych skalach klinicznych: 3,7 i 0. Skala 9 znajduje się w normie, (w dolnej granicy), natomiast jest znacznie obniżona w stosunku do średniej profilu. Wyraźnie zaznaczona jest triada „neurotyczna”, a profil ma charakter opadający. Skale odpowiadające za „hamowanie” (2,3,7) są wyższe od skal związanych z impulsywnością (4,6,9), przy czym $3 > 4$, co świadczy o sprawnie działających procesach kontroli. Podobnie jak w przypadku powyższych profili, wynik na skali 9 blisko dolnej granicy normy, jednak znacznie obniżony w stosunku do średniej profilu, jest spójny z obrazem klinicznym zaburzeń i świadczyć może o spadku aktywności i spowolnieniu psychoruchowym wywołanym silnym napięciem, specyficznym dla zaburzeń lękowych.

Wyniki uzyskane w ramach pracy doktorskiej nie są spójne w zakresie kodów wysokopunktowych z innymi doniesieniami. Proponowane w piśmiennictwie popularne kody wysokopunktowe dla zaburzeń lękowych, to: 278 (60, 56, 67, 50), 78/87 (52), 28 (49). Warto jednak dodać, że kod 278 jest często podawany jako związany zarówno z lękiem, jak i depresją (56, 57, 60).

Zbieżność uzyskanych badań własnych w pewnym stopniu (wyjątek stanowi skala 6) można dostrzec w powiązaniu z profilami ofiar mobbingu, które posiadały profil typowo „neurotyczny” z paranoiczną komponentą - wysokie skale 1, 2, 3, 6 (51). U podłoża tego podobieństwa może leżeć fakt, że w badaniach własnych znaczny odsetek

pacjentów zakwalifikowanych do grupy zaburzeń lękowych, należał do osób z zaburzeniami adaptacyjnymi. Często stres w pracy (a tym samym mobbing) często jest przyczyną występowania tego typu zaburzenia.

Zaburzenia osobowości

Wyniki badań przedstawionych w niniejszej pracy wykazały, że profile pacjentów z zaburzeniami osobowości oprócz najwyższych skal 7 i 8 (kod wysokopunktowy 78/87), mają także podwyższone wyniki na skalach klinicznych: 4, 6, 9 i 0. Co prawda skale 1 i 2 znajdują się blisko górnej granicy normy, jednak nie odbiegają one w sposób znaczący od średniej profilu. Skale odpowiadające za „hamowanie” (2, 3, 7) i impulsywność (4, 6, 9) rozkładają się w stosunku niejednorodnym względem siebie. Z jednej strony $7 > 6$, co może świadczyć o działających mechanizmach „hamowania”, z drugiej $4 > 3$ niekorzystnie świadczy o sprawnie działających procesach kontroli. Ponadto, podwyższona jest triada „psychotyczna”.

Wyniki uzyskane w pracy doktorskiej wskazują, na podobieństwo profili „osobowościowych” i „psychotycznych”. Co więcej, w profilach pacjentów z zaburzeniami osobowości triada „psychotyczna” była wyższa od pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi. Może mieć to związek z „nieklinicznym” wymiarem triady „psychotycznej”, która zawiera skale wskazujące na sztywność w myśleniu (schematów), trudności w relacjach społecznych i lęk, które również są osiowymi objawami zaburzeń osobowości. Nazwa triady, może jednak wprowadzać w błąd. Dlatego też istotnym jest znajomość budowy testu, a także znaczenia przypisywanego również pojedynczym skalom.

Badania wskazują, że profile pacjentów z zaburzeniami osobowości schizotypowej, mogą mieć ten sam kod profilu, co pacjenci ze schizofrenią 278 (200, 206, 207). Mimo tych podobieństw, a nawet przesłanek w kierunku fałszywych rozpoznań psychotycznych, między profilami zaznaczają się subtelne różnice. Najbardziej widoczna, a zarazem najbardziej istotna różnica, to zauważalna w wynikach prezentowanych w niniejszej pracy dysproporcja w skali 4 w obu grupach (osobowości i psychotyczna). Jest to skala silnie powiązana z cechami składowymi zaburzeń osobowości, co ma potwierdzenie w literaturze (187, 188, 189, 194, 196).

Z racji dużego zróżnicowania wewnątrzgrupowego, większość badań zaburzeń powstaje głównie przy użyciu skal dodatkowych, w tym celu przeznaczonych (190, 191,

192, 193, 198, 199). W przypadku niniejszych badań jednak do skal klinicznych, co również jest również praktykowane (52).

Zaburzenia organiczne

Wyniki badań własnych wykazały, że profile pacjentów z zaburzeniami organicznymi, oprócz najwyższych skal 7 i 2 (kod wysokopunktowy 27/72), mają także podwyższone wyniki prawie na wszystkich innych skalach klinicznych: 3, 6, 8 i 0. Skala 9 znajduje się w normie, jednak w dolnej granicy, natomiast jest znacznie obniżona w stosunku do średniej profilu Wizualnie obie triady zdają się być podwyższone, jednak tylko „psychotyczna” spełnia kryteria ilościowe kwalifikacji do tej kategorii. Skale odpowiadające za „hamowanie” (2,3,7) są wyższe od skal związanych z impulsywnością (4,6,9), przy czym $3 > 4$, co świadczy o sprawnie działających procesach kontroli. Podobnie jak w przypadku powyższych profili, wynik na skali 9 blisko dolnej granicy normy, jednak znacznie obniżony w stosunku do średniej profilu, jest spójny z świadczyć może o spadku aktywności i spowolnieniu psychoruchowym wywołanym być może męczliwością, co jest charakterystyczne dla pacjentów ze zmianami w CUN.

Wyniki uzyskane w pracy doktorskiej wskazują, na podobieństwo profili „organicznych” i „afektywnych”. U podłoża zbieżności wyników mogą leżeć komponenty wspólne i zarazem osiowe dla obu zaburzeń: m.in. spowolnienie, apatia, męczliwość, obniżony nastrój lub dysforia, które będą przejawiać się w postaci wyższych wyników na tych samych skalach, co da podobny kształt profilu. Kluczowa w różnicowaniu obu jednostek wydaje się być skala 6 (miejsce w konfiguracji profilu, stosunek z innymi skalami) i symptomy jej przypisane specyficzne bardziej dla zaburzeń organicznych, niż afektywnych. W przypadku zaburzeń organicznych różnica między skalami 6 i 7 będzie mniejsza, niż w przypadku zaburzeń afektywnych (gdzie procesy kontroli są z reguły lepiej zachowane).

W literaturze związanej z badaniem pacjentów ze zmianami w CUN testem MMPI-2, trudno znaleźć informację o faktorach bezpośrednio związanych z wykrywaniem cech „organicznych”. Raczej podaje się informacje o różnicach w wynikach pacjentów z zaburzeniami o podłożu biologicznym i psychologicznym.

Badania wskazują, że w ocenie biologicznego podłoża dolegliwości, istotna jest analiza układu skal 1,2,3. Gdy skale te układają się w kształt tzw. „dolinki konwersyjnej” ($1,3 > 2$), a zwłaszcza przy ogólnie podwyższonej triadzie „neurotyczne” z większym

prawdopodobieństwem możemy doszukiwać się psychologicznego podłoża zgłaszanych objawów (184). Ponadto, pacjenci z objawami o psychologicznym podłożu charakteryzowali się wyższymi wynikami w skalach 1, 2, 3 niż badani z podobnymi symptomami, jednak o etiologii organicznej (8). W tej grupie (symptomy „psychologiczne”) popularnym kodem był: 13/31. Jednak w przypadku tego samego kodu, z warunkiem: 1 i 3>2 oraz 1 i 3>65T wzrastało prawdopodobieństwo organicznego podłoża. Doniesienia z literatury wskazują także, że profile pacjentów w grupach „medycznych” w opiece ambulatoryjnej mieściły się w granicach normy, a skale kliniczne 1, 2, i 3 („triada neurotyczna”) były jedynie ok. 5 punktów wyższe od średniej profilu, jednak nadal w normie (25, 240). Owczarek (180) stwierdził, że w profilu osobowości MMPI znajdują się czynniki różnicujące osoby z psychologicznym i biologicznym podłożem objawów padaczkowych (180). W profilach pacjentów z psychogennymi napadami rzekomopadaczkowymi zaobserwowano układ skal określany mianem „dolinki konwersyjnej” (wyniki uzyskane na skalach 1 i 3 były wyższe od 2) (180).

Trudno odnosić się do tych wyników, ze względu na szerokie znaczenie „biologicznego podłoża”, w którym zawierać się może zarówno czynnościowe, jak i „organiczne” podłoże objawów. W przedstawionej pracy doktorskiej, spójnie z wymienionymi obserwacjami w kierunku podłoża „biologicznego”. Zauważono pewne podwyższenie triady neurotycznej (w stosunku do średniej profilu) , której układ przedstawiał się następująco: $1,3 < 2$. Także najwyższa skala z triady nie przekraczała o 5 punktów średniej profilu. Sama średnia profilu była jednak wysoka (druga w kolejności spośród grup badanych). Być może wynika to z faktu, że osoby ze zmianami w CUN byli również pacjentami psychiatrycznymi. Obraz kliniczny i specyfika objawów, może być tu nieco inna, niż w przypadku osób korzystających jedynie z opieki neurologicznej.

W piśmiennictwie znaleźć można informację o skalach przydatnych w diagnostyce lokalizacji uszkodzeń CUN. Są to: Ca (skala Opóźnienia) lub skalę Pseudoneurologiczną służącą do różnicowania podłoża z zaburzeniami nieorganicznymi (184). W badaniach własnych w interpretacji wyników korzystano ze skal podstawowych. Paluchowski sugeruje jednak, że interpretacja skal specjalistycznych wymaga odrębnej wiedzy klinicznej, aby zostały użyte w sposób właściwy (184). Fakt ten, ogranicza w znacznym stopniu możliwości korzystania z kwestionariusza MMPI-2, przez osoby nie specjalizujące się w neuropsychologicznej tematyce.

d) Przydatność w określaniu konkretnych jednostek diagnostycznych na podstawie wysokości profilu– średnia

W badaniach własnych wykazano, że średnie profilów w grupach rozpoznań (zaburzenia afektywne, psychotyczne, lękowe, osobowości, organiczne) istotnie różniły się między sobą. Średnia profilu była najwyższa u pacjentów z zaburzeniami osobowości, a najniższa u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi.

Wyniki te są spójne z innymi doniesieniami naukowymi, w których wykazano, że profile pacjentów psychotycznych (zwłaszcza w wariancie chronicznym) uzyskiwali płaskie, „zdrowe” profile (2). Jak wcześniej wspomiano, przyczyn takiego stanu można dopatrywać się w fakcie, że pacjenci z tej grupy we własnym odczuciu mogą dostrzegać objawy jako mniej uciążliwe i nasilone niż są w rzeczywistości z racji „przyzwyczajenia” lub pod wpływem farmakoterapii (13).

Także w przypadku podwyższenia triad wyniki były różne. W przypadku zaburzeń lękowych profil miał kształt „opadający”, co wiązało się z podwyższaniem triady „neurotycznej” w stosunku do „psychotycznej”. Odwrotnie było w przypadku zaburzeń psychotycznych i osobowości, gdzie triada „psychotyczna” była nieco bardziej podwyższona w stosunku do „neurotycznej”. Wyniki te mają potwierdzenie w literaturze (1, 2, 184). W przypadku zaburzeń organicznych i afektywnych, różnic w wysokości w triadach, nie zauważono (obie były podwyższone w podobnym stopniu).

Informacja ta może okazać się przydatna w różnicowaniu profili lękowych od psychotycznych na podstawie wysokości, ale i układu triad względem siebie. Nie uwzględniając ich wzajemnego położenia, można generować błędne wnioski (np. w wynikach badań własnych: podwyższenie wyników w obu triadach, jak w zaburzeniach afektywnych, może skutkować wnioskiem o występowaniu u pacjenta cech lękowych i psychotycznych).

O ile uzyskane w wynikach niniejszej pracy podwyższenie triady „neurotycznej” w przypadku zaburzeń lękowych, a „psychotycznej” w zaburzeniach psychotycznych nie budzi wątpliwości, zastanawiające mogą być wyniki uzyskane w pozostałych grupach.

Podwyższanie w skalach „psychotycznych” występuje również często w innych niż psychotyczne, rozpoznaniach (np. zaburzeniach osobowości), co potwierdzają wyniki badań własnych. Wiązać się to może jednak z faktem, że „triada psychotyczna” związana jest często z trudnościami w relacjach społecznych, poczuciem wyobcowania i izolacją społeczną, co jest charakterystyczne dla wielu pacjentów niezależnie od rozpoznania.

Średnia profilu jest istotna w interpretacji, jednak bardziej w kontekście odchylenia od niej skal klinicznych, niż używana w odniesieniu do norm zawierających się w pojęciu „ciszy diagnostycznej”.

e) Przydatność w przypadku profili zafałszowanych – słaba

Kryteria wykluczenia w przypadku korzystania z MMPI-2 są ogólnie znane i należy mieć je na uwadze w przypadku kwalifikacji pacjentów do badania. O ile kryteria te znane są jeszcze przed badaniem, istnieją kryteria wykluczenia, które klinicyści poznać mogą dopiero po jego zakończeniu. Takim kryterium jest nieprawidłowa postawa wobec badania.

Badania donoszą że zdarza się jednak, że profil odczytany jako „zafałszowany” jest w rzeczywistości przejawem poważnej psychopatologii (48). W przypadku pacjentów psychiatrycznych, są to sytuacje „wołania o pomoc”, gdy np. badani po raz pierwszy poszukują terapii i wyolbrzymiają swoje objawy i problemy, aby otrzymać wsparcie. Badacze zwracają uwagę, że praktyka ta jest bardzo uproszczona i przyczynia się odrzucania wielu wiarygodnych profili. Ocena wiarygodności wymaga bardziej subtelного podejścia. Graham z jednej strony ostrzega, że nie powinno się interpretować profili osób odpowiadających na pytania przypadkowo oraz celowo i skrajnie symulujących psychopatologię, z drugiej - podaje wyjątki, gdy nawet „dewiacyjne” protokoły mogą podlegać interpretacji (8).

W przypadku niniejszych badań, aż 34% pacjentów wykazało nieprawidłową postawę wobec badania. Oznacza to wykluczenie z badań 1/3 wyników.

Na podstawie badań własnych, nie stwierdza się istotnych różnic między profilami zafałszowanymi i w normie. Wobec powyższych danych, zdawać by się mogło, że nie ma przeciwwskazań do ich wykluczenia. Pojawić się może przypuszczenie że profile takie z racji podobieństwa, pozwoliłyby generować podobne wnioski. Termin: „profil zafałszowany” zawiera jednak w sobie zjawisko zarówno „symulacji”, jak i dysymulacji, które przejawiają się w przeciwny sposób. Z dalszych analiz wynika, że otrzymany wynik jest uśredniony (z postawy symulacji i dyssymulacji), a różnice między profilami pacjentów z prawidłową postawą wobec badania, z symulacją i z dyssymulacją są istotne.

Wyniki badań własnych wskazują, że postawę prawidłową wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, postawę symulacji/agrawacji wykazywali

najczęściej pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń organicznych, postawę dyssymulacji wykazywali najczęściej pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń lękowych.

Przyczyną wyników uzyskanych w badaniach własnych, może być fakt, że pacjenci z zaburzeniami osobowości (zwłaszcza z klastra B), często przejawiają pewnego rodzaju ekshibicjonizm w opisie swoich przeżyć i dolegliwości. W narracji tego co myślą, czują i jak się zachowują są często szczerzy i starają się uczciwie przedstawić wszelkie zawiłości. Paradoksalnie, nie musi być to wyznacznik dobrego wglądu. Symulacja, która uwidoczniła się w wynikach pacjentów z zaburzeniami organicznymi, wiąże się z wysokimi wynikami na skali F (mówiącą o nasileniu cech nietypowych) i niskimi na K (mówiącą o słabym działaniu mechanizmów obronnych). Nie musi to oznaczać, że celowo wprowadzają w błąd udzielając fałszywych odpowiedzi na zagadnienia testu. Wynik ten może wiązać się z postawą „agrawacji”, czyli pewno rodzaju „wołaniem o pomoc”. Z racji obrazu choroby, pacjenci ze zmianami w CUN, mogą bardzo dotkliwie odczuwać swoje dolegliwości i uskarżać się na nie w celu zwrócenia uwagi, lub szybszego i pewniejszego w ich mniemaniu, uzyskania pomocy. Pacjenci z grupy zaburzeń lękowych, to zazwyczaj osoby wrażliwe na krytykę, niechętnie opowiadające o problemach, z wglądem, więc wstydzące się swoich dolegliwości. Cechy te mogą generować zafałszowane profile w kierunku dyssymulacyjnym.

U pacjentów z prawidłową postawą wobec badania najczęściej występował kod wysokopunktowy: 278, który jest najpopularniejszym kodem wśród pacjentów psychiatrycznych. Obraz diagnostyczny dla kodu jest mieszany (zaburzenia lekowe, depresyjne, psychotyczne, osobowości), jednak wszystkie osoby z tym kodem są w stanie zamętu emocjonalnego, napięte, nerwowe, bojaźliwe, przygnębione i mają często myśli samobójcze. U pacjentów symulujących najpowszechniej występował kod wysokopunktowy 687, nazywany „dolinką psychotyczną”. Według doniesień w literaturze sugeruje on bardzo poważną psychopatologię, a osoby z tym kodem wymagają leczenia szpitalnego (8). U pacjentów dysymulujących najpopularniejszy był kod: 328.

Profile zafałszowane mogą być z różnych przyczyn, nie wszystkie muszą wynikać z chęci celowego wprowadzania w błąd. Mogą wynikać z niesprawnie działających mechanizmów obronnych, braku wglądu, wrażliwości na ocenę i onieśmienia sytuacją badania, być przejawem „wołania o pomoc” lub poważnej psychopatologii. Pacjenci z podanych przykładów nie przestrzegają ściśle instrukcji, ale ich sposób odpowiadania znacząco nie odbiega od normy. W literaturze pojawiają się sugestie, że gdy tendencje

te zostaną wzięte pod uwagę podczas interpretacji protokołu, niekoniecznie pozbawia go wiarygodności (8).

Przydatność predykcyjna

Przewidywanie przyszłych ryzykownych zachowań lub ewentualnych trudności w terapii jest ważne z punktu widzenia leczenia psychiatrycznego. Należy jednak pamiętać, że wykorzystując skale do wyciągania wniosków innych niż pierwotne przeznaczenie, powinno się wykazać, że rzeczywiście są związane z tymi cechami, czy zachowaniami (8).

Aby sprawdzić, czy istnieje możliwość wykrycia czynników prognostycznych dla elementów utrudniających proces leczenia, w niniejszej pracy badawczej porównano profile pacjentów z trudnościami dyscyplinarnymi (przerywającymi leczenie), myślami i zachowaniami samobójczymi, uzależnieniami, czy takich, którzy nie uzyskali poprawy w procesie leczenia z profilami osób, u których dane czynniki nie występowały. Obiektywnie informacje te weryfikował lekarz prowadzący, dokonując na ten temat adnotacji w historii choroby. Dane o pozytywnej odpowiedzi na leczenie weryfikowane były za pomocą skali GAF.

a) Przydatność w przewidywaniu cech/czynników stwarzających ryzyko potencjalnych trudności terapeutycznych – średnia

Badacze sugerują, że na podstawie wyników uzyskanych w diagnozie MMPI-2 nie można bezpośrednio i trafnie przewidzieć niebezpiecznych zachowań (257, 8). Nie dotyczy to jednak wyłącznie kwestionariusza MMPI, ale zasada ta dotyczy wszystkich testów psychologicznych (258).

Z drugiej strony, pojawiają się doniesienia o skutecznym systemie kwalifikacji na bazie kwestionariusza MMPI-2 stosowanym np. w zakładach karnych (259, 260). W badaniach nad wartością predykcyjną testu, (21) stwierdzono, że statystyczne (mechaniczne) techniki predykcyjne są o ok. 10% bardziej trafne niż kliniczne przewidywania. Także opisy oparte na wynikach testu MMPI są bardziej trafne w porównaniu z opisami opartymi na innych testach osobowości (np. Test Plam Atramentowych Rorschacha) (22).

Wyniki badań uzyskane w niniejszej pracy wykazują na podobieństwo porównywanych profili we wszystkich grupach pacjentów: z poprawą i bez poprawy po okresie leczenia, z myślami i zachowaniami samobójczymi i bez takich tendencji, z trudnościami dyscyplinarnymi i bez takich cech i zachowań.

W pewnym stopniu kwestionariusz okazał się przydatny w różnicowaniu pacjentów gorzej rokujących (ze względu na brak uzyskanych zmian w procesie leczenia) i z trudnościami dyscyplinarnymi. W przypadku obecnych badań ponownie bardziej użyteczna okazała się analiza profili pod kątem konfiguracji skal i ich układu względem siebie niż kodów wysokopunktowych. U pacjentów, którzy nie uzyskali poprawy w procesie leczenia oraz tych z trudnościami dyscyplinarnymi występował układ między skalami: $4 > 3$. W profilach dobrze rokujących, tendencja była odwrotna $3 > 4$. Jest to zgodne z doniesieniami w literaturze. Butcher i Graham (134, 136) także zwrócili uwagę na skalę 4, jako odwrotnie skorelowaną z utrzymaniem się w terapii, czego spójnie nie potwierdzały wcześniejsze badania (117, 119, 122, 123, 124, 125). Wykazano znacząco wyższy poziom zachowań antyspołecznych u pacjentów przedwcześnie kończących leczenie w porównaniu do tych, którzy zakończyli leczenie o czasie (128, 135), które wiązać można z podwyższonym wynikiem na skali 4. Ponadto, w profilach osób z trudnościami dyscyplinarnymi zauważa się lekko zaznaczoną „dolinką paranoidalną”, co również ma odzwierciedlenie w literaturze (8).

Mało użyteczne w zastosowaniu, ponownie okazały się kody wysokopunktowe. W bieżących badaniach wyniki w kodach wysokopunktowych były takie same u pacjentów gorzej rokujących na zmianę oraz tych z postępami w terapii. Literatura wskazuje, że mimo, iż żadna ze skal nie odpowiadała konkretnie za gotowość do przedwczesnego zakończenia terapii, zauważono przydatność skal klinicznych 2, 4, 7 oraz, przede wszystkim, treściowych (116, 127, 134, 136). Niektóre badania sugerują, że wyższy poziom depresji i lęku wiąże się z ryzykiem przedwczesnego zakończenia z psychoterapii (184).

Kwestionariusze należące do „rodziny” testów MMPI zostały zgłoszone jako jedne z najczęściej używanych instrumentów w badaniach oceny ryzyka samobójstwa (30). Jest to interesujący trend, zważywszy na fakt, że w tej sferze wydaje się on być mało użyteczny, a przynajmniej w grupie pacjentów psychiatrycznych. Badania dowodzą że najczęstszym kodem wysokopunktowym uzyskiwanym u pacjentów z tym rodzajem myśli jest 27 (184). Jest to jednak również najbardziej popularny wśród populacji pacjentów psychiatrycznych. Taki trend, ma również odzwierciedlenie w niniejszej pracy

– zarówno pacjenci z myślami i bez myśli samobójczych uzyskali kod 27 i wszyscy należeli do kategorii pacjentów psychiatrycznych. Sugestie te, nawet gdyby miały rzeczywistą wartość predykcyjną, nie byłyby przydatne w opiece psychiatrycznej. Nie umniejsza to jednak jego mocy predykcyjnej w tym zakresie, jednak na innej populacji badanych.

Potencjał predykcyjny natomiast bardziej uwidocznił się w różnicowaniu profili pacjentów z próbami samobójczymi. O ile w profilach związanych z występowaniem myśli suicydalnych nie było różnicy, w tym przypadku profile różniły się także w zakresie kodów. Profil miał „wzrastający” charakter z najwyższymi skalami: 6 i 8. Jest to w pewnym zakresie zgodne z sugestiami zawartymi w literaturze na ten temat. Badania wskazują na występującą w tej grupie pacjentów podwyższenie na skalach 4, 8, a zwłaszcza - 9 (184). Inne sugerowały, że podwyższona skala 3 (31, 38), D (31), 5 (31, 32, 34, 38), 4 (38), 6 (33), 8 (38), 9 (38), 0 (31), skali kontrolnej F (37, 38), obniżone natomiast w skali K (31, 37). Wyniki z doniesień naukowych wprowadzają duży zamęt i niemożność ich stosowania w praktyce klinicznej. Także, mimo wielu badań (31,32,33,34,35,36,37,38), nie uzyskano satysfakcjonujących wyników w badanym zakresie.

Powyższe odkrycia sugerują, że nie można określić wzoru lub konfiguracji profilu MMPI, który wyraźnie odróżnia osoby z myślami i próbami samobójczymi od badanych bez takich tendencji. Wynika to w dużej mierze z faktu, że osoby z myślami i zachowaniami suicydalnymi są dość heterogeniczną grupą w odniesieniu do ich diagnozy i obrazu klinicznego (39), oznacza to, że mogą znacznie różnić się w swoich profilach MMPI.

Podsumowując, przewidywania wystąpienia pewnych cech i zachowań wymagać powinno rozważenia wielu różnych rodzajów informacji (dane w historii – występowanie cechy w przeszłości, dane demograficzne – okoliczności sprzyjające powstaniu i podtrzymaniu cechy, stan psychiczny – objawy generujące lub nasilające daną cechę, dane statystyczne – prawdopodobieństwo wystąpienia cechy w danej grupie).

Badania wskazują, że MMPI-2 z powodzeniem może być używany w prognosyce, jako dodatkowe źródło ważnych w tym zakresie informacji (257). Niemal wszystko da się przedstawić w statystycznych wyliczeniach, jednak to dedukcja kliniczna jest niezwykle istotnym czynnikiem w procesie diagnozowania.

W celu wyboru optymalnego określania czynnika prognostycznego, w obecnym badaniu wykonano analizy w oparciu o 3 podejścia: oparte na pojedynczej skali, aktuarialne (statystyczne) oraz kliniczne.

b) Przydatność w formułowaniu prognoz w podejście oparte na pojedynczej skali – słaba

Skala Kontroli (K), początkowo będąca jedynie wskaźnikiem trafności, okazała się być również skalą prognostyczną w przewidywaniu reakcji pacjenta na leczenie (184). Nie jest rzecz jasna jedyną, ani nawet najpowszechniej używaną do tego celu skalą. Została ona wyznaczona spośród wielu, ze względu na szybką dostępność wyniku. Z punktu widzenia praktycznego, jest to wybór uzasadniony. Należy ona do podstawowych skal kontrolnych (w przeciwieństwie do skal dodatkowych, czy treściowych) i badacze nie posiadający możliwości komputerowego obliczania danych, niezależnie od decyzji o potrzebie szczegółowości obliczeń, otrzymują informacje o jej wartości. Zależność między wynikiem na tej skali a prognozą jest krzywoliniowa, a idealne wartości mieszczą się w przedziale T 45-65 (184). Wyniki spoza przedziału sugerują utrudnienia w interwencjach terapeutycznych. W niniejszym badaniu w oparciu o pojedynczą skalę K, były rozbieżne ze stanem rzeczywistym. Np. pacjenci z zaburzeniami afektywnymi z dość znacznym odsetkiem poprawy (95,5%) na jej podstawie mieli by słabe rokowania w tym zakresie.

MMPI oferuje wiele skal przewidujących reakcje pacjenta na leczenie.: Es (Siły Ego), Motywacji zmiany (MTC), Przewidywania zmiany (PC), Prognoza dla schizofrenii (Pg), czy skala Kontroli (184). Być któraś z nich okazałaby się bardziej użyteczna w zakresie prognozowania. Badacze tematu sugerują jednak, aby w kontekście używania tychże skal, uwzględniać również wartości na skalach klinicznych (184).

c) Przydatność w formułowaniu prognoz w podejściu aktuarialnym (statystycznym) – średnia

W przypadku tego podejścia, oceny kliniczne nie odgrywają żadnej roli w interpretacji profili MMPI, ponieważ zależność między typem profilu a opisowym twierdzeniem, jest całkowicie statystyczna. W przypadku niniejszych badań, wielu pacjentów uzyskało wyniki, które nie pasowały do żadnego z kodów (zaburzenia

psychotyczne i osobowości z kodem 78). Być może, gdyby nie grupować wyników w wybrane na potrzeby badań, jednak zgodnie z klasyfikacją ICD-10 kategorie, ich procent byłby większy. Niemniej jednak, odnosząc się do wyników w skali GAF i rokowań na bazie kodów wysokopunktowych, były one w pewnym stopniu spójne (zaburzenia afektywne, organiczne), innych sprzeczne (zaburzenia lękowe), a w pozostałych nie mogły mieć odniesienia z racji braku (lub braku dostępności) kodu.

Problem „wpasowania” w kody wysokopunktowe, na których bazuje podejście aktuarialne, co jest podkreślane w literaturze (184). Ponadto, nie wszystkie kody wysokopunktowe posiadają również dane dotyczące leczenia i prognozowania (184). W tym przypadku, gdy do kodu wysokopunktowego w podejściu aktuarialnym, przyporządkowania jest jakaś diagnoza: np. depresja, informacja ta może dostarczyć wskazówek prognostycznych i terapeutycznych, jeśli zastosuje się podejście kliniczne.

Dużą zaletą tego podejścia jest możliwość prognozowania przy braku rozległej wiedzy i dużego doświadczenia klinicznego. Aby formułować prognozy w tym podejściu, wystarczy skorzystać z gotowych sugestii zawartych w podręcznikach do MMPI lub gotowych tablic aktuarialnych zawartych w publikacjach. Niestety niesie to ryzyko bezkrytycznego podejścia do zagadnienia i szablonowych opisów.

d) Przydatność w formułowaniu prognoz w podejściu klinicznym – dobra

Ten rodzaj podejścia, najłatwiej porównać z prognostycznymi sugestiami czerpanymi z psychopatologii opisowej. Podejście kliniczne bowiem polega na generowaniu opisów klinicznych na podstawie łącznie profili pacjentów z obrazem objawów i cech osobowości. W praktyce klinicznej polega ono na wyciąganiu wniosków diagnostycznych na bazie przesłanek z testu (np. do zakwalifikowania do danej jednostki nozologicznej) i na ich podstawie prognozować reakcję na leczenie lub wybrać optymalną jego formę. Prognozy takie oparte są na przypuszczalnych właściwościach lub prawdopodobnych rozpoznaniach jednostek o danym typie profilu. W tym przypadku rokowania w ramach podejścia klinicznego w oparciu o uzyskane w badaniu wyniki były w znacznym stopniu zbieżne.

Zadaniem klinicysty często jest analiza znaczeń, a tej nie da się wykonać samymi metodami ilościowymi. Niektóre predyktory są zbyt rzadkie, aby zostały ujęte we wzorach. Wyniki analizy statystycznej w niniejszej pracy nie wykazały istotnej różnicy między pacjentami bez zmian i z poprawą stanu po leczeniu. Analiza jakościowa profili jednak,

pozwała zauważyć, że profile różnią się między sobą w układach skal 3 i 4. Pacjenci pozytywnie rokujący na leczenie mają układ skal $3 > 4$, a nie rokujący na poprawę $4 > 3$, co jest zgodne z doniesieniami w literaturze (8). Trend ten nie został „zauważony” w statystycznym podejściu. Ryzyko pominięcia tych istotnych zależności niesie ze sobą komputerowe generowanie sugestii i opisów.

Mimo, iż w celu redukcji czynnika „subiektywności” oceny, poprawę stanu pacjenta określano za pomocą skali GAF, zastrzeżenia budzić może mało ujednoliconej terminologia prognostyczna. Dla badacza z kliniki psychiatrycznej określenie „słabe rokowania” mogą oznaczać zupełnie co innego, niż dla prognostyka z opieki ambulatoryjnej, czy gabinetu prywatnego. Brak skonkretyzowanych, opartych na jednoznacznej terminologii określeń może być przyczyną zaobserwowanych różnych zależności między uzyskanymi wynikami a oceną zmian pod wpływem terapii. Truizmem zdaje się być stwierdzenie, że oceny mogą różnić się, w zależności od tego, kto je wydaje. Jednak w literaturze znaleźć można potwierdzenie takiego stanu rzeczy (253).

Podejście kliniczne jest niezbędne i optymalne zarówno dla diagnostyki, jak i prognozy klinicznej. Jednak bez podejścia aktuarialnego nie miałoby racji bytu. Analizując wyniki badań przedstawionych w pracy doktorskiej, wysunąć można hipotezę, że podejście aktuarialne, to podejście kliniczne „przefiltrowane” przez procedury statystyczne. Innymi słowy, bazuje ono na opiniach ekspertów, ale pozbawione jest „czynnika ludzkiego” generującego błędy na bazie zniekształceń poznawczych.

4. Wnioski

1. Klinicysta może wykorzystać bardziej efektywnie MMPI w zakresie diagnozy, jeśli uwzględni kształt profilu (konfigurację skal klinicznych względem siebie)
2. Typ profilu MMPI-2 może być wykorzystywany do przewidywania zachowań potencjalnie ryzykownych lub przewidywania odpowiedzi na leczenie, raczej w analizie klinicznej niż statystycznej (aktuarialnej)
3. Klinicyści mogą otrzymać więcej informacji o pacjentach przy podejściu klinicznym, niż aktuarialnym czy opartym na skalach pojedynczych.
4. Wyniki podejścia aktuarialnego powinny być traktowane jako dane wstępne w badaniu klinicznym.
5. MMPI może być ważnym źródłem informacji dla klinicystów, którzy próbują wybrać skuteczną formę terapii dla swoich pacjentów i przewidywać ich reakcje na leczenie jednak w ograniczonym zakresie i powinien opierać się na danych pozatestowych.
6. Klinicysta może wykorzystać bardziej efektywnie MMPI, jeśli uwzględni postawę wobec badania.

Piśmiennictwo

- 1 Kucharski T., Gomuła J., Wprowadzenie do MMPI-2, Toruń 1998.
- 2 Matkowski M., MMPI. Badanie-opracowanie-interpretacja, Poznań 1992.
- 3 Friedman A.F., Bolinsky K., Levak R., Nichols D., Psychological Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF 3rd Edition, Routledge 2015.
- 4 Friedman A.F., Levak R.W., Nichols D.S., James T., Webb: Psychological Assessment With the MMPI-2, Routledge 2014.
- 5 Kucharski T., Nowe metody analizy danych w Kwestionariuszu MMPI-2, 2004.
- 6 Levak R.W. , Siegel L., Nichols D.S., Therapeutic Feedback with the MMPI-2: A Positive Psychology Approach, Routledge 2012.
- 7 Duckworth J.C. , Anderson W.P., MMPI And MMPI-2. Interpretation Manual For Counselors And Clinicians, 4th Edition, Routledge 1995.
- 8 Graham J.R., MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii, Warszawa 2015.
- 9 Haber J.C., Baum L.J., Minnesota multiphasic personality inventory-2 restructured form (MMPI-2-rf) scales as predictors of psychiatric diagnoses, Regent University 2014.
- 10 Pant H., McCabe B.J., Deskovitz M.A., Weed N.C., Williams J.E., Diagnostic reliability of MMPI-2 computer-based test interpretations, "Psychological Assessment [Psychol Assess]", 2014 Sep; Vol. 26 (3), s. 916-24. Date of Electronic Publication: 2014 Apr 21.
- 11 Talarowska M., Florkowski A., Zboralski K., Gałęcki P., Differences in the course of depressive disorders among women and men measured by MMPI-2, "Psychiatria Polska [Psychiatr Pol]", 2010 May-Jun; Vol. 44 (3), s. 319-28.
- 12 Uluç S., Vatan S., Işıklı S., A Comparison of T-scores from MMPI and MMPI-2 in Turkish adults Turkish population, "Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal Of Psychiatry [Turk Psikiyatri Derg]", 2014 Fall; Vol. 25 (3), s. 190-200.
- 13 Bosch P., Van Luijtelaar G., Van Den Noort M., Schenkwald J., Kueppenbender N., Lim S., Egger J., Coenen A., The MMPI-2 in chronic psychiatric illness, "Scandinavian Journal Of Psychology [Scand J Psychol]", 2014 Oct; Vol. 55 (5), s. 513-9. Date of Electronic Publication: 2014 Jul 24.
- 14 Karow A., Pajonk F.G., Insight and quality of life in schizophrenia: Recent findings and treatment implications, "Current Opinion in Psychiatry", 2006, 19, s. 637–641.

- 15 Koffmann A., Codetype-based interpretation of the MMPI-2 in an outpatient psychotherapy sample, "Journal Of Personality Assessment [J Pers Assess]", 2015, Vol. 97 (2), s. 136-44. Date of Electronic Publication: 2014 Apr 25.
- 16 Hartmann E., Hartmann T., The impact of exposure to Internet-based information about the Rorschach and the MMPI-2 on psychiatric outpatients' ability to simulate mentally healthy test performance, "Journal Of Personality Assessment [J Pers Assess]", 2014; Vol. 96 (4), s. 432-44. Date of Electronic Publication: 2014 Feb 14.
- 17 Erdberg P., Multimethod assessment as a forensic standard. In C. B. Gacono & F. B. Evans (Eds.), The handbook of forensic Rorschach assessment, s. 561–566, New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group, 2008.
- 18 Brand B.L., Chasson G.S., Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2, "Psychological Trauma: Theory, Research, Practice And Policy [Psychol Trauma]", 2015, Jan; Vol. 7 (1), s. 93-101. Date of Electronic Publication: 2014 Mar 17.
- 19 Kopf T., Galić S., Matešić K., The efficiency of MMPI-2 validity scales in detecting malingering of mixed anxiety-depressive disorder, "Alcoholism and Psychiatry Research", June 2016, 52(1), s. 33-50.
- 20 Zalewski C.E., Gottesman I.I., (Hu)Man versus mean revisited: MMPI group data and psychiatric diagnosis, "Journal of Abnormal Psychology", 1991, nr 100, s. 562-568.
- 21 Grove W.M., Zald D.H., Lebow B.S., Snitz B.E., Nelson C., Clinical versus mechanical prediction: A meta-analisis, "Psychological Assessment", 2000, nr 12, s. 19-30.
- 22 Graham J.R., Lilly R.S., Psychological testing. Enlewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984 z (8).
- 23 Piotrowski, Lubin, 1990.
- 24 Camara, Nathan, Puente A.E., Psychological test usage: Implications in professional psychology, "Professional Psychology: Research & Practice", 2000, nr 31, s. 141-154.
- 25 Colligan R.C, Rasmussen N.H., Agerter D.C, Offord K.P, Malinchoc M., O'Byrne M.M., Benson J.T., The MMPI-2: A contemporary normative study of midwestern family medicine outpatients, "Journal of Clinical Psychology in Medical Settings", 2008, nr 15, s. 98-119.
- 26 Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Sobański J.A., Klasa K., Müldner-Nieckowski Ł., Dembińska E., Smiatek-Mazgaj B., Rodziński P., Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią

psychodynamiczną, "Psychiatr. Pol.", ONLINE FIRST Nr 16. Published ahead of print 30 March, 2015.

- 27 Pobocho J., Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności, "Orzecznictwo Lekarskie", 2010, nr 7(1), s.50-60.
- 28 Pobocho Z.J., Depresja udawana, "Postępy Psychiatrii i Neurologii", 1998, nr 7, supl. 3 (8): s. 133-138.
- 28 Anderson E.W., Trethowan W.H., Kenna J.C., An experimental investigation of simulation and pseudo-dementia, "Acta Psychiatr. Scand.", 1959, suppl. 132, s. 34.
- 29 Epstein J., Rotunda R.J., The utility of computer versus clinician-authored assessments in aiding the prediction of patient symptomatology, "In Computers in Human Behavior", 2000, nr 16(5), s. 519-536.
- 30 Gottfried E., Bodell L., Carbonell J., Joiner T., The Clinical Utility of the MMPI-2-RF Suicidal/Death Ideation Scale, "Psychological Assessment", In Press, 28 July 2014 za: Johnson W., Lall R., Bongar B., Nordlund M., The role of objective personality inventories in suicide risk assessment: An evaluation and proposal, "Suicide and Life-Threatening Behavior", 1999; nr 29(2), s. 165-185.
- 31 Leonard C. The MMPI as a suicide predictor. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1977;45:367–377. doi:10.1037/0022-006X.45.3.367
- 32 Simon W., Gilberstadt H., Analysis of the personality structure of 26 actual suicides, " Journal of Nervous and Mental Disease", 1958, nr 127, s. 555-557. doi: unavailable
- 33 Watson C., Klett W., Walters C., Laughlin P., Identification of suicidal episodes with the MMPI, "Psychological Reports", 1983, nr 53, s. 919-922. doi:10.2466/pr0.1983.53.3.919. [PubMed]
- 34 Watson C., Klett W., Walters C., Vassar P., Suicide and the MMPI: A cross-validation of predictors, "Journal of Clinical Psychology", 1984, nr 40, s. 115–119. doi: 10.1002/1097-4679(198401)40:1<115::AID-JCLP2270400120>3.0.CO;2-N
- 35 Daigle M., MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls, "Behavioral Sciences and the Law", 2004, nr 22, s. 833–842. doi:10.1002/bsl.618.
- 36 Pallis D., Birtchnell J., Personality and suicidal history in psychiatric patients, "Journal of Clinical Psychology", 1977, nr 32, s. 246–253. doi:10.1002/1097-4679(197604)32:2<246::AID-JCLP2270320209>3.0.CO;2-8
- 37 Tarter R., Templer D., Perley R., Social role orientation and pathological factors in suicide attempts of varying lethality, "Journal of Community Psychology", 1975, nr 3, s. 295-299.

- 38 Waters B., Sandbuehler J., Kineel R., Boodoosingh L., Marchenko L., The use of the MMPI for the differentiation of suicidal and non-suicidal depressives, "Canadian Journal of Psychiatry", 1982, nr 28, s. 663-667.
- 39 Nock M.K., Hwang I., Sampson N.A., Kessler R.C., Mental disorders, comorbidity, and suicidal behavior: results from the national comorbidity survey replication, "Molecular Psychiatry", 2010.
- 40 Gawda B., Lęk osobowości a bogactwo narracji o uczuciach - hipoteza o wpływie lęku na reprezentacje afektywne, "Psychologia Rozwojowa", 2007, tom 12, nr 4, s. 65–74.
- 41 Sanocki W., Diagnostyczny kwestionariusz osobowości DKO 74/K, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1974.
- 42 Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Zastosowanie polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 w diagnostyce i monitorowaniu skuteczności psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, "Psychoterapia", 2016, nr 2 (177), s. 111-122 (za: Matkowski M., MMPI: badanie - opracowanie - interpretacja, Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości, Poznań 1992).
- 43 Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Zastosowanie polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 w diagnostyce i monitorowaniu skuteczności psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, "Psychoterapia", 2016, nr 2 (177), s. 111-122.
- 44 Tellegen A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Arbisi P.A., Graham J.R., Kaemmer B., The MMPI-2 restructured clinical scales: development, validation, and interpretation, MN2. An MMPI handbook: Vol. I. Clinical interpretation., University of Minnesota Press, Minneapolis 2003.
- 45 Tellegen A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Arbisi P.A., Graham J.R., Kaemmer B., MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales: Development, validation, and interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis 2003.
- 46 Płużek Z., Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej, KUL, Lublin 1971.
- 48 Butcher J.N., The Minnesota Report: Revised Personnel System, MN: Pearson Assessments, Minneapolis 2001.
- 49 Munley P.H., Bains D.S., Bloem W.D., Busby R.M., Post-traumatic stress disorder and the MMPI-2, "J Trauma Stress", 1995, Jan 8(1), s. 171-8.

- 50 Scheibe s., Bagby R.M., Miller L.S., Dorian B.J., Assessing Posttraumatic Stress Disorder with the MMPI-2 in a Sample of Workplace Accident Victims, "Psychol Assess", 2001, Sep 13(3), s. 369-74.
- 51 Balducci C., Alfano V., Fraccaroli F., Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, posttraumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior, "Violence Vict", 2009, nr 24(1), s. 52-67.
- 52 Arbisi P.A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Empirical Correlates of Common MMPI-2 Two-Point Codes, "Male Psychiatric Inpatients. Assessment", Sep. 2003, Vol. 10 Issue 3, s. 237. 11p.
- 53 Archer R.P., Griffin R., Aiduk R., MMPI-2 clinical correlates of ten common codes, "Journal of Personality Assessment", 1995, nr 65(3), s. 391-407.
- 54 Gilberstadt H., Duker J., A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation, W. B. Saunders, Philadelphia 1965.
- 55 Marks P.A., Seeman W., The actuarial description of abnormal personality: An atlas for use with the MMPI, Williams & Wilkins, Baltimore 1963.
- 56 Graham J.R., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., MMPI-2 correlates for outpatient community mental health settings, University of Minnesota Press, Minneapolis 1999.
- 57 Lorr, Maurice, Suziedelis, Antanas, A cluster analytic approach to mmpi profile types, "Multivariate Behavioral Research", Jul 82, Vol. 17 Issue 3, s. 287, 13p.
- 58 Graham J.R., MMPI-2 assessing personality and psychopathology (3rd ed.), Oxford University Press, New York 2000.
- 59 Greene R.L., The MMPI-2/MMPI: An interpretive manual (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2000.
- 60 Sellbom M., Graham J.R., Schenk P.W., Symptom Correlates of MMPI-2 Scales and Code Types in a Private-Practice Setting, "Journal of Personality Assessment", 84 (2), s. 163-171.
- 61 Camara W.J., Nathan J.S., Puente A.E., Psychological test usage: Implications in professional psychology, "Professional Psychology: Research & Practice", 2000, nr 31, s. 141-154.
- 62 Butcher J.N., Rouse S.V., Personality: Individual differences and clinical assessment, "Annual Review of Psychology", 1996, nr 47, s. 87-111.
- 63 Meehl P.E., The dynamics of structured- personality tests, "Journal of Clinical Psychology", 1945, nr 1, s. 296-303.

- 64 Meehl P.E., Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence, University of Minnesota Press, Minneapolis 1954.
- 65 Meehl P.E., Wanted - A good cookbook., "American Psychologist", 1956, nr 11, s. 262-272.
- 66 Marks P.A., Seeman W., The actuarial description of abnormal personality: An atlas for use with the MMPI, Williams & Wilkins, Baltimore 1963.
- 67 Friedman A.F., Bolinsky K.P., Psychological Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF, Routledge 2015.
- 68 Wetzler S., Khadivi A., Moser R.K., The use of the MMPI-2 for the assessment of depressive and psychotic disorders, "Assessment", Sep 1998, Vol 5 (3), s.249-261.
- 69 Archer R.P., Aiduk R., Griffin R., Elkins D.E., Incremental Validity of the MMPI-2 Content Scales in a Psychiatric Sample, "Assessment", 1996, Volume 3, Number 1, s. 59-90.
- 70 Wetzler S., Khadivi A., Oppenheim S., The Psychological Assessment of Depression: Unipolars Versus Bipolars, "Journal of Personality Assessment", Dec 1995, Vol. 65 Issue 3, s. 557. 10p.
- 71 Wetzler S., Marlowe D.M., Sanderson W.C., Assessment of depression: Using the MMPI, Millon, and Millon-II, "Psychological Reports", 1994, nr 75, s. 755-768.
- 72 Dahlstrom W.G., Prange A.J., Characteristics of depressive and paranoid schizophrenic reactions on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, "Journal of Nervous and Mental Disease", 1960, nr 131, s. 513-522.
- 73 Greene R.L., The MMPI-2/MMPI: an interpretive manual, MA: AUyn & Bacon, Boston 1991.
- 74 Lachar D., The MMPI: clinical assessment and automated interpretation (Rev. ed.), Western Psychological Services, Los Angeles CA 1985.
- 75 Marks P., Seeman W., Haller D., The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults, Oxford Univer. Press, New York 1974.
- 76 Nichols D.S., Mood disorders. In R. L. Greene (Ed.), The MMPI: use with specific populations, Grune & Stratton. s. 74-109. Philadelphia PA 1988.
- 77 Vincent K.R., Castillo I., Hauser R.I., Stuart H.J., Zapata J.A, Cohn C.K., O'Shanick G.J., MMPI codetypes and DSM-III diagnoses, "Journal of Clinical Psychology", 1983, nr 39, s. 829-842.
- 78 Wetzler S., Marlowe D.B., The diagnosis and assessment of depression, mania and psychosis by self-report, "Journal of Personality Assessment", 1993, nr 60, s. 1-31.

- 79 Winters K.C., Newmark C.S., Lumry A.E., Leach K., Weintraub S., MMPI codetypes characteristic of DSM-II1 schizophrenics, depressives and bipolars, "Journal of Clinical Psychology", 1985, nr 41, s. 382-386.
- 80 Winters K. C., Weintraub S., Neale M., Validity of MMPI codetypes identifying DSM-111 schizophefics, unipoks and bipolxs, "Journal of Conwiring and Clinical Psychology", 1981, nr 49, s. 486-487.
- 81 Butcher J.N., MMPI-2 in psychological treatment, Oxford University Press, New York 1990.
- 82 Greene R.L., Clopton J. R., Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. In M. Maruish (Ed.), 1994.
- 83 Williams C.L., Lally S.J., MMPI-2, MMPI-2-RF, and MMPI-A Administrations (2007–2014): Any Evidence of a “New Standard?”, "Professional Psychology: Research and Practice. Advance online publication", 2016, June 9, <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000088>
- 84 Brand B.L., Chasson G.S., Palermo C.A., Donato F.M., Rhodes K.P., Voorhees E.F., MMPI-2 Item Endorsements in Dissociative Identity Disorder vs. Simulators, "The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law", 2016, nr 44 (1), s. 63-72. doi:44/1/63 [pii]
- 85 Butcher J.N., Objective Personality Assessment with the MMPI-2. (U. Kumar, Ed.), "The Wiley Handbook of Personality Assessment", John Wiley & Sons, Ltd. 2016.
- 86 Deskovitz, M.A., Weed N.C., Chakranarayan C., Williams J.E., Interpretive reliability of two common MMPI-2 profiles, "Cogent Psychology", 2016, nr 3, 1161287.
- 87 Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Sobański J.A., Smiatek-Mazgaj B., Klasa K., Dembińska E., Müldner-Nieckowski Ł., Rodziński P., Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości – MMPI-2, "Psychiatr. Pol.", 2016, nr 50(1), s. 105-126, DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/38438>
- 88 Butcher J.N., Graham J.R., Ben–Porath Y.S., Tellegen A., Dahlstrom W.G., Wersja Polska: Brzezińska U., Koć-Januchta M., Stańczak J., Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2012.
- 89 Cyranka K., Zmiany w funkcjonowaniu osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości, Praca Doktorska, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Wydział Lekarski, 2015.

- 90 Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Zastosowanie polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 w diagnostyce i monitorowaniu skuteczności psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, "Psychoterapia", 2016, nr 2 (177), s.111-122.
- 91 Aleksandrowicz J.W., Klasa K., Sobański J.A., Stolarska D., KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire, "Arch. Psychiatrii Psychother", 2009, nr 11(1), s, 21-29.
- 92 Butcher J.N., Williams C.L., Graham J.R., Archer R.P., Tellegen A., Ben-Porath Y.S., Kaemmer B., Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent Version(MMPI-A): Manual for administration, scoring and interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis MN 1992.
- 93 Baer R.A., Miller J., Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: a meta-analyticreview, "Psychol. Assess.", 2002, nr 14(1), s. 16–26.
- 94 Gordon R.M., MMPI/MMPI-2 changes in long-term psychoanalytic psychotherapy, "Issues Psychoanal. Psychol.", 2001, nr 23(1–2), s. 59-79.
- 95 Chisholm S.M., Crowther J.H., Ben-Porath Y.S., Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy, "J. Pers. Assess.", 1997, nr 69(1), s. 127-144.
- 96 Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., Tellegen A., Kaemmer B., The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring, University of Minnesota Press, Minneapolis MN 1989.
- 97 Buchanan R.D., The development of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, "J. History Beh. Sci.", 1994, nr 30 (2), s. 148-161.
- 98 Graham J.R., MMPI-2. Assessing personality and psychopathology, Oxford 2011.
- 99 Cyranka K., Rutkowski K., Mielimąka M., Zastosowanie polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 w diagnostyce i monitorowaniu skuteczności psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, "Psychoterapia", 2016, nr 2 (177), s. 111-122. za: Rutkowski K., Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie, Polska Akademia Nauk - Oddział w Krakowie, Kraków 2006.
- 100 Pobocha J., Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności, "Orzecznictwo Lekarskie 2010", nr 7(1), s. 50-60 za: Jurek T., Świątek B., Rozstrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część II – problemy opiniodawcze, "Arch Med Sąd Kryminol", 2006, LVI (4), 216-222 s.221.
- 101 Pobocha J., Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności, "Orzecznictwo Lekarskie", 2010, 7(1), s. 50-60.

- 102 Hall H.V., Poirier J., Detecting malingering and deception: forensic distortion analysis, 2nd ed, CRC Press, Boca Raton 2000.
- 103 Pobocha J., Metodyka opiniowania w sprawach testamentowych, "Postępy Psychiatrii i Neurologii", 2000, 9 supl. 1 (9), s. 51-59. 32.
- 104 Pobocha J., Powstawanie błędów w opiniach sądowopsychiatrycznych i ich wykrywanie, "Postępy Psychiatrii i Neurologii", 2000, 9 supl. 4 (12), s. 49-57.
- 105 Resnick P.J., Malingering, (w:) Principles & practice of forensic psychiatry, (red.) Rosner R. wyd. 2, Hodder Arnold, London 2003, s. 543-54.
- 106 Ackerman M.J., Podstawy psychologii sądowej, GWP, Gdańsk 2005, s. 58-92.
- 107 Kane A.W., Opiniowanie dotyczące symulowania, (w:) Ackerman M.J. (red.) Podstawy psychologii sądowej, GWP, Gdańsk 2005, s. 75-92.
- 108 Bianchini K.J., Greve K.W., Glyn G., On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research, "Spine J", 2005, nr 5(4), s. 404-417.
- 109 Bianchini K.J., Curtis K.L., Greve K.W., Compensation and malingering in traumatic brain injury: a dose-response relationship?, "Clin Neuropsychol", 2006, nr 20 (4), s. 123, 831-847.
- 110 Curtis K.L., Greve K.W., Bianchin K.J., Brennan A., California verbal learning test indicators of malingered neurocognitive dysfunction: sensitivity and specificity in traumatic brain injury, "Assessment", 2006, nr 13(1), s. 46-61.
- 111 Greve K.W., Bianchini K.J., Love J.M., Brennan A., Heinly M., Sensitivity and specificity of MMPI-2 validity scales and indicators to malingered neurocognitive dysfunction in traumatic brain injury, "Clin Neuropsychol", 2006, nr 20(3), s. 491-512.
- 112 Greve K.W., Bianchini K.J., Doane B.M., Classification accuracy of the test of memory malingering in traumatic brain injury: results of a known-groups analysis, "J Clin Exper Neuropsychol", 2006, nr 28(7), s. 1176-90.
- 113 Greve K.W., Bianchini K.J., Robertson T., The Booklet Category Test and malingering in traumatic brain injury: classification accuracy in known groups, "Clin Neuropsychol", 2007, nr 21(2), s. 318-37.
- 114 Heinly M., Greve K.W., Bianchini K.J., Love J.M., Brennan A., WAIS digit span-based indicators of malingered neurocognitive dysfunction: classification accuracy in traumatic brain injury, "Assessment", 2005, nr 12(4), s. 429-44.
- 115 Larrabee G.J., Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests, "Clin Neuropsychol", 2003, nr 17(3), s. 410-25.

- 116 Chisholm S.M., Crowther J.H., Ben-Porath Y.S., Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy, "J Pers Assess", Aug 1997, nr 69(1), s. 127-44.
- 117 Borghi J.H., Premature termination of psychotherapy and patient-therapist expectations, "American Journal of Psychotherapy", 1968, nr 22, s. 460-473.
- 118 Dodd J., A retrospective analysis of variables related to duration of treatment in a university psychiatric clinic, "J Nerv Ment Dis.", 1970 Aug, nr 151(2), s. 75-84.
- 119 Dubrin J.R., Zastowny T.R., Predicting early attrition from psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort, "Psychotherapy", 1988, nr 25, s. 393-408.
- 120 Elliott T.R., Anderson W.P., Adams N.A., MMPI indicators of long-term therapy in a college counseling center, "Psychol Rep.", 1987 Feb, nr 60(1), s. 79-84.
- 121 Nacev V., Dependency and ego-strength as indicators of patients' attendance in psychotherapy, "Journal of Clinical Psychology", 1980, nr 36, s. 691-695.
- 122 Sullivan P.L., Miller C., Smelser W., Factors in length of stay and progress in psychotherapy, "Journal of Consulting Psychology". 1958, nr 22(1), s. 1-9.
- 123 Taulbee E.S., Relationship between certain personality variables and continuation in psychotherapy, "Journal of Consulting Psychology", 1958, nr 22, s. 83-89.
- 124 Walters G.D., Solomon G.S., Walden V.R., Use of the MMPI in predicting psychotherapeutic persistence in groups in male and female outpatients, "Journal of Clinical Psychology", 1982, nr 38, s. 80-83.
- 125 Wolff W.M. Psychotherapeutic persistence, "Journal of consulting psychology", 1967, nr 31, s. 429.
- 126 Pekarik G., The effects of employing different termination classification criteria in dropout research, "Psychotherapy", 1985, nr 22 (1), s. 86-91.
- 127 Graham J.R., MMPI-2: assessing personality and psychopathology, Oxford University Press, New York 1990.
- 128 Hiler E.W., Initial complaints as predictors of continuation in psychotherapy, "Journal of Clinical Psychology", 1959, nr 15, s. 244-245.
- 129 Lorr M., Katz M.M., Rubinstein E.A., The prediction of length of stay in psychotherapy, "Journal of Consulting Psychology", 1958, nr 22, s. 321-326.
- 130 McNair D.M., Lorr M., Callahan D.M., Patient and therapist influences on quitting psychotherapy, "Journal of Consulting Psychology", 1963, nr 27, s. 10-17.

- 131 Gallagher J.J., Test indicators for therapy prognosis, "Journal of Consulting Psychology", 1954, nr 18, s. 409-413.
- 132 Jenkins S.J., Fuqua D.R., Blum C.R., Factors related to duration of counseling in a university counseling center, "Psychological Reports", 1986, nr 58, s. 467-472.
- 133 Saltzman C., Luetgert M.J., Roth C.H., Creaser J., Howard L., Formation of a therapeutic relationship: experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome, "J Consult Clin Psychol", 1976 Aug, nr 44(4), s. 546-555.
- 134 Butcher J.N., The MMPI-2 in psychological treatment, Oxford University Press, New York 1990.
- 135 Kline J., King M., Treatment dropouts from a community mental health center, "Community Mental Health J", 1973, nr 9, s. 354-360.
- 136 Graham J.R., MMPI-2: Assessing personality and psychopathology, Oxford University Press, New York 1990.
- 137 Last C.G., Thase M.E., Hersen M., Bellack A.S., Himmelhoch J.M., Patterns of attrition for psychosocial and pharmacologic treatments of depression, "Journal of Clinical Psychiatry", 1985, nr 46, s. 361-366.
- 138 Martino V., Grattagliano I., Bosco A., Massaro Y., Lisi A., Campobasso F., Marchitelli M.A., Catanesi R., A New Index for the MMPI-2 Test for Detecting Dissimulation in Forensic Evaluations: A Pilot Study, "J Forensic Sci", 2016 Jan, nr 25, 61(1), s. 249-53. Epub 2015 Aug 25, Fornari U, Trattato di psichiatria forense, Torino, Italy: Utet, 2008.
- 139 Butcher J.N., Williams C.L., Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis MN 1992.
- 140 Hathaway S.R., McKinley J.C., MMPI-2. Minnesota multiphasic personality inventory-2. Handbook, University of Minnesota Press, Minneapolis MN 1989.
- 141 Martino V., Grattagliano I., Bosco A., Massaro Y., Lisi A., Campobasso F., Marchitelli M.A., Catanesi R., A New Index for the MMPI-2 Test for Detecting Dissimulation in Forensic Evaluations: A Pilot Study, "J Forensic Sci", 2016 Jan, nr 25, 61(1), s. 249-53. Epub 2015 Aug 25, Fornari U, Trattato di psichiatria forense, Torino, Italy: Utet, 2008 za: Fornari U. Trattato di psichiatria forense. Torino, Italy: Utet, 2008.
- 142 Alliger G.M., Dwight S.A., A meta-analytic investigation of the susceptibility of integrity tests to faking and coaching, "Educ Psychol Meas", 2000, nr 60 (1), s. 59-72.

- Butcher J.N., Graham J.R., Williams C.L., Ben-Porath Y.S., Development and use of the MMPI-2 content scales, University of Minnesota Press, Minneapolis 1990.
- 143 Wiener D.N., Subtle and obvious keys for the MMPI, "J Consult Psychol", 1948, nr 12, s. 164-70.
- 144 Dannenbaum S.E., Lanyon R.I., The use of subtle items in detecting deception, "J Pers Assess", 1993, nr 61(3), s. 501-10.
- 145 Bagby R.M., Nicholson R., Buis T., Utility of the deceptive-subtle items in the detection of malingering, "J Pers Assess", 1998, nr 70(3), s. 405-15.
- 146 Victor T.L., Abeles N., Coaching clients to take psychological and neuropsychological tests: a clash of ethical obligations, "Professional Psychology", 2004, nr 35(4), s. 373-9.
- 147 Okła W., Steuden S., Ledwoch M., Recenzje „Wprowadzenie do Kwestionariusza MMPI-2”. Oprac. T. Kucharski, J. Gomuła, Pracownia Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości, Toruń 1998, s. 191, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Zakład Psychologii Klinicznej Dorosłych, "Przegląd Psychologiczny, 1999, tom 42, nr 4, s. 195-198.
- 148 Brzeziński J., Kiedy odwołując się do testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego, "Czasopismo Psychologiczne", 2009, t. 15, nr 2.
- 149 Drayton M., The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), "Occup Med.", 2009, nr 59 (2), s.135-136.
- 150 Nordin H., Eisemann M., Richter J., MMPI-2 subgroups in a sample of chronic pain patients, "Scand J Psychol", 2005, vol. 46, s. 209-216.
- 151 Levitt E.E., Gotts E.E., The Clinical Application of MMPI Special Scales – Second Edition, New Jersey Hillsdale 1995.
- 152 <https://www.upress.umn.edu/test-division/bibliography/mmpi-history>
- 153 Hathaway S.R., McKinley J.C., Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, University of Minnesota Press, Minneapolis 1942.
- 154 Hathaway S.R., McKinley J.C., A multiphasic personality schedule (Minnesota): Construction of the schedule, "Journal of Psychology", 1940, nr 10, s. 249-254.
- 155 Yossef S., Ben-Porath Ph.D., Tellegen A., Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form® (MMPI-2-RF®) University of Minnesota Press, 2008.

- 156 Butcher J.N., Williams C.L., Graham J.R., Archer R., Tellegen A., Ben-Porath Y. S., Kaemmer B., MMPI-A manual for administration, scoring, and interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis 1992.
- 157 Butcher J.N., Graham J.R., Ben-Porath Y.S., Tellegen A., Dahlstrom W.G., Kaemmer B., MMPI-2: Manual for administration and scoring, (Rev. ed.) University of Minnesota Press, Minneapolis 2001.
- 158 Butcher J.N., Graham J.R., Tellegen A., Kaemmer B., Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2, University of Minnesota Press, Minneapolis 1989.
- 159 Paluchowski J. (red.), Stosowanie i interpretacja Kwestionariusza MMPI, Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP i UW, Warszawa 1985.
- 160 Robert P., Archer Ph.D., Richard W., Handel Ph.D., Yossef S., Ben-Porath Ph.D., Tellegen A., Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent-Restructured Form™ (MMPI-A-RF™), University of Minnesota Press, 2016.
- 161 Dahlstrom W.G., Professional Research and Practice, 1992, nr 23, s. 345-348.
- 162 Leeth C., Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A), Encyclopedia of Child Behavior and Development, 2011, s. 956-957 zawarty (w:) Goldstein S., Naglieri J.A., Encyclopedia of Child Behavior and Development.
- 163 Butcher J.N., Williams C.L., Graham J.R., Archer R., Tellegen A., Ben-Porath Y.S., Kaemmer B., MMPI-A manual for administration, scoring, and interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis 1992.
- 164 Tellegen A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Arbisi P.A., Graham J.R., Kaemmer B., The MMPI-2 Restructured Clinical Scales: Development, validation, and interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis 2003.
- 165 Ben-Porath Y.S., Tellegen A., MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) manual for administration, scoring, and interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis 2008/2011.
- 166 Tellegen A., Ben-Porath Y.S., MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) technical manual, University of Minnesota Press, Minneapolis 2008/2011.
- 167 Ben-Porath Y.S., Interpreting the MMPI-2-RF, University of Minnesota Press, Minneapolis 2012.
- 168 Exner J.E. Jr., The Rorschach: A comprehensive system, Vol. 1 (4th ed.), Wiley, New York NY 2003.

- 169 Alliger G.M., Dwight S.A., A meta-analytic investigation of the susceptibility of integrity tests to faking and coaching, "Educational and Psychological Measurement", 2000, nr 60, s. 59-72.
- 170 Baer R.A., Miller J., Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review, "Psychological Assessment", 2002, nr 14, s. 16-26.
- 171 Bagby R.M., Rogers R., Buis T., Kalembo V., Malingered and defensive response style on the MMPI-2: An examination of the validity scales, "Assessment", 1994), nr 1, s. 31-38.
- 172 Barrick M.R., Mount M., The Big-Five personality dimension and job performance: A meta-analysis, "Personnel Psychology", 1991, nr 44, s. 1-26.
- 173 Ellingson J.E., Sackett P.R., Hough L.M., Social desirability correction in personality measurement: Issues of applicant comparison and construct validity, "Journal of Applied Psychology", 1999, nr 84, s. 155-166.
- 174 Ganellen R.J., Rorschach assessment of malingering and defensive response set. In C. B. Gacono & F. B. Evans (Eds.), The handbook of forensic Rorschach assessment, Routledge, Taylor & Francis Group, New York NY 2008, s. 89-119.
- 175 Meyer G.J., Archer R.P., The hard science of Rorschach research: What do we know and where do we go?, "Psychological Assessment", 2001, nr 13, s. 486-502.
- 176 Viswesvaran C., Ones D.S., Meta-analyses of fakeability estimates: Between-subjects versus within-subjects designs, "Educational and Psychological Measurement", 1999, nr 59, s. 197-210.
- 177 Westen D., Shedler J., Personality diagnosis with the Shedler-Westen assessment procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction, "Journal of Abnormal Psychology", 2007, nr 116, s. 810-822.
- 178 Paluchowski W.J., Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”?, "Roczniki Psychologiczne", 2010, nr 13(2), s.7-27.
- 179 http://www.practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_test%C3%B3w.pdf
WYTYCZNE MIĘDZYNARODOWEJ KOMISJI ds. TESTÓW (International Test Commission – ITC) z 2000 roku DOTYCZĄCE STOSOWANIA TESTÓW:
WERSJA POLSKA1
- 180 Owczarek K., Analiza profili osobowości u osób z psychogennymi napadami rzekomopadaczkowymi i padaczkowymi na podstawie minnesockiego wielowymiarowego inwentarza osobowości (MMPI), Praca habilitacyjna, Akademia Medyczna, Warszawa 2002, s. 83-89.
- 181 Pużyński S., Wciórki J. (red.), Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", 1998.

- 182 Ruchinskas R.A., Broshek D.K., Crews Jr. W.D., Barth J.T., Francis J.P., Robbins, M.K., A Neuropsychological Normative Database for Lung Transplant Candidates, "Journal of Clinical Psychology in Medical Settings", Jun 2000, Vol. 7 Issue 2, s. 107-112. 6p.
- 183 Mongini F., Ibertis F., Barbalonga E., Raviola F., MMPI-2 Profiles in Chronic Daily Headache and Their Relationship to Anxiety Levels and Accompanying Symptoms, "Headache: The Journal of Head & Face Pain", Jun 2000, Vol. 40 Issue 6, s. 466-472. 7p.
- 184 Paluchowski W.J. (red.), Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI. Część II, Laboratorium Technik Diagnostycznych, Warszawa 1985.
- 185 Hare R.D., The Hare Psychopathic Checklist–Revised, Multi-Health Systems, Toronto ON 1991.
- 186 Hare R.D., Hare Psychopathy Checklist–Revised. (2nd ed.), Multi Health Systems, Toronto ON 2003.
- 187 Sellbom M., Ben-Porath Y.S., Lilienfeld S.O., Patrick C.J., Graham J.R., Assessing psychopathic personality traits with the MMPI–2, "Journal of Personality Assessment", 2005, nr 85, s. 334-343.
- 188 Lovelace L., Gannon L., Psychopathy and depression: mutually exclusive constructs?, " Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry", 1999, nr 30, s. 169-176.
- 189 Hansen A.L., Stokkeland L., Johnsen B.H, Pallesen S, Waage L., The relationship between the Psychopathy Checklist-Revised and the MMPI-2: a pilot study, "Psychol Rep.", 2013 Apr, nr 112(2), s. 445-57.
- 190 Colligan R.C., Morey L.C., Offord K.P., The MMPI/MMPI-2 Personality Disorder Scales: Contemporary norms for adults and adolescents, "Journal of Clinical Psychology", Mar 1994, Vol. 50 Issue 2, s. 168-200. 33p. 14 Charts.
- 191 Hicklin J., Widiger T.A., Convergent Validity of Alternative MMPI-2 Personality Disorder Scales, "Journal of Personality Assessment", Dec 2000, Vol. 75 Issue 3, s. 502-518. 17p. 5 Charts.
- 192 Blais M.A., Hilsenroth M.J., Castlebury F., Fowler J.C., Baity M., Predicting DSM-IV Cluster B personality disorder criteria from MMPI-2 and Rorschach data: A test of incremental validity, "Journal of Personality Assessment", 2001, nr 76, s. 150-168.
- 193 Hills H.A., Diagnosing personality disorders: An examination of the MMPI-2 and MCMI-II, "Journal of Personality Assessment", 1995, nr 65, s. 21-34.

- 194 Trull T.J., Discriminant validity of the MMPI-Borderline Personality Disorder Scale, "Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1991, nr 3, s. 232-238.
- 195 Sivec H.J., Hilsenroth M.J., Lynn, S.J., Impact of simulating borderline personality disorder on the MMPI-2: a costs-benefits model employing base rates, "Journal of Personality Assessment", 1995, nr 64, s. 295-311.
- 196 Zalewski C.E., Archer R.P., Assessment of borderline personality disorder: a review of MMPI and Rorschach findings, "Journal of Nervous & Mental Disease", 1991, nr 179, s. 338-345.
- 197 Schretlen D., The use of psychological tests to identify malingered symptoms of mental disorder, "Clinical Psychology Review", December 1988, nr 8(5), s. 451-476.
- 198 Wise E.A., Comparative validity of MMPI-2 and MCMI-II personality disorder classifications, "Journal of Personality Assessment", 1996, nr 66, s. 569-582.
- 199 Jones A., An Examination of Three Sets of MMPI-2 Personality Disorder Scales, "Journal of Personality Disorders", August 2005, nr 19(4), s. 370-85.
- 200 Balogh D. W., Merritt R.D., Lennington L., Fine M., Wood J., Variants of the MMPI 2-7-8 Code Type: Schizotypal Correlates of High Point 2,7, or 8., "Journal of Personality Assessment", Dec 1993, Vol. 61 Issue 3, s. 474. 15p.
- 201 Gilberstadt H., Duker J., A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation, Saunders, Philadelphia 1965.
- 202 Marks Ph.A., Seeman W., Haller D.L., The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults, Williams & Wilkins, Baltimore 1974.
- 203 Donald R.P., The diagnosis of subclinical schizophrenia, "Journal of Consulting Psychology", July 1954, nr 18(3), s. 198-200.
- 204 Koh S.D., Kayton L., Berry R., Mnemonic organization in young nonpsychotic schizophrenics, "Journal of Abnormal Psychology", 1973, nr 81, s. 299-310.
- 205 Fine H.K., Studying schizophrenia outside the psychiatric setting, "Journal of Youth & Adolescence", 1973, nr 2, s. 291-301.
- 206 Fujioka T.A., Chapman L.J., Comparison of the 2-7-8 MMPI profile and the Perceptual Aberration-Magical Ideation Scale in identifying hypothetically psychosis-prone college students, Jun 1984, nr 52(3), s. 458-67.
- 207 Edell W.S., Relationship of borderline syndrome disorders to early schizophrenia on the MMPI., "J Clin Psychol.", Mar 1987, nr 43(2), s. 163-76.

- 208 Haier R.J., Rieder R.O., Khouri P.J., Buchsbaum M.S., Extreme MMPI scores and the Research Diagnostic Criteria, Screening, May 1979, nr 36(5), s. 528-34.
- 209 Vincent K.R., Castillo I., Hauser R.I., Stuart H.J., Zapata J.A., Cohn C.K., O'Shanick, MMPI code types and DSM-III diagnoses, "J Clin Psychol", Nov 1983, nr 39(6), s. 829-42.
- 210 Winters K.C., Weintraub S., Neale J.M., Validity of MMPI code types in identifying DSMIII schizophrenics, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1981, nr 49, s. 486-487.
- 211 Walters G.D., Schizophrenia, (w:) R.L. Greene (Ed.) The MMPI: Use With Specific Populations, Grune & Stratton, Philadelphia 1988, s. 50-73.
- 212 Wybrane aspekty diagnozy psychologicznej i oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec dziecka z zaburzeniami w rozwoju – założenia teoretyczne, implikacje praktyczne
- 213 Olechnowicz H., Refleksja nad diagnozą psychologiczną dziecka na przykładzie dwóch kontrastujących procedur badawczych, Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Naukowej – Autyzm wyzwaniem naszych czasów w Krakowie, grudzień 1998.
- 214 Hunsley J., Mash E.J., Introduction to the special section on developing guidelines for the Evidence-Based Assessment (EBA) of adult disorders, "Psychological Assessment", 2005, nr 17, 3, s. 251-255.
- 215 Hunsley J., Training psychologists for evidence-based practice, "Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne", 2007, nr 48, 1, s. 32-42.
- 216 Kowalik S., Brzeziński J., Diagnoza kliniczna, (w:) H. Sęk (red.), Społeczna psychologia kliniczna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 213-239.
- 217 Kowalik S., Modele diagnozy psychologicznej, (w:) H. Sęk (red.), Psychologia kliniczna. Tom 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 181-193.
- 218 Kinderman P., Tai S., Clinical implications of a psychological model of mental disorder. Behav, "Cognitive Psychotherapy", 2007, nr 35, s. 1-14.
- 219 Waszkiewicz A.A., Nizio A.M., Rola psychologa klinicznego w szpitalu psychiatrycznym, "Psychiatria i Psychoterapia", 2014, tom 10, numer 1, s. 3-10, za: Mrdjenovuch A.J., Moore B.A., The professional identity of counseling psychologists in health care: a review and call for research, "Couns. Psychology Q.", 2004, nr 17 (1), s. 69-79.
- 220 Milne D., Paxton R.A., Psychological Re-Analysis of the Scientist-Practitioner Model, "Clin. Psychology and Psychotherapy", 1998, nr 5, s. 216-230.

- 221 Hayes S.C., Creating the empirical clinician, "Clin. Psychology: Sc. Prac.", 1996, nr 3, s. 179-181.
- 222 Waszkiewicz A.A., Nizio A.M., Rola psychologa klinicznego w szpitalu psychiatrycznym, "Psychiatria i Psychoterapia", 2014, tom 10, numer 1, s. 3-10.
- 223 Parry G., Improving psychotherapy services: Applications of research, audit and evaluation, "Brit J. Clin. Psychology", 2002, nr 31, s. 3-19.
- 224 Sęk H., Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2012.
- 225 Słysz A., Analiza koncepcji kluczowych hipotez klinicznych Barbary Ingram pod kątem przydatności w diagnozie psychologicznej, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- 226 Stemplewska-Żakowicz K., Paluchowski W., The reliability of projective Techniques as Tools of psychological assessment, part 1: Why it is unjustified to describe some of them as projective?, "Problems of Forensic Sciences", 2013, vol. 93, s. 421-437.
- 227 Hornowska E., Testy psychologiczne – teoria i praktyka, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.
- 228 Czabała J.C., Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych, (w:) J. Strelau (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom II. Psychologia ogólna, GWP, Gdańsk 2006.
- 229 Margasiński A., Pułapki diagnozy psychologicznej na przykładzie efektu Barnuma i tzw. syndromu dorosłych dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, "Studia Psychologica", 2013, Numer 13 (1), s. 85-99.
- 230 Batóg B., Wawrzyniak K., Diagnozowanie a prognozowanie ekonometryczne - podobieństwa, różnice, zależności, "Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 394, Prace Katedry Ekonometrii i Statystyki nr 15", Szczecin 2004.
- 231 Ziemiński S., Problemy dobrej diagnozy, PWN, Warszawa 1973.
- 232 Brzeziński J., Kiedy odwołując się do wyników testów psychologicznych postępujemy nieetycznie? Analiza kontekstu psychometrycznego, "Czasopismo Psychologiczne", 2009, nr 15 (2), s. 321-332.
- 233 Jakubik A., Diagnostyka osobowości dysocjalnej, "Studia Psychologica", 2006, nr 6, s. 237-247.
- 234 Ossowski R., Rola systemu wartości w diagnozie sytuacyjnej, "Studia Psychologiczne", 1993, Zeszyt 91.

- 235 Bajkowski T., Namiotko U., Sawicki K., Diagnostyka i metodyka psychopedagogiczna w warunkach wielokulturowości, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, 2014.
- 236 Sęk H. (red.), Psychologia kliniczna, tom 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, (w:) Pasikowski T., Sęk H. Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania diagnostycznego a wynik diagnozy.
- 237 Ziemiński S., Problemy dobrej diagnozy, PWN, Warszawa 1973.
- 238 Brzeziński J., Kowalik S., Charakterystyka wybranych metod diagnozy klinicznej, (w:) H. Sęk (red.), Społeczna psychologia kliniczna (s. 314-364), Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2000.
- 239 Nowak E. (red.), Prognozowanie gospodarcze. Metody, modele, zastosowania, przykłady, Agencja Wydawnicza PLACET, Warszawa 1998.
- 240 Swenson W.M., Pearson J.S., Osborne D., An MMPI source book: Basic item, scale, and pattern data on 50,000 medical patients, University of Minnesota Press, Minneapolis MN 1973.
- 241 Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K., Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. T.I: narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach. IBE: Warszawa 2015.
- 242 Stemplewska-Żakowicz K., Diagnoza psychologiczna. Diagnostowanie jako kompetencja profesjonalna, GWP, Gdańsk 2011.
- 243 Hornowska E., Testy psychologiczne. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
- 244 Zawadzki B., Hornowska E., Psychometria. Konstrukcja i adaptacja testów psychologicznych, (w:) J. Strelau, D. Doliński (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki (s. 847–893), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- 245 Tsirigotis K., Grnszczyński W., Cechy osobowości dorosłych córek i synów alkoholików (ODA) leczonych w PZP, "Alkoholizm i Narkomania", Tom 14, nr 3, s. 375-385.
- 246 Fordyce W.E., Use of the MMPI in the assessment of chronic pain (Uwagi kliniczne dotyczące MMPI, nr 3, MN: National Computr Systems, Minneapolis 1979.
- 247 Costello R.M., Hulse T.L., Schoenfeld L.S., Ramamurthy S., P-A-I-N: A four-cluster MMPI typology for chronic pain, Pain 30, 1987, s. 199–209.
- 248 Costello, Schoenfeld, ramamurthy, Hobbs-Harde (1989) (8)

- 249 Kinder B.N., Curtiss G., Kalichman S., Affective differences among empirically derived subgroups of headache patients, "J Pers Assess", 1992, nr 58, s. 516-524.
- 250 Trassberg D.S., Tilley D., Bristone S., Oei T.P. The MMPI and chronic pain: a cross-cultural view, "Psychological Assessment", 1992, nr 4, s. 493-497.
- 251 Keller, Butcher (1990) (8)
- 252 Riley J.L., Robinson M.E., Validity of MMPI-2 profiles in chronic back pain patients: differences in path models of coping and somatization, "Clinical Journal of Pain", 1998, nr 14, s. 324-335.
- 253 Prager R.A., Garfield S.L., Client initial disturbance and outcome in psychotherapy, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1972, nr 38(1), s. 112-117.
- 254 Wolman B., Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook Paperback – 12 Jun 2012, (Editor) 1978.
- 255 Gilberstadt H., Duker J., A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation, W. B. Saunders, Philadelphia 1965.
- 256 Robert E., McGrath, Ingersoll J., Writing a Good Cookbook: I. A Review of MMPI High-Point Code System Studies, "Journal of Personality Assessment, Copyright © 1999, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., nr 73(2), s. 149-178.
- 257 Heilbrun K., Heilbrun A.B., Risk assessment with the MMPI 2 in forensic evaluations, (w) Ben Porath Y.S., Graham J.R., Hall G.C.N., Hirschman R.D., Zaragoza M.S. (Eds.), Forensic applications of the MMPI 2 (s. 160-178), Sage Publications, Beverly Hills 1995.
- 258 Monahan J., Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques, Sage Publications, Beverly Hills CA 1981.
- 259 Megargee E.I., Using the Megargee MMPI-based classification system with MMPI-2s of male prison inmates, "Psychological Assessment", 1994, nr 6, s. 337-344.
- 260 Megargee E.I., Using the Megargee MMPI-based classification system with the MMPI-2s of female prison inmates, "Psychological Assessment", 1997, nr 9, s. 75-82.
- 261 Shultz T.D., Gibeau Ph.J., Barry S.M., Journal of Clinical Psychology, Oct 1968, Vol. 24 Issue 4, s. 430-433, 4p.