

Strategia interpretacji protokołu MMPI-2 – studium przypadku pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową w okresie remisji objawów hipomaniakalnych

Interpretation strategy for the MMPI-2 protocol – a case study of a patient with bipolar disorder during remission of hypomanic symptoms

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu, Bolesławiec, Polska

Adres do korespondencji: Amelia Głowacka, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu, Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu, al. Tysiąclecia 30, 59-700 Bolesławiec, e-mail: amelglow@gmail.com

Streszczenie

Artykuł przedstawia przykładową strategię interpretacji danych uzyskanych na podstawie testu psychologicznego MMPI-2. Ze względu na mnogość skal, skomplikowany charakter kwestionariusza i czasochłonność opracowania zebranych informacji wszelkie przykłady interpretacji mogą być pomocne w pracy psychologa. W polskiej literaturze przedmiotu dostępnych jest niewiele źródeł wspomagających szeroką interpretację MMPI-2. Prezentowane studium przypadku ilustruje ścieżkę interpretacyjną możliwą do powielenia we własnej praktyce klinicznej. Artykuł bazuje na oficjalnych wskazówkach Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, opracowaniach specjalistów zajmujących się omawianym narzędziem – Marka Matkowskiego i Tomasza Kucharskiego, indywidualnej pracy diagnostycznej pod superwizją doświadczonych klinicystów oraz jednorazowej konsultacji z mgr. Andrzejem Janiakiem. Autorka respektuje oryginalne prawa autorskie należące na terenie Polski do Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, w związku z czym rekomenduje zakup wyłącznie oficjalnych i autoryzowanych materiałów w powyższej pracowni oraz zaleca zapoznanie się z jej oficjalnym stanowiskiem na temat ścieżki diagnostycznej w przypadku testu MMPI-2.

Słowa kluczowe: MMPI-2, studium przypadku, psychologia kliniczna, diagnoza psychologiczna, interpretacja

Abstract

The paper presents an exemplary strategy for interpreting MMPI-2 data. Due to the multitude of diagnostic tools, the complex nature of the questionnaire and the time-consuming analysis of the data obtained, all examples of interpretation may be helpful for a psychologist. Polish reports supporting the broad interpretation of the MMPI-2 are sparse. The presented case study illustrates an interpretative path replicable in any clinical psychological practice. The article is based on the official guidelines of the Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association. They were developed by Marek Matkowski and Tomasz Kucharski, specialists dealing with the discussed tool, and represent individual diagnostic recommendations created under the supervision of experienced clinicians and a one-time consultation with MSc Andrzej Janiak. Respecting the original copyrights belonging to the Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association in Poland, I recommend purchasing only official and authorised materials in the above-mentioned Laboratory and familiarising with its official position on the diagnostic path in MMPI-2.

Keywords: MMPI-2, case study, clinical psychology, psychological diagnosis, interpretation

WSTĘP

W psychologii klinicznej zastosowanie znajdują różne typy metod badawczych (wśród nich testy psychologiczne), które służą do jak najtrafniejszego poznania pacjenta (Lewicki, 1974). Jednym z testów jest Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2), należący obecnie do narzędzi najpowszechniej wykorzystywanych w diagnostyce psychologicznej (Butcher *et al.*, 2012). Dane ankietowe wskazują, że MMPI-2 to najczęściej stosowany przez klinicystów test osobowości (86%) i drugie (po WAIS-R – 94%) najczęściej stosowane narzędzie spośród wszystkich testów psychologicznych (Graham, 2015).

MMPI-2 jest samoopisowym kwestionariuszem do oceny zaburzeń osobowości i psychopatologii, w którym badany ustosunkowuje się do 567 stwierdzeń, dotyczących różnych zachowań i przekonań. Wyniki ujmowane są na 121 skalach. Amerykańska literatura zaznacza, że ze względu na skomplikowany charakter testu posługiwać się nim powinni wyłącznie wykwalifikowani specjaliści, mający odpowiednie przygotowanie w zakresie teorii testów, struktury i funkcjonowania osobowości, psychopatologii oraz diagnozy psychologicznej (Graham, 2015). Interpretacja wymaga doświadczenia klinicznego i znajomości struktury wewnętrznej testu. Najbardziej wartościowe informacje o badanym osiąga się przez analizę wzajemnej konfiguracji skal, dla psychologa jest to jednak najtrudniejszy sposób interpretacji (Kucharski i Gomuła, 1998). Ze względu na złożoność procesu interpretacji inwentarza pomocne są – zwłaszcza dla początkujących użytkowników – opisy przypadków ilustrujące ścieżkę diagnostyczną. Niniejszy artykuł jest właśnie próbą przedstawienia przykładowej strategii interpretacyjnej, mającej pomóc innym psychologom w interpretacji profili skal ich pacjentów.

INFORMACJE OGÓLNE

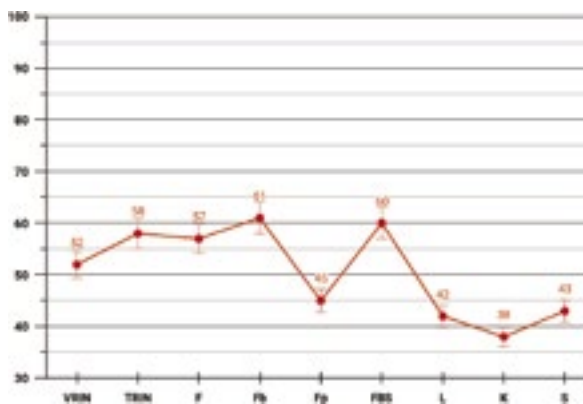
Przedstawiony tu przypadek dotyczy pacjenta szpitala psychiatrycznego – 45-letniego mężczyzny z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). Pacjent ma wykształcenie podstawowe, jest rozwiedziony, ma troje dzieci z dwóch związków. Mieszka z rodzicami. Choruje psychicznie od około 17 lat, był wielokrotnie hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym. W przeszłości sięgał po substancje psychoaktywne.

MMPI-2 – PROTOKÓŁ BADANIA

Skale kontrolne

Skale do oceny tendencji do ignorowania treści pozycji

Wyniki pacjenta w skalach kontrolnych mieszczą się w akceptowalnym zakresie (ryc. 1).



VRIN – Skala Niespójności Odpowiedzi Niezgodnych; TRIN – Skala Niespójności Odpowiedzi Zgodnych; F – Skala Odpowiedzi Rzadkich; Fb – Skala Odpowiedzi Rzadkich dla dalszej części testu; Fp – Skala Odpowiedzi Rzadkich dotycząca objawów psychopatologicznych; FBS – Skala Wyolbrzymiania Symptomów; L – Skala Kłamstwa; K – Skala Korekcyjna; S – Skala Pozytywnej Autoprezentacji
Ryc. 1. Profil dla skal kontrolnych MMPI-2

W skalach VRIN (*Skala Niespójności Odpowiedzi Zgodnych*) i TRIN (*Skala Niespójności Odpowiedzi Niezgodnych*) badany uzyskał wyniki w granicach normy (VRIN = 52, TRIN = 58), co sugeruje brak tendencji do udzielania odpowiedzi niespójnych, sprzecznych i do nadmiernego ich kontrolowania. Wartości VRIN i TRIN świadczą o trafności profilu, rozumieniu pozycji testowych oraz adekwatności w ustosunkowywaniu się do nich.

Miary odpowiedzi rzadkich

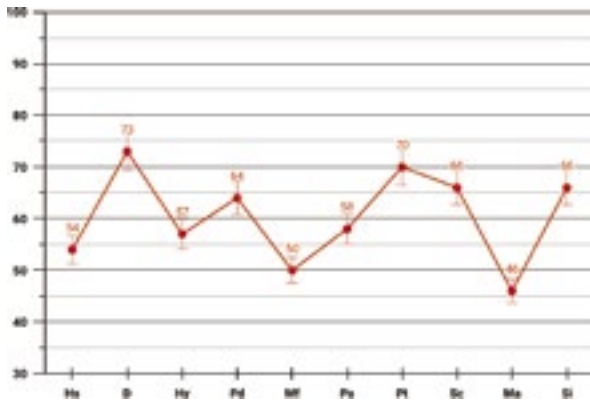
Wyniki w skalach F, F_b i F_p (F – *Skala Odpowiedzi Rzadkich*, T = 57; F_b – *Skala Odpowiedzi Rzadkich dla dalszej części testu*, T = 61; F_p – *Skala Odpowiedzi Rzadkich dotycząca objawów psychopatologicznych*, T = 45) mieszczą się w normie. Oznacza to, że aktualne trudności psychologiczne badanego mają łagodne nasilenie. Biorąc pod uwagę fakt, że jest to pacjent szpitala psychiatrycznego z diagnozą ChAD, a poważna psychopatologia rzadko występuje w populacji ogólnej (osoby, które wiernie relacjonują obecność ważnych symptomów psychopatologicznych, powinny uzyskiwać wyniki podwyższone), poziom wskaźników odpowiedzi rzadkich może wskazywać na pewien stopień nieświadomości w zakresie własnych trudności psychicznych. Relatywnie obniżony wynik w skali F_p w porównaniu z pozostałymi miarami odpowiedzi rzadkich sugeruje minimalizowanie objawów psychopatologicznych oraz „fałszywy” rodzaj współpracy.

Brak istotnej różnicy między F a F_b świadczy o stabilności w podejściu osoby badanej do wypełniania testu.

Wynik w skali FBS (*Skala Wyolbrzymiania Problemów*, T = 60) mieści się w normie, co sugeruje brak wyolbrzymiania symptomów złego stanu zdrowia (somatyzacji), a szczególnie deficytów neuropoznawczych.

Miary obronności

W przypadku miar obronności badany uzyskał wyniki poniżej normy (L – *Skala Kłamstwa* = 42; K – *Skala*



Hs – Skala Hipochondrii; D – Skala Depresji; Hy – Skala Histerii; Pd – Skala Odchyleń Psychopatycznych; Mf – Skala Męskości–Kobiecości; Pa – Skala Paranoi; Pt – Skala Psychastenii; Sc – Skala Schizofrenii; Ma – Skala Hipomanii; Si – Skala Introwersji Społecznej

Ryc. 2. Profil dla skal klinicznych MMPI-2 z poprawką K

Korekcyjna = 38; S – Skala Pozytywnej Autoprezentacji = 43). Wskazuje to na brak obronności w wypełnianiu testu, rozumianej jako tendencja do nadmiernej pozytywnej autoprezentacji. Wyniki poniżej normy sugerują jednak negatywistyczną stylistykę w opisie samego siebie (skłonność do wyolbrzymiania przeżywanymi problemami, obniżenie sprawności strategii adaptacyjnych). Tak niski poziom obronności może świadczyć o tendencji do budowania relacji z innymi, zwłaszcza z psychologiem – diagnostą, za pomocą mechanizmu autodewaluacji i komunikacji opartej na zgłaszaniu objawów psychologicznych (omawianych dokładniej w dalszej części artykułu).

Ze względu na istotną różnicę między F a K ($F > K = 19$), można wysunąć hipotezę o długoterminowym, względnie stałym charakterze przeżywanymi problemami. Pomimo ewentualnych problemów sytuacyjnych czy objawów chorobowych mogą istnieć nieprawidłowości w sferze cech osobowości. $F > L + K$ sugeruje nasilone mechanizmy wołania o pomoc, regres w sytuacji kryzysowej, przeciążenie psychologiczno-adaptacyjne.

Skale kliniczne z poprawką K

Depresja (2)

W profilu skal klinicznych skalą dominującą jest *Depresja* ($T = 73$) (ryc. 2).

Wynik świadczy o niezadowoleniu z aktualnej sytuacji życiowej i uogólnionym silnym dyskomforcie psychicznym. W połączeniu z wynikami w skalach Sc i Pt mówi to o braku poczucia bezpieczeństwa. Analiza składowych *Skali Depresji* wskazuje na wyraźną dominację *Subiektywnego Poczucia Depresji* ($T = 77$), *Dolegliwości Fizycznych* ($T = 75$), *Otępienia Psychicznego* ($T = 79$) i *Pogrążania się w Ponurych Myślach* ($T = 71$) nad *Spowolnieniem Psychoruchowym* ($T = 59$) (tab. 1).

Badany zgłasza poczucie nieszczęśliwości, przygnębienia, gorszości, braku sił do borykania się z problemami, trudności z koncentracją, pamięcią i uwagą, ruminacje oraz

Skrót	Nazwa skali uzupełniającej	Wynik surowy	Wynik T
D ₁	<i>Subiektywne Poczucie Depresji</i>	23	77
D ₂	<i>Spowolnienie Psychoruchowe</i>	7	59
D ₃	<i>Dolegliwości Fizyczne</i>	8	75
D ₄	<i>Otępienie Psychiczne</i>	12	79
D ₅	<i>Pogrążanie się w Ponurych Myślach</i>	8	71

Tab. 1. Podskale Depresji (2)

poczucie utraty kontroli nad procesami myślowymi. Obniżony wynik D₂ w stosunku do innych składowych (a zwłaszcza dominującego otępienia psychicznego, związanego z deficytami uwagowo-pamięciowymi i obniżoną samooceną) może być wynikiem zachowanej sprawności psychomotorycznej (żywego afektu, prawidłowego napędu, potencjału intelektualnego) i braku tendencji somatyzacyjnych, ale także gotowości do doświadczania wrogich impulsów (jako jednej z cech podskali D₂ w połączeniu ze skalą *Odchyleń Psychopatycznych*, Pd). Wymiar depresyjności może być tu bardziej poznawczy niż behawioralno-fizyczny.

Zauważyć można wyraźną dominację depresji nad manią. Teoretycznie przewaga skali 2. nad 9. sugeruje zredukowaną aktywność zewnętrzną – analiza skali *Mania* wskazuje jednak, że za obniżenie wyniku odpowiada przede wszystkim skala Ma₃ (*Niewrażliwość na Opinię Społeczną*, $T = 30$) (tab. 2).

Uzyskany wynik świadczy o nadmiernym skupieniu na sobie w sytuacjach społecznych. Rezultat w skali Ma₂ (*Pobudzenie Psychoruchowe*, $T = 47$), dotyczącej aspektu behawioralnego, sytuuje się tylko nieznacznie poniżej normy. Wartościowe przesłanki pozwoliła uzyskać skala Ma₄ (*Inflacja Ego*, $T = 65$). Pomimo deklarowanej depresyjności badany ma tendencję do nierealistycznej oceny swoich możliwości i zwiększonego poczucia wartości. Może być urażony, kiedy inni stawiają mu wymagania. Informacja ta wskazuje na elementy bierno-agresywne w osobowości pacjenta i jest spójna z diagnozą ChAD.

Psychastenia (7)

Kolejną dominującą skalą jest *Psychastenia* ($T = 70$), sugerująca silne nasycenie lękiem, tendencję do koncentracji na sobie, skłonność do przeżywania wątpliwości i wyolbrzymiania problemów. Wynik wskazuje na stan napięcia emocjonalnego, zamętu i dyskomfortu psychicznego.

Schizofrenia (8)

Wynik T w *Schizofrenii* przekracza górną granicę normy ($T = 66$). Z analizy podskal wynika, że odpowiada za to

Skrót	Nazwa skali uzupełniającej	Wynik surowy	Wynik T
Ma ₁	<i>Amoralność</i>	3	48
Ma ₂	<i>Pobudzenie Psychoruchowe</i>	4	47
Ma ₃	<i>Niewrażliwość na Opinię Społeczną</i>	0	30
Ma ₄	<i>Inflacja Ego</i>	6	65

Tab. 2. Podskale Hipomanii (9)

Skrót	Nazwa podskali	Wynik surowy	Wynik T
Sc ₁	<i>Alienacja Społeczna</i>	9	60
Sc ₂	<i>Alienacja Emocjonalna</i>	4	62
Sc ₃	Brak Panowania Ego w Sferze Poznawczej	8	76
Sc ₄	Brak Panowania Ego w Sferze Wolicjonalnej	9	71
Sc ₅	Brak Panowania Ego w Sferze Kontroli	6	66
Sc ₆	<i>Dziwaczne Doznania Sensoryczne</i>	8	61

Tab. 3. Podskale Schizofrenii (8)

Skrót	Nazwa podskali	Wynik surowy	Wynik T
Si ₁	<i>Nieśmiałość</i>	9	63
Si ₂	Społeczne Unikanie	6	65
Si ₃	Alienacja	14	69

Tab. 4. Podskale Introwersji Społecznej (0)

Skrót	Nazwa podskali	Wynik surowy	Wynik T
Pd ₁	Konflikty w Rodzinie	6	65
Pd ₂	<i>Negatywny Stosunek wobec Autorytetów</i>	3	50
Pd ₃	<i>Odporność na Wpływ Społeczny</i>	0	31
Pd ₄	Alienacja Społeczna	8	62
Pd ₅	Autoalienacja	10	70

Tab. 5. Podskale Odchylen Psychopatycznych (4)

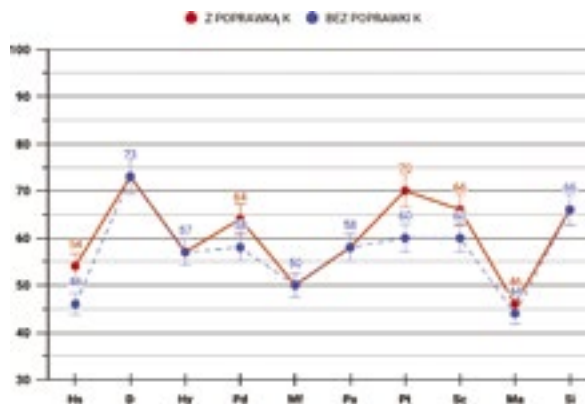
głównie skala Sc₃ (*Brak Panowania Ego w Sferze Poznawczej*, T = 76) (tab. 3).

Osoby uzyskujące wysokie wyniki w Sc₃ relacjonują dziwaczne procesy myślowe, poczucie nierealności, trudności z koncentracją i pamięcią. Wynik pacjenta jest spójny z wynikiem w podskalach *Depresji*. Podwyższony wynik w Sc₄ (*Brak Panowania w Sferze Wolicjonalnej*, T = 71) to oznaka poczucia, że życie jest obciążeniem (korelacja z D₁), nadmierne zamartwianie się (korelacja z Pt) oraz reagowanie na stres wycofywaniem się w fantazje i marzenia (Sc + Pa > Hs + Hy). Najniższy wynik w podskalach *Schizofrenii* uzyskano w *Alienacji Społecznej* (Sc₁ = 60), co pomimo aktualnych skłonności introwertycznych sugeruje zachowany potencjał do nawiązywania relacji o ładunku emocjonalnym.

Introwersja (0)

Wynik w skali introwersji (Si, T = 66) świadczy o nasilonych cechach introwertycznych. W połączeniu z *Depresją*, *Schizofrenią* i *Psychastenią* sugeruje to brak poczucia bezpieczeństwa, poczucie niższości, skłonność do ruminacji, problemy z decyzywnością (Matkowski, 1992). Spośród podskal skali 0 najwyższy wynik stwierdzono w przypadku Si₃ (*Alienacja*, T = 69) (tab. 4).

Powodem introwersji w funkcjonowaniu społecznym mogą być zatem: chroniczne poczucie gorszości, autokrytycyzm, niska samoocena, poczucie niezdolności do decydowania o sobie, ale także podejrzliwość.



Hs – Skala Hipochondrii; D – Skala Depresji; Hy – Skala Histerii; Pd – Skala Odchylen Psychopatycznych; Mf – Skala Męskości–Kobiecości; Pa – Skala Paranoi; Pt – Skala Psychastenii; Sc – Skala Schizofrenii; Ma – Skala Hipomanii; Si – Skala Introwersji Społecznej

Ryc. 3. Profil dla skal klinicznych

Odchylenia Psychopatyczne (4)

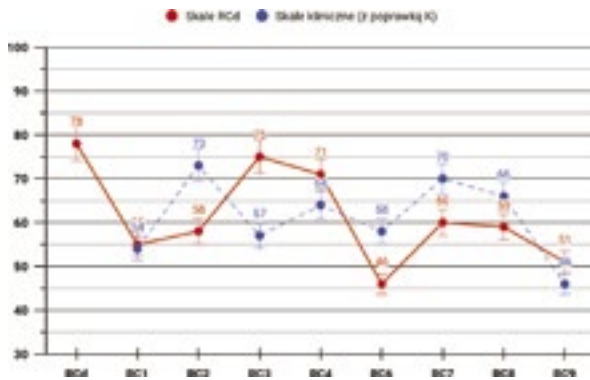
W skali 4. badany uzyskał wynik T równy 64, co ogólnie sugeruje obniżony stopień identyfikacji ze społecznie uznanymi wartościami i standardami, jak również obniżoną umiejętność korzystania z własnych doświadczeń. Analiza składowych pokazuje, że to *Autoalienacja* (Pd₅) najsilniej nasyciła macierzystą skalę (T = 70) (tab. 5).

Badani uzyskujący wysokie wyniki w *Autoalienacji* czują się nieszczęśliwi, nie znajdują niczego ciekawego w swoim codziennym życiu i mogą wyrażać żal dotyczący własnej przeszłości (korelacja z *Depresją* i *Schizofrenią*). Najłabiej skalę *Odchylenia Psychopatyczne* nasyciła *Odporność na Wpływ Społeczny* (Pd₃, T = 31), co jest oznaką obniżonej autonomii w zakresie własnych poglądów i niepewności w sytuacjach społecznych. Podwyższony wynik w skali 4. sugeruje też długotrwały charakter przeżywanych trudności i nieprawidłowości w sferze osobowości, a w połączeniu z wysokimi wynikami w skalach 7. i 0. – niezbyt dobre stosunki z rodziną.

Skale kliniczne bez poprawki K

Aktualną praktyką jest stosowanie poprawki K w kontekście klinicznym (Graham, 2015). Służy ona do korygowania wpływu stylu odpowiedzi na wyniki w skalach klinicznych (Butcher *et al.*, 2012). Analiza profilu bez poprawki K może dostarczyć informacji, jak badany chciałby się zaprezentować lub jak postrzega samego siebie. W omawianym przypadku porównanie profili skal klinicznych z poprawką K i bez poprawki K wskazuje na istotne różnice diagnostyczne. W profilu bez poprawki K mamy do czynienia ze znacząco splotoną triadą psychotyczną (kod 678) i z obniżonym wynikiem w *Odchyleniach Psychopatycznych* (ryc. 3).

W wariancie bez poprawki K najsilniej obniżone zostały wyniki w dwóch skalach: *Psychastenii* i *Odchyleniach Psychopatycznych* (kod 74/47). Synteza ich psychopatologii jest spójna z istotą zasadniczej choroby psychicznej badanego. Kod 74/47 oznacza przede wszystkim naprzemienne



RCd – Skala Zniechęcenia; **RC1** – Skala Skarg Somatycznych; **RC2** – Skala Niedostatku Emocji Pozytywnych; **RC3** – Skala Cynizmu; **RC4** – Skala Zachowania Antyspołecznego; **RC6** – Skala Myśli Prześladowczych; **RC7** – Skala Dysfunkcyjnych Negatywnych Emocji; **RC8** – Skala Nietypowych Przeżyć; **RC9** – Skala Pobudzenia Hipomaniakalnego

Ryc. 4. Profil dla zrestrukturyzowanych skal klinicznych

występowanie okresów niewrażliwości na skutki swoich działań i nadmiernego niepokoju o ocenę społeczną. Pacjent prawdopodobnie stara się wyeksponować objawy depresyjne, bagatelizując psychotyczność własnych działań – następujące po sobie epizody *acting-out* z chwilowym poczuciem winy i samopotępieniem.

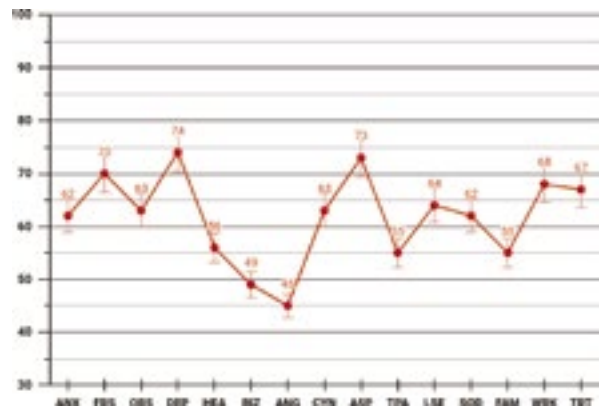
Zrestrukturyzowane skale kliniczne

Skale zrestrukturyzowane stanowią odpowiedniki macierzystych skal klinicznych. Dominujący wynik stwierdzono w skali RCd (*Zniechęcenie*, $T = 78$) (ryc. 4).

Oznacza to, że za podwyższenie wyników w większości skal w profilu klinicznym mógł odpowiadać czynnik zniechęcenia, rozumiany jako uogólnione poczucie przygnębienia, niepokoju, niezadowolenia z aktualnej sytuacji życiowej. Badany uzyskał też wysoki wynik w RC_3 (*Cynizm*, $T = 75$), co sugeruje cyniczne poglądy, postrzeganie innych jako niegodnych zaufania, obojętnych i troszczących się głównie o siebie, a także obniżone zaufanie w stosunku do otoczenia.

Trzeci wysoki wynik wystąpił w *Zachowaniach Antyspołecznych* (RC_4 , $T = 71$), co koreluje z wynikiem w *Odchyleniach Psychopatycznych* w profilu klinicznym i potwierdza tendencję do zachowań antyspołecznych, trudności w podporządkowywaniu się normom, kłopoty z prawem, konflikto-we relacje z otoczeniem.

Interesujący jest brak pokrycia wyniku *Depresji* w skali RC_{d2} (*Niedostatek Emocji Pozytywnych*). Pomimo różnic w pozycjach skal autorzy testu oceniają korelacje między nimi jako wysokie – około 0,80 (Butcher *et al.*, 2012). W związku z powyższym dane powinny się pokrywać. W macierzystej *Depresji* pacjent uzyskał $T = 73$, natomiast w zrestrukturyzowanym odpowiedniku – tylko 58. W emocjonalnych trudnościach pacjenta sfera osobowościowa może więc odgrywać większą rolę niż typowa, klinicznie rozumiana depresja. Analiza jakościowa stwierdzeń w RC_2 wskazuje na możliwość kryptycznego charakteru



ANX – Skala Uogólnionego Niepokoju; **FRS** – Skala Lęków; **OBS** – Skala Obsesyjności; **DEP** – Skala Depresji; **HEA** – Skala Troski o Zdrowie; **BIZ** – Skala Dziwaczności; **ASP** – Skala Postaw i Zachowań Antyspołecznych; **TPA** – Skala Typu Zachowania A; **LSE** – Skala Niskiej Samooceny; **SOD** – Skala Dyskomfortu Społecznego; **FAM** – Skala Problemów Rodzinnych; **WRK** – Skala Zakłóceń w Pracy; **TRT** – Skala Wskaźników Negatywnego Nastawienia wobec Terapii

Ryc. 5. Profil dla skal treściowych

i/lub łagodne nasilenie depresji. Badany stwierdził bowiem, iż: „10. jego życie codzienne jest pełne spraw, które go interesują”, „206. czasami ma poczucie, że może podejmować decyzje z niezwykłą łatwością”, „318. zazwyczaj oczekuje, że powiedzie mu się w tym, co robi”, „330. czasami jest pełen energii”, „494. jego główne cele życiowe znajdują się w zasięgu jego możliwości”. Dodatkowo w powyższych stwierdzeniach ujawniają się cechy charakterystyczne dla hipomanii.

Skale treściowe

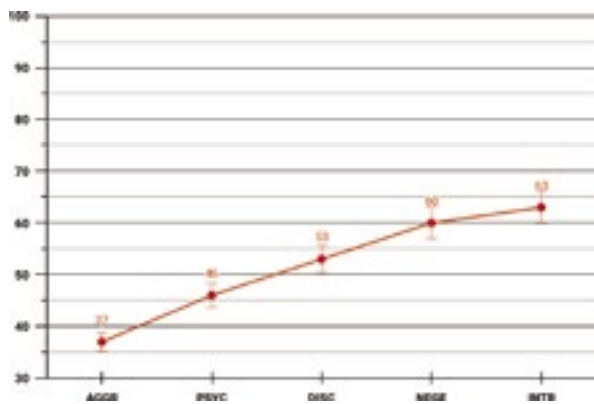
Badany uzyskał podwyższone wyniki w większości skal treściowych (ryc. 5).

Przedstawia siebie jako osobę o cechach depresyjno-lękowych – przygnębioną, smutną, zmęczoną, pesymistycznie nastawioną, z nasilonym poczuciem beznadziei. Swoją stosunek do ludzi opisuje jako nieufny, wyraża nonkonformistyczne postawy. Postrzega siebie jako uległego w relacjach, łatwo poddającego się wpływowi innych. Podwyższone wyniki w WRK (*Skala Zakłóceń w Pracy*) i TRT (*Skala Negatywnego Nastawienia wobec Terapii*) korelują z uogólnionym poczuciem zniechęcenia i nieprzystosowania. Badany czuje się słabo przygotowany do życia zawodowego, deklaruje ewentualny opór wobec oddziaływań terapeutycznych.

Skale psychopatologii osobowości

Pacjent uzyskał niepokojąco niski wynik w jednej ze skal – *Agresywności* ($AGGR$, $T = 37$) (ryc. 6).

Teoretycznie sugeruje to bierność, uległość i niezbyt agresywne kontakty z innymi, spójne z obrazem depresyjności. Biorąc jednak pod uwagę analizę linii życia i dane z wywiadu, istnieje możliwość zaprzeczania w obszarze agresji. Wyniki w pozostałych skalach psychopatologii osobowości mieszczą się w granicach normy.



AGGR – Skala Agresywności; **PSYC** – Skala Psychotyzmu; **DISC** – Skala Braku Zahamowań; **NEGE** – Skala Negatywnej Emocjonalności/Neurotyczności; **INTR** – Skala Introwersji/Niskiej Pozytywnej Emocjonalności

Ryc. 6. Profil dla skal psychopatologii osobowości

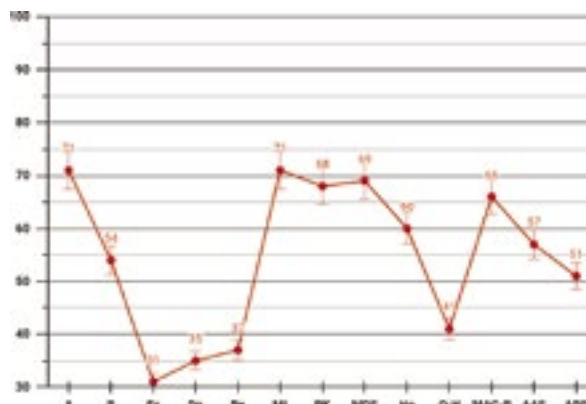
Skale dodatkowe

Podwyższone wyniki stwierdzono w pięciu skalach: A – Niepokoju, Mt – Nieprzystosowania do Szkoły, PK – Zespołu Stresu Pourazowego, MDS – Dyssatisfakcji Matżeńskiej, MAC-R – Zrewidowanej Skali Alkoholizmu MacAndrew. Istotnie obniżone okazały się wyniki w czterech skalach: Es – Siły Ego, Do – Dominacji, Re – Odpowiedzialności Społecznej, O-H – Nadmiernie Kontrolowanej Wrogości (ryc. 7).

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA OSOBOWOŚCI – podwyższony wynik w skali A (Skala Lęku, $T = 71$) sugeruje ogólne złe przystosowanie, dyskomfort psychiczny, niepokój, niepewność i przygnębienie, a w zestawieniu ze skalą R (Represja) ($A > R$) – chroniczne poczucie niższości i własnej nieadekwatności, brak poczucia bezpieczeństwa, nasilone mechanizmy unikania i fantazjowania. Niski wynik w Skali Siły Ego (Es, $T = 31$) mówi o nieprzystosowaniu psychologicznym, nieumiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, poczuciu nieadekwatności, obniżonej samoocenie, a nawet tendencji do wyolbrzymiania własnych problemów w celu uzyskania pomocy. Skala zwraca uwagę na źródło trudności – związane z osobowością, a także na chroniczny charakter problemów i sztywność myślenia. Niski wynik w Skali Dominacji (Do, $T = 35$) świadczy o braku wiary we własne możliwości i nieumiejętności radzenia sobie. Bardzo niski wynik w skali Re (Odpowiedzialność Społeczna, $T = 37$) wskazuje zaś na brak dojrzałości, niechęć do brania odpowiedzialności za swoje zachowania i ponoszenia konsekwencji.

UOGÓLNIONY EMOCJONALNY DYSTRES – podwyższone wyniki w skalach Mt, PK, MDS (Nieprzystosowanie do Szkoły, Stres Pourazowy, Dyssatisfakcja Matżeńska) sugerują (oprócz nieprzystosowania, nasilonego poczucia lęku i pesymizmu) trudności w obszarach związanych z funkcjonowaniem społecznym i nasilony emocjonalny dystres.

KONTROLA ZACHOWAŃ – podwyższony wynik w skali MAC-R (Zrewidowana Skala Alkoholizmu, $T = 66$) może oznaczać problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Niski wynik w Nadmiernej Kontroli



A – Skala Niepokoju; **R** – Skala Represji; **Es** – Skala Siły Ego; **Do** – Skala Dominacji; **Re** – Skala Odpowiedzialności Społecznej; **Mt** – Skala Nieprzystosowania do Szkoły; **PK** – Skala Zespołu Stresu Pourazowego; **MDS** – Skala Dyssatisfakcji Matżeńskiej; **Ho** – Skala Wrogości; **O-H** – Skala Nadmiernie Kontrolowanej Wrogości; **MAC-R** – Zrewidowana Skala Alkoholizmu MacAndrew; **AAS** – Skala Przyznawania się do Uzależnienia; **APS** – Skala Potencjalnego Uzależnienia

Ryc. 7. Profil dla skal dodatkowych MMPI-2

Złości (O-H, $T = 41$) oraz różnica między O-H a Wrogością (Ho $>$ O-H = 29) sugerują osłabioną umiejętność kontroli impulsów przy podwyższonym poziomie odczuwanej złości.

PODSUMOWANIE

Uzyskane dane są spójne z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, obecnie w fazie epizodu depresji o łagodnym nasileniu, w przebiegu zaburzeń osobowości. Wraz ze wzrostem nasilenia objawów ChAD nasilają się odpowiednie do danej fazy wyjściowe nieprawidłowości w sferze osobowościowej (bierna agresja w okresie depresji lub asocjalność w okresie manii).

Obraz depresji pacjenta oscyluje głównie wokół wymiaru poznawczo-emocjonalnego. Brak jest psychofizycznych wskaźników depresji: zaburzeń rytmu okołodobowego i apetytu czy somatyzacji. Specyfika depresji badanego pozostaje w zgodzie z diagnozą ChAD. Stany depresyjne w ChAD, chociaż fenomenologicznie podobne, mogą nieco różnić się od występujących w chorobie afektywnej jednobiegunowej (Wright *et al.*, 2005). W przedstawionym przypadku dominują negatywistyczna narracja, tendencje pseudodewaluacyjne, obniżony nastrój i skłonności introwertywne. Obecność depresji ma tu istotne implikacje, ponieważ leczenie i profilaktyka depresji w ChAD są odmienne niż w przypadku depresji okresowej nawracającej (Jarema, 2016).

Miejsce zaburzeń osobowości w ChAD również budzi zainteresowanie badaczy (Wright *et al.*, 2005). Bez znajomości osobowości pacjenta przed zachorowaniem oraz bez wnikliwej obserwacji zmieniającego się stylu funkcjonowania w okresach wzmoczonego samopoczucia i łagodnej depresji postawienie właściwej diagnozy różnicowej może okazać się bardzo trudne (Cierpiałkowska, 2019). Stałymi elementami trudności pacjenta wydają się: skłonność do przenoszenia odpowiedzialności na otoczenie, tendencja do skupienia na sobie, niski wgląd psychologiczny, zwiększona podatność

na stres, problemy z dostrzeganiem zależności przyczynowo-skutkowych w ramach własnego zachowania, brak poczucia bezpieczeństwa, podwyższony poziom złości. Badany bagatelizuje wątek związany z doświadczaniem manii w przeszłości i możliwościami jej nawrotu.

Dane psychologiczne uzyskiwano nie tylko poprzez interpretację poszczególnych skal, ale również – co ważniejsze – na podstawie ich wzajemnej konfiguracji. Punkt wyjścia stanowiły skale kontrolne, przez których pryzmat analizowano dalsze wskaźniki. W skalach klinicznych sprawdzano między innymi, która z podskal odpowiada za podwyższenie, a która – za obniżenie wyniku. Ważnymi elementami procesu diagnostycznego były porównania profili z poprawką K i bez poprawki K oraz profili skal klinicznych ze zrestrukturyzowanymi (RC), a także podzielenie skal dodatkowych na trzy obszary osobowościowe. Interpretowany przypadek starano się opracowywać w sposób indywidualny, odwołując się do wcześniej znanych informacji o badanym i zasadniczego rozpoznania choroby psychicznej. Ostatecznie dane oparto na wiedzy klinicznej.

Jedną z najważniejszych konsekwencji wielowymiarowości MMPI-2 jest przyjęcie specyficznego podejścia interpretacyjnego. Mierzone cechy nie są analizowane w oderwaniu od pozostałych. Obok bezpośrednich informacji na temat konkretnych cech czy wymiarów interpretacja zmierza w stronę rekonstrukcji całościowego wzorca osobowości (Sęk, 2010).

Jak zaznacza Lewicki (1974), warto pamiętać, że żadnej z metod diagnostycznych nie stosuje się w izolacji. Uzyskiwane wyniki powinno się stale weryfikować za pomocą innych metod, wskutek czego margines błędu staje się węższy, a dostarczany wynik – pewniejszy. MMPI-2 jest narzędziem dostarczającym tak wielu informacji, że powyższe zalecenie starano się spełnić następująco: początkowo każdą ze skal interpretowano pojedynczo, jak wyniki osobnego testu

psychologicznego, a później interpretowano skale w odniesieniu do siebie nawzajem, mając na uwadze, które przesłanki się pokrywają, a które wykluczają i dłaczego. Podobne efekty można by osiągnąć, stosując kilka niezależnych metod klinicznych. Nie oznacza to jednak, że MMPI-2 jest narzędziem wystarczającym do uzyskania wszystkich potrzebnych danych. Sformułowane wnioski powinno się traktować jako hipotezy do rozważenia w kontekście innych dostępnych informacji o osobie badanej (Graham, 2012).

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS et al.: MMPI-2 – Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji, wersja zrewidowana. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
- Cierpiałkowska L: Psychopatologia. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2019: 248.
- Graham JR: MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2015.
- Jarema M (ed.): Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: 175–183.
- Kucharski T, Gomula J: Wprowadzenie do MMPI-2. Pracownia Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości, Toruń 1998.
- Lewicki A: Psychologia kliniczna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974: 81–114.
- Matkowski M: MMPI. Badanie – opracowanie – interpretacja. Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości, Poznań 1992.
- Sęk H: Psychologia kliniczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010: 219.
- Wright P, Stern J, Phelan M: Psychiatria. Vol. 1, Urban & Partner, Wrocław 2008: 313–336.