


# MMPI-2 jako predyktor agrawacji – symulacji oraz psychopatologii związanej z zaburzeniem stresowym pourazowym w diagnozie psychologicznej w sprawach cywilnych – analiza studium przypadku

The MMPI-2 as a predictor of exaggeration/malingering and psychopathology associated with post-traumatic stress disorder in psychological diagnosis in civil cases – a case study analysis

<sup>1</sup> Gabinet Psychoterapii i Diagnostyki Psychologicznej, Katowice, Polska

<sup>2</sup> Zakład Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Adam Zygmunt Jaskólski, Gabinet Psychoterapii i Diagnostyki Psychologicznej, ul. Żwirki i Wigury 13, 40-063 Katowice, e-mail: adam85jaskolski@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2024.0034>

## ORCID iDs

1. Adam Zygmunt Jaskólski <https://orcid.org/0009-0000-6000-4378>

2. Bernadetta Izydorczyk <https://orcid.org/0000-0001-5808-2211>

## Streszczenie

**Cel:** Zaprezentowanie Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2) jako narzędzia wspomagającego psychologa sądowego w identyfikacji symulacji – agrawacji oraz psychopatologii związanej z zaburzeniem stresowym pourazowym w badaniach sądowych w sprawach cywilnych. Omówienie standardów diagnozy psychologicznej opartej na dowodach naukowych i empirycznych. Wprowadzenie w problematykę oceny nastawienia osób badanych do wiarygodnego relacjonowania symptomów oraz szczerego podejścia do wykonywania testów psychologicznych. Przedstawienie determinantów charakterystycznych dla symulacji zaburzenia stresowego pourazowego w badaniach empirycznych. Zaprezentowanie strategii diagnostycznych opartych na analizie MMPI-2 w celu diagnozy nastawienia oraz stopnia spójności prezentowanego obrazu klinicznego z wynikiem standaryzowanego badania psychometrycznego. **Metody:** Prezentacja zagadnień teoretycznych i empirycznych wraz z analizą studium przypadku pacjenta opiniowanego w sprawie o przyznanie świadczeń rentowych z tytułu wypadku w pracy. Integracja danych klinicznych pozyskanych z metod jakościowych z wynikiem badania metodą wystandaryzowaną, tzn. testem MMPI-2. **Refleksje i rekomendacje praktyczne:** Podzielono na dwie kategorie. Pierwsza dotyczy oceny przydatności diagnostycznej i predykcyjnej MMPI-2 w omawianym studium przypadku. Autorzy przeanalizowali profil MMPI-2 opiniowanego w kontekście danych pozyskanych metodami jakościowymi oraz w kontekście badań empirycznych na temat testu. Druga grupa obejmuje propozycję strategii diagnostycznych zwiększających trafność rozpoznawania symulacji – agrawacji zaburzeń stresowych pourazowych w psychologicznej diagnozie klinicznej na potrzeby orzecznictwa psychologicznego w sprawach cywilnych w oparciu o zastosowanie metody MMPI-2 oraz analizę danych jakościowych pozyskanych z wywiadu psychologicznego, dokumentacji medycznej oraz analizy akt.

**Słowa kluczowe:** MMPI-2, zaburzenie stresowe pourazowe, symulacja, agrawacja, psychologia sądowa

## Abstract

**Aim:** The aim of the paper was to present the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) as a tool to assist a forensic psychologist in identifying symptom malingering/exaggeration and psychopathology associated with post-traumatic stress disorder. We also discuss the standards of psychological diagnosis for jurisprudence based on scientific and empirical evidence. Another aim was an introduction to the issue of assessing the attitude of the examined persons towards reliable reporting of symptoms and an honest approach to psychological tests. We also presented the determinants specific to the simulation of post-traumatic stress disorder in empirical research, and diagnostic strategies based on the MMPI-2 analysis in the context of assessing the patient's attitude and consistency of the clinical picture presented by the patient with actual test results. **Methods:** Presentation of theoretical and empirical issues, along with an analysis of a case study of a patient considered for granting occupational injury benefits. Integration of clinical data obtained from qualitative methods with the

outcomes of a standardised method, i.e. MMPI-2. **Practical reflections and recommendations:** Two categories have been distinguished. An assessment of the diagnostic and predictive usefulness of the MMPI-2 in the case study in question, based on qualitative data and empirical research on the method. The second category involves a proposal of diagnostic strategies to increase the accuracy of the diagnosis of malingering/exaggeration of post-traumatic stress disorder in clinical psychological diagnosis for the purposes of civil jurisprudence, based on the application of the MMPI-2 method and the analysis of qualitative data obtained from a psychological interview, medical records and file analysis.

**Keywords:** MMPI-2, post-traumatic stress disorder, malingering, exaggeration, forensic psychology

## WSTĘP

Zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) staje się powszechną przyczyną procesów cywilnych w Polsce, obejmujących najczęściej sprawy o przyznanie odszkodowania lub świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego. Autorzy ICD-11 (International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> Revision), najnowszej edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, umieścili zaburzenie stresowe pourazowe w grupie zaburzeń szczególnie związanych ze stresem (Gałecki, 2022; World Health Organization, 2019) (tab. 1). Dodatkowo wprowadzono nową jednostkę nozologiczną – złożone zaburzenie stresowe pourazowe (*complex PTSD*, cPTSD) (Maercker i Eberle, 2022). Umiejętność opracowania rzetelnej ekspertyzy psychologicznej i psychiatrycznej nabiera szczególnego znaczenia w grupie pacjentów diagnozowanych na potrzeby orzecznictwa sądowego, ponieważ opinia biegłego stanowi jeden z kluczowych elementów materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie (Klich, 2016). Diagnoza psychologiczna oparta na dowodach empirycznych wpisuje się w nurt praktyki bazującej na stosowaniu w badaniu ustrukturalizowanych metod i procedur, które przeszły pomyślną weryfikację empiryczną (Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008). W badaniach sądowych należy szczególnie brać pod uwagę m.in. odpowiednie przygotowanie psychologa do stosowania konkretnej metody diagnostycznej oraz kryteria psychometryczne używanych testów psychologicznych, tzn. standaryzację, normalizację, rzetelność, trafność (Czerederecka, 2006).

### PROBLEMY DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ W SPRAWACH SĄDOWYCH O ODSZKODOWANIE I ŚWIADCZENIA RENTOWE

W postępowaniu sądowym opiniowani mogą podejmować różne próby manipulacji objawami psychopatologicznymi w celu osiągnięcia konkretnych korzyści (Ackerman, 2005). Oczywiście nie można zakładać, że pacjent wnioskujący o świadczenie finansowe z powodu zaburzeń psychicznych jako następstwa przeżytego stresu będzie podejmował próby manipulacji objawami. Bardziej należy mieć na uwadze fakt, że symulacja zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) nie jest zadaniem trudnym, jeżeli weźmie się

pod uwagę subiektywność opisywanych objawów oraz powszechny dostęp do kryteriów diagnostycznych zaburzenia (Heitzman, 2002). Sprawa komplikuje się jeszcze bardziej w przypadku agravacji – trudniejszej w rozpoznaniu. Ponadto diagnosta może mieć do czynienia z tzw. fałszywym przypisywaniem rzeczywiście istniejących objawów przyczynom, które ich nie wywołały (Heitzman, 2002). Symulację czy agravację wbrew pozorom łatwiej podejrzewać niż udowodnić (Morrison, 2016). Ryan i Richard Hall (2006) dokonali charakterystyki osób symulujących zaburzenie stresowe pourazowe, porównując je z pacjentami rzeczywiście cierpiącymi na to schorzenie (tab. 2).

### MMPI-2 JAKO METODA DIAGNOSTYCZNA

Istnieje wiele metod diagnostycznych służących do pomiaru PTSD (Holiczer *et al.*, 2007; Kosydar-Bochenek *et al.*, 2016). Niestety, znaczna ich część nie posiada polskiej normalizacji lub skal kontrolnych badających szczerłość i spójność udzielanych odpowiedzi. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2) jest narzędziem o długiej i empirycznie zweryfikowanej tradycji (Butcher *et al.*, 2012; Graham, 2015; Matkowski, 1992). Liczne badania naukowe dotyczące zastosowania testu MMPI-2 w psychologii sądowej wskazują, że jest on rekomendowany do badań psychologicznych prowadzonych na zlecenie wymiaru sprawiedliwości (Graham, 2015; Pope *et al.*, 2000).

### MMPI-2 JAKO PREDYKTOR WIARYGODNOŚCI SYMPTOMÓW

MMPI-2 służy do oceny wiarygodności symptomów i problemów relacjonowanych przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz stopnia, w jakim ta osoba wyolbrzymia problemy (Graham, 2015). Z kolei zastosowana empiryczna technika konturowania testu utrudnia fałszowanie profilu (Drayton, 2009). Skuteczne różnicowanie wyolbrzymiania lub symulowania zaburzeń psychicznych od autentycznej psychopatologii za pomocą analizy wyników uzyskanych w Skalach Odpowiedzi Rzadkich (F, Fp i Fb) było przedmiotem badań empirycznych (Arbisi i Ben-Porath, 1995; Graham, 2015; Rogers *et al.*, 2003). W rozpoznawaniu symulacji zaburzenia stresowego pourazowego najbardziej trafne okazały się Skala Rzadkich Objawów (Fp) oraz wskaźnik dysymulacji Gougha (F-K) (Arbisi *et al.*, 2006; Bury i Bagby, 2002).

Diagnoza wg ICD-11	Podstawowe kryteria diagnostyczne
Zaburzenie stresowe pourazowe ( <i>post-traumatic stress disorder</i> , PTSD)	Może rozwinąć się w następstwie narażenia na niezwykle zagrażające lub przerażające wydarzenie albo serię wydarzeń. Cechy charakterystyczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia lub wydarzeń w teraźniejszości w formie żywych, natrętnych wspomnień, retrospekcji lub koszmarów sennych</li> <li>• unikanie myśli i wspomnień związanych z wydarzeniem lub wydarzeniami albo unikanie czynności, sytuacji lub osób przypominających to wydarzenie bądź wydarzenia</li> <li>• uporczywe postrzeganie podwyższonego bieżącego zagrożenia, np. w postaci nadmiernej czujności lub zwiększonej reakcji przestrochu na bodźce, takie jak niespodziewane hałasy</li> </ul> Objawy utrzymują się przez co najmniej kilka tygodni i powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania
Złożony zespół stresu pourazowego ( <i>complex post-traumatic stress disorder</i> , cPTSD)	Spełnione są wszystkie wymagania diagnostyczne dla zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Ponadto występują poważne i utrzymujące się: <ul style="list-style-type: none"> <li>• problemy z regulacją afektu</li> <li>• przekonanie o sobie jako osobie o pomniejszonej wartości, pokonanej lub bezwartościowej, której towarzyszy poczucie wstydu, winy lub porażki związanej z traumatycznym wydarzeniem</li> <li>• trudności z utrzymaniem związków i odczuwaniem bliskości z innymi</li> </ul> Objawy powodują znaczący dystres lub upośledzenie funkcjonowania

Tab. 1. Zaburzenia stresowe pourazowe w ICD-11 (opracowanie własne na podstawie materiałów źródłowych – Galecki, 2022)

Należy pamiętać, że wyniki badania MMPI-2 stanowią jedno z kilku źródeł informacji diagnostycznych dla psychologa sądowego o potencjalnej symulacji lub/i agrawacji i muszą być analizowane w kontekście pozostałych danych klinicznych. Rozpoznając symulację lub agrawację zaburzeń psychicznych, diagnosta nie może polegać wyłącznie na wyniku testu psychologicznego, podobnie jak nie powinien stawiać takiej diagnozy wyłącznie w oparciu o obserwację czy swobodny wywiad diagnostyczny.

## MMPI-2 JAKO PREDYKTOR DIAGNOZY ZABURZEŃ STRESOWYCH POURAZOWYCH (PTSD)

MMPI-2 stosuje się przede wszystkim w diagnozie klinicznej do oceny osobowości i zaburzeń psychicznych, ale nie do ustalania konkretnego rozpoznania psychiatrycznego, które pozostaje wynikiem analizy wielu zmiennych klinicznych. Kluczowe znaczenie dla diagnosty w tej metodzie mają dane normalizacyjne, umożliwiające przeprowadzenie wystandaryzowanej oceny stanu zdrowia psychicznego

- Wczesne i częste koncentrowanie uwagi podczas wywiadu na objawach psychopatologicznych
- Podręcznikowe opisywanie objawów
- Opisywanie intruzywnych wspomnień głównie w formie obrazów wizualnych
- Zgłaszanie częstych koszmarów sennych o powtarzających się treściach
- Zgłaszanie zaburzeń snu, które nie mają potwierdzenia w wywiadzie obiektywnym
- Deklarowany brak poprawy stanu psychicznego pomimo procesu leczenia
- Zaprzeczanie objawom psychotycznym
- W przypadku amnezji dysocjacyjnej deklarowanie całkowitej niepamięci
- Brak poczucia winy (syndromu ocalałego) i tendencja do nadmiernej koncentracji na traumie
- Obwinianie innych osób
- Historia pozwów sądowych w wywiadzie
- Problemy w zakresie stałego zatrudnienia w wywiadzie
- Negowanie problemów psychologicznych przed zdarzeniem
- Poszukiwanie leczenia w kontekście sporu sądowego
- Czerpanie przyjemności z aktywności rekreacyjnych, których podejmowanie tłumaczone jest względami prozdrowotnymi

Tab. 2. Wskaźniki potencjalnego symulowania zaburzeń stresowych pourazowych (Hall i Hall, 2006)

osoby badanej. Należy brać pod uwagę również fakt, że rezultaty wielu badań empirycznych wskazują na różnicowanie profili pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne, również w obrębie tej samej grupy nozologicznej. Badania te sugerują, że wyniki w Skali Zespołu Stresu Pourazowego (PK) mogą być podwyższone w różnych grupach klinicznych, szczególnie wśród pacjentów doświadczających ogólnego stresu, jak również prezentujących większą liczbę symptomów nieprzystosowania psychologicznego (Graham, 2015; Lyons i Wheeler-Cox, 1999).

Scheibe i wsp. (2001) przedstawili badania, zgodnie z którymi Skala Zespołu Stresu Pourazowego (PK) okazała się mało precyzyjna w grupie ofiar cywilnych poza identyfikacją ogólnych objawów psychopatologicznych, a największą zdolność predykcyjną dla zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) wykazały dwie skale treściowe, tzn. Skala Uogólnionego Niepokoju (ANX) i Skala Złości (ANG) związana z pobudzeniem. Dodatkowo podwyższone wyniki odnotowywano w klinicznych skalach – Depresji (D), Psychastenii (Pt) oraz Schizofrenii (Sc). W zakresie analizy kodów punktowych w jednym z badań charakterystyczny dla zaburzenia stresowego pourazowego pozostawał kod 78/87 powiązany z dominacją w profilu klinicznej Skali Psychastenii (Pt) oraz Schizofrenii (Sc) (Arbisi *et al.*, 2003). Podsumowując, istotne dla diagnosty w ocenie psychopatologii (PTSD) będą skale badające objawy lękowe oraz objawy związane z pobudzeniem.

## CHARAKTERYSTYKA PACJENTA

Pacjent 41 lat, wykształcenie średnie, niekarany, posiadający rodzinę prokreacyjną. Powodem zaburzeń psychicznych w ocenie badanego był wypadek w miejscu pracy, podczas którego doszło do stłuczenia ciała. Nie odnotowano urazu głowy. Nie było świadków przebiegu zdarzenia. Po konsultacji szpitalnej pacjent wrócił do domu. Następnie zgłosił się do lekarza rodzinnego. W ciągu kilku dni pojawiły się objawy charakterystyczne dla uszkodzeń nerwu strzałkowego, wymagające diagnostyki neurologicznej oraz rehabilitacji. Pacjent na krótko powrócił do pracy, w której doszło do konfliktu z pracodawcą.

Badany od tamtego okresu ponownie przebywał na zwolnieniu lekarskim, następnie na świadczeniach rehabilitacyjnych. W tym czasie rozpoczął leczenie psychiatryczne ambulatoryjnie z diagnozą zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Korzystał z farmakoterapii. Nie podejmował innej formy leczenia. Potwierdził nadużywanie alkoholu i leków. Nie otrzymał renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy. Biegli lekarze z zakresu neurologii i ortopedii uznali, że badany nie jest niezdolny do pracy w związku z wypadkiem. Biegły z zakresu psychiatrii wnioskował o badanie psychologa sądowego. Podczas diagnozy psychologicznej pacjent współpracował, pozostawał zorientowany wszechstronnie, nie ujawniał objawów psychotycznych (tzn. halucynacji i urojeń), choć prezentował krytyczny i podejrzliwy stosunek do lekarzy opiniujących w jego sprawie. Jego nastroj i napęd były wyrównane. Zaprezentował się jako osoba niedojrzała emocjonalnie z cechami bierno-agresywnymi.

### DANE DIAGNOSTYCZNE POZYSKANE Z WYWIADU ORAZ ANALIZY AKT SĄDOWYCH

Dane kliniczne pozyskane z wywiadu, obserwacji psychologicznej oraz analizy dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy sugerowały, że pacjent manipuluje

- Nietypowe – w porównaniu z innymi pacjentami – podkreślenie koszmarów sennych i intruzywnych, żywych wspomnień z urazu w pismach procesowych
- Niezgodność objawów psychopatologicznych podczas bezpośredniego badania psychologicznego z objawami opisanymi w pismach procesowych
- Deklarowanie lęku podczas rozmowy diagnostycznej przy równoczesnym braku adekwatnych do niego reakcji behawioralnych
- Niezgodność w zakresie podawanych faktów medycznych (brak odnotowania urazu głowy w karcie konsultacyjnej izby przyjęć. W jednym z pism procesowych pacjent wskazał, że doznał urazu głowy i krótkotrwałej utraty przytomności, natomiast podczas badania psychologicznego przeprowadzonego przez biegłego sądowego twierdził, że nie pamięta, czy doszło do urazu głowy)
- Brak intensyfikacji leczenia pomimo kilku propozycji lekarza psychiatry z poradni
- Nieskuteczna próba wnioskowania o inne świadczenia – pacjent zataił w badaniu lekarskim istotne informacje o stanie zdrowia
- Nadmierne zainteresowanie badanego zwolnieniem lekarskim opisanym przez jednego z lekarzy konsultujących jego stan zdrowia

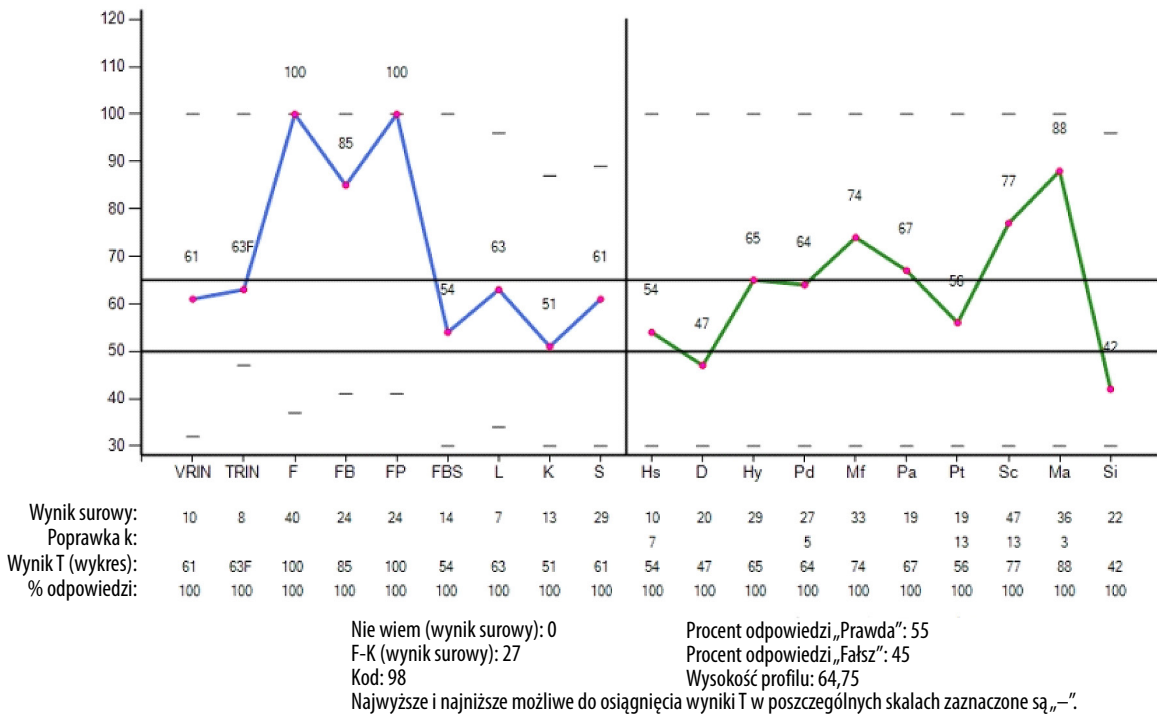
Tab. 3. Dane jakościowe pozyskane z analizy akt i wywiadu psychologicznego sugerujące agrawację lub symulację zaburzeń psychicznych (opracowanie własne)

objawami psychopatologicznymi oraz przedstawia niespójne informacje na temat stanu swojego zdrowia (tab. 3).

### CEL BADANIA MMPI-2

Diagnoza nastawienia pacjenta do badania pod kątem identyfikacji agrawacji lub symulacji zaburzeń psychicznych oraz ocena wzorca zaprezentowanej psychopatologii.

Profil dla skal kontrolnych i klinicznych MMPI-2 z poprawką k



**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; **Hs** – hipochondria; **D** – depresja; **Hy** – histeria; **Pd** – odchylenia psychopatyczne; **Mf-m** – męskość-kobiecość; **Pa** – paranoja; **Pt** – psychastenia; **Sc** – schizofrenia; **Ma** – mania; **Si** – introwersja społeczna.

276 Ryc. 1. Wyniki skal kontrolnych i klinicznych z poprawką k

## DANE DIAGNOSTYCZNE POZYSKANE Z ANALIZY MMPI-2

### Skale kontrolne

Wyniki (ryc. 1) uzyskane w Skali Niespójności Odpowiedzi Niezgodnych (VRIN = 61T) oraz Skali Niespójności Odpowiedzi Zgodnych (TRIN = 63FT) potwierdzały konsekwentny styl odpowiadania. Ważnych informacji o nastawieniu pacjenta dostarczyła analiza tzw. miar odpowiedzi rzadkich. Wyniki w Skali Odpowiedzi Rzadkich (F = 100T) i Skali Odpowiedzi Rzadkich dotyczących objawów psychopatologicznych (Fp = 100T) wyraźnie wskazywały, że badany nadużywa odpowiedzi psychopatologicznych, próbując przedstawić się jako bardziej zaburzony, aniżeli jest w rzeczywistości. Powyższa interpretacja korespondowała z analizą wskaźnika dysymulacji Gougha (F-K = 27). Wyniki powyżej +15 z reguły interpretowane są jako symulacja lub przyznawanie się do nadmiernej ilości problemów psychologicznych (Butcher *et al.*, 2012). Badania empiryczne wskazują, że wyniki powyżej 25 istotnie zwiększają prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z symulacją (Rogers *et al.*, 1994). Zgodnie z rekomendowanymi aktualnie strategiami interpretacyjnymi pierwszeństwo w analizie symulacji mają przebadane empirycznie skale kontrolne (Graham, 2015). Dzieje się tak dlatego, że wysoki wynik omawianego wskaźnika Gougha (F-K) czasami pozostaje efektem udzielania przypadkowych lub niezmiennych odpowiedzi. Należy pamiętać, że wynik Skali Odpowiedzi Rzadkich (F) może być istotnie podwyższony również w grupie pacjentów prezentujących autentyczne zaburzenia psychiczne, dlatego należy go szczególnie przeanalizować w kontekście rezultatów w tzw. miarach niespójności odpowiedzi (skale VRIN i TRIN) oraz w tzw. Skali Odpowiedzi Rzadkich dotyczących objawów psychopatologicznych (Fp). Zgodnie ze strategiami interpretacyjnymi wysokie wyniki w skalach F oraz Fp przy znajdujących się w granicach normy wyników w tzw. miarach niespójności odpowiedzi (skale VRIN i TRIN) odzwierciedlają przesadę w relacjonowaniu psychopatologii, ale jej nie wykluczają. Średnie wyniki w Skali Kłamstwa (L = 63T) pozostawały charakterystyczne dla zwykłej obronności. Oznacza to, że badany zaprzeczał negatywnym cechom oraz przypisywał sobie pozytywne. Ponadto opiniowany otrzymał średnie wyniki w Skali Wyolbrzymiania Symptomów (FBS = 54T), Skali Korekcyjnej (K = 51T) oraz Skali Pozytywnej Autoprezentacji (S = 61T).

### Skale kliniczne

Jeżeli chodzi o wyniki skal kontrolnych, pozostaje kwestią dyskusyjną, na ile profil MMPI-2 trafnie odzwierciedlił psychopatologię pacjenta. Ponieważ badany posiadał udokumentowaną historię leczenia psychiatrycznego oraz prezentował w badaniu psychologicznym nieprawidłowości związane ze stanem zdrowia psychicznego, było bardzo mało prawdopodobne, że mamy do czynienia z symulacją

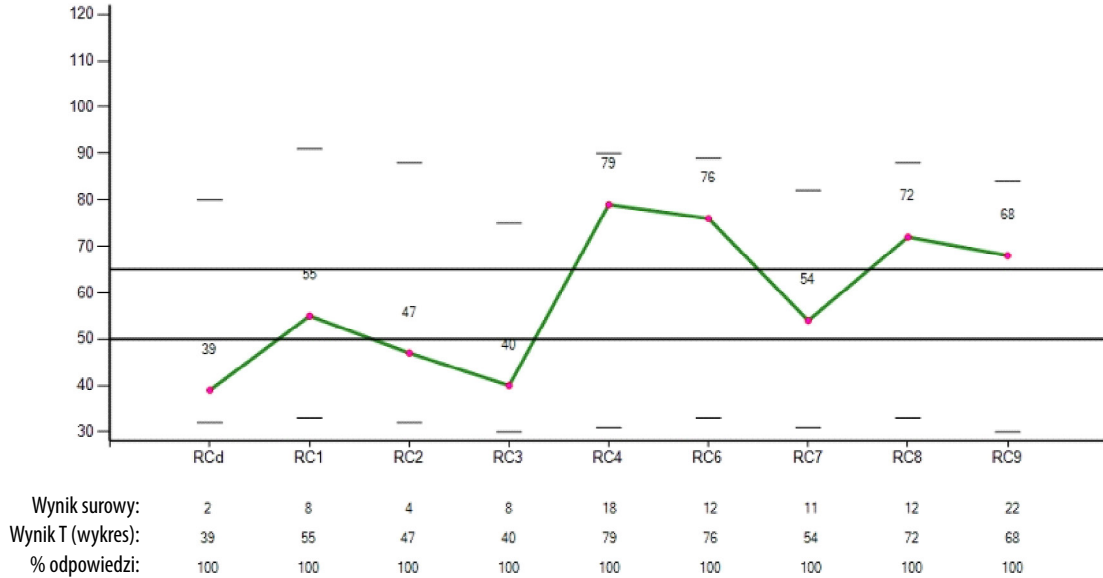
osoby zdrowej psychicznie. Dodatkowo istotne znaczenie miała analiza profilu MMPI-2 pod kątem prezentowanej psychopatologii. Podejmując się analizy profilu w takiej sytuacji, protokół należy przeanalizować szczególnie ostrożnie i jak zawsze w oparciu o przedziały ufności wskazujące, gdzie z danym stopniem prawdopodobieństwa znajduje się rzeczywisty wynik osoby badanej (Butcher *et al.*, 2012). W skalach klinicznych bardzo wysokie wyniki (ryc. 1) badany otrzymał w Skali Hipomanii (Ma = 88T) – głównie w podskali Inflacji Ego (Ma4 = 81T) i Niewrażliwości na Opinię Społeczną (Ma3 = 72T), oraz w Skali Schizofrenii (Sc = 77T) – głównie w podskali Alienacji Społecznej (Sc1 = 81T), Braku Panowania Ego w Sferze Kontroli (Sc5 = 75T), Alienacji Emocjonalnej (Sc2 = 74T), Dziwacznych Doznań Sensorycznych (Sc6 = 68T) oraz Braku Panowania Ego w Sferze Poznawczej (Sc3 = 67T). Dodatkowo uzyskał umiarkowanie wysokie wyniki w Skali Męskości-Kobiecości (Mf = 74T) oraz Skali Paranoi (Pa = 67T) – głównie w podskali Myśli Prześladowczych (Pa1 = 75T). Wyniki Skali Hipomanii (Ma) w kontekście ich składowych były spójne z częściową autoprezentacją pacjenta podczas badania, tzn. jego brakiem zainteresowania zdaniem innych osób, nerealistyczną oceną własnych możliwości oraz skłonnością do obrażania się w sytuacji stawiania wymagań. Pacjent opisywał różne i powtarzające się konflikty (z sąsiadami, pracodawcami, rodziną). Wyniki w Skali Schizofrenii (Sc) korespondowały częściowo z wywiadem psychologicznym związanym z deklarowanymi przez pacjenta poczuciem utraty kontroli nad własnym życiem oraz złym traktowaniem przez inne osoby. Podwyższony wynik w podskali Dziwacznych Doznań Sensorycznych (Sc6) mógł być powiązany z nadużywaniem leków oraz alkoholu, jak również parestezjami skóry okolic urazu. Analiza wyników w Skali Paranoi (Pa) wskazywała, że badany jest osobą podejrzliwą, nadwrażliwą na reakcje innych osób, cechującą się wrogim i kłótliwym sposobem bycia. Wysokie wyniki w Skali Męskości-Kobiecości (Mf) sugerowały brak tradycyjnych męskich zainteresowań, co mogło się wiązać z aktualnym stylem życia, tzn. uczestnictwem w pracach domowych i zajmowaniu się dziećmi.

### Zrestrukturyzowane Skale Kliniczne (RC)

Analiza zrestrukturyzowanych skal klinicznych (RC) (ryc. 2) wykazała wysokie wyniki w Skali Zachowania Antyspołecznego (RC4 = 79T) oraz Skali Myśli Prześladowczych (RC6 = 76T), a także umiarkowanie wysokie w Skali Nietypowych Przeżyć (RC8 = 72T) oraz Skali Pobudzenia Hipomaniakalnego (RC9 = 68T). Zrestrukturyzowana Skala Zachowania Antyspołecznego (RC4) jest miarą cech antyspołecznych, a jej wynik koresponduje z historią konfliktów opiniowanego z otoczeniem, jego wrogim i krytycznym nastawieniem do otoczenia, trudnością z podporządkowaniem się normom i oczekiwaniom społecznym oraz wymogom ustrukturyzowanej psychoterapii. Wyniki w Skali Myśli Prześladowczych (RC6) mogły odzwierciedlać ogólny brak



**Profil dla zrestrukturyzowanych skal klinicznych MMPI-2**



Najwyższe i najniższe możliwe do osiągnięcia wyniki T w poszczególnych skalach zaznaczone są „–“.

**RCd** – zniechęcenie; **RC1** – skargi somatyczne; **RC2** – niedostatek emocji pozytywnych; **RC3** – cynizm; **RC4** – zachowania antyspołeczne; **RC6** – myśli prześladowcze; **RC7** – dysfunkcyjne negatywne emocje; **RC8** – nietypowe przeżycia; **RC9** – pobudzenie hipomaniakalne.

Ryc. 2. Wyniki zrestrukturyzowanych skal klinicznych (RC)

zaufania opiniowanego do innych osób oraz silne poczucie niesprawiedliwości związane z rozwijaniem roszczeniowej postawy względem różnych instytucji – co korespondowało również z wynikiem w Skali Paranoi (Pa). Wynik w Skali Nietypowych Przeżyć (RC8), korespondujący z wysokim

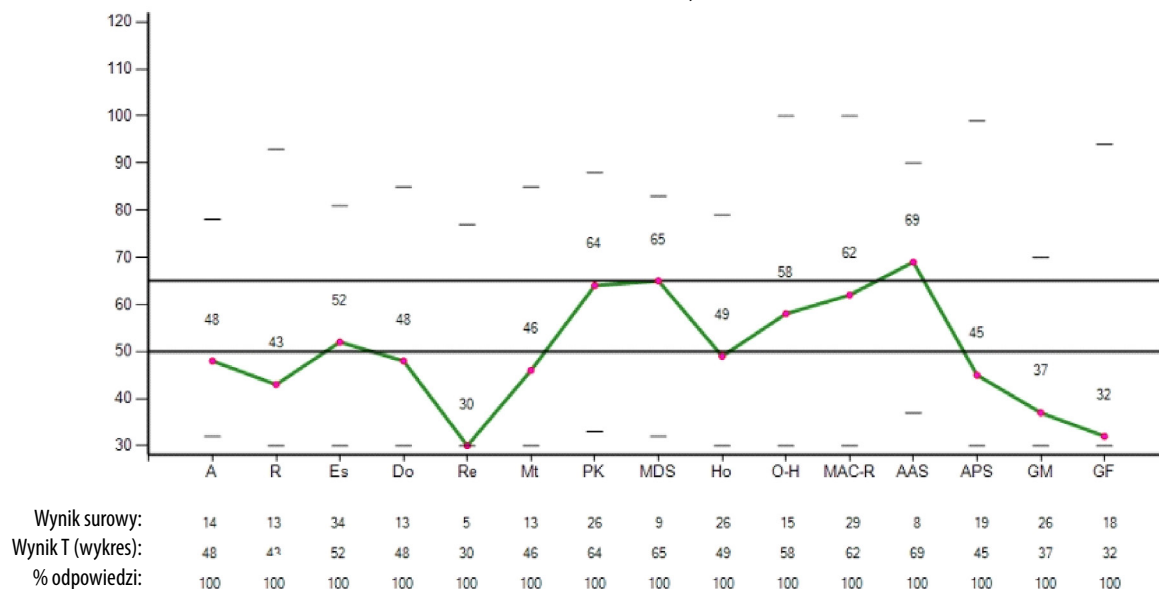
wynikiem w Skali Schizofrenii (Sc), mógłby sugerować symptomatologię psychotyczną, ale z uwagi na agrawację uzyskane rezultaty należy traktować z większą rezerwą. Umiarkowanie podwyższony wynik w Skali Pobudzenia Hipomaniakalnego (RC9) wskazuje na zwiększony poziom energii oraz nastroju,

**Profil dla skal treściowych MMPI-2**



**ANX** – Skala Uogólnionego Niepokoju; **FRS** – Skala Lęków; **OBS** – Skala Obsesyjności; **DEP** – Skala Depresji; **HEA** – Skala Troski o Zdrowie; **BIZ** – Skala Dziwaczego Myślenia; **ANG** – Skala Złości; **CYN** – Skala Cynizmu; **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.

Profil dla skal dodatkowych MMPI-2



**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 Małżeńskiej; **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; **GM** – Skala Roli Związanej z Płcią Męską; **GF** – Skala Roli Związanej z Płcią Żeńską.

Ryc. 4. Wyniki skal dodatkowych

przy czym należy pamiętać, że nie zawsze wynika on z psychopatologii zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Skale RC4 i RC9 są związane z zachowaniami eksternalizacyjnymi (Hoelzle i Meyer, 2008). W psychologii klinicznej zachowania eksternalizacyjne to działania skierowane na zewnątrz, które mogą objawiać się w formie agresji, impulsywności, łamanie zasad i norm społecznych. Osoby wykazujące takie tendencje często mają trudności z przyjmowaniem odpowiedzialności za swoje zachowanie i skłonność do obwiniania innych za swoje problemy.

### Skale treściowe

Ponieważ skale treściowe są bardzo podatne na zniekształcenia związane z postawą pacjentów, ich analiza w omawianym przypadku musi być szczególnie powściągliwa. Opiniowany uzyskał wysokie wyniki w Skali Dziwacznego Myślenia (BIZ = 78T) oraz Skali Problemów Rodziny (FAM = 86T) (ryc. 3). Analiza skali BIZ sugeruje, że u mężczyzny mogą występować symptomy psychotyczne – szczególnie w kontekście wyników w klinicznej Skali Schizofrenii (Sc) oraz zrestrukturyzowanej Skali Myśli Prześladowczych (RC6). Być może podwyższone wyniki w omawianych skalach odzwierciedlają krytyczne, nieufne nastawienia opinowanego względem badań sądowych oraz jego wrogi, ksbony stosunek do otoczenia. Mogą też pozostawać podwyższone z powodu agravacji lub symulacji specyficznych symptomów psychopatologicznych. Z kolei bardzo wysoki wynik w skali FAM korespondował z konfliktami rodzinnymi, złością i wrogością do członków rodziny, odczuwaniem braku

miłości, zrozumienia i wsparcia oraz negatywnych emocji w sytuacji stawiania wymagań. Wyniki w pozostałych skalach treściowych nie były istotne diagnostycznie.

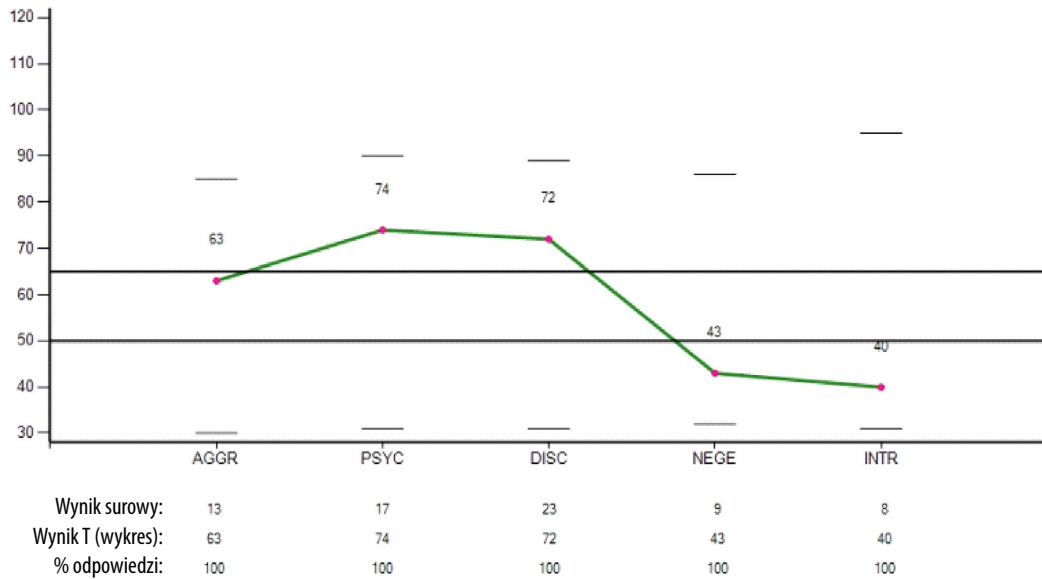
### Skale dodatkowe

W skalach dodatkowych (ryc. 4) pacjent otrzymał wysoki wynik w Zrewidowanej Skali Alkoholizmu MacAndrew (MAC-R = 29 pkt). Jest to skala, której rezultaty analizuje się w oparciu o wyniki surowe. Zgodnie z polskimi danymi normalizacyjnymi za wysokie uznaje się wyniki surowe >28 pkt (Butcher *et al.*, 2012). Wskazują one na możliwe problemy z uzależnieniem, ale także ryzykowne zachowania, nastawienia ekshibicjonistyczne, ekstrawertywne oraz możliwe tendencje antyspołeczne. Problemy związane z nadużywaniem alkoholu potwierdzał również wynik w Skali Przyznawania się do Uzależnienia (AAS = 69T). Ponadto opiniowany otrzymał niski wynik w Skali Odpowiedzialności Społecznej (Re = 30T). Można wnioskować, że uzyskany pomiar koresponduje z niedojrzałymi cechami osobowości pacjenta ujawnianymi w wywiadzie oraz innych skalach MMPI-2. W kontekście omawianych w artykule zagadnień wynik Skali Zespołu Stresu Pourazowego (PK = 64T) pozostawał niepewny diagnostycznie.

### Skale psychopatologii osobowości (PSY-5)

Badany otrzymał przede wszystkim wysokie wyniki w Skali Psychotyizmu (PSYC = 74T), a także w Skali Bra-

## Profil dla skal PSY-5 MMPI-2



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

Ryc. 5. Wyniki skal psychopatologii osobowości (PSY-5)

charakterystyczna bardziej dla dyspozycji do odrealnionego spostrzegania rzeczywistości aniżeli konkretnej jednostki chorobowej (Harkness *et al.*, 2012). Zgodnie ze strategiami interpretacyjnymi obejmuje niepodzielane przez innych przekonania, rzadko spotykane doznania percepcyjne i sensoryczne, jak również poczucie wyobcowania i nierealistyczne poczucie krzywdy. Z kolei Skala Braku Zahamowań (DISC) wskazuje osoby impulsywne, podejmujące ryzyko, szybko nudzące się. W kilku badaniach stwierdzono, że poszczególne skale PSY-5 mogą być predykatorem różnych typów zaburzeń osobowości, m.in. Skala Psychotyzmu (PSYC) korelowała z zaburzeniami osobowości paranoidalnej, borderline oraz schizotypowej, a skala Braku Zahamowań (DISC) – z zaburzeniami osobowości antyspołecznej (Wygant *et al.*, 2006).

### Kody wysokopunktowe

U opiniowanego wyodrębniono kod dwucyfrowy, tzn. 98, który w badaniach empirycznych pozostaje charakterystyczny dla psychopatologii osobowości, ale także zaburzeń myślenia związanych z psychopatologią psychotyczną. Polskie badania empiryczne wskazują na podobieństwo profili pacjentów z zaburzeniami osobowości do profili pacjentów psychotycznych (Korsak, 2017). Osoby o tym typie kodowym zgodnie ze strategiami interpretacyjnymi są egocentryczne i infantylne, domagają się uwagi i obrażają się, kiedy jej nie dostają. Mają wrogie nastawienie względem innych osób, dlatego unikają bliskich związków, pozostając społecznie wycofanymi. Charakteryzuje je nadaktywność i labilność emocjonalna. Ich samoocena jest nierealistyczna. Sprawiają wrażenie pretensjonalnych, chełpliwych

i zmiennych. Mają silną potrzebę osiągnięć, ale słabe dokonania w świecie realnym, związane z niepewnym poczuciem własnej wartości (Graham, 2015). Omawiany typ kodowy pojawia się również u osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków (Matkowski, 1992; Paluchowski, 1985).

## KONKLUZJE I REKOMENDACJE PRAKTYCZNE

### Dotyczące prezentowanego studium przypadku

Zgodnie z zaleceniami sformułowane na podstawie badania MMPI-2 konkluzje przeanalizowano w zestawieniu z innymi dostępnymi informacjami diagnostycznymi (Butcher *et al.*, 2012). Analiza wyników skal kontrolnych MMPI-2 w kontekście zaprezentowanych danych psychologicznych na temat zachowania i funkcjonowania pacjenta (tab. 3) potwierdziła, że osoba badana będzie nadużywała odpowiedzi psychopatologicznych, próbując przedstawić się jako bardziej zaburzona, aniżeli jest w rzeczywistości. Najbardziej przydatne w omawianym przypadku okazały się tzw. miary odpowiedzi rzadkich (skale F, Fp) oraz wskaźnik dysymulacji Gougha (F-K). Skala Wyolbrzymiania Symptomów (FBS) nie była pomocna. Po drugie, uwzględniając sformułowane przez autorów zastrzeżenia związane z interpretacją protokołu MMPI-2, należy zauważyć, że opiniowany odzwierciedlił w profilu przede wszystkim psychopatologię związaną z agrawacją, mieszanymi zaburzeniami osobowości (cechy niedojrzałe, bierno-agresywne) oraz problemami z alkoholem i lekami. W skalach badających symptomy lękowe i depresyjne badany uzyskiwał przeciętne wyniki. Mając



na względnie skale kontrolne, trudno zróżnicować wpływ agrawacji na stopień nasilenia poszczególnych cech/objawów. Nie jest jasne, czy opisywane w pismach procesowych objawy zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) były wynikiem celowej aktywności opiniowanego, czy strategią procesową pełnomocnika opracowaną na podstawie historii leczenia psychiatrycznego. Rezultaty badania psychologicznego jednoznacznie wskazywały na mało wyrafinowaną manipulację obrazem klinicznym. Co ważne, opiniowany szczerze relacjonował w teście m.in. problemy interpersonalne oraz związane z uzależnieniem. Badany wymagałby dalszej diagnostyki psychiatrycznej i neuropsychologicznej pod kątem weryfikacji rozpoznania nozologicznego, którą poza postępowaniem sądowym nie był zainteresowany. Badanie psychologiczne nie potwierdziło tezy, że potencjalna niezdolność do zatrudnienia jest spowodowana zaburzeniem stresowym pourazowym (PTSD).

### **Dotyczące strategii diagnostycznych rozpoznawania symulacji zaburzeń stresowych pourazowych w psychologicznych badaniach sądowych**

Strategie diagnostyczne zwiększające trafność rozpoznawania zarówno agrawacji, symulacji, jak i rzeczywistych objawów zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD) w diagnozie psychologicznej na potrzeby orzecznictwa sądowego powinny opierać się na integrowaniu danych klinicznych, pozyskanych metodami nieustrukturyzowanymi (swobodny wywiad kliniczny, obserwacja), z danymi pozyskanymi metodami standaryzowanymi (wyniki testów psychologicznych). W przypadku zastosowania MMPI-2 pierwszy etap stanowi analiza skal kontrolnych. Skale kontrolne są kluczowe, ponieważ pomagają diagnoście w ocenie spójności stylu odpowiadania oraz wiarygodności zgłaszanych symptomów. Co istotne, umożliwiają również niedostępną w metodach nieustrukturyzowanych identyfikację stopnia obronności pacjenta w protokole testowym (tzw. miary obronności). Drugim etapem jest analiza uzyskanego profilu MMPI-2. Należy zwrócić uwagę na wzorce prezentowanej psychopatologii oraz stopień ich nasilenia w oparciu o analizę wyników przeliczonych z uwzględnieniem przedziałów ufności. Trzecim, kluczowym, etapem pozostaje analiza porównawcza, polegająca na ocenie stopnia spójności prezentowanego przez pacjenta obrazu klinicznego (obserwacja, wywiad diagnostyczny, dokumentacja medyczna, dokumentacja procesowa) z wynikiem badania psychologicznego MMPI-2. Czwartym etapem może być zastosowanie dodatkowych testów psychologicznych w celu potwierdzenia oraz uzupełnienia wyników badania MMPI-2. Predykcyjna wartość inwentarza MMPI-2 pozwala prognozować, że osoby szczerze relacjonujące objawy w badaniu MMPI-2 będą również szczerze w innych testach psychologicznych i na odwrót. Piątym i ostatnim etapem może być konsultacja zespołu specjalistów polegająca na integracji i analizie wszystkich danych klinicznych. Wskazany etap

zależy od tego, czy psycholog sądowy lub kliniczny wykonuje opinię kompleksową w zespole z biegłym psychiatrą, czy też wydaje opinię samodzielną. W kontekście analizy danych jakościowych ważne jest przeanalizowanie funkcjonowania pacjenta w różnych obszarach życia codziennego, zarówno przed, jak i po doznanym urazie (m.in. relacje rodzinne i społeczne, funkcjonowanie zawodowe, historia zatrudnienia, funkcjonowanie rekreacyjne) oraz przeanalizowanie historii innych stresorów. Szczególną uwagę należy zwracać na pacjentów relacjonujących historię objawów niezgodnie z relacjami innych osób lub niezgodnie z innymi faktami (Morrison, 2016). Zaburzenia stresowe pourazowe w sprawach cywilnych mogą dotyczyć nie tylko ofiar wypadków komunikacyjnych czy też poszkodowanych na skutek wypadków w miejscu pracy. Coraz częściej pojawiają się sprawy sądowe dotyczące oceny wpływu przemocy domowej czy też mobbingu na stan psychiczny osób opiniowanych. W związku z tym ich rzetelna ocena wymaga zarówno doświadczenia, jak i szerokiego przygotowania merytorycznego biegłych sądowych.

#### **Konflikt interesów**

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

#### **Wkład autorów**

*Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; napisanie artykułu: AZJ. Analiza i interpretacja danych: AZJ, BI. Krytyczne recenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: BI.*

#### **Piśmiennictwo**

- Ackerman MJ: Podstawy psychologii sądowej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, Gdańsk 2005.
- Arbisi PA, Ben-Porath YS: An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequency-Psychopathology Scale, *F(p)*. *Psychol Assess* 1995; 7: 424–431.
- Arbisi PA, Ben-Porath YS, McNulty J: The ability of the MMPI-2 to detect feigned PTSD within the context of compensation seeking. *Psychol Serv* 2006; 3: 249–261.
- Arbisi PA, Ben-Porath YS, McNulty JL: Empirical correlates of common MMPI-2 two-point codes in male psychiatric inpatients. *Assessment* 2003; 10: 237–247.
- Bury AS, Bagby RM: The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychol Assess* 2002; 14: 472–484.
- Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS et al.: Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości\*–2 – MMPI\*–2. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji – wersja zrewidowana. Polska normalizacja: Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
- Czerederecka A: Test Rorschacha w psychologicznej ekspertyzie sądowej – wykorzystanie systemu Exnera. Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 2006.
- Drayton M: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). *Occup Med (Lond)* 2009; 59: 135–136.
- Galecki P (ed.): Badanie stanu psychicznego – rozpoznania według ICD-11. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022: 135–144.

- Graham JR: MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2015.
- Hall RCW, Hall RCW: Malingering of PTSD: forensic and diagnostic considerations, characteristics of malingerers and clinical presentations. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 525–535.
- Harkness AR, Finn JA, McNulty JL et al.: The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): recent constructive replication and assessment literature review. *Psychol Assess* 2012; 24: 432–443.
- Heitzman J: Stres w etiologii przestępstw agresywnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Hoelzle JB, Meyer GJ: The factor structure of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales. *J Pers Assess* 2008; 90: 443–455.
- Holiczer A, Gałuszko M, Cabała WJ: Zaburzenie stresowe pourazowe – opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych. *Psychiatria* 2007; 4: 25–32.
- Klich A: Dowód z opinii biegłego w postępowaniu cywilnym: biegły lekarz. Wydawnictwo C.H. Beck, 2016.
- Korsak A: Diagnostyczna i predykcyjna przydatność kwestionariusza MMPI w zaburzeniach psychicznych pacjentów leczonych stacjonarnie. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. n. med. Mikołaja Majkowicza, Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Badań nad Jakością Życia, Gdańsk 2017.
- Kosydar-Bochenek J, Lewandowski B, Ozga D et al.: Przegląd narzędzi diagnostycznych i metod pomiaru zespołu stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder*, PTSD) z możliwością wykorzystania wśród ratowników medycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2016; 15: 45–49.
- Lyons JA, Wheeler-Cox T: MMPI, MMPI-2 and PTSD: overview of scores, scales, and profiles. *J Trauma Stress* 1999; 12: 175–183.
- Maercker A, Eberle DJ: Disorders specifically associated with stress in ICD-11. *Clin Psychol Eur* 2022; 4 (Spec Issue): e9711.
- Matkowski M: MMPI. Badanie – opracowanie – interpretacja. Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości, Poznań 1992.
- Morrison J: DSM-5<sup>®</sup> bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Paluchowski WJ (ed.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI. Część I–III. Laboratorium Technik Diagnostycznych, Warszawa 1985.
- Pope KS, Butcher JN, Seelen J: The MMPI, MMPI-2 & MMPI-A in Court: A Practical Guide for Expert Witnesses and Attorneys. 2<sup>nd</sup> ed., American Psychological Association, 2000.
- Rogers R, Sewell KW, Martin MA et al.: Detection of feigned mental disorders: a meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment* 2003; 10: 160–177.
- Rogers R, Sewell KW, Salekin RT: A meta-analysis of malingering on the MMPI-2. *Assessment* 1994; 1: 227–237.
- Scheibe S, Bagby RM, Miller LS et al.: Assessing posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychol Assess* 2001; 13: 369–374.
- Stemplewska-Żakowicz K, Paluchowski WJ: Podstawy diagnozy psychologicznej. In: Strelau J, Doliński D (eds.): *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Vol. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008: 25–94.
- World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed., World Health Organization, 2019. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
- Wygant DB, Sellbom M, Graham JR et al.: Incremental validity of the MMPI-2 PSY-5 scales in assessing self-reported personality disorder criteria. *Assessment* 2006; 13: 178–186.