

Adam Zygmunt Jaskólski¹, Bernadetta Izydorczyk²

Zastosowanie inwentarza MMPI-2 w diagnozie różnicowej zaburzeń psychiatrycznych – na przykładzie analizy profilu pacjentki z rozpoznaniem uporczywych zaburzeń urojeniowych oraz zaburzeń osobowości

Application of the MMPI-2 inventory in the differential diagnosis of psychotic disorders – based on profile analysis of a patient diagnosed with persistent delusional disorder and personality disorder

¹ Gabinet Psychoterapii i Diagnostyki Psychologicznej, Katowice, Polska

² Zakład Psychoprophylaktyki i Psychoterapii, Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny, 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

¹ Psychotherapy and Psychological Diagnosis Practice, Katowice, Poland

² Department of Mental Health Prevention and Psychotherapy, Institute of Psychology, Faculty of Philosophy, Jagiellonian University, Krakow, Poland

Correspondence: Adam Zygmunt Jaskólski, Psychotherapy and Psychological Diagnosis Practice, Żwirki i Wigury 13, 40-063 Katowice, Poland, e-mail: adam85jaskolski@gmail.com

ORCID iDs

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

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

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Stany lub cechy paranoiczne występują w różnych zaburzeniach psychicznych, dlatego ich klaryfikacja jest przydatna do celów rzetelnej diagnozy nozologicznej. Praktyka kliniczna i literatura przedmiotu wskazują na specyficzne dla omawianej grupy nozologicznej mechanizmy obronne, które utrudniają proces diagnozy i leczenia psychiatrycznego i psychotherapeutycznego. Uzupełnienie w badaniu klinicznym metod jakościowych (swobodnego wywiadu i obserwacji) wystandaryzowanymi narzędziami diagnostycznymi wpisuje się w nurt praktyki medycznej opartej na dowodach naukowych. Pomaga klinicyście uzupełniać, porządkować i obiektywizować dane kliniczne na temat stanu psychicznego pacjenta – szczególnie dane z różnych przyczyn niepewne lub niedostępne w badaniu obserwacyjnym. Artykuł dostarcza ciekawych i pragmatycznych danych teoretycznych, empirycznych i kazuistycznych dotyczących możliwości zastosowania Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2) do diagnozy psychologicznej u osób prezentujących uporczywe zaburzenia urojeniowe. **Metody:** W pracy omówiono zagadnienia teoretyczne i dokonano analizy studium przypadku pacjentki z podejrzeniem uporczywych zaburzeń urojeniowych oraz współwystępującymi zaburzeniami osobowości. W przedstawionym studium przypadku autorzy odwołali się do metod jakościowych (obserwacji, swobodnego wywiadu psychologicznego) i uzupełniania danych klinicznych przez zastosowanie wystandaryzowanej metody psychometrycznej – inwentarza MMPI-2. **Refleksje i rekomendacje praktyczne** zostały podzielone na dwie grupy. Pierwsza dotyczy możliwości wykorzystania testu MMPI-2 w psychologicznej diagnozie klinicznej. Druga odnosi się do znaczenia sojuszu diagnostycznego w procesie planowania diagnozy psychologicznej pacjenta z zaburzeniami urojeniowymi.

Słowa kluczowe: MMPI-2, psychoza, diagnoza różnicowa, zaburzenia urojeniowe, zaburzenia osobowości

Abstract

Aim: Paranoid states or traits can be present in various mental disorders; hence, their clarification is valuable for establishing a reliable nosological diagnosis. Clinical practice and literature on the subject highlight a range of defence mechanisms specific to the discussed nosological group. These mechanisms can impede the process of psychiatric and psychotherapeutic diagnosis and treatment. In contemporary evidence-based medical practice, the prevalent clinical approach is based on qualitative methods (e.g. free interviews and observations) complemented by standardised diagnostic tools. This approach assists the clinician in supplementing, organising, and objectifying clinical data related to the patient's mental state. It is particularly beneficial for handling data that may be uncertain or unavailable in an observational study for various reasons. The article presents insightful and pragmatic theoretical, empirical, and case-related information on the potential application of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) in the psychological diagnosis of patients with persistent delusional disorders. **Methods:** The paper explores theoretical issues and analyses a case study involving a female patient with a suspected diagnosis of delusional disorder and co-occurring personality disorder. In the case study, the authors

employed qualitative methods, including observation and free psychological interview, and supplemented clinical data with insights gained through the use of a standardised psychometric method: the MMPI-2. **Reflections and practical recommendations** are divided into two groups. One group comprises the potential applications of the MMPI-2 in clinical psychological diagnosis. The other focuses on the importance of the diagnostic alliance and its roles in the process of planning the psychological diagnosis in patients with delusional disorders.

Keywords: MMPI-2, psychosis, differential diagnosis, delusional disorders, personality disorders

WSTĘP

Autorzy ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision), najnowszej edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, zaburzenie urojeniowe umieścili w grupie schizofrenii lub innych pierwotnych zaburzeń psychiatrycznych (Gałęcki, 2022; Reed *et al.*, 2019). Cechą charakterystyczną jest tu obecność urojenia lub powiązane go ze sobą systemu urojeń, zwykle utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące, a często znacznie dłużej, przy braku epizodu depresyjnego, maniakalnego lub mieszanego w przebiegu zaburzeń nastroju. Mogą wystąpić halucynacje, ale związane z motywem urojeniowym (World Health Organization, 2019). Istotną cechą różnicującą od innych pierwotnych zaburzeń psychiatrycznych jest to, że poza linią urojeń zachowanie pacjenta z uporczywym zaburzeniem urojeniowym najczęściej nie odbiega znacząco od normy (Morrison, 2016).

ZNACZENIE ORAZ KIERUNKI DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ W ZABURZENIACH UROJENIOWYCH

Stany lub cechy paranoiczne występują w różnych zaburzeniach psychicznych, dlatego ich klaryfikacja jest przydatna do celów rzetelnej diagnozy różnicowej (Soroko, 2017). Należy wykluczyć inne pierwotne zaburzenia psychiatryczne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne czy objawowe zespoły paranoiczne, a więc objawy paranoiczne wynikające z organicznego uszkodzenia mózgowia, wpływu zażywanych leków lub stosowanych środków psychoaktywnych (Gałęcki, 2022). Objawy paranoiczne mogą być również wynikiem przejściowej reakcji adaptacyjnej na czynniki stresowe (np. stygmatyzację społeczną).

Zaburzenia urojeniowe występują częściej wśród pacjentów z poważniejszą psychopatologią osobowości (Lingiar di i McWilliams, 2019). Do wskazanej kategorii zaliczamy osobowość paranoiczną, schizoidalną, schizotypową, borderline i antyspołeczną (Kernberg, 2005). Diagnoza mechanizmów psychopatologicznych osobowości oraz czynników psychospołecznych mających wpływ na stan zdrowia psychicznego pozostaje domeną psychologii klinicznej. Obiektywizacja procesu diagnozy w psychologii klinicznej wpisuje się w praktykę opartą na dowodach naukowych (Soroko i Cierpiałkowska, 2020). Wartość tradycyjnej oceny zdrowia

psychicznego uległa krytycznemu przewartościowaniu na rzecz standaryzacji (Wciórka i Pużyński, 2010). Zasadne wydaje się więc korzystanie w procesie diagnozy ze standaryzowanych testów.

Podsumowując: badanie psychologiczne pacjenta z zaburzeniem urojeniowym może pomagać w gromadzeniu wiedzy dotyczącej objawów oraz ich klasyfikacji (diagnoza nozologiczna i różnicowa), ponadto w rozpoznawaniu czynników aktywujących, nasilających i podtrzymujących zaburzenia urojeniowe, m.in. identyfikowaniu determinantów osobowościowych, psychospołecznych i neuropsychologicznych (diagnoza epigenetyczna), jak również w zdobywaniu informacji niezbędnych do skonstruowania planu leczenia (diagnoza prospektywna). Potencjalne problemy utrudniające diagnozę kliniczną pacjenta z uporczywym zaburzeniem urojeniowym zaprezentowano w tab. 1.

UPORCZYWE ZABURZENIA UROJENIOWE W BADANIACH PRZY UŻYCIU INWENTARZA MMPI-2

Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2) należy do narzędzi najpowszechniej stosowanych w diagnozie klinicznej. Od momentu publikacji w 1989 roku został wykorzystany w ponad 2000 artykułach naukowych (Graham, 2015). MMPI-2 jest narzędziem o długiej i empirycznie weryfikowanej tradycji badawczej (Butcher *et al.*, 2004; Graham, 2015; Levak *et al.*, 2011). Umożliwia diagnozę psychopatologii i zaburzeń osobowości. Polska adaptacja MMPI-2 trafiła do rąk użytkowników w 2012 roku (Butcher *et al.*, 2012 – polska normalizacja: Urszula Brzezińska, Marta Koć-Januchta, Joanna Stańczak).

Warto zaznaczyć, że w perspektywie diagnozy nozologicznej podwyższone wyniki w skalach MMPI nie wskazują na konkretne zaburzenia psychiczne, ale sugerują

Objawy egosyntoniczne (brak wglądu w proces urojeniowy)
Postawa dysymulacyjna
Nieufność lub wrogie nastawienie
Psychopatologia osobowości i związane z nią wzorce nawiązywania relacji interpersonalnych
Obecność innych zaburzeń psychicznych, które wpływają na całościowy obraz kliniczny

Tab. 1. Przyczyny problemów w diagnozowaniu pacjentów urojeniowych. Opracowanie własne

podobieństwo osoby badanej do osób z danym typem zaburzenia psychicznego – co daje dość szerokie możliwości rozumienia oraz interpretacji wyników w kontekście innych danych diagnostycznych. Analiza protokołu MMPI-2 jest zatem zadaniem wymagającym integracji danych klinicznych, szerokiej wiedzy i doświadczenia praktycznego (Graham, 2015; Matkowski, 1992).

Zgodnie z założeniami profile pacjentów psychotycznych w badaniach MMPI i MMPI-2 miały charakteryzować się wysokimi wynikami w skalach badających objawy psychotyczne, m.in. w Skali Schizofrenii (Sc) i Paranoi (Pa), oraz specyficznymi konfiguracjami skal klinicznych (Matkowski, 1992; Meyer i Weaver, 2007; Wetzler *et al.*, 1998). Grupa pacjentów z przewlekłym zaburzeniem urojeniowym miała prezentować przede wszystkim wysokie wyniki w klinicznej Skali Paranoi (Pa). Jak pokazała praktyka, z uwagi na dysymulację badane osoby mogą otrzymywać w skali Pa przeciętne, a czasami nawet obniżone wyniki (Matkowski, 1992; Meyer i Weaver, 2007). Ponadto wysokie wyniki w Pa mogą być charakterystyczne dla pacjentów prezentujących paranoiczne cechy osobowości, ale także dla osób z grup historycznie stygmatyzowanych społecznie (Dahlstrom *et al.*, 1986). Dane empiryczne sugerują, że pacjentów z uporczywym zaburzeniem urojeniowym mogą charakteryzować umiarkowanie podwyższone wyniki w Skali Paranoi i Skali Psychopatii, co odzwierciedla system urojeniowy oraz towarzyszące mu wrogość i wyobcowanie społeczne (Meyer i Weaver, 2007). Konkludując: im wyższy wynik w Skali Paranoi, tym większe prawdopodobieństwo zaburzeń psychotycznych (Graham, 2015).

Literatura przedmiotu wskazuje, że zrestrukturyzowane skale kliniczne (RC) mogą być wysoce przydatne w diagnozie różnicowej, jako bardziej pomocne w identyfikowaniu i izolowaniu symptomatologii psychotycznej aniżeli samodzielne skale kliniczne oraz skale treściowe (Hoelzle i Meyer, 2008). Analiza RC w odniesieniu do wyników podstawowych skal klinicznych może mieć zatem duże znaczenie w wyciąganiu wniosków diagnostycznych dotyczących obecności zaburzeń psychotycznych lub cech psychotycznych związanych z innymi zaburzeniami (Hoelzle i Meyer, 2008). Skala Myśli Prześladowczych (RC6) i Skala Nietypowych Przeżyć (RC8) pozostają bardziej powiązane z czynnikiem psychotycznym niż Skala Paranoi (Pa) i Skala Schizofrenii (Sc). Wskazane skale wyodrębniają objawy psychotyczne, a wśród nich idee prześladowcze i dziwaczne doświadczenia, takie jak halucynacje (Hoelzle i Meyer, 2008).

CEL BADANIA PSYCHOLOGICZNEGO

Celem pracy były identyfikacja lub wykluczenie objawów psychotycznych za pomocą wystandaryzowanych metod pomiaru psychologicznego, a także diagnoza psychopatologii osobowości w kierunku oceny, jak mechanizmy osobowościowe wpływają na prezentowane objawy. Przyczynę uzupełnienia diagnozy psychologicznej przez zastosowanie

MMPI-2 stanowiła potrzeba klaryfikacji, w jakim zakresie opisywane przez pacjentkę przeżycia są wynikiem poważnych zniekształceń spowodowanych psychopatią osobowości, a w jakim – potencjalnym procesem urojeniowym. Chaotyczność, niejasność podawanych informacji oraz teatralny styl autoprezentacji obserwowane w trakcie wywiadu psychologicznego utrudniały porządkowanie i gromadzenie danych klinicznych. Obiektywizację stanu psychicznego dodatkowo zakłócał brak możliwości zebrania wywiadu diagnostycznego od rodziny.

CHARAKTERYSTYKA I KRÓTKA BIOGRAFIA PACJENTKI

Pacjentka to 49-letnia kobieta z wykształceniem średnim ogólnokształcącym z maturą, jedynaczka, córka rodziców o wysokim statusie społecznym. Od najmłodszych lat była wychowywana przez nianię. Relacje z rodzicami i dzieciństwo opisała w sposób bardzo ogólny i wyidealizowany. Z relacji wynika, iż w domu nie miała wielu obowiązków oraz często była wyręczana. W szkole średniej zaczęły się trudności z nauką. Pacjentka oceniła, że nie miała wtedy adekwatnej opieki ani nadzoru rodzicielskiego. Pod koniec klasy maturalnej poznała swojego przyszłego męża. W 21. roku życia zaszła z nim w ciążę i wzięła ślub. Małżeństwo okazało się nieudane – mąż nadużywał alkoholu. Rozwód nastąpił w 29. roku życia badanej. W okresie małżeństwa pacjentka podejmowała studia, których jednak nie była w stanie kontynuować. Po rozwodzie brak zabezpieczenia finansowego spowodował konieczność powrotu do domu rodzinnego. W życiu dorosłym badana pozostawała na utrzymaniu rodziców, wchodziła w krótkotrwałe związki romantyczne z mężczyznami. Nie miała długoterminowych doświadczeń zawodowych, co wyjaśniała wychowywaniem córki i niezadowoleniem z dotychczasowych doświadczeń zawodowych. Charakteryzowała siebie w kategoriach osoby „wrażliwej”, „buntowniczej”, „niepokornej”. Uwagę zwracał kontrast między historią rodziny generacyjnej a osobistymi niepowodzeniami pacjentki.

PREZENTOWANE OBJAWY I ZGŁASZANE TRUDNOŚCI

Pacjentka twierdziła, że od ponad 4 lat jest ofiarą spisku. Mówiła o związanych z tym zmianach nastroju, z którymi zgłosiła się kilka miesięcy wcześniej do lekarza psychiatry. Urojenia prześladowcze w linii tematycznej pozostawały prawdopodobne, natomiast liczba osób wskazywanych jako potencjalnie zamieszane w spisek oraz system opisywanych powiązań między nimi sugerowały aktywne myślenie urojeniowe. W trakcie badania psychologicznego zaobserwowano bardzo dobry kontakt logiczny poza treściami urojeniowymi i brak formalnych zaburzeń myślenia. Pacjentka była dostosowana afektywnie i potrafiła nawiązać pełną łączność emocjonalną z psychologiem prowadzącym wywiad diagnostyczny. Z informacji od psychiatry wynikało,

Skrót nazwy skali	VRIN	TRIN	F	Fb	Fp	FBS	L	K	S
Wynik T z poprawką k	44T	47T	67T	56T	52T	55T	49T	50T	41T
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.									

Tab. 2. Wyniki przeliczone skal kontrolnych (z poprawką k)

że od pół roku jest leczona risperidonem – lekiem przeciwpsychotycznym (Gałęcki i Szulc, 2018). Farmakoterapia miała na celu redukcję potencjalnych objawów psychicznych i stabilizację emocjonalną. Po wdrożeniu leczenia pacjentka deklaruowała poprawę samopoczucia, aczkolwiek podtrzymywała swoje dotychczasowe przekonania. Wywiad psychologiczny sugerował, że niektóre przeżycia badanej, choćby przekonanie o byciu napiętnowaną w rodzinnym mieście, pozostają zniekształcone przez treści urojeniowe. Inne, przykładowo wycofanie się partnera ze związku z pacjentką, wynikały z realnej negatywnej reakcji otoczenia na jej zachowanie i autoprezentację (zarówno psychotyczną, jak i uwarunkowaną zaburzeniami osobowości). Różnicowanie wskazanych korelatów było niekiedy trudne, stąd pojawiły się wątpliwości co do rzeczywistego stanu zdrowia psychicznego pacjentki.

OKOLICZNOŚCI POPRZEDZAJĄCE POJAWIENIE SIĘ OBJAWÓW

Początek problemów badana wiązała z powrotem na studia. Nie radziła sobie z opanowaniem materiału dydaktycznego, aczkolwiek w rozmowie była świadoma realności ograniczeń związanych z wiekiem. Nie nawiązała bliższych relacji z innymi, dużo młodszymi studentami. Szybko zaczęła wchodzić w konflikty i polemiki z wykładowcami.

ANALIZA INTERPRETACYJNA PROFILU MMPI-2

Poniższa analiza dotyczy czterech podstawowych obszarów: nastawienia pacjentki do badania, wzorców objawowych, poziomu przystosowania oraz diagnozy osobowości.

POSTAWA WOBEC BADANIA

Analiza skal kontrolnych (tab. 2) potwierdza, że pacjentka odpowiadała na pytania konsekwentnie. Wskazują na to Skala Niespójności Odpowiedzi Zgodnych (VRIN = 44T) i Skala Niespójności Odpowiedzi Niezgodnych (TRIN = 47T). Skala Odpowiedzi Rzadkich (F = 67T) i Skala Odpowiedzi Rzadkich dotycząca objawów psychopatologicznych (Fp = 52T) wykluczają tendencje symulacyjne. Powyższą interpretację wspiera wskaźnik dysymulacji Gougha (F-K = +4). Jeśli wziąć pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, średnie wyniki w skalach odpowiedzi rzadkich sugerują, że pacjentka może nie zdawać sobie sprawy z niektórych problemów psychologicznych. Zdaniem autorów może to wynikać zarówno z procesu urojeniowego,

jak i z prezentowanej psychopatologii osobowości. Wynik w Skali Odpowiedzi Rzadkich (F = 67T) w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie sugeruje, że możemy mieć do czynienia z osobą, u której występują odbiegające od normy przekonania społeczne, polityczne lub religijne. Skala Wyolbrzymiania Symptomów (FBS = 55T) potwierdza brak tendencji do agrawacji deficytów neuropsychologicznych. Ponieważ pomniejszanie objawów trudniej zidentyfikować niż wyolbrzymianie, przeanalizowano miary obronności. Obok wspomnianych wyników w Skalach Odpowiedzi Rzadkich duże znaczenie mają wyniki w Skali Kłamstwa (L = 49T), Skali Korekcyjnej (K = 50T) oraz Skali Pozytywnej Autoprezentacji (S = 41T). Wyniki uzyskane w nich przez pacjentkę nie potwierdzają dysymulacji. Obecnie najbardziej efektywne w wykrywaniu pomniejszania są Skala Kłamstwa (L) i Skala Korekcyjna (K). Jak wynika z badań nad ich przydatnością, w sytuacji niepewności co do potencjalnej dysymulacji należy dodatkowo przeanalizować dane z wywiadu, obserwacji behawioralnej oraz innych metod inwentarzowych (Baer i Miller, 2002).

Z perspektywy autorów artykułu istotna jest ocena spójności obrazu klinicznego z wynikiem badania MMPI-2. Potencjalne rozbieżności wymagają wyjaśnienia. U osób z podejrzeniem dysymulacji szczególne znaczenie ma diagnoza nastawienia do wykonywanego testu. W prezentowanym przypadku klinicznym dane o stanie zdrowia psychicznego pacjentki uzyskane metodami jakościowymi porównano z rezultatem badania MMPI-2. Wyniki MMPI-2 korespondowały z obrazem klinicznym, a wyniki skal kontrolnych potwierdzały, że pacjentka szczerze relacjonowała swoje nastawienie i objawy psychopatologiczne.

OCENA PSYCHOPATOLOGII I WZORCÓW OBJAWOWYCH

Strategie interpretacyjne wskazują, że podwyższone wyniki w skalach klinicznych należy w pierwszej kolejności analizować na podstawie ich składowych – podskal Harriisa i Lingoosa, których analiza pozwala ustalić, dlaczego pacjent uzyskał podwyższony wynik w konkretnej skali klinicznej. Następnie wyniki analizujemy w odniesieniu do zrestrukturyzowanych skal klinicznych.

PODSTAWOWE SKALE KLINICZNE I ICH SKŁADOWE ORAZ SKALE ZRESTRUKTURYZOWANE (RC)

Pacjentka otrzymała wysokie wyniki – zaczynając od najwyższego – w Skali Paranoi (Pa), Skali Depresji (D) i Skali

Skrót nazwy skali klinicznej	Wynik T z poprawką k	Skrót nazwy zrestrukturyzowanej skali klinicznej (RC)	Wynik T z poprawką k
		RCd	66T
Hs	33T	RC1	45T
D	72T	RC2	60T
Hy	58T	RC3	48T
Pd	69T	RC4	49T
Mf-m	30T	Brak równoległej skali	—
Pa	77T	RC6	80T
Pt	50T	RC7	51T
Sc	55T	RC8	56T
Ma	50T	RC9	48T
Si	53T	Brak równoległej skali	—

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

Tab. 3. Wyniki skal klinicznych w zestawieniu z wynikami skal zrestrukturyzowanych (RC) z poprawką k

Odchylen Psychopatycznych (Pd). W pozostałych skalach klinicznych rezultaty mieściły się w normie. Wyniki uzyskane w podstawowych skalach klinicznych wraz z odpowiednikami w zrestrukturyzowanych skalach klinicznych przedstawia tab. 3, a wyniki podskal Harrisa i Lingoesa – tab. 4. Analiza składowych Pa wskazała na bardzo wysoki wynik w Skali Myśli Prześladowczych (Pa1 = 80T) i wyniki mieszczące się w normie (<65T) w pozostałych podskalach. Wysokie wyniki (>80T) w Zrestrukturyzowanej Skali Myśli Prześladowczych (RC6) są charakterystyczne dla paranoicznego stylu myślenia, który może być objawem schizofrenii lub zaburzenia urojeniowego (Tellegen *et al.*, 2003). W omawianym przypadku nabiera to szczególnego znaczenia ze względu na wyjściowo wysoki wynik w Skali Paranoi. Biorąc pod uwagę dane z wywiadu klinicznego, analiza konfiguracji profilu uprawdopodobniła hipotezę mówiącą o aktywnym i przewlekłym procesie psychotycznym. W zakresie składowych Skali Depresji (D) podskale Harrisa i Lingoesa wskazały na wysokie wyniki w Skali Odepnienia Psychicznego (D4 = 70T), Skali Subiektywnego Poczucia

Depresji (D1 = 68T) i Skali Pograżania się w Ponurych Rozmyślaniach (D5 = 65T). Po odniesieniu wysokiego wyniku w Skali Depresji do przeciętnego wyniku w Zrestrukturyzowanej Skali Niedostatku Emocji Pozytywnych (RC2 = 60T) profil nie uprawdopodobnił zaburzenia depresyjnego. Różnica wyników między skalą kliniczną a skalą RC sugeruje, że uwarunkowania osobowościowe mają większy wpływ na podwyższony wynik w Skali Depresji aniżeli klinicznie rozumiana depresja, co korespondowało z obserwacją behawioralną: badana nie prezentowała charakterystycznych objawów zespołu depresyjnego, negowała zaburzenia rytmów dobowych, poza linią urojeń pozostawała w wyrównanym nastroju i napędzie.

Jak wykazała analiza podskal Harrisa i Lingoesa, wysoki wynik w Skali Odchylen Psychopatycznych (Pd = 69T) badana otrzymała głównie z powodu wysokich wyników w Skali Alienacji Społecznej (Pd4 = 75T) i Skali Autoalienacji (Pd5 = 73T). W pozostałych podskalach Pd uzyskała średnie wyniki, podobnie jak w Zrestrukturyzowanej Skali Zachowania Antyspołecznego (RC4 = 49T). Skala Odchylen Psychopatycznych jest również miarą buntowniczości. Ponadto, co ciekawe, wynik w Pd może być wysoki w grupie pacjentów z zaburzeniami urojeniowymi, na skutek ich psychotycznej walki z otoczeniem (Meyer i Weaver, 2007). U omawianej pacjentki korespondował ze skłonnością do wchodzenia w konflikty interpersonalne – uwarunkowane urojeniami prześladowczymi, ale także nastawieniami buntowniczymi, zidentyfikowanymi w wywiadzie psychologicznym od okresu wczesnej dorosłości.

SKALE TREŚCIOWE

W skalach treściowych, przedstawionych w tab. 5, badana otrzymała umiarkowanie wysokie wyniki w Skali Depresji (DEP = 68T) i Skali Zakłóceń w Pracy (WRK = 65T), a wyniki graniczne – w Skali Uogólnionego Niepokoju (ANX = 64T) i Skali Dziwacznego Myślenia (BIZ = 64T). Analiza wyników skali DEP może być pomocna w procesie

Skrót nazwy i nazwa podskali	Wynik T
Pa1 – Skala Myśli Prześladowczych	84T
Pa2 – Skala Przewrażliwienia	59T
Pa3 – Skala Naiwności	55T
D1 – Skala Subiektywnego Poczucia Depresji	68T
D2 – Skala Spowolnienia Psychoruchowego	61T
D3 – Skala Dolegliwości Fizycznych	62T
D4 – Skala Odepnienia Psychicznego	70T
D5 – Skala Pograżania się w Ponurych Rozmyślaniach	65T
Pd1 – Skala Konfliktów w Rodzinie	43T
Pd2 – Skala Negatywnego Stosunku wobec Autorytetów	57T
Pd3 – Skala Odporności na Wpływ Społeczny	50T
Pd4 – Skala Alienacji Społecznej	75T
Pd5 – Skala Autoalienacji	73T

Tab. 4. Wyniki przeliczone podskal: Paranoi (Pa), Depresji (D) i Odchylen Psychopatycznych (Pd)

Skrót nazwy i nazwa skali	Wynik T
ANX – Skala Ogólniejszego Niepokoju	64T
FRS – Skala Lęków	54T
OBS – Skala Obsesyjności	51T
DEP – Skala Depresji	68T
HEA – Skala Troski o Zdrowie	44T
BIZ – Skala Dziwaczności Myślenia	64T
BIZ1 – Skala Symptomów Psychotycznych	65T
BIZ2 – Skala Cech Schizotypowych	60T
ANG – Skala Złości	56T
CYN – Skala Cynizmu	46T
ASP – Skala Postaw i Zachowań Antyspołecznych	48T
TPA – Skala Typu Zachowania A	48T
LSE – Skala Niskiej Samooceny	52T
SOD – Skala Dyskomfortu Społecznego	47T
FAM – Skala Problemów Rodzinnych	52T
WRK – Skala Zakłóceń w Pracy	65T
TRT – Skala Wskaźników Negatywnego Nastawienia wobec Terapii	63T

Tab. 5. Wyniki przeliczone skal treściowych

wnioskowania diagnostycznego (Wetzler *et al.*, 1998). Uwzględniając dane z wywiadu i obserwacji, podwyższony wynik w DEP odzwierciedlał najpewniej reakcję adaptacyjną pacjentki na przewlekły stres związany z urojeniami. Wynik w Skali Dziwaczności Myślenia (BIZ) był graniczny. Analiza składowych wskazała, że badana otrzymała podwyższony wynik w Skali Symptomów Psychotycznych (BIZ1 = 65T) i średni w Skali Cech Schizotypowych (BIZ2 = 60T). Zgodnie ze strategiami interpretacyjnymi wysoki wynik w BIZ1 jest bardziej charakterystyczny dla symptomów psychotycznych, zwłaszcza w zakresie poczucia wpływu innych osób na stan mentalny pacjenta. Badana podkreślała podczas wywiadu wpływ „spiskujących” na różne instytucje i najbliższe otoczenie. Przeciętny wynik w Skali Postaw i Zachowań Antyspołecznych (ASP = 48T) wspierał klinicystów w diagnozie różnicowej psychopatologii osobowości. Według literatury przedmiotu skala ASP jest szczególnie użyteczna w różnicowaniu antyspołecznych zaburzeń osobowości od innych typów zaburzeń osobowości (Smith *et al.*, 1999).

SKALE DODATKOWE

Skale dodatkowe, których wyniki przedstawia tab. 6, zostaną omówione w kontekście diagnozy przystosowania pacjentki oraz w kontekście diagnozy osobowości.

DIAGNOZA PRZYSTOSOWANIA

Wyraźna różnica ($F > K = 17$) między Skalą Odpowiedzi Rzadkich (F) a Skalą Korekcyjną (K) sugeruje długoterminowy charakter przeżywanych problemów. Podwyższony wynik w Skali Ogólnego Emocjonalnego Dyskomfortu i Zamętu (RCd = 66T) potwierdza problemy adaptacyjne

Skrót nazwy i nazwa skali	Wynik T
A – Skala Niepokoju	62T
R – Skala Represji	59T
Es – Skala Siły Ego	44T
Do – Skala Dominacji	50T
Re – Skala Odpowiedzialności Społecznej	42T
Mt – Skala Nieprzystosowania do Szkoły	67T
PK – Skala Zespołu Stresu Pourazowego	65T
MDS – Skala Dyssatisfakcji Małżeńskiej	62T
Ho – Skala Wrogości	48T
O-H – Skala Nadmiernie Kontrolowanej Wrogości	40T
MAC-R – Zrewidowana Skala Alkoholizmu MacAndrew	20 pkt (wynik surowy)
AAS – Skala Przyznawania się do Uzależnienia	55T
APS – Skala Potencjalnego Uzależnienia	43T
GM – Skala Roli Związanej z Płcią Męską	52T
GF – Skala Roli Związanej z Płcią Żeńską	43T

Tab. 6. Wyniki przeliczone skal dodatkowych

badanej, odzwierciedlające funkcjonowanie w mechanizmach przewlekłego stresu. Koresponduje to z podwyższonymi wynikami w Skali Nieprzystosowania do Szkoły (Mt = 67T). W kilku badaniach stwierdzono, że wynik Mt pozostaje podwyższony szczególnie w grupie pacjentów doświadczających zamętu emocjonalnego, m.in. stresu, lęku, zaburzeń nastroju (Graham, 2015). Badana otrzymała podwyższony wynik w Skali Stresu Pourazowego (PK = 65T), która ma udokumentowany związek z ogólnym dystresem, a nie tylko specyficznie rozumianym stresem pourazowym. Oznacza to, że podwyższone wyniki PK mogą się pojawiać u pacjentów z różnych grup klinicznych. Szczególnie dotyczy to osób zgłaszających większą liczbę symptomów nieprzystosowania psychicznego i stresu (Lyons i Wheeler-Cox, 1999).

Konkludując, system urojeniowy negatywnie wpływał na procesy adaptacyjne pacjentki. Podejrzliwość, wrogość, zniekształcanie intencji innych osób oraz nieustępliwa i roszczeniowa postawa istotnie zaburzały jej funkcjonowanie społeczne.

OCENA STAŁYCH PREDYSPOZYCJI PSYCHOPATOLOGICZNYCH OSOBOWOŚCI

Badana uzyskała podwyższony wynik w dwóch z pięciu skal badających psychopatologię osobowości (PSY-5) (tab. 7): w Skali Introwersji/Niskiej Pozytywnej Emocjonalności (INTR = 68T) oraz w Skali Psychotyzmu (PSYC = 65T). Z uwagi na ryzyko błędu pomiaru interpretacja drugiej skali powinna być ostrożna (wynik graniczny). Skale PSYC-5 są modelem różnic indywidualnych istotnych dla funkcjonowania adaptacyjnego badanych w populacjach zarówno klinicznych, jak i nieklinicznych. Skala PSYC odzwierciedla bardziej dyspozycję do oderwania się od rzeczywistości aniżeli konkretną jednostkę chorobową (Harkness *et al.*, 2012); obejmuje niepodzielane przez innych przekonania,

Skrót i nazwa skali	Wynik T
AGGR – Skala Agresywności	51T
PSYC – Skala Psychotyzmu	65T
DISC – Skala Braku Zahamowań	52T
NEGE – Skala Negatywnej Emocjonalności/Neurotyczności	60T
INTR – Skala Introwersji/Niskiej Pozytywnej Emocjonalności	68T

Tab. 7. Wyniki przeliczone skal psychopatologii osobowości (PSYC-5)

rzadko spotykane doznania percepcyjne i sensoryczne, a także poczucie wyobcowania i nierealistyczne poczucie krzywdy (Graham, 2015). Skala INTR odzwierciedla z kolei dyspozycję afektywną w kierunku introwersji, pesymizmu i obniżonej gotowości do przeżywania przyjemności (Graham, 2015). Wynik w Skali Siły Ego (Es = 44T) nie dostarczył możliwości interpretacyjnych. Istotna była ocena determinantów osobowościowych, m.in. nastawienia buntowniczego (Skala Odchyleń Psychopatycznych) i orientacji paranoidalnej, rozumianej jako nieufność, wrogość, kłótniowość i skłonność do obwiniania innych za swoje trudności (Skala Paranoi), w kontekście wywiadu psychologicznego. Wyniki skal PSY-5 odnoszą się do trwałych cech osobowości, stąd powinny być stosunkowo stabilne w czasie. Trudno różnicować, w jakim zakresie wyniki odzwierciedlają wyściową psychopatologię osobowości, a w jakim pozostają wtórne względem zmian osobowości w przebiegu długotrwałego procesu urojeniowego. Pomocny był tu wywiad diagnostyczny oceniający funkcjonowanie pacjentki od okresu wczesnej dorosłości do czasu wystąpienia zaburzenia urojeniowego.

REFLEKSJE I REKOMENDACJE PRAKTYCZNE

Ocena użyteczności MMPI-2 jako narzędzia diagnostycznego

W zakresie diagnozy różnicowej i nozologicznej wywiad psychologiczny wraz z analizą profilu MMPI-2 przyczyniły się do potwierdzenia hipotezy o przewlekłym i utrwalonym procesie urojeniowym, a nie przejściowej reakcji paranoicznej. Najbardziej użyteczne w identyfikacji objawów urojeniowych okazały się strategia interpretacyjna polegająca na integrowaniu wyników skal klinicznych i ich składowych w kontekście zrestrukturyzowanych skal klinicznych (RC) oraz analiza skal treściowych badających objawy psychotyczne. Zaprezentowana w artykule interpretacja MMPI-2 wspiera założenie o zasadności formułowania hipotez diagnostycznych na podstawie całościowej interpretacji profilu, nie zaś pojedynczych skal, a następnie weryfikowania hipotez na podstawie danych z wywiadu psychologicznego i obserwacji. Pacjentka otrzymała wysokie wyniki zarówno w Skali Klinicznej Paranoi (Pa), jak i w Zrestrukturyzowanej Skali Klinicznej Myśli Prześladowczych (RC6). Uzyskana konfiguracja profilu odzwierciedlała aktywny system urojeniowy, a nie tylko cechy osobowości. Wysoki

wynik w Skali Klinicznej Odchyleń Psychopatycznych (Pd) był charakterystyczny zarówno dla buntowniczości badanej, identyfikowanej przez nią od wczesnej dorosłości, jak i dla prowadzonej przez pacjentkę psychotycznej walki z otoczeniem. Składowe Pd potwierdzały problemy społeczne, alienację, uwarunkowane zaburzeniami osobowości oraz procesem urojeniowym. W obszarze diagnozy epigenetycznej badanie psychologiczne dostarczyło danych na temat potencjalnych korelatów sytuacyjnych i osobowościowych zaburzeń urojeniowych. Nie jest jasne, w jaki sposób przewlekły proces urojeniowy wpływał w okresie diagnozy na osobowość pacjentki. Analizując dane jakościowe z wywiadu psychologicznego i dane z analizy MMPI-2, można hipotetycznie zrekonstruować, jak zaburzenia osobowości ujawnione we wczesnej młodości stały się w wieku średnim, pod wpływem nawarstwiających się niepowodzeń życiowych, matrycą zaburzeń urojeniowych. Jedną z proponowanych psychologicznych interpretacji rozwoju psychozy urojeniowej sugeruje, że kolejne niepowodzenia edukacyjne i relacyjne w drugiej połowie życia aktywowały urojeniowy system obronny, za pomocą prymitywnej projekcji lokujący przyczyny niepowodzeń w prześladowających czynnikach zewnętrznych.

Refleksje nad rolą sojuszu diagnostycznego z pacjentem urojeniowym

Mając na względzie zasygnalizowane w artykule problemy związane ze współpracą z pacjentami z uporczywymi zaburzeniami urojeniowymi, za kluczowe w procesie diagnozy uważamy nawiązanie dobrego sojuszu diagnostycznego. Sojusz diagnostyczny z pacjentem urojeniowym jest zależny od wielu czynników, których identyfikacja wymaga dalszych badań klinicznych w omawianej grupie diagnostycznej. W ocenie autorów wdrożenie leku neuroleptycznego wsparło diagnozę psychologiczną. Stabilizacja emocjonalna badanej sprzyjała nawiązaniu relacji i zastosowaniu metod psychometrycznych, a utrwalone objawy urojeniowe znalazły odzwierciedlenie w profilu MMPI-2. Omówienie wyników badania psychologicznego z pacjentką stanowiło podstawę diagnozy prospektywnej oraz sprzyjało budowaniu relacji, niezbędnej w dalszym procesie leczenia. Pacjentka zaczęła rozważać podjęcie psychoterapii ukierunkowanej na regulację emocji. Biorąc pod uwagę istotę uporczywego zaburzenia urojeniowego, dostrzeżenie źródeł części problematyki objawowej w sobie miało walor terapeutyczny (Gabbard, 2009).

Analiza zaprezentowanego studium przypadku i doświadczenia praktyczne autorów sugerują, że testy psychologiczne w grupie pacjentów urojeniowych warto wykonywać po nawiązaniu współpracy z badanym poprzez zastosowanie metod jakościowych, przykładowo swobodnego lub ustrukturyzowanego wywiadu na temat objawów psychopatologicznych. Następnie stopniowo przechodzi się do zebrania pełnego wywiadu psychologicznego wraz z rekonstrukcją linii anamnestycznej. Bardzo ważne jest otwarte omówienie

z pacjentem celu badania testami psychologicznymi. Zgodnie z literaturą przedmiotu w kontakcie z pacjentem urojeniowym warto w trakcie diagnozy klinicznej unikać budzenia dalszych podejrzeń oraz starać się, aby badany zachował poczucie kontroli (Gabbard, 2009). MMPI-2 proponujemy stosować pod koniec procesu diagnostycznego, z pozostawieniem czasu na wspólne omówienie wyników. W naszej ocenie daje to realną szansę na zmniejszenie lęku prześladowczego i związanego z nim oporu przed badaniem testowym. Dotyczy to również sposobu rozmowy na temat objawów zaburzeń osobowości i urojeń. W przedstawionym przypadku przyjmowanie neutralnej, empatycznej, ale klarownej postawy sprzyjało łagodzeniu lęku pacjentki przed odsłonięciem się. Nasze obserwacje kliniczne wskazują, że obok urojeniowych zniekształceń interpretacyjnych dokonywanych przez wskazaną grupę kliniczną część relacjonowanych wydarzeń jest rzeczywista i powstaje w odpowiedzi na – psychotyczne lub inne – nieprawidłowe zachowania pacjentów. Nieuwzględnienie powyższych czynników i sygnalizowanych zmiennych relacyjnych może osłabiać sojusz diagnostyczny oraz nasilać zarówno poczucie krzywdy czy niesprawiedliwości, jak i psychotyczny opór w badaniu.

Konflikt interesów

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

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: AZJ. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: AZJ. Analiza i interpretacja danych: AZJ, BI. Napisanie artykułu: AZJ. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: BI. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: BI.

Piśmiennictwo

- Baer RA, Miller J: Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: a meta-analytic review. *Psychol Assess* 2002; 14: 16–26.
- Butcher JN, Atlis MM, Hahn J: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). In: Hilsenroth MJ, Segal DL (eds.): *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Vol. 2. Personality Assessment. John Wiley & Sons, Inc., 2004: 30–38.
- 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.
- Dahlstrom WG, Lachar D, Dahlstrom LE et al.: *MMPI Patterns of American Minorities*. University of Minnesota Press, Minneapolis 1986.
- Gabbard GO: *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009: 361–371.
- Galecki P (ed.): *Badanie stanu psychicznego – rozpoznania według ICD-11*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2022: 16–19, 81–86.
- Galecki P, Szulc A: *Psychiatria*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018: 180–182.
- Graham JR: *MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2015.
- 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.
- Hoelzle JB, Meyer GJ: The factor structure of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales. *J Pers Assess* 2008; 90: 443–455.
- Kernberg OF: Borderline personality disorder and borderline personality organization: psychopathology and psychotherapy. In: Magnavita JJ (ed.): *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. John Wiley & Sons, Inc., New Jersey 2005: 92–119.
- Levak RW, Siegel L, Nichols DS et al.: *Therapeutic Feedback with the MMPI-2: A Positive Psychology Approach*. Routledge/Taylor & Francis Group, New York 2011.
- Lingiardi V, McWilliams N (eds.): *PDM-2. Podręcznik diagnozy psychodynamicznej*. Vol. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019: 216–218.
- Lyons JA, Wheeler-Cox T: MMPI, MMPI-2 and PTSD: overview of scores, scales, and profiles. *J Trauma Stress* 1999; 12: 175–183.
- Matkowski M: *MMPI. Badanie – opracowanie – interpretacja*. Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości, Poznań 1992.
- Meyer RG, Weaver CM: *The Clinician's Handbook: Integrated Diagnostics, Assessment, and Intervention in Adult and Adolescent Psychopathology*. 5th ed., Waveland Press, Inc., 2007: 57–62.
- Morrison J: *DSM-5* bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016: 98–102.
- Reed GM, First MB, Kogan CS et al.: Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019; 18: 3–19.
- Smith SR, Hilsenroth MJ, Castlebury FD et al.: The clinical utility of the MMPI-2 Antisocial Practices Content Scale. *J Pers Disord* 1999; 13: 385–393.
- Soroko E: Paranoiczne zaburzenie osobowości. In: Cierpiąłkowska L, Soroko E: *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Wydawnictwo Naukowe UAM, 2017: 96–117.
- Soroko E, Cierpiąłkowska L: Jakość diagnozy klinicznej i jej uwarunkowania. In: Cierpiąłkowska L, Sęk H (eds.): *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020: 265–277.
- Tellegen A, Ben-Porath YS, McNulty JL et al.: *The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales: Development, Validation, and Interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis 2003.
- Wciórka J, Pużyński S: Diagnostyka psychiatryczna. In: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J (eds.): *Psychiatria*. Vol. I. Podstawy psychiatrii. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2010: 414–424.
- Wetzler S, Khadivi A, Moser RK: The use of the MMPI-2 for the assessment of depressive and psychotic disorders. *Assessment* 1998; 5: 249–261.
- 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>.