

ZASTOSOWANIE POLSKIEJ ADAPTACJI KWESTIONARIUSZA MMPI-2 W DIAGNOSTYCE I MONITOROWANIU SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI NERWICOWYMI I OSOBOWOŚCI

APPLICABILITY OF POLISH ADAPTATION OF MMPI-2 QUESTIONNAIRE IN DIAGNOSIS AND MONITORING OF PSYCHOTHERAPY EFFECTIVENESS OF PATIENTS WITH NEUROTIC AND PERSONALITY DISORDERS

Katedra Psychoterapii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

**neurotic disorders
MMPI-2 questionnaire
psychotherapy effec-
tiveness**

Artykuł opisuje przeprowadzenie pionierskiego w Polsce badania z zastosowaniem nowej polskiej wersji Minnesockiego Wielowymiarowego Kwestionariusza Osobowości. Okazał się on użytecznym narzędziem w monitorowaniu procesu psychoterapii pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości, co wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia planowania follow-up i badań międzyśrodkowych.

Summary: Development by the Psychological Test Laboratory of the Polish Psychological Association the first fully standardized version of the questionnaire MMPI-2 has opened the possibility of conducting with its use pioneering research in the clinical context in Polish population of patients with neurotic and personality disorders.

The conducted research has shown that in the majority of patients eligible for treatment for neurotic and personality disorders in measurement obtained at the beginning of therapy the results indicating neurotic symptoms and disturbance of personality functioning are significantly higher than in the healthy population. Polish version of the MMPI-2 proved to be in this respect a useful tool in the diagnosis of neurotic and personality disorders.

As a result of group psychotherapy with elements of individual psychotherapy in most patients profound reduction in the level of neurotic symptoms as well as deep positive change in personality functioning have been observed.

Application of the new Polish version of MMPI-2 proved to be useful in monitoring the psychotherapy process of patients suffering from neurotic disorders and personality disorders, which seems to be particularly important from the point of view of planning the follow-up and multi-center research.

Historia powstania MMPI-2

Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości (MMPI) od lat jest najpopularniejszy wśród wszystkich kwestionariuszowych metod badania osobowości [1]. Po raz pierwszy opublikowany został w 1943 roku w wyniku wieloletnich prac prowadzonych w Zespole Klinik Uniwersytetu Minnesockiego przez dr. Starke Hathwaya i lek. med. J. Charnleya McKinleya [2, 3]. W konstrukcji pierwszych skal MMPI — skal klinicznych

— wykorzystane zostało podejście oparte na kluczu empirycznym, w którym znaczenie odpowiedzi na pojedyncze pozycje testu traktuje się jako nieznane, a dla zidentyfikowania pozycji różniących grupy kryterialne stosuje się empiryczną analizę pozycji [4]. W celu zminimalizowania błędnej interpretacji klinicznej wyników, wynikającej z tendencji do fałszowania i zniekształcania, a często pojawiającej się w inwentarzach samoopisowych, badacze stworzyli także skale kontrolne. Zastosowanie pierwszej wersji testu w diagnostyce i licznych badaniach naukowych pozwoliło w latach 60. i 70. na modyfikację i udoskonalanie właściwości psychometrycznych narzędzia oraz stopniowe tworzenie adekwatnych standardów interpretacji uzyskiwanych wyników [5].

Mimo szerokiego wykorzystywania narzędzia w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, jak i w badaniach naukowych [6–11], zgłaszane były różne zastrzeżenia dotyczące jego standaryzacji i normalizacji, a także aspektów językowych i kulturowych.

W związku z tym w latach 80. XX wieku przeprowadzono prace mające na celu przygotowanie zrewidowanej, znormalizowanej dla populacji Stanów Zjednoczonych wersji kwestionariusza. Równoległe dostosowano narzędzie do różnych warunków geograficznych, aby zapewnić możliwość adekwatnego stosowania i porównywania wyników MMPI-2 w kontekście międzynarodowym. W zmodyfikowanej wersji poszczególne skale potraktowano jako niewiadome i ustalono ich korelaty. Osobie uzyskującej określony wynik w danej skali przypisuje się cechy i zachowania, które stwierdzono we wcześniejszych badaniach u innych osób z podobnymi wynikami w tej skali [3]. Znacząco zwiększona została także liczba skal, a istniejące zostały zrewidowane, w efekcie czego powstały między innymi Zrestrukturyowane Skale Kliniczne (RC) [12]. Dalsze prace nad kwestionariuszem zaowocowały stworzeniem zrestrukturyzowanej wersji MMPI-2RF [13], a także wersji dla nastolatków MMPI-A [14].

Aktualnie MMPI-2 jest najczęściej stosowanym na świecie testem osobowości i drugim po WAIS-R najczęściej stosowanym spośród wszystkich testów [15]. Przegląd literatury wskazuje na istnienie ponad 2000 publikacji przygotowanych z jego zastosowaniem, głównie w naukach medycznych, społecznych i humanistycznych [3, 16–17] oraz w kontekście sądowniczym [18, 19].

Polska normalizacja MMPI-2

Historia prac nad adaptacją narzędzia dla polskiej populacji sięga lat 50. XX wieku. Niezwykle istotne w tym zakresie stały się prace Chojnowskiego, który przyczynił się do powstania pierwszej polskiej wersji WISKAD-MMPI [20], a także zespołu prowadzonego pod kierunkiem Paluchowskiego [21]. Wiodącą rolę w rozpowszechnieniu kwestionariusza w Polsce miały opracowania Matkowskiego [1] oraz Kucharskiego [22–26]. W tym czasie pojawiły się także pierwsze krajowe publikacje naukowe przygotowane z zastosowaniem MMPI [27].

Dopiero jednak w listopadzie 2012 roku Polska Pracownia Testów Psychologicznych zakończyła opracowywanie, w oparciu o międzynarodowe standardy oraz zobowiązania wynikające z umowy licencyjnej z Minnesota University Press, w pełni standaryzowanej i znormalizowanej dla polskiej populacji wersji MMPI-2. Pełna procedura obejmowała opracowanie polskiej wersji językowej z zastosowaniem metody back-translation do-

konanej w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, przeprowadzenie badań pilotażowych, normalizacyjnych i walidacyjnych oraz adaptacji skal kontrolnych [5].

Aktualna najnowsza, znormalizowana polska wersja kwestionariusza MMPI-2 zawiera skale kontrolne: Nie wiem, Skalę Niespójności Odpowiedzi Niezgodnych (VRIN), Skalę Niespójności Odpowiedzi Zgodnych (TRIN), Skalę Odpowiedzi Rzadkich (F), Skalę Odpowiedzi Rzadkich dla dalszej części testu (Fb), Skalę Odpowiedzi Rzadkich dotyczącą objawów psychopatologicznych (Fp), Skalę Wyolbrzymiania Symptomów (FBS) oraz miary obronności — Skalę Kłamstwa (L), Korekcyjną (K) i Pozytywnej Autoprezentacji (S); i umożliwia diagnozę funkcjonowania osoby badanej w ponad 100 wymiarach, ocenianych za pomocą:

- 10 skal klinicznych — Hipochondria (Hs), Depresja (D), Histeria (Hy), Odchylenie Psychopatyczne (Pd), Męskość/Kobiecość (Mf), Paranoja (Pa), Psychastenia (Pt), Schizofrenia (Sc), Hipomania (Ma), Introwersja Społeczna (Si);
- 31 podskal klinicznych;
- 9 zrestrukturyzowanych skal klinicznych (RC): Zniechęcenia (dem), Skarg Somatycznych (som), Niedostatku Emocji Pozytywnych (lpe), Cynizmu (cyn), Zachowań Antyspołecznych (asb), Myśli Prześladowczych (per), Dysfunkcyjnych Negatywnych Emocji (dne), Nietypowych Przeżyć (ebx), Pobudzenia Hipomaniakalnego (hpm);
- 5 skal psychopatologii osobowości (PSY-5);
- skal treściowych: Uogólnionego Niepokoju (ANX), Lęków (FRS), Obsesyjności (OBS), Depresji (DEP), Troski o Zdrowie (HEA), Dziwacznego Myślenia (BIZ), Złości (ANG), Cynizmu (CYN), Postaw i Zachowań Antyspołecznych (ASP), Typu Zachowania A (TPA), Niskiej Samooceny (LSE), Dyskomfortu Społecznego (SOD), Problemów Rodziny (FAM), Zakłóceń w Pracy (WRK), Wskaźników Negatywnego Nastawienia wobec Terapii (TRT);
- 27 składowych skal treściowych;
- skal dodatkowych: Niepokoju (A), Represji (R), Siły Ego (Es), Dominacji (Do), Odpowiedzialności Społecznej (Re), Nieprzystosowania do Szkoły (Mt), Zespołu Stresu Pourazowego (PK), Dyssatisfakcji Małżeńskiej (MDS), Wrogości (Ho), Nadmiernego Kontrolowania Wrogości (O-H), Zrewidowanej Skali Alkoholizmu MacAndrew (MAC-R), Skali Przyznawania się do Uzależnienia (AAS), Potencjalnego Uzależnienia (APS), Roli Związanej z Płcią Męską (GM) i Roli Związanej z Płcią Żeńską (GF), oraz tzw. Podskal-Subtelnych-Oczywistych [3, 5].

Pierwsze w Polsce badanie skuteczności psychoterapii z zastosowaniem MMPI-2 w populacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości

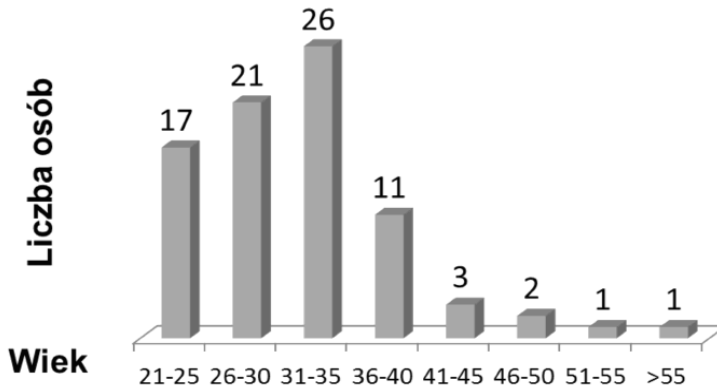
Opracowanie przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego pierwszej w pełni znormalizowanej wersji kwestionariusza MMPI-2 umożliwiło przeprowadzenie z jego zastosowaniem pionierskiego w Polsce badania w kontekście klinicznym w populacji pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Inspiracją do realizacji projektu z zastosowaniem kwestionariusza MMPI-2 były wcześniejsze badania skuteczności psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwi-

cowymi i osobowości prowadzone przez Aleksandrowicza i wsp. [28–32] oraz badania Rutkowskiego i wsp. [27, 33] dotyczące zaburzeń pourazowych (PTSD) i związanych z nimi dysfunkcji osobowości ofiar prześladowań politycznych.

Plan badawczy obejmował wprowadzenie MMPI-2 do procesu diagnostyki i monitorowania leczenia pacjentów na Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych Zakładu Psychoterapii SU w Krakowie w modelu pre-post od momentu pełnej jego normalizacji. Projekt badawczy oparto o wieloletnie doświadczenia związane z badaniem skuteczności psychoterapii podejmowane w minionych latach w Katedrze Psychoterapii UJ CM m.in. przez Aleksandrowicza, Sobańskiego, Bierzyńskiego, Stolarską, Mielimąkę, Murzyn-Białas, Citkowską-Kisielewską i in. [28–32, 34–36].

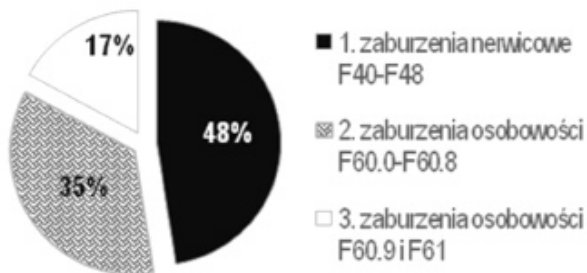
Towarzysząca tym badaniom dyskusja merytoryczna i konfrontacja z różnorodnymi trudnościami, a także rodzące się nowe pytania i dylematy dotyczące sposobu prowadzenia badań zaowocowały wypracowaniem modelu, w którym analizie poddaje się zarówno poziom objawów neurotycznych, jak i funkcjonowanie osobowości pacjentów. W oparciu o teorię osobowości w podejściu funkcjonalnym zdecydowano się w pierwszej fazie badań na analizę skal klinicznych, skali męskość — kobiecość oraz skali siły ego, a także skal zrestrukturyzowanych. Uzyskane wyniki badania odniesiono do prowadzonych równoległe w Katedrze Psychoterapii UJ CM badań, także retrospektywnych, w których zastosowano Kwestionariusz Objawowy KO „O” oraz Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006 [37, 38].

Do badania włączono 82 pacjentów (61 kobiet i 21 mężczyzn) uczestniczących w psychoterapii na Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych od września 2013 r. do kwietnia 2014 r., co stanowiło 72% wszystkich osób leczonych w tym okresie na oddziale (rys. 1).



Rys. 1 Rozkład wieku w badanej grupie (n = 82, K= 61, M = 21).

Pozostałe 28% nie zostało włączonych do badania ze względu na niekompletne uzupełnienie testów (21%) lub przedwczesne zakończenie leczenia (drop-out) — 7 % [39, 40] (rys. 2).



Rys. 2. Rozpoznania w badanej grupie (n = 82)

Do badania nie kwalifikowano pacjentów, u których w procesie diagnostycznym [41–44] stwierdzono podłoże somatyczne zgłaszanych objawów, zmiany organiczne OUN, zaburzenia psychiatryczne, czynne uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, wysokie ryzyko samobójstwa. Wykluczono również pacjentów, którzy przerwali leczenie przed jego planowym zakończeniem lub nie wyrazili zgody na udział w badaniu [39, 40].

74% grupy badanej stanowiły kobiety, 26% mężczyźni. Średnia wieku wynosiła 31,5 roku (min. 21; maks. 56; odch. standard 6,9). U 48% pacjentów w grupie badanej w trakcie postępowania kwalifikacyjnego do leczenia zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe (F40–F48) jako rozpoznanie podstawowe, zaś u 52% badanych — zaburzenia osobowości F6 (F60, F61), zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 [45].

Każda osoba włączona do grupy badanej uczestniczyła w intensywnej psychodynamicznej psychoterapii grupowej [37–41]. Czas leczenia pacjentów wynosił najczęściej 12 tygodni. W uzasadnianych względami merytorycznymi przypadkach terapia była przedłużana do 14 tygodni lub skracana (np. w sytuacjach zdarzeń losowych uniemożliwiających pozostanie pacjenta w leczeniu przez pełnych 12 tygodni). Szczegółowy opis psychoterapii zawarty jest w publikacjach [37-40, 46-48].

Wyniki badań przeprowadzonych z zastosowaniem kwestionariusza MMPI-2 zostały opublikowane w czasopiśmie *Psychiatria Polska* [39, 40] i przedstawione na licznych zjazdach krajowych i międzynarodowych. Zbiorczo przedstawione zostały w Tab.1. Stały się one także przedmiotem prac doktorskich [39, 40, 47]. Jednocześnie przygotowywane są do publikacji opisy kolejnych analiz oraz badania follow-up.

Dyskusja

Analiza danych z badań retrospektywnych z zastosowaniem kwestionariuszy KON-2006 i KO „O” [37, 38], jak i z zastosowaniem kwestionariusza MMPI-2 stanowi istotny wkład w badania nad skutecznością psychoterapii. Zastosowanie kwestionariusza MMPI-2 pozwoliło na uzupełnienie obserwacji mówiących o poprawie objawowej i w zakresie

Tabela 1. Wyniki testu t-Studenta dla grup zależnych oraz wielkości efektu wyrażone współczynnikiem d-Cohena (model pre-post)

SKALA MMPI-2	t	p	d-Cohena
Hipochondria (Hs)	4,47	<0,01	0,99
Depresja (D)	5,35	<0,01	1,18
Histeria (Hy)	3,55	<0,01	0,78
Odchylenie Psychopat. (Pd)	2,01	<0,05	0,44
Paranoja (Pa)	2,74	<0,01	0,60
Psychastenia (Pt)	5,81	<0,01	1,29
Schizofrenia (Sc)	3,52	<0,01	0,78
Hipomania (Ma)	-2,95	<0,01	0,65
Intrawersja Społeczna (Si)	5,49	<0,01	1,22
Męskość/Kobiecość (M/F)	-0,47	0,63	0,10
Siła Ego (ES)	-5,66	<0,01	1,24

dysfunkcji osobowości, ujawnianych pomiarami KO „O” i KON-2006, informacjami o istotnych pozytywnych zmianach w zakresie poczucia własnej wartości, bogatszym repertuarze mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, lepszej zdolności adaptacji do nowych sytuacji i ról życiowych.

Przeprowadzone badania dowiodły, iż u większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w zakresie objawów nerwicowych i zaburzeń funkcjonowania osobowości są istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych. Polska wersja MMPI-2 okazała się w tym zakresie użytecznym narzędziem w diagnostyce zaburzeń nerwicowych i osobowości.

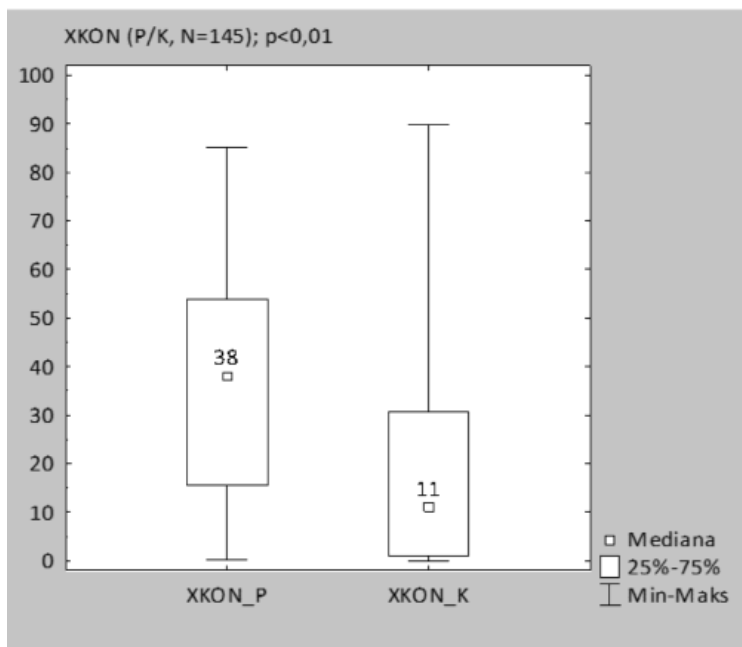
U znaczącej liczby pacjentów zmiana w funkcjonowaniu osobowości, zmierzona przy użyciu kwestionariusza MMPI-2, przejawia się mniejszym zaabsorbowaniem problemami zdrowotnymi, większą dojrzałością, bardziej adekwatną oceną własnych możliwości, mniejszą nadwrażliwością, podejrzliwością i labilnością emocjonalną, zmniejszoną tendencją do rozpamiętywania i przeżywania nadmiernego poczucia winy, a także znacząco mniejszym poziomem napięcia i lęku oraz depresyjności. Korzystne zmiany w funkcjonowaniu osobowości mogą przekładać się na większą zdolność do przeżywania bliskości, nawiązywania relacji interpersonalnych, poczucia wpływu na swoją sytuację życiową oraz czerpania z niej satysfakcji. Stwierdzono także, że w wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej, prowadzonej w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego, u większości pacjentów zaobserwowano wzrost siły ego, co wskazuje, że w wyniku leczenia pacjenci uzyskują znacznie lepszą zdolność ogólnego przystosowania psychologicznego oraz zwiększony repertuar mechanizmów umożliwiających skuteczne radzenie sobie. Zastosowanie kwestionariusza MMPI-2

pozwoili także na stwierdzenie, że częstość uzyskania wyleczenia w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych oraz funkcjonowania osobowości nie różni się istotnie w grupach mężczyzn i kobiet. Pacjentki częściej jednak funkcjonują w tradycyjnych rolach kobiecych, a pacjenci — w opozycji do tradycyjnych ról męskich (choć wciąż w obszarze wyników nie podlegających zdecydowanej interpretacji) zarówno przed, jak i po leczeniu.

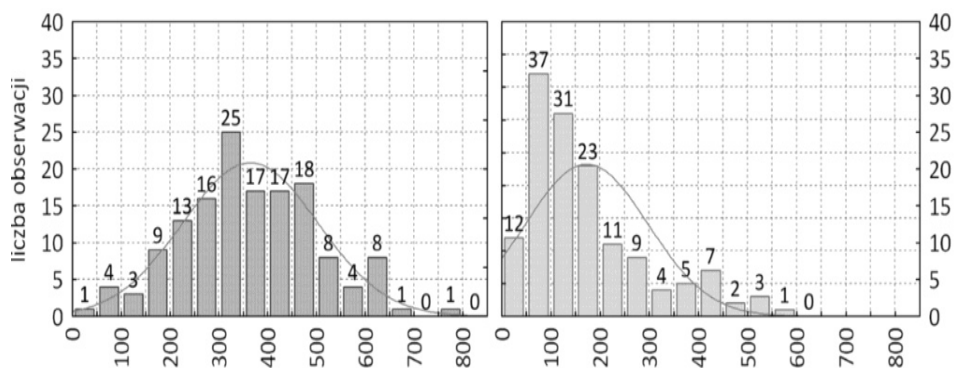
Wyniki badań przeprowadzonych z użyciem nowej, w pełni zaadaptowanej do polskiej populacji wersji kwestionariusza MMPI-2, stanowią cenny wkład w dotychczasowy dorobek badań nad skutecznością psychoterapii. Wskazują na możliwość pogłębionej, wieloobszarowej analizy zmian zachodzących w funkcjonowaniu osobowości w toku psychoterapii zarówno w odniesieniu do zmniejszania się poziomu patologicznych zachowań i przeżywania (na co wskazują skale kliniczne zastosowane w niniejszym badaniu), jak i przeżywania siebie w rolach rodzinnych i społecznych (wyniki potwierdzone przez zmianę w Skali Męskość/Kobiecość), poczucia własnej wartości i skuteczności (skala Siły Ego) i in. Z jednej strony uzyskane w badaniu wyniki spójne są z prowadzonymi w ośrodku w ciągu minionych lat badaniami z użyciem innych narzędzi (m.in. kwestionariusze objawowe, kwestionariusz osobowości nerwicowej KON, kwestionariusz STAI [42–44, 48] – Rys. 3–6, z drugiej zaś otwierają nowy obszar dla pogłębionej eksploracji zmian zachodzących w wyniku psychoterapii nie tylko w zakresie objawów subiektywnie ocenianych przez pacjentów jako bezpośrednio uciążliwe (np. objawy somatyzacyjne, lękowe), ale także w kontekście relacji rodzinnych, satysfakcji z pełnionych ról, poczucia skuteczności, posiadanych zasobów i wielu innych.



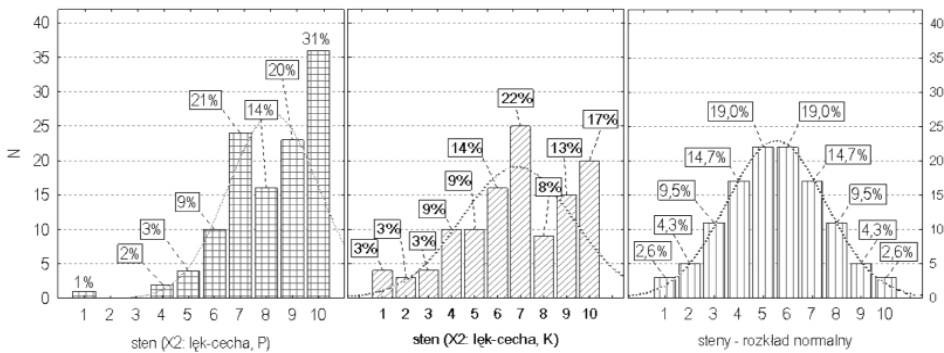
Rys. 3. Wyniki badań z użyciem kwestionariusza KON-2006; lata 2004–2009; 690 pacjentów: 473 kobiety i 217 mężczyzn [38]



Rys. 4. Zmiany nasilenia cech osobowości nerwicowej w toku psychoterapii, pomiary z użyciem kwestionariusza KON-2006, lata 2009–2011; 145 pacjentów: 98 kobiet i 47 mężczyzn [37]



Rys. 5. Zmiany nasilenia objawów nerwicowych w toku psychoterapii, pomiary z użyciem Kwestionariusza Objawowego „O”, lata 2009–2011; 145 pacjentów: 98 kobiet i 47 mężczyzn [46]



P – początek leczenia, K – koniec leczenia

Rys. 6. Zmiany nasilenia lęku-cechy w toku psychoterapii; pomiary z użyciem kwestionariusza STAI; lata 2014–2015, 116 pacjentów: 81 kobiet i 35 mężczyzn [37]

Analiza dostępnej zagranicznej literatury przedmiotu, wskazująca na szerokie zastosowanie kwestionariusza MMPI-2, wciąż uboga jest w doniesienia z zakresu zmian w funkcjonowaniu osobowości uzyskiwanych w wyniku psychoterapii [49–53], co stanowi dodatkową przesłankę do kontynuacji badań w tym zakresie. Co ważniejsze, prowadzone badania w dłuższej perspektywie umożliwią ocenę trwałości uzyskanych zmian. Szersza dyskusja dotycząca wyników w odniesieniu do dostępnej polskiej i międzynarodowej literatury przedmiotu, ograniczenia badań oraz opis dalszych planów badawczych zawarte są w publikacjach autorów [m.in. 37–40, 47].

Podsumowanie

U większości pacjentów zakwalifikowanych do terapii z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości uzyskane w pomiarze na początku terapii wyniki w zakresie objawów nerwicowych i zaburzeń funkcjonowania osobowości są istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych w populacji osób zdrowych. W wyniku zastosowania psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u większości pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości obserwuje się zarówno zmniejszenie poziomu objawów nerwicowych i cech osobowości nerwicowej, jak i korzystną zmianę w funkcjonowaniu osobowości. W wyniku zastosowania psychoterapii u większości pacjentów obserwuje się wzrost siły ego. Częstość wyleczenia w zakresie objawów zaburzeń nerwicowych oraz funkcjonowania osobowości nie różni się istotnie w grupach mężczyzn i kobiet. Zastosowanie nowej polskiej wersji Minnesockiego Wielowymiarowego Kwestionariusza Osobowości okazało się użyteczne w diagnostyce i monitorowaniu procesu psychoterapii pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości, co wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia planowania badań follow-up i badań międzyośrodkowych. Przeprowadzone badanie pozwoliło także na potwierdzenie, iż intensywna krótkoterminowa psychoterapia grupowa jest skuteczną, godną zalecenia

metodą leczenia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń osobowości zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, prowadzącą u większości pacjentów do wieloobszarowej, głębokiej, korzystnej zmiany w funkcjonowaniu osobowości.

Piśmiennictwo

1. Matkowski M. MMPI: badanie — opracowanie — interpretacja. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości; 1992.
2. Hathaway SR, McKinley JC. Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York: Psychological Corporation; 1943.
3. Schiele BC, Baker AB, Hathaway SR. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *J. Lancet* 1943; 63: 292–297.
4. Graham Jr. MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2015.
5. Brzezińska U, Koć-Januchta M. Normalizacja: Stańczak J. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2 – MMPI®-2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2012.
6. Baer RA, Miller J. Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: a meta-analytic review. *Psychol. Assess.* 2002; 14(1):16–26.
7. Gordon RM. MMPI/MMPI-2 changes in long-term psychoanalytic psychotherapy. *Issues Psychoanal. Psychol.* 2001; 23(1–2): 59–79.
8. Chisholm SM, Crowther JH, Ben-Porath YS. Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *J. Pers. Assess.* 1997; 69(1): 127–144.
9. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1989.
10. Buchanan, Roderick D. The development of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *J. History Beh. Sci.* 1994; 30 (2): 148–161.
11. Graham JR. MMPI-2. Assessing personality and psychopathology. Oxford; 2011.
12. Tellegen A, Ben-Porath YS, McNulty JL, Arbisi PA, Graham JR, Kaemmer B. The MMPI-2 restructured clinical scales: development, validation, and interpretation. Minneapolis, MN. An MMPI handbook: Vol. I. Clinical interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2003.
13. Pop-Jordanova N. MMPI for personality characteristics of patients with different diseases. *Prilozi* 2015; 36(1): 153–164.
14. Butcher JN, Williams CL, Graham JR, Archer RP, Tellegen A, Ben-Porath YS, Kaemmer B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent Version (MMPI-A): Manual for administration, scoring and interpretation. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1992.
15. Camara W, Nathan J, Puente A. Psychological test usage: Implications in professional use. *Prof. Psychol. Res. Prac.* 2000; 31: 141–154.
16. Graham Jr, Ben-Porath YS, McNulty JL. MMPI-2 correlates for outpatient mental health settings. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1999.
17. Poston JM, Hanson WE. Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychol. Asses.* 2010; 22: 203–212.
18. Sellbom M, Ben-Porath YS. Forensic applications of the MMPI. W: Archer RP, red. Forensic uses of clinical assessment instruments. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2006, 19–55.
19. Veltri CO, Graham JR, Sellbom M, Ben-Porath YS, Forbey JD, O'Connell C, Rogers R, White RS. *J. Pers. Assess.* 2009; 91(3):288–300.

20. Płużek Z. Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej, Lublin, KUL; 1971.
21. Paluchowski J, red. Stosowanie i interpretacja Kwestionariusza MMPI. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Laboratorium Technik Diagnostycznych; 1985.
22. Kucharski T, Gomuła J. Wprowadzenie do kwestionariusza MMPI-2. Toruń: Prac. Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości; 1998.
23. Kucharski T. Sposoby przeprowadzania interpretacji wyników w kwestionariuszu MMPI. Toruń: Tomasz Kucharski; 1999.
24. Kucharski T. Nowe metody analizy danych kwestionariuszowych wykorzystywanych w psychologii klinicznej: zastosowanie Wielowymiarowego Kwestionariusza Osobowości MMPI-WISKAD i podejścia aktuaryjno-regulowego do klasyfikacji wybranych zaburzeń psychicznych. Toruń: Adam Marszałek; 2000.
25. Kucharski T. Wybrane zagadnienia związane z wykorzystywaniem kwestionariuszy MMPI-2 i MMPI-A oraz wspomaganie komputerowego. Toruń: Tomasz Kucharski; 2002.
26. Kucharski T. Materiały źródłowe do kwestionariusza MMPI-2. Centrum Psychologii Klinicznej i Rozwoju Osobowości Zawodowej w Toruniu. Toruń: Tomasz Kucharski; 2003.
27. Rutkowski K. Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie. Kraków: Polska Akademia Nauk – Oddział w Krakowie; 2006.
28. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. Ocena skuteczności terapii nerwic. *Psychoter.* 1984; 51: 15–27.
29. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic. *Psychoter.* 1986; 58: 6–16.
30. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16 PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic. *Psychoter.* 1985; 52: 47–60.
31. Sobański JA. Krótka refleksja nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju. *Psychoter.* 1998; 105(2): 13–27.
32. Aleksandrowicz JW, Czabała JC. Podstawy psychoterapii. Rozdział 1.3.1. tom. III podręcznika: *Psychiatria* red. Wciórka J, Puzyński S, Rybakowski J. Wyd. Elsevier Urban & Partner. 2012, s. 256–268.
33. Walczewska J, Rutkowski K, Cwynar M, Wizner B, Grodzicki T. Comprehensive geriatric evaluation in former Siberian deportees with post-traumatic stress disorder (PTSD). *Am. J. Geriatr. Psychiatr.* 2014; 22 (8): 820–828.
34. Mielimąka M. Wsparcie społeczne osób leczonych psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. Wydział Lekarski UJ CM, Kraków 2012, praca doktorska, promotor: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski.
35. Murzyn A. Doświadczenie wczesnodziecięcej traumy jako predyktor wyniku leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości. Wydział Lekarski UJ CM, Kraków 2013, praca doktorska, promotor: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski.
36. Ciłkowska-Kisielewska A. Struktura zespołu objawowego w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym i w zaburzeniach lękowych. Wydział Lekarski UJ CM, Kraków 2006, praca doktorska, promotor: prof. dr hab. n. med. Jerzy W. Aleksandrowicz.
37. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. iwsp. Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 29–48.
38. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Mielimąka M, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. iwsp. Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestio-

- nariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006. *Psychiatr. Pol.* 2014. *Psychiatr. Pol.* ONLINE FIRST Nr 6.
39. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M i wsp. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders subject to treatment with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr Pol.* 2015. ONLINE FIRST nr 16.
 40. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M i wsp. Changes in personality functioning as a result of group psychotherapy with elements of individual psychotherapy in persons with neurotic and personality disorders-MMPI-2. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(1): 105–126.
 41. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic. *PIP* 2011; 7(4): 20–34.
 42. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 6: 667–676.
 43. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41(6): 759–778.
 44. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2009; 11(1): 21–29.
 45. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. IPiN; 2000.
 46. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psych. Pol.* 1994; 28(4): 421–430.
 47. Cyranka K. Zmiany w funkcjonowaniu osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości. Pracę wykonano w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Promotor: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski, prof. UJ.
 48. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Lęk-cecha i lęk-stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatr. Pol.* ONLINE FIRST nr 36.
 49. Hershenberg R, Drabick DAG, Vivian D. An opportunity to bridge the gap between clinical research and clinical practice: Implications for clinical training. *Psychother.* 2012; 49(2): 123–134.
 50. Perry JC, Banon E, Lanni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am. J. Psychiatry* 1999; 156: 1312–1321.
 51. Wilberg T, Karterud S. The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 2001; 14: 125–129.
 52. Shean GD. Some limitations on the external validity of psychotherapy efficacy studies and suggestions for future research. *Am. J. Psychother.* 2012; 66(3): 227–242.
 53. Chisholm SM, Crowther JH, Ben-Porath YS. Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *J. Pers. Assess.* 1997; 69(1): 127–144.

Adres: katarzyna.cyranka@interia.pl