UNIWERSYTET VIZJA

DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA

Ćwiczenie laboratoryjne nr 3

Kwestionariusze osobowości w praktyce diagnostycznej:

NEO-PI-R, MMPI-2 – interpretacja profili i integracja danych

Model Wielkiej Piątki | NEO-PI-R | MMPI-2 | Skale kontrolne | Profil kliniczny

ĆWICZENIE 1 - ĆWICZENIE 2 - ĆWICZENIE 3 - ĆWICZENIE 4 - ĆWICZENIE 5

dr inż. Mateusz Pomianek

Przedmiot:	Diagnoza psychologiczna
Rok akademicki:	2026/2027
Kierunek / stopień:	Psychologia, rok III
Forma zajęć:	Ćwiczenia
Powiązanie z Lab 1 i 2	Kontynuacja przypadków Marty K. i Tomasza W.; integracja z wywiadem i wynikami WAIS-IV
Materiały	Wszystkie wyniki, profile i dane interpretacyjne zawarte w tej instrukcji
Grupa	
Data	

1. Informacje ogólne o zajęciach

Kwestionariusze osobowości to narzędzia diagnostyczne o szerokim zastosowaniu klinicznym, sądowym i zawodowym. W odróżnieniu od testów inteligencji nie mierzą zdolności, lecz typowe tendencje w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu. Ich siłą jest standaryzacja i możliwość porównania z normą, lecz słabością - wrażliwość na zniekształcenia odpowiedzi (tę słabość próbują częściowo naprawić skale kontrolne MMPI-2).

Na tych zajęciach studenci zapoznają się ze strukturą i interpretacją dwóch kluczowych narzędzi: NEO-PI-R mierzącego cechy osobowości w modelu Wielkiej Piątki oraz MMPI-2 będącego wielowymiarowym inwentarzem psychopatologii z rozbudowanym systemem skal kontrolnych. Kontynuujemy pracę z Martą K. i Tomaszem W. - w ćwiczeniach integrujemy wyniki kwestionariuszy z danymi z wywiadu (Lab 1) i profilu intelektualnego (Lab 2).

Cele kształcenia (KRK)

Wiedza: Student opisuje model Wielkiej Piątki (Big Five) i jego odzwierciedlenie w NEO-PI-R (pięć domen i 30 aspektów); wyjaśnia budowę MMPI-2 (skale kliniczne, skale Harrisa-Lingoes, skale treściowe, skale uzupełniające, restrukturyzowane skale RC) oraz zasady interpretacji skalo-gramowej; definiuje skale kontrolne VRIN, TRIN, F, Fb, Fp, L, K i ich znaczenie kliniczne.

Umiejętności: Student interpretuje profil NEO-PI-R na poziomie domen i aspektów dla konkretnego przypadku klinicznego; ocenia wiarygodność protokołu MMPI-2 na podstawie skalogramu skal kontrolnych; identyfikuje podwyższone skale kliniczne i formułuje hipotezy o ich znaczeniu; integruje wyniki kwestionariuszy z danymi z wywiadu i testów inteligencji.

Kompetencje społeczne: Student rozróżnia opis cech osobowości od etykietowania klinicznego; komunikuje wyniki kwestionariuszy pacjentowi w sposób niepatalogizujący; identyfikuje sytuacje, w których wyniki kwestionariuszy są nieodpowiednie lub wymagają dodatkowej weryfikacji.

1.1. Harmonogram zajęć

Czas	Blok	Aktywność
0–10 min	Wprowadzenie	Powiązanie z Lab 1 i 2; omówienie planu; podział na pary
10–30 min	Wykład interaktywny	Model Wielkiej Piątki i NEO-PI-R; MMPI-2: struktura, skale kontrolne, skale kliniczne; zasady interpretacji
30–60 min	Ćw. 1 (pary)	Interpretacja profilu NEO-PI-R – Przypadek A (Marta K.): domeny, aspekty, obraz kliniczny
60‖68 min	Dyskusja	Porównanie interpretacji między parami; typowe błędy; pytania prowadzącego
68–92 min	Ćw. 2 (pary)	Interpretacja protokołu MMPI-2 – Przypadek B (Tomasz W.): wiarygodność, profil kliniczny, hipotezy
92–112 min	Ćw. 3 (indywidualnie)	Integracja wyników kwestionariuszy z wynikami Lab 1 i Lab 2 – formułowanie opisu osobowości do raportu
112–120 min	Podsumowanie	Dyskusja plenarna; zapowiedź Lab 4 (psychopatologia i klasyfikacja)

2. Podstawy teoretyczne

2.1. Model Wielkiej Piątki (Big Five) i NEO-PI-R

2.1.1. Historia i podstawy modelu

Model Wielkiej Piątki powstał na bazie analizy leksykalnej języka naturalnego (Allport i Odbert, 1936; Cattell, 1943) oraz wielokrotnych analiz czynnikowych (Tupes i Christal, 1961; Norman, 1963). Costa i McCrae (1985, 1992) opracowali jego nowoczesną wersję w postaci kwestionariusza NEO-PI-R (NEO Personality Inventory – Revised), standaryzowanego na dziesiątkach populacji na całym świecie. Polska adaptacja: Zawadzki, Strelau, Szczepański i Śliżewska (1998).

Model zakłada, że pięć wymiarów osobowości – zwanych domenami lub czynnikami – wyczerpuje przestrzeń najważniejszych różnic indywidualnych w zachowaniu człowieka. Każda domena składa się z sześciu aspektów (facets), które precyzują jej znaczenie kliniczne.

2.1.2. Pięć domen NEO-PI-R i ich aspekty

Domena	Skrót	Opis – wysoki wynik (T > 60)	Aspekty (6 skał po 8 pozycji)	Przykładowe powiązania kliniczne
Neurotyczność	N	Podatność na negatywne emocje: lęk, depresja, drażliwość, impulsywność, wrażliwość i napięcie	N1-Lęk, N2-Agresywna wrog., N3-Depresja, N4-Nadm.samoświad., N5-Impulsywność, N6-Wrażliwość na stres	Zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, BPD, somatyzacja
Ekstrawersja	E	Towarzyskość, asertywność, poszukiwanie doznania, pozytywne emocje, aktywność	E1-Serdeczność, E2-Towarzyskość, E3-Asertywność, E4-Aktywność, E5-Poszuk.doz., E6-Pozyt.emocje	Mania (E+++), depresja (E—), lęk społ. (E1—)
Otwarcie na doświadczenia	O	Ciekawość, wyobraźni, wrażliwość estetyczna, skompleksowanie wewn., rozległość zainteresowań	O1-Wyobraźni., O2-Estetyka, O3-Uczucia, O4-Działania, O5-Idee, O6-Wartości	Niskie O – słaba adaptacja terapeutyczna; związki z psychozą (O+++ z dysorganiz.)
Ugodowość	A	Zaufanie, prosłeczność, altruizm, współpraca, skromność, czułość	A1-Zaufanie, A2-Szczerość, A3-Altruizm, A4-Ustępliwość, A5-Skromność, A6-Wrażliwość	Niskie A – osobow. antyspoł. i narcyst.; wysokie A – zależna; A1–– – paranoidalna

Domena	Skrót	Opis – wysoki wynik (T > 60)	Aspekty (6 skał po 8 pozycji)	Przykładowe powiązania kliniczne
Sumienność	C	Kompetencja, porządek, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplina, rozważność	C1-Kompetencja, C2-Porządek, C3-Obowiązek, C4-Dążenie, C5-Autodyscyp., C6-Rozważność	Niskie C – ADHD, osobow. antyspoł.; wysokie C++ z N++ – obsesyjno-kompulsyjna

2.1.3. Skala wyników T i interpretacja poziomowa

NEO-PI-R używa skali T (M = 50, SD = 10) oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Interpretacja poziomowa:

Zakres T	Poziom opisu	Interpretacja
T >= 65	Bardzo wysoki	Wyraźnie zaznaczona cecha; prawdopodobnie stanowi charakterystyczny element funkcjonowania
T 56–65	Wysoki	Cecha wyżej niż przeciętna; zauważalna w zachowaniu
T 45–55	Przeciętny	Cecha typowa dla populacji; nie stanowi wyróżnika
T 35–44	Niski	Cecha poniżej przeciętnej; może być zasobem lub trudnością
T <= 35	Bardzo niski	Silny brak cechy; wyraźnie odbiega od normy populacyjnej

2.2. MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2

2.2.1. Historia i struktura

MMPI (Hathaway i McKinley, 1940) to jeden z najczęściej stosowanych i najbardziej przebadanych kwestionariuszy psychologicznych na świecie. Wersja MMPI-2 (Butcher i in., 1989; polska adaptacja: Brzeziński i in., 2012) zawiera 567 stwierdzeń prawda/fałsz. Kwestionariusz jest wielowymiarowy: zamiast jednego wyniku ogólnego dostarcza profil kilkudziesięciu skal interpretowanych łącznie. Kluczową cechą odróżniającą MMPI-2 od NEO-PI-R jest rozbudowany system skal kontrolnych oceniających wiarygodność protokołu.

2.2.2. Skale kontrolne MMPI-2: ocena wiarygodności

Skale kontrolne należy interpretować ZAWSZE przed przejściem do skal klinicznych. Podwyższone skale kontrolne mogą świadczyć o symulowaniu objawów (malingering), ukrywaniu objawów (defensywność), niespójności odpowiedzi lub błędnym rozumieniu poleceń.

Skala	Pełna nazwa	Wysoki wynik (T > 65) sugeruje...	Niski wynik (T < 40) sugeruje...
?	**Nie wiem** (cannot Say)	Wiele pozycji pominiętych; protokół nieinterpretowalne przy ? > 30	–
VRIN	**Zmienna niespójność odpowiedzi** (Variable Response Inconsistency)	Odpowiedzi losowe lub nieuważne; T > 80 dyskwalifikuje protokół	Spójne, uważne odpowiedzi
TRIN	**Stała niespójność odpowiedzi** (True Response Inconsistency)	Tendencja do odpowiadania Prawda (T > 80) lub Fałsz (T < 20) bez czytania	Spójne odpowiedzi
F	**Rzadkie odpowiedzi** (infrequency)	Nagłaśnianie objawów lub losowe odpowiedzi; związana z symulowaniem	Defensywność lub rzadko zdrowie psychiczne
Fb	**Rzadkie odpowiedzi – tyl. część** (back F)	Narastająca niespójność lub wypalenie pod koniec badania	Spójna uwaga przez cały kwestionariusz

Skala	Pełna nazwa	Wysoki wynik (T > 65) sugeruje...	Niski wynik (T < 40) sugeruje...
Fp	**Rzadkie odpowiedzi w populacji psych**. (F-Psychiatric)	Symulowanie powyżej tego, co typowe nawet dla ciężko chorych (T > 100)	Profil autentyczny nawet przy wysokim F
L	**Kłamstwo** (lie)	Próba przedstawienia się jako nieskazitelna osoba; niski wgląd samokryt.	Gotowość do przyznania własnych wad
K	**Korekcja** (correction)	Wyrafinowana defensywność; ukrywanie trudności; wysokie funkcjonowanie	Przesadna skarga lub brak zasobów ego
S	**Nadrzędne twierdzenia** (superlative Self-Presentation)	Skrajna prezentacja siebie jako bez wad; selekcja zawodowa, sąd	Minimalna motywacja do dobrego wyrażenia

2.2.3. Skale kliniczne MMPI-2

Dziesięć skal klinicznych MMPI-2 było oryginalnie opracowanych empirycznie na podstawie grup klinicznych. Współcześnie rozumiemy je jako wymiary psychopatologii (nie jako diagnozy). Wynik T ≥ 65 = klinicznie podwyższone; T ≥ 80 = znacząco podwyższone.

Nr	Skrót	Pełna nazwa	Treść kliniczna (T >= 65)
1	**Hs**	Hipochondria	Skargi somatyczne bez postaci organicznej; koncentracja na zdrowiu; nierzeczywiste objawy cielesne
2	**D**	Depresja	Nastrój obniżony, brak energii, pesymizm, spowolnienie, myśli depresyjne
3	**Hy**	Histeria konwersyjna	Objawy somatyczne jako wyraz konfliktu emocjonalnego; zaprzeczanie problemom; potrzeba uwagi
4	**Pd**	Psychopatia	Bunt przeciw autorytetom, impulsywność, problemy prawne, trudności rodzinne, egocentryzm
5	**Mf**	Męsko-żeńskość	Zainteresowania i postawy społeczne odbiegające od stereotypu płciowego; wrażliwość estet.
6	**Pa**	Paranoja	Podejrzliwość, ideć odnieśiene, poczucie prześladowania, wróg.
7	**Pt**	Psychastenia	Lęk, natrętne myśli, kompulsje, wrażliwość, napięcie, poczucie nieadekwatności
8	**Sc**	Schizofrenia	Alienacja, dziwaczne doświadczenia, niezwykłe myśli, wycofanie społeczne, dezorganizacja
9	**Ma**	Hipomania	Podwyższona energia, gonitwa myśli, impulsywność, grandiozja, zmniejszona potrzeba snu
0	**Si**	Introwersja społeczna	Wycofanie społeczne, brak swobody w kontaktach, preferowanie samotności

2.2.4. Zasady interpretacji profilu MMPI-2

1. **Krok 1. Ocena wiarygodności:** sprawdź wszystkie skale kontrolne. Jeśli protokół jest nieinterpretowalne (VRIN > 80, TRIN > 80, ? > 30), dalsze kroki są bezcelowe.
2. **Krok 2. Ogólny poziom dystressu:** ile skal klinicznych przekracza T = 65? Jeden lub dwa - wzorzec specyficzny; wiele - rozległy dystress lub symulowanie (por. z skalami kontrolnymi F i Fp).
3. **Krok 3. Analiza profilu** (kodu dwucyfrowego): wypisz dwie najwyższe skale (np. 2-7 lub 4-9). Wzorce dwucyfrowe są opisane w bazach kodowych (Lachar, Graham i in.) i pozwalają na precyzyjne hipotezy.

4. **Krok 4. Skale treściowe i uzupełniające:** dostarczają dodatkowych hipotez interpretacyjnych (np. skala ANG - gniew, skala AAS - uzależnienia, skala PS - stres pourazowy).
5. **Krok 5. Integracja z innymi danymi:** wyniki MMPI-2 zawsze integrujemy z wywiadem, obserwacją i innymi testami. Nigdy nie diagnozujemy wyłącznie na podstawie profilu.

3. Przypadki kliniczne z danymi do analizy

Uwaga do przypadków

Przypadek A (Marta K.) i Przypadek B (Tomasz W.) są kontynuacją przypadków z Lab 1 i Lab 2. Wyniki kwestionariuszy są fikcyjne i mają charakter wyłącznie dydaktyczny. W ćwiczeniu 1 pracujemy z profilem NEO-PI-R Marty K. (Przypadek A), w ćwiczeniu 2 – z profilem MMPI-2 Tomasza W. (Przypadek B).

Legenda kolorów w tabelach: zielone tło = klinicznie podwyższone (wymaga interpretacji); czerwone tło = klinicznie obniżone; białe / szare = zakres przeciętny.

Przypadek A. Pani Marta K. (34 lata): Profil NEO-PI-R

Kontekst: Wyniki NEO-PI-R uzyskane podczas trzeciej wizyty (4 tygodnie po wywiadzie wstępnym). Marta była poinformowana, że kwestionariusz dotyczy jej typowych tendencji, niezwiązanych z chwilowym samopoczuciem. Czas wypełniania: 42 minuty (typowy czas 35–45 min). Współpraca pełna, brak pominiętych pozycji.

Kontekst z Lab 1: Problemy ze snem, lęk przed błędami w pracy, drażliwość, zmniejszona aktywność społeczna po awansie. Epizod depresyjny w historii. Rodzinne obciążenie depresją.

Kontekst z Lab 2: FSIQ = 102; VCI = 127 (bardzo wysoki); PSI = 82 (niższy przeciętny). Wysoka inteligencja werbalna z osłabioną szybkością przetwarzania.

Tabela 1. Profile domen NEO-PI-R – Przypadek A (Marta K., K, 34 lata). Normy dla kobiet.

Domena	Pełna nazwa	Wynik T	Krótki opis interpretacyjny
N	Neurotyczność	**68**	Bardzo wysoka wrażliwość emocjonalna; podatność na stres; nasilony lęk i napięcie
E	Ekstrawersja	**38**	Niska towarzyskość; preferowanie samotności; ograniczone poszukiwanie doznania
O	Otwarcie na doświadczenie	52	Przeciętna ciekawość i wyobraźnia; typowy poziom otwarcia
A	Ugodowość	**44**	Lekko niższa niż przeciętna ugodowość; skłonność do krytycyzmu i dystansu
C	Sumienność	**71**	Bardzo wysoka sumienność; perfekcjonizm; wysokie wymagania wobec siebie

Tabela 2. Wybrane aspekty NEO-PI-R – Przypadek A (aspekty klinicznie istotne: T >= 65 lub T <= 35).

Aspekt	Wynik T	Interpretacja kliniczna
N1 – Lęk	**72**	Bardzo wysoki: przewlekły lęk, zamartwianie, oczekiwanie zagrożenia
N2 – Agresywna wrogość	48	Przeciętny: rzadkie wybuchy irytacji
N3 – Depresja	**65**	Wysoki: poczucie winy, beznadzieja, żal po błędach
N4 – Nadm. samoświad.	**70**	Bardzo wysoki: wątpliwość, łatwość wpadania w kompleksy
N5 – Impulsywność	52	Przeciętny

Aspekt	Wynik T	Interpretacja kliniczna
N6 – Wrażliwość na stres	**69**	Wysoki: łatwo traci spokoju pod presją
E1 – Serdeczność	45	Przeciętny: ciepła, ale w relacjach ważnych
E2 – Towarzyskość	**34**	Bardzo niski: silna preferencja samotności lub małych grup
E3 – Asertywność	42	Niższy niż przeciętna: w tle, nie przywodzi
E4 – Aktywność	48	Przeciętny
E5 – Poszuk. doznania	38	Niski: unika nowości i ryzyka
E6 – Pozyt. emocje	36	Niski: rzadki entuzjazm, radość przytłumiona
C1 – Kompetencja	**68**	Wysoki: silne poczucie własnej skuteczności
C2 – Porządek	**74**	Bardzo wysoki: pedanteria, potrzeba kontroli otoczenia
C3 – Obowiązkowość	**70**	Bardzo wysoki: silne poczucie powinności i odpowiedzialności
C4 – Dążenie do osi.	**72**	Bardzo wysoki: ambitna, wysoko stawia poprzeczkę
C5 – Autodyscyplina	**66**	Wysoki: wytrwale realizuje cele mimo trudności
C6 – Rozważność	60	Wysoki: starannie planuje, unika pochopności

Przypadek B: Pan Tomasz W. (52 lata): Protokół MMPI-2

Kontekst: Badanie MMPI-2 przeprowadzono podczas czwartej wizyty (po wywiadzie wstępnym i badaniu WAIS-IV z Lab 2). Tomasz został poinformowany, że kwestionariusz jest standardową częścią diagnozy i nie można go podejść źle ani dobrze. Czas wypełniania: 88 minut (dłuższy niż średni: 60–90 min). Pominięte 3 pozycje (interpretowalne).

Kontekst z Lab 1: Brak wglądu w problem alkoholowy; motywacja zewnętrzna do diagnostyki (EAP pracodawcy); drżenia i poty przy próbie odstawienia alkoholu.

Kontekst z Lab 2: FSIQ = 78; profil wyrównany we wszystkich indeksach; Raven wyższy niż FSIQ – podejrzenie wpływu alkoholu na wyniki testu inteligencji.

Tabela 3. Skale kontrolne MMPI-2 – Przypadek B (Tomasz W., M, 52 lata).

Skala kontrolna	Wynik T	Interpretacja
? (Cannot Say)	**3**	Interpretowalne (< 30)
VRIN	52	Spójne odpowiedzi – protokół wiarygodny
TRIN	58T	Lekka tendencja do Prawda – nieistotna
F	61	Umiarkowany wzrost: pewna tendencja do przyznawania objawów
Fb	64	Spójna uwaga przez cały kwestionariusz
Fp	54	Brak symulowania ponad poziom typowy dla kliniki
L	42	Przeciętny – gotowość do przyznawania wad
K	44	Przeciętny – realistyczna samoocena, brak wyrafinowanej defensywności
S	41	Przeciętny

Tabela 4. Skale kliniczne MMPI-2 – Przypadek B.

Skala kliniczna	Wynik T	Interpretacja treści klinicznej
1 – **Hs** (Hipochondria)	54	Przeciętny
2 – **D** (Depresja)	**68**	Podwyższony: obniżony nastrój, anergia, pesymizm, trudności z inicjatywą
3 – **Hy** (Histeria konw.)	52	Przeciętny
4 – **Pd** (Psychopatia)	**72**	Znacząco podwyższony: bunt, impulsywność, konflikty interpersonalne, opor autorytetom
5 – **Mf** (Męsko-żeńskość)	48	Przeciętny (typowy dla M)
6 – **Pa** (Paranoja)	58	Lekko wyższy: pewna czujność i podejrzliwość
7 – **Pt** (Psychastenia)	**65**	Podwyższony: lęk, napięcie, obsesyjne myśli o błędach
8 – **Sc** (Schizofrenia)	55	Przeciętny
9 – **Ma** (Hipomania)	61	Lekko wyższy: pewne pobudzenie, próba kompensacji
0 – **Si** (Introw. społ.)	**67**	Podwyższony: wycofanie, dystans, preferowanie samotności

Tabela 5. Wybrane skale treściowe i uzupełniające MMPI-2 – Przypadek B.

Skala treściowa / uzup.	Wynik T	Interpretacja
ANX (Lęk)	**68**	Nasilony lęk ogólny, napięcie
ANG (Gniew)	**71**	Trudności z kontrolą złości; wybuchowość
ASP (Antyspoł.)	**70**	Postawy antyspołeczne; lekceważenie norm
TPA (Typ A)	62	Lekko podwyższony
AAS (Uzależnienie)	**69**	Przyznanie problemów z substancjami; wartość diagnostyczna
MAC-R (MAST)	**72**	Ryzyko uzależnienia od alkoholu – T > 65 jest klinicznie istotny

4. Ćwiczenia

Ogólne zasady pracy

Pracujecie w parach przez ćwiczenia 1 i 2, indywidualnie przez ćwiczenie 3. Wszystkie wyniki wpisujcie do sekcji 5 na bieżąco. W ćwiczeniu 1 para analizuje profil Marty K. (NEO-PI-R). W ćwiczeniu 2 ta sama para analizuje profil Tomasza W. (MMPI-2). W dyskusji śródkowej porównacie swoje interpretacje z innymi parami.

Ćwiczenie 1: Interpretacja profilu NEO-PI-R – przypadek A (pary)

Na podstawie Tabel 1 i 2 (sekcja 3) przeprowadźcie pełną interpretację profilu NEO-PI-R Marty K. Interpretacja przebiega od ogółu (domeny) do szczegółu (aspekty), a następnie do integracji z danymi klinicznymi.

Instrukcja krok po kroku:

1

Opisz profil na poziomie domen (obraz ogólny)

Dla każdej z pięciu domen (N, E, O, A, C) zapisz:

(a) poziom (bardzo wysoki / wysoki / przeciętny / niski / bardzo niski);

(b) 2–3 zdania opisujące implikacje kliniczne tego poziomu dla funkcjonowania Marty.

Unikaj tautologii: nie pisz „Marta ma wysoką Neurotyczność, co oznacza, że jest neurotyczna'. Pisz: „Wysoka Neurotyczność (T = 68) sugeruje przewlekłą podatność na negatywne emocje, zwłaszcza lęk i napięcie, które mogą się nasilać w sytuacjach wysokich wymagań...' Wpisz opis do sekcji 5.1.

2

Pogłęb interpretację przez aspekty domen N i C

Domena N: Przeanalizuj aspekty N1–N6 z Tabeli 2. Które aspekty są najwyższe? Jak modulują obraz ogólny (np. wysoki N1 i N3, lecz przeciętny N2 – co to mówi o profilu Marty)?

Domena C: Przeanalizuj aspekty C1–C6. Bardzo wysokie C2 (Porządek) i C4 (Dążenie) – jakie ma to znaczenie w kontekst jej awansu i problemów ze snem?

Niskie E2 (Towarzyskość) i E6 (Pozytywne emocje): jak to łączy się z danymi z wywiadu (Lab 1) o zmniejszonej aktywności społecznej i płaczu „bez powodu'? Wpisz analizę do sekcji 5.1.

3

Zintegruj profil NEO-PI-R z danymi z Lab 1 i Lab 2

Z Lab 1 (wywiad i obserwacja): jak profil osobowości NEO-PI-R wyjaśnia objawy przedstawione w wywiadzie? Wysoka N + wysoka C: jakie mechanizmy napotkanego cierpienia mogą wynikać z tej kombinacji?

Z Lab 2 (WAIS-IV): czy wysoki VCI (127) koresponduje z którąś domeną NEO-PI-R (np. wysoką sumiennością i ambicją)? Czy niski PSI (82) może być częściowo wyjaśniony przez wysoką neurotyczność i lęk jako czynniki mylące?

Sformułuj krótką tezę diagnostyczną: „Profil osobowości Marty K. sugeruje..., co w połączeniu z danymi z wywiadu i testu inteligencji wskazuje na...'.

4

Identyfikacja ryzyka i zasobów w profilu

Ryzyka diagnostyczne: które cechy osobowości mogą prowadzić do przewlekłego cierpienia lub komplikować leczenie (np. wysoka C jako perfekcjonizm uniemożliwiający odpoczynek, niska E utrudniająca szukanie wsparcia)?

Zasoby: które cechy mogą wspierać interwencję terapeutyczną (np. wysoka sumienność jako sprzymierzeniec w terapii CBT, wysoka inteligencja werbalna jako zasoby wglądu)? Wpisz do sekcji 5.1.

Ćwiczenie 2: Interpretacja protokołu MMPI-2 – Przypadek B (pary)

Na podstawie Tabel 3–5 (sekcja 3) przeprowadźcie pełną interpretację protokołu MMPI-2 Tomasza W. Interpretacja przebiega według pięciostopniowego schematu opisanego w sekcji 2.2.4.

Instrukcja krok po kroku:

1

Krok 1: Ocena wiarygodności protokołu (tabela 3)

Przeanalizuj wszystkie skale kontrolne z Tabeli 3. Odpowiedz na pytania:

(a) Czy VRIN i TRIN wskazują na spójność odpowiedzi? (próg nie interpretowalności: VRIN > 80 lub TRIN > 80)

(b) Czy F wskazuje na symulowanie lub przesadną skargę? (T = 61 – jak to oceniasz?)

(c) Czy Fp wyklucza symulowanie ponad poziom typowy dla populacji psychiatrycznej? (próg: Fp > 100)

(d) Czy L i K wskazują na defensywność?

Wniosek: Czy protokół jest interpretowalny? Uzasadnij. Wpisz do sekcji 5.2.

2

Krok 2 i 3: Ogólny poziom dystress i analiza kodu dwucyfrowego (tabela 4)

Ile skal klinicznych przekracza T = 65? Wypisz je.

Określ kod dwucyfrowy: które dwie skale są najwyższe? Ten kod to „podpis profilu', szukaj go w opisach poniżej.

Kod 2-4 (Depresja + Psychopatia): typowy dla osób z problemem alkoholowym lub narkotykowym. Depresja jako podłoże, zachowania impulsywne jako ‚oba w to'. Często występuje niższe progowanie frustracji, trudności z autorytetami, poczucie winy po epizodach.

Kod 4-7 (Psychopatia + Psychastenia): bunt i impulsywność (4) z nasilonym lękiem i ruminacją (7).

Konflikt: chce działać impulsywnie, ale jednocześnie się obawia konsekwencji.

Określ, który kod lepiej opisuje profil Tomasza. Uzasadnij. Wpisz do sekcji 5.2.

3

Krok 4: Skale treściowe i uzupełniające (Tabela 5)

Przeanalizuj skale AAS i MAC-R. Oba są klinicznie podwyższone. Co to oznacza?

AAS (Addiction Acknowledgment Scale) - mierzy jawne przyznanie problemu z substancjami (osoba wprost przyznaje, że ma problem). T = 69 u Tomasza – mimo że w wywiadzie minimalizuje problem, w kwestionariuszu przyznaje trudności.

MAC-R (MacAndrew Alcoholism Scale - Revised) - mierzy cech osobowości związane z ryzykiem uzależnienia (bez bezpośredniego pytania o substancje). T = 72 jest powyżej progu klinicznego (T > 65).

Jak interpretować dysocjację między minimalizacją w wywiadzie a wynikami AAS i MAC-R? Wpisz do sekcji 5.2.

4

Krok 5: Integracja z Lab 1 i Lab 2

Z Lab 1 (wywiad): Tomasz minimalizował problem alkoholowy. Czy profil MMPI-2 jest spójny z obrazem klinicznym z wywiadu czy mu przeczy? Jak to zinterpretować – nie jako „kłamstwo', lecz jako psychologiczny mechanizm?

Z Lab 2 (WAIS-IV): Czy podwyższona skala Pd (Psychopatia) i Si (Introwersja społeczna) współgrają z profilem WAIS-IV (wyrównane, niższe od przeciętnej wyniki)?

Sformułuj syntetyczny obraz kliniczny Tomasza W. 2–3 akapity integrujące dane.

Ćwiczenie 3: Integracja wyników i opis osobowości do raportu (indywidualnie)

W tym ćwiczeniu piszesz fragment raportu psychologicznego dotyczący osobowości i funkcjonowania emocjonalnego dla wybranego przypadku (A lub B). Integrujesz dane ze wszystkich trzech laboratoriów.

Instrukcja krok po kroku

1

Przeanalizuj schemat sekcji osobowości w raporcie

Dobry opis osobowości w raporcie psychologicznym zawiera:

(a) Opis wyniki narzędzia (co i kiedy zastosowano) – jedno zdanie.

(b) Ogólna charakterystyka profilu – jakie jest dominujące zagadnienie osobowościowe?

(c) Opis poszczególnych domen / skal istotnych klinicznie z interpretacją funkcjonalną.

(d) Integracja z danymi z wywiadu i testów: czy wyniki kwestionariusza są spójne z obrazem klinicznym?

(e) Implikacje dla planowania interwencji lub dalszej diagnostyki.

2

Napisz sekcję osobowości dla wybranego przypadku

Przypadek A (Marta K.): bazuj na profilu NEO-PI-R, integruj z WAIS-IV i wywiadem.

Przypadek B (Tomasz W.): bazuj na profilu MMPI-2, integruj z WAIS-IV i wywiadem. Pamiętaj o ocenie wiarygodności protokołu jako pierwszym zdaniu sekcji.

Długość sekcji: 3–4 akapity. Język: profesjonalny, nieetykietujący, zrozumiały dla lekarza lub sądu. Wpisz do sekcji 5.3.

3

Sformułuj wstępne rozpoznanie i diagnozę różnicową

Na podstawie danych ze wszystkich trzech laboratoriów **sformułuj wstępne rozpoznanie** według **ICD-11** (lub DSM-5) dla swojego przypadku. Pamiętaj: to hipoteza robocza, nie ostateczna diagnoza.

Przypadek A: Rozważ: epizod depresyjny nawracający? Zaburzenie lękowe uogólnione? Wypalenie zawodowe (QD85 ICD-11)?

Przypadek B: Rozważ: zespół uzależnienia od alkoholu? Zaburzenie depresyjne? Zaburzenie osobowości (dysocjacyjne)?

Dla każdej hipotezy rozpoznania wskaż **dane, które ją popierają**, oraz te **dane, które wymagają weryfikacji**. Wpisz do sekcji 5.3.

4 **Zaproponuj rekomendacje**

Zaproponuj konkretne rekomendacje: dalsze badania (np. neuropsychologiczne, psychiatryczne), podejście terapeutyczne (np. CBT dla lęku, MI dla uzależnienia), konsultacje medyczne.

Każdą rekomendację uzasadnij danymi: „Ze względu na wyniki skali MAC-R i AAS oraz obraz z wywiadu zaleca się...'

Aspekt etyczny: uwaga kliniczna

Przekazywanie wyników MMPI-2 pacjentowi: wyniki MMPI-2 mogą być niepokojące dla pacjenta, zwłaszcza wysoka skala Sc lub Pd. Nigdy nie odczytujący surowych nazw skal (np. „skala Psychopatii' na sali), lecz opisuj ich funkcjonalną treść. Tomaszowi W. można powiedzieć: „Wyniki pokazują, że doświadcza Pan pewnych napiec, wpływających na relacje z innymi i decyzje...'

MMPI-2, a ocena sadowa: w Polsce MMPI-2 jest często stosowany w opiniodawstwie sądowym. W przypadku Tomasza W. wyniki mogą być relewantne dla oceny zdolności do prowadzenia pojazdu (pracodawca). Psycholog zobowiązany jest do pouczenia pacjenta o możliwym wykorzystaniu wyników PRZED badaniem, a nie po.

5. Arkusze wyników; do wypełnienia podczas zajęć

Imię i nazwisko	
Numer albumu	
Partner w ćwiczeniach 1–2	
Przypadek wiodący (A / B)	
Data zajęć	

5.1. Arkusz ćwiczenia 1: Interpretacja NEO-PI-R (przypadek A)

Interpretacja domen NEO-PI-R: Marta K.

Domena	Poziom (skala opisowa)	Interpretacja kliniczna (2–3 zdania)
N – Neurotyczność		
E – Ekstrawersja		
O – Otwarcie		
A – Ugodowość		
C – Sumienność		

Integracja i wnioski NEO-PI-R	Odpowiedz / interpretacja
Kluczowa kombinacja domen (np. N++ + C++)	opis mechanizmu klinicznego
Powiązanie N1–N6 z danymi z wywiadu (Lab 1)	
Powiązanie C2/C4 z problemem zawodowym	
Integracja z profilem WAIS-IV (Lab 2)	
Ryzyka diagnostyczne	
Zasoby terapeutyczne	
Wstępna teza diagnostyczna	

5.2. Arkusz ćwiczenia 2: Interpretacja MMPI-2 (przypadek B)

Ocena wiarygodności protokołu	Odpowiedz / interpretacja
VRIN: interpretacja wiarygodności	
TRIN: interpretacja spójności	
F i Fp: ocena symulowania	
L i K: ocena defensywności	
Wniosek: czy protokół jest interpretowalny?	tak – uzasadnienie: / nie – co byłoby potrzebne?

Analiza profilu klinicznego	Odpowiedz / interpretacja
Skale kliniczne T >= 65 (wymień wszystkie)	
Kod dwucyfrowy (dwie najwyższe skale)	
Który kod dwucyfrowy lepiej pasuje: 2-4 czy 4-7?	uzasadnienie:
Interpretacja kodu: obraz kliniczny	
AAS i MAC-R: interpretacja dysonansów z wywiadem	
Integracja ze skalą Si (wycofanie społeczne)	
Synteza: obraz kliniczny Tomasza W. (3,4 zdania)	

5.3. Arkusz ćwiczenia 3: Fragment raportu i wstępne rozpoznanie

Wzór otwierający zdania sekcji osobowości

Przypadek A (NEO-PI-R): „W badaniu Inwentarzem Osobowości NEO-PI-R (Zawadzki i in., 1998) przeprowadzonym w dniu [...] uzyskano profil cech osobowości wskazujący na...'

Przypadek B (MMPI-2): „W badaniu Minnesockim Wielowymiarowym Inwentarzem Osobowości MMPI-2 (Brzeziński i in., 2012) przeprowadzonym w dniu [...] uzyskano protokół interpretowalny (VRIN T = 52, TRIN T = 58, F T = 61), wskazujący na...'

Fragment raportu, sekcja osobowości	Odpowiedz / interpretacja
(a) Narzędzie i warunki badania	
(b) Ogólna charakterystyka profilu	
(c) Opis klinicznie istotnych składowych	
(d) Integracja z Lab 1 (wywiad) i Lab 2 (WAIS-IV)	
(e) Implikacje dla planowania interwencji:	

Wstępne rozpoznanie i diagnoza różnicowa	Odpowiedz / interpretacja
Hipoteza diagnostyczna 1 (ICD-11 / DSM-5)	
Dane popierające hipotezę 1	
Hipoteza diagnostyczna 2 (alternatywna)	
Co rozstrzygałoby między hipotezami?	
Rekomendacje dalszego postępowania	

6. Protokół analityczny: pytania do dyskusji plenarnej

6.1. Interpretacja NEO-PI-R: przypadek A

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Kombinacja wysokiej Neurotyczności (T = 68) i bardzo wysokiej Sumienności (T = 71) jest określana w literaturze jako „perfekcjonizm dysfunkcjonalny'. Na jakie zjawiska kliniczne naraża ta kombinacja? Które podejścia terapeutyczne najlepiej adresują ten wzorzec?	
2	Niska Ekstrawersja (T = 38) w połączeniu z niskim E6 (Pozytywne emocje, T = 36) może wskazywać na anhedonię lub introwersję. Jak odróżnić te dwa wyjaśnienia na podstawie dostępnych danych? Które dodatkowe pytania zadasz podczas wywiadu?	
3	Jak informacja o epizodzie depresyjnym w przeszłości (Lab 1) zmienia interpretację domeny N? Czy wysoka N jest czynnikiem predysponującym, precipitującym czy podtrzymującym (model 4P z Lab 1)?	

6.2. Interpretacja MMPI-2: przypadek B

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	Skala Psychopatii (Pd, T = 72) i jej relacja do uzależnienia od alkoholu: Pd mierzy nie tylko antyspołeczne, lecz także impulsywność i bunt – cechy często współwystępujące z uzależnieniem. Jak odróżnić prymarnie antyspołeczną osobowość od „psychopatii alkoholowej' (nasilenie po lat ach picia)? Jakie dane historyczne byłyby tutaj kluczowe?	
2	Dysonans między minimalizacją w wywiadzie a podwyższoną AAS i MAC-R jest ważnym zjawiskiem klinicznym. Z których mechanizmów obronnych może wynikać ta dysocjacja (zaprzeczanie, racjonalizacja, projekcja)? Co powiedziałbyś Tomaszowi, konfrontując go z tym wynikiem bez oskarżania?	

6.3. Porównanie NEO-PI-R i MMPI-2

Nr	Pytanie analityczne	Odpowiedz / notatka
1	NEO-PI-R mierzy cechy osobowości (stabilne tendencje), MMPI-2 mierzy objawowo (bieżący dystress). Które narzędzie jest bardziej odpowiednie do oceny przewlekłej, a które do diagnostyki ostrego epizodu? Jak zmienia się interpretacja, gdy pacjent jest badany w szczycie kryzysu vs. w remisji?	
2	Gdybyś mógł zastosować tylko JEDNO narzędzie osobowości dla nowego pacjenta w zasięgu ambulatoryjnym - które wybrałbyś (NEO-PI-R czy MMPI-2) i dlaczego? Uzasadnij odwołując się do specyfiki pytania diagnostycznego, populacji klinicznej i zasobów ograniczeń administracyjnych.	

7. Literatura

7.1. Literatura obowiązkowa

6. **Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepańską-Faber, A. i Śliżewska, M. (1998).** Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Costy i McCrae – polska adaptacja. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
7. **Brzeziński, J. i in. (2012).** MMPI-2. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości-2. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
8. **Paluchowski, W. J. (2001).** Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe. Scholar. [Rozdział 6: Kwestionariusze osobowości – zastosowanie kliniczne]
9. **Graham, J. R. (2006).** MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology (4th ed.). Oxford University Press. [Rozdziały 3–6: interpretacja profilu]

7.2. Literatura uzupełniająca

10. **Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1992).** Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Psychological Assessment Resources.
11. **Harkness, A. R. i McNulty, J. L. (1994).** The Personality Psychopathology Five (PSY-5). W: J. N. Butcher (red.), Clinical personality assessment. Oxford University Press.
12. **Kotov, R. i in. (2017).** The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Journal of Abnormal Psychology, 126(4), 454–477.
13. **Saulsman, L. M. i Page, A. C. (2004).** The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 23(8), 1055–1085. [NEO-PI-R a zaburzenia osobowości]
14. **Miller, J. D. i in. (2001).** The Five-Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. Personality and Individual Differences, 30(4), 669–689. [NEO-PI-R a impulsywność]
15. **Sellbom, M. i in. (2008).** The MMPI-2 PSY-5 Scales: Construct Validity and Links with the Five-Factor Model of Personality. Journal of Personality Assessment, 90(2), 122–130. [MMPI-2 PSY-5 a NEO-PI-R]