

Változások és újítások a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) pszichodiagnosztikai tesztben

Girasek Hunor^{1*} , Soós Alexandra¹, Janicsák Henrietta¹, Dudás Dóra¹ és Reinhardt Melinda^{2,3}

¹ Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Budapest, Magyarország

² ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

³ Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek- és Serdülõpszichiátria, Budapest, Magyarország

SZEMLE

Beérkezett: 2022. augusztus 21. • Átdolgozott kézirat érkezett: 2023. január 16. • Elfogadva: 2023. január 17.

© 2023 Akadémiai Kiadó, Budapest



Bevezetés: A Minnesota Multiphasic Inventory (MMPI) Magyarországon az 1970-es évek óta használatos pszichodiagnosztikai mérőeszköz, melynek második kiadása (MMPI-2) 1989-ben jelent meg a nemzetközi használatban, Magyarországon pedig 2009-ben készült el az adaptációja. **Célkitűzés:** Jelen tanulmány célja, hogy bemutassa az MMPI-2-ben megjelent változásokat, újításokat és a teszt előnyeit a korábbi változatához képest. **Következtetések:** A téma-összefoglaló tanulmány rávilágít, hogy az MMPI-2 kifejlesztése nemcsak új normatív mintát, de nyelvi-stilisztikai megújulást is hozott. Ezenfelül a korábbi Validitási és Klinikai skálák mellett olyan új skálák is megjelentek, mint az Újrastrukturált klinikai skálák, a Tartalmi skálák és a személyiségpszichopatológia mérésére alkalmas PSY-5 skálák. Megtörtént továbbá a Kiegészítő skálák revíziója, illetve új Kiegészítő skálák bevezetése és új Validitási skálák kifejlesztése is. **Konklúzió:** A változtatások részletes szám-bavétele rámutat arra, hogy az MMPI újrasztenderdizálása során kialakított MMPI-2 jóval átfogóbb, egyben differenciáltabb értelmezést kínál a különböző mentális zavarok és pszichopatológiai jelenségek megértése szempontjából, mint az eredeti változat. Kitekintésként pedig ismertetésre kerül a nemzetközi gyakorlatba már bevezetett két új MMPI-fejlesztés, az MMPI-2-Resturctured Form (MMPI-2-RF) és az MMPI-3 is.

KULCSSZAVAK

MMPI, MMPI-2, pszichodiagnosztika, személyiségteszt

* Levelező szerző. E-mail: girasek6@gmail.com

BEVEZETÉS

A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) tesztet 1943-ban a Minnesota Egyetem kutatói, Starke Rosecrans Hathaway és John Charnley McKinley publikálták. A tesztet diagnosztikus céllal hozták létre, elsősorban abban bízva, hogy egyértelmű pszichiátriai diagnózisokat nyerhetnek az eredmények mentén (Duckworth és Anderson, 2019). A mérőeszköz tételeit az empirikus skálakidolgozás módszerével alakították ki, mely az 1930-as években innovatívnak számított. Az eljárás olyan tételek meghatározásán alapult, melyek képesek differenciálni különböző csoportok között, ezért egy adott skálába olyan tételek kerültek, melyekre eltérő választ adtak az azonos pszichiátriai kórképben érintett személyek és az egészséges csoport tagjai (Butcher és Perry, 2008). A különböző forrásokból (pl. személyiség-kérdőívekből, attitűdskálákból, pszichiátriai kézikönyvekből, esetismertetésekből) összegyűjtött nagyszámú, pszichopatológiai relevanciával bíró tételkészlet szelekcióját követően az MMPI első kiadása 566 tételt tartalmazott, melyek közül 16 tétel kétszer szerepelt (Butcher és mtsai, 2009).

A skálakon elért nyerspontszámok T-értékekké alakítását követően rajzolódik ki a személyre jellemző profil. A profilértelmezés a kezdetekben az egyes klinikai skálák megemelkedése szerint történt, azonban a későbbiekben világossá vált, hogy ez kevésbé differenciált képet adott a páciensről, így a csúcskód szerinti értelmezésre fektettek nagyobb hangsúlyt. Utóbbi alapja, hogy a Klinikai skálák profilsúcsai és/vagy mélypontjai egymás viszonyrendszerében kerülnek értékelésre (Nichols, 2011).

Az MMPI-hoz az évtizedek alatt közel a tételszámmal azonos (455) kiegészítő skála készült (Dahlstrom, Welsh és Dahlstrom, 1975). Az MMPI-t rendkívül széles körben kezdték használni, fekvő- és járóbetegek körében, klinikai és munkakörnyezetben egyaránt, ezért hiányosságait látva, célszerűvé vált a teszt revideálása (Graham, 1993). A tesztfejlesztéssel kapcsolatos kritikaként jelent meg, hogy az MMPI alapját képező normatív minta tagjai (724 fő) mind fehér, alsó középosztálybeliek voltak, akik Minnesotában vagy környékén laktak, és a kórházi betegek hozzátartozói közül kerültek ki. Mindez a minta reprezentativitását kérdőjelezte meg (Butcher és mtsai, 2001; Trull és Phares, 2004). Emellett a tételek átdolgozása is szükségessé vált a megfogalmazás elavultsága, a kor normáinak változása, valamint új pszichés problémák megjelenése miatt (Trull és Phares, 2004).

AZ MMPI VÁLTOZATAINAK TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE

James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, John R. Graham, Auke Tellegen és Beverly Kaemmer az 1980-as évek elején kezdték meg az MMPI újrastenderdizálását a Minnesota Egyetemen (Butcher és mtsai, 2001). A cél az MMPI és MMPI-2 teszt közötti folytonosság fenntartása, valamint az MMPI aktuális normákhoz való illesztése volt, ezért a Klinikai és Validitási skálák tételeinek minimális változtatására törekedtek (Ben-Porath, 2006). Az eredeti tételekből a 16 ismétlődő mondat kihagyásával 550 maradt. Mindebből 82 tételt korábbi kitöltők általi kritikáknak megfelelően átfogalmaztak, figyelembe véve például a szexista megfogalmazásokat és a szóhasználat modernizálását. Továbbá kiegészítették 154 új kérdéssel, így összesen 704 tétellessé duzzadt a tétel sor, melyet végül 567 tételre redukáltak (Butcher és mtsai, 2001; Trull és Phares, 2004). A tesztben szereplő tételek közül 245 (60%) szerepel egyszerre több Klinikai skálában is (Friedman, Bolinsky, Levak és Nichols, 2015). Olyan kérdéskörökkel bővítették ki a



mérőeszközt, mint például drogabúzus, szuicid veszélyeztetettség, A-típusú viselkedésminták, családi állapot, munkához való hozzáállás vagy a terápiával való együttműködés (Graham, 1993). A korábbi kritikák alapján nagy hangsúlyt fektettek a reprezentatív adatgyűjtésre, így az USA hét államában – Kaliforniától Pennsylvaniáig – folyt a tesztfelvétel, mely során közel 2900 személytől gyűjtöttek adatot. Az adattisztítást (pl. hiányos vagy invalid tesztkitöltés miatti törlést) követően 2600 kitöltő adatán dolgoztak (1138 férfi [43,8%] és 1462 nő [56,2%]; Butcher és mtsai, 2001). Az új normatív mintát sikeresen illesztették az 1980-as évek szocioökonómiai jellegzetességeihez, mint például az etnikai diverzitás, iskolázottság, családi állapot és jövedelem (Nichols, 2011). Az újrastenderdizálási és modernizálási folyamat végeztével 1989-ben jelent meg az MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen és Kaemmer, 1989), majd 2001-ben az MMPI-2 kézikönyv átdolgozott kiadása (Butcher és mtsai, 2001). Ezt követően az MMPI-2- Restructured Form (MMPI-2-RF) (Ben-Porath és Tellegen, 2008), végül pedig az MMPI-3 (Ben-Porath és Tellegen, 2020) került kiadásra. Az eredeti MMPI-t a tesztkiadó, a University of Minnesota Press 1999-ben kivonta a használatból, forgalmazását beszüntette, illetve kiemelték, hogy a továbbiakban nem javasolják a használatát (Butcher és Beutler, 2005). Az MMPI-jal, az MMPI-2-vel és az MMPI-3-mal kapcsolatos legfontosabb évszámokat az 1. táblázat segítségével foglaltuk össze Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi (1986), Pressing és Szakács (1990), Butcher és munkatársai (2001, 2009), valamint Cox, Weed és Butcher (2009) alapján.

Az MMPI-2-ben az MMPI-hoz képest a normák kialakításában és a sztenderd értékek számításában történtek változások, valamint új Validitási és Tartalmi skálákkal egészítették azt ki (Butcher, Graham, Williams és Ben-Porath, 1990). Az MMPI és az MMPI-2 alkalmazásának különbségei Duckworth és Anderson (2019) nyomán a 2. táblázatban láthatók.

Klump és Butcher (1997) szerint számos előnye, illetve hátránya van az MMPI-2 használatának a pszichodiagnosztikai kivizsgálás során, ezeket a 3. táblázat foglalja össze.

VALIDITÁSI ÉS KLINIKAI SKÁLÁK

Az MMPI-2 1989-es, illetve az MMPI-2 kézikönyv 2001-es átdolgozott kiadása jelentős változásokat vezetett be a Validitási skálák esetében (Ben-Porath, 2006). A négy eredeti, MMPI-ban megtalálható érvényességi skálán (Megválaszolatlan tételek [?], Hazugság [L], Ritka válaszok [F] és Korrekció [K]) csak kisebb változtatásokat hajtottak végre. Elsősorban bizonyos tételek megfogalmazását modernizálták. Emellett azonban az MMPI-2 1989-es megjelenésekor a Validitási skálák készletét kiegészítették a Későbbi ritka válaszok (F_B) skálával, illetve két inkonzisztens válaszadást jelző mutatóval, a Variábilis válasz – inkonzisztencia (VRIN) és az Igaz válasz – inkonzisztencia (TRIN) skálákkal. A VRIN és a TRIN skálák fontos újítások voltak az MMPI-2-ben, ugyanis ilyen komplex, átfogó validitás-ellenőrzésre a korábbi változatban nem volt lehetőség. A VRIN és TRIN skálák segítik a szakembert annak megítélésében, hogy a tesztet a páciens hanyag módon, figyelmen kívül hagyta-e (VRIN), illetve hogy jelen volt-e a túlzottan pozitív énbemutató, tételelutasítás vagy a tünetek túlzó mértékű, akár szándékos, de indokolatlan felvállalása a tételelfogadás révén (TRIN) (Butcher és mtsai, 2001, 2009). Mindezek segítségével lehetnek az értékelőknek abban, hogy megítélje, olvasási nehézség, alacsony intellektus, szándékos véletlenszerű válaszadás, figyelmi és koncentrációs nehézségek és/vagy súlyos pszichopatológia áll-e az inkonzisztens válaszadás mögött (Nichols, 2011).



1. táblázat. Az MMPI, MMPI-2 és az MMPI-3 fejlődésének kronológiája a nemzetközi, illetve a hazai (dőlt betűvel szedve) vonatkozások tekintetében

Év	Fontos változások, fejlesztések az MMPI történetében
1940	Multiphasic Schedule – az első publikáció folyóiratban (Hathaway és McKinley)
1943	Az MMPI alkalmazása klinikai populáció körében (Schiele, Baker és Hathaway)
1945	Az MMPI-t elsőként alkalmazzák serdülők körében (Capwell)
1946	A szociális introverzió skála kifejlesztése (Drake)
1947	Szimulációs mintázatok (Validitási mutatók viszonyának értelmezési lehetőségei) közlése (Gough)
1948	Megjelennek az MMPI első nemzetközi fordításai
1955	A kód típusok empirikus validálása (Halbower)
	A Harris–Lingoes-alskálák kifejlesztése (Harris és Lingoes)
1962	A Mayo Klinikán kifejlesztik a számítógépes értelmezési programot (Rome, Swenson, Mataya, McCarthy, Pearson, Keating és Hathaway)
1969	A minneapolis MMPI-szimpoziumon elsőként veti fel a revízió szükségességét az MMPI-szakértők egyike
1972	<i>A Magyar Pszichológiai Társaság Orvosi Szekciója megkezdi az MMPI magyar sztenderdizálásának központi szervezését</i> <i>Az MMPI-tételfüzet egységesített SOTE-kiadványként áll a hazai alkalmazók rendelkezésére</i> <i>Megjelenik az első magyar nyelvű MMPI-publikáció (Povázsai)</i>
1975	<i>Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben elkészül a klinikai pszichológusi munkát szolgáló MMPI Vademecum sorozat, amely a klinikai alkalmazáshoz, a diagnosztikai döntési folyamatokhoz ad útmutatást (Bagdy)</i>
1976	<i>A SOTE Pszichiátriai Klinikán Tringer László vezetésével működő team öt éves kutatási programként elindítja az MMPI hazai sztenderdjének elkészítését</i>
1980	<i>Elkészül a SOTE Pszichiátriai Klinikán folyó munka nyomán az első magyar sztenderd, mely 500 fős mintán alapul (Tringer és Zseni)</i>
1982	Megalakul az MMPI-2 revíziójáért felelős bizottság, melynek tagjai James Butcher, John Graham, W. Grant Dahlstrom és Auke Tellegen
1986	<i>Megjelenik Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás című könyv (Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi)</i>
1989	Megjelenik az MMPI-2 (Butcher és munkatársai)
1990	<i>Megjelenik Az MMPI-próba új magyar standardja című könyv (Pressing és Szakács)</i>
1990	Az MMPI-2 tartalmi skáláinak kifejlesztése (Butcher, Graham, Williams és Ben-Porath)
1992	Megjelenik a serdülő változat: MMPI-A, ahol az „A” az adolescent-et, azaz a serdülő kitélt jelöli (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath és Kaemmer)
1993	Kifejlesztik a Tartalmi komponens skálákat (Ben-Porath és Sherwood)
1995	Az FP skála kifejlesztése (Arbisi és Ben-Porath)
	Az S skála kifejlesztése (Butcher és Han)
	Az MMPI kód típusok folytonosságának kialakítása az MMPI-2 összefüggésében (Archer, Griffin és Aiduk)
	Megjelennek PSY-5 skálák (Harkness, McNulty és Ben-Porath)
1999	A University of Minnesota Press az MMPI-t kivonja a használatból, forgalmazását beszünteti, illetve nem javasolják a továbbiakban a használatát
2001	Megjelenik az MMPI-2 kézikönyv átdolgozott kiadása (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom és Kaemmer)
2003	Megjelennek az Újrastrukturált klinikai skálák (Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham és Kaemmer)

(continued)



1. táblázat. Continued

Év	Fontos változások, fejlesztések az MMPI történetében
2008	Megjelenik az MMPI-2 átdolgozott változata (MMPI-2-Restructured Form; MMPI-2-RF; Ben-Porath és Tellegen)
2009	<i>Elkészül az MMPI-2 magyar adaptációja az OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. által (Bagdy, Bugán, Rózsa és Kő)¹</i> <i>Szintén ebben az évben elkészül az MMPI-A magyar adaptációja az OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. által (Oláh, Rózsa és Kő)¹</i>
2020	Megjelenik az MMPI-3 (Ben-Porath és Tellegen)

2. táblázat. Az MMPI és az MMPI-2 jellemzőinek és alkalmazásának különbségei

	MMPI	MMPI-2
Terjedelem	566 tétel	567 tétel Az első 370 tétel tartalmazza az MMPI Validitási és Klinikai skáláit.
Alkalmazás korhatára	Serdülő és felnőtt populáció.	Felnőtt populáció: 18 év felett MMPI-2 Serdülő populáció: MMPI-A
Olvasási készség	Hatodik osztályos olvasási készséget igényel.	Magasabb szintű, nyolcadik osztályos olvasási készséget igényel.
Körjelző érték	70 T-érték	65 T-érték

A következő évtizedben további két érvényességi mutatót alakítottak ki: a Ritka válaszok – pszichopatológia (F_p) és a Túlzóan pozitív énbemutató (S) skálákat, melyek az MMPI-2 kézikönyv 2001-es átdolgozott kiadásába kerültek be (Ben-Porath, 2006; Butcher és mtsai, 2001).²

Az MMPI újraszterilizálása, azaz az MMPI-2 kialakítása során a 10 Klinikai skála minimális módosításokkal, de megőrzésre került (Butcher és mtsai, 2001). A Validitási, illetve a Klinikai skálák tételeinek változását Butcher és munkatársai (2001, 2009, 148) alapján a 4. táblázatban foglaltuk össze. Az MMPI-ban a lineáris T-érték-transzformációt alkalmazták, azaz a nyerspontszámok T-értékké való alakítását, annak érdekében, hogy a kitöltők eredményei összehasonlíthatóvá váljanak az átlagok és szórások alapján (Friedman és mtsai, 2015). Az MMPI-2-ben a lineáris T-érték-transzformációt az uniform T-érték-transzformáció váltotta fel (kivéve az Mf és az Si skála esetében). Utóbbi által a percentilisek alapján is jobban összehasonlíthatóvá váltak a skálaértékek, ugyanis a lineáris T-érték-transzformáció nem vette figyelembe a skálákra adott válaszok gyakorisági eloszlását és a skálák tételszámát (Ben-Porath, 2006; Butcher és mtsai, 2001). Butcher és Williams (1992) az új T-érték-számítás miatt az MMPI-2 klinikai skáláin a 65 T-érték feletti értelmezést javasolták, szemben a 70 T-érték feletti, korábbi MMPI-értelmezési móddal.

¹Az MMPI-2, illetve az MMPI-A Magyarországon jogtisztta formában jelent meg, mind adaptációs, mind forgalmazási engedélyt kapott az OS Hungary Kft. (jogutód: Guinti Psychometrics – Hungary) a teszt eredeti kiadójától, jogtulajdonosától.

²Az MMPI-2 skáláinak bővebb leírása és értelmezési lehetőségei magyar nyelven az OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. által kiadott Butcher és munkatársai (2001/2009) kézikönyv-adaptációban találhatók meg.



3. táblázat. Az MMPI-2 használatának az előnyei, illetve hátrányai (Klump és Butcher, 1997, 122 alapján)

Előnyök	Hátrányok
A beteg problémájának jobb megértéséhez segít hozzá.	Adminisztratív forrásokat (pl. helyiség, eszközök) igényel.
Objektív összefoglalót ad a beteg személyiségéről és problémájáról.	A szakember által a teszt bemutatására fordított idő hosszabb.
Az exploráció során nem látható problémák azonosítására képes.	Irodai/számítógépes értékelés lehetséges csak.
Hozzájárul a rapport javulásához.	Az értelmezésre fordított szakmai idő megnőtt.
Hatékony információforrás a kezelés szükségességéről.	
Módszert ad a beteg személyiségéről való visszajelzéshez.	
Segíti a terápia hosszának csökkenését.	
A tünetek intenzitásának meghatározásával jelentősen hozzájárul a későbbi változáskövetéshez.	
Segíthet a korlátozott erőforrások maximalizálásában.	

Csúcskódok

Az MMPI-2 megjelenését követően néhány szerző megkérdőjelezte, hogy a korábban leírt csúcskódok értelmezése használható-e az új normák és az új T-érték-számítás miatt (Ben-Porath, 2006). A kezdeti adatok az 1989-es MMPI-2 kézikönyv megjelenésekor arról számoltak be, hogy ugyanaz a kétpontos csúcskód csak az esetek kétharmadában egyezik, amikor az adott személy kitölti az MMPI-t, illetve az MMPI-2-t is (Ben-Porath, 2006; Dahlstrom, 1992).

A Graham és munkatársai (1991a) által végzett vizsgálatok arra hívták fel a figyelmet, hogy a csúcskódok esetében legalább 5 T-értékkel magasabbnak kell lenniük a csúcskód skáláinak a profil többi skálájától, hogy a kódtípus kellően stabil, jól definiált legyen. Ezen definíciót követve, saját vizsgálataikban 80 és 95%-os egyezéseket találtak az MMPI és az MMPI-2 között (Graham és mtsai, 1991a). Greene (2011) kiemeli, hogy igen eltérő adatok állnak rendelkezésre az MMPI és MMPI-2 csúcskódjainak összehasonlításával kapcsolatban, ugyanis jól definiált csúcskódok esetében 50 és 90% közötti, míg kevésbé jól definiált csúcskódoknál csupán 40 és 70% közötti egyezéseket találtak. Ezt erősítette meg McNulty, Ben-Porath és Graham (1998) vizsgálata is, melyben a jól definiált csúcskódok esetében hasonló eredményeket kaptak, míg a kevésbé definiált csúcskódoknál jóval gyengébb egyezést.

Összegezve, az MMPI és MMPI-2 csúcskódjai közötti különbségek hátterében az áll, hogy az MMPI-2 esetében bizonyos tételeket kicseréltek, a Klinikai skálákban ismétlődő tételeket törölték, és új T-érték-számítást vezettek be, mely hatással volt az átlagokra és a szórásokra (Friedman és mtsai, 2015). Megoldást jelent erre a problémára, ha a csúcskódok jól definiáltak (Friedman és mtsai, 2015; Graham és mtsai, 1991a), illetve ha a kétpontos csúcskódok esetében a két legmagasabb skála sorrendje nem kötött, hanem felcserélhető (például az 1-3 csúcskód akár 3-1 is lehet), mely szintén magasabb egyezést eredményez (Friedman és mtsai, 2015; Greene, 2011).



4. táblázat. A Validitási és Klinikai skálák tételeinek változása, illetve a változás jellege az MMPI-2-ben

Skála		Tételek száma			Változás típusa			
		Megmaradt tételek	Törölt tételek	Megváltozott tételek	Szexista megfogalmazás miatt	Szóhasználat modernizálása	Nyelvi letisztázás ¹	Egyszerűsítés
L	Hazugság	15		2	1	1		
F	Ritka válaszok	60	4	12	1	5	6	
K	Korrekción	30		1		1		
Hs ²	Hipochondriázis	32	1	5		1	3	1
D	Depresszió	57	3	2	1	1		
Hy	Hisztéria	60		9		4	2	3
Pd ²	Pszichopátia	50		4		2	1	1
Mf	Férfiasság- nőieség	56	4	6	1	2	1	2
Pa	Paranoia	40		2	1			1
Pt	Pszichaszténia	48		2			1	1
Sc	Szkizofrénia	78		13		1	7	5
Ma	Hipománia	46		7	4	2	1	
Si	Szociális introverzió	69	1	6		3	2	1

Megjegyzés: ¹A nyelvi letisztázás az igeidők és az igealakok pontosítását, kisebb kiegészítéseket és törléseket jelent. ²A Hs (a magyar adaptációban korábban Hd) és Pd (a magyar adaptációban korábban Pp) skála rövidítések eltérnek az MMPI és az MMPI-2 magyar adaptációjában.



Nyilvánvaló és Rejtett skálák

Wiener és Harmon 1946-ban dolgozták ki a Nyilvánvaló és Rejtett alskáákat, amelyekkel az volt a céljuk, hogy a validitási mutatókat kiegészítsék további olyan konstruktumokkal, melyek a szimuláció-disszimuláció mérésére alkalmasak, ugyanis a rejtett tételek esetén kevésbé egyértelmű, hogy mire kívánnak rákérdezni, ezáltal kevésbé manipulálhatók (Boone, 1994). A D, Hy, Pd, Pa és Ma Klinikai skálákhoz dolgoztak ki Nyilvánvaló és Rejtett alskáákat, míg a Hs, Pt és Sc Klinikai skálákhoz nem, ugyanis ezek a skálák nagyrészt nyilvánvaló tételekből állnak (Friedman és mtsai, 2015).

A Wiener–Harmon Nyilvánvaló és Rejtett alskáák tételei közül 3 került törlésre az MMPI-2 kialakítása során, mindhárom a D Klinikai skálához tartozó alskáákat érintette. Habár az MMPI-2 skálái közé bekerültek a Wiener–Harmon Nyilvánvaló és Rejtett alskáák, az Újrasz-tenderdizálási Bizottság mégis körültekintő és óvatos értelmezésükre hívta fel a figyelmet (Boone, 1994). Ennek oka, hogy mind az MMPI (Peterson, Clark és Bennett, 1989; Wrobel és Lachar, 1982), mind az MMPI-2 (Berry, Baer és Harris, 1991; Graham, Watts és Timbrook, 1991b; Timbrook, Graham, Keiller és Watts, 1993) esetén gyenge-közepes pszichometriai mutatókat találtak a Nyilvánvaló és Rejtett alskáák esetében (Ben-Porath, 2006; Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham és Kaemmer, 2003). Ráadásul Weed, Ben-Porath és Butcher (1990) szerint a rejtett alskáákhoz tartozó tételek megjelenése a főskálában csökkenti a Klinikai skálák validitását. Ezt az eredményt támasztották alá más kutatások is (Osberg és Harrigan, 1999), ezek továbbá azt találták, hogy azok a Klinikai skálák, melyek szinte csak nyilvánvaló tételeket tartalmaznak, magasabb belső konzisztencia mutatókkal rendelkeznek, mint a rejtett tételeket tartalmazó Klinikai skálák (Boone, 1994; Timbrook és mtsai, 1993). Másrészt a Nyilvánvaló alskáák sokkal inkább egyeznek a beteg panaszaiival, tüneteivel (Graham, 1993; Greene, 2011).

Az MMPI-2 2001-ben történt felülvizsgálata során – a fent említett okok miatt – végül úgy döntöttek, hogy kiveszik a kézikönyvből, illetve a pontozási kulcsból is a Wiener–Harmon Nyilvánvaló és Rejtett alskáákat (Butcher és mtsai, 2001). Ezek az eredmények azért is fontosak, mert a Magyarországon még mindig gyakran használt MMPI értelmezésében ezek az alskáák – a fentiek alapján indokolatlanul – nagy hangsúlyt kapnak.

Harris–Lingoes-skálák

Az MMPI egyik legnépszerűbb újítása volt, amikor Harris és Lingoes (1968) a Klinikai skálákhoz racionálistartalom-alapú alskáákat hoztak létre (Groth-Marnat és Wright, 2016). A D, Hy, Pd, Pa, Sc és Ma Klinikai skálákhoz dolgoztak ki alskáákat úgy, hogy a Klinikai skálák tételeit egyenként megvizsgálták, majd általuk homogénnek tartott csoportokba sorolták azokat, melyek véleményük szerint egyetlen tulajdonságra, attitűdre, problémára fókuszáltak (Friedman és mtsai, 2015). Ennek mentén 28 alskálát alakítottak ki (Harris és Lingoes, 1968). A Hs és a Pt Klinikai skálákhoz nem dolgoztak ki alskáákat, ugyanis azt találták, hogy ezek a Klinikai skálák homogén tartalmúak (Friedman és mtsai, 2015; Groth-Marnat és Wright, 2016). Habár az Mf és az Si skálát többdimenziósoknak találták, végül ezekhez sem dolgoztak ki alskáákat, feltehetően azért, mert nem tekintették őket olyan Klinikai skáláknak, melyek pszichopatológiát tükröznek (Friedman és mtsai, 2015).

Az MMPI-2-ben megtartották a Harris–Lingoes-alskáákat, az újrasz-tenderdizálás során csak egy tételt hagytak ki, mely egyetlen alskálát érintett, a D₂: Pszichomotoros retardáció alskáában 15 tétel helyett 14 maradt (Friedman és mtsai, 2015). Ben-Porath, Hostetler, Butcher és Graham



(1989) az MMPI-2 Si Klinikai skálához – hasonlóan, mint a Harris–Lingoes-alskálák esetében – 3 alskálát dolgoztak ki. Mind a Harris–Lingoes, mind pedig az Si alskálák gyakorlati jelentősége abban rejlik, hogy hasznos kiegészítő információkat nyújtanak az eredeti Klinikai skálák differenciáltabb értelmezéséhez (Friedman és mtsai, 2015; Groth-Marnat és Wright, 2016). A legtöbb kutatás és az MMPI-2 kézikönyv a 65 T-érték fölötti alskálák értelmezését javasolja (Butcher és mtsai, 2001; Friedman és mtsai, 2015; Groth-Marnat és Wright, 2016; Nichols, 2011), azonban bizonyos szerzők (pl. Greene, 2011) a 70 T-értéket találták megfelelőbbnek. Ennek oka, hogy a 28 Harris–Lingoes alskála tételei 6 és 32 tétel között változnak, ezért bizonyos alskálák esetében egy tétel jóváhagyása is 5–9 T-érték ponttal módosítja a páciens pontszámát (Greene, 2011).

Bár a Harris–Lingoes-alskálák erős korrelációt mutatnak a hozzájuk tartozó Klinikai skálával (Groth-Marnat és Wright, 2016), illetve szignifikáns kapcsolatban állnak a csúcscódokkal (McGrath, Powis és Pogge, 1998), az alskálák belső konzisztenciája bizonyos esetekben igen alacsony (Friedman és mtsai, 2015). Ennek oka némely alskála esetében az alacsony tételszám lehet (Friedman és mtsai, 2015). A Harris–Lingoes-alskálák, illetve az Si alskálák pszichometriai hiányosságainak ellenére a legtöbb kutatás és az MMPI-2 kézikönyv egyetért abban, hogy ezek az alskálák hasznosak a mindennapi gyakorlatban, a Klinikai skálák differenciált értelmezésében, főleg azokban az esetekben, amikor a szakember szeretné a Klinikai skálák eredményeit finomítani és minél pontosabban a kitöltőhöz igazítani (Friedman és mtsai, 2015; Groth-Marnat és Wright, 2016; Nichols, 2011).

TARTALMI SKÁLÁK

A tartalomalapú megközelítés az MMPI-teszt első megjelenéséig nyúlik vissza. Az empirikus tesztkonstrukció ellenére már a korai években felmerült, hogy a tételek tartalma is szerepet játszhat a válaszadásban (Ben-Porath, 2006). Kezdetben a tételek tartalma elsősorban mint választorzító tényező került az érdeklődés középpontjába. A választorzítás kontrollálása és korrekciója vezetett a Validitási skálák kialakításához. Ezt követően a Klinikai skálák nyilvánvaló és rejtett tartalommal bíró tételeinek alskálákba rendezése került a fókuszba (Ben-Porath, 2006).

Az MMPI Tartalmi skáláit Wiggins (1969) empirikus-racionális módszerrel alakította ki. A Hathaway és McKinley által javasolt 26 tartalmi területből indult ki, majd a tételek empirikus elemzése után 13 konzisztens és relatíve független Tartalmi skálát hozott létre. Az általa alkalmazott módszertan a később kialakított Tartalmi skálák – így az MMPI-2 Tartalmi skáláinak is – prototípusává vált. Az 1980-as évekre az MMPI klinikai és kutatásban való alkalmazásában az empirikus értelmezés mellett egyre nagyobb teret nyert a tartalmi értelmezés is. Ennek megfelelően a teszt 1989-es revíziója során is hangsúlyt kapott a Tartalmi skálák kidolgozása (Ben-Porath, 2006).

Butcher és munkatársai (1990) Wiggins módszeréhez hasonlóan racionális-empirikus módszerrel alakították ki az MMPI-2 Tartalmi skáláit (Friedman és mtsai, 2015; Gotts és Knudsen, 2005). A többlepcsős konstrukciós folyamat végén 15 belsőleg konzisztens, relatíve független, az MMPI-2 tartalmi dimenzióit jól reprezentáló Tartalmi skála született (Graham, 1993). A skálák egy részének összetétele megegyezik a Wiggins által kialakított MMPI Tartalmi skálákéval, a tételrevízióknak köszönhetően azonban több skála tartalmaz új állításokat, bizonyos skálák pedig nagyrészt új tételekből állnak (Ben-Porath, 2006). A Klinikai skálákhoz hasonlóan a Tartalmi skálák esetében is az uniform T-érték-számítás terjedt el, ezért a skála értelmezését 65 T-érték felett ajánlják (Butcher és mtsai, 2001).



5. táblázat. Az MMPI-2 Tartalmi skálái a skálák tételszámával, valamint a Tartalmi komponens skálák és a skálákat magukba foglaló tartalmi körök

Tartalmi skála		Tételek száma	Tartalmi komponens skála	Tartalmi kör
ANX	Szorongás	23		Internalizáló tünetek
FRS	Félelmek	23	FRS ₁ : Általános félelemérzet FRS ₂ : Többféle félelem	
OBS	Kényszeresség	16	DEP ₁ : Motivációhiány	
DEP	Depresszió	33	DEP ₂ : Diszfória DEP ₃ : Önmaga alulértékelése DEP ₄ : Öngyilkossági gondolatok	Externalizáló vagy agresszív tendenciák
HEA	Egészségügyi panaszok	36	HEA ₁ : Gasztrointesztinális tünetek HEA ₂ : Neurológiai tünetek HEA ₃ : Általános egészségügyi panaszok	
BIZ	Bizarr gondolkodás	24	BIZ ₁ : Pszichotikus tünetképzés BIZ ₂ : Szkizotip vonások	
ANG	Düh	16	ANG ₁ : Robbanékonyság ANG ₂ : Ingerlékenység	
CYN	Cinizmus	23	CYN ₁ : Mizantróp meggyőződés CYN ₂ : Interperszonális gyanakvás	
ASP	Antiszocialitás	22	ASP ₁ : Antiszcialis attitűdök ASP ₂ : Antiszcialis viselkedés	
TPA	A-típus	19	TPA ₁ : Türelmetlenség TPA ₂ : Versengés	
LSE	Alacsony önértékelés	24	LSE ₁ : Kétkelkedik önmagában LSE ₂ : Önálvetés	
SOD	Társas kényelmetlenség-érzet	24	SOD ₁ : Introverzió SOD ₂ : Szégyenlősség	
FAM	Családi problémák	25	FAM ₁ : Családi konfliktusok FAM ₂ : Elidegenedés a családtól	
WRK	Romló munkateljesítmény	33		Átfogó problémák
TRT	Rossz terápiás előjelek	26	TRT ₁ : Alacsony motiváció TRT ₂ : Feltárulkozás hiánya	



Az MMPI-2 Tartalmi skálái 4 téma köré csoportosíthatók (Butcher és mtsai, 2015; Friedman és mtsai, 2015). Az Internalizáló tünetek közé tartozik az ANX, az FRS, az OBS, a DEP, a HEA és a BIZ Tartalmi skála. Ezeknek a skáláknak az emelkedett értéke inkább a tüneti problémák és zavarok felé orientál. Az Externalizáló vagy agresszív tendenciák csoportba tartozik az ANG, a CYN, az ASP és a TPA Tartalmi skála. Ezek emelkedettsége inkább a személyiségzavarok irányába orientál. A Csökkentértékűség kategóriához csak az LSE Tartalmi skála tartozik, míg az Átfogó problémák csoport integrálja a SOD, a FAM, a WRK és a TRT Tartalmi skálát (Butcher és mtsai, 2015; Friedman és mtsai, 2015). A Tartalmi skálák jelentését és tételszámát, valamint a Tartalmi komponens skálákat és a skálák tartalmi köreit az 5. táblázat foglalja össze.

Kidolgozásuk óta számos vizsgálat igazolta az MMPI-2 Tartalmi skáláinak validitását és reliabilitását (Ben-Porath, 2006; Friedman és mtsai, 2015; Graham, 1993). Kutatások szerint a Tartalmi skálák magasabb belső konzisztenciával rendelkeznek, mint a Klinikai skálák, és belső konzisztenciájuk hasonló a korábbi, Wiggins-féle tartalmi skálákéhoz, melyeknek helyettesítésére szánták (Ben-Porath, 2006). Teszt-reteszt reliabilitásuk alapján stabilnak mondhatók (Friedman és mtsai, 2015). Belső konzisztenciájuk ellenére egyes skálákat mégis további, relatív független klaszterekre lehet osztani (Ben-Porath, 2006). Ennek alapján Ben-Porath és Sherwood (1993) bizonyos Tartalmi skálákhoz Tartalmi komponens skálákat alakított ki, mely alskálák segítenek a főskála differenciáltabb értelmezésében. A 12 Tartalmi skálához 27 Tartalmi komponens skála került kialakításra (5. táblázat).

Habár a Tartalmi skálák leírása interpretációs lehetőségeket kínál az emelkedett (65 T-érték fölötti) pontértékek esetén, a skálák értelmezését a Validitási és a Klinikai skálákkal való összefüggésükben érdemes megtenni (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Ehhez nyújt támpontot Leary (1956, 1957, id. Friedman és mtsai, 2015) többszintű interperszonális diagnosztikus sémája, mely alapján egy értelmezési keretbe helyezhetők a Klinikai és a Tartalmi skálák összefüggései. A modell szerint a diagnosztikus értelmezés első szintjét azok az adatok alkotják, melyek mások szerint jellemzik az adott személyt, vagy tüneteinek, panaszainak, attitűdjeinek, személyiségvonásainak a másokra gyakorolt hatását tükrözik. Ezek objektív és nyílt adatok, melyek sok esetben nem egyeznek meg a személy önmagáról alkotott képével. Az MMPI-2-ben ezek az adatok tükröződnek a klinikai profilban. Ezzel ellentétben a második szint adatai a személyes fenomenológiai mező tudatos leírását jelentik, azt, ahogyan a személy önmaga viselkedését, tüneteit, vonásait, másokhoz fűződő viszonyát észleli. A Tartalmi skálák ilyen jellegű információkat közvetítenek az egyénről, a személy énprezentációját jelenítik meg (Friedman és mtsai, 2015; Gotts és Knudsen, 2005).

KIEGÉSZÍTŐ SKÁLÁK

Az MMPI-hoz az 1950-es évek közepére számos Kiegészítő skálát alakítottak ki, melyek alkalmazása a 60-as évekre, a számítógépes kiértékelés megjelenésével terjedt el (Friedman és mtsai, 2015). Kezdetben a Kiegészítő skálák közé önkényes módon azokat a skálákat emelték be, melyeket klinikai és kutatási szempontból a leginkább hasznosnak találtak (Friedman és mtsai, 2015), azonban ezek a skálák igen heterogének voltak a validitás, a reliabilitás, a normatív mintavétel és a kialakításuk módja szempontjából (Graham, 1993). Az első Kiegészítő skála a Szociális introverzió (Si) volt (Drake, 1946), melyet csak később, 1951-ben integráltak a Klinikai skálák közé (Friedman és mtsai, 2015). Az MMPI leggyakrabban említett kiegészítő skálái a



Welsh-féle Első faktor (szorongás) skála (A) és az Elfojtás (R) skála (Welsh, 1956), az Énerő (Es) skála (Barron, 1953), a Dominancia (Do) skála (Gough, McClosky és Meehl, 1951), a Társas felelősségérzet (Re) skála (Gough, McClosky és Meehl, 1952), az Előítéletesség (Pr) skála (Gough, 1951), a Társadalmi státusz (St) skála (Gough, 1948) és a Kontroll (Cn) skála (Cuadra, 1956) voltak. Az évek során újabb skálákat is kialakítottak, például a Gyenge Főiskolai Alkalmazkodás (Mt) skálát (Kleinmuntz, 1961), a MacAndrew-féle Alkoholizmus (MAC) skálát (MacAndrew, 1965) és a Túlkontrollált Ellenségesség (O-H) skálát (Megargee, Cook és Mendelsohn, 1967).

Az MMPI-2 kialakítása lehetőséget teremtett az időközben létrehozott nagyszámú Kiegészítő skála áttekintésére (Friedman és mtsai, 2015). A Kiegészítő skálák új készletének összeállításakor fontos szempont volt, hogy az adott skálával kapcsolatban validitásvizsgálatok is rendelkezésre álljanak. A korábbi vizsgálatokban talált reliabilitásuk és validitásuk alapján szelektálták őket, így nem emelték át az MMPI-2-be az MMPI összes Kiegészítő skáláját, kihagyták az MMPI-2-ből a Derékfájdalom (Lb), a Dependencia (Dy), az Előítéletesség (Pr), a Társadalmi státusz (St) és a Kontroll (Cn) skálákat (Friedman és mtsai, 2015). A korábbi Kiegészítő skálák közül 6 skálát integráltak, de a teszt revíziója ezeket a skálákat is érintette. Némely skálák esetében a tételek száma változott, illetve az uniform T-érték-számítás a skálák értelmezésének határértékét változtatta meg (Duckworth és Anderson, 2019).

Az MMPI-2 1989-es megjelenésekor 4 új Kiegészítő skála került be, a Nemi Szerep – Férfias (GM) skála, a Nemi Szerep – Nőies (GF) skála, a Keane-féle Poszttraumás Stressz Zavar (PK) skála és a Schlenger-féle Poszttraumás Stressz Zavar (PS) skála. Ezt követően további 3 új skálát fejlesztettek ki (Butcher és mtsai, 2001). A Házassági distressz (MDS) skála és két szerhasználatot mérő skála – az Addikciós potenciál (APS) skála és az Addikció elismerése (AAS) skála – került be a tesztbe. Emellett az MMPI egyik skálájának felújított változata – az Ellenségesség (Ho) skála, amely kimaradt az 1989-es MMPI-2 kézikönyvből – belekerült a 2001-es MMPI-2 átdolgozott kézikönyvbe, míg a Schlenger-féle PTSD skálát (PS) kivették belőle (Ben-Porath, 2006).³ Az MMPI-2 Kiegészítő skáláit a 6. táblázat szemlélteti.

Az MMPI-2 Kiegészítő skáláinak többsége (A, R, Es, O-H, Do, Re, Mt, MAC-R) a kutatások alapján jó validitási és reliabilitási mutatókkal rendelkezik, míg más skálák (PK, PS, MDS, GM, GF) elsősorban a klinikai értelmezés gazdagítása miatt kerültek be a tesztbe (Friedman és mtsai, 2015).

A Kiegészítő skálák esetében nincs konszenzus az átlagövezet felső határával kapcsolatban, a szakirodalomban leggyakrabban a 65 T-érték feletti pontszámot tekintik megemelkedettnek, de bizonyos skálák (pl. MAC-R) esetében ez eltérő lehet (Graham, 1993). Az alacsony pontértékek néhány kivételtől eltekintve nem értelmezhetők, ugyanis nem áll rendelkezésre elég adat ahhoz, hogy megbízható következtetéseket lehessen levonni (Butcher és mtsai, 2001; Graham, 1993).

ÚJRASTRUKTURÁLT KLINIKAI SKÁLÁK (RC)

Az MMPI újrasztenderdizálásának egyik fő feladata az volt, hogy megmaradjon a lényegi kontinuitás a teszt eredeti és új verziója között, különösen a Klinikai skálák tekintetében, melyekkel az MMPI-t hosszú ideje azonosítják (Ben-Porath, 2006; Tellegen és mtsai, 2003). Éppen ezért a

³A Magyarországon használt MMPI-2 kiértékelő OS Hungary szoftver tartalmazza a PS skálát.



6. táblázat. Az MMPI-2 Kiegészítő skálái, a skálák tételszáma, illetve a skálákat kidolgozó szerzők

Kiegészítő skálák		Tételek száma	Szerző
A	Szorongás	39	Welsh (1956)
R	Elfojtás	37	Welsh (1956)
Es	Énerő	52	Barron (1953)
Do	Dominancia	25	Gough, McClosky és Meehl (1951)
Re	Társas felelősségérzet	30	Gough, McClosky és Meehl (1952)
Mt	Gyenge főiskolai alkalmazkodás	41	Kleinmuntz (1961)
PK	Poszttraumásstressz-zavar	46	Keane, Malloy és Fairbank (1984)
MDS	Házassági distressz skála	14	Hjemboe, Butcher és Almagor (1992)
Ho	Ellenségesség	50	Cook és Medley (1954)
O-H	Túlkontrollált ellenségesség	28	Megargee, Cook és Mendelsohn (1967)
MAC-R	Átdolgozott MacAndrew alkoholizmus skála	49	MacAndrew (1965)
AAS	Addikció elismerése skála	13	Weed, Butcher, McKenna és Ben-Porath (1992)
APS	Addikciós potenciál skála	39	Weed, Butcher, McKenna és Ben-Porath (1992)
GM	Nemi szerep – férfias skála	47	Peterson és Dahlstrom (1992)
GF	Nemi szerep – nőies skála	46	Peterson és Dahlstrom (1992)
PS	Poszttraumásstressz-zavar	60	Schlenger és Kulka (1987)

Klinikai skálák esetében csak apróbb változtatásokat hajtottak végre, ahogyan azt fentebb már ismertettük. Ez lehetővé tette a szakemberek számára, hogy továbbra is támaszkodhassanak az évtizedek alatt megjelent számtalan szakirodalomra és a teszthasználattal kapcsolatban felhalmozódott klinikai tapasztalatra.

Ben-Porath (2006) szerint a Klinikai skálák elsődleges korlátja azok diszkriminációs konstruktumvaliditása a közöttük lévő váratlanul magas korrelációk miatt, melyeket jelentős tételek közötti átfedések erősítenek fel. Kiemelkedő példa erre a 0,80-nál magasabb korreláció a Pszichaszténia skála (Pt – 7. Klinikai skála), amely a negatív emocionalitást, „neuroticizmust” méri és a Szkizofrénia skála (Sc – 8. Klinikai skála) között, mely pedig a „pszichoticizmust” (Butcher és mtsai, 1989).

Nem sokkal az 1989-es MMPI újraszterilizálását követően Auke Tellegen egy nagyszabású kutatásba kezdett, melynek célja a Klinikai skálák újrastrukturálása volt (Ben-Porath, 2006). Egy évtizeddel később Tellegen és munkatársai (2003) kiadták az MMPI-2 *Újrastrukturált klinikai skálák* (RC) című könyvüket, melyben részletesen leírják az új skálák fejlesztésének módszereit, indokait, eredményeiket és a skálák értelmezési lehetőségeit. Az RC skálák megalkotásával Tellegen és munkatársai (2003, 2009) célja az volt, hogy megőrizték az MMPI-2-ben meglévő Klinikai skálák leíró tulajdonságait, azonban növeljék a megkülönböztető képességüket.

Az RC skálák kidolgozásakor az volt a kiindulópont, hogy a Klinikai skálák hátterében áll egy közös faktor, amely a magas korrelációt eredményezi a skálák között (Ben-Porath, 2012). Ez a közös faktor általános kiábrándultságot, lehangoltságot, negatív színezetű affektusokat foglal magában. Ezért első lépésben azonosították ezt a faktort, majd Kiábrándultság skálának nevezték



el (Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Ezt követően – miután kiküszöbölték a Kiábrándultságból adódó varianciát – külön-külön elemezték a 10 alapvető Klinikai skálát, és azonosították a lényegi sajátosságait. A Klinikai skálák lényegi komponenseinek reprezentálására 8 RC skálát dolgoztak ki a Kiábrándultság skála mellett (7. táblázat). Az Mf és Si Klinikai skálákat nem tekintették pszichopatológiai mutatóknak, ezért nem dolgoztak ki hozzájuk RC skálát (Ben-Porath, 2006; Tellegen és mtsai, 2003). A 9 RC skála összesen 192 MMPI-2 tételből áll (Ben-Porath, 2006).

A pszichometriai vizsgálatok eredményei alapján az RC skálák legalább olyan megbízhatók, mint a Klinikai skála párjaik. Az RC skálák és a Klinikai skála párjaik a 7. táblázatban láthatók. Az RC skálákról elmondható, hogy a legtöbb esetben nagymértékben korrelálnak a megfelelő Klinikai skála párjukkal, azonban sokkal kevésbé jelenik meg bennük a Kiábrándultság. Továbbá a Klinikai skálákhoz képest lényegesen gyengébb az RC skálák közötti korreláció (Tellegen és mtsai, 2003; Wallace és Liljequist, 2005), illetve az RC skálák jelentősen jobb teszt-reteszt reliabilitást mutatnak (Wallace és Liljequist, 2005). Tellegen és munkatársai (2003, 2009) szerint összességében a pszichometriai elemzések alapján elmondható, hogy az RC skálák konvergens validitása jobb, diszkriminatív validitásuk pedig lényegesen magasabb, mint a Klinikai skáláké, ezen belül pedig a legjelentősebb javulást a pszichotikus tüneteket mérő RC6 és RC8 skálák mutatták. Nichols (2006) ugyanakkor megjegyzi, hogy az RC skálák a Kiábrándultság faktor külön kezelésével elvesztik a tüneti komplexitásukat, ezáltal közelebb állnak a Tartalmi skálákhoz, ezt erősíti meg az is, hogy az RC skálák és bizonyos Tartalmi skálák korrelációja igen magas (pl. RC1 / HEA = 0,90; RC3 / CYN = 0,91; RC8 / BIZ = 0,89 [Rouse, Greene, Butcher, Nichols és Williams, 2008]).

Tellegen és munkatársai (2003, 2009) könyvükben azt javasolják, hogy az RC skálák eredményeit a Klinikai skálák eredményeinek megerősítésére, validálására használjuk, így abban nyújthatnak segítséget, hogy eldöntsük, mely Klinikai skála pontszámemelkedését vegyük figyelembe.

SZEMÉLYISÉG-PSZICHOPATOLÓGIA-5 (PSY-5) SKÁLÁK

A PSY-5 skálák fejlesztésekor az volt a cél, hogy olyan konstruktumokat hozzanak létre, melyek a tartós, időben állandó személyiségjegyeket mérik, ezáltal segítik a szakembereket annak feltérképezésében, hogy a páciens milyen módon tud, illetve hogy képes-e a viselkedésének, érzelmei

7. táblázat. Az MMPI-2 RC skálái, illetve azok Klinikai skála párjai

Újrastrukturált klinikai skálák		Klinikai skálák	
RCd (dem)	Kiábrándultság		
RC1 (som)	Testi panaszok	Hs (1)	Hipochondriázis
RC2 (lpe)	Kevés pozitív érzelem	D (2)	Depresszió
RC3 (cyn)	Cinizmus	Hy (3)	Hisztéria
RC4 (asb)	Antiszociális viselkedés	Pd (4)	Pszichopátia
RC6 (per)	Üldöztetési gondolatok	Pa (6)	Paranoia
RC7 (dne)	Diszfunkcionális negatív érzelmek	Pt (7)	Pszichaszténia
RC8 (abx)	Szokatlan élmények	Sc (8)	Szkizofrénia
RC9 (hpm)	Hipomániás aktiváció	Ma (9)	Hipománia



szabályzásának módosítására a kezelés során (Butcher és Perry, 2008). Harkness és McNulty (1994) úgy alkotta meg a PSY-5 skálákat, hogy a normál személyiségvonások mellé beemelték a DSM-III-R (APA, 1987) második tengelyén lévő személyiségzavar-kritériumokat is, valamint a Cleckley-féle pszichopátia felfogást. Az ezek mentén kidolgozott PSY-5 konstruktumok olyan 5 tág személyiségterületet fednek le, melyek relevánsak az intervenciók és a klinikai kezelés tervezése szempontjából (Cox és mtsai, 2009). Az 5 PSY-5 skála az Agresszivitás (AGGR), a Pszichotizmus (PSYC), a Gátolatlanság (DISC), a Negatív emocionalitás/Neurotizmus (NEGE) és az Introverzió/Alacsony pozitív emocionalitás (INTR) (Cox és mtsai, 2009). A skálákat először Harkness, McNulty és Ben-Porath (1995) vezették be az MMPI-2 használatába, ezt követően pedig a 2001-es MMPI-2 átdolgozott kézikönyv egyik fő újítása volt, hogy a PSY-5 skálákat hozzáadták a skálák és a teszt pontozási anyagainak standard listájához (Butcher és mtsai, 2001).

Az elmúlt években egyre nagyobb figyelmet kap a személyiségzavarok dimenzionális megközelítése, mely a kategóriaalapú klasszifikációt váltotta fel (Brown és Sellbom, 2020). A személyiségzavarok dimenzionális klasszifikációjába a PSY-5 skálák jól beilleszthetők, mind a DSM-5 (APA, 2013) alternatív személyiségzavar modelljével (Anderson és Sellbom, 2021; Finn, Arbisi, Erbes, Polusny és Thuras, 2014), mind a BNO-11 (WHO, 2019) diagnosztikus kritériumaival összhangban vannak (Anderson és Sellbom, 2021). Számos kutatás megerősítette a kapcsolatot a PSY-5 skálák és a személyiségzavarok tünetei között (Finn és mtsai, 2014; Sellbom, Smid, De Saeger, Smit és Kamphuis, 2014; Stokes, Sapoff, Pogge, Zaccario és Barbot, 2019; Trull, Useda, Costa Jr. és McCrae, 1995; Wygant, Sellborn, Graham és Schenk, 2006), éppen ezért elmondható, hogy a PSY-5 skálák alkalmasak a személyiségzavarok dimenzionális klasszifikációjára (Jin és mtsai, 2021).

A PSY-5 skálákkal kapcsolatban a pszichometriai vizsgálatok megerősítették, hogy belső konzisztenciájuk megfelelő, a teszt-reteszt reliabilitásuk jó, illetve külső validitásuk magas (Friedman és mtsai, 2015; Harkness, Finn, McNulty és Shields, 2012; Harkness és McNulty, 2006). Bagby, Ryder, Ben-Dat, Bacchioni és Parker (2002) mind klinikai, mind pedig normál mintán megerősítették a PSY-5 skálák faktorstruktúráját.

AZ MMPI-2-T KÖVETŐ FEJLESZTÉSEK, VÁLTOZÁSOK

MMPI-A

Az újrastenderdizálás során felismerték, hogy nem mérheti megfelelően a serdülők és a felnőttek pszichés jellegzetességeit ugyanazon mérőeszköz, így 1992-ben létrehozták és serdülő mintán validálták az MMPI-A-t a 14 és 18 éves korosztály vizsgálatára (Pope, Butcher és Seelen, 1993). A 478 tételes kérdőív értelmezését a Validitási és a Klinikai skálák mellett olyan serdülőspecifikus tartalmi skálák segítik, melyek például az iskolai és a családi problémákat, az elidegenedést, valamint a magatartászavarok fennállását mérik (Groth-Marnat és Wright, 2016).

MMPI-2-RF

Az MMPI-2-RF kifejlesztéséhez olyan, az MMPI-2-vel kapcsolatos kritikák vezettek, mint például a Klinikai skálák alkalmazhatóságának vitatottá válása. Számos empirikus kutatás rávilágított ugyanis a Klinikai skálák pszichometriai hiányosságaira, eltérő reliabilitási mutatóira, valamint a skálák közötti magas korrelációkra, továbbá arra, hogy a legtöbb Tartalmi skála



hasonló vagy jobb bejósoló erővel bírt a pszichopatológiai tünetekre nézve, mint a Klinikai skála párjaik (Helmes és Reddon, 1993). Az MMPI-2 megjelenését követően az Újraszttenderdizálási Bizottság egyik tagja, Tellegen alkotta meg az Újrastrukturált klinikai skálákat, melyeket először az MMPI-2-höz csatoltak, majd ez képezte az MMPI-2 újrastrukturált formájának, az MMPI-2-RF alapját. Az MMPI-2-RF (Ben-Porath és Tellegen, 2008) az 1989-es, az MMPI-2-höz készült normatív mintán alapul, 338 tételt tartalmaz. Az értelmezést az RC skálák mellett 3, személyiségpszichopatológiát mérő magasabb rendű skála: (1) Érzelmi diszfunkció (érzelmi, hangulati problémák, internalizáló tünetek); (2) Viselkedési diszfunkció (alulkontrollált viselkedés, externalizáló tünetek); (3) Kognitív diszfunkció (zavart gondolkodással kapcsolatos problémák), valamint 23 Specifikus probléma skála (pl. neurológiai panaszok, haragra való hajlam, agresszió, szociális távolságtartás, szegénylősség), illetve 2 Érdeklődési skála (esztétikai-irodalmi és műszaki-fizikai érdeklődés) segíti, továbbá megtartásra kerültek a PSY-5 alskálák is. A Klinikai skálákat pedig elhagyták az MMPI-2-RF-ből (Ben-Porath, 2012). Éppen ezért az MMPI-2-RF-et több kritika is érte, ugyanis azáltal, hogy elhagyták a Klinikai skálákat, az empirikus skálakidolgozás előnyeit is elvesztette a teszt, illetve a korábbi csúcskódokhoz kapcsolódó értelmezést felváltotta a skálánkénti értelmezés, így a közel 80 éves kutatási és klinikai tapasztalat eredményei nem alkalmazhatók az új mérőeszközben (Friedman és Nichols, 2017). Greene (2011) szerint az MMPI-2-RF egyetlen kapcsolata az MMPI-2-vel, hogy az az MMPI-2 tételeinek egy részhalma, illetve hogy az MMPI-2 normatív mintájára épül, éppen ezért az MMPI-2-RF-et egy új személyiségletárnak tekinti, nem pedig az MMPI-2 újrastrukturált változatának. Az MMPI-2-RF-nek nincs magyar adaptációja.

MMPI-3

Az új normatív mintával dolgozó, 335 itemes MMPI-3 alapjául az MMPI-2-RF Validitási és RC skálái, valamint a magasabb rendű és Specifikus probléma skálái szolgáltak (Ben-Porath és Tellegen, 2020). Létrehozásával a cél az volt, hogy megtartsák a folytonosságot az MMPI-2-RF és az MMPI-3 között, de új normatív mintát biztosítsanak a pontosabb értelmezés céljából (Ben-Porath, Heilbrun és Rizzo, 2022). Egy új Validitási skála (kombinált válasz inkonzisztencia – CRIN, mely a véletlenszerű és a meghatározott inkonzisztens válaszokat együttesen veszi figyelembe) mellett 4 új Specifikus probléma skála került be az MMPI-2-RF-hez képest, illetve a PSY-5 skálák revíziója is megtörtént az új normatív mintán (Ben-Porath és Tellegen, 2020). Az új Specifikus probléma skálák a testi állapotromlásra, neurológiai tünetekre, problémás evési viselkedésekre, valamint memória- és koncentrációs nehézségekre fókuszálnak (Ben-Porath és Tellegen, 2020; Ben-Porath és mtsai, 2022).

Friedman és Nichols (2017) már az MMPI-2-RF-et is kritikával illették, éppen ezért már az MMPI-3 megjelenése előtt felhívták a figyelmet arra, hogy mivel az az MMPI-2-RF-re épül, ezért az új változat hozzáadott értéke megkérdőjelezhető. Az MMPI-3-nak nincs magyar adaptációja.

ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunkban az MMPI-2 változásait és újításait foglaltuk össze az MMPI első verziójához viszonyítva, illetve bemutattuk az MMPI-2-t követő fejlesztéseket is. Az MMPI-2 számos újítást hozott, új normatív mintát, nyelvi-stilisztikus revíziót, új Validitási skálákat, az Újrastrukturált klinikai skálákat, a Tartalmi skálákat, új Kiegészítő skálákat, illetve a PSY-5 személyiség-



pszichopatológiai skálákat. Ezekről az új skálákról elmondható, hogy pszichometriai mutatóik a legtöbb esetben jók, azokban az esetekben pedig, ahol korábbi skálák helyettesítésére hozták létre őket, jelentősen jobb eredményeket találtak. Az MMPI-2 skálái és alskálái nagyban segítik az értékelő szakembert abban, hogy minél pontosabb, differenciáltabb képet kapjon a kitöltőről, ezzel hozzásegítve a páciens panaszainak jobb megértéséhez, illetve az exploráció során rejtetten maradó problémák azonosításához.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számmal elnyert pályázat keretében támogatja.

IRODALOM

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2021). Assessing ICD-11 personality trait domain qualifiers with the MMPI-2-RF. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 1090–1105.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Ben-Dat, H., Bacchioni, J., & Parker, J. D. A. (2002). Validation of the dimensional factor structure of the personality psychopathology five in clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Disorders*, 16(4), 304–316.
- Bagdy, E., Pressing, L., Bugán, A., & Zétényi, T. (1986). *Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás*. Budapest: Akadémiai.
- Barron, F. (1953). An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 327.
- Ben-Porath, Y. S. (2006). Differentiating normal from abnormal personality with the MMPI-2. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 337–381). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ben-Porath, Y. S. (2012). *Interpreting the MMPI-2-RF*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., Heilbrun, K., & Rizzo, M. (2022). Using the MMPI-3 in legal settings. *Journal of Personality Assessment*, 104(2), 162–178.
- Ben-Porath, Y. S., Hostetler, K., Butcher, J. N., & Graham, J. R. (1989). New subscales for the MMPI-2 Social Introversion (Si) scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 169–174.
- Ben-Porath, Y. S., & Sherwood, N. E. (1993). *The MMPI-2 content component scales: Development, psychometric characteristics and clinical application*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2 Restructured Form: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2020). *Minnesota Multiphasic Inventory-3 (MMPI-3): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Bloomington, MN: NCS Pearson Inc.



- Berry, D. T., Baer, R. A., & Harris, M. J. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11(5), 585–598.
- Boone, D. (1994). Reliability of the MMPI-2 subtle and obvious scales with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 346–351.
- Brown, T. A., & Sellbom, M. (2020). Further validation of the MMPI-2-RF personality disorder spectra scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(2), 259–270.
- Butcher, J. N., & Beutler, L. E. (2005). The MMPI-2. In L. E. Beutler, & G. Groth-Marnath (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 157–191). New York, NY: The Guilford Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota multiphasic personality inventory-2) manual for administration, scoring, and interpretation* (Revised edition). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2009). *MMPI-2 (Minnesota multiphasic personality inventory-2) manual for administration, scoring, and interpretation*. (OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. ford.) Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő Kft (Revised edition). Eredeti útmutató publikálva: 2001.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, Y. S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Hass, G. A., Greene, R. L., & Nelson, L. D. (2015). *Using the MMPI-2 in forensic assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., & Perry, J. N. (2008). *Personality assessment in treatment planning*. New York, NY: Oxford University Press.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Cook, W. W., & Medley, D. M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38(6), 414.
- Cox, A. C., Weed, N. C., & Butcher, J. N. (2009). The MMPI-2: History, interpretation, and clinical issues. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment* (pp. 250–276). New York, NY: Oxford University Press.
- Cuadra, C. (1956). A scale for control in psychological adjustment (Cn). In G. S. Welsh, & W. G. Dahlstrom (Eds.), *Basic readings on the MMPI in psychology and medicine* (pp. 235–254). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W. G. (1992). Comparability of two-point high-point code patterns from original MMPI norms to MMPI-2 norms for the restandardization sample. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 153–164.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook: Research applications* (Vol. 2). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Drake, L. E. (1946). A social I.E. Scale for the Minnesota multiphasic personality inventory. *Journal of Applied Psychology*, 30(1), 51–54.
- Duckworth, J. C., & Anderson, W. P. (2019). *MMPI and MMPI-2: interpretation manual for counselors and clinicians*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Finn, J. A., Arbisi, P. A., Erbes, C. R., Polusny, M. A., & Thuras, P. (2014). The MMPI-2 restructured form personality psychopathology five scales: Bridging DSM-5 section 2 personality disorders and DSM-5 section 3 personality trait dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 173–184.



- Friedman, A. F., Bolinsky, P. K., Levak, R. W., & Nichols, D. S. (2015). *Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Friedman, A. F., & Nichols, D. S. (2017). MMPI-3: Revision of the MMPI-2 or marketing hype. *National Psychologist*, 26, 5–6.
- Gotts, E. E., & Knudsen, T. E. (2005). *The clinical interpretation of the MMPI-2: A content cluster approach*. New Jersey, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gough, H. G. (1948). A new dimension of status: I. Development of a personality scale. *American Sociological Review*, 13(4), 401–409.
- Gough, H. G. (1951). Studies of social intolerance: III. Relationship of the Pr scale to other variables. *The Journal of Social Psychology*, 33(2), 257–262.
- Gough, H. G., McClosky, H., & Meehl, P. E. (1951). A personality scale for dominance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46(3), 360.
- Gough, H. G., McClosky, H., & Meehl, P. E. (1952). A personality scale for social responsibility. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47(1), 73.
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Graham, J. R., Timbrook, R. E., & Ben-Porath, Y. S. (1991a). Code-type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from artifact. *Journal of Personality Assessment*, 57(2), 205–215.
- Graham, J. R., Watts, D., & Timbrook, R. E. (1991b). Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. *Journal of Personality Assessment*, 57(2), 264–277.
- Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual* (3rd ed.). New York, NY: Pearson Education.
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of psychological assessment* (6th ed.). New Jersey, NY: Wiley & Sons.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L., & Shields, S. M. (2012). The Personality Psychopathology—Five (PSY-5): Recent constructive replication and assessment literature review. *Psychological Assessment*, 24(2), 432–443.
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The personality psychopathology five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack, & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291–315). New York: Springer.
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (2006). An overview of personality: The MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) scales. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 73–97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., & Ben-Porath, Y. S. (1995). The personality psychopathology five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7(1), 104–114.
- Harris, R. E., & Lingo, J. C. (1968). *Subscales for the MMPI: An aid to profile interpretation*. Los Angeles, CA: University of California.
- Helmes, E., & Reddon, J. R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113(3), 453–471.
- Hjemboe, S., Butcher, J. N., & Almagor, M. (1992). Empirical assessment of marital distress: The Marital Distress scale (MDS) for the MMPI-2. In C. D. Spielberger, & J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (pp. 141–152). Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jin, M. J., Lee, H. J., Hwang, K. S., Lee, J. H., Yang, C. M., Jang, S. H., & Lee, S. Y. (2021). A dimensional understanding of borderline personality disorder using MMPI-2 PSY-5 scales in clinical samples. *Psychiatry Investigation*, 18(12), 1164–1170.



- Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 888–891.
- Kleinmuntz, B. (1961). The college maladjustment scale (Mt): Norms and predictive validity. *Educational and Psychological Measurement*, 21(4), 1029–1033.
- Klump, K., & Butcher, J. N. (1997). Psychological tests in treatment planning: The importance of objective assessment. In J. N. Butcher (Ed.), *Personality assessment in managed health care* (pp. 93–130). New York, NY: Oxford University Press.
- MacAndrew, C. (1965). The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26(2), 238–246.
- McGrath, R. E., Powis, D., & Pogge, D. L. (1998). Code type-specific tables for interpretation of MMPI-2 Harris and Lingoes subscales: Consideration of gender and code type definition. *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 655–664.
- McNulty, J. L., Ben-Porath, Y. S., & Graham, J. R. (1998). An empirical examination of the correlates of well-defined and not defined MMPI-2 code types. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 393–410.
- Megargee, E. I., Cook, P. E., & Mendelsohn, G. A. (1967). Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(6), 519–528.
- Nichols, D. S. (2006). The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 restructured clinical scales. *Journal of Personality Assessment*, 87(2), 121–138.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New Jersey, NY: John Wiley & Sons.
- Osberg, T. M., & Harrigan, P. (1999). Comparative validity of the MMPI-2 Wiener-Harmon subtle-obvious scales in male prison inmates. *Journal of Personality Assessment*, 72(1), 36–48.
- Peterson, G. W., Clark, D. A., & Bennett, B. (1989). The utility of MMPI subtle, obvious scales for detecting fake good and fake bad response sets. *Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 575–583.
- Peterson, C. D., & Dahlstrom, W. G. (1992). The derivation of gender-role scales GM and GF for MMPI-2 and their relationship to Scale 5 (Mf). *Journal of Personality Assessment*, 59(3), 486–499.
- Pope, K. S., Butcher, J. N., & Seelen, J. (1993). *MMPI, MMPI-2, & MMPI-A in court: A practical guide for expert witnesses and attorneys*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pressing, L., & Szakács, F. (1990). *Az MMPI-próba új magyar standardja*. Budapest: Társadalmi és Beilleszkedési Zavarok Programirodaja.
- Rouse, S. V., Greene, R. L., Butcher, J. N., Nichols, D. S., & Williams, C. L. (2008). What do the MMPI-2 restructured clinical scales reliably measure? Answers from multiple research settings. *Journal of Personality Assessment*, 90(5), 435–442.
- Schlenger, W. E., & Kulka, R. A. (1987). Performance of the Keane-Fairbank MMPI scale and other self-report measures in identifying post-traumatic stress disorder. In *Annual meeting of the American Psychological Association*, New York.
- Sellbom, M., Smid, W., De Saeger, H., Smit, N., & Kamphuis, J. H. (2014). Mapping the personality psychopathology five domains onto DSM-IV personality disorders in Dutch clinical and forensic samples: Implications for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 96(2), 185–191.
- Stokes, J. M., Sapoff, M., Pogge, D. L., Zaccario, M., & Barbot, B. (2019). A dimensional understanding of borderline personality features in adolescence: The relationship between the MMPI-A PSY-5 scales and PAI-A borderline features. *Personality and Individual Differences*, 140, 27–32.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2003). *The MMPI-2 restructured clinical scales: Development, validation, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.



- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2009). *The MMPI-2 restructured clinical scales: Development, validation, and interpretation*. (OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. ford.) Budapest: OS Hungary Tesztfejlesztő Kft. Eredeti útmutató publikálva: 2003.
- Timbrook, R. E., Graham, J. R., Keiller, S. W., & Watts, D. (1993). Comparison of the Wiener-Harmon Subtle-Obvious scales and the standard validity scales in detecting valid and invalid MMPI-2 profiles. *Psychological Assessment*, 5(1), 53–61.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2004). *Klinikai pszichológia. Elmélet, módszertan és hivatás*. Budapest: Osiris.
- Trull, T. J., Useda, J. D., Costa, P. T., Jr, & McCrae, R. R. (1995). Comparison of the MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5), the NEO-PI, and the NEO-PI-R. *Psychological Assessment*, 7(4), 508–516.
- Wallace, A., & Liljequist, L. (2005). A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 restructured clinical (RC) and clinical scales. *Assessment*, 12(3), 290–294.
- Weed, N. C., Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. (1990). Failure of Wiener and Harmon Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) subtle scales as personality descriptors and as validity indicators. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 281–283.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389–404.
- Welsh, G. S. (1956). Factor dimensions A and R. In G. S. Welsh, & W. G. Dahlstrom (Eds.), *Basic readings on the MMPI in psychology and medicine* (pp. 264–281). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Wiggins, J. S. (1969). Content dimensions in the MMPI. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI: Research developments and clinical applications* (pp. 127–180). New York, NY: McGraw-Hill.
- World Health Organisation (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/en> [Letölve 15 Aug 2022].
- Wrobel, T. A., & Lachar, D. (1982). Validity of the Wiener subtle and obvious scales for the MMPI: Another example of the importance of inventory-item content. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 469–470.
- Wygant, D. B., Sellbom, M., Graham, J. R., & Schenk, P. W. (2006). Incremental validity of the MMPI-2 PSY-5 scales in assessing self-reported personality disorder criteria. *Assessment*, 13(2), 178–186.

Changes and innovations in the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) psychodiagnostic test

Hunor Girasek, Alexandra Soós, Henrietta Janicsák, Dóra Dudás and
Melinda Reinhardt

Introduction: The Minnesota Multiphasic Inventory (MMPI) is a psychodiagnostic measurement tool that has been used in Hungary since the 1970s. Its second edition (MMPI-2) was published in international use in 1989, and its adaptation in Hungary was completed in 2009. **Objective:** The aim of this study is to present the changes, innovations and advantages of the MMPI-2 compared to its previous version. **Findings:** Our literature review highlights that the development of the MMPI-2 brought not only a new normative model, but also a linguistic and stylistic renewal. In addition to the previous Validity and Clinical Scales, new scales such as the Restructured Clinical Scales, the Content Scales, and the PSY-5 Scales, which are suitable for



measuring personality psychopathology, have also been developed. The Supplementary Scales have also been revised, as well as there has been an introduction of new scales and the development of new Validity Scales. *Conclusion:* A detailed account of the changes shows that the MMPI-2, developed during the re-standardization of the MMPI, offers a much more comprehensive and at the same time a more differentiated interpretation in terms of understanding various mental disorders and psychopathological phenomena than the original version. As an outlook, the two new MMPI developments already introduced into international practice, the MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) and MMPI-3, will also be described.

KEYWORDS

MMPI, MMPI-2, psychodiagnostics, personality assessment

