

MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalių galimybių aptikti psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją tyrimas

Mantas Patašius

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas
Valstybinė teismo psichiatrijos tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos
mantas.patasius.1998@gmail.com

Alfredas Laurinavičius

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas
alfredas.laurinavicius@fsf.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0002-8165-422X>

Santrauka. Šiame straipsnyje buvo tikrinamas MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalių gebėjimas reaguoti į psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją. Buvo atlikti du eksperimentai. Simuliacijos tyrime dalyvavo 66 dalyviai (33 kontrolinėje grupėje ir 33 eksperimentinėje grupėje, amžius $M = 36,76$, $SD = 15,24$), o disimuliacijos tyrime dalyvavo 60 psichikos sutrikimo diagnozę turinčių pacientų (30 kontrolinėje grupėje ir 30 eksperimentinėje grupėje, $M = 40,32$, $SD = 15,79$). Abiejuose eksperimentuose visi dalyviai pildė MMPI-2 klausimyną. Kontrolinės grupės dalyviams buvo pateikiamos standartinės instrukcijos, o eksperimentinių grupių dalyviai gavo instrukcijas, nurodančias simuliuoti psichikos sutrikimų simptomus arba pateikti save kaip visiškai sveikus. MMPI-2 skalių, skirtų vertinti psichopatologijai, numatomos krypties skirtumai tarp eksperimentinių ir kontrolinių grupių parodė, kad tyrimo instrukcija turėjo poveikio tyrimo dalyvių atsakymams. Validumo skalių palyginimo rezultatai parodė, kad didžioji dalis MMPI-2 ir MMPI-2-RF skalių reaguoja į bandymą pateikti melagingą informaciją apie save. Validumo skalių įverčiai kontrolinėse ir eksperimentinėse grupėse statistiškai reikšmingai skyrėsi ir tiriant simuliaciją, ir disimuliaciją, o skirtumo efektas dažniausiai buvo didelis. Gauti rezultatai rodo, kad MMPI-2 ir MMPI-2-RF geba sėkmingai atpažinti psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją, o tai gali turėti praktinės vertės specialistams, siekiantiems psichologinio vertinimo metu diferencijuoti sąžiningai atsakinėjančius tiriamuosius nuo meluojančiųjų.

Pagrindiniai žodžiai: MMPI-2, MMPI-2-RF, psichopatologija, simuliacija, disimuliacija.

An Examination of the MMPI-2 and MMPI-2-RF Validity Scales in Detecting Malingering and Dissimulation of Psychopathology

Summary. This article examined the responsiveness of the MMPI-2 and MMPI-2-RF validity scales to simulation and dissimulation of psychopathology. Two experiments were performed. The simulation study included 66 participants (33 in the control group and 33 in the experimental group, age $M = 36.76$, $SD = 15.24$) and the dissimulation study included 60 patients diagnosed with a mental disorder (30 in the control group and 30 in the experimental group, $M = 40.32$, $SD = 15.79$). In both experiments, all participants completed the MMPI-2 questionnaire. Participants in the control group were given standard instructions, while participants in the experimental groups received instructions to either simulate symptoms of mental disorders or present themselves as completely healthy. Differences in the

Received: 2023-12-12. **Accepted:** 2023-12-22.

Copyright © 2023 Mantas Patašius, Alfredas Laurinavičius. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

expected direction of the MMPI-2 psychopathology scales between the experimental and control groups indicated that the study instruction had an effect on the responses of the study participants. The results of the comparison of the validity scales showed that the majority of the MMPI-2 and MMPI-2-RF scales respond to an attempt to provide false information about oneself. Estimates of validity scales were statistically significantly different between control and experimental groups in both simulation and dissimulation studies, and the difference effect was mostly large. The obtained results show that the MMPI-2 and MMPI-2-RF are able to successfully recognize the simulation and dissimulation of psychopathology, which can be of practical value to specialists who seek to differentiate subjects who answer honestly from those who are feigning during psychological assessment.

Keywords: MMPI-2, MMPI-2-RF, psychopathology, malingering, dissimulation.

Įvadas

Simuliacija (angl. *malingering*) yra tyčinis apsimetinėjimas, fizinių ar psichologinių simptomų perdėjimas arba klaidingas tikrų simptomų priskyrimas su tuo nesusijusiems įvykiams (World Health Organization, 2023). Nors simuliacija nėra psichikos sutrikimas, ji yra įtraukta į įvairias tarptautines ligų klasifikacijas, tokias kaip TLK-11. Svarbus skiriamasis bruožas yra tas, kad simuliudamas asmuo prasimano ar smarkiai perdeda keletą simptomų. Nedideli perdėjimai ar melavimas apie pavienius simptomus nėra laikomi simuliacija (Rogers, 2018).

Simuliacija ir tam tikros naudos siekimas gali atsirasti įvairiose aplinkose. Pavyzdžiui, McDermott (2012) teigia, kad simuliacija baudžiamųjų teismų aplinkoje paprastai yra lydima kelių motyvų. Viena priežasčių yra ta, kad asmuo gali siekti pristatyti save kaip neteisną, t. y. negalintį dalyvauti teisminiame procese. Kita priežastis – asmuo gali siekti būti pripažintas nepakaltinamu. Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso III skyriaus 17 straipsnis nurodo, kad „asmuo yra nepakaltinamas, jeigu darydamas šio kodekso uždraustą veiką jis dėl psichikos sutrikimo negalėjo suvokti jos pavojingumo arba valdyti savo veiksmų“ (Lietuvos Respublikos Seimas, 2000, Nr. VIII-1968). Tad teismų praktikoje simuliacija ir psichikos sutrikimų simptomų išgalvojimas ar perdėjimas gali pasireikšti kaip siekis išvengti teisinės atsakomybės. Nustatyta, kad teisminėje aplinkoje simuliacija tarp asmenų, siekiančių būti pripažintais nekompetentingais stoti prieš teismą, siekia 17,5 proc. Šis skaičius labai padidėja tarp įkalintų nusikaltėlių, norinčių gauti psichiatrinių paslaugų, ir siekia 64,5 proc. (McDermott et al., 2013).

Simuliacija gali atsirasti ne tik teisminėje aplinkoje. Boskovic (2020) atliko tyrimą ir nustatė, kad didelė dalis studentų ryžtųsi išgalvoti simptomus, patvirtinančius prastą sveikatos būklę, jei už tai gautų tam tikros naudos. Tokia nauda, pavyzdžiui, gali būti susijusi su siekiu atitikti mokslinių sveikatos tyrimų, už kuriuos gaunama piniginė išmoka, kriterijus ir tokiuose tyrimuose dalyvauti. Taip pat tyrimo metu didžioji dauguma studentų atskleidė, kad jų bendraamžiai tam tikrose situacijose simuliuoja įvairiais lygiais. Paprastai žmonėms, įskaitant ir gydytojus, sunkiai sekasi atpažinti apgaulę. Gydytojai dažnai apie tai daug negalvoja ir priima sprendimus ar nustato diagnozę, remdamiesi pacientų skundais (Bass & Wade, 2019). Anot Rogers (2018), dalis klinikistų įsitikinę, kad simuliacija yra retas reiškinys, ir neįvertina jos pasireiškimo galimybės. Visgi simuliacija pasitaiko daug dažniau nei manoma, ypač teismo psichiatrijoje ar klinikinėje aplinkoje. Kadangi tai gali

turėti reikšmingų pasekmių, specialistai turėtų atidžiai įvertinti simuliacijos pasireiškimo galimybes.

Disimuliacija (angl. *dissimulation*), panašiai kaip ir simuliacija, yra sąvoka, apibūdinanti tyčinį psichologinių simptomų iškraipymą ar klaidingą jų pateikimą (Rogers, 2018). Tik šiuo atveju tai nurodo esamų simptomų slėpimą, siekiant pavaizduoti, kad asmuo yra psichiškai sveikas (Caruso et al., 2003). Pasak Rogers (2018), toks simptomų pateikimo stilius gali būti suskirstytas į keletą smulkesnių grupių – gynybiškumą, socialinį pageidaujiamumą ir įspūdžio valdymą. Gynybiškumo terminas nurodo tyčinį fizinių ar psichologinių simptomų neigimą arba ryškų sumažinimą, o kiti du terminai labiau nusako nepageidaujamų asmenybės savybių slėpimą (tendenciją pateikti save palankiausiu būdu ar kontroliuoti kitų nuomonę apie asmenį).

Yra nemažai priežasčių, kodėl žmonės gali turėti paskatą nuslėpti patiriamas psichologines problemas. Pavyzdžiui, asmenys, siekiantys įsidarbinti tam tikrose svarbiose institucijose, dalyvaudami psichologiniame įvertinime, gali tyčia nepateikti patiriamų psichikos sutrikimų simptomų ar neigiamų asmenybės savybių ir taip padidinti savo sėkmės šansus. Detrick ir Chibnall (2014) nustatė, kad asmenys, kandidatuojantys eiti policijos pareigūnų pareigas, psichologinio vertinimo metu yra linkę pateikti save iš geresnės pusės. Tai ypač ryšku, jeigu kandidatai žino, kad nuo vertinimo rezultatų priklausys jų galimybės gauti darbą. Tyrimais nustatyta, kad nuo 27 iki 43 proc. personalo atrankose dalyvaujančių asmenų gali disimuliuoti ir slėpti patiriamus psichologinius sunkumus ar neigiamus asmenybės bruožus (Baer & Miller, 2002). Žinoma, kad disimuliacija taip pat pasireiškia tarp asmenų, dalyvaujančių teismo vertinime, susijusiame su vaiko globos byla. Arce ir kt. (2015) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad tokiose bylose dalyvaujantys asmenys yra labiau linkę save pateikti iš geresnės pusės ir nuneigti nepageidaujamas asmenybės savybes, nuostatas ar psichologinės sveikatos simptomus. Baer ir Miller (2002) atlikta metaanalizė atskleidė, kad disimuliacijos paplitimas tarp tokių bylų gali siekti net iki 52 proc.

Psichologinių ar fizinių negalavimų išgalvojimas sukelia didelių nemalonumų visuomenėje, ypač baudžiamosios justicijos sistemoje. Tai, kad simuliuojama siekiant gauti piniginių išmokų, vaistų ar kitos naudos arba išvengti darbo ar kalėjimo, užkrauna didelę finansinę naštą visai visuomenei, neigiamai paveikia sveikatos priežiūros sistemos veiklą ir padidina medicinines išlaidas (Walczyk et al., 2018). Dėl neigiamų simuliacijos padarinių tampa svarbu aptikti simuliaciją psichologinio vertinimo metu, ir tam tikslui pasiekti yra pasitelkiami įvairūs metodai.

Heilbronner ir kt. (2009) teigia, kad simuliacijos vertinimas yra daugialypės pastangos, reikalaujančios įvairių šaltinių integracijos, ir išskiria septynis šaltinius, iš kurių galima gauti informacijos apie asmens pastangas melagingai pateikti psichopatologiją. Šie šaltiniai apima įrašų peržiūrą, psichosocialinės istorijos interviu atlikimą, asmens elgesio stebėjimą vertinimo metu, informaciją iš papildomų šaltinių (pavyzdžiui, sutuoktinio, darbdavio), standartinius psichologinius ir (ar) neuropsichologinius testus ar klausimynus, atsakymų validumo įvertinimo procedūrą ir susipažinimą su vaizdo ar garso įrašais, kai jie yra prieinami. Kalbant apie psichologinius testus ar klausimynus, vertinimo praktikoje

naudojama keletas jų kategorijų – psichopatologinių simptomų ir asmenybės klausimynai, specifinės simuliacijos klinikinės skalės ir simptomų validumo testai (Tracy & Rix, 2017).

Asmenybės klausimynų naudojimas yra paremtas atsakinėjimo dėsningumo vertinimu ir palyginimu su normatyviniais duomenimis, t. y. su sveika imtimi ir realią ligą ar sutrikimą turinčiais asmenimis. Kai kurie iš šių testų turi ir validumo tikrinimo komponentų (Tracy & Rix, 2017). Tokio psichologinio instrumento pavyzdžiu gali būti plačiai naudojamas Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas (MMPI). Šis aprašas yra pačių tiriamųjų atsakinėjimu apie save paremtas metodas, leidžiantis įvertinti pagrindinius žmogaus asmenybės bruožus, psichopatologiją ir aptikti simptomų perdėjimo arba nuvertinimo atvejus (Butcher et al., 2013).

Yra ir kitų vertinimo metodų, padedančių įvertinti simuliaciją. Pavyzdžiui, struktūruota simuliuojamos simptomatologijos skalė (angl. *Structured Inventory of Malingered Symptomatology*, SIMS), priskiriama simuliacijos skalių kategorijai, leidžia aptikti penkių skirtingų sutrikimų – žemo intelekto, afektyvių sutrikimų, neurologinių sutrikimų, psichozės ir amnezinių sutrikimų – simuliaciją (Smith & Burger, 1997). Kai norima įvertinti kognityvinę simuliaciją, gali būti naudojamas atminties sutrikimo simuliacijos testas (angl. *Test of Memory Malingering*, TOMM), kuris priskiriamas simptomų validumo testams (Tombaugh, 2003). Visgi dažniausias ir validžiausias instrumentas, naudojamas psichologiniam vertinimui, siekiant aptikti psichopatologijos simuliaciją, yra struktūruotas pateikiamų simptomų interviu (angl. *The Structured Interview of Reported Symptoms*, SIRS), kuris integruoja įvairias psichikos sutrikimų aptikimo strategijas (Walczyk et al., 2018).

Atliekant psichologinį vertinimą, svarbu aptikti ne tik psichopatologijos simuliaciją, bet ir disimuliaciją. Jai aptikti psichologinių instrumentų sukurta mažiau, palyginti su simuliacijos aptikimu. Vienas iš būdų įvertinti palankesnę savęs pateikimą yra Paulhus apgaulės skalė (angl. *Paulhus Deception Scale*, PDS). Ji sudaryta iš dviejų poskalių, kurios vertina sąmoningą ir nesąmoningą socialiai pageidaujama atsakinėjimo stilių (Rogers & Bender, 2003). Rogers (2018) nurodo, kad tiek gynybiškumas, tiek socialinis pageidaujumas gali būti aptikti ir kitais psichologiniais klausimynais, tokiais kaip Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas (MMPI) ar asmenybės vertinimo inventorių (angl. *Personality Assessment Inventory*, PAI). Atskiros šių klausimynų skalės aptinka pacientų psichologinių problemų neigimą, melagingą psichologinio prisitaikymo pateikimą, netinkamo elgesio neigimą, pernelyg didelį teigiamų savybių priskyrimą sau ir pan. Galiausiai, jau anksčiau minėtas struktūruotas pateikiamų simptomų interviu (SIRS) taip pat gali suteikti svarbios informacijos apie tiriamojo gynybiškumą, nesąžiningą savęs vertinimą ir nenuoseklų atsakinėjimą (Rogers, 2018).

Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas (MMPI) yra plačiausiai praktikoje naudojamas klausimynas, kuris leidžia įvertinti asmenybės bruožus ir psichologinius sutrikimus. Dėl klausimyne esančių validumą vertinančių skalių instrumentas padeda nustatyti, kada tiriamieji pasirenka atsakymus atsitiktinai, meluoja apie patiriamus simptomus ar jų sunkumą. Šis klausimynas yra patogus ir tuo, kad gali būti atliekamas individualiai ir grupėse (Butcher et al., 2013). MMPI buvo sukurtas 1937 metais, 1989 metais buvo

išleista atnaujinta jo versija MMPI-2 (Weiner & Greene, 2017). Atsiradus poreikiui peržiūrėti klausimyną ir koreguoti jo skales, 2008 metais pasirodė trumpesnė restruktūrizuota asmenybės aprašo forma MMPI-2-RF (Tellegen & Ben-Porath, 2008). MMPI-2-RF buvo sumažintas teiginių skaičius nuo 567 iki 338, pakito klausimyno struktūra, taip pat buvo peržiūrėtos validumo skalės. MMPI-2-RF naudojamos tos pačios kaip ir MMPI-2 teiginių formuluotės, o tai sudaro sąlygas skaičiuoti restruktūrizuotos formos skales, remiantis MMPI-2 protokolais. Šiuo metu yra išleista ir trečioji MMPI versija (MMPI-3), kurios pagrindiniai ypatumai – pakoreguoti ir naujai pridėti teiginiai, atnaujintos skalės ir naujos normatyvinės imtys (Ben-Porath et al., 2022).

Kalbant apie MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skales – didžioji dalis jų funkcijų yra tapačios, tačiau galima pastebėti, jog dėl mažesnio bendro MMPI-2-RF teiginių skaičiaus ir validumo skalės turi mažiau teiginių. Taip pat dvi validumo skalės nebuvo perkeltos į naujesnį MMPI-2-RF klausimyną, o buvo įtrauktos dvi naujos validumo skalės (žiūrėti 1-ą lentelę).

1 lentelė

MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalės

MMPI-2 validumo skalės santrumpa	MMPI-2-RF validumo skalės santrumpa	Validumo skalė
VRIN	VRIN-r	Atsakymų įvairuojančio nenuoseklumo (angl. <i>Variable Response Inconsistency</i>) skalė
TRIN	TRIN-r	Atsakymų <i>Taip</i> nenuoseklumo (angl. <i>True Response Inconsistency</i>) skalė
F	F-r	Retumo (angl. <i>Infrequency</i>) skalė
F _B	–	Testo antrosios dalies retumo (angl. <i>Back F</i>) skalė
F _p	Fp-r	Psichopatologinio retumo (angl. <i>Infrequency-Psychopathology</i>) skalė
–	Fs	Somatinio retumo (angl. <i>Infrequent Somatic Responses</i>) skalė
FBS	FBS-r	Simptomų validumo (angl. <i>Symptom Validity</i>) skalė
–	RBS	Atsakymų šališkumo (angl. <i>Response Bias</i>) skalė
L	L-r	Melo (angl. <i>Lie</i>) skalė / Neįprastos dorybės (angl. <i>Uncommon Virtues</i>) skalė
K	K-r	Korekcijos (angl. <i>Correction</i>) skalė
S	–	Perdėto savęs pateikimo (angl. <i>Superlative Self-Presentation</i>) skalė

Pirmosios dvi validumo skalės – atsakymų įvairuojančio nenuoseklumo skalė (VRIN ir VRIN-r) ir atsakymų *Taip* nenuoseklumo skalė (TRIN ir TRIN-r) – leidžia įvertinti tiriamojo atsakymų nuoseklumą arba nenuoseklumą (Butcher et al., 2013; Tellegen & Ben-Porath, 2008). Anot Cox ir kt. (2012), aukšti šių skalių įverčiai nurodo tiriamųjų atsitiktinį atsakinėjimą arba per mažą įsigilinimą į teiginių turinį ir polinkį sutikti arba nesutikti su teiginiais, kad ir koks būtų jų turinys. Retumo (F ir F-r), testo antrosios dalies retumo (F_B), psichopatologinio retumo (F_p ir F_p-r) ir simptomų validumo (FBS ir

FBS-r) skalės vertina nepalankų psichopatologijos pateikimą (Weiner & Greene, 2017; Tellegen & Ben-Porath, 2008). Labai aukšti skalių balai nurodo nepatikimą atsakinėjimo būdą ir tai gali būti susiję su atsitiktiniu atsakinėjimu, dažnu sutikimu ar nesutikimu, apsimitinėjimu ar simptomų perdėjimu (simuliacija) (Cox et al., 2012). Psichopatologinio retumo (Fs) skalė yra skirta įvertinti kitų nei psichopatologijos simptomų simuliaciją ir yra jautriausia atpažįstant somatinių simptomų simuliaciją (Sellbom et al., 2012). O atsakymų šališkumo (RBS) skalė vertina nepatikimą kognityvinių simptomų pateikimą (Weiner & Greene, 2017).

MMPI-2 ir MMPI-2-RF instrumentuose yra skalės, kurios vertina, ar tiriamieji pateikia save iš geresnės pusės. Melo (L) ir neįprastos dorybės (L-r) skalės vertina nuostatas ir elgesį, kuris yra kultūriškai pagirtinas, tačiau iš tiesų pasireiškia tik tarp pačių doriausių žmonių. Šios skalės teiginiai apima nedidelio nesąžiningumo, agresijos, blogų minčių ir asmenybės silpnumo neigimą (Weiner & Greene, 2017; Tellegen & Ben-Porath, 2008). Korekcijos (K ir K-r) skale siekiama įvertinti testą atliekančio asmens gynybiškumo lygį ir kartu atsverti poveikį, kurį atsakinėjimo stilius daro klinikinių skalių įverčiams. Šios skalės teiginiai apima ne tokius akivaizdžius gynybiškumo aspektus, kaip tai daro L ir L-r skalės. Tikėtina, kad asmenys, kurių K skalės įverčiai aukšti, neatskleis sunkių psichologinių problemų, todėl gautas MMPI profilis gali būti nevalidus (Butcher et al., 2013; Tellegen & Ben-Porath, 2008). Galiausiai, perdėto savęs pateikimo (S) skalė yra skirta įvertinti žmones, kurie pateikia save iš geriausios pusės, ypač dalyvaudami personalo atrankoje (Weiner & Greene, 2017). Butcher ir kt. (2013) nurodo, kad K ir S skalės smarkiai koreliuoja tarpusavyje, tačiau S skalės teiginiai yra išdėstyti visame klausimyne, o K skalės teiginiai pateikiami tik pirmoje klausimyno dalyje.

Empirinių tyrimų duomenys rodo, kad MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalės geba sėkmingai aptikti psichopatologijos simuliaciją. Wetter ir kt. (1992) atliktas tyrimas atskleidė, kad psichologinių simptomų fabrikavimas reikšmingai padidina MMPI-2 F ir F_B skalių įverčius. Asmenys, kuriems buvo liepta apsimesti psichotiškais, pasižymėjo aukštesniais F ir F_B skalių įverčiais nei klausimyną pildę sąžiningai. Greve ir kt. (2006) nustatė, kad simuliuojant tam tikrus simptomus (pavyzdžiui, atsiradusius po galvos traumos), reikšmingų pokyčių aptinkama ne tik F ir F_B , bet ir F_p ir FBS skalėse. Sellbom ir kt. (2010) atliko tyrimą, kuriuo siekė nustatyti, ar teismo ekspertizės aplinkoje MMPI-2-RF validumo skalės, vertinančios perdėtai pateikiamus simptomus, geba aptikti psichopatologijos simuliaciją. Rezultatai atskleidė, kad MMPI-2-RF F-r ir F_p -r skalės geriausiai atskiria simuliuojančius asmenis nuo nesimuliuojančių. Kitų dviejų skalių, Fs ir FBS-r, galimybės aptikti psichopatologijos simuliaciją mažesnės, tačiau taip yra dėl to, kad šios skalės yra sukurtos vertinti ne psichopatologijos simuliaciją, o aptikti nepatikimus somatinius arba neurokognityvinius nusiskundimus.

MMPI-2-RF validumo skalės geba aptikti ir nepatikimą somatinių skundų pateikimą ir atskirti simuliantus nuo medicininėmis ligomis sergančių pacientų bei pacientų, turinčių somatoforminį sutrikimą (Sellbom et al., 2012). Sellbom ir kt. (2012) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad Fs skalė yra naudingiausia, siekiant aptikti somatinių problemų

simuliuojama. O FBS-r skalė, nors ir geba aptikti somatinių nusiskundimų simuliaciją ir atskirti nepatikimus somatinius skundus nuo tikrų medicininių ligų, nėra efektyvi diferencijuojant tikslingą simuliaciją ir psichogeninę somatizaciją. Tai reiškia, kad pacientai, turintys somatoforminį sutrikimą, gauna aukštesnius FBS-r skalės įverčius nei simulantai.

MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalės gali aptikti ne tik psichopatologijos simuliaciją, bet ir disimuliaciją. Baer ir Miller (2002), taip pat Brown ir Sellbom (2019) nustatė, kad MMPI-2 L ir K skalės bei MMPI-2-RF L-r ir K-r skalės yra efektyvios, siekiant nustatyti gynybišką atsakinėjimą. Tyrimo dalyviai, kuriems liepta nusišypsoti tam tikras savo charakterio savybes ar patiriamus simptomus, gaudavo reikšmingai didesnius L ir K bei L-r ir K-r skalės įverčius, palyginti su tais, kurie testą atlikdavo nuoširdžiai. Baer ir kt. (1995) nustatė, kad S skalė taip pat itin sėkmingai geba atskirti asmenis, kurie atlikdami testą save pateikdavo kaip labai gerai prisitaikiusius ir neturinčius psichologinių problemų, nuo tų, kurie į klausimus atsakydavo sąžiningai. Be to, S skalė ne tik sugebėjo aptikti tiriamųjų disimuliaciją, bet ir tai padarė geriau nei L ir K skalės.

Apibendrinant galima teigti, kad MMPI-2 ir MMPI-2-RF yra svarbūs psichologiniai instrumentai vertinant asmens simuliaciją ir disimuliaciją. Tyrimai atskleidžia, kad šie klausimynai leidžia sėkmingai identifikuoti asmenis, kurie išgalvoja psichopatologijos simptomus arba juo perdeda. Be psichopatologijos simuliacijos atpažinimo, aprašas taip pat geba atskirti asmenis, kurie melagingai pateikia somatinius ir kognityvinius skundus, taip pat padeda aptikti tiriamųjų siekį pateikti save iš geresnės pusės. Nors validumo skalių gebėjimą įvertinti simuliaciją ir disimuliaciją patvirtina gausūs moksliniai tyrimai įvairiose kultūrose ir kalbinėse aplinkose, tačiau, kiek žinoma, tokių tyrimų Lietuvoje nėra publikuota. Iki šiol Lietuvoje atliktuose tyrimuose, kuriuose buvo naudojamas MMPI-2, buvo tiriamos specifinės populiacijos, tokios kaip nuo narkotikų priklausomi asmenys (Baltrūnas et al., 2013) ar nuteistieji (Laurinavičius et al., 2017; Laurinaitytė et al., 2017), ir šiuose tyrimuose validumo skalių rezultatai nebuvo analizuojami, o buvo naudojami išskirtinai nevalidžių protokolų pašalinimo iš analizės tikslais. Todėl yra svarbu įvertinti MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalių gebėjimą aptikti psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją Lietuvos kontekste.

Šio tyrimo tikslas yra įvertinti MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalių galimybes aptikti psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją.

Tyrimo hipotezės:

H1: *MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalės, vertinančios perdėtą psichopatologijos pateikimą, reaguoja į sveikų žmonių psichopatologijos simuliaciją: MMPI-2 F , F_B ir F_p ir FBS validumo skalių ir MMPI-2-RF $F-r$, F_p-r , FBS-r ir RBS skalių įverčiai simuliacijos tyrimo eksperimentinėje grupėje bus didesni nei kontrolinėje grupėje.*

H2: *MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalės, vertinančios gynybiškumą atsakinėjimo metu, reaguoja į pacientų psichopatologijos disimuliaciją: MMPI-2 validumo skalių L, K ir S įverčiai ir MMPI-2-RF validumo skalių L-r ir K-r disimuliacijos tyrimo eksperimentinėje grupėje bus didesni nei kontrolinėje grupėje.*

Siekiant patikrinti iškeltas hipotezes apie MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalių galimybes aptikti psichopatologijos simuliaciją ir disimuliaciją, buvo atlikti du eksperimentai, toliau įvardyti kaip simuliacijos ir disimuliacijos tyrimai.

Eksperimentas Nr. 1: simuliacijos tyrimas

Eksperimentas Nr. 1 buvo skirtas patikrinti pirmą hipotezę apie validumo skalių gebėjimą aptikti psichopatologijos simuliaciją.

Metodika

Tyrimo dalyviai. Tyrime dalyvavo 66 savanoriai suaugę asmenys. Tiriamieji buvo skirstomi į dvi grupes – kontrolinę ir eksperimentinę. Abi grupės iš pradžių sudarė po 33 tyrimo dalyvius, tačiau pirminė duomenų analizė parodė, kad vieno tiriamojo MMPI-2 validumo skalės VRIN įvertis siekė 83,80 T balų, ir šio asmens duomenys nebuvo įtraukti į tolesnę analizę. Remiantis Minesotos daugiafazio asmenybės aprašo-2 administravimo, skaičiavimo ir interpretavimo vadovu, VRIN įverčiai, didesni nei 80 T balų, nurodo nerinklų atsakinėjimą, todėl profilis yra nevalidus ir negali būti interpretuojamas (Butcher et al., 2013). Kontrolinėje grupėje tiriamųjų amžius svyravo nuo 19 m. iki 68 m. (amžiaus vidurkis $M = 36,83$, $SD = 15,35$), eksperimentinės grupės tiriamųjų amžius svyravo nuo 19 m. iki 64 m. (amžiaus vidurkis $M = 36,70$, $SD = 15,37$). Grupės buvo homogeniškos pagal lyties, amžiaus, išsilavinimo, darbinio ir studijų statuso, šeiminės padėties, gyvenamosios vietos ir lėtinės ligos turėjimo kriterijus.

Tyrimo instrumentai. Eksperimente buvo naudojamas Lietuvoje adaptuotas Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas-2 (MMPI-2) (Butcher et al., 2013). Aprašą sudaro demografinio pobūdžio klausimai ir 567 teiginiai, į kuriuos tyrimo dalyviai turėjo atsakyti „taip“ arba „ne“. Aprašą sudaro 9 validumo, 10 klinikinių, 15 turinio, 15 papildomų, 9 restruktūrizuotos klinikinės ir 5 asmenybės psichopatologijos penketo skalės. Skalių įverčių apskaičiavimą atliko Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Taikomosios psichologijos laboratorija. Skalių įverčiams naudojami standartiniai T balai. Kadangi MMPI-2-RF yra naudojami tie patys kaip ir MMPI-2 teiginiai, tik mažesne apimtimi, MMPI-2-RF skalių įverčiams apskaičiuoti gali būti naudojami MMPI-2 surinkti duomenys (Tarescavage et al., 2015). MMPI-2-RF skalių įverčių apskaičiavimą atliko Otago universiteto Naujojoje Zelandijoje MMPI-2-RF ekspertas dr. Martinas Sellbomas. Kadangi MMPI-2-RF neturi lietuviškų normų, tai skalių įverčiams buvo naudojami „žali“ balai.

Tyrimo eiga. Kvietimas dalyvauti simuliacijos tyrimo buvo įdėtas socialiniame tinkle „Facebook“. Kai potencialus tyrimo dalyvis nurodydavo savo amžių ir lytį, tyrėjas jį ar ją priskirdavo eksperimentinei ar kontrolinei grupei taip, kad būtų išlaikytas abiejų grupių balansas pagal šias charakteristikas. Kiti demografiniai kintamieji šiame etape nebuvo kontroliuojami. Tyrimas buvo atliekamas su dalyviais iš anksto suderintu laiku ir vietoje. Tyrimo dalyviai buvo supažindinti su galimybe bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo,

taip pat buvo patikinti dėl duomenų konfidencialumo. Tyrimo dalyviams, pasirašiusiems informuotą sutikimą, buvo pateikta instrukcija ir MMPI-2 klausimynas. Kontrolinei grupei prieš pradėdant pildyti MMPI-2 klausimyną buvo pateikiama standartinė instrukcija. Eksperimentinei grupei buvo pateikiama nestandartinė instrukcija – dalyvių buvo prašoma atsakinėti taip, kad įtikinamai parodytų, jog turi psichikos sutrikimų.

Tyrimo rezultatai

Prieš pradėdant vertinti validumo skalių skirtumus tarp eksperimentinės ir kontrolinės grupių, buvo patikrintas tyrimo instrukcijos poveikis MMPI-2 ir MMPI-2-RF skirtingą psichopatologiją vertinančioms skalėms. Palyginimo rezultatai parodė, kad tyrimo dalyviai tinkamai suprato instrukciją. Eksperimentinės grupės rezultatai atspindėjo statistiškai didesnius MMPI-2 klinikinių skalių įverčius (išskyrus Mf vyriškumo-moteriškumo skalę), taip pat MMPI-2 bei MMPI-2-RF restruktūruotų klinikinių, asmenybės psichopatologijos penketo PSY-5 ir kitų psichopatologiją vertinančių skalių įverčius. Kai kuriais atvejais (pavyzdžiui, klinikinės paranojiškumo skalės Pa) efekto dydis buvo labai didelis ir siekė net $d = 2,18$.

Taip pat buvo patikrintas validumo skalių pasiskirstymo normalumas eksperimentinėje ir kontrolinėje grupėse. Normalumui tikrinti buvo naudojamas Shapiro–Wilko kriterijus (skirstinys neturi statistiškai reikšmingai skirtis nuo normalaus, $p > 0,05$), asimetrijos ir eksceso koeficientai (turi patekti į intervalą tarp -1 ir 1). Tuo atveju, jeigu bent vienos iš palyginamųjų grupių skalės pasiskirstymas neatitiko normalaus pagal kurį nors atskirai paimtą kriterijų, buvo taikoma neparimetrinė statistika. Esant normaliam pasiskirstymui palyginimui buvo naudojamas Stjudento t kriterijus, o efekto dydis vertinamas Coheno d reikšme. Esant nenormaliam pasiskirstymui, palyginimui buvo naudojamas Manno–Whitney U kriterijus, o efekto dydis vertinamas Cliffo delta δ reikšme. Interpretuojant efekto dydį buvo remtasi Cohen (1992) rekomendacijomis, kai $d \geq 0,20$ – efekto dydis mažas, $d \geq 0,50$ – efekto dydis vidutinis, $d \geq 0,80$ – efekto dydis didelis. O interpretuojant Cliffo delta matuojamą efekto dydį remiamasi šiomis reikšmėmis: $|\delta| < 0,11$ – efekto nėra, $0,11 \leq |\delta| < 0,28$ – efekto dydis mažas, $0,280 \leq |\delta| < 0,43$ – efekto dydis vidutinis, $|\delta| \geq 0,43$ – efekto dydis didelis (Mangiafico, 2016). 2-oje lentelėje yra pateiktos validumo skalių palyginimo statistinių kriterijų reikšmės ir efekto dydžio įvardijimas.

2-oje lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad simuliuojantys tiriamieji gavo didesnius simptomų simuliaciją indikuojančių retų atsakymų skalių įverčius: MMPI-2 F (retumo), F_B (antros dalies retumo), F_p (psichopatologijos retumo), FBS (simptomų validumo) ir MMPI-2-RF F-r (retumo), F_p -r (psichopatologijos retumo), F_s (somaticinio retumo), FBS-r (simptomų validumo), RBS (atsakymų šališkumo). Šalia to buvo aptikta ir gynybiškumą vertinančių skalių įverčių skirtumų. Simuliuoti psichopatologiją bandę tyrimo dalyviai gavo mažesnius įverčius pagal MMPI-2 K (korekcijos), S (perdėto savęs pateikimo) ir MMPI-2-RF K-r (korekcijos) skales. Vienintelės validumo skalės, kurių įverčiai nesiskyrė eksperimentinėje ir kontrolinėje grupėje, buvo MMPI-2 L (melo) ir MMPI-2-RF L-r (neįprastos dorybės) skalės.

2 lentelė

Psichopatologijos simuliacijos vertinimas naudojant MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalės: įverčių palyginimas tarp eksperimentinės (N = 32) ir kontrolinės (N = 33) grupių

Skalė	Grupė	M	SD	Vid. rangai	t arba U	p	d arba δ	Efekto dydžio interpretacija
MMPI-2								
F	<i>Eksp.</i>	66,69	19,39	44,53	159	< 0,001	0,70	Didelis
	<i>Kontr.</i>	46,21	8,40	21,82				
F _B	<i>Eksp.</i>	63,12	17,06	43,27	199,5	< 0,001	0,62	Didelis
	<i>Kontr.</i>	47,22	8,82	23,05				
F _P	<i>Eksp.</i>	64,83	21,91	44,14	171,5	< 0,001	0,68	Didelis
	<i>Kontr.</i>	44,12	6,42	22,20				
FBS	<i>Eksp.</i>	56,32	10,66		3,16	0,002	0,78	Vidutinis
	<i>Kontr.</i>	49,03	7,77					
L	<i>Eksp.</i>	48,05	9,80		0,42	0,678	0,10	Nėra
	<i>Kontr.</i>	47,16	6,99					
K	<i>Eksp.</i>	46,40	10,29		-2,01	0,049	-0,50	Vidutinis
	<i>Kontr.</i>	51,19	8,95					
S	<i>Eksp.</i>	44,11	10,28		-3,22	0,002	-0,80	Vidutinis
	<i>Kontr.</i>	52,71	11,17					
MMPI-2-RF								
F-r	<i>Eksp.</i>	13,53	8,91	42,19	234	< 0,001	0,56	Didelis
	<i>Kontr.</i>	5,15	4,47	24,09				
F _P -r	<i>Eksp.</i>	8,53	5,36	44,38	164	< 0,001	0,69	Didelis
	<i>Kontr.</i>	2,72	1,86	21,97				
F _S	<i>Eksp.</i>	5,03	3,35	42,38	228	< 0,001	0,57	Didelis
	<i>Kontr.</i>	2,09	2,18	23,91				
FBS-r	<i>Eksp.</i>	13,16	5,16		3,53	< 0,001	0,88	Didelis
	<i>Kontr.</i>	9,15	3,93					
RBS	<i>Eksp.</i>	12,31	5,19		4,39	< 0,001	1,10	Didelis
	<i>Kontr.</i>	7,67	3,04					
L-r	<i>Eksp.</i>	4,22	2,51	36,55	414	0,133	0,21	Mažas
	<i>Kontr.</i>	3,30	1,85	29,56				
K-r	<i>Eksp.</i>	4,66	2,92		-2,37	0,021	-0,59	Vidutinis
	<i>Kontr.</i>	6,30	2,69					

Pastaba. MMPI-2 skalės: F – retumo; F_B – testo antrosios dalies retumo; F_P – psichopatologinio retumo; FBS – simptomų validumo; L – melo; K – korekcijos; S – perdėto savęs pateikimo. MMPI-2-RF skalės: F-r – retumo; F_P-r – psichopatologinio retumo; F_S – somatinio retumo; FBS-r – simptomų validumo; RBS – atsakymų šališkumo; L-r – neįprastos dorybės; K-r – korekcijos. d – Coheno efekto dydis normaliai pasiskirsčiusiems duomenims; δ – Cliffo efekto dydis nenormaliai pasiskirsčiusiems duomenims. Pasviruoju šriftu pažymėtos skalės, kurių rezultatų palyginimui buvo naudota neparametrinė statistika. Statistiškai reikšmingi palyginimo rezultatai yra paryškinti.

Kalbant apie gautų skirtumų efekto dydžius – 2-oje lentelėje galime matyti, kad didžioji dalis skirtumų buvo paženklinėti dideliu efekto dydžiu. Grupės stipriai skyrėsi pagal retų psichopatologinių simptomų pateikimą (F, F_B, F_P, F-r, F_P-r, F_S skalės). Simuliaciją taip pat

galima pastebėti ir atkreipiant dėmesį į standartizuotus MMPI-2 skalių balus. Pažvelgę į eksperimentinės grupės F , F_B , F_p retumo skalių T balus galime matyti, kad jų vidurkis viršijo normą ($T = 50$) apie 15 T balų, o tai yra 1,5 standartinio nuokrypio dydžio skirtumas. Taip pat galime konstatuoti, kad MMPI-2-RF RBS skalėje, vertinančioje nepatikimą kognityvinių simptomų pateikimą, buvo nustatytas ypač didelis skirtumas. Tai patvirtina praktinę šios naujai sudarytos skalės vertę vertinant psichopatologijos simuliaciją. Kalbant apie tiesiogiai nevertinančių simuliacijos, tačiau indukuojančių norą save palankiau pateikti MMPI-2 K (korekcijos), S (perdėto savęs pateikimo) bei MMPI-2-RF $K-r$ (korekcijos) skalių mažesnius rodiklius eksperimentinėje grupėje – šių skalių vidurkių skirtumai tarp grupių buvo nuosaikesni, dažniausiai vidutinio efekto dydžio. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad šalia skirtumo tarp grupių galime matyti, jog šių MMPI-2 K ir S skalių vidurkiai yra $T = 46,40$ ir $T = 44,10$, t. y. yra žemiau už normą $T = 50$. Tai rodo, kad asmenys, simuliuojantys psichikos sutrikimus ir pateikdami perdėtus ar išgalvotus simptomus, kartu yra linkę mažiau nei įprasta stengtis save pateikti iš geresnės pusės.

Apibendrinami pirmojo eksperimento rezultatus, iš pradžių galime konstatuoti, kad bandymai simuliuoti psichopatologiją atsispindi psichopatologiją vertinančių MMPI-2 ir MMPI-2-RF skalių įverčiuose. Tai reiškia, kad atsakinėjantys asmenys gali simuliuoti psichopatologiją. Tokiu atveju išryškėja validumo skalių gebėjimo aptikti psichopatologijos simuliaciją reikšmė. Validumo skalių analizės rezultatai parodė, kad šios skalės diferencijuoja MMPI-2 klausimyno pildytojus pagal tai, ar jie siekia simuliuoti, ar pateikia atsakymus nuoširdžiai. Dideli validumo skalių tarpgrupiniai skirtumai leidžia daryti prielaidas, kad yra didelė praktinė validumo skalių reikšmė specialistams, siekiantiems identifikuoti psichikos sutrikimų simptomus simuliuojančius asmenis.

Eksperimentas Nr. 2: disimuliacijos tyrimas

Eksperimentas Nr. 2 buvo skirtas tikrinti antrą hipotezę apie gynybiškumą vertinančių validumo skalių gebėjimą aptikti psichopatologijos disimuliaciją psichikos sutrikimų turinčių asmenų imtyje.

Metodika

Tyrimo dalyviai. Disimuliacijos tyrimas buvo vykdomas vienoje iš Lietuvos psichiatrijos klinikų, teikiančioje gydymą asmenims, turintiems įvairių psichikos sutrikimų. Tyrime buvo kviečiami dalyvauti stacionare esantys pacientai, kuriems diagnozuotas elgesio ar psichikos sutrikimas (F kodas pagal TLK-10). Eksperimente dalyvavo 60 pacientų, esančių stacionare. Tyrimo dalyviai buvo suskirstyti į dvi grupes – kontrolinę ir eksperimentinę, po 30 dalyvių. Kontrolinės grupės tyrimo dalyvių amžius svyravo nuo 18 m. iki 69 m. (amžiaus vidurkis $M = 40,67$, $SD = 15,94$), o eksperimentinės grupės – nuo 18 m. iki 68 m. (amžiaus vidurkis $M = 39,97$, $SD = 15,90$). Grupės buvo homogeniškos pagal lyties, amžiaus, išsilavinimo, darbinio ir studijų statuso, šeimines padėties, gyvenamosios vietos turėjimo ir diagnozės (pagal TLK-10) kriterijus. Tyrime dalyvavo 7 pacientai, turintys

organinių ir simptominių psichikos sutrikimų (F00-F09), 10 pacientų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10-F19), 20 pacientų, sergančių šizofrenija, šizotipiniu ar kliesesiniu sutrikimu (F20-F29), 15 pacientų, turinčių nuotaikos sutrikimų (F30-F39), ir 8 pacientai, turintys neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų (F40-F49).

Tyrimo instrumentai. Eksperimente, lygiai taip pat kaip ir anksčiau pristatytame simuliacijos tyrime, buvo naudojamas Lietuvoje adaptuotas Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas-2 (MMPI-2) (Butcher et al., 2013). Skalių įverčius apskaičiavo Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Taikomosios psichologijos laboratorija. Skalių įverčiams naudojami standartiniai T balai. MMPI-2-RF įverčių apskaičiavimui buvo naudojami tie patys surinkti duomenys, o skalių įverčius apskaičiavo Otago universiteto Naujojoje Zelandijoje MMPI-2-RF ekspertas dr. Martinas Sellbomas. Skalių įverčiams buvo naudojami „žali“ balai.

Tyrimo eiga. Prieš atliekant tyrimą, tyrimo planą įvertino gydymo įstaigos Studijų, mokslo ir projektų skyrius ir suteikė leidimą atlikti tyrimą. Potencialūs dalyviai buvo kviečiami dalyvauti tyrime individualaus pokalbio metu. Buvo paaiškinama, ką turės atlikti dalyvis sutikimo atveju, akcentuota, kad dalyvavimas yra savanoriškas, kad atsisakymas dalyvauti neturės jokių pasekmių, ir kad tyrimo dalyvis bet kuriuo metu gali nutraukti dalyvavimą tyrime. Taip pat buvo atsakoma į dalyvio klausimus. Pacientui sutikus dalyvauti tyrime, iš pradžių buvo surenkama informacija apie jo lytį, amžių ir psichikos sutrikimo diagnozę. Remiantis šia informacija, tyrėjas jį arba ją priskirdavo eksperimentinei arba kontrolinei grupei taip, kad būtų išlaikytas abiejų grupių balansas pagal šias charakteristikas. Kiti demografiniai kintamieji šiame etape nebuvo kontroliuojami.

Tyrimas buvo atliekamas individualiai tyrėjui dalyvaujant. Kontrolinės grupės dalyviams buvo pateikiama standartinė instrukcija, o eksperimentinės – koreguota ir buvo prašoma klausimyną užpildyti taip, kad įtikinamai parodytų, jog yra visiškai sveiki. Tyrimo sąlygos (išskyrus instrukciją) kontrolinėje ir eksperimentinėje grupėje buvo vienodos. Dalis pacientų ($N = 3$) tyrimo metu atsisakė toliau dalyvauti tyrime, todėl jų pildomi klausimynai nebuvo naudojami tyrimo duomenų analizei, o surinkti protokolai buvo sunaikinami.

Tyrimo rezultatai

Kaip ir anksčiau pateiktame simuliacijos tyrime, iš pradžių buvo patikrintas tyrimo instrukcijos poveikis. MMPI-2 ir MMPI-2-RF psichopatologiją vertinančių skalių palyginimo rezultatai parodė, kad tyrimo dalyviai tinkamai suprato instrukciją. Eksperimentinės grupės rezultatai atspindėjo statistiškai mažesnius MMPI-2 klinikinių skalių įverčius (išskyrus Mf vyriškumo-moteriškumo skalę), taip pat MMPI-2 bei MMPI-2-RF restruktūrizuotų klinikinių, asmenybės psichopatologijos penketo PSY-5 (išskyrus agresyvumo skalę) ir kitų psichopatologiją vertinančių skalių įverčius. Kai kuriais atvejais (pavyzdžiui, restruktūruotos klinikinės žemo teigiamo emocijų RC2 skalės) efekto dydis siekė net $d = 1,47$.

Lyginamųjų skalių pasiskirstymo normalumo tikrinimas buvo atliktas tuo pačiu būdu, kaip ir pirmiau pateiktame eksperimente, t. y. buvo naudojamas Shapiro–Wilko kriterijus ($p > 0,05$) bei asimetrijos ir eksceso koeficientai (nuo -1 iki 1). Esant normaliam pasiskirstymui, palyginimui buvo naudojamas Studento t kriterijus, o efekto dydis įvertinamas Coheno d reikšme. Esant nenormaliam pasiskirstymui, palyginimui buvo naudojamas Manno–Whitney U kriterijus, o efekto dydis vertinamas Cliffo delta δ reikšme. 3-ioje lentelėje yra pateikti validumo skalių palyginimo rezultatai.

3-ioje lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad MMPI-2 ir MMPI-2-RF klausimynų gynybiškumą vertinančios validumo skalės reagavo į atsakinėjimą, pagrįstą motyvacija pateikti save kaip sveikesnį. Eksperimentinėje grupėje gauti statistiškai reikšmingai didesni MMPI-2 L (melo), K (korekcijos), S (perdėto savęs pateikimo) ir MMPI-2-RF L-r (neįprastos dorybės), K-r (korekcijos) skalių įverčiai. Skirtumų buvo nustatyta ir pagal atsakymų retumą vertinančias skales. Eksperimentinėje grupėje buvo gauti mažesni MMPI-2 F, F_B , FBS ir MMPI-2-RF F-r, F_p -r, Fs, FBS-r, RBS skalių įverčiai.

3 lentelė

Psichopatologijos disimuliacijos vertinimas naudojant MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skales: įverčių palyginimas tarp eksperimentinės ($N = 30$) ir kontrolinės ($N = 30$) grupių

Skalė	Grupė	<i>M</i>	<i>SD</i>	Vid. rangai	<i>t</i> arba <i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i> arba δ	Efekto dydžio interpretacija
MMPI-2								
<i>F</i>	<i>Eksp.</i>	44,90	7,84	20,05	136,5	< 0,001	-0,63	Didelis
	<i>Kontr.</i>	56,22	9,58	40,95				
F_B	<i>Eksp.</i>	43,84	5,92	19,15	109,5	< 0,001	-0,76	Didelis
	<i>Kontr.</i>	58,18	11,75	41,85				
F_p	<i>Eksp.</i>	48,84	7,39	27,87	371	0,241	-0,18	Mažas
	<i>Kontr.</i>	53,20	11,70	33,13				
FBS	<i>Eksp.</i>	45,27	4,44	19,02	105,5	< 0,001	-0,77	Didelis
	<i>Kontr.</i>	57,61	8,55	41,98				
L	<i>Eksp.</i>	61,09	12,07		3,38	0,001	0,87	Didelis
	<i>Kontr.</i>	51,40	10,07					
K	<i>Eksp.</i>	64,09	9,82		4,95	< 0,001	1,28	Didelis
	<i>Kontr.</i>	49,20	13,25					
S	<i>Eksp.</i>	67,04	12,83		5,24	< 0,001	1,35	Didelis
	<i>Kontr.</i>	49,53	13,06					
MMPI-2-RF								
<i>F-r</i>	<i>Eksp.</i>	2,00	3,15	17,08	47,5	< 0,001	-0,89	Didelis
	<i>Kontr.</i>	11,17	5,96	43,92				
F_p -r	<i>Eksp.</i>	2,47	2,08	21,82	189,5	< 0,001	-0,58	Didelis
	<i>Kontr.</i>	5,47	3,34	39,18				
Fs	<i>Eksp.</i>	1,13	1,31	20,82	159,5	< 0,001	-0,65	Didelis
	<i>Kontr.</i>	4,23	2,99	40,18				

FBS-r	Eksp.	7,20	2,11	6,50	< 0,001	-1,68	Didelis	
	Kontr.	12,83	4,25					
RBS	Eksp.	6,42	1,85	-6,45	< 0,001	-1,67	Didelis	
	Kontr.	11,93	4,29					
L-r	Eksp.	6,87	2,81	37,68	234,5	< 0,001	0,48	Didelis
	Kontr.	4,50	2,46	23,32				
K-r	Eksp.	10,53	2,27	6,92	< 0,001	1,79	Didelis	
	Kontr.	5,67	3,11					

Pastaba. MMPI-2 skalės: F – retumo; F_B – testo antrosios dalies retumo; F_p – psichopatologinio retumo; FBS – simptomų validumo; L – melo; K – korekcijos; S – perdėto savęs pateikimo. MMPI-2-RF skalės: F-r – retumo; F_p-r – psichopatologinio retumo; F_s – somatinio retumo; FBS-r – simptomų validumo; RBS – atsakymų šališkumo; L-r – neįprastos dorybės; K-r – korekcijos. *d* – Coheno efekto dydis normaliai pasiskirsčiusiems duomenims; *δ* – Cliffo efekto dydis nenormaliai pasiskirsčiusiems duomenims. Pasviruoju šriftu pažymėtos skalės, kurių rezultatų palyginimui buvo naudota neparimetrinė statistika. Statistiškai reikšmingi palyginimo rezultatai yra paryškinti.

Atkreipiant dėmesį į efekto dydžius, galima pažymėti, kad abiejų instrumentų gynybiškumą vertinančių skalių skirtumai pasižymėjo dideliu efekto dydžiu. Tai rodo, jog šios imties tyrimo dalyvių bandymas pateikti save kaip sveikesnius atsispindi MMPI-2 ir MMPI-2-RF gynybiškumą vertinančių skalų įverčiuose. Šalia to gerokai sumažėja perdėto psichopatologijos pateikimo skalių įverčiai ir šis sumažėjimas taip pat pasižymi dideliu efekto dydžiu.

Apibendrinami šio eksperimento rezultatus taip pat galime pažymėti, kad iš pradžių buvo nustatyta, jog bandymas save pateikti kaip sveiką psichiatrinių ligonių pacientų grupėje atsispindėjo pagal MMPI-2 ir MMPI-2-RF psichopatologiją vertinančias skales. Bandantys save pateikti kaip sveikus ar labiau sveikus taip save ir pateikė. Tačiau šis nenuoširdus atsakinėjimas atsispindėjo MMPI-2 ir MMPI-2-RF validumo skalėse, o skirtumo tarp nuoširdžiai atsakinėjusių ir bandžiusių nusišalti savo sutrikimo simptomus dydis buvo ženklus.

Rezultatų aptarimas

Šiuo tyrimu buvo siekiama įvertinti psichopatologijos simuliacijos ir psichopatologinių simptomų slėpimo aptikimo galimybes, naudojant savistata pagrįstą MMPI-2 ir MMPI-2-RF klausimynų validumo skales. Galimybė nustatyti klaidingą simptomų pateikimą turi didelę praktinę reikšmę, nes, kaip jau minėta pirmiau, įvairiuose įvertinimo kontekstuose vertinamieji turi motyvacijos pateikti iškreiptą informaciją apie save (Boskovic, 2020; McDermott et al., 2013; Rogers, 2018). Užsienio tyrimai rodo, kad MMPI-2, MMPI-2-RF ar naujausio serijos instrumento MMPI-3 validumo skalės vertintojams suteikia informacijos apie vertinamųjų bandymus pateikti neteisingus rezultatus (Ben-Porath et al., 2022; Brown & Sellbom, 2019; Wetter et al., 1992), tačiau Lietuvoje šios srities tyrimų publikacijų stinga.

Atliktuose dviejuose tyrimuose eksperimentinėmis sąlygomis buvo siekiama patvirtinti hipotezes apie tai, kad dažniausiai naudojamą pasaulyje MMPI serijos įvertinimo instru-

mentų validumo skalės geba aptikti psichopatologinių simptomų simuliaciją ir slėpimą. Abiejų atliktų eksperimentų duomenys parodė, kad dalyvaujančių tyrime asmenų sąmoningas siekis simuliuoti arba disimuliuoti psichopatologiją atsispindi ir psichopatologiją vertinančių, ir validumo skalių įverčiuose. Visgi, nors melagingas atsakinėjimas atsispindi psichopatologinius simptomus vertinančiuose skalių įverčiuose (simuliacijos atveju įverčiai didesni, disimuliacijos – mažesni), tokį tendencingą atsakinėjimą gali aptikti validumo skalės. MMPI-2 retų atsakymų F, F_B, F_p, FBS ir MMPI-2-RF F-r, F_p-r, Fs, FBS-r ir RBS skalės reaguoja į simuliaciją, o šių klausimynų gynybiškumą vertinančių L, K, S ir L-r, K-r skalių įverčiuose atsispindi pastangos nusišalinti savo simptomus, disimuliuoti. Gauti rezultatai atitinka Wetter ir kt. (1992), taip pat Greve ir kt. (2006) atliktų tyrimų, kuriais buvo nustatyta, kad psichopatologijos simuliacijos atvejais įvyksta reikšmingų pokyčių MMPI-2 F, F_B, F_p ir FBS skalėse (įverčiai padidėja), rezultatus. Mūsų atlikto pirmojo eksperimento (simuliacijos tyrimo) rezultatai sutampa ir su Sellbom ir Bagby (2010) bei Sellbom ir kt. (2010) gautais rezultatais, nurodančiais, kad MMPI-2-RF validumo skalės F-r, F_p-r, Fs, FBS-r ir RBS geba sėkmingai aptikti perdėtą simptomatikos pateikimą. Kalbant apie gautus disimuliacijos tyrimo rezultatus – jie panašūs į Baer ir Miller (2002), Baer ir kt. (1995) ir Brown ir Sellbom (2019) gautus duomenis ir atskleidžia, kad MMPI-2 validumo skalės (L, K ir S) ir MMPI-2-RF validumo skalės (L-r ir K-r) sėkmingai gali aptikti tiriamųjų bandymą nusišalinti patiriamus simptomus.

Tiek užsienyje atlikti MMPI-2 ir MMPI-2-RF tyrimai, tiek šie, atlikti Lietuvoje, rodo, kad MMPI serijos klausimynai gali turėti didelę praktinę reikšmę psichologams, atliekantiems psichologinius vertinimus. Tai ypač svarbu Lietuvoje, nes susiduriama su dideliu psichologinių instrumentų prieinamumo trūkumu, ir įvairių sričių psichologams kyla didelių sunkumų identifikuojant simuliuojančius ar slepiančius savo simptomus tiriamuosius. Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas patrauklus tuo, kad tuo pačiu metu galima ir įvertinti psichopatologiją, ir atsižvelgti į tiriamųjų tendencingą atsakinėjimą (simuliacinį arba disimuliacinį). Todėl šis ir panašaus pobūdžio instrumentai yra labai reikalingi Lietuvoje ir gali būti pritaikomi ne tik psichikos sveikatos centruose, ligoninėse, bet ir specifiskesnėse srityse, pavyzdžiui, teismo psichologijos ekspertizėse. Jeigu MMPI serijos klausimynas būtų plačiai diegiamas praktikoje Lietuvoje, tai atsirastų galimybių atskleisti simuliacinio ir disimuliacinio elgesio pasireiškimą specifinėse srityse (pavyzdžiui, civilinėse bylose dėl vaiko globos arba baudžiamosiose bylose, kai padarytas nusikaltimas).

Pabaigoje svarbu nurodyti ir šio dviejų eksperimentų tyrimo ribotumus ir galimas tolesnes tyrimų kryptis. Pirmiausia mūsų tyrimo rezultatai gali būti kvestionuojami ekologinio validumo požiūriu. Mūsų eksperimente dalyvavo savanoriai, situacija buvo hipotetinė, joje tyrimo dalyviai nebuvo asmeniškai suinteresuoti įvertinimo rezultatais. Tačiau reikia pažymėti, kad nors šių eksperimentų rezultatai ir negali mums pasakyti, kaip stipriai gali skirtis realiomis sąlygomis nuoširdžiai ir nenuoširdžiai atsakinėjančių asmenų validumo ir kitų skalių įverčiai, šio tyrimo rezultatai parodo validumo skalių skirtumų tendencijas. Tokiais atvejais yra svarbu tęsti tyrimus, kuriuose būtų analizuojami MMPI įvertinimų duomenys realiose situacijose, kai yra reali motyvacija simuliuoti ar disimuliuoti.

Išvados

1. MMPI-2 ir MMPI-2-RF gali būti įvertintas sveikų asmenų bandymas simuliuoti psichopatologiją. MMPI-2 validumo skalių F, F_B, F_P ir FBS ir MMPI-2-RF validumo skalių F-r, F_P-r, FBS-r ir RBS įverčiai yra didesni tais atvejais, kai asmenys simuliuoja. Simuliuojamą taip pat nurodo mažesni gynybiškumą vertinančių skalių įverčiai.
2. MMPI-2 ir MMPI-2-RF gali būti įvertintas psichiatrinių pacientų bandymas disimuliuoti psichopatologiją. MMPI-2 validumo skalių L, K ir S ir MMPI-2-RF L-r ir K-r skalių įverčiai yra didesni tais atvejais, kai tiriamieji slepia savo simptomus. Disimuliuojamą taip pat nurodo didesni retų atsakymų skalių įverčiai.

Padėka

Dėkojame Otago universiteto Naujojoje Zelandijoje MMPI ekspertui dr. Martinui Sellbomui už suteiktą galimybę įvertinti simuliaciją ir disimuliaciją, naudojant MMPI-2-RF skalių reikšmes.

Literatūra

- Arce, R., Fariña, F., Seijo, D., & Novo, M. (2015). Assessing impression management with the MMPI-2 in child custody litigation. *Assessment, 22*(6), 769–777. <https://doi.org/10.1177/1073191114558111>
- Baer, R. A., & Miller, J. D. (2002). Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review. *Psychological Assessment, 14*(1), 16–26. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.1.16>
- Baer, R. A., Wetter, M. W., Nichols, D. E., Greene, R. L., & Berry, D. (1995). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to underreporting of symptoms. *Psychological Assessment, 7*(4), 419–423. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.419>
- Baltrūnas, M., Bagdonas, A., Kairys, A., Linauskaitė, A. ir Pakalniškienė, V. (2013). Reabilitacijos procese dalyvaujančių nuo narkotikų priklausomų žmonių asmenybės ir psichologinės gerovės ypatumai. *Sveikatos mokslai, 23*(6), 94–107. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2013.139>
- Bass, C., & Wade, D. T. (2019). Malingering and factitious disorder. *Practical Neurology, 19*(2), 96–105. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-001950>
- Ben-Porath, Y. S., Heilbrun, K., & Rizzo, M. (2022). Using the MMPI-3 in legal settings. *Journal of Personality Assessment, 104*(2), 162–178. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2006672>
- Boskovic, I. (2020). Do motives matter? A comparison between positive and negative incentives in students' willingness to malingering. *Educational Psychology, 40*(8), 1022–1032. <https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1704400>
- Brown, T. A., & Sellbom, M. (2019). The utility of the MMPI-2-RF validity scales in detecting underreporting. *Journal of Personality Assessment, 102*(1), 66–74. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1539003>
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2013). *MMPI-2TM: Minesotos daugiafazis asmenybės aprašas-2TM: administravimo, skaičiavimo ir interpretavimo vadovas*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Caruso, K. A., Benedek, D. M., Auble, P. M., & Bernet, W. (2003). Concealment of psychopathology in forensic evaluations: A pilot study of intentional and unintentional dissimulators. *PubMed, 31*(4), 444–450.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Cox, A. C., Weed, N. C., & Butcher, J. N. (2012). The MMPI-2: History, Interpretation, and Clinical Issues. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford Handbook of Personality Assessment* (pp. 250–276). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195366877.013.0014>

Detrick, P., & Chibnall, J. T. (2014). Underreporting on the MMPI-2-RF in a high-demand police officer selection context: An illustration. *Psychological Assessment, 26*(3), 1044–1049. <https://doi.org/10.1037/pas0000013>

Greve, K. W., Bianchini, K. J., Love, J. J., Brennan, A., & Heinly, M. T. (2006). Sensitivity and specificity of MMPI-2 validity scales and indicators to malingered neurocognitive dysfunction in traumatic brain injury. *Clinical Neuropsychologist, 20*(3), 491–512. <https://doi.org/10.1080/13854040590967144>

Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., & Millis, S. R. (2009). American academy of clinical neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *Clinical Neuropsychologist, 23*(7), 1093–1129. <https://doi.org/10.1080/13854040903155063>

Laurinaitytė, I., Laurinavičius, A., Ustinavičiūtė, L., Wygant, D. B., & Sellbom, M. (2017). Utility of the MMPI-2 restructured form (MMPI-2-RF) in a sample of Lithuanian male offenders. *Law and Human Behavior, 41*(5), 494–505. <https://doi.org/10.1037/lhb0000254>

Laurinavičius, A., Laurinaitytė, I., & Ustinavičiūtė, L. (2018). Laisvės atėmimo bausmę atliekančių nuteistųjų asmenybės charakteristikos taikant MMPI-2. *Kriminologijos studijos, 5*, 64–90. <https://doi.org/10.15388/crimlithuan.2017.5.11733>

Lietuvos Respublikos Seimas. (2000). *Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso patvirtinimo ir įsigaliojimo įstatymas* (Nr. VIII-1968). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.111555>

Mangiafico, S. S. (2016). *Summary and analysis of extension program evaluation in R* (version 1.20.04). <http://rcompanion.org/handbook/>

McDermott, B. E. (2012). Psychological testing and the assessment of malingering. *Psychiatric Clinics of North America, 35*(4), 855–876. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.08.006>

McDermott, B. E., Dualan, I. V., & Scott, C. L. (2013). Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence? *International Journal of Law and Psychiatry, 36*(3–4), 287–292. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.013>

Rogers, R. (2018). An Introduction to Response Styles. In R. Rogers, S. D. Bender (Eds.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 4th ed. (pp. 3–17). Guilford Press.

Rogers, R., & Bender, S. D. (2003). Evaluation of Malingering and Deception. In A. M. Goldstein, I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology, Volume 11. Forensic Psychology* (pp. 109–129). John Wiley & Sons, Inc.

Sellbom, M., & Bagby, R. M. (2010). Detection of overreported psychopathology with the MMPI-2 RF form validity scales. *Psychological Assessment, 22*(4), 757–767. <https://doi.org/10.1037/a0020825>

Sellbom, M., Toomey, J. A., Wygant, D. B., Kucharski, L. T., & Duncan, S. (2010). Utility of the MMPI-2-RF (restructured form) validity scales in detecting malingering in a criminal forensic setting: A known-groups design. *Psychological Assessment, 22*(1), 22–31. <https://doi.org/10.1037/a0018222>

Sellbom, M., Wygant, D., & Bagby, M. (2012). Utility of the MMPI-2-RF in detecting non-credible somatic complaints. *Psychiatry Research, 197*(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.043>

Smith, G. P., & Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 25*(2), 183–189.

Tarescavage, A. M., Alosco, M. L., Ben-Porath, Y. S., Wood, A., & Luna-Jones, L. (2015). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scores generated from the MMPI-2 and MMPI-2-RF test booklets. *Assessment, 22*(2), 188–197. <https://doi.org/10.1177/1073191114537347>

Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (2008). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form) technical manual*. University of Minnesota Press.

Tombaugh, T. N. (2003). The Test of Memory Malingering (TOMM) in forensic psychology. *Journal of Forensic Neuropsychology, 2*(3–4), 69–96. https://doi.org/10.1300/J151v02n03_04

Tracy, D. K., & Rix, K. J. B. (2017). Malingering mental disorders: Clinical assessment. *BJPsych Advances*, 23(1), 27–35. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.116.015958>

Walczyk, J. J., Sewell, N., & DiBenedetto, M. B. (2018). A review of approaches to detecting malingering in forensic contexts and promising cognitive load-inducing lie detection techniques. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00700>

Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2017). *Handbook of personality assessment* (2nd ed.). www.wiley.com/go/permissions

Wetter, M. W., Baer, R. A., Berry, D., Smith, G. T., & Larsen, L. (1992). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to random responding and malingering. *Psychological Assessment*, 4(3), 369–374. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.369>

World Health Organization. (2023). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). *QC30 Malingering*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/113647346>