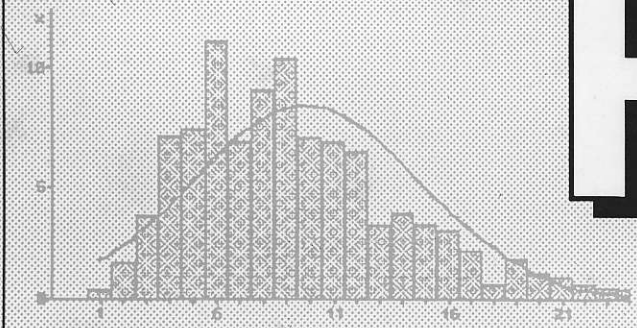
Pressing Lajos
Szakács Ferenc

AZ MMPI PRÓBA ÚJ MAGYAR STANDARDJA



Pressing Lajos – Szakács Ferenc

Az MMPI-próba új magyar standardja

Kiadja a »Társadalmi Beilleszkedési Zavarok« c. kutatás Programirodája

Budapest, 1990

Tartalom

Köszönetnyilvánítás 9

Bevezetés 11

I. Vizsgálati módszerek és minta 17
1.1 Az MMPI skálarendszere 17
1.2 A skálák standardizálásának módszere 23
i A T-pontok meghatározása és a skálák normalizálása . . 23
ii A demográfiai háttérváltozók hatása 26
iii Érvénytelen profilok kiszűrése 27
iv A K-korrekció kérdése 28
v Validitási vizsgálatok 29
1.3 A standardizálási minta összetétele 31

II. A klinikai alapskálák és validitás-skálák standardizálására vonatkozó eredmények 39
A táblázatok felépítése 39
2.0 ? skála, a megválaszolatlan tételek száma (NIV) . . . 40
2.1 Hazugság skála (L) 42
2.2 Validitás skála (F) 44
2.3 Korrekciós skála (K) 47
2.4 Hipochondria skála (Hd, Hd + 0.5K) 49
2.5 Depresszió skála (D) 51
2.6 Hisztéria skála (Hy) 54
2.7 Pszichopátia skála (Pp, Pp + 0.4K) 56
2.8 Maszkulinitás-feminitás skála (Mf) 59
2.9 Paranoia skála (Pa) 61
2.10 Pszichaszténia skála (Pt, Pt + K) 63
2.11 Schizophrenia skála (Sc, Sc + K) 66
2.12 Hipománia skála (Ma, Ma + 0.2K) 68
2.13 Szociális introverzió skála (Si) 71

III. A kontroll-skálák standardizálására vonatkozó eredmények 73
3.1 Választorzítás skála (B) 73
3.2 Disszimuláció skála (Ds) 75
3.3 Korrekció prímskála (K') 77
3.4 Szociális kívánatosság skála (SD) 78
3.5 Kritikus tétel-lista (CI) 81
3.6 Harmadik faktor skála (C) 82
3.7 Kontroll skála (Cn) 84
3.8 Én-túlkontrolláltság skála (Eo) 85
3.9 Énerő skála (Es) 86
3.10 Kognitív önuralom hiánya skála (Sc2a) 87
3.11 Ösztön- önuralom hiánya skála (Sc2b) 89
3.12 Gátlás-fogyatékosság skála (Sc2c) 90
3.13 Impulzivitás skála (Im) 91
3.14 Hipománia nyilvánvaló alskála (MaO) 93
3.15 Pszichopátia nyilvánvaló alskála (PpO) 95
3.16 Pszichopátia rejtett alskála (PpS) 97
3.17 Szociális felelősségérzet skála (Re) 98

IV. A vonás-skálák standardizálására vonatkozó eredmények . . . 100
4.1 Gyűlölködés skála (Ho) 100
4.2 Túlkontrollált agresszió skála (OVHO) 101
4.3 Acting-out gyűlölködés skála (ACHO) 103
4.4 Szociális introverzió prímskála (Si') 105
4.5 Dominancia skála (DoD) 106
4.6 Függőség skála (Dy) 107
4.7 Altruizmus skála (Mf3) 108
4.8 Empátia skála (EMPA) 111
4.9 Cinizmus skála (Cy) 112
4.10 Tolerancia skála (To) 113
4.11 Represszió-szenzitizáció skála (RESE) 115
4.12 Sikerélmény skála (Ae) 117
4.13 Intellektuális hatékonyság skála (Ie) 118
4.14 Intellektuális kvóciens skála (IQ) 120
4.15 Eredetiség skála (OR) 121

V. A kiegészítő neurózis-skálák standardizálására vonatkozó eredmények 123
5.1 Első faktor (szorongás) skála (A) 123
5.2 Szorongásos reakció skála (Ar) 125
5.3 Manifeszt szorongás skála (At) 126
5.4 Depresszió prímskála (Dv) 128
5.5 Szubjektív depresszió skála (Di) 129
5.6 Pszichomotoros retardáció skála (D2) 131
5.7 Depresszív reakció skála (DR) 132
5.8 Depresszió nyilvánvaló alskála (DoN) 133
5.9 Hipochondria prímskála (Hs) 134
5.10 Előzetes hipochondria skála (H) 136
5.11 Konverziós reakció skála (Cr) 137
5.12 Hisztéria prímskála (HyH) 139
5.13 Hisztéria nyilvánvaló alskála (HyO) 140
5.14 Hisztéria rejtett alskála (HyS) 142
5.15 Szomatikus panaszok skála (Hy4) 143
5.16 Hipoglikémiás neurózis skála (Hn) 145
5.17 Neurotikusság skála (Ne) 146
5.18 Pszichoneurózis skála (Pn) 147

VI. Az egyéb klinikai skálák standardizálására vonatkozó eredmények 149
6.1 Paranoia prímskála (Pa') 149
6.2 Paranoia faktor skála (Pk) 150
6.3 Üldözési eszmék skála (Pa1) 152
6.4 Paranoia nyilvánvaló alskála (PaO) 153
6.5 Paranoia rejtett alksála (PaS) 155
6.6 Schizophrenia prímskála (Sc') 156
6.7 Alkalmazkodási zavar skála (Gm) 157
6.8 Normalitás skála (N) 158
6.9 Szexuális rendellenesség skála (Sv) 160
6.10 Alkoholista kiválasztó skála (Ah) 161
6.11 Alkoholizmus-I. skála (Al) 163
6.12 Alkoholizmus-II. skála (Am) 164
6.13 Börtön-alkalmazkodás skála (Ap) 165
6.14 Bűnözési hajlam - I. skála (De) 166
6.15 Bűnözési hajlam - II. skála (Dq) 167
6.16 Szökési hajlam skála (Ec) 169
6.17 Érzelmi éretlenség skála (Em) 170

Zárszó 172

Irodalom 173

1. sz. függelék: Az MMPI-skálák pontozási kulcsa 183
I. A standard klinikai skálák pontozási kulcsa 183
II. Kontroll-skálák pontozási kulcsa 187
III. Vonás-skálák pontozási kulcsa 191
IV. Kiegészítő neurózis-skálák pontozási kulcsa 195
V. Egyéb klinikai skálák pontozási kulcsa 199

2. sz. függelék: Az MMPI-skálák nyerspont – T-pont átszámítási táblázatai 203
I. A standard klinikai skálák átszámítási táblázatai 203
II. A kontroll-skálák átszámítási táblázatai 209
III. A vonás-skálák átszámítási táblázatai 214
IV. A kiegészítő neurózis-skálák átszámítási táblázatai . . 218
V. Az egyéb klinikai skálák átszámítási táblázatai 222

Köszönetnyilvánítás

Az MMPI próba új magyar standardja, amelyet kezében tart az olvasó, márcsak méreteinél fogva sem tekinthető a szerzők kizárólagos munkájának. Megszületése egy egész szakmai és kutatói gárda együttműködésének és erőfeszítésének az eredménye, amelyben a szerzők a tesztstandardizálási munkálatok hátteréül szolgáló, »Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatása« elnevezésű projektumnak ezt a részterületét koordinálták és szakmailag irányították.

A szerzők a saját nevükben és az új tesztstandardokat a gyakorlatban hasznosítani tudó pszichológus szakma nevében is köszönetüket fejezik ki a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatási Főirány Koordináló Tanácsának, amely a standardok elkészítéséhez szükséges jelentős pénzügyi fedezetet biztosította, s külön is Pataki Ferenc elnöknek, aki a kutatás ügyét pártfogólag kezelte. Különösen hálásak a szerzők Münnich Ivánnak, a Koordináló Tanács titkárának, aki a standardizálási vizsgálatokat saját ügyeként támogatta és jelentős erkölcsi és szervezési segítséget nyújtott a munkálatok elvégzéséhez. Köszönettel tartoznak a szerzők a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatása valamennyi alirányvezetőjének, Münnich Iván mellett Juhász Pálnak†, Osváth Károlynak, Pethő Bertalannak, Simek Zsófiának, valamint az alirányok valamennyi kutatójának, akik a kutatások központi tesztbattériájának munkaigényes alkalmazását önzetlenül elvállalták és ezzel lehetővé tették fontos tesztvaliditási adatok összegyűjtését. Hálával tartozunk Éltető Ödönnek és a Központi Statisztikai Hivatalnak, akik a reprezentatív standardizálási minta összeállítását végezték.

Nem tudott volna megszületni a jelen munka annak az 57 kollégának az áldozatos munkája nélkül, akik a fáradságos terepvizsgálatok elvégzését magukra vállalták. Hadd álljon itt név szerint is az a néhány szakember, akik kiemelkedő vállalásukkal a leginkább hozzájárultak a vállalkozás sikeréhez: Balázsi Gabriella, Barta Györgyi, Bertalan Katalin, Dzimbanekné Szirmai Ágnes, Fazekas Tamásné, Hajnalné Orosz Katalin, Hámori Eszter, Havelka Judit, Koller Éva, Z. Kovács Jánosné, Schád László, Sipos Zsuzsanna, Szakács Katalin. Külön köszönettel tartozunk Erőss Katalin és Czijáki Izabella pszichológus asszisztenseknek. Előbbi a terepvizsgálatok

szervezésében, utóbbi pedig a számítógépes adatfeldolgozás munkálataiban nyújtott pótolhatatlan segítséget.

Külön köszönet illeti az Állami Számítógépes Szolgálat szakembergárdáját, köztük Széphalmi Gézát és Gál Katalint, akik a hazai pszichológiai kutatásban egyedülálló méretű információs anyag számítógépes rendszerét megtervezték, s az adatok rögzítését és az első feldolgozásokat végezték. A tesztstandardok elkészítéséhez szükséges matematikai számítások elvégzésében, a számítógépes programok megtervezésében és futtatásában Dobor Tibor nyújtott a szerzőknek közvetlen, felbecsülhetetlen értékű segítséget.

Hálásak vagyunk mindannak a számos munkatársunknak, akiknek a neve itt nem kerülhetett felsorolásra, de a kutatás valamely fázisában tanácsaikkal, támogatásukkal, munkájukkal hozzájárultak az MMPI standard elkészítéséhez. A szerzők a többi résztvevővel együtt annak reményében vállalták a nagyszabású munkában való erőfeszítést, hogy az új tesztstandardok értéket és színvonalnövekedést jelentenek majd az annak eredményeit felhasználó egész pszichológus szakma számára.

BEVEZETÉS

Kötetünkben a Minnesota Többtényezős Személyiségleltár (közismert nevén MMPI-próba) személyiségvizsgáló és klinikai pszichodiagnosztikai eljárás reprezentatív magyarországi standardját ismertetjük. E próba napjainkban már annyira beépült a klinikai pszichológia és több más alkalmazott lélektani munkaterület eszköztárába, hogy egyre inkább elodázhatatlanná vált a próba megbízható hazai értékelési támpontjainak a kidolgozása. Az MMPI próbát eredetileg a 40-es évek Amerikájában dolgozták ki, s amikor egy pszichológiai vizsgálóeljárást egy új kultúrára és nyelvi környezetre kívánunk alkalmazni, gyakorlatilag újra el kell végezni a tesztkonstrukció összetett empírikus vizsgálatainak nagy részét. Enélkül a tesztmódszer nem volna megbízhatóan alkalmazható, hiszen a legtöbb teszt azon alapul, hogy a vizsgált személy reakcióit valamely népesség átlagos, vagy elterjedt reakciómódjaihoz viszonyítjuk. Márpedig ezek a tipikus válaszmódok nagymértékben függenek az adott kultúra hagyományaitól, szokásaitól, műveltségétől, társadalmi viselkedésétől.

Egy tesztmódszernek az eltérő kultúrába történő bevezetését ideális esetben az alábbi lépések jellemzik:

1.) A teszt ingeranyagának (tételeinek) olyan átültetése a másik kultúra nyelvére, hogy az minél hívebben tükrözze az eredetit, ugyanakkor az átfordíthatatlan, vagy az új kulturális közegben semmitmondó, félrevezető ingerek helyébe pszichológiailag ekvivalens tételek adaptálása.

2.) Az ilyen módon adaptált teszt mutatóin újból fel kell mérni a népesség tipikus reakcióit, ellenőrizni kell a mutatók eloszlását és pszichometriai jellegzetességeit, szükség esetén újra kell konstruálni a mutatókat.

3.) Az új kultúrára "kalibrált" mutatók beválását, értelmezési támpontjainak érvényességét további empírikus vizsgálatok sokaságával kell ellenőrizni, amelyek éppen az adott kultúra átlagos magatartásától eltérülő csoportokon (pl. pszichiátriai betegeken) mérik fel, hogy a tesztmutatók szokatlan értékei mennyiben képesek jelezni a tényleges magatartást, vagy jellegzetességeket.

Az 1. pontban felsorolt feladatokat az MMPI esetében gyakorlatilag elvégzettnek tekinthetjük, mióta 1972-ben a Magyar Pszichológiai Társaság Orvosi (Klinikai) szekciójának szakmai csoportja dr. Juhász Pál elnök vezetésével elvégezte a teszt egységes és hiteles magyar nyelvű tételanyagának összeállítását. Azóta ez a változat kizárólagossá vált mind a hazai

kutatásokban, mind a gyakorlati alkalmazás különböző területein, és magunk is ezt a változatot használtuk az új magyar standard elkészítéséhez.

A 3. pontban megjelölt feladat, a teszt validitására vonatkozó kutatási eredmények összegyűjtése viszont elébe szaladt a 2. pontnak, a teszt hazai normatív támpontjai kidolgozásának. *Povázsai (1972)* és *Szobor (1973)* tudományos közleményeket publikáltak az MMPI próba felhasználásával, még mielőtt 1975-ben *Tringer és munkatársai* közölték volna az első hazai normatív támpontokat. Ezek az első támpontok igen kezdetleges vizsgálaton, egy mindössze 100 fős egyetemista csoport felmérésén alapultak. Ehhez képest a klinikai gyakorlatban már széles körben használták az új tesztet (ld. *Bagdy, 1975)*, s ugyancsak 1975-től bevezették a tesztet a pszichológia szakos egyetemi hallgatók felvételi alkalmasságvizsgálatában. Újabb közlemények láttak napvilágot *(pl. Zseni, 1976; Szobor és mtsai, 1977, 1978; Matuzsinka, 1978),* miközben csak 1980-ra készült el az MMPI első magyar standardja *(Tringer és Zseni, 1980)* egy 500 fős normatív minta alapul vételével.

Bár a tesztadaptálás elvileg helyes menetrendje az lenne, hogy először kidolgozzák a teszt hiteles ingeranyagát, majd standardizálják, utána kutatásokban ellenőrzik a teszt validitását és értelmezési támpontjait, végül bevezetik azt a gyakorlati alkalmazásokba, az MMPI hazai története jól illusztrálja, hogy az életben mindez gyakran éppen fordítottan történik: a gyakorlat eszközigénye az, ami a kutatók számára érdemlegessé teszi egy-egy területen az empírikus adatgyűjtést, s a meginduló kutatásoknak a gyakorlathoz képest nagyobb módszertani igényessége és szigorúbb kritériumrendszere kényszeríti ki egy idő után a költséges és munkaigényes standardizálási háttérvizsgálatok elvégzését. Magyarországon is a hosszú kényszerszünet után a 60-as években új erőre kapó klinikai pszichológiai gyakorlat szükségletei ösztönözték az MMPI bevezetését, amelynek már a 60-as évek végén többféle "házi" változatát használták, főleg a német standard alapul vételével. A szerveződő és egyre igényesebbé váló gyakorlat követelte meg a próba egységesítését, inspirálta a tudományos vizsgálatokat, és vezetett el végül az első magyar standard megalkotásához. Ugyanezek a szükségletek vezettek el a próba hazai alkalmazásának következő jelentős fejleményéhez, egy átfogó MMPI-kézikönyv megjelenéséhez (*Bagdy, Pressing, Bugán, Zétényi: Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 1986). Ez a kötet, amely az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet Klinikai Pszichológiai Laboratóriumának, valamint az ELTE és a KLTE egyetemi kutatócsoportjának több éves együttműködéséből született, új, rétegspecifikus normatív adatok és kiterjedt klinikai vizsgálatok mellett áttekintést ad a teszt elméletének valamennyi lényeges

fejezetéről, és részletes útbaigazításokat tartalmaz a próba gyakorlati alkalmazásához, a próba felvételétől kezdve egészen a klinikai leletkészítésig.

Mivel a *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi (1986)* féle MMPI-kézikönyv még ma is megfelelő alapirodalomként szolgálhat mind a próba hazai kutatói, mind pedig annak gyakorlati alkalmazói számára, a jelen munkában feleslegesnek tartottuk volna az ott leírtak újbóli megismétlését. Ehelyett a rendelkezésünkre álló helyet az általunk elkészített új magyar standard, valamint a standardizálási vizsgálatok során nyert egyéb kutatási eredmények bemutatására szántuk, bízva abban, hogy ezek közreadása újabb jelentős minőségi ugrást jelent majd a teszt hazai felhasználásában. Feltételezzük, hogy a kötet olvasója tisztában van az MMPI elméletének és alkalmazásának alapvető tudnivalóival. Akinél ezek az ismeretek hiányoznak, az a fent jelzett kézikönyvből pótolhatja ezeket, s **a jelen kötet a fenti kézikönyvvel együtt képezheti a jövőben a teszt hazai alapirodalmát.** A hosszas ismétlések helyett a jelen kötet bevezető fejezeteiben csak néhány olyan tesztelméleti kérdésre térünk ki nagyobb részletességgel, amelyek kihatással voltak a standardizálás szempontjaira. A klinikai skálák bemutatásánál is csak rövid áttekintést adunk a skálák értelmezéséhez, hiszen azt teljes részletességgel megtalálja az olvasó *Bagdy és mtsai* kézikönyvében; ehelyett a hangsúlyt a saját empírikus eredmények bemutatására helyezzük. Egyáltalán nem foglalkozunk a jelen kötetben a klinikai profilelemzés kérdéseivel. Egy fontos területen ugyanakkor hézagpótló szerepet játszhat az itt közreadott munka: nem jelent még meg magyar nyelven olyan tanulmány – beleértve az említett kézikönyvet is – amely kiterjedt ismereteket közölne az MMPI-hez kidolgozott számos **kiegészítő skála** diagnosztikai alkalmazásához. E hiány pótlását olyannyira égetőnek éreztük, hogy munkánk jelentős részét szántuk kiegészítő skálák bemutatására; Európában egyedülálló módon közöljük számos ilyen skála országos reprezentatív standardját, s a függelékben megadjuk ezeknek a skáláknak a pontozási kulcsait is. Az olvasó így a jelen kötetben közölt információ segítségével egyszeriben "több tesztre" tehet szert az eddigi egysíkúan alkalmazott MMPI próba helyébe, azzal, hogy jelentősen kibővítheti a tesztinformációk lekérdezési felületét.

Végül néhány szót magáról a standardról, mindenekelőtt arról, hogy miért is volt szükség a *Tringer és Zseni* által már 1980-ban publikált magyar standard után egy újabb standard elkészítésére. Túl azon a szemponton, hogy a népesség összetételének és a kulturális szokásoknak a változása önmagában is indokolná a tesztek időről időre történő újrastandardizálását, a *Tringer és Zseni* féle standard, bár a maga idejében korszakos jelentőségű volt, módszertani szempontból kifogásolható elemeket is

tartalmazott. A minta reprezentativitása elé a minta viszonylag alacsony, 500 fős elemszáma önmagában is korlátokat állított. A kutatók nem közöltek részletes információkat arra vonatkozóan, hogy milyen populációból, milyen módon kerültek kiválasztásra a vizsgálati személyek, kik végezték a vizsgálatokat stb. Vitatható pl. az az MMPI külföldi standardizálása során gyakran alkalmazott módszer, hogy a vizsgálati személyeket pszichiátriai betegek önkéntes hozzátartozóiból válogatják össze. Könnyen előfordulhat ugyanis, hogy az ilyen hozzátartozói körben, még ha klinikailag egészségesek is, nagyobb arányban fordulnak elő pszichológiai problémák, nehézségek, mint az átlagpopulációban. A teszt gyakorlati alkalmazói számára jól ismert gond volt a régi magyar standard több klinikai skálájának szokatlanul magas átlagértéke, ami csökkentette a próba érzékenységét. Ezek a magas átlagok éppúgy lehettek az említett okok következményei, mint annak, hogy nem történt kellőképpen alapos szűrés a random, vagy nem megbízható módon kitöltött tesztek kiszűrésére.

Amikor az 1980-as évek elején a "Társadalmi Beilleszkedési Zavarok" Komplex Kutatási Főirány Koordináló Tanácsa erőfeszítést tett a Főirány keretében folyó kutatások módszertani összehangolására, az a döntés született, hogy ki kell alakítani egy olyan tesztbattériát, amelyet valamennyi kutatóhelyen egységesen igénybe vesznek az információk gyűjtésére. Javaslatunkra ebbe az egységesített tesztbattériába két személyiségvizsgáló eljárás, az MMPI próba és a PFT teszt is bekerült, és a Koordináló Tanács az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben működő kutatócsoportot (dr. Szakács Ferenc vezetésével) bízta meg azzal a feladattal, hogy az egységes tesztbattériában szereplő próbák értelmezéséhez állítson össze normatív támpontokat, valamint végezze el az e battériával gyűjtött adatok különféle kutatási alirányok közötti összevetését. A Főirány biztosította a kutatócsoport számára a szükséges vizsgálatok pénzügyi fedezetét.

A feladat teljesítésére lényegében két út kínálkozott. Az egyik, hogy a kutatásokban részt vevő deviáns csoportok összetételének megfelelő normál kontrollcsoportokat vizsgálunk, a másik, hogy standardizáljuk a battériában szereplő teszteket. A kétféle megközelítés némileg eltérő logikát igényel, amit különösen a deviáns csoportok elemzésénél kellett figyelembe venni. Hogy végül a standardizálás mellett döntöttünk, abban elsősorban szervezési és gazdaságossági megfontolások játszottak szerepet. Mivel a TBZ kutatások egyszerre sok kutatóhelyen folytak egymástól függetlenül, nem látszott megszervezhetőnek, hogy az egyes kutatócsoportok vizsgálati mintáinak összeállítását valamiféle központi előírással meghatározzuk. Ez a kutatói önállóságot is sértette volna. Másfelől, a vizsgálati személyeknek a hazai lélektani kutatásokban megszokott méretekhez képest nagy száma az első változatot sem tette volna lényegesen "olcsób-

bá", mint egy országos reprezentatív standard elkészítését. Ilyen körülmények között ésszerűbbnek mutatkozott a standardizálást választani, különösen azért, mert célzott mintaválasztás esetén az eredmények felhasználhatóságát mindenképpen behatárolta volna a TBZ vizsgálatok szempontrendszere. A standard viszont azonkívül, hogy hiteles értelmezési keretet teremtett a TBZ-kutatások eredményeihez, azzal a többlet haszonnal is járt, hogy az egész hazai pszichológiai gyakorlat számára értékes, a TBZ-kutatások keretein kívül is teljes érvénnyel alkalmazható támpontrendszert fejlesztett ki e tesztek értelmezéséhez. Ennek értékét különösen akkor tudjuk felbecsülni, ha számba vesszük, hogy ezt megelőzően minden szempontból kifogástalan hazai standarddal egyetlen eljárás, a MAWI intelligenciateszt esetében rendelkeztünk.

Eredményeinknek a szélesebb szakmai közönség számára is várhatóan érdeklődésre számot tartó részét két kötetben tervezzük közreadni; ez az első kötet az MMPI magyar standardjával, a következő pedig a PFT teszt magyar standardjával foglalkozik.

I. Vizsgálati módszerek és minta

1.1 Az MMPI skálarendszere

Az MMPI kérdőíves személyiségvizsgáló eljárást, amely ma már Magyarországon is a legelterjedtebben használt klinikai pszichológiai vizsgálóeszközök közé tartozik, *Hathaway és McKinley* dolgozták ki Amerikában, az 1940-es években (*Hathaway és McKinley, 1940, 1942, 1946; McKinley és Hathaway, 1940, 1942a, 1942b, 1944*). A teszt erényei egyszerűsége, könnyű alkalmazhatósága, s az, hogy a vizsgálatvezető részéről más vizsgálóeljárásokhoz képest viszonylag kevés időráfordítást igényel. Számos skálája révén ugyanakkor gazdag információ felülettel rendelkezik. 566 tétele módot ad arra, hogy a rutinszerűen használt klinikai skálákon kívül szinte korlátlan számban dolgozzunk ki speciális vizsgálati céloknak megfelelő kiegészítő skálákat. A tesztbe beépített ún. validitás-skálák lehetővé teszik azoknak a tényezőknek az ellenőrzését, amelyek torzíthatják a teszteredményeket – pl. a szimulálást, a tünetek elleplezésére irányuló törekvést, a válaszok »szépítgetését«, a figyelmetlen válaszadást, a kérdések meg nem értését stb. A teszt erősen formalizált felépítése lehetővé teszi a kiértékelést gyorsító technikák, legújabban a számítógépes kiértékelés alkalmazását. Mindezeknek az előnyös tulajdonságoknak köszönhető, hogy a teszt rendkívül gyorsan elterjedt, s nemcsak az alkalmazott lélektani kutatásban, de a klinikai gyakorlatban is gyorsan alapmódszerré vált.

Az MMPI teszt konstrukciós elve különbözik a megszokott *önjellemzésen alapuló* kérdőívekétől. Bár a vizsgálati személynek itt is arról kell döntenie, hogy mennyire tart önmagára nézve jellemzőnek különféle (összesen 566) tüneteket, attitűdöket, viselkedésmódokat megfogalmazó állításokat, a teszt szokásos kiértékelésében nem foglalkozunk a jellemzőnek elfogadott állítások *tartalmával.* Az értelmezés ehelyett a tételek *empírikus korrelációin* alapul, vagyis azon, hogy az egyes tételek elfogadása, illetve elutasítása milyen, a teszttől függetlenül megállapított *kritériummal*

mutat statisztikai együttjárást. Vagyis a kérdőívre adott válaszokat nem az egyes állításokban megfogalmazott viselkedésformák helyettesítőiként kezeljük, hanem mint a kérdőív ingereire adott reakciókat, amelyek együttjárását a vizsgálati személy más tulajdonságaival empírikus eszközökkel kell feltárni. A teszt skáláit olyan tételekből állították össze, amelyek szorosan korreláltak ugyanazzal a kritériummal, így feltételezhető, hogy aki magas pontszámot ér el egy skálán (sok tételre válaszol a kritériumnak megfelelően), az jobban hasonlít a kritériumtulajdonsággal jellemzett csoportokhoz. Mivel az MMPI-t eredetileg a pszichiátriai diagnosztika céljára dolgozták ki, az első skálák kritériumául a kraepelini pszichiátriai nozológiai rendszer angolszász nyelvterületen elterjedt változata szolgált. A skálákba olyan tételeket válogattak be, amelyekre az egyes betegségcsoportokba tartozó (depressziós, hisztériás, pszichopáthiás, schizophreniás, paranoiás stb.) vizsgálati személyek többsége azonos módon válaszolt, mégpedig statisztikailag nagyobb gyakorisággal, mint egyéb betegek, vagy egészséges személyek. Ma is ezek a skálák képezik a próba ún. *»klinikai alapskáláit«*. Az alapskálák közé később két, nem kimondottan klinikai kritériumokon alapuló skála is bekerült: a *Termon-Miles* féle attitűd-érdeklődés elemző tesztből átvett férfias-nőies érdeklődés skála, valamint a *Drake (1946)* által kidolgozott szociális introverzió skála. Amint azonban nyilvánvalóvá vált, hogy az MMPI-próba nagyszámú tételanyaga szinte korlátlan lehetőséget kínál a legkülönfélébb személyiségtényezők, kritérium tulajdonságok mérésére, gombamód kezdtek szaporodni a speciális kiegészítő skálák, amelyek használata ugyanakkor nem vált általánossá. Ma már több száz ilyen kiegészítő skála létezik, amelyeket többnyire csak a skála kritériumváltozójával foglalkozó kutatók használnak. Hogy a kiegészítő skálák alkalmazása nem terjedt el a gyakorlati diagnosztikában, annak oka gyakran a skálák elégtelen konstrukciós vizsgálatai; a megfelelő standardok és validitási adatok hiánya; a skálák elégtelen publicitása, vagyis hogy a gyakorló diagnoszták számára nehezen hozzáférhetők; valamint az, hogy minden új skála bevezetése növeli a teszt kiértékelésének munkaigényességét.

Ez azonban nagyon sajnálatos, hogy így van, hiszen az általánosan használt 10 alapskála a tesztben foglalt információnak csak a töredékét használja fel, és az is vitatható, hogy éppen az ezen skálák kritériumául szolgáló nozológiai kategóriák a legalkalmasabbak-e a vizsgált személyiség jellemzésére. Ez még a pszichiátriai alkalmazásoknál is kérdéses, a teszt más területeken történő felhasználásakor pedig kimondottan félrevezető lehet. Véleményünk szerint itt is arról a gyakran megfigyelhető jelenségről van szó, hogy egy történeti okokból kialakult gyakorlat (ti. hogy ezeket a skálákat publikálták először) irracionális módon továbbél a szakmai konvenció tehetetlenségi erejénél fogva, miközben mind a szemé-

lyiségmodellek, mind a tesztelmélet messze túlhaladta már azt a szintet, ami a 30-as évek pszichometriai próbálkozásait jellemezte. A teszt továbbfejlesztésére irányuló kutatások egyik iránya »behódolt« a szakmai konvenciónak, s a 10 alapskálának a gyakorlati diagnosztikában is megmutatkozó elégtelenségét úgy próbálta meg kiküszöbölni, hogy rafinált matematikai statisztikai eljárásokkal magukból az alapskálákból konstruáltak újabb mutatókat, profil-kódokat, profil-típusokat. (A teszt fejlődéstörténetének részletes bemutatását ld. *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi, 1986* kézikönyvében).

Bár a skálák egymáshoz való viszonyát is figyelembe vevő profil-értelmezési technika valóban pontosabbá és differenciáltabbá tette a teszt értékelését, ez a fajta értelmezés a diagnoszta részéről igen nagy tapasztalatot igényel. A statisztikai mutatók, vagy tipikusként leírt profil-konstellációk értéke a magunk tíz éves gyakorlati MMPI-diagnosztikai tapasztalata alapján gyakran az álmoskönyvekével egyenértékű. (Hogy ez az asszociáció cseppet sem önkényes, azt jól mutatja, hogy az ilyen kézikönyvek mind felépítésükben, mind használatukban kísértetiesen hasonlítanak a múlt századbeli álmoskönyvekre, ahol a »lelethez« szótárszerűen ki-ki fellapozhatja a megfelelő értelmezéseket. Míg akkor a népszerűség alapjául a rejtett természetfeletti összefüggésekben való hit szolgált, ma a statisztikai próbák »tudományos« hitelességében való naív-fetisisztikus hit tölti be ugyanezt a szerepet).

A kódértelmezés és az indexek gyenge beválásának oka az a hibás logikai kiindulópont, amelyik nem veszi figyelembe, hogy az eleve durva (pontatlan) skálákból semmilyen matematikai trükkel sem lehet kiváló, pontos és hatékony mutatót szerkeszteni. Hiába lesz ugyanis az új mutató érzékenyebb (nagyobb felbontású), ha a magas hiba-variancia pontatlanná teszi; a nagyobb megbízhatóság ára viszont a felbontás csökkenése, ami olyan trivialitásokhoz vezethet, mint pl. a vsz. besorolása a három nagy diagnosztikus főcsoport valamelyikébe – amely művelethez különösen költséges a tesztet elvégeznünk, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a besorolás hatékonyságának eleve határt szab az alapvető diagnosztikus kategóriák önmagában sem nagyon magas reliabilitása. *Egyébként sem nagyon pragmatikus megközelítés az, amelyik a teszt alapskáláiból próbál olyan tulajdonságok mérésére alkalmas eszközt fabrikálni, amelyeknek csak nagyon távoli közük van a kritériumul szolgáló nozológiai kategóriákhoz, ahelyett, hogy az adott tulajdonságot közvetlenül mérő eszközt dolgozna ki.*

További problémát jelent az alapskálákkal kapcsolatban, hogy a kvantitatív formában történő ábrázolás a gyakorló diagnosztákban, de sokszor kutatókban is azt a téves elképzelést alakítja ki, mintha ezek a skálák valóban »mérnének« is valamit, vagyis mintha létezne egy olyan tulajdon-

ság – pl. »depresszivitás«, »hiszteroiditás«, »pszichaszténikusság« stb. –, amit ezek mérnek. Valójában mégha léteznek is ezek a személyiségvonások, az MMPI alapskálái magukkal a vonásokkal csak áttételes kapcsolatban lehetnek. Kidolgozásuk alapjául ugyanis nem az ezen tulajdonságokkal való korreláció mértéke szolgált, hanem pusztán az, hogy milyen mértékben differenciáltak különféle klinikai csoportok között. Vagyis igazán korrekt módon a klinikai alapskálák semmi mást nem mérnek, mint annak a valószínűségét, hogy valaki beletartozik-e egy klinikai csoportba, vagy sem. Arról azonban, hogy pontosan mi is okozta az adott skálaértéket, pusztán a skála alapján nem alkothatunk fogalmat. Például a depresszió tünetegyüttese sokféle jelenségből tevődik össze – hangulatzavar, indítékszegénység, mozgásos retardáció, testi panaszok, szorongás stb. –, és egy mérsékelten magas D skálaérték éppúgy jelenthet enyhe hangulatzavart, mint erős szorongást, vagy egyéb jelenségeket, amelyeknek esetleg semmi köze a depresszió kórlélektani kategóriájához. Természetesen a személyiségdiagnosztika nem elégszik meg azzal, hogy az ügyfél mondjuk 70% valószínűséggel szenved depressziós kórképben, szeretne részletesebb személyiségképet alkotni. E célból aztán a klinikai skálákat korreláltatták számos más tulajdonsággal, s ahol szignifikáns korrelációt találtak, ott az adott tulajdonságot hozzárendelték a skálához, mint »értelmezési támpontot«. Az eljárás ilyen módon jogosult ugyan, de ezzel ismét visszajutunk a kiindúló problémához: e szignifikáns empírikus korrelációk ritkán olyan magasak, hogy az adott klinikai skála valóban a tulajdonság félreérthetetlen mutatója gyanánt szolgálhatna. Minek alapján döntsük el, hogy – ismét csak egy mérsékelten magas skálaértéknél maradva – a skálával kapcsolatban feltárt több tucat »értelmezési támpont« közül melyik, vagy melyek kombinációja felelős az adott skálaértékért?

A felsorolt problémák legracionálisabb megoldási lehetősége feloldani a hagyományos alapskálákhoz való görcsös ragaszkodást, s bátran nyúlni gyakorlati alkalmazásokban is a nagyszámú kiegészítő skálához; a mérni kívánt tulajdonságokhoz az azokra *célzottan* kidolgozott skálákat igénybe venni; az egyes értelmezéseket több, hasonló célú skála eredményeivel is alátámasztani. Egy ilyen irányú fejlődést szeretnénk elindítani az alábbiakban közreadott új magyar standarddal is, s ezért döntöttünk úgy, hogy abban számos kiegészítő skála pontozási kulcsát és normatív értékeit is közzétesszük. Hogy miért pont az itt közreadott 85 skálát választottuk ki, annak az volt az oka, hogy a standardizálást finanszírozó "Társadalmi Beilleszkedési Zavarok" Komplex Kutatási Főirány Koordináló Tanácsa ezekre adott megrendelést és ezzel együtt pénzügyi fedezetet. A skálák kiválasztását tehát az adott kutatás igényei és sajátos kérdésfeltevései határozták meg. *Bizonyos skálák kiválasztásának a racionális indokai a jelen kötet szerzői számára sem teljesen láthatóak, s ha rajtuk múlt volna a vá-*

lasztás, néhány helyen talán fontosabb skálát is tudtak volna találni. A kiválasztott 85 skála azonban még így is elég változatos ahhoz, hogy mind a normál, mind a kórlélektani tartományban a magatartási- és attitűd-jellegzetességek széles skáláját öleljék fel, és bevezetésük minőségileg emelje a hazai MMPI-diagnosztika színvonalát. A kiértékelés munkaigényességét illető kifogások a személyi számítógépek tömeges elterjedésével könnyen áthidalhatóvá válnak, hiszen már az alapskálák kiértékelését is egyre kevesebb helyen végzik kézi módszerrel. A szerzők által *Commodore-64* számítógépre forgalmazott MMPI-64 programcsomag például nemcsak a jelen kötetben közölt 85 skála kiértékelését, standardizálását és profillapon történő ábrázolását végzi el mindössze 2 másodperc alatt, hanem ezen kívül 17 differenciál-diagnosztikai skálát is kiszámol, sőt kívánságra le is kérdezi a tesztet a vizsgált személytől, teljesen kiküszöbölve ezzel a kézi munkát a tesztadminisztráció folyamatából*.

A standardizálásra kerülő 85 skálát olyan módon csoportosítottuk, hogy ezek »logikája« az általános felhasználó igényeihez illeszkedjen, s bármely szakterületen dolgozó diagnoszta könnyen meg tudja találni és ki tudja választani a maga számára azokat a speciális skálákat, amelyeket a saját vizsgálati szempontja igényel. A standardok bemutatása ennek megfelelően az alábbi öt csoportban történik:

1.) **Klinikai alapskálák:** Az általánosan használt klinikai és validitás-skálák, mind K-korrekcióval, mind anélkül (ld. következő fejezet). Összesen 18 skála.

2.) **Kontroll-skálák:** E csoport kétféle skálát tartalmaz: Egyrészt olyan mutatókat, amelyek jelzik, ha a vizsgált személy kontrollálni igyekszik saját magának a teszthelyzetben mutatott viselkedését – pl. azért, hogy kedvezőbb képet alakítson ki magáról stb. Ezek a skálák lényegében a szokásos validitás-skálák érzékenységét bővítik. A skálák másik csoportja éppenhogy a személy tényleges, valós élethelyzetekben mutatott önkontrolljának, szabályozottságának a felmérésére irányul, azt kívánva feltárni, hogy az illető mennyire gátlástalanul, vagy éppen visszafogottan engedi érvényre jutni magatartásában vágyait és indulatait. E skálák elsősorban az egészséges személyekkel, deviánsokkal, veszélyeztetett csoportokkal vizsgálatokat folytatók, valamint alkalmasságvizsgálók számára lehetnek érdekesek. Összesen 17 skála.

---

*Az MMPI-64 programcsomag megrendelhető dr. Szakács Ferencnél, az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetben (1281 Budapest, postafiók 1.). Ára 1991. első felében 20 ezer Ft.

3.) **Vonás-skálák:** Olyan kiegészítő skálák, amelyek kidolgozásának kritériuma nem valamilyen klinikai támpont, hanem egy személyiségvonással való korreláció volt. Ennek megfelelően elsősorban a személyiség egészséges (nem kórlélektani) tartományban történő megismeréséhez nyújt a klinikai skáláknál megbízhatóbb adatokat. Felmérések, alkalmasságvizsgálatok, kutatások számára lehetnek elsősorban érdekesek. Összesen 15 skála.

4.) **Kiegészítő neurózis-skálák:** A szorongás, általános neurotikus reakciókészség és specifikus neurotikus tünetek felmérésére szolgáló kiegészítő skálák. Alkalmazásuk elsősorban a klinikai területeken érdekes. Összesen 18 skála.

5.) **Egyéb klinikai skálák:** Elsősorban a klinikumban és a kriminálpszichológiai szakterületen használható egyéb kiegészítő skálák tartoznak ide, amelyek a súlyosabb alkalmazkodási zavarok – pl. pszichózis, személyiségzavar – általános és specifikus tüneteinek felmérésére irányulnak. A beilleszkedési zavar olyan sajátos formáira, mint pl. alkoholizmus, bűnözés stb. külön skálák állnak rendelkezésre. Összesen 17 skála.

A szerzők ezzel együtt is abban bíznak, hogy e 85 skála standardizálása nem a lezárását, hanem a kezdetét jelenti egy tesztfejlődési folyamatnak. Annál is inkább, mert a teljes magyar standard vizsgálati anyaga tételenként került rögzítésre, és az mágnesszalagos adathordozón hozzáférhető. Ez azt jelenti, hogy viszonylag kis – a számítógépes adatfeldolgozás által igényelt – költséggel *tetszőleges* skála reprezentatív standardja elkészíthető, újabb nagyszabású vizsgálatok lefolytatása nélkül is. A szerzők maguk is szívesen lépnek kooperációba ennek érdekében olyan intézményekkel vagy kutatókkal, akik a szükséges pénzügyi fedezetet biztosítani tudják.

1.2 A skálák standardizálásának módszere

i. A T-pontok meghatározása és a skálák normalizálása

A ?, L és F skálák kivételével a T (standard) pontokat az első MMPI-standardokban a

$$T_{\hat{i}} = \text{rnd}[50 + 10(Xi\text{-}M)/s] \qquad \text{(i)}$$

képlettel határozták meg, ahol *Xi* a nyerspontértéket, *M* és *s* a standardizálásban használt normatív minta átlagát és szórását, *rnd* a kerekítési függvényt, $T_{\hat{i}}$ pedig az adott nyersponthoz tartozó standard pontértéket jelenti. Az MMPI gyakorlati alkalmazásaiban használt profillap tulajdonképpen nem más, mint ezt a nyerspont – T-pont konverziót megvalósító grafikus segédeszköz. A profillapon ugyanis az egyes skálákhoz tartozó függőleges vonalak úgy vannak beosztva, hogy az egyes beosztások, mint nyerspontok éppen a nekik megfelelő standardpont magasságában helyezkedjenek el.

A nyerspontoknak standard pontértékekké való átalakítása két szempontból előnyös. Egyfelől közvetlenül, ránézésre megállapíthatóvá teszi egy adott skálaértéknek a népesség átlagához való viszonyát. A fenti képlet ugyanis a skálák eloszlását olyan eloszlássá transzformálja, amelynek a népességben várható értéke 50, szórása pedig 10. Amennyiben a skála megközelítőleg normális eloszlású, a standard pontértékből azt is meg tudjuk becsülni, hogy milyen mértékben szokatlan egy kiugró skálaérték. Normális eloszlás esetén ugyanis a népesség kb. 67%-a az egyszeres, 95%-a a kétszeres szórásövezeten belüli – vagyis 40-60, illetve 30-70 T-pont közötti – értékeket ad. A standard pontszámok alkalmazásának másik előnye, hogy valamennyi skálát azonos léptékűre transzformálja át, és ezáltal a különböző skálákat egymáshoz közvetlenül viszonyíthatóvá, összehasonlíthatóvá teszi. Enélkül a gyakorlatban megvalósíthatatlan volna a skálaértékek konfigurációira épülő klinikai profilelemzés. Egyébként is könnyű elképzelni, mennyire kényelmetlen volna, ha a diagnosztának valamennyi skála átlagát és szórását külön-külön kellene figyelembe vennie minden egyes teszt értelmezésekor. (A validitás-skálákat eleinte azért nem standardizálták, mert értelmezési támpontjaik nem a populáció átlaghoz, hanem bizonyos kísérleteken alapuló, abszolút értékekhez kapcsolódtak).

Fel kell ugyanakkor hívni a figyelmet arra, hogy a T-pont és a standard-pontszám egymással nem teljesen azonos fogalmak. Ez azért lényeges, mert a pszichológiai szakirodalomban gyakran tévesen, szinonimaként használják őket. Standard pontszám alatt a pszichometriában egyszerűen egy olyan transzformált pontszámot értenek, amely a populáció eloszlását egy egyezményes átlagú és szórású eloszlásra alakítja át az (i)-hez hasonló képlet segítségével. Az MMPI esetében ez az egyezményes átlag és szórás 50, illetve 10.

A *T-pont* fogalmát viszont *McCall* vezette be (ld. *Lindquist, 1951)* azokra a transzformációkra, amelyek nemcsak standardizálják, hanem *normalizálják* is az eloszlást, vagyis hasonlóbbá teszik, »hozzásimítják« azt a *Gauss*-féle normális eloszláshoz. Erre elsősorban olyankor van szükség, amikor a skála túlságosan »ferde« (gyakoriak a szélsőségesen alacsony, vagy magas értékek), illetve amikor az eloszlás görbéje jelentősen különbözik a normális eloszlástól. Ilyen esetekben ugyanis félrevezető volna a »sima« standard pontszámok alkalmazása, mert az átlagtól való eltérések nem feltétlenül tükröznék ugyanazt a statisztikai »rendellenességet«. (Elvileg elképzelhető pl. olyan ferde eloszlás, ahol az átlagos értéket elérő pontszámot is igen ritkán kapunk, vagyis az »rendellenesként« értelmezhető, miközben az átlagtól két szórásövezettel elmaradó pontszámok magas gyakorisággal fordulnak elő).

A legtöbb pszichológiai teszt, különösen a kérdőívskálák kimondva, vagy kimondatlanul élnek azzal az előfeltevéssel, hogy a mérni kívánt tulajdonságok a populációban a *Gauss*-féle görbének megfelelő eloszlást követik. Nemcsak a pszichológiai elméletek, de a tesztmutatók elemzésére elterjedten használt matematikai statisztikai próbák többsége is felhasználja ezt az előfeltevést. Ez azonban nem feltétlenül teljesül minden esetben. Az egyes skálák eloszlásának a bemutatásakor pl. látni fogjuk, hogy míg a normál személyiség jellemzésére kidolgozott skálák valóban többé-kevésbé normális eloszlást követnek, addig a főleg tüneti jegyekből összeállított klinikai skálák erősen *ferde eloszlásúak*. Ez bizonyos fokig természetes, hiszen a klinikai értelemben *beteg* személyek a populációnak csak a töredékét teszik ki, vagyis a normál népességben az alacsony pontszámot elérő, kevés tünetet jelző személyek aránya nagyságrenddel magasabb lehet, mint azoké, akik szimmetrikusan magas pontszámot produkálnak. Márpedig ha ragaszkodunk a mérni kívánt változók normális eloszlásának feltevéséhez, akkor ez azt jelenti, hogy az adott skála nem méri a változót »megfelelően«, hanem azt standardizálás előtt normalizálni kell. Bár ezt a normalizálást az eredeti minnesotai standardban nem végezték el, később mások felhívták a figyelmet az eljárás ilyen statisztikai hiányosságaira (ld. *Finney, 1968)*, ami még akkor is fennáll, ha a ferde eloszlások

normalizálása valóban csupán a szélsőséges értékek számának enyhe csökkenésével járna (*Weisberger, 1965*). Különösen így van ez sok kiegészítő skála esetében, amelyek olykor az alapskáláknál megszokotthoz képest is jóval ferdébb eloszlásokat produkálnak. Ezért döntöttünk úgy, hogy a reprezentatív magyar standard elkészítésekor normalizáljuk az eloszlásokat.* Ennek az eljárásnak az egyetlen hátránya az, hogy a T-pontokat nem lehet az (i)-hez hasonló egyszerű képlettel előállítani. A gyakorló diagnoszták azonban rendszerint amúgysem a képletet, hanem az automatikus grafikus átszámítást biztosító profillapokat, vagy átszámítási táblázatokat használnak, a kutatókat pedig a normalizált skálák nagyobb megbízhatósága feltétlenül kárpótolja e kisebb kényelmetlenségért. Az egyes skálák nyerspont – T-pont átszámítási táblázatait a 2. sz. függelékben közöljük, az általunk standardizált MMPI-skálákra vonatkozóan. A grafikus ábrázoláshoz szükséges profillapokat pedig a kötet megjelenését követően, külön fogjuk forgalmazni.

A normalizálás módszere az volt, hogy először meghatároztuk az egyes skálák nemenkénti gyakorisági eloszlásait; majd az egyes nyerspont-értékekhez olymódon rendeltünk (számítógépes program segítségével) T-pont értéket, hogy a nyersponthoz tartozó kumulatív relatív gyakoriság pontosan megegyezzen a hozzárendelt T-pont kumulatív valószínűségével az 50-es várható értékű és 10-es szórású normális eloszlásban.

A magyar standard bemutatásakor a függelékben szereplő átszámítási táblázatok mellett a skálák eloszlását is ismertetni kívántuk; ezt a nehezebben áttekinthető táblázatos forma helyett grafikus ábrázolás segítségével oldottuk meg. A grafikus ábrázolás nemcsak szemléletessé teszi a skálák eloszlását, hanem a megfelelő normális eloszláshoz való viszonya is azonnal áttekinthetővé válik.

A skálák eloszlását matematikailag a szokásos paraméterek (átlag, szórás, minimum, maximum) mellett két speciális mutatóval, az ún »skewness« és »curtosis« statisztikákkal mértük. A »skewness« szó szerint *ferdeséget* jelent, s azt mutatja, hogy az eloszlás mennyire szimmetrikus. Pozitív értékei balra, negatív értékei pedig jobbra ferde eloszlásra utalnak, s abszolút értékben minél közelebb van a nullához, annál szimmetrikusabb az eloszlás. A »curtosis« viszont, amint azt a neve is jelzi, az eloszlás *görbületét* jellemzi. Pozitív értékei a normális eloszlás haranggörbéjéhez

*Gyanítható, hogy az első standard készítésekor nem annyira elméleti érvek, mint inkább a normalizálás számításigényessége miatt mondtak le erről az eljárásról. A mai technikai szinten azonban ez már nem indokolja a korrekciók elhagyását.

képest keskenyebb és meredekebb, negatív értékei laposabb és »szétterülőbb« eloszlásra utalnak. Itt is a nullához közeli értékek közelítik meg a legjobban a normális eloszlást.

ii. A demográfiai háttérváltozók hatása

A standardokat külön állítottuk fel férfiakra és nőkre, mivel saját eredményeink is alátámasztották azt a régi megfigyelést, hogy a legtöbb MMPI-skála nagymértékben eltérően viselkedik a két nem esetében. Ami a mintaválasztás szempontjául szolgáló egyéb demográfiai háttértényezőket illeti (*részletesen ld. alább, az 1.3 pontban*), ezek hatását a nyerspontokon végzett *háromszempontos variancia- és kovariancia-analízissel* ellenőriztük, ahol a három szempont a nem, az iskolai végzettség és a lakóhelyi rétegződés, a kovariáns pedig az életkor volt. Ezeknek az elemzéseknek az általános tapasztalata az volt, hogy a demográfiai tényezők gyakran befolyásolják szignifikánsan a skálák átlagértékeit, ez a hatás azonban a nemek közötti különbséget kivéve abszolút értékben ritkán olyan jelentős, hogy rétegződés szerinti külön standard felállítását indokolná.

Mivel ezeknek a demográfiai hatásoknak az ismerete fontos lehet a gyakorló diagnoszták számára, úgy döntöttünk, hogy közöljük a rétegcsoportonkénti átlagértékeket is azon skálák esetében, ahol ezek jelentősen különböznek egymástól. A skálák értelmezésekor így a demográfiai hatások közvetve, mint értelmezési szempontok figyelembe vehetők, ha a T-pontban pontosan nem is számszerűsíthetők. Eltekintettünk ugyanakkor a statisztikai próbák adatainak részletes közlésétől, mert a kötet amúgyis igen sok számszerű adatot tartalmaz, s a gyakorlat szempontjából kevéssé fontos technikai adatok túlburjánzása azt olvashatatlanná, a gyakorlatban nehezen használhatóvá tenné. A statisztikai próbák részletes eredményei az érdeklődő kutatók számára az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet Klinikai Pszichológiai Kutatólaboratóriumának TBZ-archívumában hozzáférhetők.

Ami a fiatalkorú mintákat illeti, esetükben az eltérő tesztviselkedésre vonatkozó eredmények indokolttá tehetik, hogy a felnőtt standard értékek kiszámítása mellett speciális életkori standardhoz viszonyítva is felrajzoljuk a tesztprofilt (*Dahlstrom, Welsh és Dahlstrom, 1972*). Amerikában ilyen fiatalkori standardot fejlesztett ki *Marks (1967)*, nagyrészt a *Hathaway és Monachesi (1963)* vizsgálati anyaga alapján, amelyet a minnesotai iskolákban végzett nagyszabású felmérésekből gyűjtöttek. Ebből a meggondolásból fejlesztették ki Magyarországon *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi (1986)* is fiatalkori standardjüket, és 25 év alatti vizsgálati személy esetén

továbbra is ajánljuk mind az új magyar standard, mind a fiatalkori standard alapján számított profilok felrajzolását.

iii. Érvénytelen profilok kiszűrése

Bár a vizsgálatvezetők kiképzése és a vizsgálatok lefolytatása során mindent elkövettünk, hogy hiteles és megbízható teszteredmények birtokába jussunk, az ilyen nagyméretű felmérésben nem lehet elkerülni, hogy ne forduljanak elő valamilyen okból értékelhetetlen vizsgálatok. Ezek kiszűrése két lépésben történt meg. Az első szinten kizártuk az elemzésből mindazokat az anyagokat, ahol bármilyen körülmény gyanússá tette a vizsgálat korrekt lefolytatását: pl. azonosan bejelölt oszlopok, vagy a válaszlapon hiányzó oszlopok, ami arra utalhatott, hogy a vizsgált személy a kitöltéskor esetleg elcsúsztatta a válaszlapot és a válaszok nem a megfelelő sorszámú kockába kerültek. Az ilyen anyagok nem kerültek adatrögzítésre sem.

Az ellenőrzés második lépésére már számítógép segítségével került sor: kizártuk a további feldolgozásból mindazokat a személyeket, akiknek az F skálaértéke meghaladta a 25 nyerspontot. Emellett az az érv szólt, hogy egybehangzó szakirodalmi adatok szerint a 25 nyerspont feletti F-érték csaknem bizonyosan a teszt random kitöltésére utal. Akár az volt ennek az oka, hogy a vizsgált személy nem értette meg a feladatot, akár az, hogy elolvasás és megfontolás nélkül töltötte ki a kérdőívet, mindenképpen valótlan eredményeket produkál és eltorzítja a tesztmutatók eloszlását. Amikor az F skálán alapuló szűrés mellett döntöttünk, tisztában voltunk azzal, hogy lesznek majd, akik vitatni fogják ennek az eljárásnak a jogosságát, azon az alapon, hogy végülis a normál népesség egy csekély része is így tölti ki a tesztet, tehát a standard akkor hiteles, ha ezt a tényt is tükrözi. Saját álláspontunk viszont az volt, hogy az MMPI teszt csak abban az esetben használható hiteles pszichológiai vizsgálóeszközként, ha biztosítottak a vizsgálat bizonyos standard körülményei – beleértve ebbe azt, hogy a vizsgálati személy *megérti a feladatot* és azt együttműködve, legjobb tudása szerint oldja meg. Ha valaki megfontolás nélkül, összevissza beikszel valamit az űrlapra, akkor az nem tekinthető hiteles vizsgálatnak, s az ilyen tesztek a gyakorlati alkalmazás során sem értékelhetők. (A 25-öt nem meghaladó nyerspontértéket a gyakorlati tesztalkalmazásban is a vizsgálat érvényessége feltételének tekintjük).

A kétféle szűrés eredményeképpen végülis 45 főt kellett kizárnunk az 1436 fős eredeti standardizálási mintából, ami alig több, mint a minta 3%-a. Ez az arány annyira alacsony, hogy a minta összetételét nem befolyásol-

ta jelentősen, különösen, mert a kizárt személyek a demográfiai változók szempontjából semmilyen halmozott előfordulást nem mutattak.

iv. A K-korrekció kérdése

A teszt gyakorlatában meghonosodott az a szokás, hogy egyes, a K skálával a legerősebb fordított korrelációt mutató klinikai alapskálák esetében a skálák nyerspontértékéhez hozzáadják a K skála meghatározott törtrészét. Ezzel kívánják korrigálni azt a K skála értékében is kifejeződő hatást, hogy bizonyos személyek önkéntelenül is igyekeznek magukat minél kedvezőbb színben feltüntetni, s így nem bevallani bizonyos problémáikat (*ld. a 2.3 pontban*). Vannak, akik vitatják a K-korrekció létjogosultságát, s tulajdonképpen indokolt lehet az az ellenvetés, hogy a sokféle lehetséges válaszadási stílusjellemző közül miért pont azt korrigáljuk, amit a K skála mér, miközben az összes többivel nem törődünk? Ennek oka valószínűleg a bevezetésben is említett szakmai tehetetlenség, ti. hogy a K skála volt az első ilyen jellegű kontrollskála, amit kidolgoztak. A történeti hagyományhoz való ragaszkodás a tesztalkalmazás több más, irracionálisnak tetsző megoldását is magyarázza. A viták ellenére mindenesetre a K-korrekció alkalmazása a gyakorlatban általánosnak tekinthető.

Mi magunk nem kívánunk ebben a vitában állást foglalni. Úgy véljük, mind a két fél álláspontja tartalmaz bizonyos indokolt érveket, s ugyanakkor egyik sem teljesen kielégítő. A magunk részéről a felhasználóra bízzuk, melyik változatot kívánja használni, illetve az adott konkrét kérdésfeltevés szempontjából melyik oldal szempontjai válnak számára fontosabbakká. Ami ellen viszont mindenképpen fontosnak tartjuk szót emelni, az egy olyan, sajnos eléggé általános gyakorlat, hogy *K-korrekcióval számolt skálákat értékelnek nem K-korrekcióval készült standard támpontok alapján.* Ha ugyanis elfogadjuk, hogy a K skála egy olyan válaszadási stílusjellemzőt mér, ami a népességben általánosan jelen van és torzítja a teszteredményeket, akkor a standard meghatározásakor azt is figyelembe kell venni, hogy mennyi ennek a torzító tényezőnek a megengedhető, »normális« mértéke. Ellenkező esetben ugyanaz a személy, aki pl. részt vett a standardizálásban, mint teljesen átlagos, normális ember, a gyakorlati kivizsgáláskor a K korrekció alkalmazása miatt nagy valószínűséggel a kóros tartományba fog kerülni, vagyis a skálák túlérzékennyé válnak.

Ezt a problémát úgy oldottuk meg, hogy a standardizálást külön elvégeztük mind a K-korrekció nélküli, mind a K-korrigált (*korrekció utáni*) skálaértékekre, s a jelen kötetben mindkét változatot közreadjuk. Az olvasó választhat ezek közül, vagy akár mindkettőt használhatja s összehasonlíthatja azokat, csupán arra kell ügyelnie, hogy ha K-korrekciót alkal-

maz, akkor a T-pontokat nem a szokásos táblázatból, hanem a K-korrigált változathoz külön megadott nyerspont – T-pont átszámítási táblázatból kell kikeresnie.

v. Validitási vizsgálatok

Az, hogy az MMPI standardizálását a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatásának nagyszabású projektuma keretében végezhettük el, alkalmat kínált számunkra arra, hogy a skálák viselkedését a normál népességen kívül sok másféle populációban is megvizsgáljuk, illetve hogy a skálaértékeket sok másféle pszichológiai és egyéb adattal is összevessük. Mivel a jelen kötet célja elsősorban a magyar standard közrebocsátása, nincs módunk mindannak a statisztikai eredménytömegnek a részletes bemutatására, amely az ilyen jellegű elemzéseknek a terméke volt. Igyekeztünk ugyanakkor módot találni néhány olyan alapvető fontosságú adat közlésére, amely alkalmas lehet a skálák validitásának megalapozására a magyar népességben. Különösen fontos ez a kiegészítő skálák esetében, ahol az alapskáláktól eltérően általában kevés szakirodalmi adattal rendelkezünk a skálák empírikus viselkedésére vonatkozóan.

Az egyik ilyen fontos adattípus, amit közlünk a skálák bemutatásakor, a különféle társadalmi beilleszkedési zavarral küzdő (a továbbiakban röviden: **TBZ**) főcsoportok átlagértékei. A főcsoportokon belüli, részletesebb bontás szerinti feldolgozás az egyes kutatási irányok kutatóinak a feladata volt; maguk az összesítő eredmények is igen informatívak azonban bizonyos általános trendek felvázolásához. A felmérés márcsak méretei miatt is rendkívülinek tekinthető hazai viszonyok között: abban (a standardizálási mintához hasonló szűrést követően) 1555 férfi és 402 nő MMPI-adatait dolgoztuk fel. Az egyes főcsoportok (bűnözők, alkoholisták, pszichiátriai betegek, öngyilkosok) átlagait egymással, illetve a standardizálási minta átlagával varianciaanalízis segítségével hasonlítottuk össze. Ennek a lényeges eredményeit a szövegben közöljük, az olvashatóság kedvéért mellőzve azonban a statisztikai részleteket. Ennek az elemzésnek a részletes adatai *Szakács és Pressing (1987)* publikációjában találhatók. Itt meg kell jegyezni, hogy a TBZ-minták életkor és iskolázottság szerinti összetétele jelentősen eltért egymástól és a standardizálási mintáétól. Mivel e két tényező sokszor kihatással van az MMPI skálák értékére is, elképzelhető, hogy a csoportok között szignifikáns különbségek jöjjenek létre a demográfiai összetétel közvetett hatásaként. Az ilyen műtermékek kiküszöbölése céljából a varianciaanalízisben az életkort és az iskolai végzettséget kovariánsként vettük figyelembe, s a csoportok közötti összehasonlítást az életkor és iskolai végzettség szerint korrigált átlagokon

végeztük. A jelen kötetben viszont a tényleges átlagokat adjuk közre, s egy-két esetben előfordulhat, hogy a statisztikai eredményekről szóló szöveges beszámolót ezek a korrekció nélküli átlagok nem teljesen tükrözik.

Megadunk ezenkívül a szövegben néhány fontosabb szignifikáns korrelációt, amelyek segíthetnek tisztázni a skálák pszichológiai jelentését. E korrelációk általában a standardizálási mintára vonatkoznak (n = 1391), kivéve az MMPI skálák és a MAWI intelligenciateszt közötti korrelációkat, amelyek kizárólag a TBZ-minták anyagán készültek (n = 1957). Ennek az az oka, hogy a standardizálási mintán a MAWI intelligenciavizsgálat nem került elvégzésre. Néhány szignifikáns eredményt a normál népességet és a TBZ főcsoportokat egyaránt magába foglaló teljes mintán nyertünk, ezek közlésekor ezt a tényt a szövegben megemlítjük.

E korrelációk értékelésekor nem szabad alábecsülnünk a 0.10-0.20 közötti korrelációk jelentőségét. Erre azért hívjuk fel a szakember olvasó figyelmét, mert legtöbben hozzászoktak a kis, egy-két száz fős mintán nyert .40-.80 közötti nagyságrendű korrelációkhoz, s viszonylag ritkán találkoznak többezres mintákon végzett felmérések eredményeivel. Minél nagyobb az elemszám, annál alacsonyabb abszolút értékű korreláció ugyanis az, amit már statisztikailag jelentősnek tekinthetünk. A látszólag jelentéktelen 0.10 körüli korreláció az ezres nagyságrendű reprezentatív mintán valóságosabb és hitelesebb összefüggést tükrözhet, mint a kis mintákon nyert imponáló eredmények. Különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy ezek a korrelációk olyan eltérő konstrukciós elven alapuló eljárások között születtek, mint az MMPI, illetve a Képes Frusztrációs Teszt projektív eljárása, vagy a MAWI intelligenciateszt.

1.3 A standardizálási minta összetétele

A teszt pszichometriailag megbízható hazai standardjének elkészítéséhez olyan mintára volt szükségünk, amely a 18-60 év közötti magyarországi lakosságot életkor, nem, iskolázottság és lakóhely szempontjából elfogadhatóan reprezentálja. A négy kiválasztási szempont kategóriáit úgy kellett meghatározni, hogy azok nemcsak szociológiai, hanem pszichometriai szempontból is megfelelően homogének legyenek. A minta szempontrendszerének kidolgozása *Éltető Ödön* nevéhez fűződik, a vizsgálati személyek kiválasztását a megadott szempontokhoz a **Központi Statisztikai Hivatal** végezte el. (Lásd *Szakács, Pressing és Éltető, 1984).* A négy kiválasztási szempont az általunk alkalmazott bontásban statisztikai becslések szerint legalább 1500 fős mintát tesz szükségessé. Figyelembe véve a gazdaságossági követelményeket is, az *Éltető* által összeállított minta 1600 fős lett. A vizsgálatban el kívántuk kerülni a korábbi standardok azon buktatóját (ami a legtöbb külföldi standardra is jellemző), hogy a vizsgálati személyek eleve olyan szűrt populációból kerültek kiválasztásra – pl. pszichiátriai betegek hozzátartozói közül –, ahol a populációba tartozás maga is befolyásolhatta a teszteredményeket. A vizsgálati személyek ezért teljesen véletlenszerűen kerültek kiválasztásra az 1980. évi népszámlálás adatai alapján. Költségvetési megfontolásokból csupán annyi engedményt tettünk, hogy a vizsgálatba bevont kisebb települések távolsága a kutatóbázisul szolgáló nagyobb városoktól lehetőleg ne haladja meg a 40 km-t.

A mintában nemek szerint 2 (férfi és nő), életkor szerint pedig 5 csoportot (18-24, 25-29, 30-39, 40-49 és 50-60 év) állítottunk fel. A fiatalabb életkori övezet finomabb felbontását a legfiatalabb korcsoport többször észlelt, az átlagostól eltérő tesztviselkedése indokolta (ld. pl. *Klinge* és *Strauss,* 1966; *Dudley* és *mtsai,* 1972; *Bloom,* 1977; *Bagdy, Pressing, Bugán* és *Zétényi,* 1986). Az iskolai végzettség szerinti csoportok a következők voltak:

a.) 8 osztálynál alacsonyabb végzettségűek;
b.) befejezett 8 általános iskolai végzettség;
c.) 1960 óta szerzett szakmunkásiskolai végzettség;
d.) befejezett középiskolai végzettség;
e.) befejezett egyetemi, főiskolai végzettség.

A népszámlálási kötetekből kigyűjthető adatokat figyelembe véve, a lakóhely szerinti rétegződésre az alábbi csoportosításokat lehetett alkalmazni:

a.) Budapest
b.) Városok
1./ 20 ezer alatti lélekszámmal
2./ 20-30 ezres lélekszámmal
3./ 30-50 ezres lélekszámmal
4./ 50-100 ezres lélekszámmal
5./ 100 ezer feletti lélekszámmal
c.) Községek
1./ 1000-nél kevesebb lakossal
2./ 1000-2000 lakossal
3./ 2000-3000 lakossal
4./ 3000-5000 lakossal
5./ 5-10 ezer lakossal
6./ 10 ezernél több lakossal

A 10 ezernél kisebb települések esetén a minta elosztásánál és kiválasztásánál a települések mezőgazdasági - nem mezőgazdasági jellegére is tekintettel voltunk, ezek mindegyik nagyságcsoportban a megfelelő arányban vannak képviselve a mintában. A 10 ezernél nagyobb községeket pedig a kiválasztásnál két további csoportra bontottuk: 10-15 ezer és 15 ezernél nagyobb lélekszámú községekre.

Ami a kiválasztás egyes szempontjainak kombinációját illeti, férfi-nő bontásban valamennyi más ismérvre, sőt azok bizonyos kombinációira vonatkozóan is rendelkezésre álltak népszámlálási adatok, így a szóban forgó népesség tényleges nemek szerinti arányait a minta minden vonatkozásban tükrözi. Ezenkívül bizonyos összevont település nagyságkategóriákra (Budapest, városok 50 ezer fő alatt illetve felett, községek 5 ezer felett, 2-3 ezer lakossal és 2 ezernél kevesebb lakossal) össze lehetett állítani a korcsoportok szerinti megoszlásokat is. Az életkor, iskolai végzettség és település mindhárom szempontból kombinált csoportjaira vonatkozóan a minta úgy reprezentatív, hogy a település kategóriákat Budapest, város, község főcsoportokba vontuk össze.

Az egyes konkrét települések, illetve az azokon belüli vizsgálati körzetek kijelölése az alábbi megfontolások alapján történt:

a.) Célszerű volt, hogy egy-egy körzetből a minta ne tartalmazzon többet 6-7 személynél, mert a várható kiesések (címváltozás, vizsgálatmegtagadás, elhalálozás stb.) miatt eleve a szükségesnél háromszor nagyobb mintát kellett kiválasztani úgy, hogy vizsgálatkiesés esetén egy ugyanolyan nemű, korú, iskolai végzettségű, lakóhelyű (»szociálisan ekvivalens«) másik személlyel lehessen pótolni az adott vizsgálati személyt. Követelmény volt továbbá, hogy egy háztartásból legfeljebb egy személy kerüljön kiválasztásra. Mindezek alapján nem látszott célszerűnek egy

Településkategória	Települések száma	Körzetek száma
Budapest	1	27
Városok		
100 ezer lakos felett	6	27
50-100 ezer lakossal	2	18
30-50 ezer lakossal	4	18
20-30 ezer lakossal	3	12
20 ezer lakos alatt	2	13
Községek		
15 ezer lakos felett	2	6
10-15 ezer lakossal	3	9
5-10 ezer lakossal	8	24
3-5 ezer lakossal	10	20
2-3 ezer lakossal	13	26
1-2 ezer lakossal	9	18
1000 lakos alatt	11	18

1.1 Táblázat: A standardizálási mintába tartozó körzetek száma a települések lélekszámának a függvényében.

körzetből 6-7-nél (a tartalékokkal együtt 18-21-nél) több adott korú, nemű és iskolai végzettségű személyt kijelölni.

b.) A kiválasztandó községek számát azon az alapon lehetett meghatározni, hogy az 5000-nél kevesebb lakosú községekből két – néhány egészen kis község esetén csak egy –, a nagyobb községekből pedig három körzet kerüljön be a mintába. A körzetek kiválasztása oly módon történt, hogy a mintába került körzetek foglalkozási jelleg szerinti összetétele is tükrözze az adott nagyságcsoportban az alapsokaságbeli összetételt. A minta nagyobb tömörítése – kevesebb település, azokon belül több körzet – mellett ezt nem feltétlenül lehetett volna biztosítani.

c.) A mintába kerülő nagyobb városok eleve adottak voltak, a többi ezek 40 km-es körzetéből került kiválasztásra.

Végeredményben a minta Budapesten kívül 17 várost és 56 községet, s ezekben együttesen 236 vizsgálati körzetet tartalmazott. A minta településeinek és körzeteinek számát a településnagyság függvényében az 1.1 táblázat mutatja.

Budapest, illetve az adott nyolc nagyváros közvetlen környezetében lévő községek, kisebb városok közül sikerült minden nagyságcsoportban

Életkori övezet	18-24 év	25-29 év	30-39 év	40-49 év	50-60 év	Összesen
Férfiak összesen	141	116	189	164	176	786
Budapest	24	23	39	30	36	152
Város >50 e. l.	26	21	35	29	27	138
Város <50 e. l.	23	20	33	27	26	129
Község > 5. e. l.	21	17	28	24	25	115
Község 2-5 e. l.	22	17	27	25	28	119
Község < 2. e. l.	25	18	27	29	34	133
Nők összesen	145	112	190	176	201	814
Budapest	23	23	41	34	43	164
Város >50 e. l.	27	23	37	30	30	147
Város <50 e. l.	23	20	33	28	29	133
Község > 5. e. l.	20	16	27	26	28	117
Község 2-5 e. l.	20	15	26	27	32	120
Község < 2. e. l.	23	15	26	31	39	133
Férfiak + Nők	286	228	379	340	377	1600

1.2 Táblázat: *A standardizálási minta tervezett megoszlása a vizsgálati személyek neme, életkora és település nagyságkategória szerint.*

annyit kiválasztani, hogy azok összességükben arányosan képviseljék az adott nagyságcsoport 18-60 éves népességét.

Budapesten a minta tömörítése érdekében a kerületeket a körzetek foglalkozási összetétele alapján 9 rétegbe soroltuk, és egy-egy kerületet választottunk ki az egyes rétegek reprezentánsaként. Ezek a rétegek az alábbiak voltak (a kiválasztott kerületeket aláhúzással jelöltük):

1.) I., II., XII
2.) V., VI.
3.) III., XIII.
4.) IV., X., XXII.
5.) XI., XIV.
6.) VII., VIII., IX.
7.) XV., XVI.
8.) XVII., XVIII.
9.) XIX. XX., XXI.

A kiválasztott kerületekből a mintába kerülő személyek száma természetesen arányban állt a réteg alapsokaságával.

Budapesten és a nagyobb városokban a mintába került körzetek nemcsak a körzetek foglalkozási összetételét, hanem a lakótelepi és nem lakótelepi körzetek arányát is tükrözték.

1.3 Táblázat: *A vizsgálati minta tervezett megoszlása nemek, iskolai végzettség, életkor és összevont településkategória szerint (jobboldalt).*

A vizsgálati minta teljes bontás szerinti leírása *Szakács, Pressing és*

Életkori övezet	18-24 év	25-29 év	30-39 év	40-49 év	50-60 év	Összesen
Budapest összesen	47	56	80	64	79	316
Férfiak	24	33	39	30	36	152
8 ált. alatt	1	-	1	4	10	16
8 általános	5	4	10	12	11	42
Szakmunkásképző	7	8	9	1	-	25
Középiskola	10	7	11	7	8	43
Felsőfokú	1	4	8	6	7	26
Nők	23	23	41	34	43	164
8 ált. alatt	1	-	1	5	17	24
8 általános	5	6	13	15	17	56
Szakmunkásképző	3	3	3	1	-	10
Középiskola	12	10	17	10	7	56
Felsőfokú	2	4	7	3	2	18
Városok összesen	99	84	138	114	112	547
Férfiak	49	41	68	56	53	267
8 ált. alatt	2	1	4	10	21	38
8 általános	9	8	19	26	18	80
Szakmunkásképző	21	17	18	2	-	58
Középiskola	15	11	18	11	9	64
Felsőfokú	2	4	9	7	5	27
Nők	50	43	70	58	59	280
8 ált. alatt	2	1	5	14	34	56
8 általános	14	14	27	29	18	102
Szakmunkásképző	11	7	7	1	-	26
Középiskola	21	16	23	11	6	77
Felsőfokú	2	5	8	3	1	19
Községek összesen	130	98	161	162	186	737
Férfiak	68	52	82	78	87	367
8 ált. alatt	4	3	11	27	56	101
8 általános	17	14	33	40	24	118
Szakmunkásképző	34	24	23	2	-	83
Középiskola	12	8	11	6	5	42
Felsőfokú	1	3	4	3	2	13
Nők	62	46	79	84	99	370
8 ált. alatt	5	3	12	38	81	139
8 általános	26	23	44	39	15	147
Szakmunkásképző	13	6	6	1	-	26
Középiskola	17	11	13	5	2	48
Felsőfokú	1	3	4	1	1	10

	Férfi	Nő	Összesen	Lemorzsolódási arány
Budapest	**120** (152)	**133** (164)	**253** (316)	19.9 %
Város	**225** (267)	**244** (280)	**469** (547)	14.3 %
Község	**319** (367)	**328** (370)	**647** (737)	12.2 %
Ismeretlen	**7**	**15**	**22**	
Összesen	**671** (786)	**720** (814)	**1391** (1600)	13.1 %

1.4 Táblázat: *A tervezett (zárójelben) és a tényleges (vastagon szedett) minta megoszlása összevont településkategóriák szerint.*

Éltető (1984) publikációjában található. A főbb összefoglaló paramétereket az *1.2 táblázat* (nem, életkor és fő településkategória szerint), illetve az *1.3 táblázat* (nem, iskolai végzettség és fő településkategória szerint) mutatja.

A legjobb szervezés és a háromszoros túlbiztosítás ellenére is a vizsgálat végéig mintegy 10%-os lemorzsolódás következett be a tervezett mintához képest. Ennek oka viszonylag ritkán volt a vizsgálatban való részvétel megtagadása; gyakrabban elköltözés, elhalálozás, pontatlan nyilvántartási adatok játszottak szerepet. Figyelembe kell venni, hogy a népszámlálás és a vizsgálatok megkezdése között 4 év telt el. Ehhez a lemorzsolódási arányhoz járult még azoknak a száma (kb. 3.1%), akiknek a tesztjét értékelhetetlennek minősítettük, s ezért zártuk ki a vizsgálatból (ld. *1.2 pont*). Az 1.4 táblázat a fő településkatagóriák szerint mutatja a tervezett és a tényleges létszámot. Látjuk, hogy a lemorzsolódás Budapesten kissé magasabb volt az átlagosnál. Ez elsősorban annak a következménye, hogy a fővárosban gyakoribb a lakásváltozás.

Az 1.5 táblázatban a tervezett és a tényleges minta életkori övezet szerinti megoszlását tüntettük fel. Látható, hogy arányait tekintve a tényleges minta kissé eltolódott az idősebb életkori övezetek irányában. Ez ugyancsak a népszámlálás

	Férfi	Nő	Összesen
18-24 év	**80** (141)	**98** (135)	**178** (276)
25-29 év	**99** (116)	**95** (112)	**194** (228)
30-39 év	**163** (189)	**181** (190)	**344** (379)
40-49 év	**158** (164)	**149** (176)	**307** (340)
50-60 év	**162** (176)	**181** (201)	**343** (377)
61-70 év	**9** (0)	**16** (0)	**25** (0)
Összesen	**671** (786)	**720** (814)	**1391** (1600)

1.5 Táblázat: *A tervezett (zárójelben) és a tényleges (vastagon szedett) minta megoszlása életkori övezetek szerint.*

	Férfi	Nő	Összesen
Budapest	**120**	**133**	**253**
Megyei városok összesen	**59**	**63**	**122**
Pécs	13	13	26
Miskolc	17	19	36
Szeged	13	14	27
Győr	5	5	10
Debrecen	11	12	23
Városok összesen	**166**	**181**	**347**
Baranya	10	13	23
Borsod-Abaúj-Zemplén	13	15	28
Hajdú-Bihar	25	28	53
Heves	20	20	40
Pest	69	69	138
Szabolcs-Szatmár	8	7	15
Vas	21	29	50
Községek összesen	**319**	**328**	**647**
Baranya	35	37	72
Borsod-Abaúj-Zemplén	57	58	115
Csongrád	27	30	57
Győr-Sopron	35	34	69
Hajdú-Bihar	29	30	59
Heves	28	29	57
Pest	67	66	133
Szabolcs-Szatmár	18	22	40
Vas	23	22	45
Ismeretlen	7	15	22
Vizsgálati személy összesen	**671**	**720**	**1391**

1.6 Táblázat: *A ténylegesen megvizsgált minta megoszlása részletes településkategóriák szerint.*

és a vizsgálat között eltelt több év következménye; sok vizsgálati személy ugyanis közben idősebb lett és átkerült egy magasabb életkori övezetbe. Sokan a népszámlálás óta eltelt idő alatt befejeztek megkezdett iskolai tanulmányokat, ezért a minta életkori végzettsége szintén kissé magasabb lett, mint amit az 1980 évi népszámlálási adatok alapján terveztünk.

A végleges minta részletesebb lakóhely szerinti bontását az 1.6 táblázat, iskolai végzettség és szakképzettség szerinti megoszlását az 1.7 táblázat, munkakör, illetve beosztás szerinti megoszlását pedig az 1.8 táblázat mutatja be. A férfi minta átlagéletkor 39.45 év (SD = 11.79), a női mintáé 39.56 év (SD = 12.10) volt.

A vizsgálatokat külön erre a célra kiképzett 57 fős szakembergárda végezte, a vizsgálati személyeket lakóhelyükön felkeresve. Valamennyi résztvevő vizsgálatvezetőtől megkívántuk, hogy valamilyen szakirányú végzettséggel rendelkezzék, vagy ilyen irányú tanulmányokat folytasson; a vizsgálatvezetők többsége pszichológus, vagy pszichológus hallgató volt. A tesztfelvétel füzetes technikával, külön mellékelt válaszlapra történt. A vá-

Iskolai végzettség	Nincs szak-képzettsége	Fizikai szak-képzettség	Szellemi szak-képzettség	Szellemi + fizikai szak-képzettség	Összesen
Férfiak (n. a.: 7 fő)					
Nem járt iskolába	1	-	-	-	1
Kevesebb, mint 8 ált.	57	28	-	1	86
8 általános	75	244	1	3	323
Nem bef. középisk.	1	53	1	-	55
Befej. középiskola	9	80	32	14	135
Nem bef. felsőfokú	2	2	-	-	4
Főiskola, egyetem	1	4	47	8	60
Összesen	146	411	81	26	664
Nők (n. a.: 15 fő)					
Nem járt iskolába	2	-	-	-	2
Kevesebb, mint 8 ált.	119	9	1	-	129
8 általános	198	77	10	9	294
Nem bef. középisk.	7	18	7	3	35
Befej. középiskola	28	35	117	12	192
Nem bef. felsőfokú	3	1	1	1	6
Főiskola, egyetem	1	-	46	-	47
Összesen	358	140	182	25	705

1.7 Táblázat: *A tényleges vizsgálati minta iskolai végzettség és szakképzettség szerinti megoszlása*

laszlapokon bejelölt válaszok számítógépes rögzítése gépi úton, optikai jelolvasóval történt.

	Férfiak	Nők	Összesen
Fizikai összesen	**530**	459	**989**
szakmunkás	349	113	462
betanított m.	135	219	354
segédmunkás	46	127	173
Szellemi összesen	**130**	**241**	**371**
vezető-irányító	70	32	102
szakalkalmazott	48	110	158
ügyviteli dolgozó	12	99	111
Ismeretlen	11	20	31
Összesen	**671**	**720**	**1391**

1.8 Táblázat: *A tényleges vizsgálati minta munkakör/beosztás szerinti megoszlása*

II. A klinikai alapskálák és validitás-skálák standardizálására vonatkozó eredmények

Az általunk standardizált első skálacsoportba az MMPI általánosan használt validitás- és klinikai alapskáláit válogattuk be. Az alábbiakban skálánként mutatjuk be az új magyar standardot, néhány a kutatás során nyert egyéb érdekes eredménnyel együtt. A skálák konstrukciójára és értelmezésére vonatkozó tudnivalókat a jelen kötetben csak tömör áttekintésben közöljük, mintegy emlékeztetőképpen a gyakorló diagnoszta olvasók számára. Az alapskálákra vonatkozó szakirodalom ugyanis olyan terjedelmes, hogy annak feldolgozása kívül esik e kötet feladatán. Az alapskálákra vonatkozó irodalmi adatok részletesebb feldolgozása *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi (1986)* MMPI-kézikönyvében található. Ugyancsak e kézikönyvhöz kell fordulnia azoknak az olvasóknak, akiket a skálák egymáshoz való viszonyán alapuló *klinikai profilelemzés* érdekel. A jelen kötetben a skálákat külön egységekként kezeljük, s a kutatási eredményeket is olyan szempontból tárgyaljuk, hogy azok milyen módon járulhatnak hozzá az egyes skálák értelmezési tartományának bővítéséhez.

A táblázatok felépítése

A skálákra vonatkozó legfontosabb standardizálási eredményeket valamennyi skálánál egységes szerkezetű táblázatban foglaltuk össze. A táblázatokból azonban helykímélés céljából kihagytuk azokat a részeket, amelyekre nézve az adott skála szempontjából nem rendelkeztünk információval, illetve amelyek nem tükröznek a skála értelmezése szempontjából lényeges, statisztikailag szignifikáns eredményeket.

A táblázatok egyes egységeit betűvel jelöltük meg. Az »A« jelzéssel ellátott táblázatrész magának az új magyar standardnak a legfontosabb paramétereit tartalmazza, ezek a jelen kötetben kerülnek először nyilvánosságra. A standard eloszlások áttekintését segítik a szöveghez mellékelt

ábrák is. A »B« jelzésű táblázatrészben más standardok átlagértékeit tüntettük fel, ahol ezek rendelkezésünkre álltak, az összehasonlíthatóság kedvéért. Ezek a *Tringer és Zseni (1980)* féle régi magyar standard 500 fős mintáján és a *Bagdy, Bugán, Pressing és Zétényi (1986)* 1608 fős fiatalkori mintáján alapuló korábbi magyar adatokat, valamint néhány elérhető nemzetközi standardot tartalmaznak. A nemzetközi adatok forrásai: U. S. A.: *Dahlstrom, Welsh és Dahlstrom (1972)* az alapskálák női adatai vonatkozásában és *Dahlstrom, Welsh és Dahlstrom (1975)* az alapskálák férfi adatai, valamint a kiegészítő skálák vonatkozásában; a német és a francia átlagokat *Tringer és Zseni (1980)* közleményéből vettük át.

Az amerikai adatok egy részénél, a kiegészítő skálák esetében, az adatok tételhiányos skálákból lettek számítva. Ennek az volt az oka, hogy amikor az eredeti minnesotai standardot elkészítették, az MMPI tétellistája még nem volt teljes, hanem abba később újabb tételek kerültek, amelyek a később kidolgozott kiegészítő skálákat gazdagították. Ezeket az adatokat *-al jelöltük meg. A tételhiányos skálák átlagértéke eleve alacsonyabb, ezért összehasonlításra kevéssé alkalmasak. Ilyen esetekben megadtunk egy c-vel jelzett, általunk számolt korrigált skálaértéket is, amelyek abban az esetben volnának érvényesek, ha a hiányzó tételek eloszlása átlagban megfelelne a rendelkezésre álló tételek eloszlásának.

A »C« és »D« részben a magyar standard iskolai végzettség, illetve lakóhely szerinti megoszlását közöljük, amennyiben e tényezők szignifikánsan befolyásolták az átlagértékeket (*első közlés*). Az »E« részben pedig a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatása keretében megvizsgált 3343 bűnöző, pszichiátriai beteg, öngyilkos és alkoholista összefoglaló adatait adjuk meg, amelyek fontos szempontokkal szolgálhatnak a skálák validitásához. Ezek az adatok eddig csupán *Szakács és Pressing (1987)* szűk kör számára elérhető publikációjában voltak hozzáférhetők. A részletes statisztikai számítások iránt érdeklődő olvasókat ugyanakkor az eredeti publikációhoz kell irányítanunk, ezek a jelen kötet korlátozott terjedelme miatt itt nem közölhetők.

2.0 ? skála, a megválaszolatlan tételek száma (NIV)

Az MMPI értékelésekor külön összesítjük azoknak a tételeknek a számát, amelyekre a vizsgált személy nem adott értékelhető választ. Ez a szám képezi az ún. »?« skálát, amit a teszteredmények érvényességének egyik mutatójaként szoktak értékelni. Amennyiben ugyanis a válasz nélkül hagyott tételek száma a 30-at meghaladja, a klinikai skálák értéke roha-

mosan süllyedni kezd, s nem adnak többé hiteles képet a vizsgált személy pszichopatológiai állapotáról (*Clepton és Neuringer, 1976*). Annak ellenére, hogy az MMPI instrukciója nem tartalmaz kényszerválasztást, a kihagyott tételek száma a legtöbb vizsgálati csoportban, beleértve a klinikai csoportokat is, alacsony, átlagban nem haladja meg a 3-5 tételt, ami a teljes tételszámnak az 1%-át sem éri el (*Edwards és Welsh, 1964; Clepton és Neuringer, 1976*). A korábbi vizsgálatokban a ? skála értékét nem standardizálták, hanem az említett, kritikus 30-as értéket szokták 50 T-pontnak tekinteni, ezt meghaladó értékek esetén indokolt a fenntartás a klinikai skálák értelmezhetőségét illetően.

2.0 Táblázat: *A ? skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**4.68**	**5.02**
	Szórás	11.17	11.51
	Minimum	0	0
	Maximum	90	96
B	*Régi magyar standard*	**0.95**	**1.59**
D	Budapest	2.88	1.67
	Megyei város	2.49	1.33
	Város	9.58	7.11
	Község	3.92	6.11
E	Bűnözők	2.14	1.79
	Pszich.betegek	4.22	3.67
	Suicid	3.47	7.17
	Alkoholisták	4.01	2.06

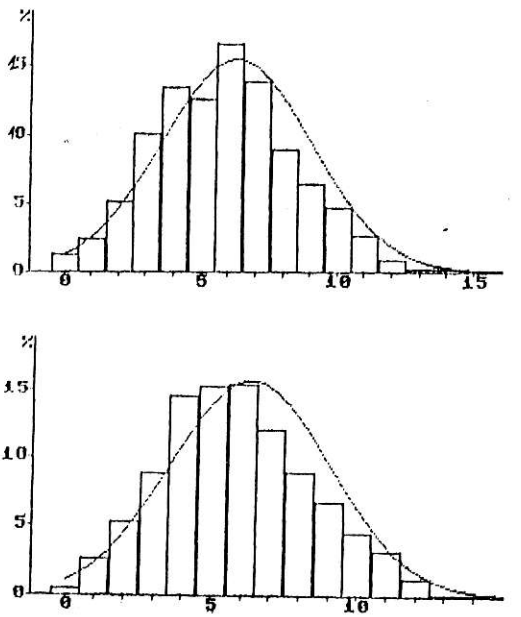
Bár a magas ?-érték a teszt értelmezhetőségét megkérdőjelezi, a jelenség maga is összefügghet bizonyos pszichopatológiai, vagy személyiség-lélektani történésekkel.Tükrözheti pl. a vizsgálati személy elbizonytalanodását, döntésképtelenségét, hezitálásra való hajlamát, töprengő, szorongó, kételkedő attitűdjét, önértékelési válságát. A kórlélektani állapotok közül viszonylag gyakran előfordul ez pl. depressziós, vagy pszichaszténiás, kényszeres, szorongó betegeknél (vö. *Blaser és Gering, 1972; Dahlstrom és mtsai, 1972; Hathaway és McKinley, 1963*). Másik gyakori oka a ?-skála megemelkedésének a vizsgálati személy kontaktusképességének zavara, vagy a kooperációs készség ezzel összefüggő gyengülése, ami mögött éppúgy meghúzódhat a szellemi vagy fizikai fogyatékosság, mint a tartós szociális izoláció (*Ball és Carrol, 1960*). Gyakran megfigyelhető ez a jelenség pl. pszichiátriai osztályok tartósan hospitalizált betegeinél. Gyanakvó, paranoid betegek, vagy pszichopátiás személyiségek esetében ugyancsak előfordulhat, hogy a kérdések elől való kitéréssel próbálják meg elkerülni a vizsgálati helyzetet.

Az új magyar standard 5 körüli átlaga megfelel a nemzetközi tapasztalatoknak, s kissé magasabb, mint a *Tringer és Zseni (1980)* féle régi standardban. A megválaszolatlanul hagyott tételek száma az életkorral növekszik, s a vidéki, főleg kisvárosi környezetben ugrásszerűen megemelkedik (*2.0 táblázat*). Ez a vidéki környezet eltérő tesztviselkedésével, a szociális környezet fokozott konformizmus-elvárásával függhet össze, ami más validitás skálákban is megmutatkozik, mint a szociálisan kívánatos önbemutatásra való törekvés fokozódása. Azonban még ezzel együtt is a minta 89.4%-a nem haladja meg a 13 (férfiak), illetve 14 pontos (nők) értékhatárt, 30 pont fölött pedig csak a normál minta 0.6%-a adott értékelhetetlen válaszokat.

A deviáns mintákat illetően a bűnöző csoport átlaga elmarad a standard mintától, míg a női öngyilkos csoport átlaga erősen kiemelkedik. Utóbbi tény értelmezésével azonban óvatosnak kell lenni, mert e vizsgálati minta kizárólag vidéki személyekből állt, ahol a skála átlaga a standardban is igen magas.

2.1 Hazugság skála (L)

A teszt érvényességének, a vizsgált személy őszinteségének a mutatója. A skála 15 tétele az MMPI első változatában még nem szerepelt, azokat később iktatták be (*Hathaway és McKinley, 1951*). A skála azon az elven alapul, hogy vannak olyan kedvezőtlen tulajdonságaink, szokásaink, amelyek majdnem minden embert jellemeznek. Ha valaki ezeket következetesen letagadja, akkor nagy a valószínűsége, hogy hazudik, vagy önmagát ideálisan kedvező színben igyekszik feltüntetni.



2.1 ábra: *Az L skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

2.1 Táblázat: *Az L skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**5.86**	**5.85**
	Szórás	2.59	2.54
	Skewness	0.27	0.29
	Curtosis	-0.06	-0.29
	Minimum	0	0
	Maximum	15	15
B	*Régi magyar standard*	**6.48**	**6.09**
	Fiatalkorú magyar st.	**5.67**	**5.85**
	U. S. A.	**4.16**	**4.47**
	Német	**5.0**	**5.7**
	Francia	**5.5**	**5.5**
D	Budapest	5.50	5.17
	Megyei város	6.03	5.00
	Város	6.02	6.15
	Község	5.89	6.14
E	Bűnözők	5.99	5.36
	Pszich.betegek	5.49	5.57
	Suicid	5.21	5.38
	Alkoholisták	5.84	5.51

Az L skála minden tételét az ilyen magától értetődő kisebb gyengeségek tagadása esetén pontozzuk. Mivel ez a technika igen átlátszó módja a válaszok őszintesége ellenőrzésének, a tapasztalatok szerint az intelligensebb vizsgálati személyek válaszmeghamisító törekvéseit nem képes kiszűrni. Az L skála értékének a megemelkedését elsősorban az alacsonyabb intellektusú, iskolázatlanabb, naív vizsgálati személyek kedvező önbemutatásra való törekvése idézi elő (*Coyle és Heap, 1965; Dahlstrom és mtsai, 1972*; *Thumin, 1969*). Kifejezi azonban a mentális rigiditást, az önismereti gyengeséget, az alacsony frusztrációs toleranciát és az alacsony színvonalú, inadaptív magatartást is (*Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi, 1986*). Erősen korrelál a szociális kívánalmaknak való megfelelés igényét mérő más mutatókkal (*Stone, 1965*). A magas L skálaértéket adó betegek problémáikkal szemben rendszerint erősen elhárítóak, alacsony az önismereti igényük, konfliktusaikat, szorongásaikat sokszor maguk előtt is tagadni próbálják (*Hedlund, 1977*). Irodalmi adatok, de saját megfigyeléseink is arra utalnak, hogy gyanakvó paranoid betegek védekező attitűdje a vizsgálattal szemben gyakran fejeződik ki az L skála megemelkedésében (*Coyle és Heap, 1965; Bagdy és mtsai, 1986*). Igen gyakori jelenség pl., hogy aktív, téveszméket is hordozó paranoid beteg Pa skáláján semmi sem látszik, miközben az L skála értéke erősen megemelkedik.

Az L skála eloszlása a standard mintában kicsit balra húzó, a normális eloszlást jól közelítő görbe (*2.1 ábra*). A különböző standardok között

nem észlelhetők nagyobb ingadozások. Az életkorral a skála szerény, de szignifikáns pozitív összefüggést mutat ($r = 0.11$). Az irodalmi adatok alapján várt kapcsolatot az iskolázottsággal nem kaptuk meg, szignifikánsan függ viszont a skála értéke a lakóhelytől: a budapesti átlagok általában alacsonyabbak, mint a vidékiek. Ez a vidéken eltérő önbemutatási szokásokkal, a konvencionalitás fokozottabb elvárásával függhet össze. (*2.1 táblázat*). A TBZ-minták közül egyedül a férfi bűnözők mutatnak kissé megemelkedett skálaértékeket, ami a börtönhelyzetben érthető gyanakvás, bizalmatlanság, disszimuláció következménye lehet.

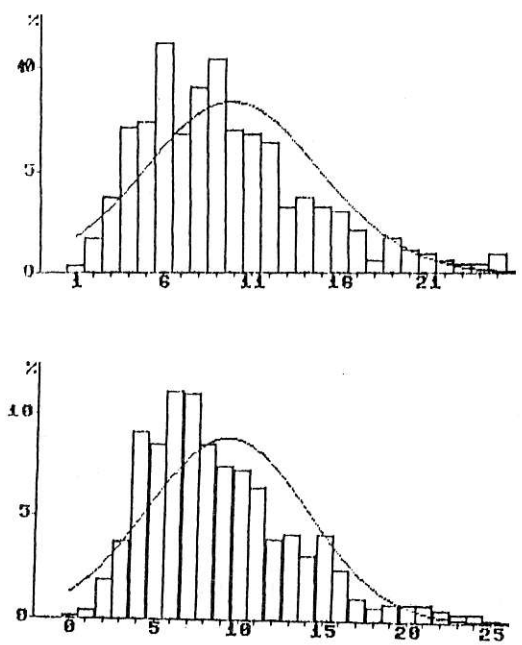
2.2 Validitás skála (F)

A skála az L skálához hasonlóan ugyancsak arra szolgál, hogy segítségével a teszt eredményének hitelességét, megbízhatóságát ellenőrizhessük. Ellentétben azonban az L skálával, az F skála olyan tételekből áll, amelyeket az egészséges emberek többsége igen ritkán választ ki önmagára nézve igaznak, sőt értéke még pszichopatológiai állapotokban is csak mérsékelten emelkedik meg. A tételek részint nagyon súlyos, részint tünetileg is ritkán előforduló tartalmakat fogalmaznak meg. Jellegéből adódóan tehát az F skála kétféle, a vizsgálati eredményeket eltorzító tényező feltárására alkalmas: az egyik a véletlenszerű válaszadás, amikor a vizsgálati személy a tétel tartalmának megfontolása nélkül, esetleges szempontok alapján választ; a másik az, amikor a vizsgálati személy szándékosan, vagy eltúlzott betegségtudata miatt a valóságosnál rosszabb színben, betegebbnek tünteti fel magát (*Hathaway és McKinley, 1951*).

A véletlenszerű válaszadás kiszűrését az teszi lehetővé, hogy a skála átlagértéke és szórása is a normál populációban rendkívül alacsony. Ez azt jelenti, hogy ha valaki a 64 tételből véletlenszerűen várható 50% körüli pontszámot ad, már az is extrém módon megemelkedett T-pontot eredményez. A véletlenszerű válaszadás okáról azonban az F skála nem ad felvilágosítást. Gyanítható, hogy pl. az F skála igen magas értéke akut pszichotikus állapotokban, zavartságban, fellazult gondolkodásban, hallucinatoros tünetekben szenvedő betegeknél (*vö. Gynther és mtsai, 1973*) nem annyira magát a tüneti képet, mint inkább az ilyen betegek megértőképességének, kooperációs képességének, racionális ítéletalkotásának, tájékozódásának a zavartságát tükrözik vissza. Ugyanígy megnöveli a skála értéket bármilyen megértési nehézség, legyen az bár következménye a vsz. alacsony értelmi színvonalának (*Gough, Harris és Black, 1952*), vagy figyelmetlenségének (*Gough, 1946*).

A krónikus neurotikus betegekre jellemző tünetfelnagyítás, panaszkodási kedv, fokozott betegségtudat ugyancsak megemeli a skála értéket, azonban ilyenkor az ritkán haladja meg a 60-70 T-pont övezetet. Sőt még szándékos szimuláció, valamilyen előny szerzése érdekében történő betegségtettetés esetén sem haladja meg az F skála értéke a 80 T-t. Ezekben az esetekben a szokatlan, vagy nyilvánvalóan súlyos tüneti értékű választások preferálása játszik szerepet a skálaemelkedésben. A szimulálás F-skálára gyakorolt hatását számos mesterséges tesztfelvételi instrukcióval végzett kísérlet igazolja (ld. pl. *Coffer és mtsai, 1949; Anthony, 1971; Gough, 1947; Hewitt, 1943; Harvey és Sipprelle, 1976*).

Az F skála a teszt validitásának érzékeny mutatója, s 70 T-pont fölötti értéke mindenképpen óvatosságra int a profil értelmezését illetően: az valószínűleg a ténylegesnél súlyosabb kórállapotnak megfelelő skálamagasságba emelkedik. 80 T-pont fölött pedig a klinikai profilt teljesen értékelhetetlennek kell tekintenünk, még akkor is, ha a magas F által jelzett random válaszadás oka valóban valamilyen súlyos pszichopatológiai állapot, leggyakrabban akut pszichotikus zavartság volt. A 26 nyerspontot meghaladó F skála hiteltelenné teszi a vizsgálati jegyzőkönyvet.



2.2 ábra: *Az F skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A skála standard eloszlása az elméleti elvárásnak megfelelően erősen balra ferde eloszlás (*2.2 ábra*). A magyar átlagok az új magyar standardban is lényegesen magasabbak a külföldieknél, annak ellenére, hogy az F=25 nyerspontot meghaladó skálaértékű teszteket nem vettük be a számításokba (*2.2 táblázat*). Ez a magyar népesség fokozott problématudatát, beteg-ségérzetét, panaszkodási készségét is jelezheti, hiszen a mérsékelten magas F értékek a fokozott tünetválasztási készség mutatói.

Magasabbak a várható skálaértékek az iskolázatlanabb populációban, az iskolai végzettséggel való fordított korreláció metrikusan is megállapítható ($r = -0.19$ a standard mintában és $r = -0.21$ a deviáns csoportokat is tartalmazó teljes mintában). A megyei városokban mért szignifikánsan alacsonyabb értékek azonban nehezen értelmezhetők (*2.2 táblázat*). A skála szignifikáns pozitív összefüggést mutat az életkorral ($r = 0.13$).

Valamennyi TBZ minta átlaga szignifikánsan felülmúlja a normál átlagot. Főleg a bűnözők értek el kiugróan magas értéket, amiről nehéz eldönteni, hogy a megértési nehézségek, vagy előnyöket remélő betegségtettetés okozta-e.

Az F skála értéke kutatásaink szerint fordított összefüggést mutat a MAWI által mért intelligenciaszinttel ($r_{IQ} = -0.35$, $r_{VQ} = -0.35$ és $r_{PQ} = -0.30$), ami figyelembe véve a minta több ezres elemszámát, igen szoros kapcsolatnak tekinthető. Szerényebb, de azért szignifikáns pozitív összefüggést mutat ugyanakkor a skála a Képes Frusztráció Teszt (PFT) extrapunitív válaszaival ($r = 0.14$), különösen a nyílt agressziót kifejező »E« megoldásokkal ($r = 0.18$). A magas F értékű személyek ugyanakkor kevesebb szociálisan adaptív választ adnak a PFT tesztben.

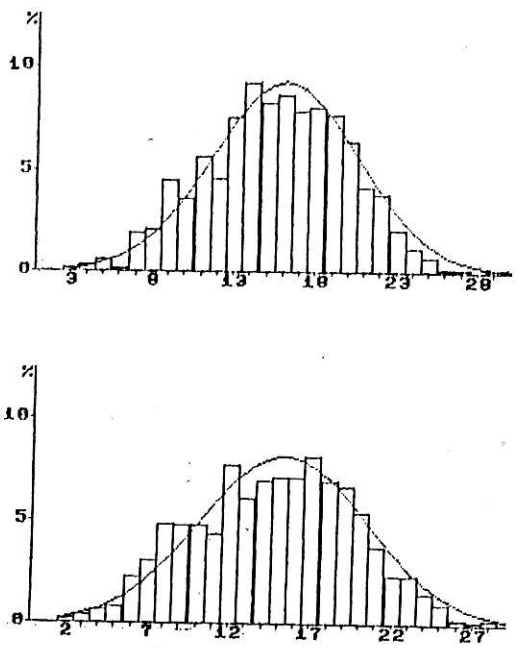
2.2 Táblázat: *Az F-skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**9.50**	**8.86**
	Szórás	4.76	4.49
	Skewness	0.91	0.93
	Curtosis	0.65	0.69
	Minimum	1	0
	Maximum	25	25
B	*Régi magyar standard*	**11.49**	**11.24**
	Fiatalkorú magyar st.	**8.61**	**6.94**
	U. S. A.	**4.58**	**3.44**
	Német	**8.4**	**8.0**
	Francia	**7.5**	**9.5**
C	0 - 7 általános	11.94	9.73
	8 általános	9.93	9.15
	Szakmunkásképző	9.47	9.48
	Érettségi	8.54	7.77
	Felsőfokú	7.40	7.68
D	Budapest	9.46	9.38
	Megyei város	7.76	8.29
	Város	9.96	9.37
	Község	9.58	8.56
E	Bűnözők	19.02	19.53
	Pszich.betegek	13.75	16.50
	Suicid	16.22	16.23
	Alkoholisták	15.92	17.06

2.3 Korrekciós skála (K)

A K-skála a teszteredmények validitásának ellenőrzésére kínálkozó harmadik technikai megoldást reprezentálja (*Hathaway és McKinley, 1946*). Az MMPI-próba kidolgozói olyan tételekből állították össze, amelyek választása szignifikánsan gyakoribb volt egészséges MMPI profilt produkáló, ám igazoltan pszichopatológiai betegségben szenvedő személyeknél. A szerzők feltételezése az volt, hogy e tételek az adott csoportra jellemző disszimuláló, tünetelleplező, kedvező önbemutatásra törekvő vizsgálati attitűdöt képezik le. (*McKinley és mtsai, 1948*).

A későbbi empírikus vizsgálatok ezt a feltevést igazolták (ld. pl. *Coffer és mtsai, 1949; Anthony, 1971; Gough, 1947; Hewitt, 1943; Harvey és Sipprelle, 1976*). A disszimulálásra, vagy eszményi én-bemutatásra való törekvés a K skála értékét szignifikánsan megemelte. A K skála szigorú empírikus konstrukciójánál fogva nem átlátható a vizsgálati személy számára, vagyis szemben az L skálával, itt nem lehet rájönni, hogy melyik tételek állítanak csapdát a válaszmeghamisító törekvések számára. Éppen ezért a K skála elsősorban az intelligensebb, iskolázottabb vizsgálati személyek választorzításának a kimutatására alkalmas, akik az L skála primitívebb technikáján keresztüllátnak.



2.3 ábra: *A K skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Miután kiderült, hogy a K skála a legtöbb klinikai skálával erős negatív korrelációban áll, a szerzők egy ún. »korrekciót« vezettek be azoknak a klinikai skáláknak a kiértékelésénél, ahol ez a

fordított összefüggés a legszorosabb (Hd, Pp, Pt, Sc, Ma skálák). Úgy gondolkodtak ugyanis, hogy a fordított korreláció miatt a K skálával mért tünetelleplező törekvés jelentősen csökkenti a szóbanforgó skálák mért értékét, s pontosabb mérési eredményekhez juthatunk, ha ezt a csökkenést a K skálának az adott korrelációval arányos hányadával kompenzáljuk. Innen ered a K skála elnevezése is (»korrekciós« skála). A K-korrekciót a szóbanforgó skálák nyerspontértékéhez kell hozzáadni (ld. *Bagdy és mtsai, 1986; a teszt kiértékelési instrukcióját*).

2.3 Táblázat: *A K skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**15.56**	**14.73**
	Szórás	4.31	4.91
	Skewness	-0.10	-0.05
	Curtosis	-0.34	-0.53
	Minimum	3	2
	Maximum	29	28
B	*Régi magyar standard*	**13.90**	**13.38**
	Fiatalkorú magyar st.	**15.77**	**15.47**
	U. S. A.	**13.13**	**12.35**
	Német	**13.6**	**13.3**
	Francia	**11.5**	**11.6**
E	Bűnözők	13.29	11.67
	Pszich.betegek	14.54	13.75
	Suicid	12.51	11.52
	Alkoholisták	12.80	11.33

A disszimuláció mérése mellett kiderült, hogy a K skálának egyéb alkalmazási lehetőségei is vannak. Különösen mérsékelten emelkedett értéke (65 T-pontig) gyakori a jól alkalmazkodó, szociabilis, kedvező benyomásra törekvő, sikeres, igyekvő, konformista egész-séges vizsgálati személyeknél (ld. pl. *Brayfield és Marsh, 1957; Cook és Hedley, 1955; Jansen és mtsai, 1973; Matarezzo és mtsai, 1964; McClelland és Rhodes, 1969; Ruch és Ruch, 1967; Wright és mtsai, 1963*). Másfelől a domináns, magabiztos, pozitív önértékelésű, nagy énerővel rendelkező személyek K értéke ugyancsak magasabb az átlagosnál: a skála pozitívan korrelál pl. a Barron-féle énerő skálával, míg a klinikai skálák közül a Pt-vel és Sc-vel mutat a legerősebb negatív kapcsolatot. A magas K-értékű személy gyakran önvezérelt, határozott, s belső kontroll attitűd jellemzi (*Burnes és mtsai, 1971*).

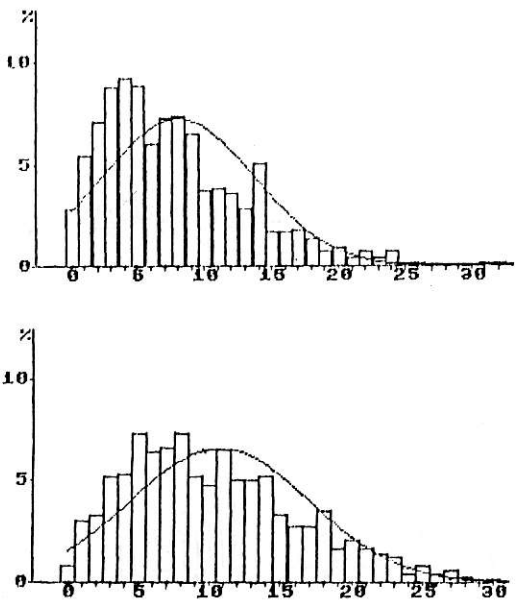
Saját vizsgálataink szerint a K skála eloszlása a normális eloszlást jól közelíti, ahhoz képest kissé »nyomottabb« (*2.3 ábra*). Az új magyar standard átlaga 1-2 ponttal magasabb a régi, illetve a külföldi standardokénál (*2.3 táblázat*). A skála értékét sem az iskolázottság, sem a lakóhely nem befolyásolja jelentősen.

A TBZ minták mindkét nemnél, valamennyi csoport esetében alacsonyabb skálaértékeket produkáltak, mint az egészségesek. Különösen az alkoholista, öngyilkos és bűnöző csoportok átlagai alacsonyak. Ez összhangban van a skálának mint a jó szociális alkalmazkodás mutatójának az értelmezésével, s arra utal, hogy az alacsony értékek az alkalmazkodási zavarnak elsősorban a szociális dimenzióját jelzik.

A standardizálási mintában a K skála szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a PFT teszt szociálisan alkalmazkodóbbnak értékelhető impunitív válaszaival (r = 0.14), míg az extrapunitív válaszok arányával fordított volt az összefüggés (r = -0.13).

2.4 Hipochondria skála (Hd, Hd + 0.5K)

A hipochondria skálát az elsők között dolgozták ki az új teszt számára *McKinley és Hathaway (1940b)*, később azonban többször revideálták, csökkentve a tételek számát. Eredetileg az volt a szándékuk, hogy a hipochondria klinikai diagnózisának azonosítására alkalmas mutatót szerkesszenek. A Hd skála valóban alkalmasnak bizonyult arra, hogy a testi állapotra való fokozott odafigyelést, panaszkodási hajlamot, a szomatikus tünetek fokozott tudatosságát, előtérbe állítását, felnagyítását mérje. Kiderült azonban, hogy a hipochondria azonosítására, különösen annak más, pszichovegetatív tünetekkel is járó neurózisfajtáktól való differenciáldiagnosztikájára a skála nem képes. Érzékenyen reagál viszont a skála a betegszerep felvételére (*Zelin, 1971*). Nagyon konzisztensen méri a

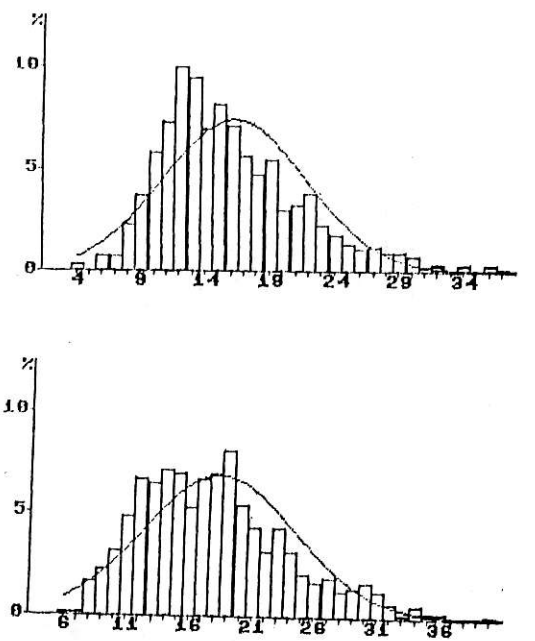


2.4a ábra: *A Hd skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

testi betegségtudatot, a nárcisztikus attitűdöt tükröző »szervi öndédelgetést«, származzon az akár hipochondriából, akár konverziós neurózisból, sőt legyen az akár az organikus, vagy fizikai betegségben szenvedő egyén teljesen természetes beszűkülése az egzisztenciális fenyegetettség hatására (*Benton és Probst, 1946; Hedlund, 1977*). Sőt kiderült, hogy pl. »igazi« testi betegségeknél, vagy a maradandó szervkárosodással járó pszichoszomatikus betegségek nagy részénél a Hd skála az egyetlen, amely következetesen érdemleges értéknövekedést jelez (*összefoglalóan ld. Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi, 1986*).

A depresszív lehangoltság, pesszimizmus, elesettség, kételkedés, szorongó bizonytalanság állapotaiban ugyancsak megemelkedik a skála értéke (*Gough, 1946*). A Hd skálát specifikus diagnózis helyett helyesebb a neurotikus betegségélmény általános mutatójának tekinteni (*Bagdy és mtsai, 1986*).

A skála viselkedéses korrelátumai a magasabb skálaértékek és a teljesítőképesség közötti fordított összefüggésre (*Brothers, 1961; Frick, 1955; Lundin és Kuhn, 1960*), valamint a magas Hd-t adó személyek csökkent kontaktusképességére (*Cook és Medley, 1955; Adams és mtsai, 1963; Zelin, 1971*) világítanak rá. Mindezek jelzik a személyiség energiáinak nárcisztikus blokkolását, az egyén bezárkózását betegsége és tünetei világába.



2.4b ábra: *A Hd + 0.5K skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Mivel a skála jelentős fordított korrelációt mutatott a K skálával, vagyis a vizsgált személy kedvező önbemutatási igénye a skála értékét jelentősen csökkentheti, a gyakorlatban a skála értéket 0.5 K-val meg szokták növelni, hogy ezt a hibaforrást kiküszöböljék. A magyar standardot mind a K korrekció nélküli, mind pedig a K kor-

2.4 Táblázat: *A Hd skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**7.73**	**10.30**
	Szórás	5.48	6.08
	Skewness	1.03	0.60
	Curtosis	1.06	-0.20
	Minimum	0	0
	Maximum	32	30
B	*Régi magyar standard*	**10.91**	**12.25**
	U. S. A.	**5.15**	**7.18**
E	Bűnözők	11.94	15.58
	Pszich.betegek	10.98	14.48
	Suicid	10.18	14.27
	Alkoholisták	11.51	12.43

2.4a Táblázat: *A Hd + 0.5K skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**15.57**	**17.90**
	Szórás	5.37	5.86
	Skewness	0.89	0.67
	Curtosis	0.87	0.15
	Minimum	4	6
	Maximum	37	40
B	*Fiatalkorú magyar st.*	**10.48**	**12.00**
	Német	**13.3**	**14.6**
	Francia	**15.5**	**13.0**
C	0 - 7 általános	19.16	21.58
	8 általános	15.46	17.93
	Szakmunkásképző	15.33	17.16
	Érettségi	14.59	16.52
	Felsőfokú	16.27	15.60

rekcióval számolt skálaértékekre elkészítettük.

Mind a K-korrigált, mind a korrekció nélküli változat erősen balra húzó, ferde eloszlást mutat, mint a legtöbb nyilvánvaló tüneti értékű skála esetében (*2.4a, 2.4b ábra*). Az új magyar standard az európai standardok átlagértékeit közelíti, s jóval alacsonyabb a *Tringer és Zseni (1980)* féle régi standardénál. Utóbbi egyébként valamennyi általunk vizsgált TBZ minta átlagát is felülmúlja.

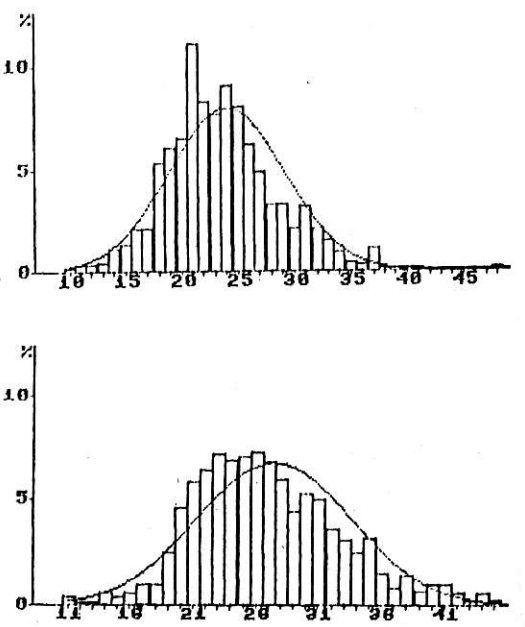
A Hd skála igen szoros pozitív kapcsolatot mutat az életkorral (r=0.29), vagyis az idősebbeknél eleve megnövekszik a Hd-ben jelzett testi panaszok száma. Az iskolázatlanabb rétegekben ugyancsak magasabb a skála átlagértéke (*2.4a táblázat*). A skála értéke valamennyi TBZ csoportban lényegesen magasabb, mint a normál kontroll értékek (*2.4 táblázat*).

2.5 Depresszió skála (D)

A skála az első klinikai skála volt, amit *Hathaway és McKinley (1940, 1942)* az MMPI teszthez kidolgoztak.

A kidolgozás alapjául szolgáló kritériumcsoportok depresszióban szenvedő (főleg pszichózis maniako-depresszívás) betegek, valamint depresszióra, diszfóriára hajló egészséges személyek voltak. A cél itt is az volt, hogy a depresszió klinikai diagnosztizálására alkalmas mutatót konstruáljanak. A skála tételeit úgy válogatták össze, hogy a klinikai depressziós betegek magas, a depresszióra hajló egészségesek mérsékelten emelkedett skálaértéket produkáljanak.

A legtöbb MMPI skálához hasonlóan azonban a D skála sem bizonyult alkalmasnak a célzott diagnózisra. Egyrészt maga a depresszió sem homogén, hanem különböző tüneti jegyekből tevődik össze, amelyek a D-skála értékében különböző súllyal szerepelhetnek. A skála tételei empírikusan ötféle tünetcsoportot reprezentálnak (*Harris és Lingoes, 1955*): (1) a depresszió szubjektív tünetei, amelyek a beteg hangulatát, szorongását, diszfóriáját, reményvesztettségét, pesszimizmusát fogalmazzák meg; (2) a pszichomotoros retardáció, motivációs deficit, a mozgások elszegényedése és a viselkedéses alkalmazkodás hanyatlása; (3) testi panaszok, pszichovegetatív tünetek, amelyek a depressziós állapot gyakori kísérőtünetei; (4) szellemi eltompulás, az intellektuális teljesítőképesség csökkenése; (5) elbizonytalanodás. *O'Connor és munkatársai (1957)* pedig a tételek faktoranalízise nyomán az alábbi tünetcsoportokat mutatták ki: testi betegségtudat-hipochondria, cikloid hangulatzavar, ellenséges-elzárkózó viszonyulás a külvilághoz, csökkentértékű ség érzés, s a depresszió szubjektív tünetei. A D-skála tüneti-viselkedéses korrelációi közül a rossz hangulat, öngyilkossági gondolatok, önértékelési válság, a mozgások elszegényedése, szorongás, nyugtalanság, pszichovegetatív tünetek, alvási nehézségek emelhetők ki (*Hathaway és McKinley, 1942*).



2.5 ábra: *A D skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

2.5 Táblázat: *A D skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**23.58**	**26.92**
	Szórás	4.99	5.91
	Skewness	0.60	0.47
	Curtosis	1.06	0.24
	Minimum	10	11
	Maximum	48	45
B	*Régi magyar standard*	**24.99**	**27.49**
	Fiatalkorú magyar st.	**21.41**	**22.56**
	U. S. A.	**18.06**	**20.66**
	Német	**22.3**	**23.8**
	Francia	**24.0**	**21.0**
C	0 - 7 általános	27.16	29.66
	8 általános	23.08	27.28
	Szakmunkásképző	23.03	26.47
	Érettségi	22.40	25.37
	Felsőfokú	23.55	25.68
E	Bűnözők	27.48	31.09
	Pszich.betegek	28.59	31.81
	Suicid	28.41	31.02
	Alkoholisták	28.17	29.72

Igaz, hogy a felsorolt tünetek együttes jelenléte tipikus a depressziós kórképekre, ugyanakkor azonban e tünetek egyike sem kizárólag depresszióban fordul elő. Még a hangulatzavar, az indítékcsökkenés, a depresszív élményváltozás is aspecifikus kísérőtünete lehet a legkülönfélébb betegségeknek, ami természetszerűleg képződhet a betegségállapotban átélt képességcsökkenés, fenyegetettség nyomán. Ennek megfelelően valóban kiderült, hogy a D skála értéke nemcsak depresszióban, hanem a legtöbb egyéb neurózisban, sőt a súlyosabb pszichotikus kórképekben is igen magas, kóros övezetbe eső értéket érhet el (*Hovey, 1949; Levinsohn, 1956; Geyer és mtsai, 1976*). A skála a depresszió mutatójaként csak a többi skálához való viszonyában, konstellációban értelmezhető; s általánosságban inkább a *betegségtudatnak, a pszichiátriai kórállapot súlyosságának, a szubjektív betegségélménynek és az ezt kísérő pszichés tüneteknek a jelzője.* A D skála a legszorosabb összefüggést a *szorongásos* kórképekkel mutatja, s teszten belüli korrelációi közül is a Pt, illetve a manifeszt szorongás skálával való kapcsolata a legszorosabb (*Zuckerman és mtsai, 1967*).

Az új magyar standard kissé balra húzó eloszlást mutat (*2.5 ábra*). Férfiaknál a különböző standardok kompatibilisek, kivéve az amerikait, amely szokás szerint itt is rendkívül alacsony. Nőknél valamennyi külföldi standard lényegesen alacsonyabb, mint a magyar. Az életkorral a normál mintában erős pozitív összefüggés mutatkozik (r = 0.25), jelezve, hogy az idősebb emberek körében a normál mintában is fokozódnak a depresszív, diszfóriás tünetek. Különösen alacsony a normál átlaghoz

képest a fiatalkori standard értéke (*2.5 táblázat*). A legalacsonyabb iskolázottságú rétegekben viszont rendkívül megnövekszik a skála alapértéke.

A D skála átlaga valamennyi TBZ mintában igen magas, különösen a pszichiátriai betegek és az öngyilkosok csoportjában. Ez megfelel annak, mint amit a skála validitása alapján várhatunk (*2.5. táblázat*).

2.6 Hisztéria skála (Hy)

McKinley és Hathaway (1944) Hy skáláját a hisztériás tünetek és állapotok diagnosztizálására fejlesztették ki. *Harris és Lingoes (1955)* a skálában ötféle tételcsoportot tudott elkülöníteni: (1) azokat, amelyek a szociális szorongás hiányát jelzik; (2) az érzelmi fűtöttség és érzelmi ingerekre való éhség; (3) fáradtság-kimerültség, rossz közérzetre vonatkozó panaszok; (4) szomatikus panaszok, pszichovegetatív tünetek; (5) agresszió gátlására, elfojtásra utaló jegyek.

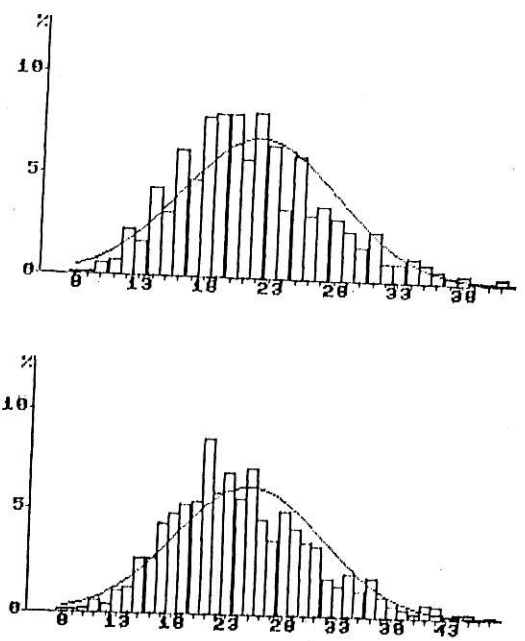
A tételekben foglalt valamennyi tartalmi kör megjelenik a Hy skála tünetiempírikus korrelációiban is. Mivel azonban a hisztériás testi panaszok nem kizárólag a konverziós neurózisban, hanem a legtöbb egyéb neurózisban és pszichoszomatózisban is előfordulhatnak, az ezekre vonatkozó tételek igen szoros korrelációt idéznek elő az egyéb neurotikus skálákkal, min-

2.6 Táblázat: *A Hy skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**21.55**	**24.27**
	Szórás	5.78	6.49
	Skewness	0.59	0.56
	Curtosis	0.27	0.30
	Minimum	8	8
	Maximum	41	47
B	*Régi magyar standard*	**22.21**	**24.21**
	Fiatalkorú magyar st.	**23.32**	**23.55**
	U. S. A.	**17.32**	**19.84**
	Német	**19.0**	**19.8**
	Francia	**21.5**	**18.5**
C	0 - 7 általános	24.36	27.52
	8 általános	20.97	23.89
	Szakmunkásképző	20.82	23.51
	Érettségi	20.92	23.35
	Felsőfokú	23.48	22.83
E	Bűnözők	25.21	27.44
	Pszich.betegek	25.74	29.08
	Suicid	23.91	27.71
	Alkoholisták	23.95	23.88

denekelőtt a Hd-vel (*McKinley és Hathaway, 1944*). A skála a konverziós neurózis differenciáldiagnosztikájára nem bizonyult alkalmasnak (*Benton és Probst, 1946; Fricke, 1956*).

Úgy látszik ugyanakkor, hogy a hisztéria dinamikai jellegzetességeit a Hy skála nagyobb megbízhatósággal képes kimutatni, mint magát a konverziós neurózis tüneti állapotát. Így például kísérletileg igazolható volt, hogy a magas Hy értéket adó vizsgálati személyek gyakrabban élnek az elfojtásos, ingerkizárásos, szelektív felejtésen alapuló lélektani védekező mechanizmusokkal (*Truax, 1957; Eriksen, 1954*), míg a pszichaszténia skála inkább képviseli az ingerbevonó, szenzitizáló, manifeszt szorongással járó neurotikus munkamódokat (*Steele, 1969*). A Hy és a Pt skála viszonya alapján tehát lehetőségünk van elkülöníteni a neurózisok, ill. személyiségzavarok »diszthimiás« típusát (Pt, D csúcs) az externalizáló, feszültségeiket környezetükre terhelő, vagy elfojtó, esetleg testi tünetbe konvertáló neurózis típusoktól (Hy-Pp-Ma, illetve Hd-Hy dominancia).



2.6 ábra: *A Hy skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Az (1) és (2) tételcsoportok következménye lehet, hogy a Hy skála – főleg a mérsékelten magas övezetben – jól jelzi a hiszteroid személyiség bizonyos szociális tulajdonságait: a jó kapcsolatteremtő képességet, magabiztosságot, kooperációs készséget, nyitottságot, teátrális-exhibíciós hajlamot, érzelemszükségletet, energikusságot, originalitást (*Cook és Medley, 1955; Hathaway és Meehl, 1951; Jansen és Hoffmann, 1973; Markel, 1969; Rees és Goldman, 1961*). Normál személyiségzónában a Hy skála megemelkedett értéke rendszerint jó szociális alkalmazkodásra utal.

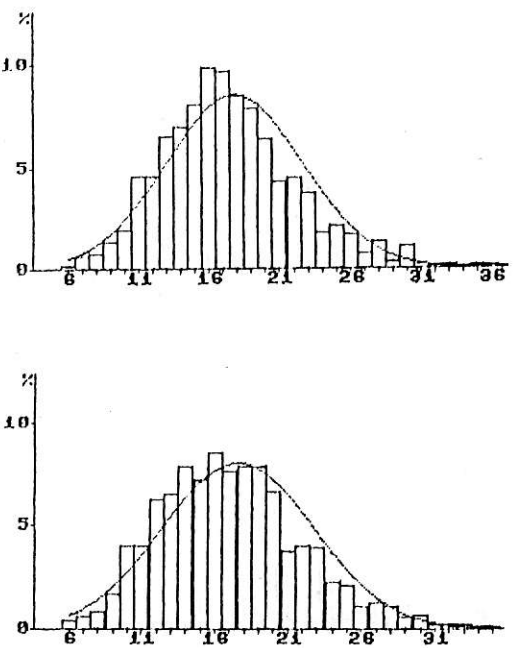
A Hy skála standardja kissé balra ferde eloszlást követ (*2.6 ábra*). A különböző standardok értékei kompatibilisek, eltekintve a

magyar népesség következetesen magasabb skálaátlagaitól. A *Tringer és Zseni* féle standard férfiaknál itt is kissé patológiásabb értékeket mutat, mint az új standard (*2.6 táblázat*). A skála erősen pozitív korrelációban áll az életkorral (r = 0.21). A legalacsonyabb iskolázottságú rétegekben, főleg a nők körében, erősen megemelkedik a skála értéke (*2.6 táblázat*). Férfiaknál emellett a legmagasabb iskolázottságú, felsőfokú végzettségű rétegekben is igen magas a hisztéria skála átlaga.

A TBZ minták általában meghaladják a normál átlagértékeket, különösen a pszichiátriai betegek mintáiban magas a skála értéke. Ez nem meglepő, hiszen a skála elsősorban a neurotikus tünetképződés sajátos formáira érzékeny.

2.7 Pszichopátia skála (Pp, Pp + 0.4K)

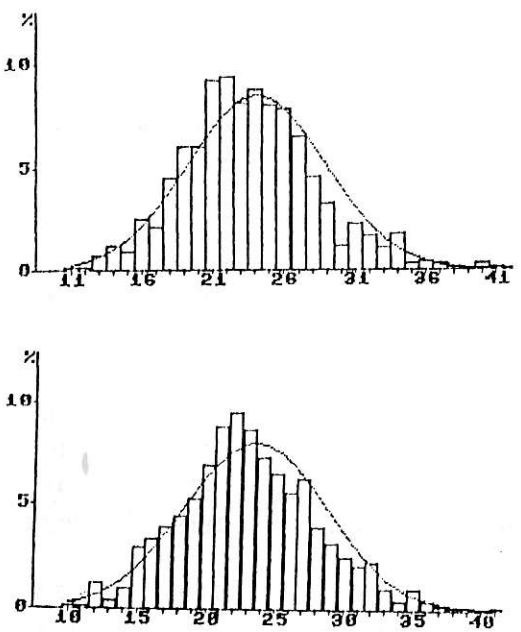
A skála kidolgozásával a szerzők (*McKinley és Hathaway, 1944*) célja az volt, hogy a deviáns, antiszociális, pszichopátiás személyiségzavarok diagnosztizálására alkalmas mutatót szerkesszenek. A skála kritériumcsoportjául olyan vegyes csoportot választottak, amelybe a legkülönfélébb beilleszkedési zavarokkal jellemezhető személyek kerültek bevonásra: bűnözők, alkoholisták, szexuális deviánsok, prostituáltak, klinikailag pszichopátiásnak diagnosztizált pszichiátriai betegek. A kritériumcsoport heterogenitása tükröződik a skála tételeinek változatosságában is, amelyek felölelik a vizsgált személy szűkebb és tágabb szociális környezetéhez, a társadalom intézményrendszeréhez, normáihoz való viszonyát,



2.7a ábra: *A Pp skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

morális attitűdjét, szexuális szokásait, helyzetmegoldási sémáit stb.

Bár valószínű, hogy az érzelmi kívülmaradás, szociális tanulási deficit és a szabályokhoz és normákhoz való alkalmazkodás hiányának tünethármasságával jellemzett »klasszikus pszichopátia« az alkalmazkodási zavaroknak csak egy szűk tartományát fedi le, a Pp skála a későbbi vizsgálatok során abból a szempontból mégis validnak bizonyult, hogy beigazolódott: mind az antiszociális személyiségalakulásnak, mind a súlyosabb egyéb devianciaformáknak, mindenekelőtt az alkoholizmusnak az egyik legmegbízhatóbb indikátora az MMPI-ben (ld. pl. *Benton és Probst, 1946; Hawk és Peterson, 1974; Hathaway és Monachesi, 1953; Hedlund, 1977*). A klinikai diagnózis szempontjából azonban a Pp skála értékét mindig a többi alapskálához való viszonyában kell értékelni: magas pszichotikus skálaértékek mellett pl. a pszichotikus személy alkalmazkodási problémáit és szociális viselkedésének dezorganizálódását jelenti, magas neurotikus skálaértékek mellett pedig gyakran neurotikus karakterfejlődési zavarra, vagy neurotikus személyiségtalajon kifejlődött devianciára – alkoholizmusra, bűnöző életformára – utal. A »klasszikus« pszichopátiás képnek, vagy az antiszociális személyiség diagnosztikus kategóriájának legtisztábban az a konstelláció felel meg, amikor a Pp csúcsot magas Ma kíséri.



2.7b ábra: *A Pp + 0.4K skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A normál személyiségtartományban a Pp mérsékeltebb megemelkedése ugyancsak jelezheti a szabálytalanságra, normaszegő viselkedésre való készséget, impulzivitást, a hagyományos értékrenddel való szembehelyezkedést, agresszivitást, felelőtlenséget, kapcsolati lazaságot stb. (vö. pl. *Brown, 1960; Gough, Closky és Meehl, 1952; Hathaway és McKinley, 1963; Klinge és Strauss, 1976*). Emellett a későbbi deviáns magatartásformák (alkoholistává válás, visszaeső bűnelkö-

vetés stb.) szempontjából figyelmeztető prognosztikai jelzés a kórosan megemelkedett Pp érték (*Gough, Closky és Meehl, 1952; Hathaway és Monachesi, 1953*).

A skálával nyert kutatási eredmények ugyanakkor arra is felhívják a figyelmet, hogy a Pp skála bármiféle deviancia, normaszegésre való hajlam esetén értékemelkedéssel reagál, akkor is, ha ez a deviancia adott esetben éppenséggel pozitív, társadalmi értéket valósít meg. Vagyis nem szabad pusztán a Pp skála alapján értékelő módon minősíteni valakit, különösen nem az egészséges személyiségtartományban. Kiderült pl., hogy a sikeres, hatékony, jó kontaktusképességű, kreatív és eredeti személyek Pp skálája gyakran erősen emelkedett (*Cook és Medley, 1955; Rees és Goldmann,* 1961; *Whittemore és Heimann, 1965*). Hiszen a pozitív, a közösség érdekében vállalt újító tevékenység, változtató szándék ugyancsak megköveteli a szakítást a megszokott formákkal, és az ilyen törekvés gyakran vezet szociális konfliktusokhoz, beilleszkedési nehézséghez. A normákhoz való lazább viszonyulás adaptív jellemzője lehet bizonyos foglalkozási csopor-

2.7 Táblázat: *A Pp skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**17.36**	**17.15**
	Szórás	4.69	4.96
	Skewness	0.56	0.55
	Curtosis	0.58	0.33
	Minimum	6	6
	Maximum	36	35
B	*Régi magyar standard*	**19.16**	**19.28**
	U. S. A.	**14.72**	**13.98**
E	Bűnözők	25.59	26.04
	Pszich.betegek	21.46	23.68
	Suicid	24.57	25.06
	Alkoholisták	23.40	24.06

2.7a Táblázat: *A Pp + 0.4K skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**23.60**	**23.05**
	Szórás	4.69	4.97
	Skewness	0.42	0.30
	Curtosis	0.54	0.15
	Minimum	11	10
	Maximum	41	41
B	*Fiatalkorú magyar st.*	**21.68**	**20.34**
	Német	**21.8**	**22.8**
	Francia	**19.5**	**19.5**
C	0 - 7 általános	25.47	23.95
	8 általános	24.54	23.72
	Szakmunkásképző	23.30	23.27
	Érettségi	22.50	22.13
	Felsőfokú	23.80	21.72

toknak is. Így emelkedettnek találták pl. a Pp értékét üzletembereknél, riportereknél, ügynököknél, tűzoltóknál, rendőröknél, bölcsészeknél, szociológia és pszichológia szakos hallgatóknál stb. (*Daniels és Hunter, 1949; Kokosh, 1969; Matarezzo és mtsai, 1964; Norman és Redlo, 1952; Rosen és Rosen, 1957*).

A Pp skála ugyancsak szoros negatív korrelációt mutat a K skála által jelzett tünetelleplező törekvésekkel, ennek korrigálására a K skála értékének 0.4 részét szokták hozzáadni a Pp skála nyerspontjához. A magyar standardot mind K korrekció nélkül, mind pedig K korrekció alkalmazása esetén kiszámítottuk. Mindkét változat enyhén balra húz (*2.7 a,b ábrák*), de alakjuk jól közelíti a normális eloszlását.

Az új magyar standard kissé alacsonyabb, mint a régi, de meghaladja a legtöbb külföldi standard várható értékét (*2.7 táblázat*). A skála az életkorral alacsony, de szignifikáns pozitív összefüggést mutat ($r = 0.12$). Az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban a skála várható értéke magasabb (*2.7 táblázat*).

A skála validitását megerősíti, hogy a saját TBZ vizsgálati csoportjainkban is kiugróan magasabb a bűnözők és a férfi alkoholisták skálaérték átlaga. Az elkövetett bűncselekmények számával a Pp skála a normál mintában is szignifikáns pozitív korrelációt mutat ($r = 0.17$).

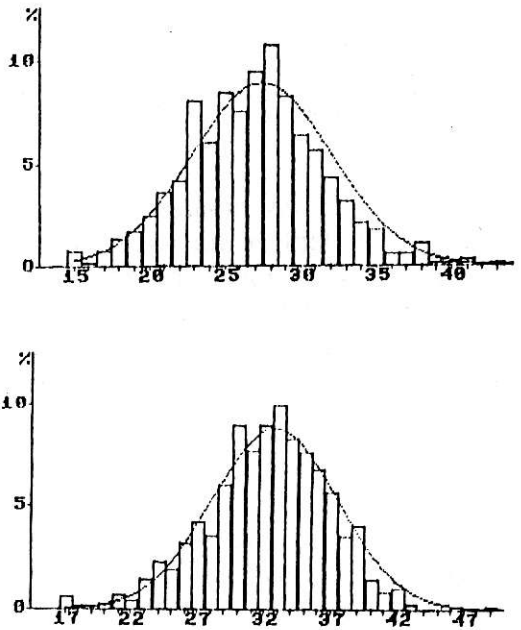
2.8 Maszkulinitás-feminitás skála (Mf)

Az Mf skála tulajdonképpen nem klinikai skála, kevés a klinikai implikációja, s inkább csak történetisége miatt került be az MMPI alapskálái közé. Célja a személyiségre jellemző férfias-nőies attitűdök felmérése. Tételeinek nagyobb része utólag került beépítésre az MMPI-ba, a Termon-Miles féle attitűd-érdeklődés elemző tesztből.

Az Mf valójában nem is egy, hanem két skála, mert férfiaknál és nőknél nem teljesen ugyanazokat a tételeket vesszük figyelembe. A nyerspontok magas értéke mindkét nem esetében a feminin attitűd túlsúlyát jelzi. A standardizálásnál azonban a női Mf skálát »fejtetőre állítva« vetítették rá a standard skálára, így T pontban számolva azt lehet mondani, hogy a magas skálaérték az *ellenkező nemre jellemző attitűdök, magatartásformák* felerősödését fejezi ki – vagyis férfiak esetében a nőies, nők esetében a férfias attitűdöket.

Ez sok kutatóban és gyakorlóban olyan képzettársítást keltett, mintha az Mf skála a szexuális inverziót, a homoszexualitást »mérné«. Valóban

vannak kutatási eredmények, amelyek arra utalnak, hogy szexuálisan invertált személyeknél megemelkedhet az Mf skála értéke (pl. *Burton, 1947; Manosevitz, 1971; Cubitt és Gendreau, 1972*). Azonban az Mf skála tételeinek csak kis része vonatkozik közvetlenül a szexuális magatartásformákra, s a magas skálaértékek a statisztikai adatok szerint inkább bizonyos attitűdök, képességek, érdeklődések, személyiségjegyek kifejeződése, semmint a manifeszt inverzióé. *Pepper és Strong (1958)* vizsgálata szerint a skála tételanyaga alapvetően öt tartalmi kört reprezentál: (1) személyes és emocionális érzékenység; (2) szexuális identitás; (3) altruista, szociábilis, jóindulatú társas attitűd; (4) női foglalkozások, hivatások, tevékenységi formák iránti vonzódás; (5) tipikusan férfias foglalkozások, tevékenységi formák elutasítása.



2.8 ábra: *Az Mf skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Magas pl. az eredeti, kreatív, intelligens, magas iskolázottságú, humán érdeklődésű, empatikus, altruista, jóindulatú, szociabilis, művészi, vagy zenei érdeklődésű férfiak Mf skálaértéke (*Jansen és mtsai, 1973; Longh, 1951; Lundin és Kuhn, 1960; Norman és Redlo, 1952; Ritter, 1974; Whittemore és Heimann, 1965; Yeomans és Lundin, 1957*). Alacsony Mf jellemzi az aktív, határozott, »rámenős« férfiakat, üzletembereket, műszaki-technikai érdeklődésűeket, s ugyanez gyakran jelezhet túlkompenzált férfiasságot is (*Fowler, 1966; Norman és Redlo, 1952*). Nőknél az Mf értéket (T-pontban számolva) aktív, határozott, magabiztos, domináns, agresszív viselkedésű személyeknél találták magasnak (*Butcher, 1969*); az alacsony Mf T-érték viszont a passzív, dependens, önmagában bizonytalan, önálrendelődő, esékenynek mutatkozó nők körében gyakori (*Good és Brantner, 1961*).

2.8 Táblázat: *Az Mf skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**26.94**	**32.21**
	Szórás	4.47	4.53
	Skewness	0.15	-0.32
	Curtosis	0.29	0.40
	Minimum	15	17
	Maximum	43	49
B	*Régi magyar standard*	**26.61**	**33.37**
	Fiatalkorú magyar st.	**24.75**	**29.75**
	U. S. A.	**20.5**	**36.5**
	Német	**25.3**	**33.6**
	Francia	**36.0**	**25.0**
C	0 - 7 általános	25.94	30.22
	8 általános	26.36	31.36
	Szakmunkásképző	26.52	32.98
	Érettségi	27.75	33.61
	Felsőfokú	29.97	34.38

Az Mf skála eloszlása igen jól közelíti a normális eloszlást (*2.8 ábra*). Az életkortól nem függ a skálaérték, viszont az új magyar standard eloszlása is megerősíti azt az egybehangzó szakirodalmi adatot, hogy az Mf értéke az iskolázottsággal erős pozitív kapcsolatban áll (*2.8 táblázat*). A férfiak és a nők eloszlása is jól összecseng a régi magyar, illetve a német standard adataival.

2.9 Paranoia skála (Pa)

A Pa skálát a paranoid tünetek – kóros gyanakvás, vonatkoztatás, üldöztetési gondolatok, téveseszmék, paranoid ellenségesség és pszichotikus szorongás – diagnosztizálására fejlesztették ki. Kritériumcsoportul különféle paranoid kórképekbe tartozó betegek – paranoiások, paranoid schizophreniások, reaktív paranoid állapotban szenvedők – szolgáltak (*Hathaway, 1956*).

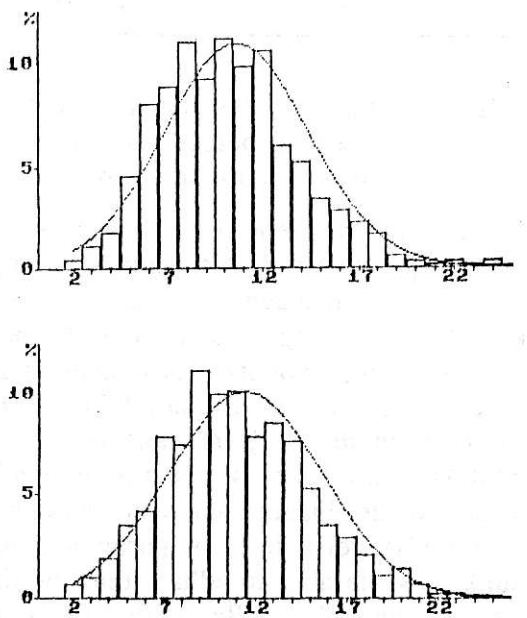
A skála meglehetősen specifikus tünetkört ölel fel, amely azonban gyakori pszichiátriai előfordulása és súlyossága miatt nagy jelentőséggel bír a gyakorlati diagnoszták számára. A skála validitása a klinikai skálák között az egyik legmegalapozottabb: magas értéke jól korrelál a gyanakvó, bizalmatlan, vonatkoztató, tapasztalatait tévesen értelmező, projektáló, ellenséges viszonyulásmóddal (*Benton és Probst, 1946; Harris és mtsai, 1970; Hartman, 1967; Hedlund, 1977*). Mérsékelten emelkedett, 60-70 T-pont közötti értékei is szenzitív, túlérzékeny, sértődékeny, kveruláns, ellenségeskedő, bizalmatlan személyiségre utalnak. 70 T fölött pedig nagy valószínűséggel kell kóros paranoid tünetekkel, téveseszmékkel számolnunk. A skála alapján adható diagnosztikus jelzések a többi klinikai skálától is függenek (ld. *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi, 1986*). A Pa skála szinguláris kiugrása, vagy dominanciája tapasztalataink szerint mindene-

setre jobb prognózist, inkább reaktív paranoid állapotot valószínűsít, szemben Pt-Sc skálák dominanciájával jellemezhető pszichotikus folyamatokkal.

A Pa skála gyengesége, hogy legtöbb tétele könnyen átlátható, s ezért a disszimulációra igen érzékeny. Mivel a paranoid betegek bizalmatlan, gyanakvó attitűdje a vizsgáló személyzettel szemben is megnyilvánul, gyakori, hogy e betegek a vizsgálatban letagadják a tüneteikre vonatkozó állításokat. Amíg tehát a magas Pa érték csaknem bizonyosan jelzi a paranoid tünetképző dést, az alacsony Pa egyáltalán nem garantálja az ilyen tünetek hiányát. Ilyenkor mindig érdemes megvizsgálni a válaszmeghamisító törekvések teszten belüli mutatóit, pl. a K, SD, s paranoid betegek esetében különösen az L skála értékét. A Pa skálán belüli rejtett és nyilvánvaló alskálák viszonyának elemzése ugyancsak segíthet feltárni az ilyen disszimuláló

2.9 Táblázat: *A Pa skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**10.18**	**11.01**
	Szórás	3.66	3.95
	Skewness	0.56	0.39
	Curtosis	0.43	0.11
	Minimum	2	2
	Maximum	24	25
B	*Régi magyar standard*	**12.78**	**13.29**
	Fiatalkorú magyar st.	**8.65**	**8.17**
	U. S. A.	**8.58**	**8.41**
	Német	**11.0**	**11.3**
	Francia	**9.0**	**9.0**
E	Bűnözők	16.48	18.47
	Pszich.betegek	14.03	15.52
	Suicid	15.62	17.70
	Alkoholisták	14.93	17.55

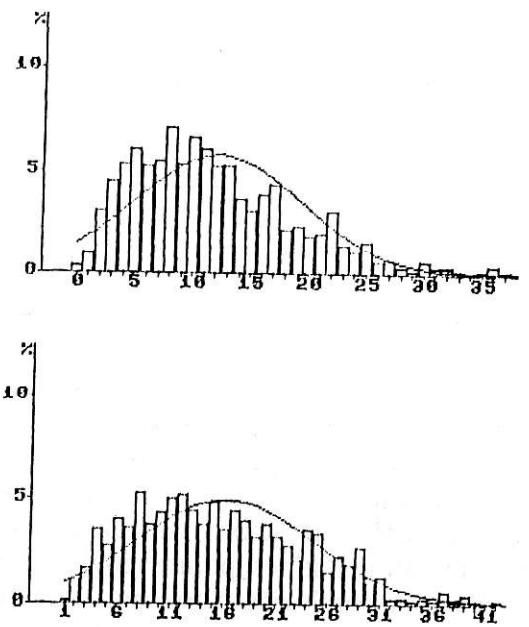


2.9 ábra: *A Pa skála gyakorisági eloszlása a stan-dardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

törekvést. Ezeknek az alskáláknak a magyar standardja ugyancsak rendelkezésre áll (ld. az »egyéb klinikai skálák« csoportjában).

A Pa eloszlását a magyar népességben balra ferdeség és alacsony átlagok jellemzik (*2.9 ábra*). A különféle standardok összehasonlításából az amerikai átlagok alacsony és a korábbi magyar standard magasabb fekvése tűnik ki, amint azt már megszokhattuk (*2.9 táblázat*). A Pa skála az életkorral szignifikáns pozitív összefüggést mutat ($r = 0.15$), vagyis fiatalkorban alacsonyabb a skála várható értéke.

A Pa skála valamennyi TBZ mintában meghaladja a normál átlagot (*2.9 táblázat*). Értéke különösen a bűnözők körében magas, ahol feltehetően szituatív hatásra növekszik meg a gyanakvó, bizalmatlan attitűd mutatója. Igen magas az öngyilkos csoport átlagértéke is, jelezve, hogy a gyanakvó elzárkózás, szenzitív túlértékelés, érzékenység és sértődékenység a suicidiumhoz vezető krízisállapot fontos összetevője lehet. Érdekes összefüggés, hogy a Pa skála értéke fordítottan korrelált a legtöbb intelligenciamutatóval ($r_{IQ} = -0.24$, $r_{IQ} = -0.21$, $r_{IQ} = -0.22$). Ez nem valószínű, hogy a paranoid tünetképzés és az intelligencia fordított viszonyára utalna; sokkal inkább arra enged következtetni, hogy az intelligensebb paranoid betegek gyakran válaszolnak tüneteik tagadásával a Pa skála nyilvánvaló tételeire.

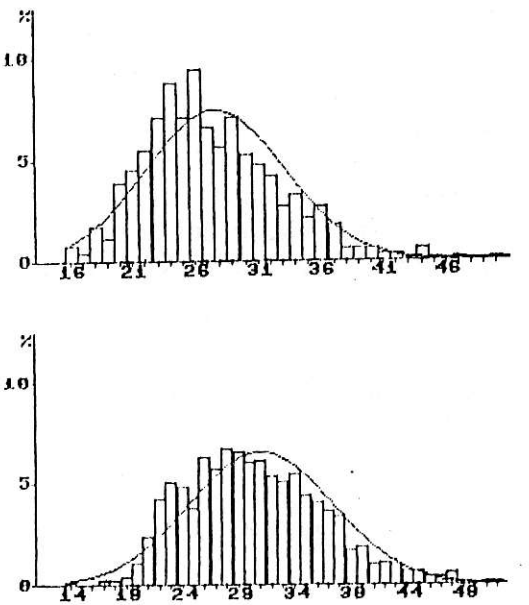


2.10a ábra: *A Pt skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

2.10 Pszichaszténia skála (Pt, Pt + K)

A skála kidolgozásának alapjául szolgáló kritériumcsoport kényszeres, fóbiás, pszichaszténiás tünetekkel jellemzett betegekből tevődött össze (*McKinley és Hathaway, 1942*). A későbbi validitás-vizsgálatok során azonban a kényszerrel, fóbiá-

val csak mérsékelt összefüggést találtak (*Hedlund, 1977*). Igen szoros összefüggés mutatkozott ugyanakkor a kérdőívskálákkal mért ún. manifeszt szorongás-szinttel (*Miller és mtsai, 1967*). Több kísérleti vizsgálat igazolta, hogy a Pt, illetve a Hy skálák a fenyegető külső, illetve intrapszichés (konfliktusterhelt) ingerekre adható kétféle jellegzetes neurotikus megoldásmódot képeznek le. A hisztériás elfojtó, ingerkizáró elhárítással szemben a Pt skála kiugró értékével jellemzett csoportokat a fenyegető ingerek fokozott tudatosítása, az azokra való érzékenység jellemzi. Ez azonban fokozottan tudatos *szorongásélménnyel* jár együtt, s a pontosabb tájékozódás jelentette előny ára az, hogy a személyek helyzetmegoldási készsége megbénul, s viselkedésükben a sztereotip, inadaptív reakciók aránya felszaporodik, alkalmazkodási repertoárjuk szegényesebbé válik (vö. *Deese és mtsai, 1953; Knethe és Eriksen, 1957; Steele, 1969*). A fokozott szorongásszint testi feszültségtüneteket, izomtónusnövekedést stb. is okozhat. A magas Pt skálaértéket adó személyek pesszimizmusra hajlamosak, könnyen kimerülnek, feszültek, aggodalmaskodók, bizonytalanok, elégedetlenek, önbizalomhiánnyal, kisebbségi érzésekkel küzdők, miközben magas igényszint, perfekcionista attitűd, kínos pontosság jellemzi őket. A kóros övezetbe eső Pt skálaérték patológiásan fokozott tudatos szorongásélményt és szorongástüneteket jelez, amely jelentkezhet akár a profil baloldala által uralt diszthimiás neurózisképben, akár mint a pszichotikus betegek vitális szorongásélménye. Utóbbi esetben az MMPI profilban a Pt megemelkedése a pszichotikus skálák magas értékét kíséri.



2.10b ábra: *A Pt+K skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A Pt skála és a korrekciós skála közötti erős negatív korreláció miatt a Pt esetében egy teljes K értéknyi korrekciót szoktak a nyerspontérté-

2.10 Táblázat: *A Pt skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**11.70**	**15.74**
	Szórás	6.92	8.13
	Skewness	0.86	0.48
	Curtosis	0.55	-0.35
	Minimum	0	1
	Maximum	37	42
B	*Régi magyar standard*	**15.83**	**19.20**
	U. S. A.	**10.88**	**13.56**
E	Bűnözők	20.85	25.79
	Pszich.betegek	19.39	23.70
	Suicid	21.69	26.13
	Alkoholisták	19.77	24.08

2.10a Táblázat: *A Pt + K skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**27.27**	**30.47**
	Szórás	5.33	6.17
	Skewness	0.67	0.46
	Curtosis	0.65	0.02
	Minimum	16	14
	Maximum	50	52
B	*Fiatalkorú magyar st.*	**19.85**	**21.35**
	Német	**25.5**	**29.6**
	Francia	**28.5**	**25.5**
C	0 - 7 általános	30.68	33.07
	8 általános	27.61	31.54
	Szakmunkásképző	26.83	30.07
	Érettségi	26.44	28.40
	Felsőfokú	26.28	28.68

kekre alkalmazni. Az alábbiakban mind a K korrekcióval, mind az anélkül készült magyar standardot közreadjuk.

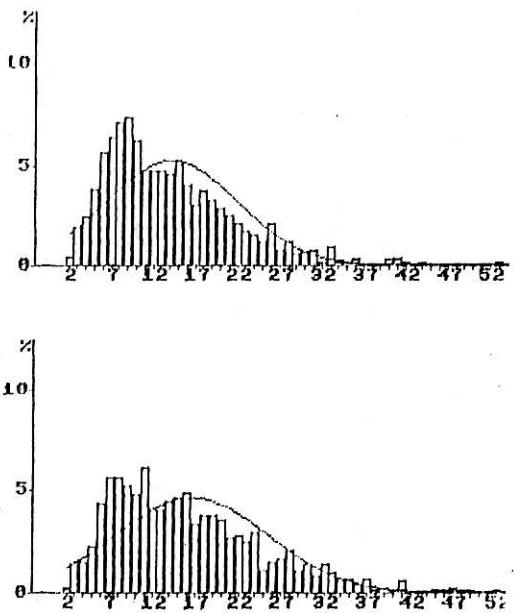
A skála a normál népességben erősen balra ferde eloszlást mutat, amit a K-korrekció sem tud teljesen kiküszöbölni (*2.10 a, b ábrák*). A skála az életkorral egyenes, az iskolázottsággal fordított összefüggésben van, tehát az idősebb és alacsonyabb iskolai végzettségű személyeknél eleve magasabb várható értékkel kell számolni. A korábbi magyar standard szokás szerint itt is magasabb volt, a nemzetközi adatok pedig kissé alacsonyabbak a hazaiaknál (*2.10 és 2.10a táblázat*).

A Pt skála a TBZ mintákban mindenütt kiugróan megemelkedik. Legmagasabb az értéke a suicid mintában, jelezve a krízisállapot fokozott szorongásos nyugtalanságát (*2.10 táblázat*).

2.11 Schizophrenia skála (Sc, Sc + K)

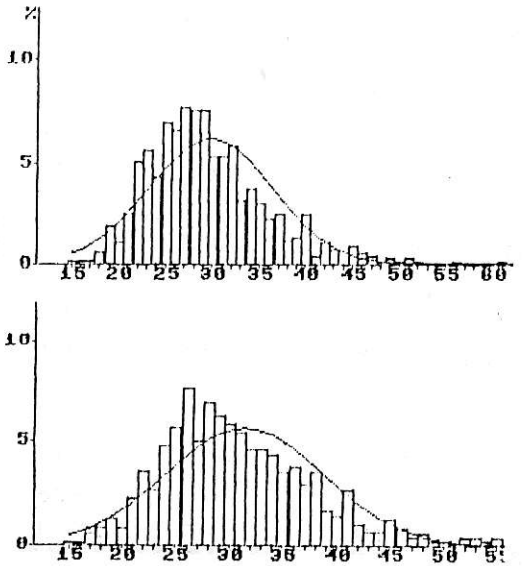
A skála klinikailag schizophreniásnak bizonyult betegeken került kidolgozásra (*Hathaway, 1956*). Bár a schizophrenia maga is gyűjtőfogalom, amely igen változatos tüneti konstellációkat ölel fel, gyakori ismérvei: a gondolkodás formai és tartalmi zavarai, bizarr, különös észrevevések, hallucinációk, szorongás, szétesés és összefüggéstelen beszéd, furcsa, maníros viselkedés, szociális izoláció, kapcsolatteremtési zavar, megközelíthetetlenség, elidenegedési tünetek, érzelemszegénység, autisztikus, negativisztikus viszonyulásmód stb. egyaránt képviselve vannak a skálában.

A validitásvizsgálatok szerint az Sc skála jól korrelál a felsorolt schizophreniás tünetek becslőskálákkal mért értékével (*Hedlund, 1977*). Magát a schizophreniás kórképet azonban nem mindig lehet a skála segítségével azonosítani. Különösen krónikus schizophreniás betegeknél csökken az aktív, színes, változatos tünetskála előfordulása, s problémáik főleg a szociális és érzelmi izolációra redukálódnak. E betegeknél gyakran nem kapunk kórosan megemelkedett értékeket. Ugyanakkor viszont a valóságfunkciók felbomlásával, látványos magatartási tünetekkel és heves szorongással járó nem schizophreniás pszichózisokban is szélsőségesen magas skálaérték mutatkozhat. A diagnoszták ma egyetértenek abban, hogy az Sc skála nem magát a schizophreniát, hanem inkább a kórállapot általános súlyosságát, a realitással való kapcsolat és a szociális alkalmazkodás fellazulásának



2.11a ábra: *Az Sc skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

2.11b ábra: *Az Sc + K skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



2.11 Táblázat: *Az Sc skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**13.83**	**16.16**
	Szórás	7.63	8.74
	Skewness	1.14	0.94
	Curtosis	1.69	0.82
	Minimum	2	2
	Maximum	53	52
B	*Régi magyar standard*	**18.80**	**21.62**
	U. S. A.	**10.32**	**10.87**
E	Bűnözők	27.85	31.89
	Pszich.betegek	23.20	28.15
	Suicid	26.37	31.19
	Alkoholisták	24.51	29.57

mértékét mutatja (*Butcher, 1969; Spiegel, 1969*).

Mérsékelten magas Sc skálaérték mind az egészségesek, mind a nem pszichotikus kórképek esetében a karakter schizoid vonásaira világít rá: a nonkonformista, extravagáns, szociálisan nehezen beilleszkedő magatartásra (*Butcher, 1969; Gough és mtsai, 1952; Langston, 1970*), a csökkent kontaktuskészségre, magányosságra, izolációra, szociális elidegenedésre (*Canthen és mtsai, 1969; Lockman, 1954*), az autisztikus, introvertált attitűdre, a fokozott fantáziaéletre, önkényes gondolkodásmódra. Gyakran fordul elő az Sc skála megemelkedése olyan egészséges személyeknél is, akik személytelenebb érdeklődést tükröző foglalkozási ágak iránt vonzódnak.

A tünetelleplezésre való törekvés az Sc skála értékét igen erősen befolyásolja, mert a skála tételei többnyire nyilvánvaló pszichopatológiai jelentéstartalommal bírnak. Ennek kompenzálására a skála nyerspontértékéhez hozzá szokták adni a K skála teljes értékét. A magyar standardot mind a K korrekcióval, mind az anélkül számolt skálaértékekre felállítottuk.

Az Sc skála erősen ferde eloszlást követ, amit a K korrekció némileg kompenzál (*2.11 a,b ábrák*). Az életkorral szignifikáns pozitív korrelációt tapasztaltunk (r = 0.13), s a fiatalkorú standard átlagértéke is jóval alacsonyabb az új magyar standardénál (*2.11a táblázat*). A régi magyar standard azonban az új standardhoz képest itt is lényegesen magasabb volt (*2.11 táblázat*). Az amerikai kivételével az új magyar standard átlagai nem kiugróan magasabbak, mint a külföldi értékek.

2.11a Táblázat: *Az Sc + K skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**29.39**	**30.89**
	Szórás	6.44	7.14
	Skewness	0.98	0.76
	Curtosis	1.57	0.64
	Minimum	15	15
	Maximum	61	55
B	*Fiatalkorú magyar st.*	**23.18**	**22.63**
	Német	**27.7**	**29.0**
	Francia	**26.0**	**26.0**
C	0 - 7 általános	33.45	33.89
	8 általános	29.50	31.73
	Szakmunkásképző	29.16	31.02
	Érettségi	27.62	28.68
	Felsőfokú	28.57	27.64

Az alacsonyabb iskolázottságúak körében általában az Sc skála értéke is magasabb (*2.11a táblázat,* r = -0.20). A TBZ minták mindegyikében lényegesen magasabb átlagokat tapasztaltunk, mint a normál populációban, s az Sc skála leginkább a bűnöző és az öngyilkos mintákban emelkedett meg. Ez is jelzi, hogy az Sc skála nem feltétlenül utal pszichózisra, hanem inkább a társadalmi normákhoz való igazodás szélsőséges hiányát, személyiség- és identitászavart, elidegenedést jelezhet. A skála empírikus korrelációit tekintve, az intelligenciával mért negatív összefüggés figyelemre méltó ($r_{IQ} = -0.30$, $r_{VQ} = -0.30$, $r_{PQ} = -0.26$).

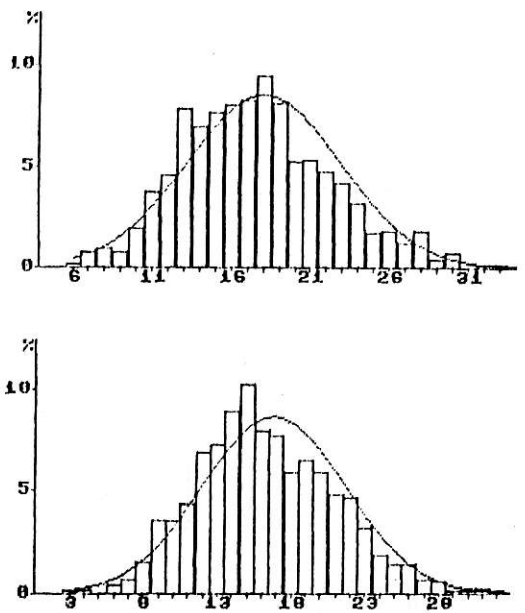
2.12 Hipománia skála (Ma, Ma + 0.2K)

Az Ma skálát olyan kritériumcsoporton dolgozták ki, amelynek tagjai nem voltak valamennyien klinikailag mániás betegek, azonban az aktivitásfokozódás, emelkedett hangulat, túlmotiváltság és emocionális felfokozottság közös jellemzőjük volt (*McKinley és Hathaway, 1944*).

A skála pozitív korrelációban áll a mozgások felgyorsulása, impulzivitás, nagyzásos téveszmék, verbális és viselkedéses aktivitásfokozódás klinikai tüneteivel (*Hedlund, 1977*). A depresszió, diszfória, motivációs

2.12 Táblázat: *Az Ma skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**17.54**	**16.31**
	Szórás	4.66	4.64
	Skewness	0.35	0.32
	Curtosis	-0.10	-0.04
	Minimum	6	3
	Maximum	33	32
B	*Régi magyar standard*	**18.20**	**17.65**
	U. S. A.	**15.13**	**14.26**
E	Bűnözők	21.93	21.71
	Pszich.betegek	19.01	20.22
	Suicid	21.13	21.46
	Alkoholisták	20.30	21.41



2.12a ábra: *Az Ma skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

deficit tünetekkel viszont a skála fordított összefüggést mutat (*Mezzick és mtsai, 1974*).

A lendületes, aktív, lelkesedő, ingerlékeny, türelmetlen, csapongó, külső ingerekre intenzíven reagáló, de érdeklődésüket gyorsan el is vesztő, figyelmükben ingadozó személyek a normál személyiségtartományban is magas Ma-értékeket adnak (*Fowler, 1966*). A nagy energizáltságú, kapcsolatokra nyitott, rugalmas, változatos, aktív és rámenős személyeket igénylő foglalkozási ágakban – mint amilyen pl. a riporter, tanár, ügyvéd, ügynök, üzletember stb. –, a magas Ma érték jól illeszkedik e tevékenységek pályaigényeihez (ld. pl. *Longh, 1946; Norman és Redlo, 1952; Rosen és Rosen, 1957*). A kitartást, elmélyülést igénylő tevékenység ugyanakkor nem erőssége az emelkedett Ma-val rendelkező személynek – talán ezzel függ össze, hogy többen megfigyelték az ilyen személyek tanulási nehézségeit, iskolai beilleszkedési problémáit (ld. pl. *Altus, 1948; Kokosh, 1971; Yeomans és Lundin, 1957*).

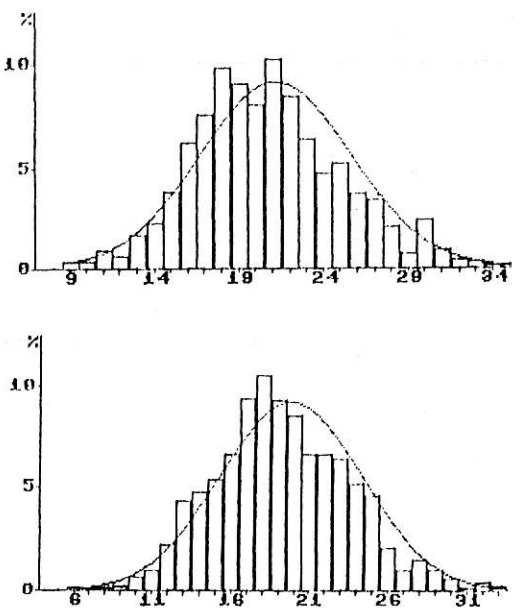
A kóros tartományban viszont nemcsak a pszichotikus izgatottság és kontroll-

vesztés állapotaiban, hanem gyakran pszichopatáknál, alkoholistáknál, sőt bizonyos, a kortikális kontrollfunkciók gyengülésével jellemzett organikus agyi károsodásokban is előfordul magas Ma érték. A pszichopatáknál, alkoholistáknál tapasztalt magas Ma-értékek hívták fel a figyelmet a deviancia és az Ma skála lehetséges összefüggéseire. A szabálytalan életvezetésre hajlamos, a törvénnyel kisebb-nagyobb összeütközésbe kerülő csoportok megemelkedett Ma-értékét később számos vizsgálat igazolta (*pl. Gough és mtsai, 1952, 1965; Brown, 1960; Clark, 1948; Loper és mtsai, 1973*). Az antiszociális, bűnöző személyek tipikus profilkonstellációja a Pp-Ma csúcs, ami prognosztikailag valamennyi deviancia szempontjából kedvezőtlen jelzés.

Az antiszocialitás és az Ma skála kapcsolata valószínűleg azzal függ össze, hogy a magas Ma által jelzett hiperaktivitás, impulzivitás, a vágykielégítés késleltetésének a képtelensége, kontrollvesztés, gátlástalanság, éretlen emocionalitás más prediszponáló tényezőkkel társulva, kedvezőtlen konstellációban alkalmas személyiségtalajt teremthet az antiszociálisi irányú személyiségfejlődéshez.

2.12a Táblázat: *Az Ma + 0.2K skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**20.66**	**19.26**
	Szórás	4.36	4.32
	Skewness	0.30	0.23
	Curtosis	-0.02	0.07
	Minimum	9	6
	Maximum	34	33
B	*Fiatalkorú magyar st.*	**18.67**	**18.52**
	Német	**19.6**	**19.6**
	Francia	**18.2**	**18.4**



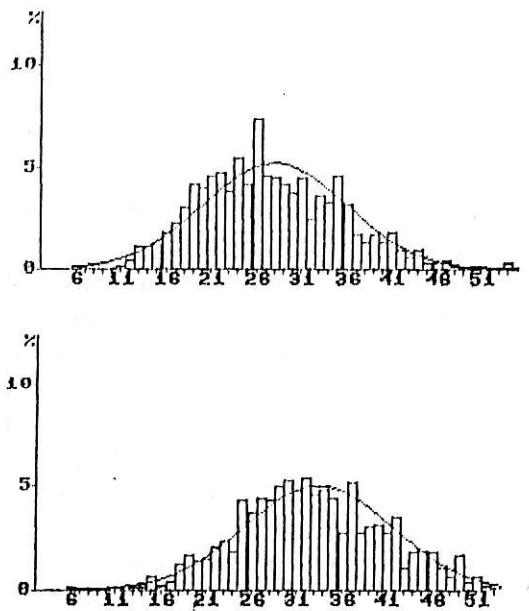
2.12b ábra: *Az Ma + 0.2K skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Az Ma skála értékét a kedvező önbemutatásra való törekvés kismértékben torzíthatja, amit a K skála 0.2 részének hozzáadásával szoktak korrigálni. A magyar standardot mind a korrigált, mind a korrekció nélküli skálaértékekre elkészítettük.

A skála eloszlása jól megközelíti a normális eloszlást (*2.12 a, b ábrák*). Életkori korrelációt nem tapasztaltunk, bár a fiatalkorú standard átlaga némileg alacsonyabb (*2.12a táblázat*). A régi magyar standard jóval magasabb, az egyéb külföldi standardok kissé alacsonyabbak az új magyar standardhoz képest. Az iskolai végzettség a skálaértékeket nem befolyásolta. A TBZ-minták közül a bűnöző, alkoholista és öngyilkos csoportokban emelkedett meg jelentősen a skála értéke, jelezve, hogy az valóban elsősorban a szociális alkalmazkodási zavarokra érzékeny (*2.12 táblázat*).

2.13 Szociális introverzió skála (Si)

Az MMPI utolsó alapskálája az Mf-hez hasonlóan valójában ugyancsak nem klinikai skála. *Drake (1946)* dolgozta ki a vizsgált személy társas attitűdjének, emberi kapcsolatokhoz való viszonyulásának a mérésére. Kritériumcsoportul sem pszichiátriai betegek szolgáltak, hanem egészséges személyekből összeállított introvertált és extravertált csoportok. A skála az introverzió-extraverzió személyiségdimenziónak csak a szociális magatartással kapcsolatos összetevőjét méri: a kapcsolathiányt, érzékenységet, bizalmatlanságot, a társas helyzetekben mutatott passzivitást, zárkózottságot, túlkontrolláltságot, gátlásosságot az egyik oldalon, illetve a kiegyensúlyozottságot, nyitottságot, optimizmust, kezdeményező



2.13 ábra: *Az Si skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz..*

készséget, exhibíciós megnyilvánulásokat, dominanciára való törekvést az alacsony skálaértékek esetében (*Allen, 1957; Drake, 1947; Gough, 1949; Cook és Medley, 1955*). Az Si skála jelezheti az introvertált, illetve extravertált személyekre jellemző sajátos pályaérdeklődést is (*Hedlund, 1965*). Maga az Si skála klinikailag nem kórjelző értékű. A különféle pszichiátriai betegségeket azonban az Si skála értékében is leképeződő, sajátos szociális viszonyulásmód jellemzi. Így a depresszív, szorongásos, fokozott betegségtudatú, vagy schizophorm kórképekben rendszerint az Si értéke is megemelkedett; az izgatottsággal, impulzivitással, aktivitásfokozódással, externalizáló, vagy ingerkizáró elhárítással jellemezhető kórképeket viszont alacsony Si érték kíséri (ld. pl. *Zelin, 1971; Hedlund, 1977; Mezzick és mtsai, 1974*).

2.13 Táblázat: *Az Si skálára vonatkozó eredmények*

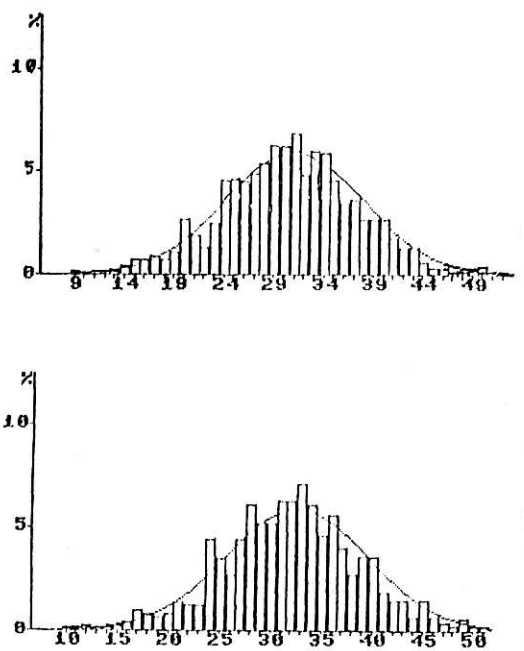
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**27.48**	**32.78**
	Szórás	7.69	8.00
	Skewness	0.39	0.11
	Curtosis	-0.07	-0.31
	Minimum	6	6
	Maximum	54	54
B	*Régi magyar standard*	**29.21**	**33.33**
	Fiatalkorú magyar st.	**24.52**	**25.73**
	U. S. A.	**24.66**	**29.16**
	Német	**29.0**	**32.4**
	Francia	**36.0**	**31.0**
C	0 - 7 általános	31.36	34.88
	8 általános	27.28	33.11
	Szakmunkásképző	27.33	33.21
	Érettségi	26.84	31.20
	Felsőfokú	24.68	31.30
E	Bűnözők	30.78	35.49
	Pszich.betegek	32.68	35.96
	Suicid	32.74	35.17
	Alkoholisták	31.54	36.45

A skála eloszlása a magyar népességben jól közelíti a normális eloszlást (*2.13 ábra*). Az új magyar standard értékei kissé alacsonyabbak a réginél, s magasabbak az amerikainál (*2.13 táblázat*). A skála az életkorral pozitívan korrelál, vagyis az idősebbek több introvertált attitűdre utaló tételt választanak. Az alacsonyabb iskolázottságúak introverzió értékei is általában magasabbak (*2.13 táblázat*). Az Si skála értéke valamennyi TBZ mintában meghaladja a normál átlagot, legkiugróbb mértékben a pszichiátriai betegek csoportjában. Empírikus korrelációi közül érdekességként említhető, hogy a skála fordítottan korrelál a vsz. fizetésével (r = -0.20), ami talán az extraverzió szociálisan sikeresebb magatartási stratégiáival függhet össze.

III. A kontroll-skálák standardizálására vonatkozó eredmények

3.1 Választorzítás skála (B)

A pszichológiai tesztvizsgálatokban a tesztingerekre adható válaszok kétfélék: a *tartalmi* válaszok közvetlenül az ingerek jelentésére reagálnak, az ingerek tartalmával vannak összefüggésben; az ún. *stílusválaszok* viszont a vizsgált személy általános viselkedési, vagy válaszadási módját jellemzik, amely mindig megnyilvánul, függetlenül a tesztingertől. A teszteredmények értelmezésekor tisztában kell lennünk e kétféle válaszjellegzetességgel, mert összekeverésük hamis következtetésekhez vezet.



3.1 ábra: *A B skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A kérdőíves személyiségvizsgálatokban sokféle ilyen stílusjellegzetességgel kell számolni, amelyek ellenőrizhetetlen módon eltorzíthatják a kérdések tartalmára adott válaszokat (noha egy következetesen érvényesülő válaszstílus maga is lehet személyiségjellemző). Ilyen stílusjellemző pl. a kedvező önbemutatásra való törekvés, amivel az L, K, SD skálák kapcsán foglalkozunk;

a szélsőséges állítások választására való hajlam, a szokatlan tételek kiválasztására való hajlam stb.

Az MMPI-vel kapcsolatban legkomolyabban a szociális kívánalmaknak való megfelelés mellett az ún. *beleegyező, vagy elfogadó válaszhajlam* szerepe merült fel. Ez azt jelenti, hogy sok vsz. az állítások tartalmától függetlenül hajlamos arra, hogy a kérdőív állításokra beleegyezőleg, jóváhagyólag reagáljon, vagy éppen ellenkezőleg, azokat tartalmuktól függetlenül elutasítsa. Az ilyen választendencia nyilván ellenőrizhetetlen módon elváltoztathatja a klinikai skálák értékét, s azokat értelmezhetetlenné teheti. A válaszstílus problémájának részletekbe menő elemzése *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi (1986)* MMPI-kézikönyvében található.

Az MMPI, mint sokténye zős kérdőív, különféle eszközöket kínál az ilyen válaszstílus jellemzők kiszűrésére, s annak ellenőrzésére, hogy azok nem torzítják-e túlságosan a tételekre adott tartalmi válaszokat. A legtöbb validitás-skála is ilyen válaszstílus-ellenőrző mutató. *Fricke (1957)* választorzítás skálája a *beleegyező válaszhajlam* kontrollálására kidolgozott egyik legkorábbi mérőeszköz. A beleegyező, vagy tagadó válaszhajlam olyan skálával mérhető, amelynek minden tételét igenlő válasz esetén pontozzuk, s amely különféle patológia-mértékű tételeket egyaránt tartalmaz. A skálára kapott túl magas, vagy túl alacsony (30-70 T-pont övezeten kívül eső) pontszám válaszhajlam érvényesülésére utal, s óvatosságra int a tartalmi tesztmutatók értelmezésénél.

A skála eloszlása a standardizálási mintában szimmetrikus, normális eloszlást követ (*3.1 ábra*). Az iskolai végzettséggel a skála fordított összefüggést mutat, az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban értéke

3.1 Táblázat: *A B skálára vonatkozó eredmények*

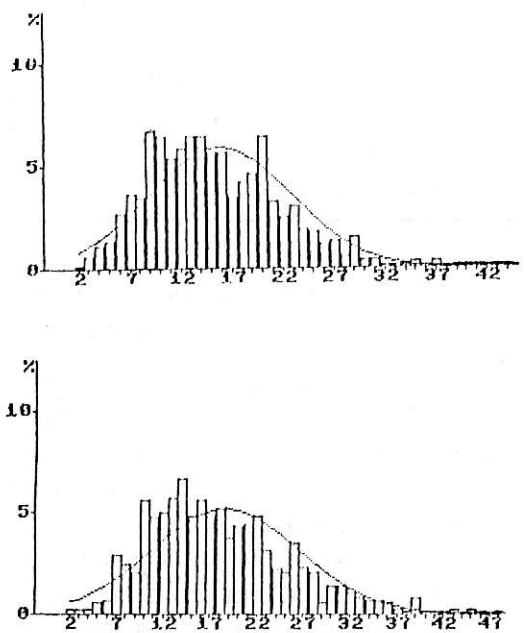
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**30.50**	**31.99**
	Szórás	6.78	6.86
	Skewness	0.03	-0.04
	Curtosis	0.11	0.25
	Minimum	9	10
	Maximum	52	52
B	*U. S. A.*	**29.86**	**30.56**
C	0 - 7 általános	31.81	31.97
	8 általános	31.96	32.94
	Szakmunkásképző	30.95	32.60
	Érettségi	29.41	30.89
	Felsőfokú	27.43	30.98
E	Bűnözők	34.19	37.23
	Pszich.betegek	30.95	31.65
	Suicid	34.20	35.66
	Alkoholisták	35.44	37.59

általában magasabb (*3.1 táblázat*). A legtöbb TBZ-csoportban a skála átlagértéke magasabb, mint a normál mintán, azonban nem olyan mértékben, hogy abból a teszteredményeket meghamisító beleegyező válaszhajlamra lehetne következtetni.

Érdekes empírikus összefüggés ugyanakkor, hogy a B skála pozitívan korrelál a Képes Frusztráció Teszt (PFT) extrapunitív reakcióinak arányával (r = 0.15), valamint a nyílt agressziót tükröző E válaszokkal. A toleránsabb M és M' válaszokkal viszont fordított összefüggést mutat (r = -0.11, illetve -0.14).

3.2 Disszimuláció skála (Ds)

A *Gough (1954)* által kidolgozott skála ugyancsak a tesztvizsgálathoz való attitűd mutatója. Magas értéke a vizsgálati személy abbéli törekvését jelzi, hogy valódi érzéseit, tulajdonságait, problémáit, indítékait elrejtse, s helyette valamilyen számára kedvezőnek vélt képet keltsen a vizsgálatvezetőben. Szemben azonban a szociális kívánatosság skálával, a Ds esetében e törekvés nem a társadalmi értékelés szerinti kedvező kép kialakítására irányul, hanem bármilyen előnyre, amelyet egy adott vizsgálati eredmény birtokában megszerezhet. Felhasználható ezért a skála pl. a szándékos betegségtettetés kiszűrésére is. Ugyanakkor azonban óvatosnak kell lennünk ennek elbírálásánál, mert pl. sok neurotikus, vagy pszichés betegségben a Ds megemelkedése megfelelhet egyszerűen a másodlagos betegségelőnyök következtében hangsúlyozott betegségtudatnak, a betegszerep előtérbe állításának a



3.2 ábra: *A Ds skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

problémák személyes gyökerének feltárásával szemben. A disszimuláció skála magas értéke jelezheti a börtönviszonyok közötti természetes bizalmatlanságot pl. bűnözőknél.

A skála a normál népességben balra ferde, egyenetlen eloszlást követ (*3.2 ábra*). Az iskolázottsággal szignifikáns fordított összefüggés figyelhető meg (r = -0.17 a standardizálási mintán és -0.19 a teljes mintán); az alacsony iskolázottságú rétegekben a skála értéke jóval magasabb (*3.2 táblázat*).

3.2 Táblázat: *A Ds skálára vonatkozó eredmények*

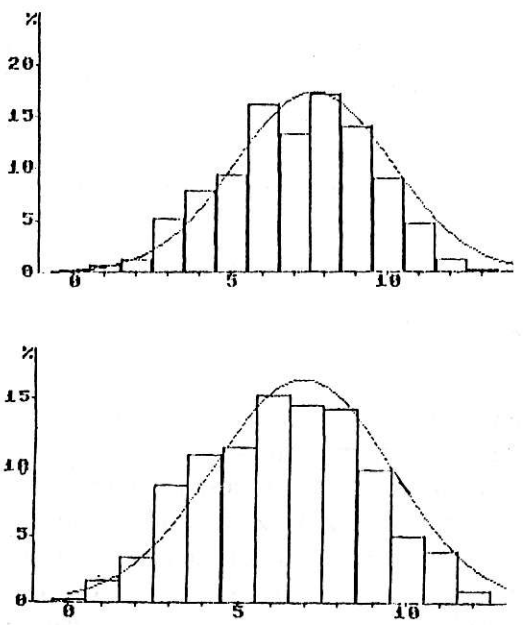
	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**15.50**	**18.21**
	Szórás	6.82	7.80
	Skewness	0.88	0.79
	Curtosis	1.23	0.63
	Minimum	2	2
	Maximum	44	48
B	*U. S. A.*[a]	10.19	10.73
	U. S. A.[c]	**10.93**	**11.51**
C	0 - 7 általános	19,15	20.06
	8 általános	17.04	19.53
	Szakmunkásképző	15.40	18.49
	Érettségi	13.81	15.65
	Felsőfokú	12.90	16.74
E	Bűnözők	27.10	30.97
	Pszich.betegek	22.03	26.62
	Suicid	24.51	29.58
	Alkoholisták	24.30	28.02

A TBZ csoportokban a skála értéke mindenütt kiugróan magasabb a normál kontrollhoz képest. Ez az e csoportokra jellemző fokozott tünetbevallással, panaszkodási készséggel függhet össze. Különösen férfi bűnözőknél magas a skála átlaga, ami a betegségtettetéstől remélt előnyökkel is összefügghet.

A skála erősen szignifikáns fordított összefüggést mutat az intelligenciaszinttel is (r_{IQ} = -0.34, r_{VQ} = -0.32, r_{PQ} = -0.29). A PFT próba mutatói közül a Ds skála a nyílt agresszív E válaszok (r = 0.14), valamint a dependenciát, a frusztráltság tényénél való megtapadást, panaszkodási készséget jelző E' válaszok számával mutat szignifikáns pozitív összefüggést (r = 0.12). Az erőfeszítést, adaptív megoldásokat, toleranciát kifejező i, illetve a frusztráció jelentéktelenítését kifejező M' reakciókkal viszont a skála fordított korrelációt mutat (r = -0.12, illetve -0.10), csakúgy, mint a szükséglet-perzisztens O-D (r = -0.14) és impunitív (M%) megoldások összesített arányával (r = -0.13).

3.3 Korrekció prímskála (K')

Az 50-es évek elején elvégzett első faktoranalítikus vizsgálatok után felmerült a gyanú, hogy az egyes skálák között megfigyelhető magas korreláció a skálák közötti tételátfedésnek, vagyis a nagyszámú közös tételnek a következménye volt. Ezek a tételátfedések a klinikai kritériumcsoportok közös választásait, közös attitűdjeit és tüneteit tükrözik vissza, tehát nem feltétlenül érvénytelenítik a teszt skáláinak hagyományos neurotikus - pszichotikus csoportosítását. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a tételátfedés, illetve az ebből adódó magas skálák közötti korrelációk rontják az esélyeit az egyes skálákon alapuló finomabb, pl. neurózison belüli differenciáldiagnózis felállításának. Ennek az az oka, hogy a szokásos klinikai alapskálák varianciájának túlságosan nagy része adódik a rokon skálákkal való átfedésből. Eleinte kutatási céllal, a faktoranalítikus vizsgálatok számára dolgozták ki a klinikai skálák olyan változatait, amelyekből igyekeztek minél jobban kiküszöbölni az ilyen tételátfedéseket. *Welsh (1952)* »prímskálái«, vagy »tiszta skálái« egy ilyen átfedéstől mentes tételsorozatot jelentenek. Gyakorlati szempontból is érdekes lehet azonban egy-egy, pusztán a kritériumcsoportot reprezentáló alskála értékének a meghatározása, még akkor is, ha ezeknek a skáláknak a validitására vonatkozóan sokkal kevesebb adattal rendelkezünk, mint a szokásos klinikai alapskálák esetében.



3.3 ábra: *A K' skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A K' skála a K korrekciós skála »megtisztított« változata, és a kedvező benyomás keltésére való törekvés, szociális alkalmazkodás, önkontroll, a vizsgálati

helyzet kézbentartására való igyekezet kiegészítő mutatójaként használható.

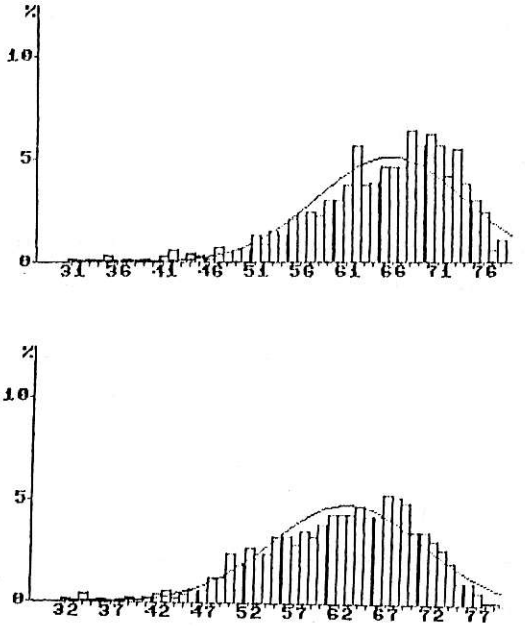
A magyar standard mintájában a skála eloszlása jól közelíti a normális eloszlás görbéjét (*3.3 ábra*). Mint kedvező önbemutatási tendenciát mérő skála, a szokásostól eltérően magasabb értékeket ad az amerikai standard, mint a hazai. Férfiaknál a K' skála pozitív összefüggést mutat az iskolázottsággal (*3.3 táblázat*), nőknél azonban ilyen összefüggés nem mutatkozik. A TBZ-mintákban a skála értéke általában alacsonyabb, a rosszabb szociális alkalmazkodásnak megfelelő en (*3.3 táblázat*).

3.3 Táblázat: *A K' skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**7.07**	**6.34**
	Szórás	2.30	2.44
	Skewness	-0.19	-0.03
	Curtosis	-0.45	-0.56
	Minimum	0	0
	Maximum	13	12
B	*U. S. A.*	**8.43**	**8.34**
C	0 - 7 általános	6.47	6.28
	8 általános	6.99	6.21
	Szakmunkásképző	7.00	6.12
	Érettségi	7.08	6.83
	Felsőfokú	8.37	6.04
E	Bűnözők	6.51	5.72
	Pszich.betegek	6.23	5.71
	Suicid	5.93	5.12
	Alkoholisták	6.02	5.02

3.4 Szociális kívánatosság skála (SD)

Az MMPI olyan kérdőív, amely attitűdöket, viselkedésformákat, kórlélektani tüneteket fogalmaz meg. Ezek tartalma a társadalmi értékrendben általában nem semleges, hanem azokhoz határozott *értékminősítés* tartozik: egy adott társadalomban *kívánatosak* azok az attitűdök, amelyek pozitív társadalmi értéket, a társadalom jólétével, biztonságával, fejlődésével, tradícióival összhangban lévő tartalmat hordoznak, s *nem kívánatosak* azok, amelyek ezekkel ellentétesek. Mivel a betegségek, különösen a pszichiátriai kórállapotok a társadalmi normáktól elhajló deviáns attitűdökkel és magatartásformákkal együtt erős negatív értéktöltést hordoznak, az MMPI klinikai skáláiba tartozó legtöbb tétel *szociálisan nem kívánatos* (vö. *Stone, 1965b; Heilbrun, 1964; Edwards és Walker, 1961; Dicken és Wiggins, 1964*).



3.4 ábra: *Az SD skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Kísérletileg igazolható, hogy az MMPI tételek szociális kívánatosság értéke különböző kísérleti eljárásokkal mérve is rendkívül stabil jellemző (*Stone, 1965a*). *Edwards (1953)* pedig kimutatta, hogy az egyes tételek elfogadása, illetve elutasítása szorosan összefügg a tételek szociális kívánatosság értékével: a pozitív értéket hordozó tételeket az emberek az átlagosnál gyakrabban, a negatív értéktöltésű tételeket viszont ritkán fogadják el önmagukra nézve. Ennek viszont az lehet a következménye, hogy a vizsgálati személynek a társadalmi szokásokhoz, elvárt értékrendhez való viszonya, mint »válaszstílus jellemző«, befolyásolhatja a klinikai skálák eredményeit. Azok az emberek ugyanis, akik konformisták, vagy akik számára nagyon fontos, hogy önmagukról a társadalmi értékrend szempontjából pozitív képet keltsenek, ill. tartsanak fenn, elutasítják a negatív értéket hordozó tüneti állításokat, még akkor is, ha azok igazak volnának rájuk nézve. Azok viszont, akiknek nagyon kedvezőtlen az önmagukról kialakított képük, hajlamosak a negatív értékítéletet hordozó tételek kiválasztására, azok tartalmától függetlenül is (ld. pl. *Glenn és Janda, 1977*).

A tételek szociális kívánatosságához való viszony mérésére az 50-es évektől számos skálát dolgoztak ki, s ezek közé tartozik az általunk standardizált *Fordyce (1956)* féle szociális kívánatosság skála (SD, eredeti jelölése szerint So) skála is. Az elnevezés, amint az a fentiekből is kiderülhetett, kicsit félrevezető, hiszen a skála nem a »szociális kívánatosságot« méri (ez az egyes tételek jellemzője), hanem a *szociális kívánalmaknak való megfelelés igényét* a vizsgálati személy részéről. Az ilyen skálákat általában úgy állítják össze, hogy nagyon kívánatos, illetve nagyon nem kívánatos tételeket válogatnak ki a kérdőívből, s az előbbiek elfogadása, illetve utóbbiak elutasítása jelzi a vsz. részéről a megfelelés igényét. A

szociális kívánatosság skálák a tapasztalatok szerint erős negatív korrelációban állnak a legtöbb klinikai skálával, míg a szociális alkalmazkodási erőfeszítés és jó benyomás keltésére való törekvés mutatóival (L, K skálák) szoros pozitív összefüggést mutatnak (*Jackson és Messick, 1962; Stone, 1965*). Szélsőséges értékük tehát valóban jelezheti a klinikai skálaértékek torzulását.

Az SD skála megemelkedett értéke konformizmusra, alkalmazkodási erőfeszítésre, szociabilitásra, kedvező önbemutatási igényre, óvatosságra, dominanciaigényre utalhat. A túlzottan alacsony érték viszont alacsony önértékelés, betegségállapot, elbizonytalanodás, vagy pedig lázadó, deviáns, nonkonformista attitűd jelzése lehet. Szélsőségesen magas skálaérték esetén gondolnunk kell a válaszmeghamisító törekvés, disszimuláció, tünetelleplezési vagy félrevezetési szándék lehetőségére; esetleg nagyon rigid, elfojtó, konfliktuskizáró lelki munkamód is okozhatja. Ilyen esetben azonban a klinikai skálák értékei általában nem adnak a vizsgálati személyről reális képet.

Az SD azon ritka skálák közé tartozik, amelyek eloszlása erősen jobbra húz (*3.4 ábra*). Ezen azonban nem lehet csodálkozni, hiszen a skála tételeinek elfogadása a népesség többsége számára szociálisan preferált. Az amerikai átlagok itt is magasabbak a hazaihoz képest.

Az életkorral a skála fordított összefüggést mutat (r=-0.12) – az idősebbek, valószínűleg a több tüneti értékű tétel választása miatt, alacsonyabb SD értékeket produkálnak.

3.4 Táblázat: *Az SD skálára vonatkozó eredmények*

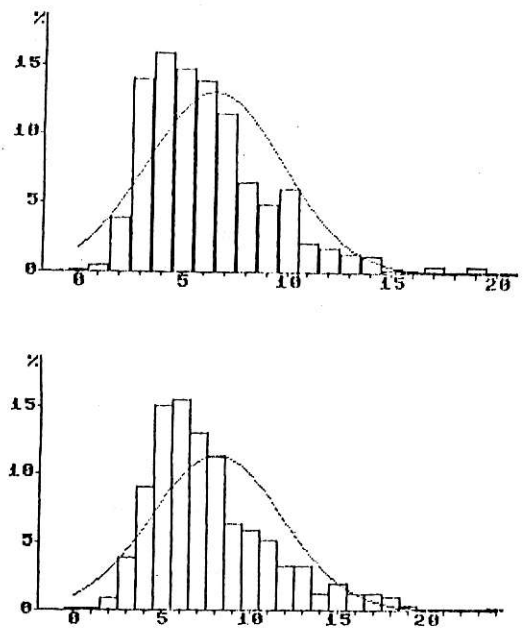
	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**64.93**	**61.96**
	Szórás	7.88	8.21
	Skewness	-1.01	-0.59
	Curtosis	1.34	0.17
	Minimum	31	32
	Maximum	78	79
B	*U. S. A.*[*]	64.00	63.39
	U. S. A.[c]	**66.53**	**65.89**
C	0 - 7 általános	60.21	60.06
	8 általános	64.67	60.94
	Szakmunkásképző	65.12	60.61
	Érettségi	66.36	64.62
	Felsőfokú	68.42	65.15
D	Budapest	65.39	61.70
	Megyei város	68.83	64.96
	Város	63.94	60.79
	Község	64.55	62.04
E	Bűnözők	52.31	47.63
	Pszich.betegek	57.38	52.40
	Suicid	55.09	50.26
	Alkoholisták	54.82	51.37

A szociálisan kedvező önbemutatás igénye az iskolázottsággal arányosan növekszik ($r = 0.19$ a standardizálási mintában és $r = 0.20$ a teljes mintán); lakóhely szerint pedig a megyei városok adnak kiugróan magas átlagot (*3.4 táblázat*).

A skála validitását erősíti, hogy értéke valamennyi TBZ csoportban 10-es nagyságrenddel elmarad a normál átlagtól. Az elmaradás a bűnöző csoportban a legjelentősebb, ahol a normatív elvárásoknak való megfelelés igénye a skála szerint szélsőségesen alacsony (*3.4 táblázat*).

Az SD skála szignifikánsan korrelál a MAWI által mért intelligenciaszinttel ($r_{IQ} = 0.33$, $r_{VQ} = 0.32$, $r_{PQ} = 0.29$). A PFT tesztben a szociálisan adaptívabbnak tekinthető szükséglet-perzisztens (NP, $r = 0.15$) és impunitív (M%, $r = 0.15$) megoldásokkal mutat szignifikáns kapcsolatot, míg az extrapunitív válaszok arányával (E%) fordítottan korrelál ($r = -0.11$).

3.5 Kritikus tétel-lista (CI)



3.5 ábra: *A CI skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A skálát *Grayson (1951)* állította össze olyan tételekből, amelyek súlyosabb pszichiátriai tünetekre utaló magatartásmódokat, vagy élményeket fogalmaznak meg. E tételeket eredetileg nem skálaként használták, hanem inkább olyan »figyelmeztető jelzésként«, amelyeknél érdemes megállni, s a beteget az adott vonatkozásban részletesebben kikérdezni. A skála jellegéből adódóan sok közös tételt tartalmaz az F-skálával, s mivel állításai szociálisan erősen nem kívánatosak, illetve kimondottan kórjelző értékűek, várhatóan a súlyosabb pszichiátriai kórállapotokban mutat magasabb értéket. Az F-skálához hasonlóan

tehát egyfajta »szűrőként« használható. Az értelmezésnél ugyanakkor azzal is számolni kell, hogy mivel e tételek kórjelző tartalma nyilvánvaló és bárki számára átlátható, a szándékos betegségtettetés, szimuláció ugyancsak megemelheti a skála értékét.

A skála a magyar populációban, mint a legtöbb erős tüneti értékű mutató, balra húzó, meredek ferde eloszlást követ (*3.5 ábra*). A CI-ben foglalt panaszok előfordulása az életkorral növekszik, az iskolázottsággal viszont fordított viszonyban áll (*3.5 táblázat*). A skála értéke valamennyi TBZ csoportban, különösen bűnözőknél magasabb, mint a standardizálási mintában.

3.5 Táblázat: *A CI skálára vonatkozó eredmények*

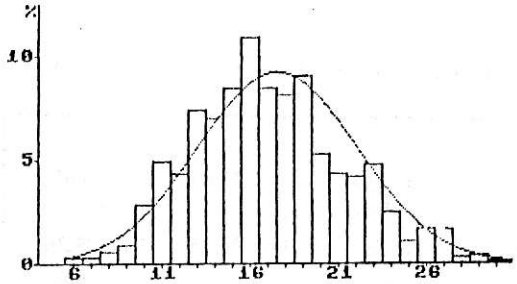
	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**6.15**	**7.74**
	Szórás	3.06	3.56
	Skewness	1.27	1.21
	Curtosis	2.23	1.72
	Minimum	0	0
	Maximum	20	24
C	0 - 7 általános	7.16	8.20
	8 általános	6.30	8.11
	Szakmunkásképző	6.18	8.25
	Érettségi	5.75	6.85
	Felsőfokú	5.27	6.81
E	Bűnözők	12.99	15.85
	Pszich.betegek	9.30	11.85
	Suicid	11.15	13.98
	Alkoholisták	11.20	13.82

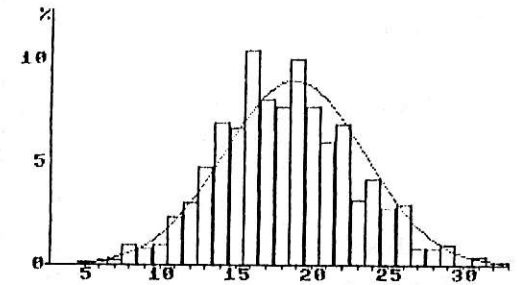
A skála empírikus korrelációi közül figyelemre méltó, hogy szignifikáns fordított összefüggést észleltünk a MAWI intelligenciaszinttel ($r_{IQ} = -0.31, r_{VQ} = -0.30, r_{PQ} = -0.26$).

3.6 Harmadik faktor skála (C)

A most következő három kontrollskáláról igen keveset tudunk, mert nem sikerült hozzájutnunk a skálákat közlő eredeti tanulmányokhoz (ezek nem publikált anyagok voltak, s a TBZ kutatók gyűjteményes kötetből választották őket). Az én-túlkontrolláltság skála kivételével saját kutatási eredményeink sem különösebben informatívak.

A C skála azok közé a skálák közé tartozik, amelyeket *Welsh (1954)* a teszt belső struktúráját vizsgáló első faktoranalítikus elemzések után dolgozott ki az MMPI feltételezett alapvető főfaktorainak közvetlen mérésére. Ezek közül az első, ún. »pszichotikusság«, vagy »szorongás« faktor,





3.6 ábra: *A C skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

3.6 Táblázat: *A C skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**17.08**	**18.23**
	Szórás	4.33	4.44
	Skewness	0.30	0.18
	Curtosis	-0.20	-0.03
	Minimum	6	5
	Maximum	30	33
B	*U. S. A.*[*]	13.63	14.48
	U. S. A.[c]	**16.04**	**17.04**
C	0 - 7 általános	19.16	18.90
	8 általános	17.20	18.79
	Szakmunkásképző	16.92	18.51
	Érettségi	17.04	17.30
	Felsőfokú	15.03	17.68
E	Bűnözők	18.50	18.91
	Pszich.betegek	18.98	19.28
	Suicid	19.18	18.73
	Alkoholisták	18.41	19.84

és a második, ún. »neurotikusság«, vagy »elfojtás« faktor elég közismertek, csakúgy, mint az ezek mérésére kidolgozott A és R skálák, mivel e két faktor a próba két domináns mérési tartományát öleli fel. A harmadik faktor néhány olyan kisebb jelentőségű skálával mutatott korrelációt, amelyeket a szerző a »kontrolláltság« fogalmában foglalt össze.

A magyar népességben a skála eloszlása a normális eloszláshoz képest kissé balra tér el (*3.6 ábra*). Értéke elsősorban az alacsonyabb iskolázottságú csoportokban emelkedik meg (*3.6 táblázat*), a különbség azonban inkább csak statisztikai jelentőséggel bír. A TBZ-minták átlaga ugyancsak 1-2 ponttal haladja meg a normál kontrollt.

3.7 Kontroll skála (Cn)

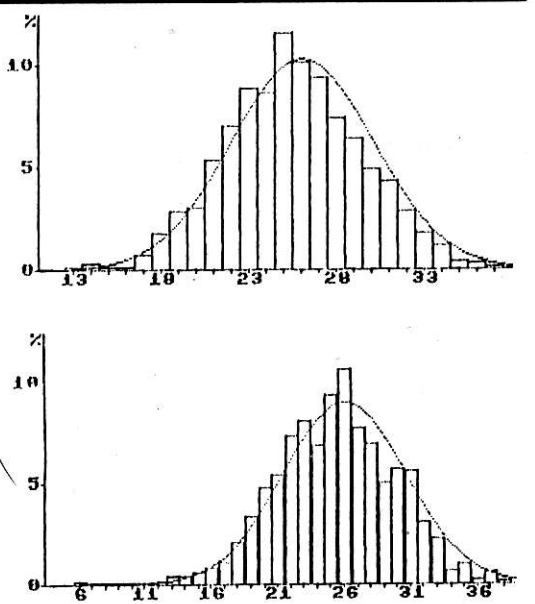
Cuadra (1953) az önkontrollnak a pszichológiai alkalmazkodásban betöltött szerepét vizsgálta kérdőíves eljárásokkal. Ennek a kutatásnak az egyik terméke a kontrollfunkciók mérésére irányuló MMPI-skála. A skála validitásáról nem rendelkezünk adatokkal.

A magyar népességben a skála eloszlása igen jól közelíti a normális eloszlást (*3.7 ábra*). Az életkorral a skála értéke fordított összefüggést mutat (r = -0.23 a normál mintában, r = -0.24 a teljes mintán). Budapestieknél a skála értéke kissé magasabb, mint vidékieknél.

A TBZ csoportokban a skála átlaga 1-2 ponttal magasabb a normál átlagnál, bár nem kiugróan nagy a különbség (*3.7 táblázat*).

3.7 Táblázat: *A Cn skálára vonatkozó eredmények*

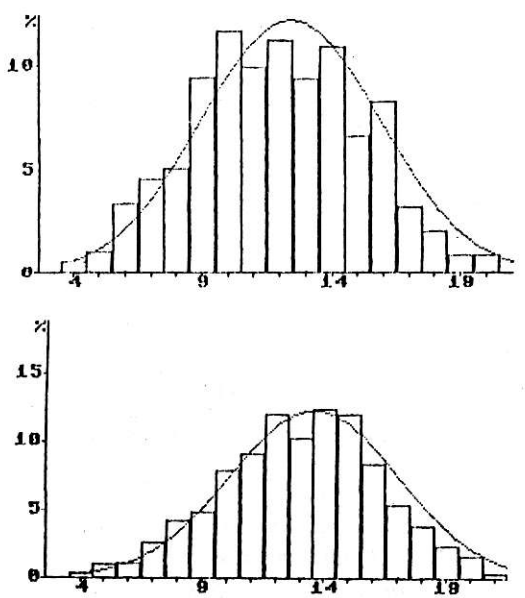
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**25.55**	**25.36**
	Szórás	3.89	4.46
	Skewness	0.02	-0.11
	Curtosis	-0.07	0.19
	Minimum	13	6
	Maximum	37	38
B	*U. S. A.*[*]	22.19	21.83
	U. S. A.[c]	**23.61**	**23.22**
D	Budapest	26.26	27.13
	Megyei város	24.73	26.35
	Város	25.94	25.63
	Község	25.37	24.48
E	Bűnözők	27.80	28.22
	Pszich.betegek	27.05	27.99
	Suicid	28.91	28.21
	Alkoholisták	27.50	27.33



3.7 ábra: *A Cn skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

3.8 Táblázat: *A Eo skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**11.89**	**13.01**
	Szórás	3.25	3.26
	Skewness	0.03	-0.14
	Curtosis	-0.50	-0.26
	Minimum	4	4
	Maximum	20	21
C	0 - 7 általános	12.63	14.98
	8 általános	11.72	13.26
	Szakmunkásképző	11.85	12.41
	Érettségi	11.53	12.23
	Felsőfokú	12.08	11.64
E	Bűnözők	10.15	11.30
	Pszich.betegek	11.88	12.36
	Suicid	11.56	11.98
	Alkoholisták	11.04	12.47



3.8 ábra: *Az Eo skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

3.8 Én-túlkontrolláltság skála (Eo)

A *Block (1953)* által kidolgozott skála az önkontroll neurotikus jellegzetességeinek felmérésére irányul, ahol a szabályozottság túlkontrolláltsággá, gátlásossággá, az adaptív viselkedés gátjává válik. A skála magas értéke merev és rugalmatlan önszabályozásra, a vágyak és késztetések elfojtására, túlzott lelkiismeretességre, kényszeres precizitásra utalhat.

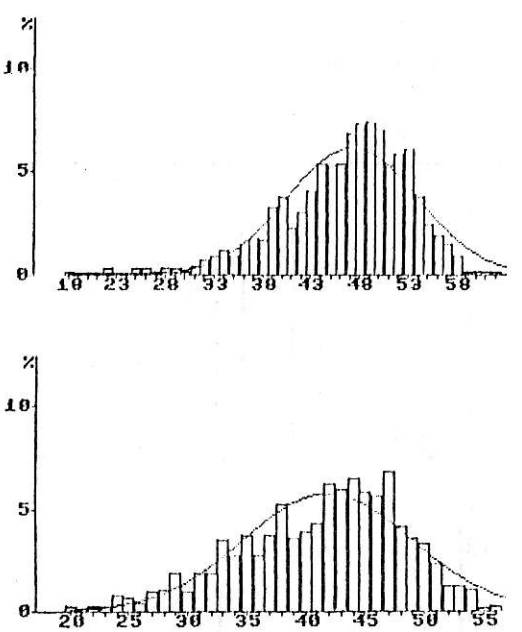
A skála eloszlása a normális eloszlást jól megközelíti (*3.8 ábra*). Az életkorral a skála pozitívan korrelál (r=0.16 a normál mintán, r=0.15 a teljes mintán). Az iskolai végzettséggel a skála csak a nők körében mutat – fordított – kapcsolatot (*3.8 táblázat*), vagyis az alacsony

iskolai végzettségű nők átlaga magasabb.

A TBZ mintákat tekintve, a bűnözők és az alkoholisták átlaga szignifikánsan elmarad a standard átlagtól, a pszichiátriai betegeké viszont felülmúlja azt. Ezek az eredmények nemektől függetlenül megmutatkoznak, s jól összhangba hozhatók az egyes alkalmazkodási zavarok feltételezett dinamikájával. (A *3.8 táblázat* adataiban ezek az eredmények nem teljesen tükröződnek, mert a statisztikai próbákat az életkor és iskolai végzettség szempontjából korrigált átlagokon végeztük, s a skála nem független ezektől a tényezőktől).

3.9 Énerő skála (Es)

Az Énerő skálát *Barron (1953)* eredetileg azzal a céllal dolgozta ki, hogy segítségével prognosztikai támpontokat tudjon nyerni pszichiátriai betegek terápiás kilátásaihoz. A pszichés zavarok terápiás prognózisa lényegében a premorbid alkalmazkodás és a személyiség elaborációs lehetőségeinek színvonalától függ: a jobb kapcsolatkészség, feszültségszabályozás, kreativitás, kitartás, önuralom, önbizalom, ellenállóképesség természetszerűleg fontos feltétele a pszichológiai válságból való gyors kilábalásnak. Az énerő koncepciója később a klinikumból átkerült a normál személyiség pszichológiai szótárába is, mint a külső és belső realitáshoz való adaptációs képesség, kontroll és tartás szinonimája.



3.9 ábra: *Az Es skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A skála a pozitív alkalmazkodási jegyeket mérő mutatókhoz hasonlóan jobbra ferde eloszlást követ (*3.9 ábra*). Az életkorral for

3.9 Táblázat: *A Es skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**46.49**	**41.16**
	Szórás	6.52	6.94
	Skewness	-0.83	-0.51
	Curtosis	1.04	-0.19
	Minimum	18	20
	Maximum	62	56
B	*U. S. A.*[*]	37.66	35.33
	U. S. A.[c]	**44.15**	**41.42**
C	0 - 7 általános	41.25	37.25
	8 általános	46.61	39.82
	Szakmunkásképző	46.85	41.21
	Érettségi	47.88	44.14
	Felsőfokú	48.97	45.51
E	Bűnözők	39.18	33.06
	Pszich.betegek	41.59	37.32
	Suicid	40.57	34.09
	Alkoholisták	38.75	34.96

dítottan korrelál, vagyis a fiatalabbak magasabb értékeket adnak ($r = -0.22$ a normál mintán, $r = -0.13$ a teljes mintán). Az iskolázottsággal ellenben igen erős pozitív összefüggés mutatkozik ($r = 0.23$, illetve 0.22). Minél magasabb az iskolai végzettsége valakinek, annál magasabb a várható skálaértéke (*3.9 táblázat*).

A TBZ mintákban mindenütt nagyságrenddel alacsonyabb a várható skálaérték, mint a standardizálási csoportban. Az érett önszabályozás és az erőteljes, egyszersmind szociálisan hatékony önérvényesítés deficitje valamennyi alkalmazkodási zavarban döntő tényezőnek látszik (*3.9 táblázat*).

Az énerő skála az intelligenciával is igen erős pozitív kapcsolatban áll, valószínűleg a magas intelligencia önmagában is hatékonyabb szociális alkalmazkodást és több elaborációs lehetőséget biztosít ($r_{IQ} = 0.31$, $r_{VQ} = 0.27$, $r_{PQ} = 0.29$). Az Es skála ugyancsak pozitívan korrelál a vsz.-ek fizetésével, mint az érvényesülés egyik mutatójával ($r = 0.23$).

3.10 Kognitív önuralom hiánya skála (Sc2a)

Az Sc klinikai alapskála elemzésekor *Harris és Lingoes (1955)* három olyan alskálát is kiszűrt, amelyek a külső és belső realitáshoz való alkalmazkodás önkontroll funkcióit, az ego működésének épségét vizsgálják. Az énfunkciók épségének a megbomlása a schizophrenia pszichodinamikai elméletei szerint nemcsak a kórkép jellegzetes tüneteinek az egysé-

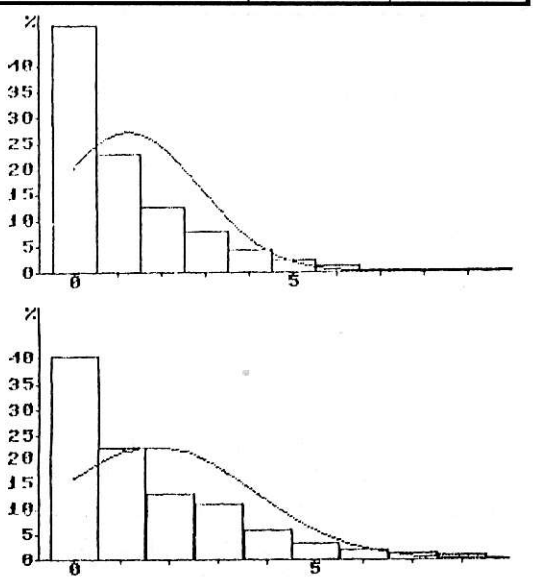
ges leírására alkalmas, de magának a schizophreniás kórfolyamatnak egyik döntő oki-dinamikai tényezője lehet.

A *kognitív önuralom hiánya* skála ezek közül a megismerőfunkciókban jelentkező schizoform torzulásokat térképezi fel, kivéve a bizarr szenzoros élményeket, amelyek külön alskálát képeznek. A gondolkodás fegyelmezetlenségei, fellazultsága, önkényessége, szokatlan fordulatai azok, amelyek magas skálaértéket eredményeznek. Tapasztalataink szerint azonban ez nemcsak pszichotikus betegeknél fordulhat elő, hanem más, főleg a személyiségzavar kategóriájába tartozó kórképekben is.

A skála nyerspontértékének eloszlása erősen ferde, balra torzító görbét ad (*3.10 ábra*). A népesség 40-50%-a 0 pontot ad ezen az erős patológiás tartal-

3.10 Táblázat: *Az Sc2a skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**1.12**	**1.50**
	Szórás	1.47	1.79
	Skewness	1.59	1.37
	Curtosis	2.56	1.48
	Minimum	0	0
	Maximum	9	8
B	*U. S. A.*	**1.43**	**1.46**
C	0 - 7 általános	2.11	2.15
	8 általános	1.08	1.69
	Szakmunkásképző	1.08	1.43
	Érettségi	0.79	0.95
	Felsőfokú	0.53	1.09
E	Bűnözők	3.34	3.97
	Pszich.betegek	2.78	3.65
	Suicid	2.86	3.80
	Alkoholisták	2.93	3.78



3.10 ábra: *Az Sc2a skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

makkal telített skálán. A pontot adók száma több az idősebbek és az alacsonyabb iskolai végzettségűek között.

A skála értéke ugyanakkor valamennyi TBZ mintában megemelkedik (*3.10 táblázat*), a statisztikai próbák a pszichiátriai betegek csoportjában mutatják leggyakoribbnak a kiugró skálaértékeket. A skála az intelligenciahányadossal szignifikáns fordított kapcsolatban áll ($r_{IQ} = -0.28$, $r_{VQ} = -0.28$, $r_{PQ} = -0.24$).

3.11 Ösztön-önuralom hiánya skála (Sc2b)

3.11 Táblázat: *Az Sc2b skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**3.25**	**3.93**
	Szórás	1.98	2.26
	Skewness	1.09	0.96
	Curtosis	1.48	0.79
	Minimum	0	0
	Maximum	12	13
B	*U. S. A.*	**1.95**	**2.17**
C	0 - 7 általános	4.43	4.56
	8 általános	3.30	4.19
	Szakmunkásképző	3.22	3.99
	Érettségi	2.81	3.29
	Felsőfokú	2.65	3.26
E	Bűnözők	5.41	6.35
	Pszich.betegek	5.06	5.98
	Suicid	5.43	6.66
	Alkoholisták	4.79	5.86

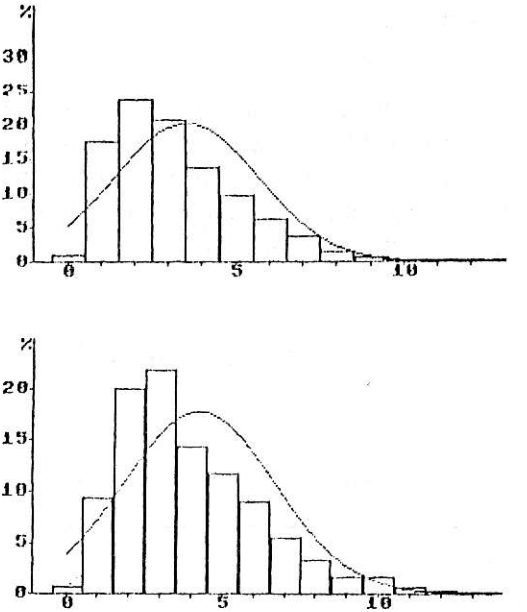
Az Sc skála második olyan alskálája, amely az önszabályozás deficitjével van kapcsolatban (*Harris és Lingoes, 1955*). E skála olyan tételeket tartalmaz, amely az *ösztönszabályozás* fogyatékosságaival kapcsolatos tüneteket fogalmazzák meg. Mint énfunkció-zavar, a skála által jelzett deficit védtelenné teszi a személyiséget saját ösztönerőivel szemben, s a tudattalan lélektani késztetések energiái mintegy »eláraszthatják« a személyiséget. A skála értéke elsősorban súlyos pszichiátriai kórképekben, vagy krízisállapotokban emelkedik meg.

A skála ugyancsak erősen balra ferde eloszlást követ, bár nem olyan szélsőséges mértékben, mint az Sc2a skála (*3.11 ábra*). Az iskolázottsággal a skála szignifikáns fordított összefüggést mutat, értéke az alacsonyabb iskolázottságú csoportokban magasabb (*3.11 táblázat*). A skála értéke valamennyi TBZ-mintában megemelkedik, főleg az öngyil-

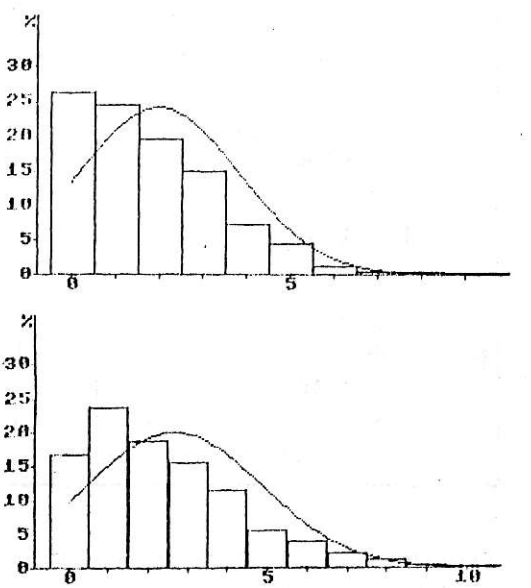
kos és a pszichiátriai csoportokban (a *3.11 táblázatban* ezek a finom statisztikai különbségek nem jelennek meg, mert az egyes TBZ csoportok eltérő iskolázottsága nagyon eltorzíthatja az átlagokat az iskolázottságtól függő skálák esetében).

3.12 Gátlás-fogyatékosság skála (Sc2c)

Harris és Lingoes (1955) harmadik Sc alskálája az önszabályozási funkcióknak a normatív viselkedés felbomlását eredményező deficitjét fogalmazza meg. A gátlófunkciók fellazulása nyomán nonkonformista, furcsa, bizarr, extravagáns magatartás jelentkezhet, s a beteg magatartásában megszűnik a megszokott szociális formákhoz való alkalmazkodás. Impulzivitás, a pillanatnyi ötleteknek és vá-



3.11 ábra: *Az Sc2b skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



3.12 ábra: *Az Sc2c skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

3.12 Táblázat: *Az Sc2c skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**1.79**	**2.39**
	Szórás	1.66	2.00
	Skewness	1.07	0.97
	Curtosis	1.32	0.71
	Minimum	0	0
	Maximum	9	10
B	*U. S. A.*	**1.44**	**1.64**
C	0 - 7 általános	2.18	2.62
	8 általános	2.01	2.66
	Szakmunkásképző	1.77	2.52
	Érettségi	1.63	1.97
	Felsőfokú	1.35	1.91
E	Bűnözők	3.90	4.99
	Pszich.betegek	3.37	4.23
	Suicid	3.89	4.84
	Alkoholisták	3.67	4.53

gyaknak az azonnali realizálása jellemzi, a körülményekre való tekintet nélkül. Bár e tünetcsoport súlyos formája a pszichotikus betegeket jellemzi, a skála magas értéke a szociális beilleszkedés zavarával jellemezhető személyiségzavarokban is előfordulhat.

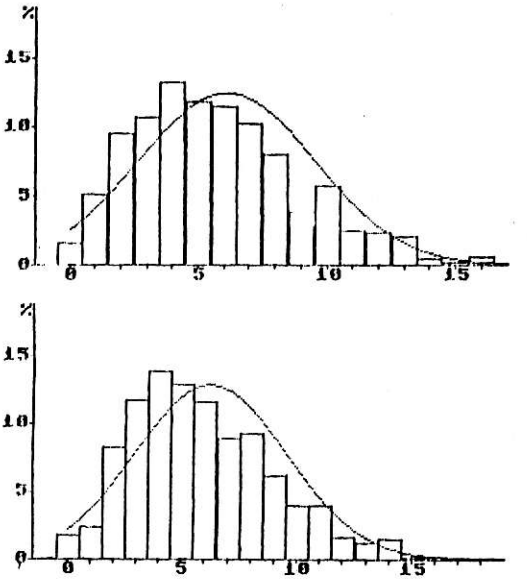
A skála ugyancsak erősen balra ferde eloszlást követ (*3.12 ábra*). Az iskolázottsággal enyhe fordított összefüggés mutatkozik (*3.12 táblázat*).Valamennyi TBZ mintában jóval magasabb a skálák átlaga, mint a standard mintában, főleg az öngyilkos és a bűnöző csoport átlagai emelkednek meg.

A skála az intelligenciával szignifikáns fordított kapcsolatban áll ($r_{IQ} = -0.23$, $r_{VQ} = -0.23$, $r_{PQ} = -0.20$).

3.13 Impulzivitás skála (Im)

Gough (1957) impulzivitás-skáláját alternatív kérdőívskála segítségével validálta. A skála a késztetések, vágyak visszafogásával, a kielégülés késleltetési képességgel, perzisztenciával kapcsolatos deficit mérésére irányul. A magas Im skálaérték gyenge önkontrollra, alacsony frusztrációtűrésre, gyenge viselkedésgátlásra, indulatosságra, robbanékonyságra, a morális fékek fejletlenségére utal.

3.13 ábra: *Az Im skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



A skála eloszlása a magyar standardizálási mintában kissé balra húz (*3.13 ábra*). Azon ritka skálák közé tartozik, ahol az amerikai standard értéke felülmúlja a hazait.

Az életkorhoz a skála fordítottan viszonylik, tehát a fiatalabb korosztályokban magasabb. Az iskolázottságtól való függése viszont nem egyforma a két nem esetében (*3.13 táblázat*): férfiaknál egyértelműen az alacsonyabb iskolai végzettségű rétegekben magasabb a skálaérték, nőknél viszont inkább fordított tendencia érvényesül. A jelenség valószínűleg az egyes társadalmi rétegekben eltérő nemi szerepviselkedési szokásokkal és normákkal is összefügg.

A TBZ mintákban mindenütt magas a mutató átlagértéke, különösen a bűnözők produkáltak kimagasló skálaértékeket. Ez megerősíti a skála validitá-

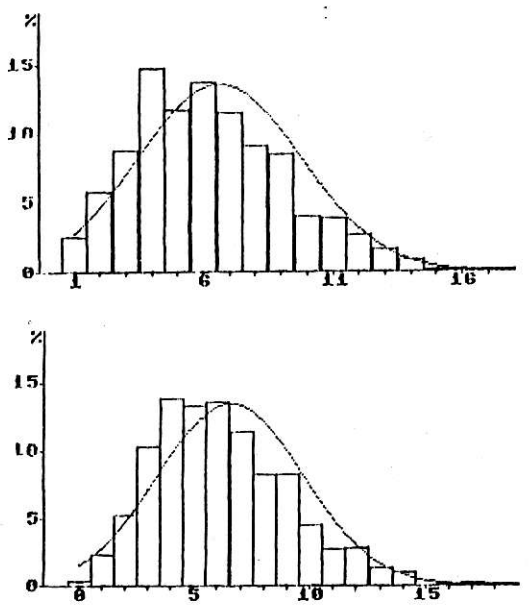
3.13 Táblázat: *Az Im skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**5.71**	**5.87**
	Szórás	3.20	3.12
	Skewness	0.62	0.63
	Curtosis	0.04	0.18
	Minimum	0	0
	Maximum	16	18
B	*U. S. A.*[*]	6.70	5.95
	U. S. A.[c]	**7.41**	**6.58**
C	0 - 7 általános	6.32	5.25
	8 általános	6.21	6.14
	Szakmunkásképző	5.66	6.38
	Érettségi	5.60	5.50
	Felsőfokú	4.62	6.21
E	Bűnözők	9.69	10.42
	Pszich.betegek	7.68	8.68
	Suicid	9.19	10.18
	Alkoholisták	8.11	8.96

sát, amennyiben az impulzivitás személyiségkomponensének régóta jelentős szerepet tulajdonítanak a szakirodalomban az antiszociális devianciák kialakulásában. Az öngyilkos csoport ugyancsak kiugró skálaértéke e személyek alacsony frusztráció-tűrésével, gyenge viselkedésgátlásával, az adaptív szükségletkielégítő sémák hiányos fejlettségével lehet összefüggésben (*3.13 táblázat*).

Az Im skála a teljes vizsgálati mintán enyhe, de szignifikáns pozitív korrelációt mutat az elkövetett bűncselekmények számával (r = 0.14). A PFT tesztben az extrapunitív reakciók arányával (E%) korrelál (r = 0.13), míg az intrapunitív (I%), impunitív (M%) és szükséglet-perzisztens (NP) reakciókkal egyaránt negatív összefüggést mutat (r = -0.14, -0.14, illetve -0.15). Ezek az összefüggések, amelyek a teljesen független elven alapuló vizsgálóeszközzel egybehangzó eredményt tükröznek, erősítik az Im skála validitását.

3.14 Hipománia nyilvánvaló alskála (MaO)



3.14 ábra: *Az MaO skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Wiener (1948) figyelt fel az MMPI próba azon jellegzetességére, hogy míg a tételek egy részének pszichopatológiai jelentéstartalma nyilvánvaló, a vizsgálati személyek számára könnyen kikövetkeztethető, addig más tételek csak a kritériumváltozókkal való empírikus korrelációik alapján kerültek be a klinikai skálákba. Utóbbiak az ún. rejtett tételek. A rejtett tételekben foglalt pszichopatológiai jelzőértéket még az MMPI-t jól ismerő szakértő személyek is csak igen alacsony hatásfokkal tudják felismerni (*Seeman, 1953*). A klinikai alapskálák nyilvánvaló, illetve rejtett jelentésű tételeiből állította össze *Wiener*

és Harmon (1946) az MMPI nyilvánvaló és rejtett alskáláit.

A rejtett és a nyilvánvaló alskálák egyik legkézenfekvőbb felhasználási lehetősége abból adódik, hogy a nyilvánvaló alskálák eredménye sokkal könnyebben manipulálható a vizsgálati személy részéről. Például ha valaki pszichiátriai betegséget akar szimulálni, vagy önmagáról kedvezőbb képet kíván kialakítani, akkor válaszát elsősorban azon tételek esetében fogja meghamisítani, amelyek jelentéstartalma könnyen átlátható a számára. Ez kísérletileg is igazolható (*ld. pl. Anthony, 1971; Harvey és Sipprelle, 1976*). A szimulálás és disszimulálás hatásának a kiszűrésére a rejtett és nyilvánvaló alskálák összevetése olykor a szokásos validitás skáláknál (L, F, K) is hatékonyabbnak bizonyult.

A másik felhasználási lehetőség abból adódik, hogy a nyilvánvaló alskálák természetszerűleg súlyosabb tüneteket, panaszokat, kórlélektani állapotokat fogalmaznak meg, mint a rejtettek. Ezek a skálák így eleve hatékonyabban diszkriminálnak az egészséges és pszichésen beteg minták között. Az egészséges tartományban viszont kevéssé alkalmasak a differenciált mérésre, hiszen az egészséges személyek eleve ritkán választják ezeket a tételeket. Ezt jelzi a nyilvánvaló alskálák alacsonyabb átlaga a normál populációban a rejtett alskálákhoz képest, pedig e skálák tételszáma általában magasabb a rejtett alskálákénál. Az egészséges populációban tehát a rejtett alskálák általában differenciáltabban mérik az adott klinikai kórképpel rokonságot mutató jelenségeket, mint maguk a klinikai skálák.

Pszichometriailag értékelhető rejtett és nyilvánvaló alskálákat a D, Hy, Pp, Pa és Ma skálák esetében sikerült elkülöníteni, s a rejtett és nyilvánvaló tételek aránya az Ma skála kivételével az egész tesztben meglehetős stabilitást mutat (*Stone, 1964*).

Az Ma skálából egyelő re csak a nyilvánvaló alskála (MaO) került standardizálásra. Magas értéke az im-

3.14 Táblázat: *Az MaO skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**6.26**	**6.18**
	Szórás	2.94	2.97
	Skewness	0.54	0.65
	Curtosis	-0.03	0.39
	Minimum	1	0
	Maximum	17	18
B	*U. S. A.*	**5.83**	**5.22**
E	Bűnözők	9.75	9.98
	Pszich.betegek	8.44	9.69
	Suicid	9.54	9.96
	Alkoholisták	9.13	10.43

pulzivitás, nyugtalanság, felfokozott késztetettség, kontrollvesztés, hangulati labilitás, hangulatemelkedés, nagyzásos gondolatok, emocionális felfokozottság, hipomániás tünetek kóros mértékére enged következtetni – érvényes validitás-skálák mellett. Amennyiben az Ma és az MaO skálák T-pontértékei között igen nagy (10 T-pontot meghaladó) különbség mutatkozik, a normál Ma és kóros MaO a hipomániás tünetek szimulálására, kóros Ma és normál MaO azok disszimulálására is utalhat.

A MaO skála a standardizálási mintában enyhén balra ferde eloszlást követ (*3.14 ábra*). Az eloszlást a normál népességben a demográfiai háttértényezők nem befolyásolták jelentősen.

A TBZ-minták átlagértékei nagyon hasonlóan viselkednek, mint az Ma alapskála esetében (ld. 2.12). Valamennyi csoport átlaga szignifikánsan magasabb a normál kontrollénál, főleg a bűnöző, öngyilkos és alkoholista minták átlaga emelkedik meg.

A skála az intelligenciahányadossal enyhe fordított összefüggést mutat ($r_{IQ} = -0.20$, $r_{VQ} = -0.22$, $r_{PQ} = -0.16$). A Képes Frusztráció Teszt (PFT) extrapunitív válaszainak arányával (E%), és az agresszív megoldásokat kifejező »E« jelű megoldásokkal viszont az MaO skála pozitívan korrelál ($r = 0.15$, illetve 0.14). Ezek az empírikus korrelációk megfelelnek annak, mint amit a skála validitása alapján várhatunk.

3.15 Pszichopátia nyilvánvaló alskála (PpO)

Wiener és Harmon (1946) pszichopátia alskálái ugyanazon az elven alapulnak, mint amelyet fentebb a hipománia nyilvánvaló alskála kapcsán ismertettünk. A pszichopátia nyilvánvaló alskála a társas alkalmazkodás kóros, vagy antiszociális fokát elérő zavarainak a diagnosztizálását szolgálhatja – értéke a klinikai személyiségzavar, alkoholisták és különösen a bűnözők csoportjaiban a legmagasabb. Míg maga a Pp skála az elfogadott normáktól való elhajlást, devianciát előjel nélkül tükrözi, vagyis pl. a kreatív, eredeti, újító szellemű, a megszokott együttélési sémákba nehezen beilleszkedő embereknél is megemelkedik, addig a PpO változata egyértelműbben utal a deviancia kóros, morálisan és a társadalmi értékrend szerint kevés pozitív értéket felmutató formáira.

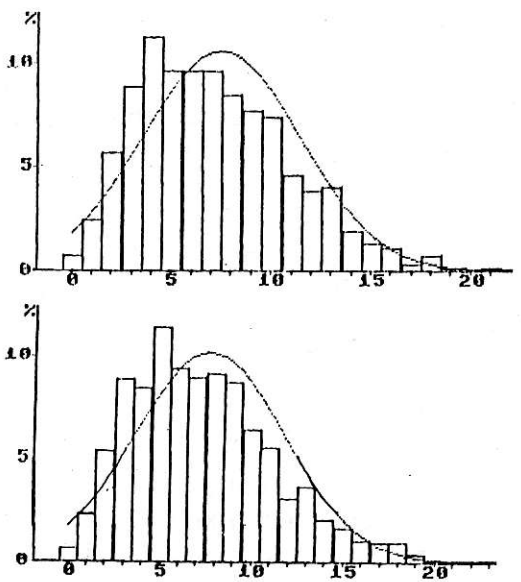
Validitás-skálaként a pszichopátia rejtett alskálával összevetve értékelhető: amennyiben a kettő között nagyságrendi különbség mutatkozik (T-pontban számolva), a kóros PpO és alacsony PpS a pszichopátiás tünetek szimulálására, fordított konstelláció azok disszimulálására utalhat.

A skála a normál populációban balra tolódott, erősen ferde eloszlást követ (*3.15 ábra*). Értéke az alacsonyabb iskolázottságú rétegekben általában magasabb (*3.15 táblázat*). A TBZ-minták esetében a Pp klinikai alapskálához hasonlóan magasabb átlagokat kaptunk, különösen bűnözőknél és öngyilkosoknál (*3.15 táblázat*).

A skála validitását a PFT próbával nyert eredmények is megerősítik: az extrapunitív válaszok arányával (E%, r = 0.14), az agresszív megoldásokkal (E, r = 0.11) és a sértettség, akadályhangsúlyozottság jegyeivel (E', r = 0.11) a PpO skála szignifikáns pozitív összefüggést mutat, míg a konstruktív megoldásokat, adaptációs erőfeszítést tükröző »i« megoldásokkal a korreláció negatív (r = -0.12).

3.15 Táblázat: *A PpO skálára vonatkozó eredmények*

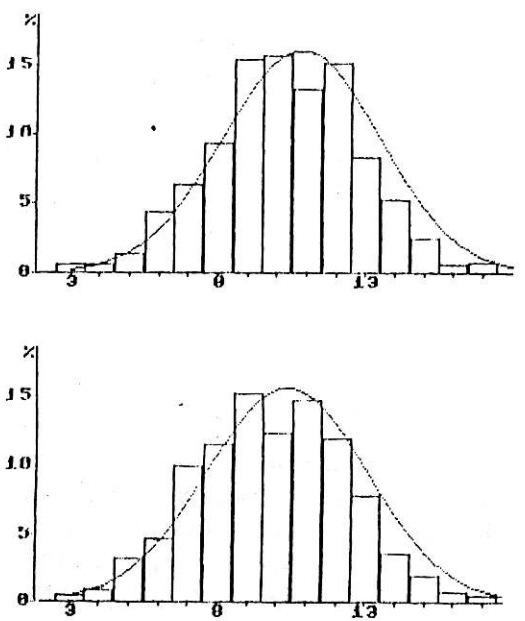
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**7.10**	**7.33**
	Szórás	3.76	3.92
	Skewness	0.58	0.65
	Curtosis	-0.03	0.18
	Minimum	0	0
	Maximum	21	23
B	*U. S. A.*	**5.82**	**5.30**
C	0 - 7 általános	9.05	7.64
	8 általános	7.95	7.80
	Szakmunkásképző	7.06	7.83
	Érettségi	6.14	6.55
	Felsőfokú	5.58	6.09
E	Bűnözők	14.47	15.50
	Pszich.betegek	11.20	12.54
	Suicid	13.80	14.25
	Alkoholisták	13.20	13.92



3.15 ábra: *A PpO skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

3.16 Pszichopátia rejtett alskála (PpS)

A pszichopátia nyilvánvaló alskála párja, amit ugyancsak *Wiener és Harmon (1946)* dolgozott ki. Az ide tartozó tételek pszichopatológiai jelentéstartalma a vizsgálati személy számára nehezen megítélhető, s inkább a szociális alkalmazodási problémák rejtettebb, finomabb jeleit térképezik fel. A skála segítségével a társadalmi beilleszkedés enyhébb, a normális ember tartományában előforduló nehézségeit, problémáit tudjuk diagnosztizálni: nonkonformizmust, extravaganciát, értékválságot, kapcsolati válságot, merev, nehezen alkalmazkodó személyiséget, belátáshiányt, meggondolatlanságra, szabálytalanságra való hajlamot stb. Ugyanakkor a pozitív értelemben nonkonformista személyeknél is elsősorban a Pp skálának ez a komponense emelkedik meg: az eredeti, újító, kreatív, újat kereső, emiatt sokszor szociális konfliktusokat halmozó »nehéz embereknél«. Iskolázottabb, humán műveltségű, a sokféleséget és változatosságot inkább igénylő és az iránt toleráns társadalmi csoportokban ugyancsak megemelkedik a mutató értéke. A klinikai, vagy antiszociális deviáns csoportokban viszont, bár a normál átlagot meghaladja a PpS skálaérték, nagyságrenddel marad el attól, mint amit ezekben a csoportokban a pszichopátia nyilvánvaló alskálán mérhetünk. Ez is alátámasztja, hogy míg a PpO skála az alkalmazkodási zavar súlyosabb formáit mutatja, a PpS magas értéke nem feltétlenül utal kóros, vagy a társadalmi értékrenddel eleve antagonisztikus magatartászavarra.



3.16 ábra: *A PpS skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A magyar népességben a PpS skála eloszlása igen jól

megközelíti a normális eloszlást (*3.16 ábra*). Szemben a nyilvánvaló alskálával, ennek értéke az alacsony iskolázottságúak mellett a felsőfokú végzettségűek körében is megemelkedik (*3.16 táblázat*).

A TBZ-minták átlaga a PpS rejtett alskálán alig magasabb a normálnál, a meglévő különbségek jóval kisebbek, mint a nyilvánvaló alskála esetében (*3.16 táblázat*).

3.16 Táblázat: *A PpS skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**10.26**	**9.82**
	Szórás	2.47	2.56
	Skewness	-0.08	0.02
	Curtosis	-0.03	-0.26
	Minimum	3	3
	Maximum	17	17
B	*U. S. A.*	**8.89**	**8.68**
C	0 - 7 általános	10.32	10.13
	8 általános	10.47	10.09
	Szakmunkásképző	10.13	9.69
	Érettségi	9.96	9.53
	Felsőfokú	11.22	9.81
E	Bűnözők	11.12	10.54
	Pszich.betegek	10.26	11.15
	Suicid	10.77	10.81
	Alkoholisták	10.20	10.14

3.17 Szociális felelősségérzet skála (Re)

A skálát *Gough, McClosky és Meehl* dolgozták ki *1952*-ben, egészséges főiskolai hallgatók vizsgálata alapján. A hallgatókat diáktársaik és tanáraik jellemezték társadalmi felelősségérzetük szempontjából, valamint önjellemzést is kellett készíteniük. Ennek alapján csoportosították a személyeket, s az egyes csoportokat elkülönítő kérdőív-tételeket kerestek. 56 ilyet találtak, amelyek közül 32 az MMPI-ből származott. Mivel az MMPI-ből kivett alskála a teljes skálával igen szoros korrelációt (0.84-0.88) mutatott, a gyakorlatban inkább ennek az alskálának a használata terjedt el.

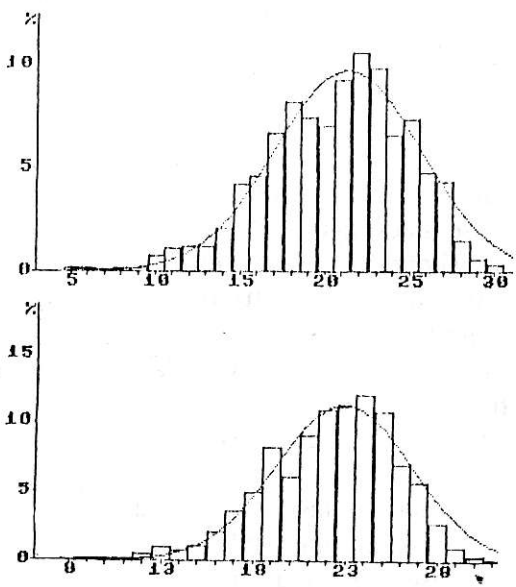
A magyar népességben a skála eloszlása a normális eloszláshoz jól illeszkedik (*12. ábra*). Értékét az iskolai végzettség csak a férfiak körében befolyásolja, amennyiben a magasabb végzettségű férfiaknál jobban meg-

3.17 Táblázat: *Az Re skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**20.63**	**22.23**
	Szórás	4.12	3.52
	Skewness	-0.42	-0.54
	Curtosis	0.06	0.33
	Minimum	5	8
	Maximum	30	31
B	*U. S. A.*	17.62	18.82
	U. S. A.[c]	**20.14**	**21.51**
C	0 - 7 általános	19.85	22.60
	8 általános	19.32	21.78
	Szakmunkásképző	20.37	21.55
	Érettségi	21.24	22.82
	Felsőfokú	23.32	22.74
E	Bűnözők	16.09	17.24
	Pszich.betegek	20.06	20.21
	Suicid	18.15	19.47
	Alkoholisták	18.05	19.33

emelkedik (*3.17 táblázat*). A TBZ csoportok közül a bűnöző és az alkoholista csoportok átlaga marad el jelentősen a normál mintáétól, azon csoportoké tehát, amelyek alkalmazkodási zavara valóban a leginkább sérti a szociális környezet érdekeit.

A skála pozitívan korrelál a PFT megértést, szociális alkalmazkodást feltételező »M« választípusával (r = 0.13), míg az egocentrikusabb, agresszív érdekérvényesítést kifejező extrapunitív és »E« megoldásokkal fordított összefüggést mutat (r = -0.16, illetve -0.13). Ezek az adatok erősítik a skála validitását.



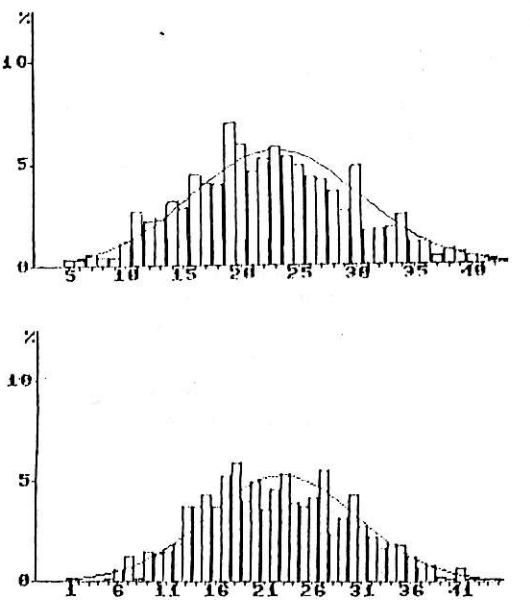
3.17 ábra: *A Re skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

IV. A vonás-skálák standardizálására vonatkozó eredmények

4.1 Gyűlölködés skála (Ho)

A *Cook és Medley (1954)* által kidolgozott skála a hosztilitásnak az önjellemzésben elismert jegyeiből tevődik össze. A skála magas értéke agressziós diszpozíciókra, ellenségeskedő indulatokra, a szociális környezettel kapcsolatos dacfeszültségre, összeférhetetlenségre, rosszindulatra utal.

A skála a magyar népességben a normális eloszlást jól megközelítő, szimmetrikus eloszlást követ (*4.1 ábra*). Az iskolai végzettség és a Ho skála értéke között enyhe, de szignifikáns fordított összefüggés figyelhető meg (*4.1 táblázat*), a magasabb végzettségűek átlaga kissé alacsonyabb. A skála és az iskolai végzettség közötti korrelációs együttható is szignifikáns negatív értéket mutat (r = -0.18). A TBZ-mintákat tekintve, a pszichiátriai betegek csoportja nem különbözik lényegesen a standardizálási mintától, a bűnözők, alkoholisták és öngyilkosok azonban mindkét nem esetében egyöntetűen



4.1 ábra: *A Ho skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

4.1 Táblázat: *A Ho skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**22.46**	**22.23**
	Szórás	7.05	7.59
	Skewness	0.17	0.19
	Curtosis	-0.33	-0.43
	Minimum	5	1
	Maximum	42	45
B	*U. S. A.*[a]	21.27	19.84
	U. S. A.[c]	**21.70**	**20.24**
C	0 - 7 általános	23.52	22.15
	8 általános	23.67	23.20
	Szakmunkásképző	23.09	22.68
	Érettségi	21.11	21.30
	Felsőfokú	19.12	20.45
E	Bűnözők	27.46	28.60
	Pszich.betegek	22.18	22.96
	Suicid	26.00	26.94
	Alkoholisták	27.50	28.27

lényegesen magasabb eredményeket produkáltak. Mivel agressziós diszpozíciók, ellenségeskedő indulatok, illetve a szociális környezettel kapcsolatos dacfeszültség valóban jellemezheti e csoportokat, az eredmények alátámasztják a skála validitását.

A Ho skála vizsgálataink szerint a Képes Frusztráció Teszt (PFT) agresszív megoldásaival nem mutatott összefüggést, viszont szignifikáns fordított korrelációt tapasztaltunk az indulatok elfojtását, vagy hiányát kifejező impunitív válaszok (M%) arányával (r = -0.14).

4.2 Túlkontrollált agresszió skála (OVHO)

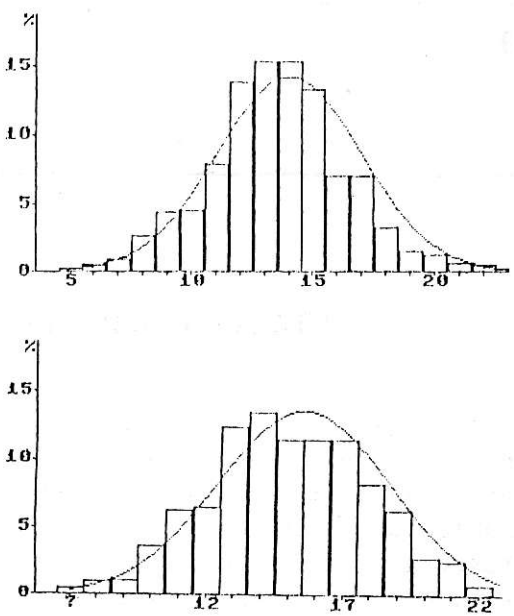
A túlkontrollált agresszió fogalma *Megargee* nevéhez fűződik, aki agresszív bűnözők vizsgálata kapcsán dolgozta ki ennek koncepcióját. A 60-as évek elején végzett kutatásaiban felfigyelt arra, hogy a pszichológiai tesztek impulzivitás- és önkontrollmutatói gyakran azért nem alkalmasak agresszív bűnözők személyiségprofiljának az elkülönítésére, mert a bűnözők korántsem képeznek valamiféle homogén csoportot. Vannak olyan, agresszív bűnelkövetés miatt elítélt személyek, akik a tesztek szerint fegyelmezettebbek, visszafogottabbak, mint az átlagemberek, s agresszív indulataikat várakozásunkkal ellentétben inkább elfojtják, mint az átlag (ld. pl. *Megargee, Cook és Mendelsohn, 1962).* Ennek az lehet a magyarázata, hogy az ilyen személyeknél az indulatok társadalmilag tole-

rált kiélési módjai is gátlás alatt vannak, s »biztonsági szelep« hiányában azok oly mértékben felduzzadhatnak, hogy amikor mégis áttörik a személyiség fékrendszerét, akkor robbanásszerűen, mindenféle kontroll és irányítás nélkül ürülhetnek ki. Ilyenkor az agresszió nagyon könnyen bűncselekménybe fordul, a személy reakciója inadekvátan eltúlzottnak látszik a kiváltó okhoz képest, és sokszor brutális módon nyilvánul meg.

Megargee, Cook és Mendelsohn (1967) az ilyen »túlkontrollált agresszív« személyek elkülönítésére dolgozta ki az OVHO (Overcontrolled Hostility, eredeti rövidítése szerint O-H) skálát. A skálát olyan MMPI tételekből állították össze, amelyek szignifikánsan diszkriminálták szélsőségesen súlyos agresszív bűncselekményt elkövető, mérsékelten agresszív és nem erőszakos bűnözők, valamint e bűnözők és a normál kontroll csoport között. Az ellenőrző vizsgálatok után végül 31 tétel maradt a skálában, amely végülis a szélsőségesen agresszív bűnözők elkülönítésében bizonyult hatékonynak. Hogy a skála valóban a túlkontrollált szabályozórendszer hátterén ki-

4.2 Táblázat: *Az OVHO skálára vonatkozó eredmények*

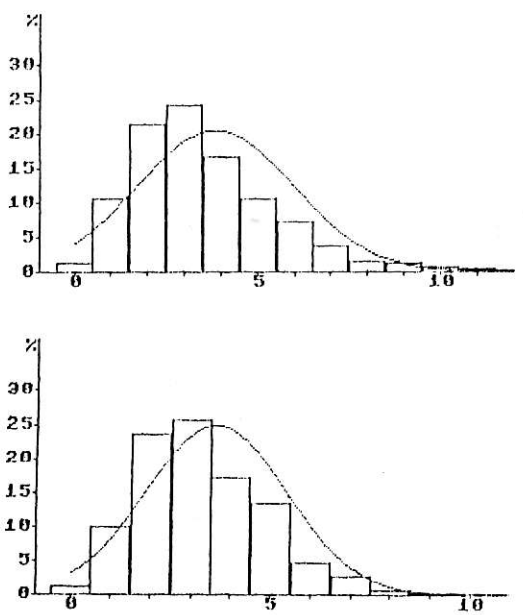
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**13.49**	**14.99**
	Szórás	2.80	2.94
	Skewness	0.03	-0.05
	Curtosis	0.30	-0.34
	Minimum	5	7
	Maximum	22	22
B	*U. S. A.*[*]	12.34	12.93
	U. S. A.[c]	**14.63**	**15.32**
E	Bűnözők	14.12	14.66
	Pszich.betegek	13.62	14.42
	Suicid	12.88	14.38
	Alkoholisták	13.55	13.96



4.2 ábra: *Az OVHO skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

fejlődött agresszív cselekményekre érzékeny, azt a fentieken kívül a skála konstrukciós validitási vizsgálatai is megerősítették: a skála igen szoros pozitív korrelációt mutat a túlzott beszabályozottságra, rigid önkontrollra utaló L ($r=0.62$), K ($r=0.51$) és ego-túlkontrolláltság (Eo, $r=0.46$) skálákkal, míg az impulzivitás (Im, $r=-0.53$) és a gyűlölködés (Ho, $r=-0.40$) skálákkal meghökkentő, de az elméleti előrejelzésnek megfelelő negatív korrelációt tapasztaltak. A CPI és a 16PF többváltozós személyiségkérdőívekkel való összevetés hasonló jellegű eredményeket produkált *(Megargee, Cook és Mendelsohn, 1967; White, McAdoo és Megargee, 1973).*

A magyar népességben a skála eloszlása jól megközelíti a normális eloszlást (*4.2 ábra*). A skála értékét a demográfiai változók nem befolyásolják lényegesen, csupán a női minta kissé magasabb átlaga figyelhető meg. A skálára vonatkozóan a magyar vizsgálati mintában kevés empírikus összefüggést sikerült igazolni; a TBZ-minták közül is egyedül a férfi bűnözők körében haladja meg a skála átlagértéke szignifikánsan az egészséges populációban tapasztalt értéket (*4.2 táblázat*). Ez arra utalhat, hogy a férfi bűnözők között Magyarországon is viszonylag nagyobb számban fordulnak elő a *Megargee-féle* túlkontrollált agresszió diszpozícióval jellemezhető személyek, mint az átlagnépességben.



4.3 ábra: *Az ACHO skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

4.3 Acting-out gyűlölködés skála (ACHO)

A skála kidolgozása *Foulds, Caine és Creasy (1960)* nevéhez fűződik, akik pszichiátriai betegek jellegzetes feszültségkezelési mechanizmusait tanulmányozták. A feszültségelhárító stratégiákat két dimenzió mentén osztályozták: az egyik az intrapunitív vs. ex-

trapunitív dimenzió attól függően, hogy az agressziót a személy önmaga, vagy környezete felé irányítja-e; a másik az agresszió megélésének realitásszintje. Az extrapunitív stratégia két alapformája az ellenséges indulat projekciója, a megismerés téveszmeszerű, vonatkoztató torzulásán keresztül, a másik az agresszív indulatok viselkedéses kiélése a környezet irányába. Az intrapunitív megoldások az irreális bűntudatképződés (a projekció ellenpólusa), illetve az önkritika.

A szerzők valamennyi mechanizmus mérésére egy-egy MMPI skálát állítottak össze, hogy az egyén tipikus elhárításmódja megismerhető legyen. Ezek közül itt az acting-out gyűlölködés skála került standardizálásra, amely a viselkedéses agressziót méri. Valójában a skála nem agressziós diszpozíciót, hanem a kontrollfunkciók jellegzetességét méri, amelyek fogyatékosságának következménye lehet az agresszív indulatok kirobbanása. A magas ACHO érték rossz indulati szabályozásra, gyenge önkontrollra, az ellenséges indulatok környezetre ürítésére utal.

A magyar népességben a skála balra ferde eloszlást követ (*4.3 ábra*). Értéke férfiaknál az alacsonyabb iskolázottságú rétegekben szignifikánsan magasabb (*4.3 táblázat*), a nők esetében az iskolai végzettség hatása nem jelentős. Ugyancsak szignifikánsan függ a mutató eloszlása a lakóhelytől: a fővárosiak mindkét nem esetében a legmagasabb átlagértéket produkálták; az egyéb települések nemenként eltérő megoszlást mutatnak (*4.3 táblázat*).

A TBZ minták valamennyi csoportban szignifi-

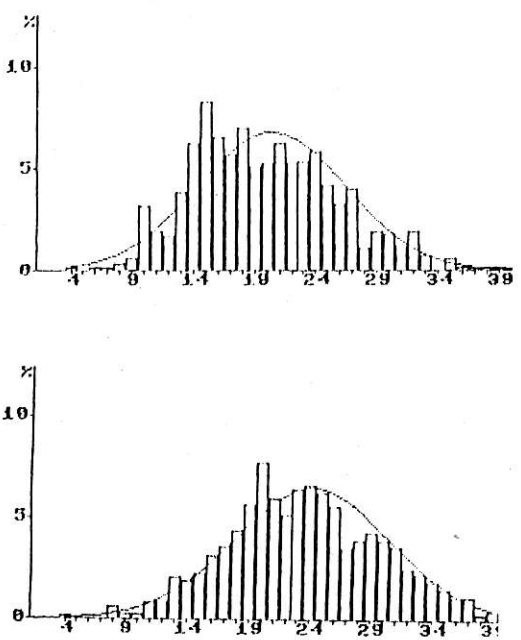
4.3 Táblázat: *Az ACHO skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**3.51**	**3.28**
	Szórás	1.95	1.60
	Skewness	0.98	0.60
	Curtosis	1.18	0.32
	Minimum	0	0
	Maximum	11	10
B	*U. S. A.*	**3.43**	**2.94**
C	0 - 7 általános	3.99	3.17
	8 általános	3.87	3.36
	Szakmunkásképző	3.65	3.53
	Érettségi	3.08	3.15
	Felsőfokú	2.70	3.15
D	Budapest	3.80	3.56
	Megyei város	2.78	3.42
	Város	3.25	3.11
	Község	3.65	3.22
E	Bűnözők	5.02	5.09
	Pszich.betegek	4.26	4.62
	Suicid	4.64	4.95
	Alkoholisták	4.24	4.41

kánsan felülmúlták a normál kontroll átlagát. A legkiugróbb értékeket a bűnözők és az öngyilkosok produkálták. Ez megerősíti a skála validitását, hiszen statisztikailag e két beilleszkedési zavarban van a legnagyobb jelentősége az agresszió-szabályozás zavarának.

A PFT teszt mutatói és az ACHO skála között mért korrelációk tendenciájukban ugyancsak alátámasztják a skála validitását: pozitív összefüggés mutatkozott az extrapunitív reakciók arányával (E%, r = 0.12); az agresszió befelé fordítását, elfojtását, illetve elaborálását kifejező intrapunitív (I%), impunitív (M%) és szükséglet-perzisztens (NP%) megoldásokkal viszont fordított korrelációt tapasztaltunk (r = -0.11, -0.11, illetve -0.12).

4.4 Szociális introverzió prímskála (Si')



4.4 ábra: *Az Si' skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Az Si klinikai alapskála tételátfedésektől megtisztított változata (*Welsh, 1952).* Alkalmas lehet a szociális introverzió tiszta, neurotikus és egyéb kórlélektani attitűdöktől mentes mérésére, s az introverzió-extraverzió személyiségdimenziónak a normál személyiségtartományban való jellemzésére.

A skála eloszlása a magyar népességben férfiaknál kisebb egyenetlenségekkel, nőknél jól közelíti a normális eloszlást (*4.4 ábra*). Az iskolai végzettséggel fordított összefüggést mutat (*ld. 4.4 táblázat a 106. oldalon*), s ugyancsak fordítva korrelál a skála a szociális siker egyik mutatójaként használt fizetés mérőszámmal (r = -0.19). A TBZ-mintákban az Si' skála hasonló megoszlást

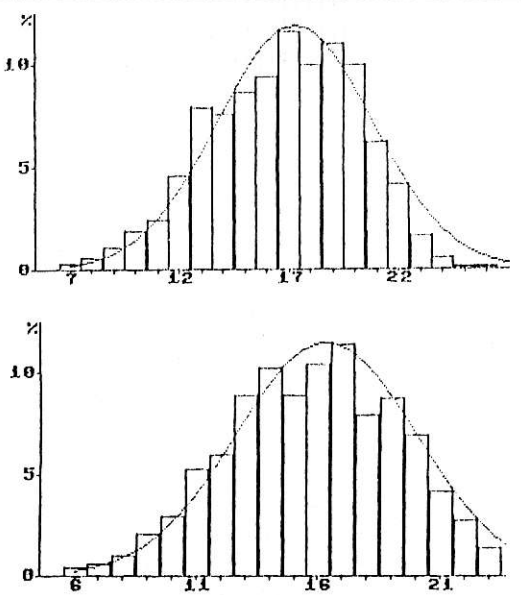
mutat, mint az Si klinikai alapskála: valamennyi deviáns csoport átlagértéke szignifikánsan magasabb, bár a különbségek nem érik el az Si alapskálánál megfigyelt értékeket (*4.4 táblázat*).

4.5 Dominancia skála (DoD)

A skálát a társas viselkedés jellemzésére dolgozta ki *Gough, McClosky és Meehl (1951)*, főiskolai hallgatókból álló mintán. A skálába beválasztott 60 tételből 28 származott az MMPI kérdőívből, és utóbbiakat mint külön MMPI alskálát is használatba vették. Az MMPI-alskála a konstrukciós validitási vizsgálatban a két nem esetében 0.597, illetve 0.411 mértékű korrelációt mutatott a domináns szociális viselkedés független mutatójával, amit a csoporttársak által adott jellemzés alapján határoztak meg.

4.4 Táblázat: *Az Si' skálára vonatkozó eredmények*

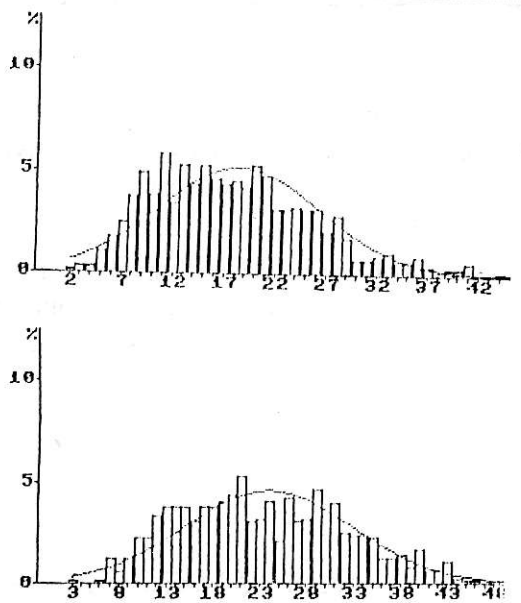
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**19.87**	**23.52**
	Szórás	5.88	6.18
	Skewness	0.38	0.08
	Curtosis	-0.20	-0.33
	Minimum	4	4
	Maximum	39	39
B	*U. S. A.*[*]	18.35	21.16
	U. S. A.[c]	**19.95**	**23.00**
C	0 - 7 általános	22.45	25.38
	8 általános	19.51	23.74
	Szakmunkásképző	19.91	23.41
	Érettségi	19.45	22.34
	Felsőfokú	17.18	22.00
E	Bűnözők	22.04	24.97
	Pszich.betegek	22.92	25.19
	Suicid	23.03	24.48
	Alkoholisták	22.39	25.96



4.5 ábra: *A DoD skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

4.5 Táblázat: *A DoD skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**16.76**	**15.73**
	Szórás	3.37	3.48
	Skewness	-0.25	-0.17
	Curtosis	-0.39	-0.47
	Minimum	7	6
	Maximum	26	23
B	*U. S. A.*[*]	14.32	13.49
	U. S. A.[c]	**15.42**	**14.53**
C	0 - 7 általános	14.69	14.50
	8 általános	16.20	14.89
	Szakmunkásképző	16.56	15.61
	Érettségi	17.89	17.17
	Felsőfokú	18.82	17.40
E	Bűnözők	13.84	12.84
	Pszich.betegek	15.33	14.62
	Suicid	13.88	12.95
	Alkoholisták	13.76	13.04



A skála a magyar népességben közelítőleg normális eloszlású (*4.5 ábra*). Igen erős pozitív korrelációt mutat az iskolai végzettséggel ($r = 0.28$ a standardizálási mintán és 0.29 a teljes mintán); a magasabb iskolázottságúak átlaga eleve jóval magasabb (*4.5 táblázat*). A szociális fölény, határozottság és önérvényesítés e mutatóján valamennyi TBZ-minta átlaga szignifikánsan elmarad a normál populációétól, még akkor is, ha a statisztikai próbában kiküszöböljük a minták eltérő iskolázottságának hatását. Ugyancsak szignifikáns pozitív korrelációt mutat a DoD skála az intelligenciaszint mutatóival ($r_{IQ} = 0.32$, $r_{VQ} = 0.33$, $r_{PQ} = 0.25$).

4.6 Függőség skála (Dy)

A skálát az MMPI tételek tartalmának elemzésével, racionális megfontolások alapján állította össze *Navran (1954)*. Célja az

4.6 ábra: *A Dy skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

érzelmi dependencia, emocionális éretlenség és az ezzel összefüggő, önállótlanságra való hajlam mérése.

A skála a magyar népességben meglehetősen egyenetlen, balra ferde eloszlást követ *(4.6 ábra)*. Az iskolai végzettséggel igen erős fordított kapcsolat mutatkozik, különösen férfiaknál *(4.6 táblázat)*. Valószínű, hogy a Dy skála és az intelligencia mutatói között mért szignifikáns fordított korreláció (r_{IQ}=-0.22, r_{VQ}=-0.20, r_{PQ}=-0.21) is összefügg ezzel. Fordítottan korrelál a Dy skála értéke a vsz.-ek munkahelyi fizetésével is (r=-0.23).

4.6 Táblázat: *A Dy skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**17.92**	**23.38**
	Szórás	7.78	8.85
	Skewness	0.56	0.28
	Curtosis	-0.05	-0.62
	Minimum	2	3
	Maximum	44	49
B	*U. S. A.*[*]	18.27	22.64
	U. S. A.[c]	**19.28**	**23.90**
C	0 - 7 általános	22.32	24.90
	8 általános	18.41	24.64
	Szakmunkásképző	17.79	24.12
	Érettségi	16.56	20.96
	Felsőfokú	14.70	22.43
E	Bűnözők	26.06	32.03
	Pszich.betegek	25.06	28.69
	Suicid	28.16	32.66
	Alkoholisták	27.22	32.12

A TBZ-mintákat tekintve, valamennyi csoport jelentősen felülmúlja a normál minta átlagértékét *(4.6 táblázat)*. Különösen az öngyilkosok produkáltak kiugró skálaértékeket. Nehéz azonban eldönteni, hogy az ő esetükben a magas Dy érték az alkalmazkodási zavart provokáló személyiségdiszpozícióra, vagy pedig csupán a krízisállapottal járó elesettségre, kiszolgáltatottságra és segítségvárásra utal-e.

A skála validitását erősíti az a tény is, hogy pozitívan korrelál a PFT próba »E'« típusú megoldásaival (r=0.16). E válaszok ugyanis az önálló helyzetmegoldási erőfeszítések hiányát, a sérelmeknél való puszta megtapadást jelzik.

4.7 Altruizmus skála (Mf3)

Az Mf (maszkulinitás-feminitás) skála egyik alskálája. *Pepper és Strong (1958)* az Mf skála tételeivel kapcsolatban végzett tételbecsléses

4.7 Táblázat: *Az Mf3 skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**3.91**	**3.97**
	Szórás	1.66	1.72
	Skewness	-0.17	0.00
	Curtosis	-0.51	-0.76
	Minimum	0	0
	Maximum	8	8
B	*U. S. A..*	**3.98**	**4.43**
C	0 - 7 általános	3.20	3.69
	8 általános	3.57	3.55
	Szakmunkásképző	3.72	3.85
	Érettségi	4.47	4.51
	Felsőfokú	5.12	4.74
D	Budapest	4.42	4.10
	Megyei város	4.37	4.36
	Város	4.17	4.20
	Község	3.59	3.79
E	Bűnözők	3.68	3.44
	Pszich.betegek	4.51	4.48
	Suicid	3.92	3.82
	Alkoholisták	3.42	3.74

vizsgálata során öt, a skálában reprezentált tartalmi kört tudtak elkülöníteni, amelyek mérésére egy-egy külön alskálát konstruáltak. Ezek közül a jelen vizsgálatban egy, az »*altruizmus*« skála került standardizálásra.

Maga a skála nem kimondottan nemekre jellemző attitűdöt mér, hanem inkább a szociális környezethez való viszonyulásmódot. A magas értéket adó személyeket jóindulat, segítőkészség, a mások problémáival való azonosulás, empátia, megértés, felelősségtudat jellemzi. Az alacsony skálaértékek viszont magának való, önző, elzárkózó, intoleráns személyiségre utalhatnak. Érdekes volt ezért a kutatók számára, hogy vajon a beilleszkedési zavarokban szenvedő vizsgálati csoportok hogyan reagálnak ennek a skálának a kérdéseire.

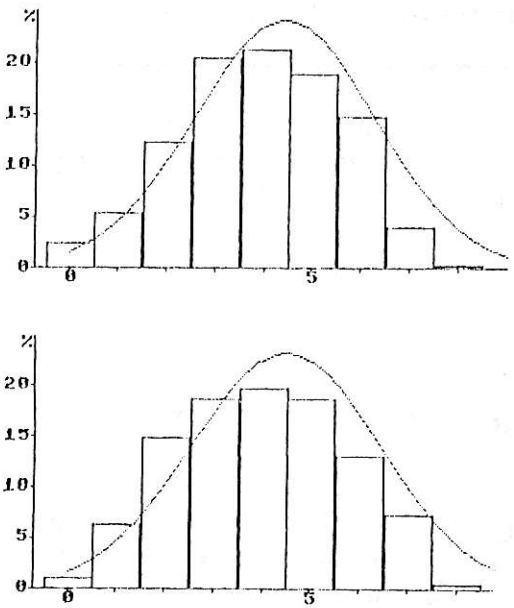
A skála a magyar népességben szimmetrikus, a normális eloszláshoz képest kissé laposabb eloszlást mutatott (*4.7 ábra*). A TBZ-mintákban a bűnözők és az alkoholisták adták a legalacsonyabb értékeket, ezek az eredmények alátámasztják a skála validitását. Igen gazdag a skála egyéb összefüggésrendszere, ami arra utal, hogy valójában elsősorban a normál tartományba eső személyiség jellemzésére alkalmas.

Szignifikáns fordított korrelációt mutat az életkorral (r=-0.15), az iskolázottsággal viszont szoros pozitív összefüggés mutatkozik (r=0.25 a standardizálási mintán és 0.28 a teljes mintán). Különösen az érettségizett rétegtől felfelé emelkedik meg a skála értéke (*4.7 táblázat*). Ugyan-

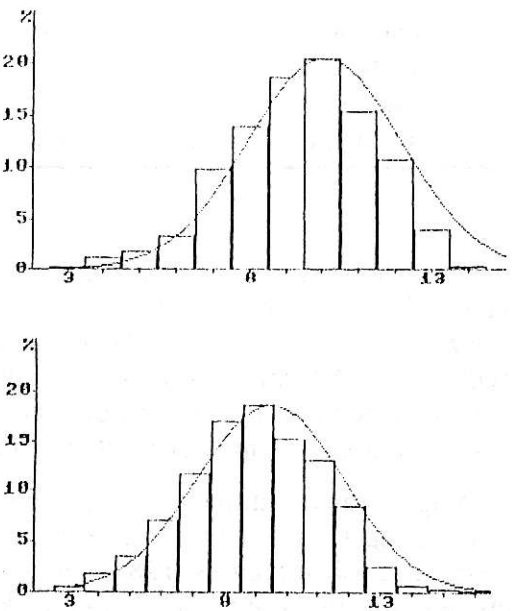
csak pozitívan korrelál a skála az intelligencia mutatóival ($r_{IQ} = 0.24$, $r_{VQ} = 0.24$, $r_{PQ} = 0.20$).

A vidéki településeken, különösen a községekben elmarad a skála átlagértéke attól, mint amit a fővárosban, vagy a nagyobb városokban tapasztalhatunk (*4.7 táblázat*).

Nagyon sok szignifikáns korrelációt kaptunk az Mf3 skála és a Képes Frusztráció Teszt (PFT) mutatói között, amelyek tendenciájukban ugyancsak összhangban vannak az Mf3 skála altruisztikus attitűdként való értelmezésével. Az agresszív megoldásokkal (»E«) és az extrapunitív megoldások arányával (E%) fordított a korreláció ($r = -0.18$, illetve -0.17), viszont a megértést, toleranciát, jószándékot kifejező és feltételező »M« és impunitív (M%) megoldásokkal az összefüggés pozitív ($r = 0.14$, illetve 0.21).



4.7 ábra: *Az Mf3 skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



4.8 ábra: *Az EMPA skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

4.8 Empátia skála (EMPA)

A skálát a szociális percepció egyik alapvető összetevőjének mérésére dolgozta ki *Hogan (1969)*. A skála magas értéke az együttérzés, rezonancia, beleélőképesség, elfogadó rokonszenv, megértő attitűd jellemzője. A szélsőségesen alacsony skálaértékek egoista, elidegenítő, vagy magába zárkózó, decentrálásra képtelen, önközpontú személyiségre utalhatnak. Kórlélektani állapotokban gyakran sérül az empátia képessége, a szorongás, vagy a saját problémákra való túlzott beszűkülés miatt.

4.8 Táblázat: *Az EMPA skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**9.44**	**8.96**
	Szórás	1.95	2.14
	Skewness	-0.34	-0.08
	Curtosis	-0.09	-0.17
	Minimum	3	3
	Maximum	14	16
B	*U. S. A.*[*]	7.77	7.76
	U. S. A.[c]	**8.26**	**8.24**
C	0 - 7 általános	8.30	8.01
	8 általános	9.16	8.67
	Szakmunkásképző	9.41	8.93
	Érettségi	10.01	9.67
	Felsőfokú	10.27	9.96
D	Budapest	9.73	9.11
	Megyei város	10.37	9.83
	Város	9.45	9.12
	Község	9.18	8.69
E	Bűnözők	9.44	8.30
	Pszich.betegek	9.66	8.88
	Suicid	9.78	8.32
	Alkoholisták	9.04	8.78

Az empátia skála magyar átlagértékei kissé meghaladják az amerikai átlagot. A skála eloszlása a normális eloszlást igen jól megközelíti (*4.8 ábra*). Az életkorral igen erős fordított összefüggés ($r = -0.24$ a standardizálási és -0.20 a teljes mintán) mutatkozik, míg az iskolázottsággal pozitív a korreláció ($r = 0.24$, illetve 0.20; ld. a *4.8 táblázatot*). Ugyancsak pozitív az intelligenciaszint és az empátia skála közötti kapcsolat ($r_{IQ} = 0.25$, $r_{VQ} = 0.25$, $r_{PQ} = 0.21$).

A lakóhelyi rétegkülönbségek az EMPA skála értékét is szignifikánsan befolyásolják (*4.8 táblázat*): a vidéki kistelepüléseken lényegesen alacsonyabbak az átlagok, mint a városokban, a legmagasabb értékeket a megyei városokban tapasztaltuk. A deviáns mintákban ugyanakkor a skála-

értékek nem különböznek jelentős mértékben a standardizálási mintától.

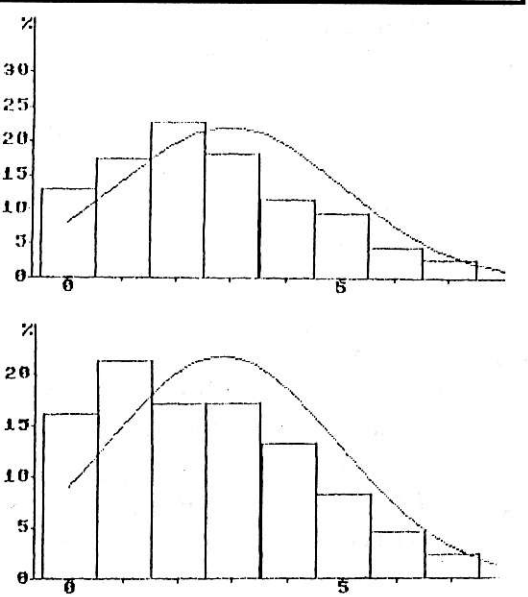
A PFT teszt mutatóival való összefüggések mintázata igen hasonló ahhoz, mint amit az altruizmus skála esetében tapasztaltunk: az agresszív (»E«) és extrapunitív (E%) megoldásokkal az EMPA skála fordított (r = -0.13, illetve -0.12), az empátiás megértést (»M«), impunitív attitűdöt kifejező válaszokkal (M%) viszont szignifikáns pozitív kapcsolatot mutat (r = 0.13, illetve 0.14).

4.9 Cinizmus skála (Cy)

A cinizmus skála egyike a *Comrey (1958a)* által kidolgozott számos skálának, amelyeket az MMPI tételeire alkalmazott faktoranalízissel vezetett le. A cinizmus skála tételei a disszimulatív-tünetelleplező attitűdnek azt

4.9 Táblázat: *A Cy skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**2.58**	**2.44**
	Szórás	1.82	1.85
	Skewness	0.49	0.50
	Curtosis	-0.45	-0.56
	Minimum	0	0
	Maximum	7	7
B	*U. S. A.*	**2.95**	**3.10**
C	0 - 7 általános	2.19	2.06
	8 általános	2.42	2.15
	Szakmunkásképző	2.28	2.41
	Érettségi	3.00	2.81
	Felsőfokú	4.00	3.74
E	Bűnözők	2.12	2.08
	Pszich.betegek	3.48	3.18
	Suicid	2.38	2.16
	Alkoholisták	2.22	2.22



4.9 ábra: *A Cy skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

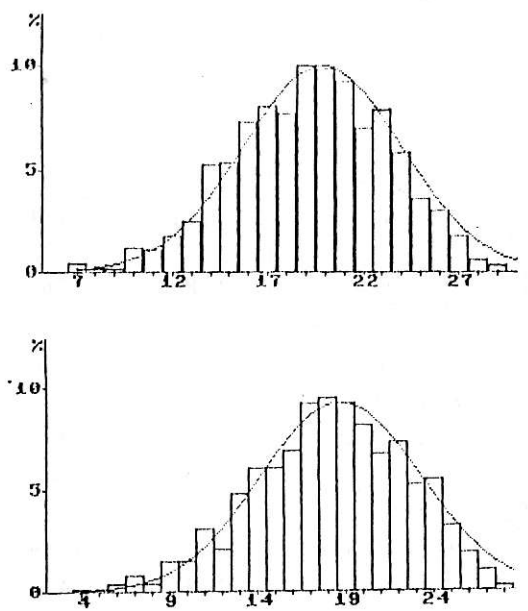
az összetevőjét mérik, amelyek a bagatellizáló, a problémákat eljelentéktelenítő, ugyanakkor távolságtartó, kívülmaradó, a személyes részvételt hárító viszonyulásmódban nyilvánul meg.

A skála a magyar populációban balra ferde eloszlást követ (*4.9 ábra*). Értékét a demográfiai tényezők közül az iskolai végzettség befolyásolja jelentősen (*4.9 táblázat*): a cinizmus skála által mért attitűd elsősorban a magas iskolázottságú rétegek sajátja. A skála és az iskolai végzettség között mért korreláció r = 0.25 a standardizálási és 0.26 a teljes mintán.

A TBZ csoportok közül egyedül a pszichiátriai betegek adtak az egészséges populációét szignifikánsan meghaladó átlagértéket (*4.9 táblázat*). Ez talán az indulattalanító, a problémákat bagatellizáló, konfliktuskerülő, racionalizáló elhárítás nagyobb előfordulási gyakoriságával, illetve e minta viszonylag magas átlagos iskolai végzettségével lehet összefüggésben.

Hasonló képet mutat a skálának a PFT-próbával mért összefüggésrendszere is: az agresszív (»E«) és extrapunitív megoldásokkal (E%) szignifikáns negatív (r = -0.14 és -0.11), míg a bagatellizáló, felmentő, impunitív válaszokkal (M%) pozitív (r = 0.12 és 0.15) kapcsolatot észleltünk.

4.10 Tolerancia skála (To)



A tolerancia skálát *Gough (1957)* dolgozta ki azon MMPI skálák sorában, amelyekkel az egészséges személyiségnek a normál személyiségtartományban való alkalmazkodását kívánta mérhetővé tenni. A

4.10 ábra: *A To skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

skála a hasonló nevű CPI skála megfelelője. A skála kidolgozásakor *Gough* a tolerancia fogalmát annak társadalmi értelmében kezelte, mint a saját értékektől, normáktól, szokásoktól, viselkedéstől eltérő társadalmi képződményekkel szembeni nyitott, elfogadó, azzal együttélni tudó attitűdnek a kifejeződését. A magasabb tolerancia egyben az értékrend, az ítéletalkotási sémák nagyobb komplexitását, ellentmondás-tűrését is kifejezi. Az alacsony tolerancia nemcsak feszültebb együttélésre utal, hanem jelezheti a merev, autokratikus, egyszerű szabályrendszerek szerint működő társadalmi struktúrákhoz való vonzódást, előítéletességet, a kisebbségekkel szembeni diszkrimináló attitűdöt is.

A skála a magyar népességben igen jól megközelíti a normális eloszlást (*4.10 ábra*). Az életkorral enyhe, de szignifikáns fordított összefüggésben áll (r = -0.11). Igen szoros pozitív összefüggés mutatkozik ugyanakkor a tolerancia skála és az iskolázottság (r = 0.29, illetve 0.30 a különféle mintákon), valamint az intelligenciahányados között (r_{IQ} = 0.32, r_{VQ} = 0.31, r_{PQ} = 0.27), jelezve, hogy a To skála által mért attitűd is inkább sajátja a magasabb iskolai végzettségű és intelligensebb személyeknek. Ugyanakkor a TBZ-minták mindegyikének az átlaga szignifikánsan elmarad a standardizálási minta átlagától, még akkor is, ha az életkor és az iskolai végzettség hatását kiküszöböljük (vö. *4.10 táblázat*). A To skála által mért tolerancia szint különösen a bűnöző, öngyilkos és alkoholista csoportokban igen alacsony.

A To skála pozitívan korrelál a PFT teszt frusztrációkat bagatellizáló impunitív válaszaival (M%, r = 0.20), valamint az empátia, szociális tolerancia jegyeként értelmezett »M« válaszokkal (r = 0.13). Az

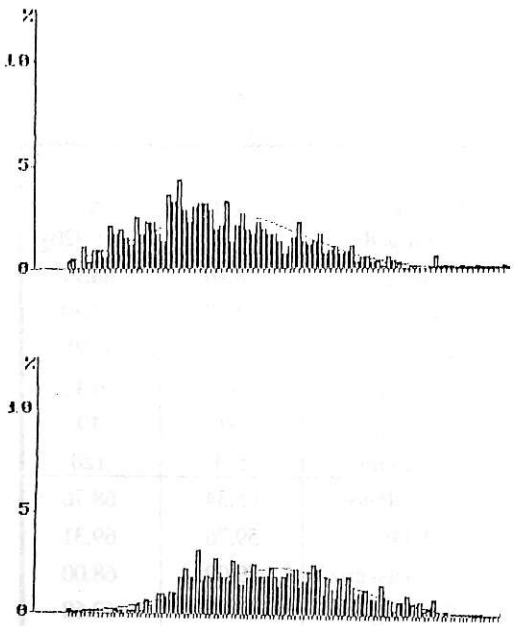
4.10 Táblázat: *A To skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**19.26**	**18.12**
	Szórás	4.01	4.36
	Skewness	-0.20	-0.29
	Curtosis	-0.24	-0.24
	Minimum	7	4
	Maximum	29	28
B	*U. S. A.*[*]	16.04	15.84
	U. S. A.[c]	**17.82**	**17.60**
C	0 - 7 általános	17.61	16.44
	8 általános	18.57	17.16
	Szakmunkásképző	18.83	18.02
	Érettségi	20.58	19.72
	Felsőfokú	21.88	20.70
E	Bűnözők	15.51	14.20
	Pszich.betegek	18.51	17.49
	Suicid	16.31	14.16
	Alkoholisták	15.67	14.53

agresszív »E« (r = -0.13), valamint extrapunitív megoldásokkal (E%, r = -0.14) viszont fordított kapcsolatban áll. Ezek az eredmények összhangban vannak a skála feltételezett validitásával.

4.11 Represszió-Szenzitizáció skála (RESE)

A skálát *Byrne (1961)* dolgozta ki a perceptuális elhárítás egyedspecifikus típusainak mérésére. Kutatási eredményei szerint *(Byrne, 1964)* a pszichológiailag fenyegető, szorongáskeltő, vagy az egyén önképének konzisztenciáját veszélyeztető ingerekkel szemben az emberek általában kétféleképpen védekeznek: vagy csökkentik az adott inger iránti érzékenységüket, elhárítják azt, elfojtják, igyekeznek nem tudomást venni róla; vagy pedig éppen ellenkezőleg, érzékenységük felfokozódik, mintegy »készenlétbe helyezkednek« a fenyegető ingerrel való aktív megbírkózásra. Bár az első kísérleteket kimondottan a perceptuális elhárítás területén végezték, kimutatva, hogy pl. tachisztoszkópos kísérletekben az inger-anyag konfliktusterheltsége hatására egyeseknek nő, másoknak csökken a felismerési küszöbe, később kiderült, hogy a legtöbb ember e viselkedési módja másfajta helyzetek megoldására is kihatással van, s az emberek ebből a szempontból két általános típusba sorolhatók. Az elhárító, problémakerülő típust nevezték el *»represszornak«* (ami szó szerint »elfojtót« jelent); a fokozott érzékenységgel, a problémákra kiélezett figyelemmel reagáló típust pedig *»szenzitizátornak«* (»kiérzékenyítő nek«). A represszor típust társas magatartásában is a nyílt konfliktusok kerülése: konformizmus, szociabilitás,



4.11 ábra: *A RESE skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

kompromisszumkészség, optimizmus jellemzi; a szenzitizátorok ezzel szemben pesszimisták, túlérzékenyek, sértődékenyek, rosszabb kapcsolatkészséggel rendelkező személyek. A perceptuális elhárításmód a tapasztalatok szerint összefügg a kórlélektani történésekkel is: pszichés megbetegedés esetén a represszorok tünetképzését gyakrabban jellemzi az elfojtásos elhárításon, szomatizáción, externalizáción alapuló pszichodinamika, míg a szenzitizátorok a szorongásos, depressziós, internalizációs kórképekben gyakoribbak.

A RESE skála magas értékei a szélsőséges szenzitizátor, átlagosnál alacsonyabb értékei pedig a represszor attitűdöt jelzik. Jelentéstartalma szoros összefüggést mutat az MMPI pszichaszténia (Pt) és manifeszt szorongás (At) skáláival, amit az e skálákkal mért magas korrelációk, s a sok közös tétel is kifejez (vö. pl. *Sullivan és Roberts, 1969*). Amint azt *Steele (1969)* kísérletileg kimutatta, az MMPI Hy-Pt tengelye maga is összefügg a preferált perceptuális elhárításmóddal: a magas hiszteroiditás skálaérték az ingerkizáró, a magas Pt skálaérték viszont az ingerbevonó védekezési móddal járnak inkább együtt. Nem lehet tehát csodálkozni azon, hogy a RESE skála az MMPI A, Pt, At skálái által meghatározott »szorongásosság« tengelyhez tartozik, míg alacsony (represszor) értékei a hisztéria skála magas értékeivel járnak együtt.

Bár az MMPI represszió-szenzitizáció skáláját *Byrne, Barry és Nelson (1963)* alaposan revideálták és a rendkívül magas tételszámot 127-re csökkentették, a magyar standardban a TBZ-kutatók által preferált eredeti változatot alkalmaztuk.

A skála eloszlása a magyar populációban meglehetősen egyenetlen (*4.11 ábra*). A háttértényezők közül a skála értékét az iskolázottság befolyásolja jelentősen: az alacsony végzettségűek a skála szenziti-

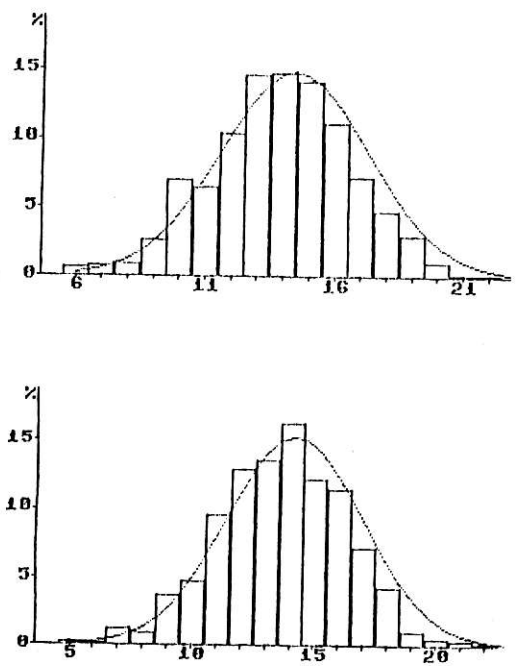
4.11 Táblázat: *A RESE skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**58.80**	**66.99**
	Szórás	14.87	17.50
	Skewness	0.58	0.39
	Curtosis	0.09	-0.41
	Minimum	30	19
	Maximum	113	120
C	0 - 7 általános	65.34	68.76
	8 általános	59.76	69.31
	Szakmunkásképző	59.09	68.00
	Érettségi	56.32	62.68
	Felsőfokú	51.85	64.91
E	Bűnözők	75.72	88.61
	Pszich.betegek	72.44	80.65
	Suicid	80.32	87.62
	Alkoholisták	76.86	85.12

zátor, a magas végzettségűek a represszor pólusa felé tolódnak el (*4.11 táblázat*). Fordított korrelációt mutat a skála a vsz. fizetésével (r = -0.17, a represszorok többet keresnek).

A TBZ-minták mindegyike szignifikánsan magasabb átlagokat produkált, mint a normál népesség. Különösen az öngyilkos csoportok, valamint a nő bűnözők szenzitizátor pontszámát találtuk kiugrónak. A suicidiumot elkövetők magas RESE pontértéke jól összefüggésbe hozható a skála alapértelmezésével, amennyiben azt jelzi, hogy e személyek nem tudják pszichés konfliktusaikat elfojtással, feszültségelhárítással kezelni, hanem éppen ellenkezőleg, problémáikra és terheléseikre fokozott érzékenységgel reagálnak.

4.12 Sikerélmény skála (Ae)



4.12 ábra: *Az Ae skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A skála *Altus (1948)* nevéhez fűződik. A skálát egyetemi tanulmányaikat sikerrel vevő, illetve rosszul teljesítő hallgatók MMPI-válaszainak összehasonlítása alapján alkotta meg. Így az nem is annyira sikerélményt mér – bár a jól tanuló diákoknak nyilván több a sikerélménye, mint kibukó társaiknak –, hanem inkább az egyetemi tanulmányi követelményekhez való alkalmazkodás képességét (»*Achievement-efficiency*«). Nyilván nem véletlen, hogy a skála a vsz.-ek intelligenciahányadosával is pozitívan korrelált.

A skála eloszlása a magyar népességben jól közelíti a normális eloszlást (*4.12 ábra*). Meglepő eredmény volt, hogy az iskolai

végzettség sok más skálától eltérően nem befolyásolja az Ae skála értékét, amit valid skála esetén itt okkal elvárhatnánk. A demográfiai változók közül egyedül a lakóhelyi rétegmegoszlás idéz elő kisebb ingadozásokat: a település lélekszámának a függvényében az Ae skála átlagértékei is kissé csökkennek. Az eltéréseknek azonban inkább csak statisztikailag van jelentőségük (*4.12 táblázat*).

4.12 Táblázat: *Az Ae skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**13.89**	**13.63**
	Szórás	2.70	2.63
	Skewness	-0.12	-0.12
	Curtosis	-0.08	0.10
	Minimum	6	5
	Maximum	22	22
B	*U. S. A.*[*]	10.57	10.38
	U. S. A.[c]	**12.49**	**12.27**
D	Budapest	14.63	14.43
	Megyei város	14.51	13.90
	Város	14.18	13.59
	Község	13.45	13.34
E	Bűnözők	12.01	12.52
	Pszich.betegek	13.79	13.85
	Suicid	12.29	12.25
	Alkoholisták	12.39	12.45

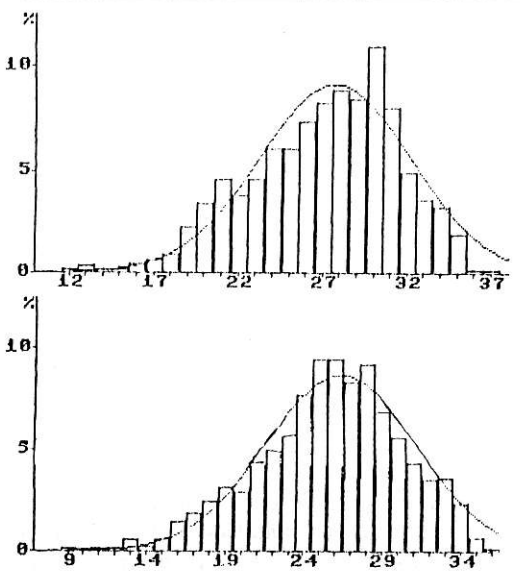
A TBZ-minták közül a bűnöző, alkoholista és öngyilkos csoport átlaga szignifikánsan elmarad a normál és a pszichiátriai beteg csoporttól (*4.12 táblázat*). Ez azonban önmagában kevés adat ahhoz, hogy megalapozza a skála validitását, különösen, mert több olyan összefüggést sem kaptunk meg (pl. az intelligencia, vagy a szociális siker mutatóival), amire elméletileg számítani lehetne. Amíg további eredmények nem születnek, a skála értelmezésével óvatosnak kell lenni.

4.13 Intellektuális hatékonyság skála (Ie)

A mutatót *Gough (1953)* dolgozta ki az intellektuális teljesítménynek nem intelligenciateszt alapján történő előrejelzésére. Bár elvileg lehetséges tisztán intellektuális teljesítményt mérő kérdőívskálát szerkeszteni olyan tételekből, amelyek választási aránya korrelál az intelligenciahányadossal, az Ie skála nem annyira magát az intelligenciát méri, mint inkább azt, hogy a vizsgálati személy milyen hatékonysággal képes meglévő képességeit teljesítménybe fordítani, feladathelyzetben kamatoztatni. Ez ugyanis nemcsak a képességeknek, hanem nagymértékben egyéb, szemé-

4.13 Táblázat: *Az Ie skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**27.04**	**25.64**
	Szórás	4.36	4.61
	Skewness	-0.44	-0.38
	Curtosis	-0.17	-0.03
	Minimum	12	9
	Maximum	37	36
B	*U. S. A.*[*]	25.20	24.66
	U. S. A.[c]	**27.30**	**26.72**
C	0 - 7 általános	23.93	23.85
	8 általános	26.29	24.63
	Szakmunkásképző	26.91	25.58
	Érettségi	28.09	27.37
	Felsőfokú	29.83	28.21
E	Bűnözők	23.08	21.09
	Pszich.betegek	24.60	22.79
	Suicid	24.20	22.00
	Alkoholisták	22.78	21.76



4.13 ábra: *Az Ie skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

lyiségváltozóknak is függvénye (pl. szorongás, gátlás, kudarcorientáció, elutasító attitűd a teljesítményhelyzettel szemben, stb.).

A skála a magyar népességben többé-kevésbé normális eloszlású (*4.13 ábra*). Igen szorosan korrelál az iskolázottsággal ($r = 0.29$ mind a standardizálási, mind a teljes mintán), s a vsz. fizetése mutatóval is ($r = 0.20$). Elmondható tehát, hogy valóban méri a képességek teljesítményben történő kifejeződését. Igen magas korreláció mutatkozik az Ie skála és az intelligenciateszt feladatainak sikeres megoldása között is ($r_{IQ} = 0.41$, $r_{VQ} = 0.38$, $r_{IQ} = 0.37$). Ilyen szoros összefüggést igen ritkán észlelhetünk teljesen eltérő konstrukciós elven alapuló pszichológiai mérési módszerek között (mint amilyen a kérdőív és a teljesítményteszt). Vagy arról van tehát szó, hogy az intelligenciatesztek megoldását a

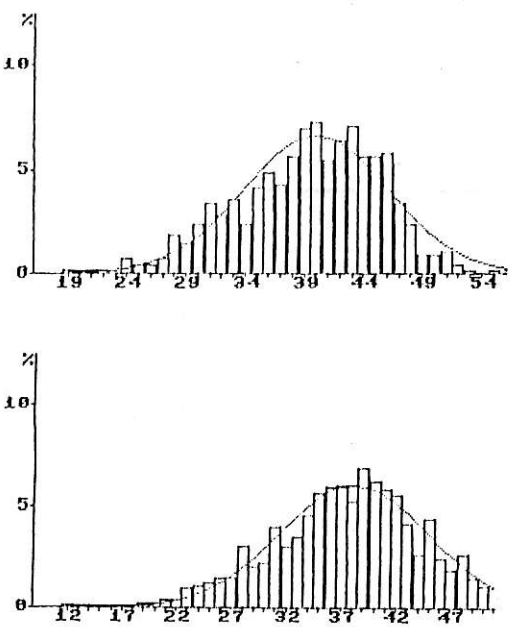
tényleges intellektuális képességeken kívül az eddig feltételezettnél sokkal döntőbb mértékben befolyásolják személyiségtényezők, vagy pedig arról, hogy az intelligencia döntő befolyással van bizonyos szociális attitűdökkel és viselkedésmintákkal való azonosulásra. Magából a korrelációból csak a kapcsolat tényét állapíthatjuk meg, további kutatások szükségesek azonban ahhoz, hogy az ok-okozatiság valódi összefüggésrendszerét feltárjuk.

A TBZ-mintákat tekintve, valamennyi csoport szignifikánsan elmarad a standardizálási mintától (*4.13 táblázat*), jelezve, hogy a képességek sikeres realizálása fontos összetevője a hatékony szociális alkalmazkodásnak.

4.14 Intellektuális kvóciens skála (IQ)

Az intellektuális hatékonyság skála továbbfejlesztett változata, amit újabb tételek bevonásával *Gough (1959)* 39-ről 59 tételre bővített, növelve ezzel a skála reliabilitását. Mérési tartománya ugyancsak a siker, a szociális érvényesülés egyik alapfeltétele: az, hogy mennyire tudja valaki képességeit feladathelyzetekben hatékonyan kamatoztatni és az érvényesülés szolgálatába állítani.

A skála eloszlása kisebb-nagyobb ingadozásokkal követi a normális eloszlást (*4.14 ábra*). Az empírikus összefüggések mintázata nagyon hasonló az Ie skáláéhoz: szoros pozitív kapcsolat az iskolázottsággal (*4.14 táblázat*), s



4.14 ábra: *Az IQ skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

4.14 Táblázat: *Az IQ skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**39.32**	**37.40**
	Szórás	6.02	6.62
	Skewness	-0.43	-0.33
	Curtosis	-0.11	-0.12
	Minimum	19	12
	Maximum	55	51
C	0 - 7 általános	36.07	34.86
	8 általános	37.91	35.54
	Szakmunkásképző	39.10	37.18
	Érettségi	38.40	40.35
	Felsőfokú	43.27	41.28
E	Bűnözők	33.07	30.37
	Pszich.betegek	36.27	33.83
	Suicid	34.66	31.58
	Alkoholisták	33.08	31.53

az Ie skálával azonos nagyságrendű, igen magas pozitív korreláció a teljesítmény-tesztekkel mért intelligenciahányadossal (r_{IQ} = 0.41, r_{VQ} = 0.39, r_{PQ} = 0.36). Ezek az összefüggések alapvetően alátámasztják a skála validitását. A TBZ-mintákban, az Ie skálához hasonlóan, valamennyi csoport elmaradását figyelhetjük meg a hasonló életkorú és iskolázottságú normál népességhez képest.

Az IQ skála igen sok szignifikáns összefüggést mutat a PFT-próba mutatóival. A magas IQ értékű személyek kevesebb extrapunitív reakciót (E%, r = -0.17), ezen belül kevesebb nyílt agresszív »E« választ (r = -0.15) és sértődékenységre, akadályhangsúlyozásra utaló »E'« megoldást (r = -0.14) adnak. Az IQ pontértékkel arányosan növekszik ugyanakkor az impunitív reakciók (M%, r = 0.18), ezen belül is elsősorban a szociális empátiát és a frusztrációk bagatellizálását, racionalizáló elhárítását kifejező »M« (r = 0.15), illetve »M'« válaszok (r = 0.12) arányával.

4.15 Eredetiség skála (OR)

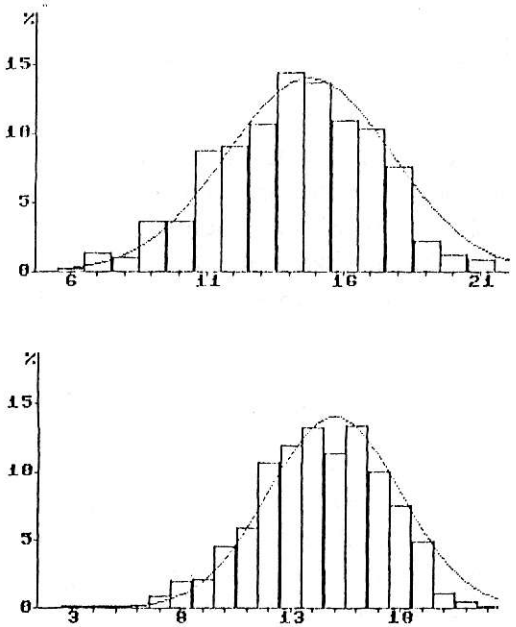
A *Gough (1957b)* által kidolgozott »*originalitás*« skála egyik előfutára volt annak a nagy kutatási hullámnak, amely főleg a 60-as évektől a nem konvergens feladatmegoldási tényezők: a kreativitás, eredetiség, hajlékonyság, új ötletek és lehetőségek meglátása, képzeletgazdagság szerepét felismerve újraértelmezte a kognitív teljesítmény pszichológiai fogalmát. Az OR skála a kreatív teljesítmény személyiséglélektani feltételeit: a rugalmasságot, toleranciát, nyitottságot, az új iránti vonzódást, ér-

deklődést, eredeti, szokatlan megoldásokra való készséget igyekszik felmérni.

A skála a magyar népességben közelítőleg normális eloszlású (*4.15 ábra*). A demográfiai háttértényezők a skála értékét nem befolyásolják jelentősen, viszont az intelligencia mutatóival szignifikáns pozitív összefüggést mutat ($r_{IQ} = 0.30$, $r_{VQ} = 0.30$, $r_{PQ} = 0.25$). Az OR skála értéke a deviáns csoportokban szignifikánsan elmarad a normál átlagtól (*4.15 táblázat*), jelezve az alkalmazkodás merevségét, rugalmatlanságát, az újjal szembeni nyitottság hiányát ezekben a csoportokban.

4.15 Táblázat: *Az OR skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**14.17**	**14.36**
	Szórás	2.85	2.86
	Skewness	-0.23	-0.26
	Curtosis	-0.24	-0.13
	Minimum	6	3
	Maximum	21	22
B	*U. S. A.*[*]	9.02	8.48
	U. S. A.[c]	**10.74**	**10.10**
E	Bűnözők	12.56	12.33
	Pszich.betegek	13.83	13.73
	Suicid	13.47	13.02
	Alkoholisták	12.19	12.14

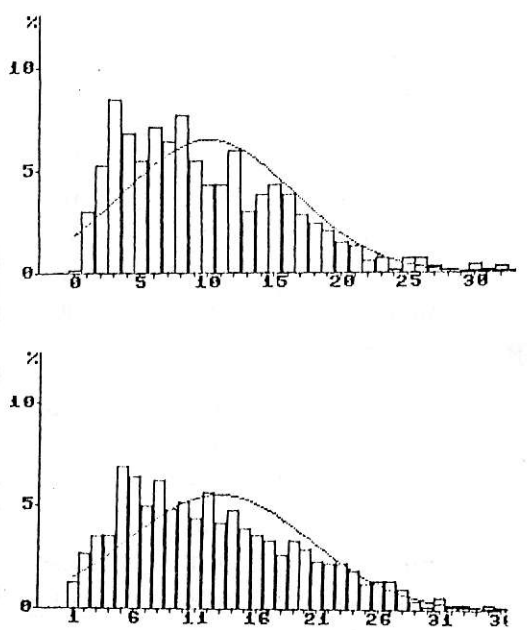


4.15 ábra: *Az OR skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

V. A kiegészítő neurózis-skálák standardizálására vonatkozó eredmények

5.1 Első faktor (szorongás) skála (A)

Az MMPI skálák faktoranalitikus vizsgálata már az első időktől kezdve következetesen kimutatta két faktor előfordulását. Az első, amit a Pt, Sc, olykor az F, Pa, Ma skálák súlyoznak, az irodalomban »pszichotikusság«, »szorongásosság«, »éngyengeség«, »általános alkalmazkodási zavar« elnevezéssel szerepel, s az MMPI-ben rendszerint a súlyosabb szimptomatológia mutatójának tekintik. A másik több szerző által kimutatott faktorban a klasszikus neurotikus skálák szerepelnek magas súllyal, s elnevezése ennek megfelelően »neurotikusság«, »elfojtás«, »belső konfliktusterheltség«. Bár a faktorok validitásával szemben több érv merült fel, pl. hogy a faktorok a skálák közötti tételátfedések következtében létrejött műtermékek, vagy hogy azok nem tüneti tartalmat, csak válaszstílus jellegzetességeket mérnek, az empírikus vizsgálatok nem igazolták, hogy ezek az ellenérvek valóban



5.1 ábra: *Az A skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

cáfolnák a faktorok érvényességét (a problémakör részletesebb feldolgozását ld. *Bagdy, Pressing, Bugán, Zétényi, 1986*).

A faktorok faktorpontszámmal történő mérése azonban túlságosan bonyolult számításokat igényel, amelyek a teszt gyakorlati alkalmazása során nem végezhetők el. Ez hívta életre az igényt olyan skálák kidolgozására, amelyek a többi MMPI-skálához hasonlóan, közvetlenül mérik a faktorpontszámot. E skálákat rendszerint az egyes faktorokkal erősen korreláló tételekből állították össze.

A *Welsh (1954)* által kidolgozott A skála az MMPI első főfaktorát méri. Magas értékei szorongásra, elidegenedésre, súlyosabb alkalmazkodási problémákra, a valóságfunkciók gyengülésére engednek következtetni. Kórlélektani esetben személyiségzavarra, pszichózisra, szorongásos neurotikus kórképekre jelenthet indikációt. A skála saját vizsgálati mintánkban igen szoros korrelációt mutatott a represszió-szenzitizáció, valamint a pszichaszténia skálákkal.

Az A skála eloszlása a magyar populációban erősen balra ferde (*5.1 ábra*). Az amerikai átlagértékek szokatlan módon meghaladják a hazaiakat (*5.1 táblázat*). Az A skála értéke szignifikáns fordított összefüggést mutat az iskolai végzettséggel ($r = -0.15$, illetve -0.16 a normál, illetve teljes mintán), a szociális sikert mérő fizetés mutatójával ($r = -0.18$, illetve -0.18), valamint az intelligenciaszint mutatóival is ($r_{IQ} = -0.24$; $r_{VQ} = -0.23$; $r_{PQ} = -0.22$). Eleve magasabb várható értékekkel számolhatunk tehát az alacsonyabb iskolázottságú, képzetlenebb, szociálisan hátrányosabb helyzetben lévő rétegeknél (*5.1 táblázat*).

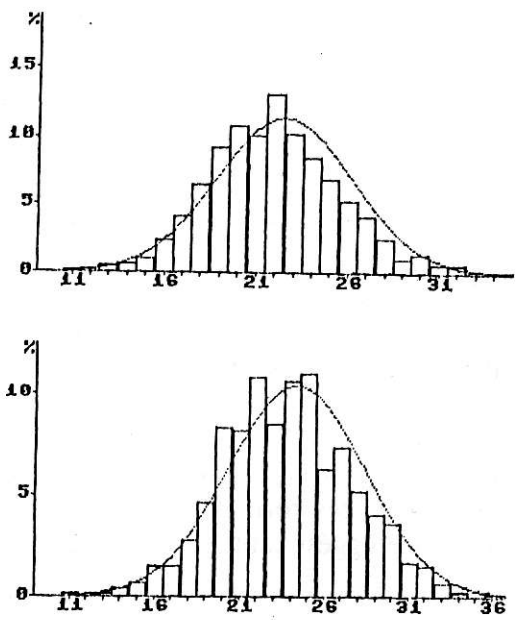
5.1 Táblázat: *Az A skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**9.72**	**12.56**
	Szórás	6.17	7.20
	Skewness	0.83	0.61
	Curtosis	0.40	-0.27
	Minimum	0	1
	Maximum	32	36
B	*U. S. A.*[*]	11.28	13.74
	U. S. A.[c]	**12.22**	**14.89**
C	0 - 7 általános	12.78	13.37
	8 általános	9.83	13.50
	Szakmunkásképző	9.76	13.27
	Érettségi	9.01	10.68
	Felsőfokú	6.38	11.13
E	Bűnözők	17.76	22.18
	Pszich.betegek	15.43	18.43
	Suicid	18.94	22.20
	Alkoholisták	17.24	20.75

A TBZ-minták mindegyike nagyságrenddel magasabb átlagértékeket produkált, mint a standardizálási minta (*5.1 táblázat*). A legkiugróbb szorongás skálaértéket az öngyilkos vizsgálati mintában tapasztaltuk, de a bűnöző és az alkoholista minta átlaga is igen magas. Ez összhangban van azzal, hogy a kóros övezetben az A skála elsősorban nem a neurotikus szorongásra, hanem a súlyosabb alkalmazkodási zavarokra érzékeny. A Képes Frusztráció Teszt (PFT) mutatói közül az A skála egyedül az E' válaszok számával, a sértődős érzékenység és panaszkodási hajlam mutatójával mutatott enyhe, de szignifikáns pozitív összefüggést (r = 0.13).

5.2 Szorongásos reakció skála (AR)

A skála a *Rosen (1952)* által kidolgozott újabb pszichopatológiai mutatók sorába tartozik. Kritériumcsoportja az akut szorongásos *neurotikus* tünetképződés. Magas értékei fóbiás panaszokkal, kóros félelmekkel, elbizonytalanodással, szorongásos pszichovegetatív tünetekkel, diszfóriával, a teljesítőképesség beszűkülésével járnak együtt.



5.2 ábra: *Az AR skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A skála a magyar népességben igen jól megközelíti a normális eloszlást (*5.2 ábra*). Szignifikánsan korrelál azonban az életkorral (r = 0.22 a normál mintán és 0.18 a teljes mintán), ami azt jelzi, hogy az idősebb vsz.-ek eleve több, az AR skálában foglalt tünetről számolnak be. Az iskolai végzettséggel nem lineáris, de szignifikáns összefüggés mutatkozik: a legalacsonyabb, 8 általánosnál kevesebb iskolai végzettségű személyek AR skálaértéke megemelkedik (*5.2 táblázat*).

A TBZ-csoportok közül viszont egyedül a pszichiátriai betegek átlaga haladja meg szignifikánsan a normál kontrollcsoportét (*5.2 táblázat*). Ez alátámasztja, hogy az AR skála klinikailag elsősorban a pszichiátriai kórképekben jelentkező szorongásra érzékeny.

5.2 Táblázat: *Az AR skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**21.97**	**23.78**
	Szórás	3.50	3.85
	Skewness	0.26	0.08
	Curtosis	0.14	-0.09
	Minimum	11	11
	Maximum	34	36
B	*U. S. A.*[*]	19.83	22.18
	U. S. A.[c]	**22.80**	**25.51**
C	0 - 7 általános	23.38	25.73
	8 általános	21.63	23.85
	Szakmunkásképző	21.77	23.54
	Érettségi	21.81	22.88
	Felsőfokú	21.72	22.98
E	Bűnözők	21.34	23.02
	Pszich.betegek	23.42	24.34
	Suicid	22.75	23.63
	Alkoholisták	21.66	23.08

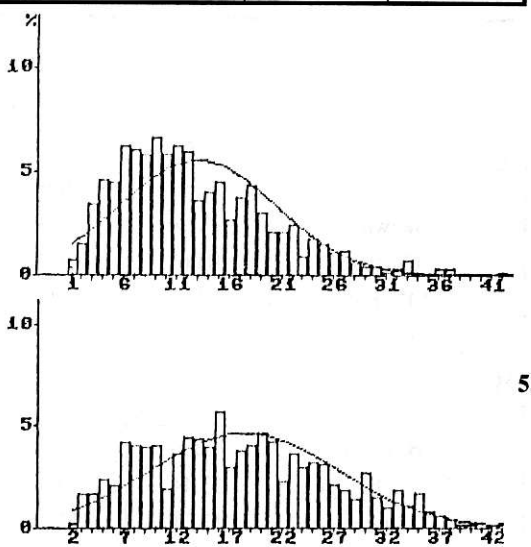
5.3 Manifeszt szorongás skála (At)

A skála eredeti elnevezése *Iowa Manifeszt Szorongás Skála*, és a szakirodalomban gyakran szerepel **MAS** rövidítéssel is. A skála *Taylor (1953)* nevéhez fűződik, s eltérően a legtöbb MMPI skálától, nem az empírikus skálakonstrukció elve alapján (vagyis nem a tételek empírikus kritériumokkal való korrelációiból kiindulva) dolgozták ki, hanem klinikai szakértők véleménye alapján válogatták össze azokat a tételeket, amelyekről úgy gondolták, hogy jellemzőek a szorongás klinikai tüneteiben szenvedő betegekre (*Taylor, 1951).* A skálának ez az első, »teoretikus« módon összeállított változata azonban nem elégítette ki a reliabilitás és validitás szigorúbb pszichometriai követelményeit, s ezért további átdolgozás után nyerte csak el végleges formáját. A tesztpontszám ilyen módon valóban verifikált összefüggést mutatott a szorongás klinikai tüneteivel.

A manifeszt szorongás skáláról később kiderült, hogy igen szorosan korrelál az MMPI egyéb olyan skáláival, amelyek önbeszámolón alapuló, tehát igen nyilvánvaló szorongástüneteket térképeznek fel, különösen a klinikai alapskálák közé tartozó Pt (pszichaszténia) skálával ($r=0.81$-0.92 közötti korrelációkat is megfigyeltek, ld. pl. *Deese, Lazarus* és *Keenen, 1953; Miller, Fisher és Ladd, 1967).* Pozitív korreláció észlelhető egyéb neurotikus skálákkal is, miközben a szomatizációs, elfojtásos típusú, kon-

5.3 Táblázat: *Az At skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**12.64**	**17.95**
	Szórás	7.20	8.72
	Skewness	0.87	0.36
	Curtosis	0.57	-0.59
	Minimum	1	2
	Maximum	42	43
B	*U. S. A.*[*]	12.57	16.30
	U. S. A.[c]	**13.37**	**17.34**
C	0 - 7 általános	16.13	19.72
	8 általános	12.87	18.64
	Szakmunkásképző	12.34	18.62
	Érettségi	11.87	15.84
	Felsőfokú	10.32	16.81
E	Bűnözők	21.68	27.50
	Pszich.betegek	21.49	26.26
	Suicid	22.88	28.59	
	Alkoholisták	21.61	26.04



5.3 ábra: *Az At skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

fliktuskizáró neurotikus mechanizmusokkal az At skála fordított összefüggésben van. *Deese és munkatársai (1953)* például szignifikáns fordított korrelációkat mutattak ki nemcsak az At és a Hy skálák, de az At és az *elfojtás*, valamint *optimizmus* MMPI-től független, önéletrajzi exploráció alapján becsült mutatói között is. Fordítottan korrelál az At a konfliktuskerülést, tünetelleplezést jelző K skálával is (*Kerrick, 1955*). A Pt és az At közötti szoros összefüggés ugyanakkor még az átfedő tételek kivétele után is megmaradt. Mivel e skálák rendszerint a faktoranalízisek eredményei szerint is egy faktor körül csoportosultak (ld. pl. *Millimet, 1970*), kézenfekvő volt a szorongásos reakciókészséget, illetve az elhárító-konfliktuskizáró neurotikus munkamódokat mint alternatív, egymást kizáró neurotikus megoldásmódokat konceptualizálni (*Eriksen és*

Davids, 1955). Ez az elgondolás nyert operacionális alátámasztást az At és Pt, ill. a hisztéria skálák fordított összefüggésében, aminek alapján Hy-Pt indexet is szoktak számolni.

Az At skála a magyar népességben a normális eloszláshoz képest laposabb, s balra ferde eloszlást követ (*5.3 ábra*). Átlaga az alacsonyabb iskolázottságú csoportokban lényegesen meghaladja a képzettebb rétegekét (*5.3 táblázat*). A vizsgálati személy fizetésével is fordítottan korrelál (r = -0.20, illetve -0.18).

A manifeszt szorongás skála értéke valamennyi TBZ-csoportban erősen meghaladja a normál övezetet, még az iskolázottságból eredő hatások korrigálása után is (*5.3 táblázat*). A skála értéke különösen az öngyilkos csoportban kiugró, jelezve, hogy az öngyilkossági kísérletek hátterében gyakran húzódik meg az akut szorongás, amelynek kezelésére nem állnak rendelkezésre hatékony intrapszichés mechanizmusok. A skála a PFT teszt mutatói közül is a tehetetlen akadályozottságot kifejező E' válaszokkal mutat szignifikáns korrelációt (r = 0.15).

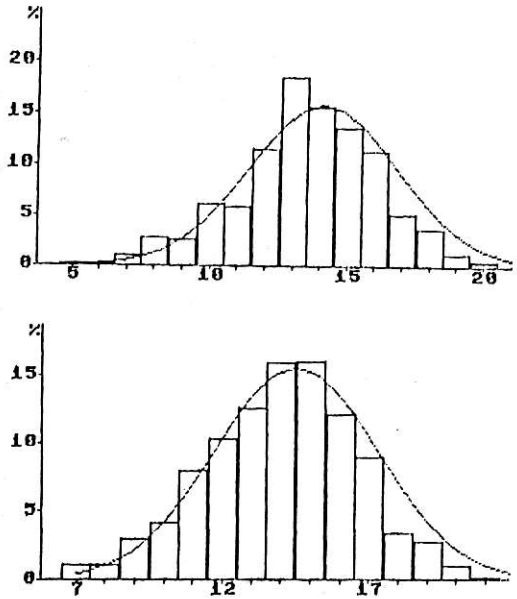
5.4 Depresszió prímskála (Dv)

A D klinikai alapskála tételátfedésektől megtisztított változata (*Welsh, 1952).* A standard D skála valamennyi egyéb skálával, de különösen a neurotikus skálákkal mutat jelentős átfedést. Részben ennek tudható be, hogy a magas D értékből nem lehet specifikus depresszió kórismét megállapítani, hanem az szinte minden pszichopatológiai állapotra jellemző lehet. A depresszió prímskála olyan tételekből tevődik össze, amelyek a depressziósokon kívül nem voltak más kritériumcsoportokra szignifikánsan jellemzőek. Kérdés

5.4 Táblázat: *A Dv skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**13.52**	**13.97**
	Szórás	2.54	2.59
	Skewness	-0.29	-0.20
	Curtosis	0.06	-0.12
	Minimum	5	7
	Maximum	20	21
B	*U. S. A.*	**10.28**	**11.21**
E	Bűnözők	12.66	13.26
	Pszich.betegek	13.44	13.58
	Suicid	13.51	13.23
	Alkoholisták	13.47	12.92

5.4 ábra: *A Dv skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



persze, hogy mennyire marad valid az így megtisztított skála, hiszen a depresszsiós tünetek gyakran valóban nagyon amorfak, általánosak, s előfordulásuk csak mesterkélten köthető valamely határozott kórlélektani kategóriához.

Erre vonatkozóan az új magyar standard is bizonytalanságban hagy bennünket: bár a skála jól megközelíti a normális eloszlást (*5.4 ábra*), az alkalmazkodási zavarban szenvedő csoportok egyike sem különbözik szignifikánsan sem egymástól, sem a normál kontrolltól (*5.4 táblázat*). A Dv skálával kapcsolatban empírikus korrelációt sem tapasztaltunk, az életkorral való enyhe pozitív összefüggést kivéve ($r = 0.15$). Kedvező pszichometriai tulajdonságai ellenére tehát használatát egyelőre korlátozza a validitási adatok hiánya, amelyek megmutatnák, hogy e skála pontosan mit is mér.

5.5 Szubjektív depresszió skála (Di)

Harris és Lingoes (1955) felfigyeltek arra, hogy az MMPI klinikai alapskálái sem tartalmilag, sem empírikusan nem homogének. Ez végülis nem is várható el a teszttől, hiszen maguk a skálákkal diagnosztizálni kívánt klinikai jelenségek sem homogének, hanem többféle tüneti és attitűdjellegzetességből tevődnek össze. A szerzők mindamellett kísérletet tettek arra, hogy az egyes klinikai skálákat tartalmilag és statisztikailag homogén alskálákra bontsák fel, amelyek segítségével az egyes tünetcsoportok a diagnózistól függetlenül, külön is mérhetők, ráadásul megbízhatóbban, nagyobb reliabilitással, mint maguk a heterogén diagnózisok.

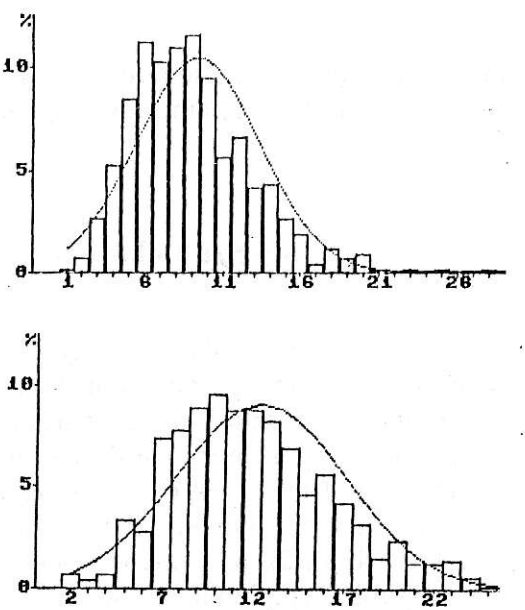
A teszt magyar standardjának elkészítésekor nem volt módunk valamennyi ilyen alskála standardizálására, azonban néhány, a kutatók számára érdekesebb mutató bekerült a kiválasztott battériába.

A D skála tételeit elemezve, *Harris és Lingoes (1955)* öt homogén tünetcsoportot tudtak elkülöníteni, s a »szubjektív depresszió« alskála az első ezek közül a faktorok közül. A faktor a depressziós tünetkör azon összetevőjét méri, hogy a kórállapot hogyan módosítja a beteg élményvilágát, szubjektív pszichés állapotát. A skála tételei a lehangoltság, kedvetlenség, szorongás, önbizalomhiány, pesszimizmus, elbizonytalanodás depresszív élményének introspektív megfogalmazásai.

A skála eloszlása a magyar népességben a normális eloszláshoz képest kissé »balra húz« (*5.5 ábra*).

5.5 Táblázat: *A Di skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**9.02**	**11.96**
	Szórás	3.84	4.42
	Skewness	0.89	0.48
	Curtosis	1.27	-0.11
	Minimum	1	2
	Maximum	28	25
B	*U. S. A.*	**6.97**	**8.55**
C	0 - 7 általános	12.49	14.30
	8 általános	8.92	12.42
	Szakmunkásképző	8.64	11.61
	Érettségi	8.04	10.49
	Felsőfokú	8.08	10.45
E	Bűnözők	13.03	15.89
	Pszich.betegek	13.12	15.68
	Suicid	13.54	16.48
	Alkoholisták	12.76	15.00

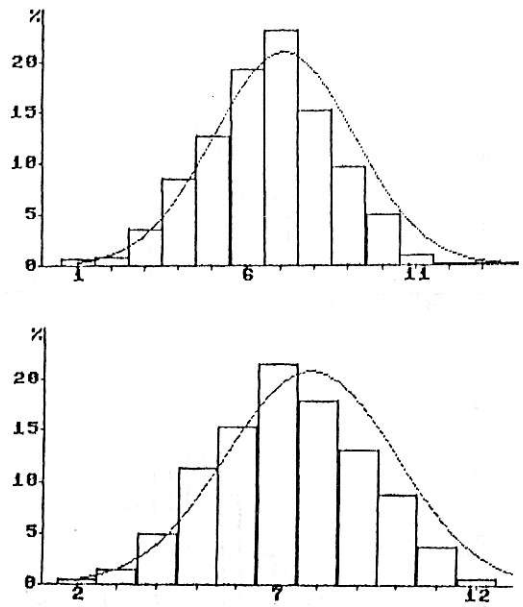


5.5 ábra: *A Di skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (jobbra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Empírikus korrelációi közül az iskolázottsággal való fordított kapcsolata figyelemre méltó, ami erősen megemeli a skála várható értékét az alacsonyabb iskolai végzettségű rétegekben (*5.5 táblázat*). A TBZ csoportok mindegyike lényegesen magasabb átlagértékeket produkált, mint a normál kontroll (*5.5 táblázat*). Különösen a pszichiátriai betegek és az öngyilkosok csoportjában kaptunk kiugró skálaértékeket (az átlagokat az iskolai végzettség hatásával korrigálva). Mivel a depresszív alaphangulat várhatóan ezekben a csoportokban hangsúlyozottabb, az eredmények alátámasztják a Di skála validitását.

5.6 Pszichomotoros retardáció skála (D2)

A *Harris és Lingoes* (1955) féle vizsgálat második depresszió alskálája. A depresszió azon tüneti összetevőjének a felmérésére irányul, amely az indítékszegénységből, a cselekvések meglassulásából, elbizonytalanodásából, a mozgásszegénységből, a reakciókészség csökkenéséből áll. Bár a skála elsősorban a depresszió egyik mutatója, értéke a reprezentált tünetek általánossága miatt más kórállapotokban – főleg szorongásos, idült pszichotikus, sőt bizonyos organikus betegségekben is – megemelkedhet.



5.6 ábra: *A D2 skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A skála eloszlása a magyar populációban igen jól megközelíti a normális eloszlást (*5.6 ábra*). A demográfiai háttértényezők a skála eloszlását nem befolyásolták lényegesen. A TBZ-csoportok közül viszont szignifikánsan magasabb értékeket észleltünk a pszichiátriai betegek mintájában – ott tehát, ahol a skála által

jelzett tünetek előfordulása elsősorban várható. Kisebb mértékben megemelkedett a férfi öngyilkosok átlagértéke is (*5.6 táblázat*).

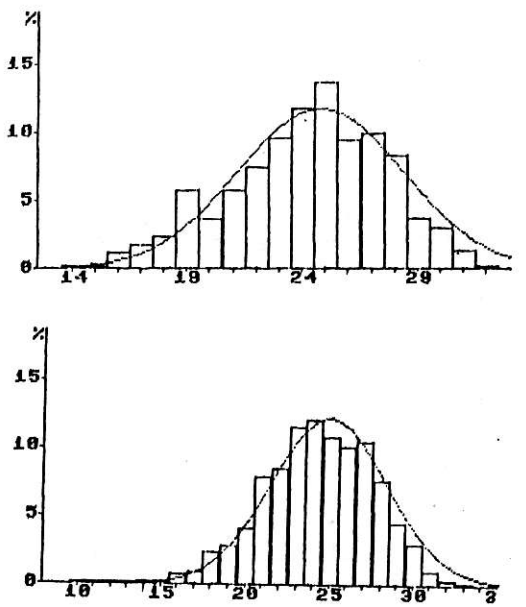
5.7 Depresszív reakció skála (DR)

A skálát *Rosen (1952)* dolgozta ki, elsősorban reaktív, neurotikus depressziós állapotok diagnosztizálására. Magas értékei diszfóriára, szorongásra, az akarati funkciók megbénulására, motivációcsökkenésre, elbizonytalanodásra, reményvesztésre utalnak. Gyakran jár együtt egzisztenciális válságtudattal, bűntudatossággal, feldolgozatlan konfliktusfeszültséggel.

A skála a standardizálási mintában közelítőleg normális eloszlást követ (*5.7 ábra*). Értéke az iskolai végzettséggel pozitívan korrelál ($r = 0.16$, illetve 0.19), tehát a magasabb iskolázottságú vizsgálati személyeknél magasabb. Különösen erőteljesen mutatkozik meg ez az összefüggés a férfiak körében (*5.7 táblázat*). A skála az intelligenciaszinttel is szignifikáns pozitív kapcsolatban van ($r_{IQ} = 0.21$; $r_{VQ} = 0.24$; $r_{PQ} = 0.16$), tehát

5.6 Táblázat: *A D2 skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**6.62**	**7.28**
	Szórás	1.91	1.91
	Skewness	-0.12	-0.03
	Curtosis	0.04	-0.35
	Minimum	1	2
	Maximum	13	12
B	*U. S. A.*	**5.29**	**5.89**
E	Bűnözők	6.73	7.26
	Pszich.betegek	7.42	7.62
	Suicid	7.09	7.05
	Alkoholisták	7.03	6.96



5.7 ábra: *A DR skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

5.7 Táblázat: *A DR skálára vonatkozó eredmények*

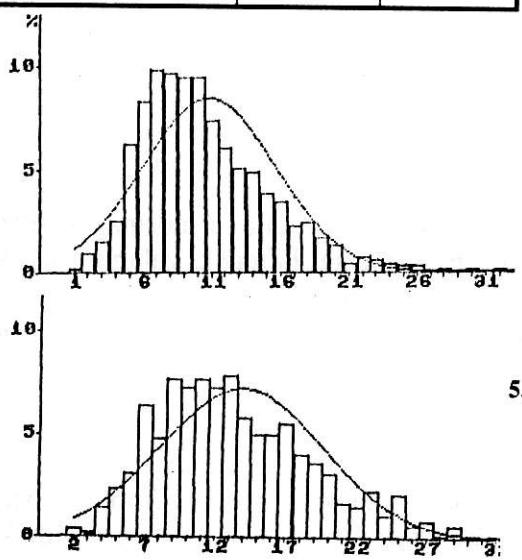
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**24.18**	**24.32**
	Szórás	3.38	3.28
	Skewness	-0.35	-0.27
	Curtosis	-0.26	0.27
	Minimum	14	10
	Maximum	32	35
B	*U. S. A.*[*]	22.88	23.24
	U. S. A.[c]	**24.64**	**25.03**
C	0 - 7 általános	22.95	24.31
	8 általános	23.83	24.11
	Szakmunkásképző	24.09	23.74
	Érettségi	24.51	24.66
	Felsőfokú	26.05	25.26
E	Bűnözők	20.41	20.50
	Pszich.betegek	23.32	22.58
	Suicid	21.95	22.23
	Alkoholisták	21.82	22.31

várható értéke az intelligensebb, képzettebb rétegekben eleve magasabb.

Elbizonytalanít ugyanakkor bennünket a skála validitásával kapcsolatban az az eredmény, hogy a skála átlaga valamennyi alkalmazkodási zavarral küzdő csoportban *elmarad* a normál átlagoktól (*5.7 táblázat*). Lehetséges, hogy a DR skála inkább a normál tartományba tartozó diszfóriát, bűntudati feszültséget mér, semmint kórlélektani tüneteket, ennek igazolására azonban további vizsgálatok szükségesek.

5.8 Depresszió nyilvánvaló alskála (DoN)

A skála a D klinikai alapskála azon tételeiből tevődik össze, amelyek pszichopatológiai jelentéstartalma a laikus vizsgálati személyek számára is egyértelmű, nyilvánvaló (*Wiener és*



5.8 ábra: *A DoN skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Harmon, 1946). Jellegéből adódóan a skála elsősorban a depresszió szubjektív élményét képes visszatükrözni, s magas értéke a fokozott testi-lelki betegségtudatot is kifejezheti. A depressziós tünetek szubjektív eltúlzására akkor gondolhatunk, ha a DoN értéke nagyságrenddel (legalább 10 T-ponttal) meghaladja a D skála értékét. Ez azonban nem utal feltétlenül szándékos szimulációra; azt is jelezheti, hogy nem primer depresszióról, hanem más kórállapothoz kapcsolódó hangulatzavarról, motivációcsökkenésről van szó.

5.8 Táblázat: *A DoN skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**10.46**	**13.39**
	Szórás	4.71	5.49
	Skewness	0.97	0.59
	Curtosis	1.26	-0.05
	Minimum	1	2
	Maximum	32	32
B	*U. S. A.*	**7.72**	**9.64**
C	0 - 7 általános	14.15	15.71
	8 általános	10.49	13.82
	Szakmunkásképző	10.08	13.35
	Érettségi	9.36	11.65
	Felsőfokú	9.38	12.02
E	Bűnözők	15.85	19.13
	Pszich.betegek	16.16	19.62
	Suicid	16.27	18.93
	Alkoholisták	15.69	17.78

A skála eloszlása — mint a legtöbb nyilvánvaló pszichopatológiai jelentéstartalmú, s így szociálisan nem kívánatos tételekből álló skáláé — balra ferde (*5.8 ábra*). Magasabb a skála értéke az idősebb korcsoportokban, s az iskolai végzettséggel is erős fordított összefüggés mutatkozik: az alacsony végzettségű rétegek átlaga jóval magasabb (*5.8 táblázat*).

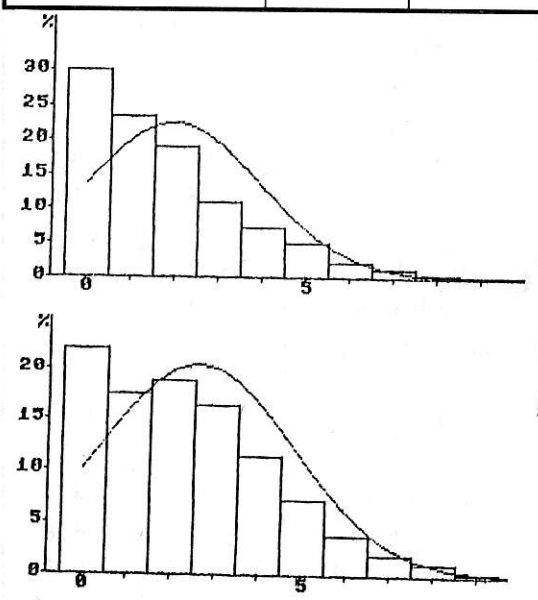
A TBZ-minták mindegyike erősen felülmúlja a normál kontroll csoport átlagértékeit; különösen a pszichiátriai betegek, valamint az öngyilkosok körében találtuk magasnak a DoN skála értékét (*5.8 táblázat*).

5.9 Hipochondria prímskála (Hs)

A Hd klinikai alapskála átfedő tételektől megtisztított változata (*Welsh, 1952).* Rendkívül kevés tételt tartalmaz, jelezve, hogy a Hd skálában elsősorban megfogalmazott szomatikus betegségtudat, a testi állapotra való nárcisztikus beszűkülés kevéssé specifikus a hipochondriára,

5.9 Táblázat: *A Hs skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**1.77**	**2.32**
	Szórás	1.78	1.96
	Skewness	1.10	0.73
	Curtosis	0.84	0.05
	Minimum	0	0
	Maximum	9	9
B	*U. S. A.*	**1.59**	**1.75**
C	0 - 7 általános	2.52	3.05
	8 általános	1.57	2.59
	Szakmunkásképző	1.84	2.12
	Érettségi	1.42	1.85
	Felsőfokú	1.48	1.47
E	Bűnözők	3.22	4.16
	Pszich.betegek	2.84	3.42
	Suicid	2.24	3.55
	Alkoholisták	2.93	3.26



5.9 ábra: *A Hs skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

hanem az a legtöbb neurózisban, sőt igazi fizikai betegségállapotban is megfigyelhető. Az alacsony tételszám s a hipochondria lényegi összetevőjét képező testi panaszok mellőzése ugyanakkor a Hs skálát alacsony megbízhatóságúvá teszi. A hipochondria prímskála elsősorban a Hd alapskálával együtt használható a hipochondriás tüneti és attitűdjellegzetességek diagnosztizálására, amennyiben utóbbi magas értéke esetén segítheti a jelzett szomatikus betegségtudat differenciáldiagnosztikai hátterének a tisztázását.

A skála eloszlása a magyar népességben erősen balra ferde (*5.9 ábra*). A skála szignifikáns pozitív korrelációt mutat az életkorral (r = 0.22), az iskolázottsággal viszont fordított kapcsolatban áll, ami különösen a nő vizsgálati személyek körében erőteljes (*5.9 táblázat*). A skála várható értéke tehát, hasonlóan a Hd

klinikai alapskálához, az alacsony iskolázottságú és idősebb rétegekben jóval magasabb az átlagosnál.

A TBZ-minták mindegyike szignifikánsan magasabb átlagot mutatott, mint a normál kontroll. Ha a minták eltérő iskolázottságából és átlagéletkorából eredő torzító hatást kovariancia-analízissel kiküszöböljük, akkor a pszichiátriai betegek és a bűnözők csoportjában tapasztaljuk a legmagasabb Hs skálaértékeket. Míg a pszichiátriai minta magas átlagértéke megfelel a várakozásnak, a bűnözők magas értékei vagy a testre való fokozott asszociatív beállítódással, vagy a betegségtettetéstől remélt előnyökkel magyarázhatók.

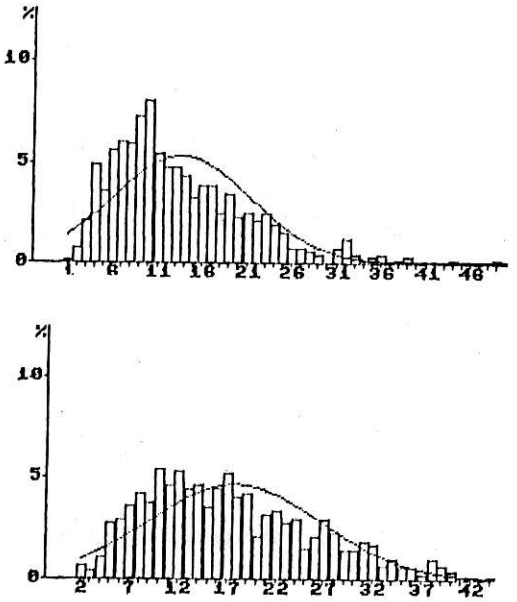
5.10 Előzetes hipochondria skála (H)

A hipochondria skála *McKinley és Hathaway (1940b)* által kidolgozott, első változata. A végleges változatot később ennek redukciójával fejlesztették ki. Jelentéstartalma teljesen megegyezik a standard Hd skáláéval: a testi betegségtudat fokozódását, a saját testre és fizikai állapotra vonatkozó nárcisztikus érdeklődést és figyelembeszűkülést, panaszkodási hajlamot, a betegszerep neurotikus előtérbe állítását méri. Magas értékei csökkent teljesítőképességre, a kapcsolatkészség beszűkülésére, neurotikus elbizonytalanodásra utalnak. A skála magas értéke nem specifikus a hipochondriára, hanem különféle neurotikus kórképekben – konverziós neurózisban, depresszióban, szorongásos állapotokban,

5.10 Táblázat: *A H skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**13.32**	**17.34**
	Szórás	7.54	8.68
	Skewness	1.08	0.62
	Curtosis	1.30	-0.21
	Minimum	1	2
	Maximum	49	46
B	*U. S. A.*	**10.08**	**13.02**
C	0 - 7 általános	18.40	21.87
	8 általános	13.24	17.30
	Szakmunkásképző	12.75	17.18
	Érettségi	11.83	14.79
	Felsőfokú	12.00	14.49
E	Bűnözők	20.36	25.21
	Pszich.betegek	19.60	24.75
	Suicid	18.90	24.58
	Alkoholisták	19.73	21.77

5.10 ábra: *A H skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



pszichoszomatózisban – sőt tényleges szervi betegségekben is előfordulhat.

A skála eloszlására vonatkozó eredmények mintázata is igen hasonló ahhoz, mint amit a standard Hd, illetve a Hs skálák esetében tapasztaltunk: erősen balra húzó, ferde eloszlás (*5.10 ábra*); az életkorral arányosan növekvő, az iskolai végzettséggel csökkenő várható értékek (*5.10 táblázat*). A TBZ-minták átlaga valamennyi csoportban igen nagy mértékben meghaladta a normál övezetet. Az iskolai végzettség és életkor szerinti korrekció után itt is különösen a pszichiátriai betegek és a bűnöző csoportok átlagát találtuk magasnak.

5.11 Konverziós reakció skála (CR)

A skálát egy sajátos klasszikus neurotikus kórkép, a konverziós tünetképződés diagnosztikai kategóriájának elkülönítésére dolgozta ki *Rosen (1952)*. E kórképek jellemzője egyrészt az elfojtásos konfliktuselhárítás, másrészt az elfojtott feszültségek pszichovegetatív testi tünetekbe való »konvertálódása« olymódon, hogy a tünetek mintegy szimbolikus módon hordozzák, kifejezésre juttatják az elfojtott konfliktusfeszültség tartalmát is. A skála lényegében ugyanazt a pszichopatológiai jelenségcsoportot célozza meg, mint a standard hisztéria skála, amely azonban nem bizonyult alkalmasnak a »tiszta« hisztéria elkülönítésére. A CR skála ilyen irányú validitására vonatkozóan egyelőre még kevés a tapasztalatunk.

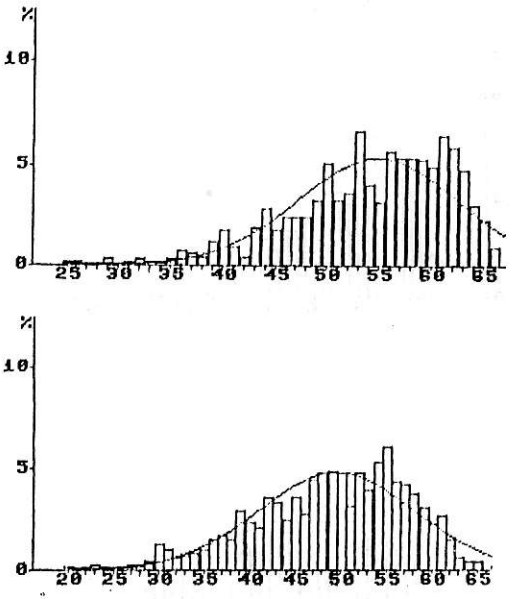
A skála jelentéstartományával kapcsolatban meg kell jegyezni, hogy

a konverziós reakció megjelenése feltételez egy erre prediszponált személyiséghátteret, s így a skála magas értékei bizonyos karakterjegyekkel, a hiszteroid személyiség vonásaival is együttjárhatnak (részletesen ld. a Hy skálánál). A hiszteroid személyiség szociálisan nyitott attitűdje, szereplési igénye, konfliktuskizáró elhárítási módja gyakran kimondottan jó szociabilitással, társas alkalmazkodással jár együtt, amit a Hy skála esetében is megfigyelhettünk.

Talán ez a magyarázata annak, hogy a skála a kórjelző MMPI-skálákkal ellentétben nem balra, hanem jobbra ferde eloszlást követ (*5.11 ábra*); valamint, hogy az összes beilleszkedési zavarral küzdő csoport *alacsonyabb* átlagokat ért el a skálán, mint a normál kontroll (*5.11 táblázat*). A skála szignifikáns pozitív korrelációt mutat a szociális érvényesüléssel összefüggő fizetés mutatójával (r = 0.20, illetve 0.19), valamint az intelligenciahányadossal is ($r_{IQ} = 0.19$; $r_{VQ} = 0.17$; $r_{PQ} = 0.16$). Más demográfiai háttértényezővel nem mutatkozott jelentős összefüggés.

Az eredmények alapján tehát a skála értelmezési

5.11 ábra: *A CR skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



5.11 Táblázat: *A CR skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**54.06**	**48.82**
	Szórás	7.52	8.41
	Skewness	-0.78	-0.57
	Curtosis	0.34	-0.05
	Minimum	25	20
	Maximum	66	67
B	*U. S. A.*[*]	52.91	49.56
	U. S. A.[c]	**56.58**	**53.00**
E	Bűnözők	42.52	37.61
	Pszich.betegek	44.99	39.45
	Suicid	41.96	36.80
	Alkoholisták	44.27	38.94

tartománya nem tekinthető megbízhatónak. A szociális alkalmazkodás szempontjából a magas skálaértékeket *inkább kedvező, mint kóros jelzésnek kell tekinteni.*

5.12 Hisztéria prímskála (HyH)

A Hy klinikai alapskálát *Welsh (1952)* megtisztította az egyéb, főleg neurotikus skálákkal meglévő tételátfedéseitől. Várható, hogy az így nyert »tiszta« hisztéria skála a Hy alapskálánál hatékonyabban tudja differenciálni a konverziós neurózis, illetve a hiszteroid személyiség tulajdonságait: az elfojtásos elhárítást, önhangsúlyozást, teatralitást, szociális manőverezést, infantilis emocionalitást. Az érem másik oldala ugyanakkor, hogy a megtisztított Hy skálából el kellett hagyni számos olyan, a Hipochondria skálával közös elemet, amelyek a konverziós neurózisra jellemző testi panaszok, szomatizációk, pszichovegetatív tünetek megfogalmazásaiként szerepeltek. Ezeknek a tüneteknek a többsége ugyanis nem specifikus a hisztériára. Viszont így magának a konverziós tünetképzésnek az igazolására a megtisztított Hy skála sem alkalmas. Ehelyett az inkább a hisztéria személyiségjegyeit, dinamikai jellegzetességeit jelzi, amelyek közvetetten utalhatnak az esetleges szomatikus panaszok konverziós hátterére.

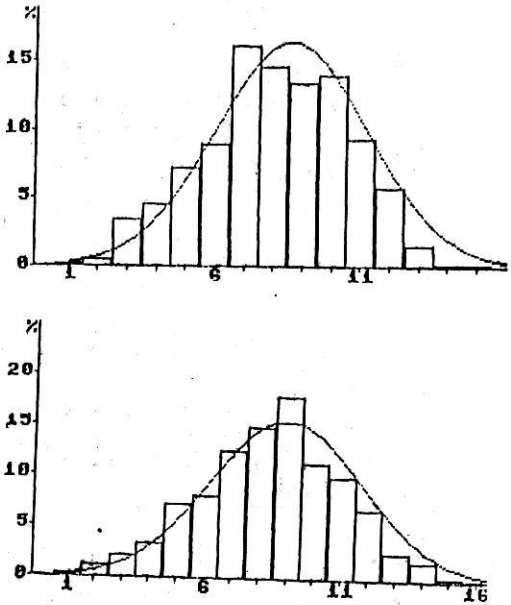
5.12 Táblázat: *A HyH skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**8.08**	**8.43**
	Szórás	2.44	2.58
	Skewness	-0.18	-0.14
	Curtosis	-0.46	-0.14
	Minimum	1	1
	Maximum	15	16
B	*U. S. A.*	**8.04**	**8.84**
C	0 - 7 általános	7.82	8.48
	8 általános	7.45	8.06
	Szakmunkásképző	7.78	8.08
	Érettségi	8.65	8.87
	Felsőfokú	9.48	9.10
E	Bűnözők	7.40	6.65
	Pszich.betegek	8.41	8.47
	Suicid	7.00	7.27
	Alkoholisták	6.80	6.24

Ezt jelzik empírikus eredményeink is, amennyiben az alkalmazkodási zavarral küzdő csoportok, a CR skálához hasonlóan a HyH skálán is *általában alacsonyabb átlagokat értek el, mint a normál kontroll csoport* (*5.12 táblázat*). Ez alól egyedül a pszichiátriai betegek csoportja képez kivételt, amely a normál átlag-

hoz közeli eredményt produkált. Az eredmények mintázata alapján valószínűsíthető, hogy a hisztéria kóros, neurotikus komponenseit a Hy skála egyéb neurotikus skálákkal közös, nyilvánvaló patológiatartalmú tételei mérik, míg a Hy skála specifikus tételei, amelyek a CR, HyH, HyS skálákban vannak túlsúlyban, a hiszteroid jelenségkörnek inkább a szociabilitási, mint kórlélektani dimenziójával korrelálnak.

5.12 ábra: *A HyH skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



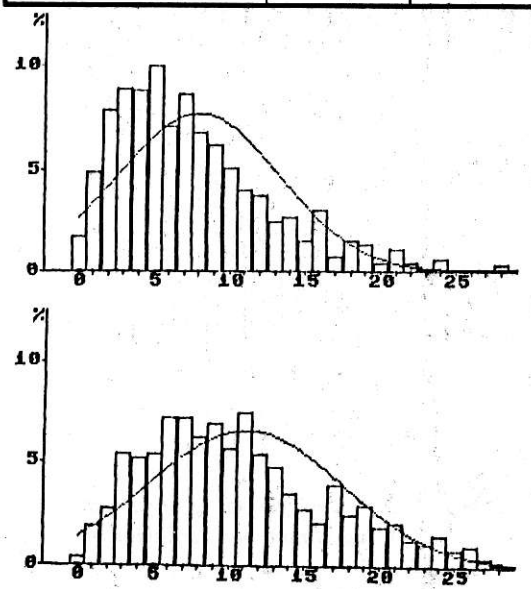
A skála eloszlása egyébként jól közelíti a normális eloszlást (*5.12 ábra*). A HyH skála pozitívan korrelál az iskolai végzettséggel ($r = 0.18$, illetve 0.19), azonban értéke nemcsak a magasabb iskolai végzettségű, henem – a Hy alapskálához hasonlóan – a legalacsonyabb képzettségű rétegekben is kissé magasabb (*5.12 táblázat*).

5.13 Hisztéria nyilvánvaló alskála (HyO)

A Hy klinikai alapskálának a nyilvánvaló pszichopatológiai jelentéstartalommal bíró tételeiből tevődik össze (*Wiener és Harmon, 1946*). E tételek részben a szomatizációt, pszichovegetatív tüneteket, részben a konverziós neurotikus betegekre jellemző szociális magatartási jegyeket fogalmazzák meg. A tételeket egészséges személyek ritkán választják. Mégsem lehet a skála magas értékéből minden további nélkül a hiszteroid neurózisra következtetni, mert – különösen a pszichovegetatív panaszok – bármely szomatizáló neurózisban, sőt akár tényleges szomatikus betegségállapotban is előfordulhatnak. Pszichiátriai vizsgálatban mindenesetre a skála magas értéke nagy valószínűséggel utal *valamilyen* neurotikus tünetképződésre.

5.13 Táblázat: *A HyO skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**7.57**	**10.67**
	Szórás	5.15	6.09
	Skewness	1.02	0.62
	Curtosis	0.84	-0.29
	Minimum	0	0
	Maximum	28	28
B	*U. S. A.*	**4.58**	**6.66**
C	0 - 7 általános	10.94	13.85
	8 általános	7.64	10.78
	Szakmunkásképző	7.24	10.44
	Érettségi	6.42	9.02
	Felsőfokú	6.82	8.47
E	Bűnözők	12.50	16.55
	Pszich.betegek	11.82	15.50
	Suicid	12.03	16.23
	Alkoholisták	12.16	13.47



5.13 ábra: *A HyO skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A fentebb, a HyH skála kapcsán elmondottakkal összhangban a HyO skála erősen balra ferde eloszlást követ (*5.13 ábra*), s értéke valamennyi TBZ-mintában jelentősen megemelkedik (*5.13 táblázat*). Értéke az iskolai végzettséggel fordított kapcsolatban van. Ez is alátámasztja, hogy a HyO skála a hisztériának nem a jó szociális alkalmazkodás, hanem a kórlélektani zavar dimenzióját méri.

Több alacsony, de a magas elemszám mellett szignifikáns összefüggést észleltünk a HyO skála és a Képes Frusztráció Teszt (PFT) mutatói között. Így pl. a HyO skála pozitívan korrelál az extrapunitív megoldások számával (E%, r=0.10), különösen a sértettségre, egocentrikus beállítottságra utaló E' válaszokkal (r=0.13). A sérelmeket, akadályokat bagatellizáló impunitív válaszokkal, valamint az ún. »szükséglet-perzisztens« megoldásokkal –

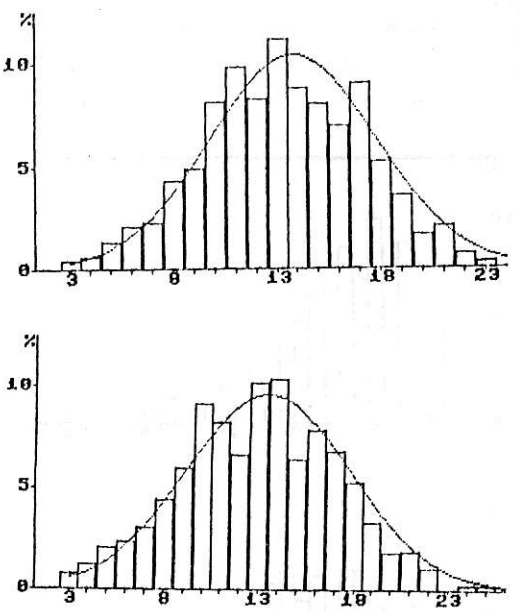
különösen az aktív erőfeszítést, felelősségvállalást kifejező i válaszokkal – viszont negatív a kapcsolat ($r_{M\%} = -0.11$, $r_{NP\%} = -0.12$, $r_i = -0.11$).

5.14 Hisztéria rejtett alskála (HyS)

A HyO alskála párja. A hisztéria klinikai alapskálájának azokból a tételeiből tevődik össze, amelyek nem bírnak közvetlenül felismerhető pszichopatológiai jelentéstartalommal (*Wiener és Harmon, 1946*). Talán mert a hiszteroid neurózis klinikai kórképére inkább a panaszok teátrális felnagyítása, előtérbe állítása a jellemző, semmint azok elleplezése, a klinikai csoportok a rejtett alskálán nem feltétlenül adnak magasabb pontértékeket, mint az egészségesek. A magas HyS érték, a normál személyiségtartományban nemegyszer a hiszteroid személyiség pozitív vonásait jelezheti: a szociabilitást, ambíciót, kommunikációs készséget, együttműködési készséget, kreativitást. Negatív konstellációban az egocentrizmus, túlzott önhangsúlyozás vagy dominanciaigény, exhibícionizmus, érzelmi függőség kerülhet előtérbe, anélkül azonban, hogy pszichopatológiai értelemben kóros személyiségtorzulásra kellene gondolni.

A magyar népességben a skála közelítőleg normális eloszlást követ (*5.14 ábra*). Az iskolai végzettséggel való kapcsolata a HyH skáláéhoz hasonló, tehát a magasabb végzettségű rétegekben általában magasabb. Az alacsony iskolázottságú nők átlaga ugyancsak megemelkedik.

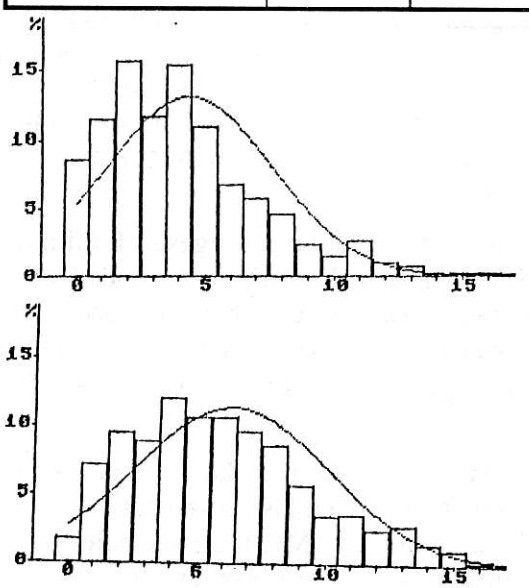
A TBZ-minták átlaga többnyire elmarad a normál kontrolltól (*5.14 táblázat*), kivéve a pszichiátriai betegeket. A HyS skála tehát ugyancsak a jobb társas alkalmazkodással, szociabilitással korrelál. A PFT teszt-



5.14 ábra: *A HyS skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

5.14 Táblázat: *A HyS skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**13.25**	**12.97**
	Szórás	3.84	4.15
	Skewness	-0.05	-0.00
	Curtosis	-0.36	-0.31
	Minimum	3	3
	Maximum	23	25
B	*U. S. A.*	**12.75**	**13.18**
C	0 - 7 általános	12.62	13.15
	8 általános	12.55	12.51
	Szakmunkásképző	12.86	12.37
	Érettségi	13.78	13.64
	Felsőfokú	15.90	13.62
E	Bűnözők	12.41	10.62
	Pszich.betegek	13.39	13.15
	Suicid	11.26	11.05
	Alkoholisták	11.14	9.88



5.15 ábra: *A Hy4 skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

ben is fordított összefüggést tapasztaltunk a HyS skála és az extrapunitív, agresszív megoldások között (E%, r=-0.13), míg a toleranciát, empátiát, alkalmazkodást jelző impunitív megoldásokkal (»M«) a HyS skála pozitívan korrelál (r=0.15).

5.15 Szomatikus panaszok skála (Hy4)

A *Harris és Lingoes (1955)* által kidolgozott skála a Hy klinikai alapskála egyik alskálája. A hiszteroid tünetképződés szomatizációs oldalát kívánja feltérképezni, hozzájárulva ezzel a konverziós neurózis differenciáldiagnózisához. Meg kell azonban jegyezni, hogy a skála tételeiben foglalt pszichovegetatív és testi panaszok nem specifikusak a hisztériára, azok a legtöbb neurotikus és sok szomatikus betegségállapotban is előfordulhatnak. Ezért a skála nem

5.15 Táblázat: *A Hy4 skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**4.10**	**5.91**
	Szórás	3.05	3.50
	Skewness	0.98	0.57
	Curtosis	0.87	-0.27
	Minimum	0	0
	Maximum	16	16
B	*U. S. A.*	**2.79**	**4.24**
C	0 - 7 általános	5.87	7.47
	8 általános	4.07	5.97
	Szakmunkásképző	3.88	5.75
	Érettségi	3.50	5.08
	Felsőfokú	3.92	4.87
E	Bűnözők	6.42	8.89
	Pszich.betegek	5.72	7.92
	Suicid	6.08	8.48
	Alkoholisták	6.50	7.41

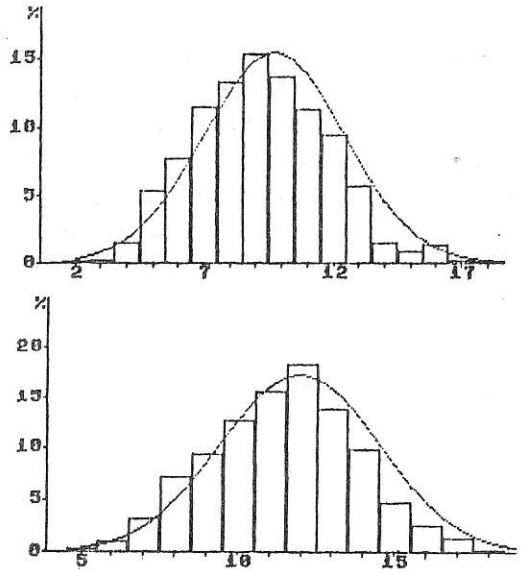
annyira a hiszteroid neurózis, mint inkább a testi állapotra való fokozott figyelés, a testi tünetek hangsúlyozásának a mutatójaként használható, aminek nagyon sokféle oka lehet.

A skála eloszlása a magyar populációban kissé balra ferde (*5.15 ábra*). Átlagértéke az idősebb korosztályokban megemelkedik. A Hy4 skála az iskolai végzettséggel is inkább fordított összefüggést mutat (*5.15 táblázat*), az alacsonyabb iskolázottságú rétegek inkább panaszkodnak testi állapotukra. Elképzelhető, hogy az alacsonyabb iskolázottságú, és gyengébb verbális kifejezőképességű rétegekben a testi panaszok az elégedetlenség, vagy feszültség általános kifejezési formája. A skála az intelligencia mutatóival is szignifikáns negatív összefüggésben van ($r_{IQ} = -0.18$; $r_{VQ} = -0.17$; $r_{PQ} = -0.16$).

A Hy4 skála értéke valamennyi TBZ-mintában lényegesen felülmúlja a normál kontroll értékeket (*5.15 táblázat*). Különösen a bűnöző csoportokban emelkedik meg (az alacsony iskolázottság hatását korrigálva is). Ennek magyarázata a Hd-skálával való erős korreláció, és sok közös tétel lehet: a testi panaszok hangsúlyozása a börtönviszonyok között előnyök elvárásával járhat.

A PFT teszt mutatói közül a Hy4 skála pozitívan korrelál az extrapunitív (E%, r = 0.13) és a sértettséget, panaszkodási készséget kifejező »E'« válaszok (r = 0.13) arányával. Az impunitív (M%), a szükséglet-perzisztens (NP%) és az önálló aktivitást, megoldási erőfeszítést kifejező »i« válaszokkal viszont a kapcsolat negatív, akárcsak a HyO skála esetében (r = -0.13, -0.14, illetve -0.13).

5.16 ábra: *A Hn skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



5.16 Táblázat: *A Hn skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**9.23**	**11.45**
	Szórás	2.59	2.32
	Skewness	0.24	-0.03
	Curtosis	-0.05	-0.27
	Minimum	2	5
	Maximum	18	18
B	*U. S. A.*[*]	6.39	7.85
	U. S. A.[c]	**8.52**	**10.47**
E	Bűnözők	10.32	12.04
	Pszich.betegek	10.03	11.80
	Suicid	10.07	11.66
	Alkoholisták	10.70	11.12

5.16 Hipoglikémiás neurózis skála (Hn)

A speciális neurózistípus elkülönítésére szolgáló skálát *Hauk és Robertson (1946)* dolgozta ki az MMPI diagnosztika fejlődésének hőskorában, amikor még általánosan élt az az illúzió, hogy az MMPI, vagy egyáltalán kérdőívskálák segítségével megbíható specifikus diagnózisokat lehet majd felállítani. Miként több más skála, ez is a jelen kötet szerzői számára nem teljesen átlátható kutatói kérdésfeltevés és motiváció nyomán került be a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok kutatásának tesztbattériájába. Miután azonban a standard a megrendelésnek megfelelően elkészült, úgy döntöttünk, hogy a teljes anyagot közreadjuk.

A skála a magyar népességben igen jól megközelíti a normális eloszlást (*5.16 ábra*). Különösebb demográfiai összefüggést a nőknél megszokott magasabb átlagot kivéve nem tapasztaltunk. A TBZ-mintákban enyhe, nem szignifikáns skálaérték-emelkedés figyelhető meg (*5.16 táblázat*). Ez azonban kevés a

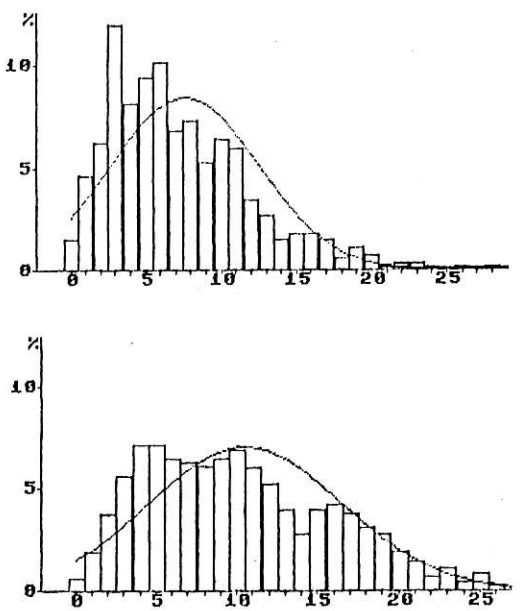
skála értelmezhetőségének a megállapításához. Empírikus korrelációkat sem sikerült kimutatnunk.

5.17 Neurotikusság skála (Ne)

A fejezet utolsó két skálája nem specifikus diagnózisok elkülönítésére irányul, hanem arra, hogy a vizsgált személyt az MMPI-ben leképezett egyik fő patológiacsoport, a neurotikusság szempontjából általánosságban mérje fel. A neurotikus patológia mind az MMPI alapskálák szerkezetében, mind faktoranalízisében az egyik legtisztábban elkülönülő tünetcsoport (ld. *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi, 1986*). Bár klinikailag nagyon sokféle kórkép tartozik ide, ezek specifikus konstellációinak elkülönítése a teszt segítségével közel sem olyan megbízható, mint a betegnek a pszichiátriai alapkategóriákba történő besorolása.

Winne (1951) neurotikusság skálája a személyiség neurotikus diszpozícióit, neurotikus tünetek választására való készségét méri fel. A magas skálaértékű vizsgálati személyeket érzelmi labilitás, konfliktusaik tudatosításának elhárítása, pszichovegetatív tünetképződési hajlam, s az a készség jellemzi, hogy problémáikra betegségbe menekülléssel, neurotikus megoldásokkal reagáljanak.

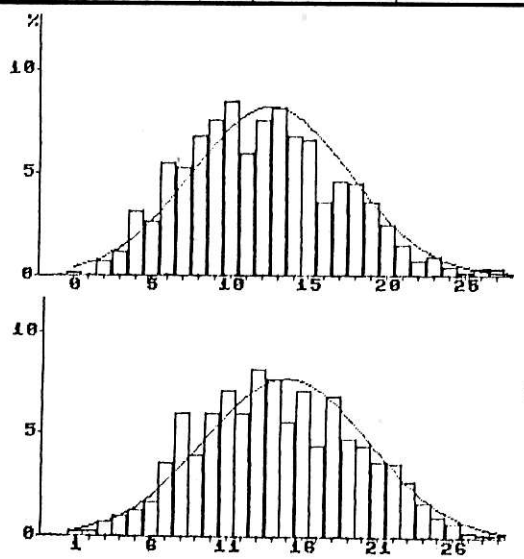
A skála tételei kimondottan patológiás jelentéstartalmúak, ezért nem meglepő, hogy erősen balra ferde eloszlást követ (*5.17 ábra*). A standardizálási mintában a Ne skála igen szoros pozitív korrelációt mutat az életkorral (r = 0.31), ami azt jelzi, hogy az idősebb korosztályokban nő a skálában foglalt neurotikus jellegű panaszok száma. A beilleszkedési zavarral küzdő csopor-



5.17 ábra: *A Ne skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

5.17 Táblázat: *A Ne skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**7.28**	**10.07**
	Szórás	4.72	5.74
	Skewness	1.01	0.51
	Curtosis	1.07	-0.51
	Minimum	0	0
	Maximum	28	26
B	*U. S. A.*	**5.09**	**6.30**
C	0 - 7 általános	10.60	13.18
	8 általános	7.20	10.36
	Szakmunkásképző	7.10	9.77
	Érettségi	6.14	8.34
	Felsőfokú	5.87	7.81
E	Bűnözők	12.14	15.68
	Pszich.betegek	11.04	14.38
	Suicid	11.89	15.56
	Alkoholisták	11.96	13.63



5.18 ábra: *A Pn skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (balra fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

tokban azonban ez az összefüggés eltűnik, helyesebben elfedi azt a tüneti választások valamennyi mintában igen magas, kóros övezetbe eső értéke (*5.17 táblázat*).

A skála szignifikáns fordított összefüggést mutat az iskolázottsággal, vagyis értéke az egészséges populáción belül is jóval magasabb az alacsony iskolázottságú rétegekben (*5.17 táblázat*). Ezt a skála értelmezésénél feltétlenül ajánlatos figyelembe venni.

5.18 Pszichoneurózis skála (Pn)

Hasonlóan az előző skálához, a *Block (1953)* által kidolgozott pszichoneurózis skála is a neurózisok általános kategóriájának az elkülönítésére szolgál. Míg azonban az Ne skála inkább a neurotikus személyiségstruktúrákra, diszpozíciókra érzékeny, addig a

pszichoneurózis skála a manifeszt neurotikus tünetképződést méri.

A skála a magyar népességben kisebb-nagyobb ingadozásokkal követi a normális eloszlást (*5.18 ábra*). A mutató előnye, hogy sem az iskolázottság, sem más demográfiai háttérváltozók nem befolyásolják értékét jelentősen. Ugyanakkor az alkalmazkodási zavarral küzdő TBZ-minták mindegyikében nagy mértékben megemelkedett a Pn skála átlagértéke (*5.18 táblázat*).

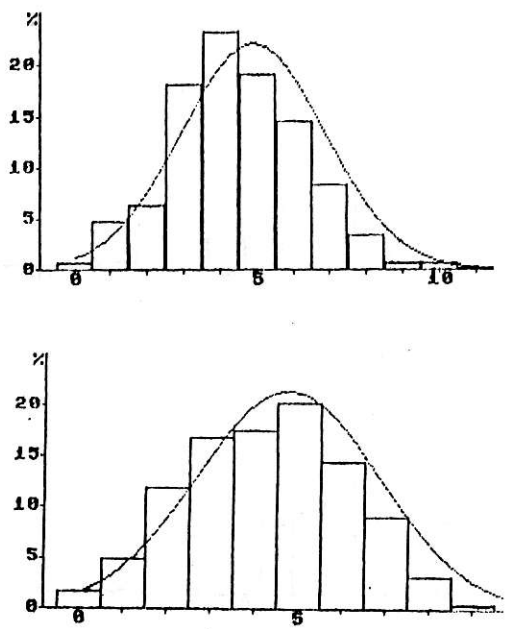
5.18 Táblázat: *A Pn skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**12.02**	**14.37**
	Szórás	4.86	5.20
	Skewness	0.30	0.10
	Curtosis	-0.31	-0.51
	Minimum	0	1
	Maximum	27	29
B	*U. S. A.*	**13.29**	**15.91**
E	Bűnözők	16.67	19.98
	Pszich.betegek	15.49	17.31
	Suicid	16.41	18.77
	Alkoholisták	16.93	18.63

VI. Az egyéb klinikai skálák standardizálására vonatkozó eredmények

6.1 Paranoia prímskála (Pa')

A Pa alapskála tételátfedésektől megtisztított változata (*Welsh, 1952*). Mivel a Pa skála elsősorban a többi pszichotikus skálával, mindenekelőtt az Sc-vel tartalmaz közös tételeket, a skála megtisztított változata a reaktív paranoid állapotok és a paranoid személyiségzavar differenciáldiagnosztikájában nyújthat segítséget. Érvényes validitás-skálák esetén a Pa és Sc skálák alapértékeivel összevetve érdemes értelmezni.



6.1 ábra: *A Pa' skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

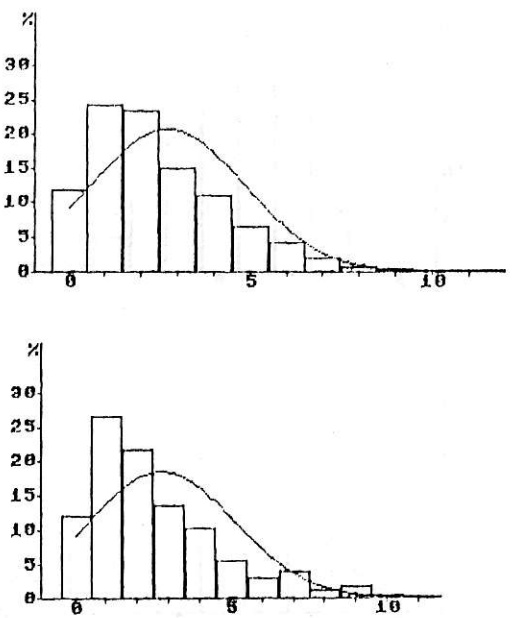
A paranoia prímskála nőknél jól megközelíti a normális eloszlást, férfiaknál kissé meredekebb (*6.1 ábra*). A demográfiai háttérváltozókkal nem mutatott különösebb összefüggést. A skála átlagértéke ugyanakkor szignifikánsan megemelkedett valamennyi beilleszkedési zavarral küzdő TBZ-minta esetében (*6.1 táblázat*).

6.2 Paranoia faktor skála (PK)

A skála abba a sorozatba tartozik, amelyet *Comrey (1958b)* az MMPI eredeti skáláinak faktoranalízisével dolgozott ki. A »paranoia faktor« skála a Pa klinikai alapskálának az az alskálája, amely a legnyilvánvalóbb, legegyértelműbb paranoid tüneteket fogalmazza meg. A PK skála igen szoros tételátfedést mutat a *Harris és Lingoes (1955)* által tartalmi megfontolások alapján elkülönített »üldözési eszmék« skálával (ld. alább), olyannyira, hogy a kettő lényegében ugyanazt méri. Az üldöztetési gondolatok, vonatkoztatás, téveszmék megfogalmazódása a paranoid kórállapotok differenciáló tünete, amit a PK skála magas értéke megbízhatóan jelez. A PK skálára is igaz ugyanakkor az, amit az összes, nyilvánvaló paranoid tüneteket megfogalmazó skáláról elmondhatunk: a tételek célzatossága a betegek számára is könnyen átlátható, s a gyanakvó, bizalmatlan paranoid betegek gyakran leplezik el tüneteiket a vizsgálatnak ebben a részében. Vagyis a skála

6.1 Táblázat: *A Pa' skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**4.47**	**4.29**
	Szórás	1.81	1.86
	Skewness	0.22	-0.03
	Curtosis	1.63	0.12
	Minimum	0	0
	Maximum	11	9
B	*U. S. A.*	**3.70**	**3.41**
E	Bűnözők	5.52	5.76
	Pszich.betegek	5.54	5.57
	Suicid	5.16	5.64
	Alkoholisták	5.08	5.72



6.2 ábra: *A PK skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

6.2 Táblázat: *A PK skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**2.48**	**2.57**
	Szórás	1.93	2.18
	Skewness	1.07	1.28
	Curtosis	1.25	1.63
	Minimum	0	0
	Maximum	11	13
B	*U. S. A.*	**1.28**	**1.12**
C	0 - 7 általános	3.32	2.99
	8 általános	2.72	2.68
	Szakmunkásképző	2.51	2.98
	Érettségi	2.03	2.01
	Felsőfokú	1.82	1.87
E	Bűnözők	5.95	6.33
	Pszich.betegek	3.86	4.67
	Suicid	5.40	6.49
	Alkoholisták	5.52	6.22

alacsony értéke alapján könnyen előfordulhat a téves negatív ítélet a paranoid tünetek fennállását illetően.

A PK skála nyilvánvaló patológiás töltését az erősen balra húzó, ferde eloszlás is kifejezi (*6.2 ábra*). A skála a normál népességben pozitívan korrelál az életkorral ($r = 0.18$), vagyis az idősebb korosztályokban megnő a PK skála tételeiben megfogalmazott paranoid tünetek előfordulása. Fordított összefüggés figyelhető meg viszont az iskolázottság és a PK skála értéke között: a kevésbé iskolázott rétegekben magasabbak a skálaértékek (*6.2 táblázat*). A PK skála az intelligencia mutatóival is szignifikáns fordított korrelációban áll ($r_{IQ} = -0.27$; $r_{VQ} = -0.26$; $r_{PQ} = -0.24$). Ez nem feltétlenül annak a jele, hogy az alacsony intelligenciájú, vagy képzetlenebb rétegekben magasabb a paranoid tünetek előfordulása; inkább abból adódhat, hogy az intelligensebb paranoid vizsgálati személyek könnyen disszimulálják a skála túlságosan nyilvánvaló tételeit.

A TBZ csoportok mindegyike a normál kontrollt jelentősen felülmúló átlagokat ért el a PK skálán (*6.2 táblázat*). Különösen a bűnöző minták következetesen magas skálaértéke szembeötlő valamennyi paranoiditást mérő skálán. A PK skála szignifikáns fordított korrelációt mutat a PFT teszt impunitív válaszainak arányával (M%, $r = -0.14$) is, ami arra utal, hogy a magas PK értéket adó személyek nehezebben dolgozzák fel feszültségeiket, teszik túl magukat kudarcaikon és sérelmeiken.

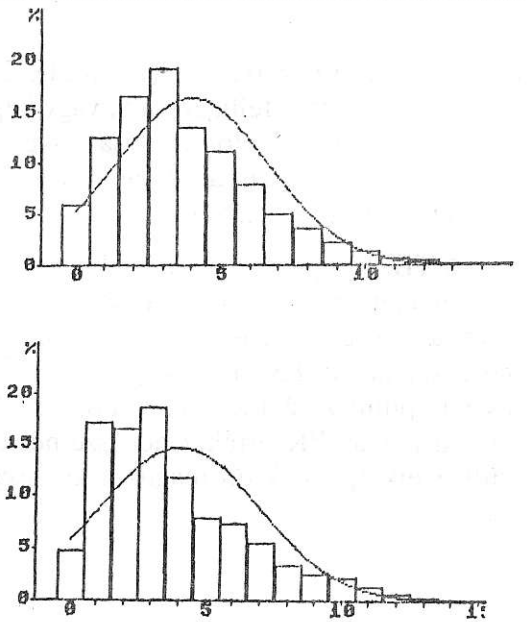
6.3 Üldözési eszmék skála (Pa1)

A Pa standard klinikai skála egyik tartalmilag homogén alskálája (*Harris és Lingoes, 1955*). Tételei vonatkoztatási készséget, fenyegetettségérzést, üldöztetési gondolatokat, téveszméket fogalmaznak meg, s így a skála magas értéke a paranoid formakörbe tartozó tünetképződést valószínűsít. E tünetek súlyossága és nyilvánvaló pszichopatológiai jelentése miatt egészséges emberek nagyon ritkán választják őket. Ugyanakkor éppen a skála tételeinek »átlátszó« volta miatt, gyakran a gyanakvó paranoid betegek is kitérnek a tételek elfogadása elől, tehát az alacsony skálaérték önmagában még nem biztosíték a paranoid téveszmék hiányára.

A sok közös tétel, s a hasonló jelentéstartalom a

6.3 Táblázat: *A Pa1 skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**3.71**	**3.75**
	Szórás	2.45	2.73
	Skewness	0.84	1.02
	Curtosis	0.63	0.70
	Minimum	0	0
	Maximum	14	15
B	*U. S. A.*	**1.91**	**1.80**
C	0 - 7 általános	4.63	4.63
	8 általános	4.04	4.00
	Szakmunkásképző	3.75	4.06
	Érettségi	3.06	3.03
	Felsőfokú	3.08	2.87
E	Bűnözők	7.53	8.25
	Pszich.betegek	4.98	5.75
	Suicid	6.75	8.16
	Alkoholisták	7.10	7.92



6.3 ábra: *A Pa1 skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

Pa1 skálánál is nagyon hasonló eredményeket hozott, mint a fentebb ismertetett PK skála esetében: erősen balra ferde eloszlást (*6.3 ábra*), az iskolázottsággal való fordított összefüggést (*6.3 táblázat*), az intelligenciahányadossal való negatív kapcsolatot ($r_{IQ} = -0.26$; $r_{VQ} = -0.24$; $r_{PQ} = -0.23$). A TBZ-minták a Pa1 skálán is jóval a normál övezet fölötti átlagokat produkáltak, különösen a bűnözők és az öngyilkos nők skálaértékei emelkedtek meg.

A PFT-próbával még több és jelentéstelibb összefüggést kaptunk, mint a PK skála esetében: nemcsak az impunitív válaszokkal (M%, $r = -0.14$), de a frusztrációt bagatellizáló »M'« megoldásokkal is negatív korrelációt észleltünk ($r = -0.13$), miközben az extrapunitív válaszokkal (E%, $r = 0.14$), ezen belül is a nyílt agressziót, mások vádlását kifejező »E« megoldásokkal ($r = 0.14$) pozitív volt a kapcsolat. Az eredmények e mintázata összeségében megerősíti a Pa1 skála validitását.

6.4 Paranoia nyilvánvaló alskála (PaO)

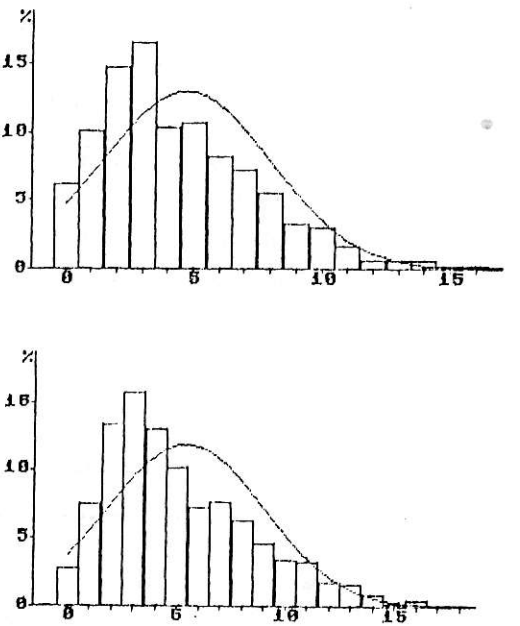
6.4 Táblázat: *A PaO skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**4.39**	**5.11**
	Szórás	3.07	3.37
	Skewness	0.89	0.89
	Curtosis	0.67	0.43
	Minimum	0	0
	Maximum	16	19
B	*U. S. A.*	**2.58**	**2.87**
C	0 - 7 általános	5.59	5.96
	8 általános	4.70	5.33
	Szakmunkásképző	4.43	5.58
	Érettségi	3.63	4.18
	Felsőfokú	3.63	4.02
E	Bűnözők	9.43	11.16
	Pszich.betegek	6.63	7.89
	Suicid	8.79	10.73
	Alkoholisták	8.74	10.53

A Pa klinikai alapskála azon tételeiből tevődik össze, amelyek nyilvánvaló, szembeötlő paranoid tüneteket fogalmaznak meg (*Wiener és Harmon, 1946*). Pszichológiailag egészséges személyek ezeket a tételeket nagyon ritkán választják magukra jellemzőnek. A skála magas értéke érvényes tesztben a paranoid tünetképződés, vonatkoztatás, téveszmeképződés, gyanakvás, üldöztetéses gondolatok, paranoid szorongás, ellenségeskedés tüneteinek jelzője lehet. A paranoia rejtett alskálával összevetve, nagy T-pont különbség ese-

tén a magas PaO és alacsony PaS felveti a paranoid állapot szimulálásának gyanúját, fordított konstelláció a tünetelleplező attitűdöt, a vizsgálószemélyzettel szembeni bizalmatlanságot jelezheti.

6.4 ábra: *A PaO skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



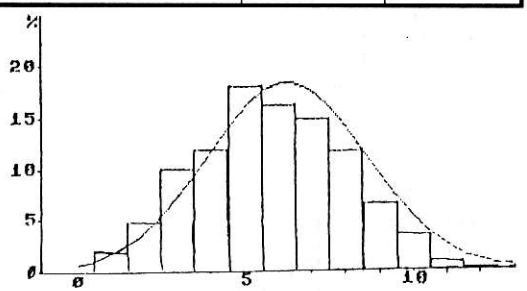
A PaO skála a normál népességben erősen balra ferde eloszlást követ (*6.4 ábra*). A többi kiegészítő paranoiditás skálához (PK, Pa1) hasonlóan erős fordított összefüggés jellemzi az iskolázottsággal (*6.4 táblázat*) és az intelligenciával ($r_{IQ} = -0.26$; $r_{VQ} = -0.25$; $r_{PQ} = -0.24$), vagyis az alacsony intelligenciaszintű személyeknél a skála várható értéke magasabb.

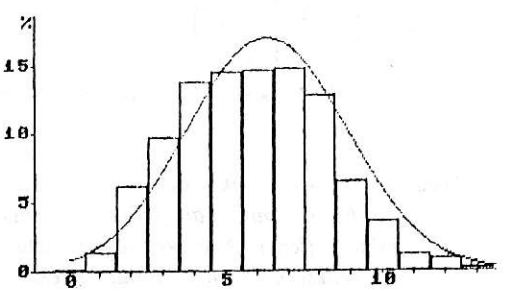
Ugyancsak megfigyelhető a PaO skála nagyfokú megemelkedése az alkalmazkodási zavarral küzdő csoportok esetében, különösen a bűnöző és öngyilkos csoportok értek el a skálán igen magas átlagokat.

A Képes Frusztráció Teszttel (PFT) az összefüggések mintázata igen hasonló, mint az egyéb kiegészítő paranoiditás-skálák esetében: negatív kapcsolat az impunitív (M%, $r = -0.15$), bagatellizáló (M', $r = -0.12$) és elaboratív helyzetmegoldó (i, $r = -0.11$) válaszokkal, és pozitív összefüggés az extrapunitív, agressziót kifelé irányító (E%, $r = 0.15$), nyíltan támadó, vádló megoldások (E, $r = 0.12$) és a sértődékenységet, szenzitivitást kifejező »E'« válaszokkal ($r = 0.12$). Ezek az eredmények tendenciájukban alátámasztják a skála validitását, mint a manifeszt paranoiditás mutatóját

6.5 Táblázat: *A PaS skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**5.77**	**5.85**
	Szórás	2.18	2.34
	Skewness	0.04	0.18
	Curtosis	-0.47	-0.38
	Minimum	0	0
	Maximum	12	13
B	*U. S. A.*	**6.00**	**5.54**
C	0 - 7 általános	5.77	5.71
	8 általános	5.62	5.57
	Szakmunkásképző	5.44	5.74
	Érettségi	6.06	6.15
	Felsőfokú	6.97	6.53
E	Bűnözők	7.00	7.20
	Pszich.betegek	7.37	7.55
	Suicid	6.78	6.88
	Alkoholisták	6.15	6.98





6.5 Paranoia rejtett alskála (PaS)

A Pa skálának ezek a tételei nem fogalmaznak meg nyilvánvaló paranoid tüneteket, a statisztikai elemzések alapján mégis gyakoribbnak találták előfordulásukat az ilyen tünetekkel jellemezhető populációkban. Magas értéke, ha nem kíséri más paranoia skála megemelkedése, nem feltétlenül utal kóros személyiségváltozásra, hanem a dinamikailag paranoid formakörbe tartozó személyiségtulajdonságok mutatója lehet: gyanakvó, összeférhetetlen, érzékeny, sértődékeny, zárkózott, óvatos, ingerlékeny, makacs személyiségre utalhat. Disszimulált paranoid tünetképződéssel is számolnunk kell azonban, ha erre egyéb jelek is utalnak, hiszen az elsősorban a nyilvánvaló paranoiditás-skálák eredményét tudja csökkente-

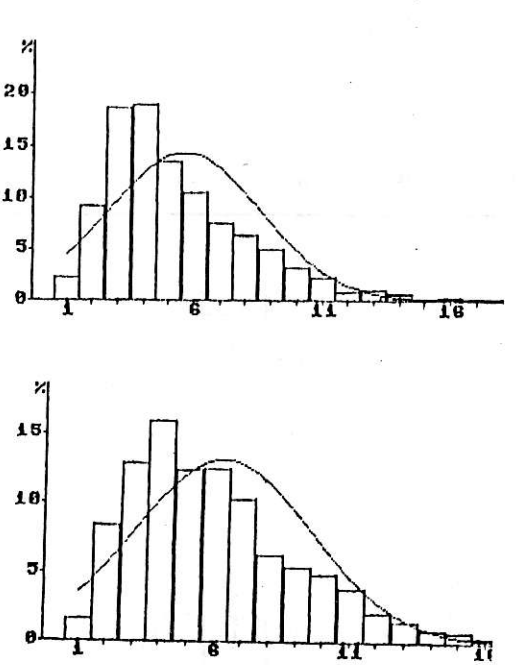
6.5 ábra: *A PaS skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

ni. Különösen a magas L skálaértékkel együtt jelezhet a PaS skála disszimulációt.

A PaS skála a magyar populációban szimmetrikus, a normális eloszláshoz képest kissé laposabb eloszlást mutat (*6.5 ábra*). Eltérően a nyilvánvaló tételeket tartalmazó paranoiditás-skáláktól, a PaS átlaga a magasabb iskolai végzettségű csoportokban emelkedik meg jobban (*6.5 táblázat*). A TBZ-minták a PaS skálán is magasabb átlagokat produkáltak, azonban eltérően a nyilvánvaló alskálától, itt a pszichiátriai betegek csoportjában volt a legmagasabb a kiugró skálaérték.

6.6 Schizophrenia prímskála (Sc')

Welsh (1952) az Sc klinikai alapskálából képezte olymódon, hogy kiszűrte abból a más skálákkal, mindenekelőtt az egyéb pszichotikus skálákkal mutatkozó átfedéseket. Ilyen módon a schizoid kórképek homogénebb, megbízhatóbbnak tekintett mutatójához jutott. A skála magas értéke önmagában nem feltétlenül jelez schizophreniát – ehhez más tüneti támpontokat is figyelembe kell venni –, azonban a schizoid formakörbe tartozó személyiségjegyeket, élményformákat megbízhatóan mutatja. Magas Sc' értékek a normatív viselkedés felbomlására, identitászavarra, elidegenedésre, kapcsolatteremtési nehézségekre, izolációs készségre, önértékelési labilitásra, bizonytalan énhatárokra, különös élményvilágra, kóros esetben a gondolkodás és percepció schizoform torzulására: téveszmékre, hallucinációkra, konkretizáló gondolkodásmódra stb. utalhatnak.



6.6 ábra: *Az Sc' skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

6.6 Táblázat: *Az Sc' skálára vonatkozó eredmények*

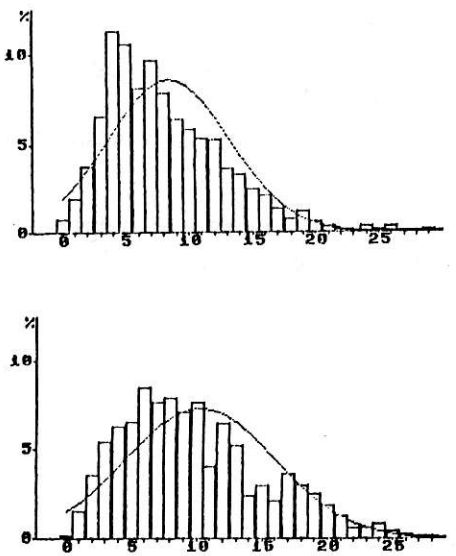
	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**5.28**	**5.93**
	Szórás	2.78	3.05
	Skewness	1.10	0.81
	Curtosis	1.22	0.22
	Minimum	1	1
	Maximum	17	16
B	*U. S. A.*	**4.27**	**4.64**
C	0 - 7 általános	6.74	6.23
	8 általános	5.20	6.39
	Szakmunkásképző	5.32	6.30
	Érettségi	4.68	5.25
	Felsőfokú	4.37	4.81
E	Bűnözők	9.83	11.01
	Pszich.betegek	7.68	9.37
	Suicid	8.69	10.09
	Alkoholisták	8.22	9.69

A skálába tartozó tételek többsége nyilvánvaló tüneti értékű, ennek megfelelően a skála a normál népességben erősen balra ferde eloszlást követ (*6.6 ábra*). A skála erősen fordított összefüggést mutat az iskolai végzettséggel (*6.6 táblázat, r=-0.18 — -0.19*), tehát az alacsony iskolázottságú rétegekben magasabb várható értékkel kell számolni. Ugyancsak fordított az összefüggés az intelligenciaszint mutatóival (r_{IQ} = -0.31; r_{VQ} = -0.30; r_{PQ} = -0.26).

Az alkalmazkodási zavarral küzdő minták egyöntetűen magasabb átlagokat értek el az Sc' skálán, különösen a bűnöző és az öngyilkos csoportokban (*6.6 táblázat*).

6.7 Alkalmazkodási zavar skála (Gm)

A *Welsh (1952b)* által kifejlesztett skála nem vala-



6.7 ábra: *A Gm skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

milyen specifikus tünet felmérésére irányul, hanem az alkalmazkodóképesség általános zavarának (»*general maladjustment*«) a mutatója, ami a standard profil lefutásának magasságában is tükröződik. A Gm skála magas értéke a legváltozatosabb kórlélektani állapotokban, vagy társadalmi beilleszkedési zavarokban egyaránt előfordulhat. A pszichológiai és egzisztenciális nehézségekkel való megküzdés eszköztárának fejletlenségére, a személyiség labilitására, elaborációs készségeinek gyengeségére utal.

6.7 Táblázat: *A Gm skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**8.10**	**9.82**
	Szórás	4.64	5.48
	Skewness	0.97	0.69
	Curtosis	1.13	-0.06
	Minimum	0	0
	Maximum	29	28
B	*U. S. A.*	**4.79**	**5.73**
C	0 - 7 általános	11.63	12.64
	8 általános	8.30	10.28
	Szakmunkásképző	7.93	9.70
	Érettségi	6.37	7.92
	Felsőfokú	6.80	7.79
E	Bűnözők	14.36	16.99
	Pszich.betegek	12.89	15.89
	Suicid	13.90	16.98
	Alkoholisták	13.69	15.35

A Gm skála erősen balra ferde eloszlást követ (*6.7 ábra*). Igen erősen korrelál az életkorral (r = 0.32), vagyis az idősebb korosztályokban a skála várható értékének jelentős emelkedésével kell számolni. Az iskolai végzettséggel viszont szoros fordított kapcsolat figyelhető meg (r = -0.17 — -0.22, *ld. 6.7 táblázat*), tehát az alacsony végzettségű rétegek átlaga ugyancsak magasabb.

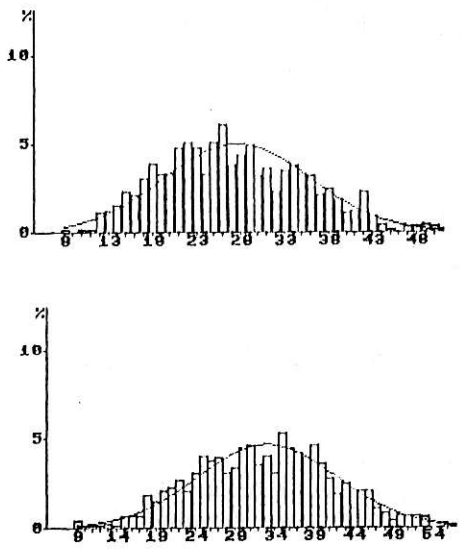
A TBZ-minták mindegyikének átlaga nagyságrenddel meghaladja a normál kontrollcsoportban megszokott értékeket, tehát a skála valóban érzékenyen reagál az alkalmazkodási zavarok minden formájára (*6.7 táblázat*).

6.8 Normalitás skála (N)

A skálát *Meehl (1945)* dolgozta ki egy a struktúrált személyiségtesztekben feltételezetten működő általános »normalitás«, vagy »kontroll« faktor mérésére. A fogalom kicsit hasonló, mint az általános intelligenci-

6.8 Táblázat: *Az N skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**27.14**	**32.53**
	Szórás	8.05	8.69
	Skewness	0.30	-0.01
	Curtosis	-0.44	-0.40
	Minimum	8	9
	Maximum	50	56
B	*U. S. A.*[*]	30.28	34.71
	U. S. A.[c]	**30.67**	**35.16**
C	0 - 7 általános	31.01	34.07
	8 általános	28.99	33.98
	Szakmunkásképző	27.09	32.83
	Érettségi	25.53	30.26
	Felsőfokú	23.10	30.00
E	Bűnözők	34.93	40.30
	Pszich.betegek	31.99	36.51
	Suicid	33.86	38.46
	Alkoholisták	34.93	38.94



6.8 ábra: *Az N skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

afaktor az intelligenciatesztek feladataiban. Az N skála a tervek szerint mint korrekciós mutató lett volna használatos, amelynek kivonásával állíthatók elő az egyes skálák specifikus tüneti jelentését mérő patológia-faktorok. Ilyen korrekciós skála pl. a K skála is, amely a kedvező önbemutatás általános hatását igyekszik kiszűrni az ez által leginkább befolyásolt skálákból. Ellentétben azonban a K-skálával, a *Meehl-féle* N-skála korrekciós mutatóként való használat nem terjedt el a diagnosztikai gyakorlatban.

Gyakorlati felhasználását tekintve így legfeljebb a Gm skálához hasonló általános alkalmazkodást, profilkórosságot mérő indexként hasznosítható. Vigyázzunk a skála értelmezésével: nevével ellentétben, a magas skálaértékek jelzik a profil *abnormalitásának* a mértékét, s alacsony értéke az egészséges, harmonikus, jól

alkalmazkodó személyiség mutatója!

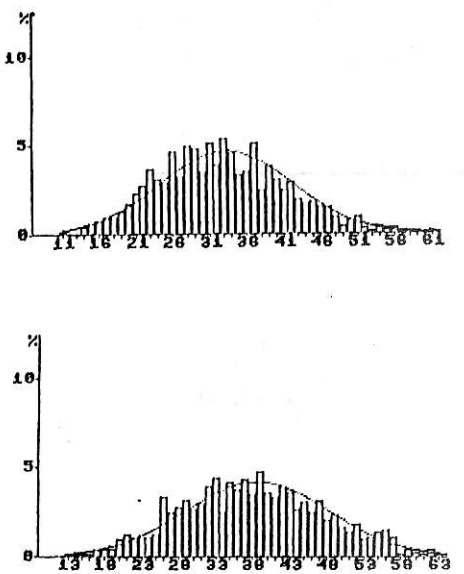
Az N skála a magyar népességben kisebb-nagyobb ingadozásokkal követi a normális eloszlást (*6.8 ábra*). Hasonlóan a Gm skálához, itt is fordított az összefüggés az iskolai végzettséggel ($r = -0.16$, illetve -0.17), tehát az alacsonyabb végzettségű rétegekben magasabb a skála értéke (*6.8 táblázat*). Az N skála az intelligenciaszint mutatóival is szignifikáns fordított korrelációt mutat ($r_{IQ} = -0.27$; $r_{VQ} = -0.26$; $r_{PQ} = -0.23$).

Az alkalmazkodási zavarban szenvedő TBZ-minták mindegyike szignifikánsan a normál kontroll feletti átlagokat produkált (*6.8 táblázat*).

6.9 Szexuális rendellenesség skála (Sv)

A terjedelmes skálába *Marsh, Hilliard és Liechti (1955)* összegyűjtötték valamennyi olyan MMPI-tételt, amely bármilyen vonatkozásban differenciálhatja a szexuális zavarokat, rendellenes szexuális attitűdöt. A problémák természetére azonban pusztán a magas skálaértékekből nem következtethetünk. Szexuális nehézségekre, neurotikus panaszokra éppúgy utalhat, mint deviáns, szokatlan szexuális attitűdre, vagy magatartásra.

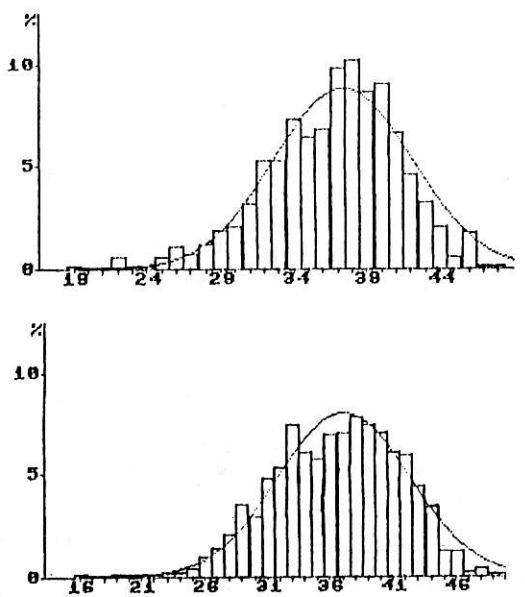
A skála eloszlása a magyar népességben jól közelíti a normális eloszlást (*6.9 ábra*). Az iskolai végzettséggel erős fordított kapcsolat észlelhető, az alacsony iskolázottságú csoportokban jóval magasabb az Sv skála átlaga (*6.9 táblázat*). A TBZ-minták esetében viszont még a legalacsonyabb iskolai végzettségű normál csoporthoz képest is kiugró skálaértékeket észlel-



6.9 ábra: *Az Sv skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

6.9 Táblázat: *Az Sv skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**32.75**	38.02
	Szórás	8.68	9.59
	Skewness	0.32	0.10
	Curtosis	-0.13	-0.45
	Minimum	11	13
	Maximum	61	63
B	*U. S. A.*[*]	32.27	35.07
	U. S. A.[c]	**35.08**	**38.12**
C	0 - 7 általános	39.37	42.86
	8 általános	34.71	40.63
	Szakmunkásképző	32.58	37.37
	Érettségi	29.88	33.94
	Felsőfokú	27.77	32.19
E	Bűnözők	45.13	51.16
	Pszich.betegek	38.34	42.76
	Suicid	42.44	46.99
	Alkoholisták	44.95	49.51



6.10 ábra: *Az Ah skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

tünk, különösen a bűnöző és az alkoholista csoportokban igen magas a szexuális problémákra, vagy devianciára utaló Sv skála átlagértéke (*6.9 táblázat*).

6.10 Alkoholista kiválasztó skála (Ah)

Mivel az alkoholista csoportok vizsgálatában a standard klinikai alapskálákkal nem sikerült valamiféle specifikus »alkoholista profilkonstellációt« kimutatni (összefoglalóan ld. *Bagdy, Pressing, Bugán és Zétényi, 1986*), több próbálkozás történt arra, hogy speciális skálák kidolgozásával hozzanak létre az alkoholizmus diagnosztizálására alkalmas MMPI-mutatókat. E skálák kritériumcsoportjául különféle alkoholista betegekből álló minták szolgáltak, s kidolgozásuk technikája az volt, hogy az alkoholista csoportban a kontrollcsoportokhoz képest szignifi-

kánsan gyakrabban választott, illetve elutasított tételeket gyűjtötték össze egy skálába. Ugyanakkor éppen a létező alkoholizmus-skálák nagy száma mutatja, hogy a későbbi keresztvaliditás-vizsgálatokban eltérő mintákon ritkán sikerült igazolni e skálák használhatóságát. Valójában az alkoholizmus egyéb, biológiai indikátorai és a specifikus alkoholizmus-kérdőívek az alkohol-abuzus sokkal megbízhatóbb diagnosztizálását teszik lehetővé, mint az MMPI. Ennek az lehet az oka, hogy az MMPI nagyon kevés, speciálisan az alkoholista szokásokkal foglalkozó tételt tartalmaz. Az MMPI tehát inkább alkalmas valamiféle általános alkalmazkodási zavar mérésére, mint az alkoholizmus sajátos tüneteinek a megállapítására. Ugyanakkor igen kétséges, hogy létezik-e valamiféle általános »alkoholista személyiségtípus«. Valószínűbb, hogy e szenvedélybetegségnek többféle típusa van, többféle személyiséghátteren is kialakulhat, s az MMPI profilkonstellációk nehezen megismételhetőek, mert az eredmények nagymértékben függenek az aktuális kritériumcsoportok összetételétől.

Számolva e problémákkal, a TBZ vizsgálatokban résztvevő nagyszámú alkoholista beteg miatt a kutatók mégis igényelték legalább néhány speciális alkoholizmus-skála kipróbálását. Ezek közül az itt következő három került standardizálásra. Az első *Hoyt és Sedlacek (1958)* alkoholista-kiválasztó skálája.

A skála a magyar népességben a normális eloszláshoz képest inkább jobbra húz (*6.10 ábra*). Az életkorral szignifikáns fordított kapcsolat figyelhető meg (r = -0.19), vagyis a fiatalabb korosztályokban a skála értéke magasabb. Az intelligencia mutatóival viszont a skála pozitív összefüggésben áll ($r_{IQ} = 0.21$; $r_{VQ} = 0.20$; $r_{PQ} = 0.18$).

Nem sikerült igazolnunk, hogy az Ah skála az alkoholizmus megbízható mutatója lenne: a TBZ-minták közül sem az alkoholisták, sem más alkalmazkodási zavarban szenvedő csoportok nem mutattak a normál kontrollhoz képest

6.10 Táblázat: *Az Ah skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**36.73**	**36.43**
	Szórás	4.53	5.07
	Skewness	-0.53	-0.31
	Curtosis	0.50	0.01
	Minimum	19	16
	Maximum	48	50
B	*U. S. A.*	**28.00**	**27.80**
E	Bűnözők	36.11	36.17
	Pszich.betegek	35.87	36.02
	Suicid	35.66	34.62
	Alkoholisták	36.79	35.80

6.11 Táblázat: *Az Al skálára vonatkozó eredmények*

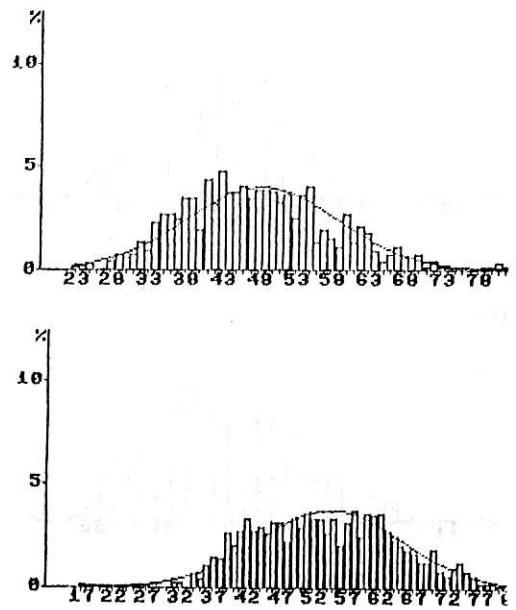
	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**47.97**	**53.84**
	Szórás	10.12	10.65
	Skewness	0.44	0.14
	Curtosis	0.04	-0.51
	Minimum	23	17
	Maximum	82	82
B	*U. S. A.*[*]	42.21	46.36
	U. S. A.[c]	**46.69**	**51.28**
C	0 - 7 általános	52.56	55.71
	8 általános	48.55	54.86
	Szakmunkásképző	48.16	54.30
	Érettségi	45.70	51.40
	Felsőfokú	44.77	53.66
E	Bűnözők	59.82	67.48
	Pszich.betegek	58.04	62.84
	Suicid	61.65	65.59
	Alkoholisták	60.82	65.94

szignifikánsan eltérő értéket (*ld. 6.10 táblázat*).

6.11 Alkoholizmus-I. skála (Al)

A második felhasznált alkoholizmus-skálát *Hampton (1951)* dolgozta ki. Az igen nagyszámú tétel (125) már előrevetíti, hogy inkább az adott vizsgálat speciális kritériumcsoportját megkülönböztető esetleges skáláról, s nem alkoholizmus-specifikus mutatóról van szó.

Ezt az empírikus eredmények is megerősítik: bár valamennyi TBZ-minta nagyságrenddel felülmúlta a normál kontroll átlagértékét (*6.11 táblázat*), az alkoholisták ezen belül nem mutattak kiugró jellegzetességet. Úgy látszik tehát, mintha az Al skála inkább az alkalmazkodási zavar Gm skálához hasonló, általános mutatójaként viselkedne, s nem spe-



6.11 ábra: *Az Al skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

cifikus alkoholizmus-mutatóként.

A magyar népességben egyébként a skála eloszlása kissé egyenetlen (*6.11 ábra*), s a skála átlagértéke a normál populációban szignifikánsan függ az iskolai végzettségtől (*6.11 táblázat*): az alacsonyabb iskolai végzettségű rétegekben rendszerint magasabb skálaátlagokat tapasztaltunk.

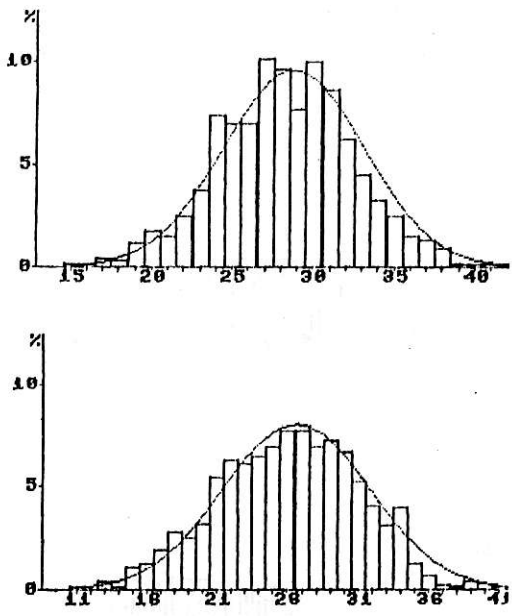
6.12 Alkoholizmus-II. skála (Am)

Holmes (1953) alkoholizmus-skáláját ugyancsak abból a célból fejlesztette ki, hogy az alkoholista szenvedélybetegséget meg tudja különböztetni egyéb egészséges és nem alkoholista betegcsoportoktól.

Az általunk kapott eredmények mintázata azonban nagyon hasonló ahhoz, mint amit az Al skála esetén is ta-

6.12 Táblázat: *Az Am skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n=671)	Nő (n=720)
A	Átlag	**28.23**	**26.02**
	Szórás	4.16	4.99
	Skewness	-0.02	-0.11
	Curtosis	-0.03	-0.32
	Minimum	15	11
	Maximum	41	41
B	*U. S. A.*	**19.56**	**20.64**
D	Budapest	29.06	28.36
	Megyei város	28.97	27.93
	Város	28.54	26.15
	Község	27.73	24.91
E	Bűnözők	31.44	29.82
	Pszich.betegek	31.15	31.08
	Suicid	31.35	29.05
	Alkoholisták	30.28	29.16



6.12 ábra: *Az Am skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

pasztaltunk: valamennyi TBZ-minta átlaga meghaladja a normál kontrollcsoportét, azonban nem az alkoholisták, hanem a bűnözők produkálták a legmagasabb átlagokat. (*6.12 táblázat*).

Az Am skála egyébként a magyar népességben a normális eloszlást jól megközelíti (*6.12 ábra*). A skála enyhe pozitív korrelációt mutat az életkorral ($r = 0.11$), s pozitív összefüggés tapasztalható az Am skála és az intelligencia mutatói között is ($r_{IQ} = 0.29$; $r_{VQ} = 0.27$; $r_{PQ} = 0.26$). Az Am skála értéke az iskolázottságtól kevésbé függ, viszont a nagyobb településeken rendszerint magasabb átlagértékeket tapasztaltunk (*6.12 táblázat*). A skála pontos jelentéstartományának tisztázása további vizsgálatokat igényel.

6.13 Börtönalkalmazkodás skála (Ap)

6.13 Táblázat: *Az Ap skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**17.12**	**15.58**
	Szórás	3.33	3.33
	Skewness	0.07	0.22
	Curtosis	-0.04	-0.17
	Minimum	7	5
	Maximum	27	26
C	0 - 7 általános	17.16	15.95
	8 általános	17.55	15.50
	Szakmunkásképző	17.17	15.51
	Érettségi	17.04	15.67
	Felsőfokú	16.47	14.98
D	Budapest	17.09	16.18
	Megyei város	17.37	16.25
	Város	16.72	15.50
	Község	17.23	15.33
E	Bűnözők	18.27	16.24
	Pszich.betegek	17.79	17.48
	Suicid	17.27	16.59
	Alkoholisták	15.97	15.67

A skálát *Beall és Panton* dolgozták ki 1957-ben, azonban azt nem publikálták. A skála a börtönben elhelyezett bűnözők alkalmazkodási zavarait hivatott diagnosztizálni, illetve előre jelezni (»*adjustment to prison*«). A skála az ugyanezen szerzőpárostól származó Ec skálával együtt a zárt intézeti elhelyezésben lévő személyek vizsgálatában hasznosítható. Bár a skálát kontrollvizsgálatai alapján *Panton (1958)* átdolgozta és abból több tételt kihagyott, a magyar standardban az *eredeti változat* normatív értékei kerültek meghatározásra.

A skála a magyar népességben a normális eloszlást jól megközelíti (*6.13 ábra*). Értékét az isko-

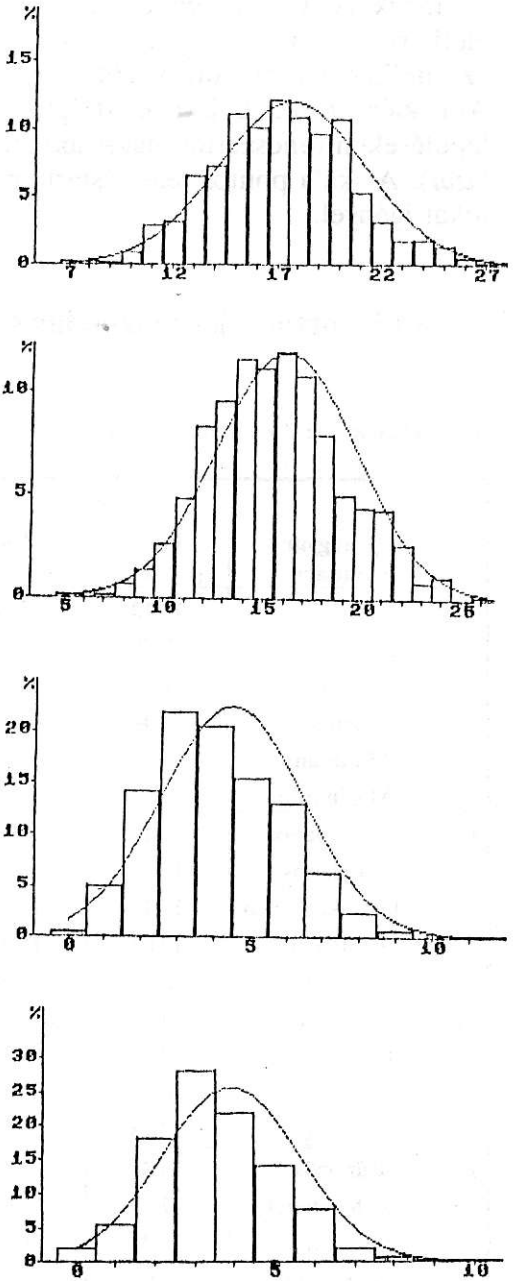
lai végzettség és a lakóhely szerinti réteghelyzet kismértékben, de szignifikánsan befolyásolja (*6.13 táblázat*). A legmagasabb iskolai végzettségű csoportban az átlag némileg elmarad a többitől; s a vidéki városokban, nőknél a községekben is ugyancsak kissé alacsonyabbak az átlagértékek.

Az alkalmazkodási zavarral küzdő csoportok közül a bűnözőknél és a pszichiátriai betegeknél észleltünk lényegesebb skálaérték-emelkedést (*6.13 táblázat*).

6.14Bűnözési hajlam - I. skála (De)

A skálát *Gough és Peterson (1952)* dolgozták ki a kriminális magatartásra feltételezés szerint hajlamosító személyiségdiszpozíciók mérésére (»*delinquency*«). A skála az empírikus skálakonstrukció elvén, antiszociális és kontrollcsoportok tételvá-

6.13 ábra: *Az Ap skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



6.14 ábra: *A De skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

6.14 Táblázat: *A De skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**4.08**	**3.51**
	Szórás	1.79	1.57
	Skewness	0.37	0.40
	Curtosis	-0.19	0.44
	Minimum	0	0
	Maximum	11	10
B	*U. S. A.*[*]	2.93	2.60
	U. S. A.[c]	**3.20**	**2.84**
C	0 - 7 általános	4.59	3.68
	8 általános	4.49	3.58
	Szakmunkásképző	4.18	3.41
	Érettségi	3.61	3.42
	Felsőfokú	3.43	3.56
E	Bűnözők	6.72	6.85
	Pszich.betegek	4.87	4.71
	Suicid	6.23	5.48
	Alkoholisták	6.06	5.76

lasztási arányainak összehasonlításán alapul.

A skála a magyar népességben kissé balra ferde eloszlást követ (*6.14 ábra*). Az iskolai végzettséggel csak a férfiaknál mutatkozik szignifikáns összefüggés, itt az alacsonyabb végzettségű rétegek átlaga magasabb (*6.14 táblázat*).

A De skála validitását több empírikus eredményünk is alátámasztja. Egyfelől a TBZ-minták közül valóban a bűnözők érték el a legmagasabb – a normál kontrollt jóval meghaladó – értéket. Ôket az alkoholista és az öngyilkos csoport követi, ugyancsak a normál övezet feletti átlagokkal. Másfelől a De skála szignifikáns pozitív korrelációt mutat a vizsgálati személy által elkövetett bűncselekmények számával (r = 0.19 a standardizálási mintán és 0.21 a teljes mintán).

6.15 Bűnözési hajlam - II. skála (DQ)

A magyar standardhoz felhasznált másik kriminalitás-skálát (»*delinquency*«) *Hathaway és Monachesi (1957)* fiatalkorú deviáns, intézetben elhelyezett személyek vizsgálata alapján fejlesztette ki a későbbi bűnöző karrier előrejelzése, a személyiség antiszociális fejlődési lehetőségére figyelmeztető jelzések felmérése céljából.

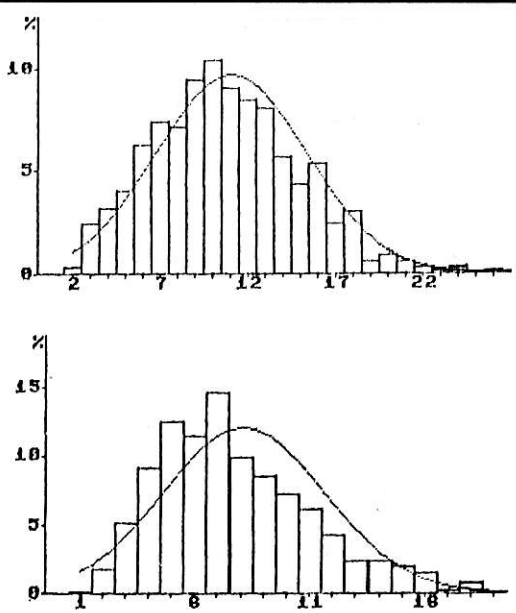
Az eredmények mintázata nagyon hasonló a másik bűnözés-prognosztikai skáláéhoz, a De-hez: enyhén balra húzó, normálishoz közeli eloszlás (*6.15 ábra*); az iskolai végzettséggel való fordított összefüggés,

ami csak a férfiak körében kifejezett (*6.15 táblázat*); valamennyi TBZ-minta megemelkedett átlaga, közöttük a bűnöző csoport kiugró értékeivel (*6.15 táblázat*). A skála az életkorral fordítva korrelál (r = -0.18 a teljes mintán), vagyis a fiatalkorúaknál inkább megemelkedik.

A DQ skála validitását is alátámasztja az a tény, hogy szignifikánsan korrelál a vizsgálati személy által elkövetett bűncselekmények számával (r = 0.18 a standardizálási mintán és 0.20 a teljes mintán). Érdekes eredmény, hogy a DQ skála szignifikánsan fordított korrelációt mutat az intelligenciahányadossal (r = -0.19), ezen belül is elsősorban a verbális intelligenciával (r = -0.24). A verbális intelligencia gyengébb volta által előidézett szocializációs deficit más kutatások szerint is az antiszociális személyiségfejlődés egyik veszélyeztető tényezője.

6.15 Táblázat: *A DQ skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**10.71**	**7.72**
	Szórás	4.12	3.35
	Skewness	0.38	0.71
	Curtosis	0.00	0.18
	Minimum	2	1
	Maximum	26	19
B	*U. S. A.**	7.91	6.19
	U. S. A.[c]	**9.67**	**7.57**
C	0 - 7 általános	11.17	7.50
	8 általános	12.07	8.15
	Szakmunkásképző	10.88	7.69
	Érettségi	10.09	7.33
	Felsőfokú	8.97	7.49
E	Bűnözők	15.76	13.29
	Pszich.betegek	11.82	11.32
	Suicid	13.78	11.27
	Alkoholisták	13.13	11.33



6.15 ábra: *A DQ skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

A DQ skálának a Képes Frusztrációs Teszt (PFT) mutatóival való korrelációi ugyancsak a skála validitásával összhangban értelmezhetők: szignifikáns pozitív kapcsolat mutatkozik az extrapunitív válaszok (E%, r = 0.13) és az énelhárító megoldások (ED%, r = 0.12) arányával; különösen a nyílt agresszív megoldásokkal (E) szoros a DQ skála összefüggése (r = 0.20). A felettesénvezérelt, bűntudat hangsúlyú megoldásokkal viszont (intrapunitív válaszok) a DQ skála negatív összefüggésben áll (I%, r = -0.11).

6.16 Szökési hajlam skála (Ec)

6.16 Táblázat: *Az Ec skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**14.74**	**14.55**
	Szórás	3.74	3.90
	Skewness	0.51	0.28
	Curtosis	0.37	0.12
	Minimum	6	3
	Maximum	30	28
B	*U. S. A.*[*]	10.21	9.97
	U. S. A.[c]	**11.02**	**10.76**
C	0 - 7 általános	15.34	13.95
	8 általános	15.01	14.45
	Szakmunkásképző	14.78	14.73
	Érettségi	14.44	14.72
	Felsőfokú	14.03	14.87
D	Budapest	15.28	15.50
	Megyei város	14.19	15.22
	Város	14.82	14.55
	Község	14.64	14.05
E	Bűnözők	20.13	21.72
	Pszich.betegek	17.98	18.94
	Suicid	19.20	19.08
	Alkoholisták	17.54	18.76

Az Ec skálát *Beall és Panton (1956)* dolgozták ki abból a célból, hogy börtönben elhelyezett bűnözőknél előre tudják jelezni az esetleges alkalmazkodási nehézségeket (»*escapism*«). A beilleszkedő, illetve szökést megkísérlő vizsgálati személyek MMPI-inak összehasonlításakor 41 olyan tételt találtak, amelyekben a két csoport szignifikánsan különbözött egymástól. A skála az Ap skálához hasonlóan elsősorban kriminálpszichológiai területen, vagy olyanok számára lehet érdekes, akik zárt intézményi keretek között elhelyezett személyek vizsgálatával foglalkoznak.

A normál népességben a skála kissé balra ferde eloszlást követ (*6.16 ábra*). Az Ec skála nemenként eltérő összefüggést mutat az iskolázottsággal: férfiaknál inkább az alacsonyabb

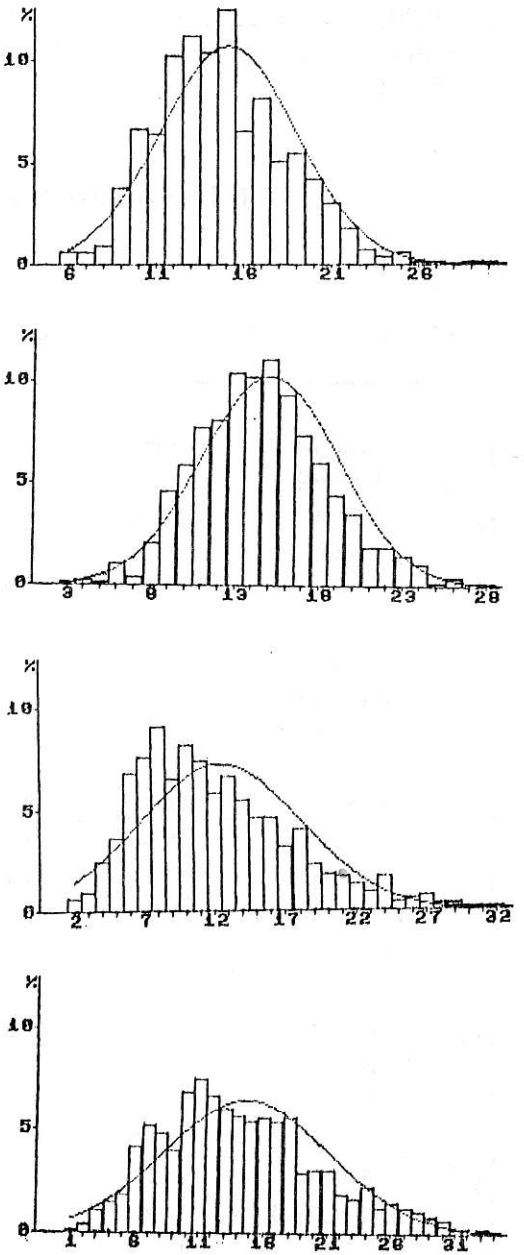
iskolai végzettségű, nőknél a magasabb képzettségű rétegek átlagértéke magasabb (*6.16 táblázat*). A budapesti vizsgálati személyeknél mindkét nem esetében, a vidéki nagyvárosokban férfiaknál ugyancsak kissé magasabb átlagokat tapasztaltunk; a kisebb településeken az Ec skála átlaga alacsonyabbnak bizonyult.

A TBZ-minták közül valamennyi csoport jóval a normál átlagot meghaladó értékeket produkált. A legmagasabb átlagértékeket a bűnöző és az öngyilkos minták érték el a szökési hajlam skálán (*6.16 táblázat*).

6.17 Érzelmi éretlenség skála (Em)

A skálát *Pearson (1954)* fejlesztette ki. A skála magas értékei az infantilis, adaptálatlan, a felnőtt realitáshoz kevésbé alkalmazkodó érzelmi életet, s az emocio-

6.16 ábra: *Az Ec skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*



6.17 ábra: *Az Em skála gyakorisági eloszlása a standardizálási mintában férfiaknál (fent) és nőknél (lent). A gyakorisági eloszlás illeszkedése az azonos várható értékű normális eloszláshoz.*

6.17 Táblázat: *A Em skálára vonatkozó eredmények*

	Új magyar standard	Férfi (n = 671)	Nő (n = 720)
A	Átlag	**12.04**	**14.24**
	Szórás	5.51	6.25
	Skewness	0.81	0.53
	Curtosis	0.42	-0.13
	Minimum	2	1
	Maximum	32	34
B	*U. S. A.*	**9.75**	**11.51**
C	0 - 7 általános	15.13	15.98
	8 általános	12.43	14.32
	Szakmunkásképző	11.78	14.22
	Érettségi	11.10	13.10
	Felsőfokú	10.45	13.06
E	Bűnözők	20.57	23.15
	Pszich.betegek	19.32	22.67
	Suicid	20.18	23.35
	Alkoholisták	18.61	20.29

nalitás alacsony fejlettségű és hatékonyságú szabályozását mutatják (»*emotional immaturity*«).

A skála eloszlása a magyar népességben erősen balra ferde (*6.17 ábra*). A demográfiai összefüggések közül az iskolázottsággal való erős fordított kapcsolat emelhető ki (*6.17 táblázat*): az alacsonyabb iskolai végzettségű rétegek átlaga lényegesen magasabb.

Az érzelmi éretlenség skálán valamennyi alkalmazkodási zavarral küzdő minta a normál kontrollhoz képest a kóros övezetbe eső átlagértéket produkált (*6.17 táblázat*).

Zárszó

Bár a jelen kötet egy többéves intenzív kutatómunka gyümölcse és egyfajta lezárása, mi szerzők mégis inkább a nyitvahagyott, vagy éppen a jelen kutatás által megnyitott problémákat látjuk magunk előtt, és abban bízunk, hogy munkánk nem annyira a befejeződése lesz az MMPI hazai kutatásának, mint inkább egy új fejlődési szakasz kezdete. Maga a standard és a TBZ-kutatások számítógépes adatbázisa is egy olyan kimeríthetetlen nyersanyagot jelent, amelynek a kiaknázása csak vállalkozó szellemű kutatókra vár. Jelenlegi anyagi lehetőségeink az elkészült eredmények közül is csupán azoknak a bemutatását engedték meg, amelyeket a leginkább nélkülözhetetlennek érzünk a próba egyre nagyobb számú gyakorlati felhasználója számára. Nem futotta a rendelkezésre álló terjedelemből pl. a próba belső szerkezetére vonatkozó faktoranalitikus vizsgálataink ismertetésére, s ugyancsak értelmezésre vár az MMPI 566 tételének item-analízisével kapcsolatos számításaink eredménye. Utóbbi szolgálhat majd alapjául annak, hogy újabb kiegészítő skálák standardizálása mellett magyar kritériumcsoportokon pszichometriailag hiteles új, eredeti skálákat is ki lehessen dolgozni.

Még csak annyit, hogy a jelen kötetből hiányoznak az MMPI-kézikönyvekben megszokott profillap-minták. A szerzők mérlegelik annak lehetőségét, hogy külön forgalmazzák az itt standardizált skálák profillapjait, amennyiben erre igény mutatkozik. A függelékben megadott nyerspont — T-pont átszámítási táblázatok addig is a profillapokkal egyenértékűen, sőt annál némileg egzaktabbul használhatók. Azért vagyunk némileg bizonytalanok e tekintetben, mert ilyen nagyszámú skála alkalmazásakor a hagyományos kézi/profillapos kiértékelési technika nyilvánvalóan nagyon nehézkessé válik. Az egyre komplexebbé váló tesztadminisztrációs és értékelési feladatokat reálisan személyi számítógépre érdemes tervezni. Ezt a célt szolgálja az általunk kidolgozott MMPI-64 programcsomag is a jelen kötetben ismertetett módszerek vonatkozásában.

Végezetül az itt kibocsátott új magyar tesztstandard gyümölcsöző felhasználását kívánjuk minden kedves szakember olvasónknak.

Irodalom

Adams, H. B. - Cooper, G. P. - Carrera, R. N.: The Rorschach and the MMPI: a concurrent validity study. *Journal of Projective Techniques, 1963, 27, 23-24.*

Allen, R. M.: The relationship between Edwards Personal Preference Schedule and the MMPI scales. *Journal of Applied Psychology, 1957, 41, 307-311.*

Altus, W. D.: A college achiever and non-achiever scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1948, 32, 385-397.*

Anthony, N.: Comparison of clients standard exaggerated, and matching MMPI-profiles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 36, 100-103.*

Bagdy, E.: Útmutatás az MMPI alkalmazásához. *Vademecum, OIE, 1975, 52. szám.*

Bagdy, E. - Pressing, L., - Bugán, A. - Zétényi, T.: Az MMPI-próba: elmélet és alkalmazás. *Adakémiai Kiadó, Budapest, 1986.*

Ball, J. C. - Carrol, D.: Analysis of MMPI cannot say scores in an adolescent population. *Journal of Clinical Psychology, 1960, 16, 30-31.*

Barron, F.: An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 1953, 17, 235-241.*

Beall, H. S. - Panton, J. H.: Use of the MMPI as an index of escapism. *Journal of Clinical Psychology, 1956, 12, 392-394.*

Benton, A. L. - Probst, K. A.: A comparison of psychiatric ratings with Minnesota Personality Inventory scores. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1946, 41, 75-78.*

Blazer, P. - Gering, A.: Ein programmierter Kurs zur deutschsprachigen Ausgabe des MMPI von S. R. Hathaway und J. C. McKinley. *Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1972.*

Block, J.: The development of an MMPI-based scale to measure ego-control. *Mimeographed materials. Berkeley: Institute of Personality Assessment and Research. University of California, 1953.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Bloom, W.: Relevant MMPI norms for young adult Air Force trainees. *Journal of Personality Assessment, 1977, 41, 505-510.*

Brayfield, A. H. - Marsh, M. M.: Aptitudes, interests, and personality characteristics of farmers. *Journal of Applied Psychology, 1957, 41, 98-103.*

Brothers, W. L.: Somer correlates with the MMPI. *Journal of Educational Research, 1961, 55, 36-38.*

Brown, M. N.: Evaluating and scoring the MMPI "cannot say" items. *Journal of Clinical Psychology, 1950, 6, 180-184.*

Brown, P. L.: Driver behavior and scores on the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1960, 44, 18-21.*

Burnes, R. - Brown, W. A. - Keating, G. W.: Dimensions of control: correlations between MMPI and I-E scores. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 36, 301.*

Burton, A.: The use of the Masculinity-Femininity scale of the MMPI as an aid in the diagnosis of sexual inversion. *Journal of Psychology, 1947, 24, 161-164.*

Butcher, J. N.: MMPI Research Developments and Clinical Applications. *New York: McGrow-Hill, 1969.*

Byrne, D.: The Repression-Sensitization scale: rationale, reliability, and validity. *Journal of Personality, 1961, 29, 334-349.*

Byrne, D.: Repression-Sensitization as a dimension of personality. In B. A. Maher (ed.): Progress in Experimental Personality Research, vol I. *Academic Press, New York, 1964.*

Byrne, D. - Barry, J., - Nelson, D.: Relation of the revised repression-sensitization scale to measures of self description. *Psychological Reports, 1963, 13, 323-334.*

Canthen, N. R. - Sandmen, C. A. - Kilpatrick, P. G. - Deabler, H. L.: PAP correlates of Sc scores on the MMPI. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 1969, 33, 262-264.*

Clapton, I. R. - Neuringer, C.: MMPI cannot say scores: normative data and degrees of distortion. *Journal of Personality Assessment, 1976, 41, 511-513.*

Clark, I. H.: Application of the MMPI in differentiating AWOL recidivists from non-recidivists. *Journal of Psychology, 1948, 26, 229-234.*

Coffer, C. N. - Chance, J. - Judson, A. J.: A study of malignering on the MMPI. *Journal of Psychology, 1949, 27, 491-499.*

Comrey, A. L.: A factor analysis of items on the K scale of the MMPI. *Educational and Psychological Measurement, 1958, 18, 633-639. (a)*

Comrey, A. L.: A factor analysis of items on the MMPI paranoia scale. *Educational and Psychological Measurement, 1958, 18, 99-107. (b)*

Cook, W. W. - Medley, D. M.: Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1954, 38, 414-418.*

Cook, W. W. - Medley, D. M.: The relationship between Minnesota teacher attitude inventory scores and scores on certain scales of the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1955, 39, 123-129.*

Coyle, F. A. Jr. - Heap, R. F.: Interpreting the MMPI L scale. *Psychological Reports, 1965, 17, 722.*

Cuadra, C. A.: A psychometric investigation of control factors in psychological adjustment. *Doctorical Dissertation, University of California, 1953.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Cubitt, G. H. - Gendreau, P.: Assessing the diagnostic utility of the MMPI and 16 PF indexes of homosexuality in a prison sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 30, 342.*

Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.: An MMPI Handbook, vol. I.: Clinical Interpretation (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1972.*

Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.: An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Daniels, E. E. - Hunter, W. A.: MMPI personality patterns for various occupations. *Journal of Applied Psychology, 33, 559-565.*

Deese, J. - Lazarus, R. S. - Keenen, J.: Anxiety, anxiety reduction and stress in learning. *Journal of experimental Psychology, 1953, 46, 55-60.*

Dicken, C. - Wiggins, J. S.: The social desirability scale is not a short form of the MMPI: a reply to Edwards and Walker. *Psychological Reports, 1964, 14, 711-714.*

Drake, L. E.: A social I-E scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1946, 30, 51-54.*

Drake, L. E.: A method for maschine scoring the card from the MMPI. *Journal of Educational Research, 1947, 41, 139-141.*

Dudley, H. K - Mason, M. - Hughey, R.: The MMPI and adolescent patients in a state hospital. *Journal of Youth and Adolescence, 1972, 1, 165-178.*

Edwards, A. L.: The relationship between the judged desirability of a trait and the probability that the trait will be endorsed. *Journal of Applied Psychology, 1953, 37, 90-93.*

Edwards, A. L. - Walker, J. N.: A short form of the MMPI: the SD scale. *Psychological Reports, 1961, 8, 485-486.*

Edwards, A. L. - Welsh, J. A.: A factor analysis of ? scores *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1964, 69, 559-563.*

Eriksen, Ch. W.: Some personality correlates of stimulus generalization under stress. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1954, 49, 561-565.*

Eriksen, Ch. W. - Davids, A.: The meaning and clinical validity of the Taylor anxiety scale and the Hysteria - Psychastenia scales from the MMPI. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1955, 50, 135-137.*

Finney, J. C.: Normativ data on some MMPI scales. *Psychological Reports, 1968, 23, 219-229.*

Fordyce, W. E.: Social desirability in the MMPI. *Journal of Consulting Psychology, 1956, 20, 171-175.*

Foulds, G. A. - Caine, T. M. - Creasy, M. A.: Aspects of extra- and intrapunitive expression in mental illness. *Journal of Mental Science, 1960, 106, 599-610.*

Fowler, R. D.: The MMPI notebook: A guide to the clinical use of the automated MMPI. *Roche Psychiatric Institute, Nutley, New York, 1966.*

Frick, J. W.: Improving the prediction of academic achievement by use of the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1955, 39, 49-52.*

Fricke, B. G.: Conversion hysterics and the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 1956, 12, 322-326.*

Fricke, B. G.: A response bias (B) scale for the MMPI. *Journal of Counceling Psychology, 1957, 4, 159-163.*

Geyer, M. - Zwiner, U. - Barkel, E. - Sholle, H. - Goldammer, D.: Klinische, testpsychologische und psychophysiologische Charakteristik neurotisch-funktioneller, kardiovaskulärer und neurotisch-depressiver Syndroma. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie, 1976, 28, 367-374.*

Glenn, R. N. - Janda, L. M.: Self-ideal discrepancy and acceptance of false personality interpretations. *Journal of Personality Assessment, 1977, 41, 311-316.*

Good, K. E. - Brantner, J. P.: The Physician's Guide to the MMPI. *Minneapolis: University of Minnesota Press, 1961.*

Gough, H. G.: Diagnostic patterns on the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 1946, 2, 23-37.*

Gough, H. G.: Simulated patterns on the MMPI. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1947, 42, 215-225.*

Gough, H. G.: A research note on the MMPI social IE-scale *Journal of Educational Research, 1949, 43, 138-142.*

Gough, H. G.: A nonintellectual intelligence test. *Journal of Consulting Psychology, 1953, 17, 242-246.*

Gough, H. G.: Some common misconceptions about neuroticism. *Journal of Consulting Psychology, 1954, 18, 287-292.*

Gough, H. G.: California Psychological Inventory manual. *Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1957.*

Gough, H. G.: Imagination undeveloped resource. *Proceedings of the First Conference on Research Developments in Personnel Management. Los Angeles: Institute of Industrial Relations. University of California, 1957.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Gough, H. G. - McClosky, H. - Meehl, P. E.: A personality scale for dominance. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1951, 46, 360-366.*

Gough, H. G. - McClosky, H. - Meehl, P. E.: A personality scale for social responsibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1952, 47, 73-80.*

Gough, H. G. - Peterson, D. R.: The identification and measurement of predispositional factors in crime and delinquency. *Journal of Consulting Psychology, 1952, 16, 207-212.*

Gough, H. G. - Wenk, E. A. - Rozynko, V. V.: Parole outcome as predicted from the CPI, the MMPI, and a base expectancy table *Journal of Abnormal Psychology, 1965, 70, 432-441.*

Grayson, H. M.: A psychological admissions testing program and manual. *Veterans Administration Center, Neuropsychiatric Hospital, Los Angeles, 1951.*

Gynther, M. D. - Altman, H. - Warbin, R.: Interpretation of uninterpretable MMPI profiles *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 40, 70-83.*

Hampton, P. J.: A psychometric study of drinkers: the development of a personality questionnaire for drinkers. *Journal of Consulting Psychology, 1951, 15, 501-504.*

Harris, R. E. - Lingoes, J. C.: Subscales for the MMPI: an aid to profile interpretation. *Mimeographed materials. Department of Psychiatry, University of California, 1955. Idézi:* **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. I.: Clinical Interpretation (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1972.*

Harris, R. J. - Wittner, W. - Kopell, B. - Hilf, F. D.: MMPI scales vs. interviewer ratings of paranoia. *Psychological Reports, 1970, 27, 447-450.*

Hartman, B. J.: Comparison of selected experimental MMPI profiles of sexual deviates and sociopathe without sexual deviation. *Psychological Reports, 1967, 20, 234.*

Harvey, M. A. - Siprelle, C. N.: Demand characteristic effects on the subtle and obvious subscales of the MMPI. *Journal of Personality Assessment, 1976, 40, 539-544.*

Hathaway, S. R.: Scales 5 (masculinity-femininity), 6 (paranoia), and 8 (schizophrenia). In **G. S. Welsh, W. G. Dahlstrom, eds.:** Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine. *Minneapolis: University of Minnesota Press, 1956.*

Hathaway, S. R. - McKinley, J. C.: The measurement of symptomatic depression with the MMPI. *Psychological Bulletin, 1940, 37, 425.*

Hathaway, S. R. - McKinley, J. C.: A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota) III: The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology, 1942, 14, 73-84.*

Hathaway, S. R. - McKinley, J. C.: The K-factor as a suppression variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1946, 30, 525-564.*

Hathaway, S. R. - McKinley, J. C.: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual. *New York: Psychological Corporation, 1951.*

Hathaway, S. R. - McKinley, J. C.: MMPI Saarbrücken Handbuch. *Verlag Hans Huber, Bern, 1963.*

Hathaway, S. R. - Meehl, P. E.: An Atlas for the Clinical Use of the MMPI. *Minneapolis: University of Minnesota Press, 1951.*

Hathaway, S. R. - Monachesi, E. D. (Eds): Analysing and Predicting Uvenile Delinquency with the MMPI. *Minneapolis: Univ. Minnesota Press, 1953.*

Hathaway, S. R. - Monachesi, E. D.: The personalities of predelinquent boys. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science, 1957, 48, 149-163.*

Hathaway, S. R. - Monachesi, E. D.: Adolescent Personality and Behavior: MMPI Patterns of Normal, Delinquent, Dropout and other Outcomes. *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1963.*

Hawk, S. S. - Peterson, R. A.: Do MMPI psychopathic deviancy scores reflect psychopathic deviancy or just deviancy? *Journal of Personality Assessment, 1974, 38, 362-368.*

Hedlund, D. E.: A review of MMPI in industry. *Psychological Reports, 1965, 17, 875-889.*

Hedlund, J. L.: MMPI clinical scale correlates *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1977, 45, 739-750.*

Heilbrun, A. B.: Social-learning theory, social desirability and the MMPI. *Psychological Bulletin, 1964, 61, 377-387.*

Hewitt, C. C.: A personality study of alcohol addiction. *Quarterly J. Stud. Alc., 1943, 4, 368-386.*

Hogan, R.: Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1969, 33, 307-316.*

Holmes, W. O.: The development of an empirical MMPI scale for alcoholism. *Unpublished paper, San Jose (Calif.), State College, 1953.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Houk, T. W. - Robertson, Y.: Diagnosis of hypoglycemic-neurosis with the MMPI. *Northwest Medicine, 1946, 45, 923.*

Hovey, H. B.: Somatization and other neurotic reactions and MMPI profiles. *Journal of Clinical Psychology, 1949, 5, 163-156.*

Hovey, H. B.: MMPI testing for multiple sclerosis. *Psychological Reports, 1967, 21, 599-600.*

Hoyt, D. P. - Sedlacek, G. M.: Differentiating alcoholics from normals and abnormals with the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 1958, 14, 69-74.*

Jackson, D. N. - Messick, S.: Response style on the MMPI: comparison of clinical and normal samples. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, 65, 285-299.*

Jansen, D. G. - Bonk, E. C. - Garvey, F. J.: MMPI characteristics of clergymen in counseling training and their relationship to superviser's and peers' ratings of counseling effectiveness. *Psychological Reports, 1973, 33, 695-698.*

Jansen, D. G. - Hoffmann, H.: Demographic and MMPI characteristics of male and female hospital alcoholic patients. *Psychological Reports, 1973, 33, 561-562.*

Kerrick, J. N.: Some correlates of the Taylor Manifest Anxiety Scale. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1955, 50, 75-77.*

Klinge, V. - Strauss, M. E.: Effects of scoring norms of adolescent psychiatric patients MMPI profiles. *Journal of Personality Assessment, 1976, 40, 13-17.*

Knethe, J. L. - Eriksen, Ch. W.: Personality, anxiety and muscle tension as determinants of response stereotypy *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1957, 54, 400-404.*

Kokosh, J.: MMPI characteristics of physical and social science students. *Psychological Reports, 1969, 24, 883-893.*

Kokosh, J.: Two-point MMPI code types and academic achievement. *Psychological Reports, 1971, 28, 671-676.*

Langston, R. D.: The MMPI and perseverance in the convent. *Psychological Reports, 1970, 27, 811-814.*

Levinsohn, P. M.: Personality correlates of duodenal ulcer and other psychosomatic reactions. *Journal of Clinical Psychology, 1956, 12, 296-298.*

Lindquist, E. F. (ed.): Educational Measurement. *American Council on Education, Washington, 1951.*

Lockman, R. F.: Some relationship between the MMPI and a problem checklist. *Journal of Applied Psychology, 1954, 38, 264-267.*

Longh, O. M.: Teachers college students and the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1946, 30, 241-247.*

Longh, O. M.: Woman students in liberal arts, nursing and teacher training curricule and the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 1947, 31, 437-445.*

Loper, R. G. - Kammeier, S. M. L. - Hoffmann, H.: MMPI characteristics of college freshmen males who later became alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology, 1973, 82, 159-162.*

Lundin, R. W. - Kuhn, J. P.: The relationship between scholarship achievement and changes in personality adjustment in men after four years of college attendance. *Journal of General Psychology, 1960, 63, 35-42.*

Manosevitz, M.: Education and MMPI Mf scores in homosexual and heterosexual males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 36, 395-399.*

Markel, N. N.: Relationship between voice-quality profiles and MMPI profiles in psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology, 1969, 74, 61-66.*

Marks, P. A.: Adolescent norm tables for the MMPI. *Unpublished materials, 1967. idézi Dahlstrom és mtsai, 1972.*

Marsh, J. T. - Hilliard, J. - Liechti, R.: A sexual deviation scale for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology, 1955, 19, 55-59.*

Matarezzo, J. D. - Allen, B. V. - Sasbow, G. - Wiens, A. N.: Characteristics of succesful policemen and fireman applicants. *Journal of Applied Psychology, 1964, 48, 123-133.*

Matuzsinka, F.: MMPI vizsgálatok suicid kísérletet követen. *Eladás A pszichiátriai rehabilitáció társadalom-orvostani és határterületi kérdései c. Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiátriai Szekciója III. Tudományos Ankétján. Pécs, 1978.*

McClelland, J. N. - Rhodes, F.: Prediction of job success for hospital aides and orderliness from MMPI scores and personal history data. *Journal of Applied Psychology, 1969, 53, 49-54.*

McKinley, J. C. - Hathaway, S. R.: A Multiphasic Personality Schedule I.: construction of the schedule. *Journal of Psychology, 1940, 10, 249-254. (a)*

McKinley, J. C. - Hathaway, S. R.: A Multiphasic Personality Schedule II.: a differential study of hypochondriasis. *Journal of Psychology, 1940, 10, 255-268. (b)*

McKinley, J. C. - Hathaway, S. R.: A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota) IV.: Psychastenia. *Journal of Applied Psychology, 1942, 26, 614-624. (b)*

McKinley, J. C. - Hathaway, S. R.: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory V.: Hysteria, hypomanic and psychopathic deviate. *Journal of Applied Psychology, 1944, 28, 153-174.*

McKinley, J. C. - Hathaway, S. R., - Meehl, P. E.: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory VI.: The K scale. *Journal of Consulting Psychology, 1948, 12, 20-31.*

Meehl, P. E.: The dynamics of "structured" personality tests. *Journal of Clinical Psychology, 1945, 1, 296-303.*

Megargee, E. I. - Cook, P. E. - Mendelsohn, G. A.: Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 1967, 72, 519-528.*

Megargee, E. I. - Mendelsohn, G. A.: A cross-validation of twelve MMPI indices of hostility and control. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, 65, 431-438.*

Mezzick, J. E. - Damarin, F. L. - Erickson, J. R.: Comparative validity of strategies and indices for differential diagnosis of depressive states from other psychiatric conditions using the MMPI *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, 42, 691-698.*

Miller, N. B. - Fisher, W. P. - Ladd, L. E.: Psychometric and rated anxiety. *Psychological Reports, 1967, 20, 707-710.*

Millimet, C. R.: Manifeszt anxiety - defensiveness scale: first factor of the MMPI revisited. *Psychological Reports, 1970, 27, 603-616.*

Navran, L.: A rationally derived MMPI scale for dependence. *Journal of Consulting Psychology, 1954, 18, 192.*

Normann, R. D. - Redlo, M.: MMPI personality patterns for various college major groups. *Journal of Applied Psychology, 1952, 36, 404-409.*

O'Connor, J. P. - Stefic, E. C. - Gresock, C. J.: Some patterns of depression. *Journal of Clinical Psychology, 1957, 13, 122-125.*

Panton, J. H.: Predicting prison adjustment with the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 1958, 14, 308-312.*

Pearson, J. S.: Psychometric correlates of emotional immaturity. *Doctorical dissertation, University of Minnesota, 1954.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Pepper, L. J. - Strong, P. N.: Judgmental subscales for the Mf scale of the MMPI. *Unpublished materials, 1958. Idézi:* **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. I.: Clinical Interpretation (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1972.*

Povázsay, É: A depressziós szindrómák tartalmi elemzése, valamint a premorbid személyiségi struktúra és konfliktusdinamika alakulása 50 pszichogén depressziós betegnél. *Pszichológiai Tanulmányok, 1972, XIII., 529.*

Rees, M. E. - Goldman, M.: Some relationships between creativity and personality. *Journal of General Psychology, 1961, 65, 145-161.*

Ritter, D. R.: Concurrence of psychiatric diagnosis and psychological diagnosis based on the MMPI. *Journal of Personality Assessment, 1974, 38, 52-54.*

Rosen, A.: Development of some new MMPI scales for differentiation of psychiatric syndromes within an abnormal population. *Doctorical Dissertation, University of Minnesota, 1952.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Rosen, H. - Rosen, R. A. H.: Personality variables and the role in a union business agent group. *Journal of Applied Psychology, 1957, 41, 131-136.*

Ruch, F. L. - Ruch, W. W.: The K factor as a validity (supressor) variable in predicting success in selling. *Journal of Applied Psychology, 1967, 51, 201-204.*

Seeman, W.: Concept of "subtlety" in structured psychiatric and personality tests: an experimental approach. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1953, 48.*

Spiegel, D.: SPI and MMPI predictors of psychopathology. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 1969, 33, 265-273.*

Steele, J.: The hysteria and psychastenia constructs as an alternative to manifest anxiety and conflict-free ego functions. *Journal of Abnormal Psychology, 1969, 74, 79-85.*

Stone, L. A.: Subtle and obvious response to the MMPI. *Psychological Reports, 1964, 15, 721-722.*

Stone, L. A.: Reliability estimates for favorability (social desirability) ratings of MMPI items. *Psychological Reports, 1965, 16, 720. (a)*

Stone, L. A.: Relationships between response to the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and MMPI scales. *Psychological Reports, 1965, 17, 179-182. (b)*

Sullivan, P. F. - Roberts, H. K.: Relationship of manifest anxiety to repression-sensitization in the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1969, 35, 763.*

Szakács, F. - Pressing, L. - Éltető, Ö.: TBZ-kutatások (felnőtt) kontroll vizsgálata. *Előadás a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok kutatási főirány kutatóinak munkaértekezletén, Pilisszentkereszt, 1984.*

Szakács, F. - Pressing, L.: A TBZ központi (felnőtt) módszertannal végzett standard és összehasonlító vizsgálatok komplex elemzése I. *A Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatása Tájékoztató Bulletin, 10. szám, Bp. 1987.*

Szobor, A.: Psychopathological conditions and phenomena occuring in myasthenia gravis. *Proc. X. Intern. Congress Neurol., Barcelona; 1973. Excerpta Med. Internat. Congr. Series, 296.*

Szobor, A. - Klein, M. - Frendl, Cs.-né: Myasthenia Gravis: MMPI személyiségvizsgálatok nagy beteganyagon. *Magyar Pszichológiai Szemle, 1977, 34, 223.*

Szobor, A. - Klein, M. - Pikorny, K.: Psychasteniás betegek MMPI személyiségvizsgálata. *Ideggyógyászati Szemle, 1978, 31, 502.*

Taylor, J. A.: The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response. *Journal of experimental Psychology, 1951, 41, 81-92.*

Taylor, J. A.: A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1953, 48, 285-290.*

Thumin, F. J.: MMPI scores as related to age, education and intelligence among male job applicants. *Journal of Applied Psychology, 1969, 53, 404-407.*

Tringer, L. - Matuzsinka, F. - Zseni, A. - Molnár, S.: Az MMPI alkalmazása egyetemi hallgatók standard értékei alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle, 1975, 32, 195.*

Tringer, L. - Zseni, A.: Az MMPI standard magyar változata. *Ideggyógyászati Szemle, 1980, 33, 223.*

Truax, Ch. B.: The regression response to implied failure as function of the hysteria-psychastenia index. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 1957, 55, 188-193.*

Weisberger, C. A.: Comparison of normalized and linear T scores in the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 1965, 21, 412-415.*

Welsh, G. S.: A factor study of the MMPI using scales with item overlap eliminated. *American Psychologist, 1952, 7, 341. (a)*

Welsh, G. S.: A measure of general maladjustment on the MMPI. *Unpublished paper presented at the San Francisco Bay Area Clinical Psychological Association, 1952. (b)* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

Welsh, G. S.: Factor dimensions of the MMPI. *Mimeographed materials, University of North Carolina, 1954.* Idézi: **Dahlstrom, W. G. - Welsh, G. - Dahlstrom, L. E.:** An MMPI Handbook, vol. II.: Research Application (rev. ed.). *Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, 1975.*

White, W. C. Jr. - McAdoo, W. G. - Megargee, E. I.: Personality factors associated with over- and undercontrolled offenders. *Journal of Personality Assessment, 1973, 37, 473-478.*

Whittemore, R. G. - Heimann, R. A.: Originality responses in academically talented male university freshmen. *Psychological Reports, 1965, 16, 439-442.*

Wiener, D. N.: Selecting salesmen with subtle-obvious keys for the MMPI. *American Psychologist, 1948, 3, 12-13.*

Wiener, D. N. - Harmon, L. R.: Subtle and obvious keys for the MMPI: their development. *Advisement Bulletin No. 16., Regional Veterans Administration Office, Minneapolis, 1946.*

Winne, J. F.: A scale of neuroticism: an adaptation of the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 1951, 7, 117-122.*

Wright, M. W. - Sister, G. C. - Chylinsky, I.: Personality factors in the selection of civiliants for isolated northern stations. *Journal of Applied Psychology, 1963, 47, 24-29.*

Yeomans, W. N. - Lundin, R. W.: The relationship between personality adjustment and scholarship achievement in male college students. *Journal of General Psychology, 1957, 57, 213-218.*

Zelin, M. L.: Validity of MMPI scales with the scales for measuring twenty psychiatric dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 37, 286-290.*

Zseni, A.: Öngyilkosok MMPI-vizsgálata. *Nem publ. kézirat. Pszichiátriai Klinika Könyvtára, 1976.*

Zuckerman, M. - Persky, M. - Eckman, K. M. - Hopkins, T. R.: A multitrait-multimethod measurement approach to the traits (or states) of anxiety, depression and hostility. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 1967, 31, 39-48.*

1. sz. függelék:
Az MMPI-skálák pontozási kulcsa

I. A standard klinikai skálák pontozási kulcsa

1. L: Hazugság skála *(Hathaway és McKinley, 1951):*

Igen (0 tétel)

Nem (15 tétel)					
15	30	45	60	75	90
105	120	135	150	165	195
225	255	285			

2. F: Validitás skála *(Hathaway és McKinley, 1951)*:

Igen (44 tétel)					
14	23	27	31	34	35
40	42	48	49	50	53
56	66	85	121	123	139
146	151	156	168	184	197
200	202	205	206	209	210
211	215	218	227	245	246
247	252	256	269	275	286
291	293				

Nem (20 tétel)					
17	20	54	65	75	83
112	113	115	164	169	177
185	196	199	220	257	258
272	276				

3. K: Korrekciós skála *(McKinley, Hathaway és Meehl, 1948)*:

Igen (1 tétel)
96

Nem (29 tétel)					
30	39	71	89	124	129
134	138	142	148	160	170
171	180	183	217	234	267
272	296	316	322	374	383
397	398	406	461	502	

4. Hd: Hipochondria skála *(Hathaway és McKinley, 1951)*:

Igen (11 tétel)						Nem (22 tétel)					
23	29	43	62	72	108	2	3	7	9	18	51
114	125	161	189	273		55	63	68	103	130	153
						155	163	175	188	190	192
						230	243	274	281		

5. D: Depresszió skála *(Hathaway és McKinley, 1942)*:

Igen (20 tétel)						Nem (40 tétel)					
5	13	23	32	41	43	2	8	9	18	30	36
52	67	86	104	130	138	39	46	51	57	58	64
142	158	159	182	189	193	80	88	89	95	98	107
236	259					122	131	145	152	153	154
						155	160	178	191	207	208
						233	241	242	248	263	270
						271	272	285	296		

6. Hy: Hisztéria skála *(McKinley és Hathaway, 1944)*:

Igen (13 tétel)						Nem (47 tétel)					
10	23	32	43	44	47	2	3	6	7	8	9
76	114	179	186	189	238	12	26	30	51	55	71
253						89	93	103	107	109	124
						128	129	136	137	141	147
						153	160	162	163	170	172
						174	175	180	188	190	192
						201	213	230	234	243	265
						267	274	279	289	292	

7. Pp: Pszichopátia skála *(McKinley és Hathaway, 1944)*:

Igen (24 tétel)						Nem (26 tétel)					
16	21	24	32	33	35	8	20	37	82	91	96
38	42	61	67	84	94	107	134	137	141	155	170
102	106	110	118	127	215	171	173	180	183	201	231
216	224	239	244	245	284	235	237	248	267	287	289
						294	296				

8/a. Mf: Maszkulinitás-feminitás skála férfiak számára *(Hathaway, 1956):*

Igen (28 tétel)						Nem (32 tétel)					
4	25	69	70	74	77	1	19	26	28	79	80
78	87	92	126	132	134	81	89	99	112	115	116
140	149	179	187	203	204	117	120	133	144	176	198
217	226	231	239	261	278	213	214	219	221	223	229
282	295	297	299			249	254	260	262	264	280
						283	300				

8/b. Mf: Maszkulinitás-feminitás skála nők számára *(Hathaway, 1956):*

Igen (25 tétel)						Nem (35 tétel)					
4	25	70	74	77	78	1	19	26	28	69	79
87	92	126	132	133	134	80	81	89	99	112	115
140	149	187	203	204	217	116	117	120	144	176	179
226	239	261	278	282	295	198	213	214	219	221	223
299						229	231	249	254	260	262
						264	280	283	297	300	

9. Pa: Paranoia skála *(Hathaway, 1956):*

Igen (25 tétel)						Nem (15 tétel)					
15	16	22	24	27	35	93	107	109	111	117	124
110	121	123	127	151	157	268	281	294	313	316	319
158	202	275	284	291	293	327	347	348			
299	305	317	338	341	364						
365											

10. Pt: Pszichaszténia skála *(McKinley és Hathaway, 1942):*

Igen (39 tétel)					
10	15	22	32	41	67
76	86	94	102	106	142
159	182	189	217	238	266
301	304	305	317	321	336
337	340	342	343	344	346
349	351	352	356	357	358
359	360	361			

Nem (9 tétel)					
3	8	36	122	152	164
178	329	353			

11. Sc: Schizophrenia skála *(Hathaway, 1956):*

Igen (59 tétel)					
15	16	21	22	24	32
33	35	38	40	41	47
52	76	97	104	121	156
157	159	168	179	182	194
202	210	212	238	241	251
259	266	273	282	291	297
301	303	305	307	312	320
324	325	332	334	335	339
341	345	349	350	352	354
355	356	360	363	364	

Nem (19 tétel)					
8	17	20	37	65	103
119	177	178	187	192	196
220	276	281	306	309	322
330					

12. Ma: Hipománia skála *(McKinley és Hathaway, 1944):*

Igen (35 tétel)					
11	13	21	22	59	64
73	97	100	109	127	134
143	156	157	167	181	194
212	222	226	228	232	233
238	240	250	251	263	266
268	271	277	279	298	

Nem (11 tétel)					
101	105	111	119	120	148
166	171	180	267	289	

13. Si: Szociális introverzió skála *(Drake, 1946):*

Igen (34 tétel)						Nem (36 tétel)					
32	67	82	111	117	124	25	33	57	91	99	119
138	147	171	172	180	201	126	143	193	208	229	231
236	267	278	292	304	316	254	262	281	296	309	353
321	332	336	342	357	377	359	371	391	400	415	440
383	398	411	427	436	455	446	449	450	451	462	469
473	487	549	564			479	481	482	505	521	547

II. Kontroll-skálák pontozási kulcsa

1. B: Választorzítás skála *(Fricke, 1957):*

Igen (63 tétel)						Nem (0 tétel)
6	12	69	77	79	91	
93	95	99	100	102	109	
111	136	141	162	165	166	
181	232	240	244	248	254	
255	264	270	280	292	298	
304	319	321	329	340	361	
367	373	391	400	410	415	
416	421	425	427	429	439	
444	447	455	465	475	477	
489	491	492	499	500	503	
510	523	564				

2. Ds: Disszimuláció skála *(Gough, 1954):*

Igen (62 tétel)						Nem (12 tétel)					
10	14	16	19	23	24	68	83	88	96	137	207
29	31	35	42	44	47	257	306	405	466	524	528
50	53	73	93	97	104						
125	179	206	210	211	212						
216	226	241	246	247	297						
303	320	325	328	341	344						
352	360	375	388	419	422						
433	438	443	453	458	459						
471	475	476	480	481	485						
518	519	525	535	541	543						
545	565										

3. K': Korrekció prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (1 tétel)	Nem (18 tétel)					
96	30	89	124	138	142	160
	170	171	180	217	267	374
	397	398	406	461	482	502

4. SD: Szociális kívánatosság skála *(Fordyce, 1956):*

Igen (20 tétel)						Nem (59 tétel)					
7	17	18	54	65	83	14	27	32	34	35	40
107	113	163	164	169	185	42	43	48	49	50	66
190	196	220	242	257	272	85	121	123	125	138	139
371	528					148	151	156	158	168	171
						184	186	197	200	202	205
						209	210	211	218	241	245
						246	247	252	256	263	267
						269	275	286	288	291	293
						301	321	335	337	352	383
						424	431	439	549	555	

5. CI: Kritikus tétel-lista *(Grayson, 1951):*

Igen (35 tétel)						Nem (3 tétel)		
27	33	44	48	66	69	20	37	133
74	85	114	121	123	139			
146	151	156	168	179	182			
184	200	202	205	209	215			
251	275	291	293	334	337			
339	345	349	350	354				

6. C: Harmadik faktor skála *(Welsh, 1954):*

Igen (22 tétel)						Nem (18 tétel)					
28	52	93	116	148	152	57	65	70	91	134	143
171	180	201	252	260	265	164	202	207	261	295	309
284	292	304	307	370	377	353	463	482	505	551	554
378	436	509	562								

7. Cn: Kontroll skála *(Cuadra, 1953):*

Igen (28 tétel)						Nem (22 tétel)					
6	20	30	56	67	105	58	80	92	96	111	167
116	134	145	162	169	181	174	220	242	249	250	291
225	236	238	285	296	319	313	360	378	439	444	483
337	382	411	418	436	446	488	489	527	548		
447	460	529	555								

8. Eo: Én-túlkontrolláltság skála *(Block, 1953):*

Igen (3 tétel)			Nem (20 tétel)					
155	239	503	59	99	118	126	149	165
			181	204	208	231	254	383
			400	406	441	450	451	481
			491	529				

9. Es: Énerő skála *(Barron, 1953):*

Igen (25 tétel)						Nem (43 tétel)					
2	36	51	95	109	153	14	22	32	33	34	43
174	181	187	192	208	221	48	58	62	82	94	100
231	234	253	270	355	367	132	140	189	209	217	236
380	410	421	430	458	513	241	244	251	261	341	344
515						349	359	378	384	389	420
						483	488	489	494	510	525
						541	544	548	554	555	559
						561					

10. Sc2a: Kognitív önuralom hiánya skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (9 tétel)						Nem (1 tétel)
32	33	159	168	182	335	178
345	349	356				

11. Sc2b: Ösztön-önuralom hiánya skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (11 tétel)						Nem (3 tétel)		
32	40	41	76	104	202	8	196	322
259	301	335	339	356				

12. Sc2c: Gátlás-fogyatékosság skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (11 tétel)						Nem (0 tétel)
22	97	156	194	238	266	
291	303	352	354	360		

13. Im: Impulzivitás skála *(Gough, 1957):*

Igen (19 tétel)						Nem (2 tétel)	
15	30	32	33	39	45	96	111
62	97	99	139	145	157		
244	349	368	381	481	529		
545							

14. MaO: Hipománia nyilvánvaló alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (20 tétel)						Nem (3 tétel)		
13	22	59	73	97	100	111	119	120
156	157	167	194	212	226			
238	250	251	263	266	277			
279	298							

15. PpO: Pszichopátia nyilvánvaló alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (20 tétel)						Nem (8 tétel)					
16	24	32	33	35	38	8	20	37	91	107	137
42	61	67	84	94	106	287	294				
110	118	215	216	224	244						
245	284										

16. PpO: Pszichopátia rejtett alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (4 tétel)				Nem (18 tétel)					
21	102	127	239	82	96	134	141	155	170
				171	173	180	183	201	231
				235	237	248	267	289	296

17. Re: Szociális felelősségérzet skála *(Gough, McClosky és Meehl, 1952):*

Igen (8 tétel)						Nem (24 tétel)					
58	111	173	221	294	412	6	28	30	33	56	116
501	552					118	157	175	181	223	224
						260	304	419	434	437	468
						469	471	472	529	553	558

III. Vonás-skálák pontozási kulcsa

1. Ho: Gyűlölködés skála *(Cook és Medley, 1954):*

Igen (47 tétel)						Nem (3 tétel)		
19	28	52	59	71	89	237	253	399
93	110	117	124	136	148			
157	183	226	244	250	252			
265	271	278	280	284	292			
319	348	368	383	386	394			
406	410	411	426	436	438			
447	455	458	469	485	504			
507	520	531	551	558				

2. OVHO: Túlkontrollált agresszió skála *(Megargee, Cook és Mendelsohn, 1967):*

Igen (10 tétel)						Nem (21 tétel)					
78	91	229	319	338	373	1	30	81	90	102	109
394	425	488	559			129	130	141	165	181	183
						290	329	382	396	439	446
						475	501	534			

3. ACHO: Acting-out gyűlölködés skála *(Foulds, Caine és Creasy, 1960):*

Igen (12 tétel)						Nem (1 tétel)
39	80	82	97	118	139	75
145	234	250	269	336	355	

4. Si': Szociális introverzió prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (23 tétel)						Nem (27 tétel)					
82	117	124	147	171	172	25	33	99	126	143	193
180	201	267	278	292	316	229	254	262	359	371	391
377	383	398	411	427	436	400	415	440	446	449	450
455	473	487	549	564		451	462	469	479	481	482
						505	521	547			

5. DoD: Dominancia skála *(Gough, McClosky és Meehl, 1951):*

Igen (7 tétel)						Nem (21 tétel)					
64	229	255	270	368	432	32	61	82	86	94	186
523						223	224	240	249	250	267
						268	304	343	356	395	419
						483	558	562			

6. Dy: Függőség skála *(Navran, 1954):*

Igen (49 tétel)						Nem (8 tétel)					
19	21	24	41	63	67	9	79	107	163	170	193
70	82	86	98	100	138	264	369				
141	158	165	180	189	201						
212	236	239	259	267	304						
305	321	337	338	343	357						
361	362	375	382	383	390						
394	397	398	408	443	487						
488	489	509	531	549	554						
564											

7. Mf3: Altruizmus skála *(Pepper és Strong, 1958):*

Igen (0 tétel)	Nem (9 tétel)					
	19	26	28	80	89	112
	117	120	280			

8. EMPA: Empátia skála *(Hogan, 1969):*

Igen (7 tétel)						Nem (10 tétel)					
100	231	355	372	399	407	26	73	79	170	327	336
410						404	417	463	478		

9. Cy: Cinizmus skála *(Comrey, 1958a):*

Igen (0 tétel)	Nem (7 tétel)
	89 93 117 124 265 316 319

10. To: Tolerancia skála *(Gough, 1957):*

Igen (3 tétel)	Nem (27 tétel)
78 176 221	33 47 93 117 124 136 139 157 171 186 250 280 304 307 313 319 338 349 373 395 406 411 435 437 469 485 543

11. RESE: Represszió-Szenzitizáció skála *(Byrne, 1961):*

Igen (115 tétel)	Nem (39 tétel)
5 6 10 12 15 22 26 32 41 43 45 52 60 67 71 75 76 86 90 93 94 102 104 105 106 109 120 124 129 130 134 135 136 138 141 142 147 148 150 158 159 162 165 170 171 172 180 182 183 189 193 195 201 213 217 228 234 236 238 255 259 265 266 267 278 279 288 289 290 292 301 304 316 321 322 336 337 340 342 343 344 345 346 349 351 352 356 357 358 359 360 361 362 374 382 383 384 389 396 397 398 406 411 414 418 431 443 461 465 499 502 511 518 544 555	2 8 18 36 46 51 57 58 64 80 88 95 96 98 103 107 122 131 145 152 153 154 155 164 178 191 207 208 233 241 242 248 253 263 270 271 329 353 379

12. Ae: Sikerélmény skála *(Altus, 1948):*

Igen (7 tétel)						Nem (19 tétel)					
141	221	235	377	509	552	91	132	143	208	287	340
564						359	382	386	409	425	435
						481	482	501	511	520	558
						562					

13. Ie: Intellektuális hatékonyság skála *(Gough, 1953):*

Igen (15 tétel)						Nem (24 tétel)					
36	37	60	63	78	122	13	28	33	35	62	116
221	225	277	462	464	521	146	194	198	224	256	260
524	546	552				267	280	304	338	392	448
						455	487	492	526	541	559

14. IQ: Intellektuális kvóciens skála *(Gough, 1969):*

Igen (21 tétel)						Nem (38 tétel)					
36	37	60	63	78	122	13	28	33	35	62	111
173	221	225	277	281	289	116	117	146	194	198	224
430	460	462	464	496	521	250	256	260	265	267	280
524	546	552				304	313	338	343	348	392
						442	448	455	480	485	487
						492	504	511	526	541	553
						555	559				

15. OR: Eredetiség skála *(Gough, 1957):*

Igen (4 tétel)				Nem (21 tétel)					
148	384	408	432	67	82	112	115	129	136
				138	206	219	223	258	268
				322	394	406	411	498	523
				561	563	564			

IV. Kiegészítő neurózis-skálák pontozási kulcsa

1. A: Első faktor (szorongás) skála *(Welsh, 1954):*

Igen (38 tétel)					
32	41	67	76	94	138
147	236	259	267	278	301
305	321	337	343	344	345
356	359	374	382	383	384
389	396	397	411	414	418
431	443	465	499	511	518
544	555				

Nem (1 tétel)
379

2. AR: Szorongásos reakció skála *(Rosen, 1952):*

Igen (21 tétel)					
1	47	71	96	111	115
129	171	191	249	263	336
340	347	351	356	392	439
460	483	548			

Nem (25 tétel)					
2	3	4	75	77	87
89	99	152	167	168	203
215	251	275	320	334	407
412	456	475	482	546	547
557					

3. At: Manifeszt szorongás skála *(MAS) (Taylor, 1953):*

Igen (37 tétel)					
13	14	23	31	32	43
67	86	125	142	158	186
191	217	238	241	263	301
317	321	322	335	337	340
352	361	397	418	424	431
439	442	499	506	530	549
555					

Nem (13 tétel)					
7	18	107	163	190	230
242	264	287	371	407	523
528					

4. DV: Depresszió prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (3 tétel)		
5	130	193

Nem (21 tétel)					
39	46	58	64	80	88
95	98	131	145	154	191
207	233	241	242	263	270
271	272	285			

5. Di: Szubjektív depresszió skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (15 tétel)						Nem (17 tétel)					
32	41	43	52	67	86	2	8	46	57	88	107
104	138	142	158	159	182	122	131	152	160	191	207
189	236	259				208	242	272	285	296	

6. D2: Pszichomotoros retardáció skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (4 tétel)				Nem (11 tétel)					
41	52	182	259	8	30	39	57	64	89
				95	145	207	208	233	

7. DR: Depresszív reakció skála *(Rosen, 1952):*

Igen (19 tétel)						Nem (23 tétel)					
51	95	128	130	162	232	6	52	56	58	62	156
236	255	294	376	380	399	224	226	251	264	277	296
414	509	519	521	550	563	359	364	379	383	396	419
565						445	453	472	492	498	

8. DoN: Depresszió nyilvánvaló alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (17 tétel)						Nem (23 tétel)					
23	32	41	43	52	67	2	8	9	18	36	46
86	104	138	142	158	159	51	57	88	95	107	122
182	189	236	259	290		131	152	153	154	178	207
						242	270	271	272	285	

9. Hs: Hipochondria prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (6 tétel)						Nem (3 tétel)		
29	62	72	108	125	161	63	68	130

10. H: Előzetes hipochondria skála *(McKinley és Hathaway, 1940):*

Igen (24 tétel)						Nem (31 tétel)					
10	23	24	29	41	43	2	3	7	9	18	46
44	47	62	72	108	114	51	55	63	68	103	128
125	142	159	161	186	189	136	152	153	163	175	188
238	263	273	335	439	517	190	192	230	242	243	248
						274	281	330	407	436	449
						462					

11. CR: Konverziós reakció skála *(Rosen, 1952):*

Igen (26 tétel)						Nem (51 tétel)					
8	20	37	58	70	79	4	5	13	21	24	34
95	96	112	131	133	137	42	61	67	76	106	139
152	170	223	249	262	264	146	179	180	189	204	234
329	369	399	403	407	440	236	243	247	266	282	284
445	490					299	301	305	337	344	349
						352	357	359	360	382	388
						397	411	425	431	454	455
						487	489	494	499	503	510
						517	531	543			

12. HyH: Hisztéria prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (3 tétel)			Nem (16 tétel)					
44	246	253	6	12	26	71	128	129
			136	147	162	172	174	213
			234	265	279	292		

13. HyO: Hisztéria nyilvánvaló alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (12 tétel)						Nem (20 tétel)					
10	23	32	43	44	47	2	3	7	8	9	51
76	114	179	186	189	238	55	103	107	128	137	153
						163	174	175	188	192	230
						243	274				

14. HyS: Hisztéria rejtett alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (1 tétel)	Nem (27 tétel)					
253	6	12	26	30	71	89
	93	109	124	129	136	141
	147	160	162	170	172	180
	190	201	213	234	265	267
	279	289	292			

15. Hy4: Szomatikus panaszok skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (6 tétel)						Nem (11 tétel)					
10	23	44	47	114	186	7	55	103	174	175	188
						190	192	230	243	274	

16. Hn: Hipoglikémiás neurózis skála *(Houk és Robertson, 1946):*

Igen (7 tétel)						Nem (13 tétel)					
78	166	404	439	544	554	3	7	15	36	135	163
556						188	230	300	387	393	482
						491					

17. Ne: Neurotikusság skála *(Winne, 1951):*

Igen (17 tétel)						Nem (13 tétel)					
5	29	41	43	44	47	2	3	9	46	51	68
72	76	108	114	159	186	103	107	175	178	190	208
189	191	236	238	263		242					

18. Pn: Pszichoneurózis skála *(Block, 1953):*

Igen (23 tétel)						Nem (10 tétel)					
102	105	120	129	138	147	63	68	119	130	160	163
148	161	172	296	344	348	214	264	274	367		
359	374	382	389	390	396						
398	408	416	468	499							

V. Egyéb klinikai skálák pontozási kulcsa

1. Pa': Paranoia prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (7 tétel)						Nem (8 tétel)					
27	123	151	275	293	338	117	268	313	316	319	327
365						347	348				

2. PK: Paranoia faktor skála *(Comrey, 1958b):*

Igen (14 tétel)						Nem (0 tétel)
16	24	35	110	121	123	
157	202	245	275	284	291	
293	364					

3. Pa1: Üldözési eszmék skála *(Harris és Lingoes, 1955):*

Igen (16 tétel)						Nem (1 tétel)
16	24	35	110	121	123	347
127	151	157	202	275	284	
291	293	338	364			

4. PaO: Paranoia nyilvánvaló alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (20 tétel)						Nem (3 tétel)		
16	24	27	35	110	121	281	294	347
123	151	158	202	275	284			
291	293	305	317	326	338			
341	364							

5. PaS: Paranoia rejtett alskála *(Wiener és Harmon, 1946):*

Igen (5 tétel)					Nem (12 tétel)					
15	127	157	299	365	93	107	109	111	117	124
					268	313	316	319	327	348

6. Sc': Schizophrenia prímskála *(Welsh, 1952a):*

Igen (20 tétel)						Nem (10 tétel)					
40	168	210	241	282	297	17	65	177	187	196	220
303	307	312	320	324	325	276	306	323	330		
334	335	339	345	350	354						
355	363										

7. Gm: Alkalmazkodási zavar skála *(Welsh, 1952b):*

Igen (19 tétel)						Nem (15 tétel)					
16	21	22	23	24	32	2	3	8	9	51	103
35	41	43	67	76	127	107	119	153	155	178	192
157	159	182	189	238	266	281	289	296			
305											

8. N: Normalitás skála *(Meehl, 1945):*

Igen (50 tétel)						Nem (28 tétel)					
39	52	89	93	98	115	23	55	131	167	170	173
138	145	146	147	166	171	188	194	209	235	237	262
213	234	244	256	258	278	264	270	277	353	367	369
321	334	336	337	344	351	371	376	379	380	387	391
368	370	372	373	375	377	399	401	403	405		
378	381	382	383	384	385						
386	388	389	390	392	393						
394	395	396	398	400	402						
404	549										

9. Sv: Szexuális rendellenesség skála *(Marsh, Hilliard és Liechti, 1955):*

Igen (68 tétel)						Nem (32 tétel)					
5	59	61	67	76	84	6	12	20	37	39	46
88	94	98	106	111	118	51	63	89	120	133	134
127	138	139	140	144	147	155	160	163	255	289	294
158	168	170	179	239	249	302	328	347	367	372	376
260	297	298	303	304	316	379	380	430	432	449	460
329	346	348	349	350	352	547	554				
360	364	365	373	375	377						
378	382	385	389	395	404						
413	419	427	444	453	455						
457	458	483	488	489	490						
492	498	507	548	549	558						
559	562										

10. Ah: Alkoholista-kiválasztó skála *(Hoyt és Sedlacek, 1958):*

Igen (20 tétel)						Nem (48 tétel)					
61	94	100	102	127	131	26	39	46	95	144	145
140	215	219	222	239	427	155	237	264	287	289	292
437	446	465	477	503	524	294	300	322	327	337	343
533	554					346	348	351	359	361	365
						366	375	378	383	386	387
						411	415	420	421	432	433
						436	459	460	472	473	483
						505	513	516	555	558	560

11. Al: Alkoholizmus-I. skála *(Hampton, 1951):*

Igen (80 tétel)						Nem (45 tétel)					
13	21	38	41	56	61	3	12	18	20	63	79
70	82	86	94	100	102	89	95	117	124	133	143
105	108	118	119	127	129	152	164	170	175	176	207
138	140	142	144	145	156	214	230	231	238	271	276
162	166	171	212	215	217	282	294	313	329	365	370
224	232	234	251	254	255	387	391	410	417	429	449
259	260	266	267	307	317	450	460	466	488	513	521
319	322	336	340	361	375	542	547	561			
377	380	390	395	397	406						
411	413	414	418	421	425						
431	439	442	445	457	463						
467	468	472	498	499	500						
503	506	531	541	545	549						
554	555										

12. Am: Alkoholizmus-II. skála *(Holmes, 1953):*

Igen (17 tétel)						Nem (42 tétel)					
5	21	41	61	127	215	9	26	46	80	95	98
239	251	277	311	369	382	101	115	137	155	163	170
446	477	481	506	524		183	199	232	240	249	274
						287	289	294	343	351	365
						378	384	386	387	392	395
						398	427	460	461	472	483
						516	522	542	548	558	560

13. Ap: Börtönalkalmazkodási skála *(Beall és Panton, 1957):*

Igen (18 tétel)						Nem (23 tétel)					
26	42	43	49	56	109	2	5	20	73	106	134
116	131	143	146	161	192	173	267	276	284	295	307
216	311	328	367	514	553	378	380	385	390	408	436
						447	466	485	493	525	

(Megjegyzés: a skála átdolgozott, Panton, 1958 féle változatából kimaradtak a 42. és 311. igenre, illetve 2., 295. és 380. nemre pontozott tételek)

14. De: Bűnözési hajlam - I. skála *(Gough és Peterson, 1952):*

Igen (8 tétel)						Nem (4 tétel)			
94	118	127	215	224	240	107	120	294	513
338	419								

15. Dq: Bűnözési hajlam - II. skála *(Hathaway és Monachesi, 1957):*

Igen (26 tétel)						Nem (7 tétel)					
21	26	33	38	56	116	37	111	173	177	294	427
118	143	146	223	224	254	464					
260	298	342	355	419	421						
434	458	471	477	485	537						
561	565										

16. Ec: Szökési hajlam skála *(Beall és Panton, 1956):*

Igen (29 tétel)						Nem (12 tétel)					
38	42	45	47	76	125	2	3	95	98	107	115
135	150	157	159	168	179	178	268	294	379	380	395
195	208	224	225	235	236						
239	246	247	250	252	277						
282	300	398	529	532							

17. Em: Érzelmi éretlenség skála *(Pearson, 1954):*

Igen (25 tétel)						Nem (23 tétel)					
13	21	24	32	43	52	2	3	8	9	26	36
76	94	97	106	109	118	79	103	107	112	137	153
182	189	222	238	247	248	155	160	163	178	190	242
266	301	305	322	335	345	378	387	402	407	449	
526											

2. sz. függelék: Az MMPI-skálák nyerspont – T-pont átszámítási táblázatai

I. A standard klinikai skálák átszámítási táblázatai

1. L: Hazugság skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi	27	32	36	41	45	49	53	57	60	63	67	71	74	76	80	83
T-pont nő	25	31	36	41	45	49	53	57	60	63	67	72	78	80	82	84

2. F: Validitás skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
T-pont férfi		22	29	34	39	42	45	47	49	52	54	56	58
T-pont nő	20	25	30	35	40	43	46	49	51	53	55	57	58

Nyerspont	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
T-pont férfi	59	60	62	64	65	66	67	68	70	71	72	74	75
T-pont nő	60	62	64	66	67	67	69	70	72	73	75	80	84

3. K: Korrekciós skála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi		20	24	27	27	31	34	37	39	41	43	45	48	50
T-pont nő	22	25	28	30	33	36	38	40	42	44	46	47	49	51

Nyerspont	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
T-pont férfi	52	54	56	59	61	64	67	70	73	76	78	80	82	84
T-pont nő	53	55	57	60	62	64	66	69	71	75	76	78	79	

4. Hd: Hipochondria skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi	31	36	40	43	46	48	50	51	53	55	56	58	59	60	62	63
T-pont nő	26	32	35	38	41	43	45	47	49	50	51	53	54	56	57	59

Nyerspont	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
T-pont férfi	64	66	67	68	69	70	71	72	75	76	78	78	78	79	79	80
T-pont nő	60	61	62	63	65	66	68	69	70	72	73	76	80	83	87	

4/a. Hd + 0.5K: Hipochondria skála K-korrekcióval

Nyerspont	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	22	25	27	29	33	36	39	42	45	48	49	51	53
T-pont nő			20	22	29	33	36	38	41	43	45	47	49

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
T-pont férfi	55	56	58	59	60	62	63	65	66	67	68	69
T-pont nő	50	52	54	56	57	58	60	61	62	63	64	65

Nyerspont	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
T-pont férfi	71	73	74	74	75	76	78	80	83			
T-pont nő	66	68	70	72	72	75	76	80	83	87	91	94

5. D: Depresszió skála

Nyerspont	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
T-pont férfi	20	24	26	27	30	32	34	36	39	41	43	47	49
T-pont nő		24	25	25	28	29	30	31	33	35	38	40	43

Nyerspont	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
T-pont férfi	51	53	55	57	59	60	62	63	65	67	68	70	70
T-pont nő	45	47	49	51	52	54	55	57	58	60	61	62	64

Nyerspont	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
T-pont férfi	71	74	75	76	78	80	82	84	86	88	91	93	95
T-pont nő	65	66	67	68	69	71	73	74	78	82			

6. Hy: Hisztéria skála

Nyerspont	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
T-pont férfi	20	22	26	29	32	34	37	39	41	43	45	47	49	51
T-pont nő	20	22	25	27	28	31	32	35	37	39	41	43	44	47

Nyerspont	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
T-pont férfi	53	55	56	58	59	60	62	63	64	66	67	67	69
T-pont nő	48	50	51	53	55	56	57	59	60	61	62	63	64

Nyerspont	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
T-pont férfi	71	72	73	75	76	78	79						
T-pont nő	65	67	68	69	70	70	72	74	75	76	80	83	87

7. Pp: Pszichopátia skála

Nyerspont	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
T-pont férfi	20	26	28	31	33	37	39	42	44	46	49	51	53	56	58	59
T-pont nő	24	27	29	32	36	38	41	43	45	47	50	51	53	56	58	59

Nyerspont	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
T-pont férfi	61	63	64	66	67	68	71	71	75	76	76	78	79	80	82
T-pont nő	61	63	64	66	67	68	70	71	73	74	75	78	80	82	

7/a. Pp + 0.4K: Pszichopátia skála K-korrekcióval

Nyerspont	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
T-pont férfi		20	22	27	30	31	34	36	38	41	43	46	48	50	53	55
T-pont nő	20	22	28	29	31	34	37	39	41	43	45	47	50	52	54	55

Nyerspont	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
T-pont férfi	57	59	61	63	64	65	67	68	71	72	74	75	76	78	80	83
T-pont nő	57	59	61	63	64	66	68	70	70	73	75	76	78	80	82	84

8. Mf: Maszkulinitás-feminitás skála

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
T-pont férfi	26	26	29	31	33	35	38	40	43	44	47	49	51	54	56	58
T-pont nő			75	75	74	73	71	70	68	66	64	62	60	59	57	54

Nyerspont	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
T-pont férfi	61	63	65	67	69	70	71	74	75	76	80	83	87			
T-pont nő	52	50	47	45	43	40	38	36	32	30	28	24	20	17	13	9

9. Pa: Paranoia skála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi	24	28	32	36	40	43	46	49	52	54	57	59
T-pont nő	25	29	32	35	38	41	44	47	49	52	54	57

Nyerspont	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
T-pont férfi	62	64	66	68	71	73	74	74	76	78	79	
T-pont nő	59	62	63	65	67	69	72	74	75	78	80	82

10. Pt: Pszichaszténia skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	22	27	33	36	39	42	43	45	47	48	50	52	53	54	55
T-pont nő		20	28	31	35	37	39	40	42	44	45	46	48	49	50

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
T-pont férfi	56	57	59	60	61	61	62	64	65	66	68	69	70	70
T-pont nő	51	52	53	54	55	56	57	58	58	60	61	62	63	64

Nyerspont	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
T-pont férfi	70	72	73	74	74	75	75	80	84					
T-pont nő	67	68	69	70	70	71	71	72	73	75	78	80	82	84

10/a. Pt + K: Pszichaszténia skála K-korrekcióval

Nyerspont	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
T-pont férfi			26	27	31	32	36	38	41	43	46	48	50
T-pont nő	20	21	22	24	25	27	30	33	36	39	41	42	44

Nyerspont	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
T-pont férfi	52	53	55	57	58	60	61	63	64	66	68	69	70
T-pont nő	46	48	49	51	52	54	55	57	58	60	61	63	64

Nyerspont	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
T-pont férfi	71	72	73	75	76	78	79	80	82	84	86		
T-pont nő	65	66	67	69	70	71	72	74	78	78	79	80	82

11. Sc: Schizophrenia skála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	24	30	33	36	39	42	44	46	48	49	50	51	53
T-pont nő	22	29	31	34	37	40	42	44	45	47	48	49	50

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
T-pont férfi	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
T-pont nő	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	60	61	62

Nyerspont	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
T-pont férfi	67	67	68	69	70	71	72	72	73	73	74	74	74
T-pont nő	63	64	65	65	66	67	68	69	70	71	72	72	73

Nyerspont	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
T-pont férfi	76	78	79	80	82	84	86	88	91	93	95	97	99
T-pont nő	73	74	74	74	74	75	76	78	80	82	84	87	

11/a. Sc + K: Schizophrenia skála K-korrekcióval

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
T-pont férfi	20	22	24	27	31	33	35	38	41	42	44	46	48	50	52	53
T-pont nő	20	22	26	29	31	32	34	37	38	40	42	45	46	48	50	51

Nyerspont	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
T-pont férfi	55	57	58	59	60	61	62	63	64	66	66	67	68	69	70
T-pont nő	52	54	55	56	57	59	60	61	62	63	64	65	66	66	67

Nyerspont	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
T-pont férfi	71	72	73	74	74	76	78	78	79	79	80	82	84	86	88
T-pont nő	69	69	70	71	71	72	73	75	76	78	80	82			

12 Ma: Hipománia skála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
T-pont férfi				20	26	29	30	33	36	39	42	44	46	48	50	53
T-pont nő	20	22	24	25	28	31	35	37	39	42	44	47	49	51	53	55

Nyerspont	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
T-pont férfi	55	57	58	60	62	64	65	67	69	72	74	80	86	92	98
T-pont nő	57	59	61	63	65	67	68	71	72	75	75	76	80	83	

12/a Ma + 0.2K: Hipománia skála K-korrekcióval

Nyerspont	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
T-pont férfi				22	25	28	30	32	34	37	40	43	46	48	50
T-pont nő	20	22	24	25	28	30	33	37	39	41	43	46	49	51	53

Nyerspont	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
T-pont férfi	53	55	57	59	61	63	65	67	67	71	74	76	80	83
T-pont nő	55	57	60	62	65	67	68	70	72	74	75	78	81	

13 Si: Szociális introverzió skála

Nyerspont	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
T-pont férfi	21	21	22	22	22	26	29	31	33	34	36	38	40	41	43	44
T-pont nő	20	21	21	21	22	22	22	24	27	28	29	31	33	35	36	37

Nyerspont	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
T-pont férfi	45	47	48	50	51	52	53	54	56	56	57	59	60	62	63	63
T-pont nő	38	39	41	42	44	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	57

Nyerspont	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
T-pont férfi	65	66	67	68	69	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	82
T-pont nő	58	59	60	62	62	63	65	66	67	68	71	72	75	78	80	82

II. A kontroll-skálák átszámítási táblázatai

1. B: Választorzítás skála

Nyerspont	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
T-pont férfi	20	21	22	22	24	26	29	30	32	33	34	36	37	38	39
T-pont nő		20	22	25	25	26	27	28	30	32	33	33	35	36	36

Nyerspont	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
T-pont férfi	41	43	44	45	47	48	50	52	53	55	56	58	59	60	62
T-pont nő	39	40	41	43	45	46	48	49	51	52	54	55	57	58	60

Nyerspont	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
T-pont férfi	63	65	66	68	70	71	72	73	73	74	75	80	84	89
T-pont nő	61	63	64	65	67	67	69	71	72	72	75	76	80	83

2. Ds: Disszimuláció skála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
T-pont férfi	20	26	29	31	34	37	39	41	44	45	47	48	50	51	53	54
T-pont nő	22	25	26	28	30	34	36	37	40	42	43	45	47	48	49	51

Nyerspont	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
T-pont férfi	55	56	58	60	61	62	63	64	65	66	67	69	70	70	71	71
T-pont nő	52	53	54	55	57	58	59	59	61	62	63	63	64	65	66	67

Nyerspont	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
T-pont férfi	71	72	73	74	74	74	75	76	78	80	82				
T-pont nő	68	69	70	70	70	72	73	73	74	75	77	78	80	82	84

3. K': Korrekció prímskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi	20	26	29	35	40	43	48	51	56	60	66	72	80	87
T-pont nő	22	29	34	39	43	47	50	54	59	63	67	74	81	

4. SD: Szociális kívánatosság skála

Nyerspont	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
T-pont férfi	21	22	24	25	25	26	26	26	27	27	29	29	30	30	31	32
T-pont nő	20	22	25	25	25	26	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33

Nyerspont	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
T-pont férfi	32	33	33	34	35	36	37	38	38	39	40	41	42	43	44	46
T-pont nő	34	35	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	50	51

Nyerspont	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
T-pont férfi	47	48	49	50	51	53	55	56	58	60	62	65	67	71	73	75
T-pont nő	52	53	54	56	57	59	60	62	64	66	69	71	74	78	80	82

5. CI: Kritikus tétel-lista

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
T-pont férfi	20	25	33	41	46	50	53	57	59	61	64	66	67
T-pont nő	20	22	27	34	39	44	49	52	55	57	59	61	62

Nyerspont	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
T-pont férfi	69	71	72	73	74	75	80	84				
T-pont nő	64	65	67	69	71	74	76	77	77	78	79	80

6. C: Harmadik faktor skála

Nyerspont	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
T-pont férfi		22	25	27	30	33	37	39	42	44	47	49	52	54	56
T-pont nő	20	22	24	28	30	31	34	36	39	42	44	47	49	51	53

Nyerspont	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
T-pont férfi	58	60	61	64	66	67	70	74	75	80	84			
T-pont nő	56	57	60	61	63	65	69	70	72	75	78	80	84	89

7. Cn: Kontroll skála

Nyerspont	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
T-pont férfi							20	24	25	26	28	32	35	37	39	42
T-pont nő	21	21	22	23	23	24	25	27	28	30	32	34	37	39	41	44

Nyerspont	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
T-pont férfi	45	47	50	53	55	58	60	62	65	68	70	74	76	80	83	
T-pont nő	46	48	50	53	55	57	59	61	64	67	69	71	73	75	80	85

8. Eo: Én-túlkontrolláltság skála

Nyerspont	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
T-pont férfi	29	34	37	40	43	46	49	52	54	58	60	65	68	71	74	76
T-pont nő	28	30	34	37	39	42	45	48	51	54	58	61	64	67	70	76

9. Es: Énerő skála

Nyerspont	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
T-pont férfi	20	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	31
T-pont nő			22	24	25	27	29	30	31	32	34	35	36	37	38

Nyerspont	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
T-pont férfi	33	34	35	36	37	38	39	41	42	43	44	46	47	48	50
T-pont nő	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50	52	54	55	57	59

Nyerspont	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
T-pont férfi	52	54	56	57	59	62	65	67	69	72	75	76	78	80	82
T-pont nő	61	63	65	67	69	72	76	78	79						

10. Sc2a: Kognitív önuralom hiánya skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
T-pont férfi	49	56	60	64	67	71	76	80	83	87
T-pont nő	48	53	57	61	64	67	70	74	78	

11. Sc2b: Ösztön-önuralom hiánya skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi	27	41	48	53	57	61	65	69	71	74	75	78	80	
T-pont nő	25	37	45	50	54	58	61	64	67	69	73	76	80	83

12. Sc2c: Gátlás-fogyatékosság skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
T-pont férfi	44	50	55	61	65	70	72	74	78	81	
T-pont nő	40	48	52	57	61	64	67	70	74	78	82

13. Im: Impulzivitás skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	35	40	44	48	51	53	56	59	61	64	66	68	72	74	75	77
T-pont nő	33	38	43	47	50	53	56	59	61	63	66	68	70	75	76	80

14. MaO: Hipománia nyilvánvaló alskála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
T-pont férfi	36	41	45	48	52	55	58	61	63	66	69	72	76	78	80	82
T-pont nő	36	41	45	49	52	55	58	61	64	66	69	72	75	76	76	80

15. PpO: Pszichopátia nyilvánvaló alskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
T-pont férfi	26	31	36	41	44	47	50	52	54	57	59	61
T-pont nő	25	31	36	41	44	47	49	51	54	56	58	61

Nyerspont	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
T-pont férfi	63	66	68	70	72	73	78	80	82	84		
T-pont nő	62	64	66	68	70	72	75	80	84	89	94	98

16. PpS: Pszichopátia rejtett alskála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
T-pont férfi	25	27	30	35	39	42	47	51	54	59	63	68	72	74	77
T-pont nő	25	28	33	37	41	45	49	52	56	60	65	69	72	75	78

17. Re: Szociális felelősségérzet skála

Nyerspont	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
T-pont férfi	20	22	23	24	25	28	30	32	33	35	38	40	42	45
T-pont nő				20	21	22	24	27	29	31	32	34	37	39

Nyerspont	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
T-pont férfi	47	49	51	54	57	59	62	65	70	74	78	81	
T-pont nő	42	44	47	50	53	56	60	63	67	72	75	80	84

III. A vonás-skálák átszámítási táblázatai

1. Ho: Gyűlölködés skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi					22	25	27	29	30	31	34	36	37	39	40
T-pont nő	20	21	21	22	22	26	30	30	32	34	35	36	38	40	42

Nyerspont	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
T-pont férfi	42	43	44	46	48	49	50	52	53	55	56	57	58	59	61
T-pont nő	43	45	46	47	49	50	51	52	53	54	55	57	58	59	60

Nyerspont	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
T-pont férfi	62	63	65	67	68	69	70	72	74	76	80	83			
T-pont nő	62	63	64	65	67	69	70	72	72	73	76	78	80	82	84

2. OVHO: Túlkontrollált agresszió skála

Nyerspont	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
T-pont férfi	29	33	36	39	42	46	50	54	58	61	65	68	70	73	76	79
T-pont nő	25	28	31	35	38	41	45	49	52	55	58	62	66	69	75	81

3.ACHO: Acting-out gyűlölködés skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
T-pont férfi	28	38	46	52	57	60	64	68	70	73	76	80
T-pont nő	28	38	46	53	58	64	68	73	78	80	82	

4. Si': Szociális introverzió prímskála

Nyerspont	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi	20	21	22	24	26	28	33	35	36	38	41	44
T-pont nő	20	21	23	24	25	27	28	30	31	34	35	37

Nyerspont	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
T-pont férfi	46	47	49	50	52	53	55	56	58	59	61	63
T-pont nő	38	40	42	44	46	47	49	50	52	54	55	56

Nyerspont	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
T-pont férfi	64	65	66	68	71	73	74	75	76	78	80	82
T-pont nő	57	59	61	62	64	65	67	69	71	75	76	80

5. DoD: Dominancia skála

Nyerspont	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi		22	26	29	32	35	38	41	44	46	49
T-pont nő	24	27	29	33	35	38	41	44	47	49	52

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
T-pont férfi	52	54	57	61	65	70	74	78	80	82
T-pont nő	55	57	60	64	67	72	77			

6. Dy: Függőség skála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
T-pont férfi	20	24	26	29	32	35	37	40	41	43	44	46	47	48	49	50
T-pont nő		20	21	22	22	28	30	32	34	36	38	40	41	42	43	45

Nyerspont	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
T-pont férfi	52	53	54	55	56	57	58	59	61	62	63	65	65	66	67	68
T-pont nő	46	47	48	49	50	51	52	52	53	54	55	56	57	59	60	61

Nyerspont	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
T-pont férfi	68	69	71	72	73	73	74	80	85	90	96					
T-pont nő	62	63	64	65	66	67	69	70	71	74	75	76	78	79	80	82

7. Mf3: Altruizmus skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8
T-pont férfi	30	36	42	48	53	59	67	78	88
T-pont nő	27	36	42	48	53	58	64	76	89

8. EMPA: Empátia skála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	20	28	31	35	40	45	50	55	60	67	78	88		
T-pont nő	24	30	34	39	43	48	52	57	62	68	73	76	80	83

9. Cy: Cinizmus skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7
T-pont férfi	39	45	51	56	60	64	69	74
T-pont nő	40	47	51	56	60	65	70	75

10. To: Tolerancia skála

Nyerspont	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi				24	25	26	29	31	33	35	39	41	43
T-pont nő	20	22	25	28	29	32	33	36	37	40	42	44	46

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
T-pont férfi	46	48	50	53	55	57	60	63	66	69	74	78	81
T-pont nő	48	51	53	55	57	60	62	65	69	72	78	83	

11. RESE: Represszió-szenzitizáció skála

Nyerspont	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
T-pont férfi						22	26	27	29	30	31	32	33	35	36	37
T-pont nő	21	21	22	22	22	22	24	24	25	25	27	28	29	30	31	32

Nyerspont	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
T-pont férfi	38	39	40	40	41	42	43	43	44	45	46	47	48	48	49	50
T-pont nő	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	42	43	44	44	45	45

Nyerspont	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
T-pont férfi	51	51	52	53	53	53	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59
T-pont nő	46	47	47	47	48	49	49	50	50	51	51	51	52	52	53	53

Nyerspont	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
T-pont férfi	59	60	61	61	62	63	63	64	64	65	65	66	67	67	68	68
T-pont nő	54	54	55	56	56	57	57	58	58	58	59	60	60	60	61	61

Nyerspont	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104
T-pont férfi	69	69	70	71	71	72	73	74	74	75	76	76	77	77	77	78
T-pont nő	62	62	63	63	64	64	65	65	66	67	67	68	69	69	70	71

Nyerspont	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
T-pont férfi	79	80	80	81	82	82	83	84	88							
T-pont nő	72	72	72	73	73	73	74	75	75	76	78	79	80	82	83	84

12. Ae: Sikerélmény skála

Nyerspont	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
T-pont férfi	25	28	30	33	38	41	44	48	52	56	60	63	67	72	78	80
T-pont nő	24	29	30	35	38	42	46	49	53	57	61	65	70	73	75	80

13. Ie: Intellektuális hatékonyság skála

Nyerspont	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
T-pont férfi				20	24	25	26	27	29	31	33	36	39	40	42
T-pont nő	20	21	22	24	27	28	29	32	34	36	38	39	41	43	44

Nyerspont	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
T-pont férfi	44	46	48	50	52	54	58	61	63	66	70	78	80	82
T-pont nő	47	49	51	54	56	58	61	63	65	69	74	80	86	

14. IQ: Intellektuális kvóciens skála

Nyerspont	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
T-pont férfi								20	22	24	25	26	28	29	30
T-pont nő	20	21	21	22	22	23	23	24	25	27	28	30	32	33	35

Nyerspont	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
T-pont férfi	31	33	35	36	38	40	41	42	43	45	46	47	49	51	53
T-pont nő	36	38	39	40	41	42	44	45	46	48	50	51	53	54	56

Nyerspont	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
T-pont férfi	54	56	58	60	63	66	68	69	71	74	78	80	82	84
T-pont nő	58	59	60	62	64	65	68	70	73	76				

15. OR: Eredetiség skála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
T-pont férfi				22	29	31	35	37	41	44
T-pont nő	20	22	23	25	27	31	34	37	40	44

Nyerspont	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
T-pont férfi	47	51	54	58	62	67	70	74	77	
T-pont nő	47	50	53	57	61	65	71	75	80	85

IV. A kiegészítő neurózis-skálák átszámítási táblázatai

1. A: Első faktor (szorongás) skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
T-pont férfi	20	31	36	40	43	45	47	48	50	52	53	54	55
T-pont nő		28	32	36	38	41	43	45	46	48	49	50	51

Nyerspont	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
T-pont férfi	56	58	59	61	62	63	65	66	67	68	69	69
T-pont nő	52	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	65

Nyerspont	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
T-pont férfi	71	73	74	75	75	76	78	79				
T-pont nő	66	67	69	71	72	72	74	75	76	78	80	83

2. AR: Szorongásos reakció skála

Nyerspont	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
T-pont férfi	20	23	25	27	30	33	36	40	43	46	49	52	55
T-pont nő	20	21	22	25	28	31	33	35	38	42	44	47	49

Nyerspont	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
T-pont férfi	58	60	63	65	68	69	72	74	80	85	90		
T-pont nő	52	55	57	60	62	64	67	69	73	76	80	83	87

3. At: Manifeszt szorongás skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi	26	30	34	37	40	42	44	46	47	49	50	52	53	54	55
T-pont nő		22	29	32	34	36	38	40	42	43	44	45	46	47	48

Nyerspont	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
T-pont férfi	56	57	59	60	61	62	63	63	65	66	67	68	69	70
T-pont nő	50	50	51	52	53	55	55	56	57	58	59	60	61	62

Nyerspont	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
T-pont férfi	70	71	71	74	74	75	76	80	83	87	90	94	98	
T-pont nő	63	64	65	66	67	70	71	73	75	75	76	77	78	79

4. DV: Depresszió prímskála

Nyerspont	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
T-pont férfi	22	28	33	35	39	41	45	50	54	58	62	66	71	76	81	
T-pont nő		27	30	34	37	41	44	48	52	56	60	65	68	73	80	87

5. Di: Szubjektív depresszió skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	20	26	32	36	41	44	47	50	53	55	57	60	61	64
T-pont nő		25	27	29	34	36	40	43	45	48	50	52	54	56

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
T-pont férfi	66	68	68	70	72	75	76	77	78	79	80	82	84	86
T-pont nő	58	60	62	64	65	67	68	70	75	80	85			

6. D2: Pszichomotoros retardáció skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi	26	29	34	39	44	49	55	60	65	72	78	80	82
T-pont nő		25	30	35	41	46	51	56	61	67	75	82	

7. DR: Depresszív reakció skála

Nyerspont	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
T-pont férfi					22	24	29	32	34	38	40	42	44
T-pont nő	20	21	22	23	24	25	28	30	33	36	38	41	44

Nyerspont	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
T-pont férfi	47	50	54	56	60	64	67	71	78	84			
T-pont nő	47	50	53	56	60	63	67	71	75	78	80	82	84

8. DoN: Depresszió nyilvánvaló alskála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	20	27	30	34	38	41	45	47	50	52	54	56	57	59	61	62
T-pont nő		24	25	30	33	36	39	41	44	46	48	50	52	53	55	56

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
T-pont férfi	64	65	67	68	69	70	72	73	74	76	77	78	79	80	82	84
T-pont nő	58	59	61	62	63	64	66	67	70	71	73	74	78	80	82	84

9. Hs: Hipochondria prímskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
T-pont férfi	45	51	56	60	63	67	71	75	80	84
T-pont nő	42	47	52	57	61	65	68	72	78	83

10. H: Előzetes hipochondria skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	20	26	31	36	38	41	43	45	47	49	50	51	52	54	54	56
T-pont nő		25	27	30	34	36	38	40	41	43	45	46	47	48	49	50

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
T-pont férfi	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	66	67	67	68	68	70
T-pont nő	52	53	54	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	63	64	66

Nyerspont	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
T-pont férfi	71	72	73	74	75	75	78	78	78	79	79	80	82	84	86	88
T-pont nő	66	67	68	69	69	71	73	75	76	78	79	80	82	84		

11. CR: Konverziós reakció skála

Nyerspont	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
T-pont férfi						20	22	23	24	25	25	26	27	27	27	28
T-pont nő	20	21	22	25	25	26	27	27	28	29	31	33	33	34	35	35

Nyerspont	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
T-pont férfi	30	31	32	33	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	45	46
T-pont nő	36	37	38	40	40	41	43	44	44	45	46	47	49	50	51	52

Nyerspont	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
T-pont férfi	47	48	49	50	52	53	54	56	57	60	62	65	69	74	79	
T-pont nő	53	54	55	57	59	60	62	64	66	69	72	73	75	80	84	89

12. HyH: Hisztéria prímskála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	20	25	33	36	40	43	48	51	55	60	64	71	78	80	82	
T-pont nő	22	28	32	35	39	42	46	50	54	58	62	67	70	76	80	83

13. HyO: Hisztéria nyilvánvaló alskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	29	35	39	43	45	48	50	52	54	56	57	58	60	61	62
T-pont nő	24	30	34	37	40	42	44	46	48	50	51	53	54	56	57

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
T-pont férfi	63	65	66	67	69	70	72	73	74	78	81	85	89	93
T-pont nő	58	59	60	61	63	64	65	66	68	70	72	75	80	84

14. HyS: Hisztéria rejtett alskála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	24	27	30	33	35	38	40	43	46	48	51	53
T-pont nő	26	30	33	35	37	39	42	45	47	49	51	54

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
T-pont férfi	55	58	61	64	67	69	73	78	82		
T-pont nő	56	58	61	64	66	68	71	75	77	78	80

15. Hy4: Szomatikus panaszok skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	42	46	49	53	56	59	61	63	65	66	71	72	75	76	78	80
T-pont nő	37	41	44	47	50	53	55	58	60	62	64	66	69	72	78	83

16. Hn: Hipoglikémiás neurózis skála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
T-pont férfi	24	29	35	40	44	47	51	55	59	63	67	69	71	76	80	83
T-pont nő			22	28	33	38	42	46	50	55	59	64	67	72	80	88

17. Ne: Neurotikusság skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	28	35	38	43	45	48	51	52	54	56	58	60	61	63	64
T-pont nő	25	30	35	38	41	44	45	47	49	50	52	54	55	56	57

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
T-pont férfi	65	66	68	69	71	73	73	74	76	78	79	80	82	84
T-pont nő	58	60	62	63	65	67	68	69	72	73	78	83		

18. Pn: Pszichoneurózis skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	20	23	26	30	34	36	39	41	43	46	48	49	51	53	55
T-pont nő		22	25	28	30	32	34	36	39	41	43	45	47	49	51

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
T-pont férfi	57	59	60	63	65	67	69	70	73	74	75	78	80		
T-pont nő	52	54	55	57	59	61	63	65	68	70	72	75	78	80	82

V. Az egyéb klinikai skálák átszámítási táblázatai

1. Pa': Paranoia prímskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
T-pont férfi	26	34	38	45	51	56	61	67	72	74	80	85
T-pont nő	29	35	41	46	51	56	61	68	76	85		

2. Pk: Paranoia faktor skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi	38	46	52	57	61	64	68	71	73	76	80	83		
T-pont nő	38	47	53	56	60	63	64	68	70	75	78	80	82	84

3. Pa1: Üldözési eszmék skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T-pont férfi	34	41	46	51	55	58	61	64	67	70	73	75	80	84	89	
T-pont nő	33	42	47	52	55	57	60	63	65	67	70	73	76	80	83	87

4. PaO: Paranoia nyilvánvaló alskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
T-pont férfi	35	40	45	49	52	55	57	60	63	65
T-pont nő	31	37	43	47	51	53	55	58	60	62

Nyerspont	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
T-pont férfi	67	70	71	73	75	78	80			
T-pont nő	64	66	68	71	73	75	80	85	91	96

5. PaS: Paranoia rejtett alskála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi	20	29	35	40	44	49	53	58	62	67	73	80	86	
T-pont nő	20	28	36	41	45	49	53	57	62	66	70	73	78	83

6. Sc': Schizophrenia prímskála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi	30	38	45	50	53	56	58	61	64	66	68	70	72	75	76	80
T-pont nő	29	37	43	47	50	54	56	59	61	63	66	68	71	73	76	80

7. Gm: Alkalmazkodási zavar skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
T-pont férfi	26	31	35	39	43	46	48	51	53	54	56	58	60	61	63
T-pont nő	20	29	34	37	40	43	45	47	49	51	53	54	56	58	58

Nyerspont	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
T-pont férfi	65	66	68	69	71	72	73	74	74	75	76	80	83	87	89
T-pont nő	60	60	62	64	66	67	69	70	71	73	75	78	80	82	

8. N: Normalitás skála

Nyerspont	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
T-pont férfi	21	22	24	28	31	33	35	36	38	40	41	42	44	45	47	47
T-pont nő	24	25	25	26	27	28	29	31	32	34	35	36	38	39	40	41

Nyerspont	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
T-pont férfi	49	50	51	52	54	54	55	56	57	58	60	61	62	63	65	65
T-pont nő	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	58	59

Nyerspont	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
T-pont férfi	66	69	71	72	72	73	73	74	78	81						
T-pont nő	60	61	63	63	65	66	67	69	69	70	72	75	80	85	91	96

9. Sv: Szexuális rendellenesség skála

Nyerspont	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
T-pont férfi	25	27	29	31	32	33	35	36	38	40	41	42	43	44	46	47
T-pont nő	22	24	25	27	28	29	31	33	34	35	36	36	38	39	41	42

Nyerspont	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
T-pont férfi	48	49	50	52	53	54	54	56	57	58	59	60	61	62	63	64
T-pont nő	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58

Nyerspont	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
T-pont férfi	65	66	67	68	69	70	71	71	73	74	75	76	78	80	82	84
T-pont nő	58	60	60	62	62	63	64	65	66	67	69	72	72	73	75	77

10. Ah: Alkoholizmus-kiválasztó skála

Nyerspont	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
T-pont férfi	20	22	24	26	26	27	29	31	32	33	35	36	38	40	42	45
T-pont nő	22	24	25	25	26	27	28	30	32	34	37	38	40	42	45	46

Nyerspont	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
T-pont férfi	46	48	51	53	56	59	61	64	67	69	70	78	80	82		
T-pont nő	48	50	51	53	55	57	60	62	65	68	70	73	75	78	80	82

11. Al: Alkoholizmus-I. skála

Nyerspont	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
T-pont férfi					20	22	24	25	25	26	29	30	31	33	34	36
T-pont nő	21	21	21	21	21	22	22	22	22	23	23	24	25	26	27	28

Nyerspont	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
T-pont férfi	37	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
T-pont nő	29	31	33	34	36	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	47

Nyerspont	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
T-pont férfi	54	55	56	57	58	59	59	60	60	62	62	64	65	66	66	67
T-pont nő	48	49	50	51	52	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62

Nyerspont	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
T-pont férfi	68	69	70	71	71	73	73	74	74	74	75	75	75	76	80	83
T-pont nő	62	63	64	65	66	66	67	69	71	72	73	74	75	76	80	83

12. Am: Alkoholizmus-II. skála

Nyerspont	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
T-pont férfi					20	23	25	26	30	32	34	36	38	41	44	46
T-pont nő	20	22	25	25	29	31	34	36	37	39	41	43	45	47	49	51

Nyerspont	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
T-pont férfi	48	51	53	55	58	61	63	65	67	69	72	76	78	80	82
T-pont nő	53	54	57	59	61	63	65	69	71	73	75	75	80	84	89

13. Ap: Börtönalkalmazkodási skála

Nyerspont	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	16
T-pont férfi			22	25	26	29	33	36	39	42	46	48
T-pont nő	20	21	22	27	30	34	37	41	44	47	50	53

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
T-pont férfi	51	54	57	61	64	66	68	71	75	80	84
T-pont nő	56	59	61	63	67	70	72	80	87	95	

14. De: Bűnözési hajlam - I. skála

Nyerspont	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
T-pont férfi	24	34	41	48	53	58	63	68	74	80	86	92
T-pont nő	30	36	43	51	57	62	69	73	76	80	83	

15. Dq: Bűnözési hajlam - II. skála

Nyerspont	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
T-pont férfi		22	31	34	37	40	43	45	48	50	52	55	57
T-pont nő	20	29	35	40	44	48	51	54	56	59	61	63	65

Nyerspont	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
T-pont férfi	59	61	64	66	69	70	72	74	75	76	80	83	87
T-pont nő	67	69	73	74	80	86							

16. Ec: Szökési hajlam skála

Nyerspont	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
T-pont férfi				25	27	30	34	39	41	45	48	50	53	55
T-pont nő	20	24	25	29	30	33	36	39	42	45	48	50	53	56

Nyerspont	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
T-pont férfi	58	60	62	65	67	70	71	73	75	76	78	79	80	82
T-pont nő	58	60	62	65	66	68	71	75	75	80	84	89		

17. Em: Érzelmi éretlenség skála

Nyerspont	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
T-pont férfi	25	28	32	36	39	42	45	47	49	51	52	54	56	57	59	60
T-pont nő	25	29	31	34	37	39	41	43	45	47	49	50	51	53	54	56

Nyerspont	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
T-pont férfi	62	63	64	65	66	67	69	70	71	73	74	76	78	80	82	
T-pont nő	58	59	60	61	62	63	64	65	67	68	70	72	75	76	78	80

Ára: 230,- Ft

Pressing, L. — Szakács, F.:

Az MMPI -próba új magyar standardja

A szerzők az immár a hazai személyiségdiagnosztikai gyakorlatban is legelterjedtebben használt kérdőíves személyiségvizsgáló eljárás, az MMPI-próba új, országos reprezentatív standardját ismertetik könyvükben. A kötetben első ízben publikált kutatási eredmények, viszonyítási normák nélkülözhetetlen támpontot jelentenek mindazoknak a klinikai- és munkapszichológusoknak, pszichiátereknek, orvosoknak, akik a tesztet munkájukban hivatásszerűen használják.

Az eddig megszokott 13 alapskálán kívül a szerzők több tucat kiegészítő skála normatív adatait is kidolgozták, s ezeket az egyes skálákhoz tartozó tömör értelmezési útmutató kíséretében közlik.

A kötetben foglalt információ gyakorlati hasznosítását számos skála pontozási kulcsának és nyerspont — T-pont átszámítási táblázatának közzététele segíti.

ISBN 963 04 0787 6

Kiadja a »Társadalmi Beilleszkedési Zavarok« c. kutatás Programirodája