

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Validační studie české verze Mezinárodního inventáře
adaptace osobnosti (IAPÍ-CZ)**

Lucie Tučková

Bakalářská práce

Studijní program: 7701R005 – Psychologie (Bc.). (PBp)

Vedoucí práce: Mgr. Filip Havlík

Praha 2022

Prague College of Psychosocial Studies



**Validation study of the Czech Version of the International
Adaptive Psychopathology Inventory (I-API-CZ)**

Lucie Tučková

The Bachelor Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Filip Havlík

Praha 2022

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Filipovi Havlíkovi za věnovaný čas, pomoc a pečlivost při vedení této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni zúčastnit se mého výzkumu.

Anotace

Tato práce se zabývá validací české verze Mezinárodního inventáře adaptace osobnosti (IAPI) a jejím cílem je poskytnout základní data o validitě tohoto nového osobnostního inventáře. Zkoumané psychometrické vlastnosti zahrnovaly vnitřní konzistenci a vztahy mezi jednotlivými škálami IAPI a vybranými škálami Minnesotský multifázový osobnostní inventář 2 (MMPI-2). Do výzkumného vzorku bylo zařazeno 61 jedinců bez závažných zdravotních potíží. Respondentům byly administrovány inventáře IAPI a MMPI-2. Na základě analýzy dat byla prokázána uspokojivá až vysoká vnitřní konzistence a pozitivní a primárně střední až silné vztahy mezi škálami IAPI a MMPI-2.

Klíčová slova: IAPI, MMPI-2, poruchy osobnosti, měření osobnosti, teorie osobnosti

Abstract

The present study explores validity of Czech version of the International Adaptive Psychopathology Inventory (IAPI) and it aims to provide data on validity of the personality questionnaire. Examined psychometric properties include internal consistency and relationship of IAPI scales and MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2) scales. The sample consists of 61 individuals without self-reported medical or mental health conditions. IAPI and MMPI-2 were administrated to all participants. Based on data analysis was proved that the internal consistency ranges from acceptable up to high and IAPI and MMPI-2 scales have positive and moderately strong up to strong relationships.

Key words: IAPI, MMPI-2, personality disorder, personality assessment, personality theory

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Teorie osobnosti s relevancí k inventáři IAPI	9
1.1.1 Kognitivní teorie osobnosti	10
1.1.2 Teorie osobnosti a jejích poruch Theodora Millona.....	12
1.1.3 Cloningerova teorie osobnosti	14
1.2 Klasifikační systémy	17
1.2.1 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN).....	17
1.2.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM)	18
1.3 Psychodiagnostické nástroje v České republice	20
1.4 Měření osobnosti	22
1.4.1 Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI)	23
1.4.2 Personality Assessment Inventory (PAI).....	25
1.4.3 Millonův klinický víceosý dotazník (MCMI)	26
1.5 Mezinárodní inventář adaptace osobnosti (IAPI).....	27
1.5.1 Vývoj	27
1.5.2 Klinické a validační škály	28
1.5.3 Psychometrické vlastnosti IAPI	30
1.5.3.1 Reliabilita	31
1.5.3.2 Validita	31
2 Výzkumná část	33
2.1 Cíle	33
2.2 Hypotézy.....	33
2.3 Popis výzkumného vzorku	33
2.4 Výzkumná metoda.....	34
2.5 Statistická analýza	35
2.6 Výsledky.....	35
2.6.1 Korelace mezi škálami IAPI a MMPI-2	38
2.6.2 Vnitřní konzistence.....	39
2.7 Diskuse	40
Závěr	44
Seznam literatury	45
Seznam zkratk	51
Seznam tabulek	53

Úvod

Testy osobnosti představují spolehlivý nástroj pro měření osobnosti a umožňují tak přiblížit způsob myšlení, prožívání a chování jedinců. Testy osobnosti je možné využít v různých oblastech, například v klinické praxi, kde jsou používány především k diagnostice poruch osobnosti, které nyní představují jednu z nejčastěji diagnostikovaných psychiatrických poruch. Nejčastěji používané psychodiagnostické metody k popsání struktury osobnosti jsou rozsáhlé a kladou tak velký časový nárok na administraci i interpretaci.

Amir Poreh vytvořil Mezinárodní inventář adaptace osobnosti (IAPI), který se zaměřuje právě na diagnostiku poruch osobnosti. Porehovým cílem bylo zkonstruovat testovou metodu, která postihne více klinických jednotek najednou s minimálními časovými a finančními nároky. Administrace IAPI trvá relativně krátkou dobu, přibližně do 30 minut. Jedinec odpovídá na 129 položek pomocí čtyřbodové Likertovy škály.

IAPI je však americký psychodiagnostický nástroj a z toho důvodu je nezbytné, aby jeho česká verze prošla komplexním procesem standardizace, při kterém budou zjištěny jeho psychometrické vlastnosti. Jednoduše řečeno, je nutné provést validační a normativní studii. Tato práce si klade za cíl ověřit validitu české verze IAPI. Konkrétně bude zjišťována souběžná validita s MMPI-2 a vnitřní konzistence škál IAPI.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se skládá z 5 kapitol. V první kapitole je pozornost věnována charakteristice vybraných teorií osobnosti. Byly vybrány celkem tři teorie osobnosti s relevancí k osobnostnímu inventáři IAPI. Jelikož se tento inventář zaměřuje na diagnostiku poruch osobnosti, byly v následující kapitole poruchy osobnosti definovány v kontextu dvou významných klasifikačních systémů (MKN-10 a DSM-5). Ve třetí kapitole je zmíněn výzkum, který se zabývá psychodiagnostickými nástroji v České republice. V další kapitole je stručně popsán způsob měření osobnosti a jsou přiblíženy tři diagnostické metody, které jsou využívány v této oblasti. Závěrečná kapitola teoretické části je věnována samotnému IAPI, jeho vývoji, psychometrickým vlastnostem a popisu klinických a validačních škál.

Ve výzkumné části je uveden cíl, hypotézy a charakteristiky výzkumného vzorku. Dále je popsána výzkumná metoda a statistická analýza. V další kapitole jsou prezentovány výsledky, které jsou kriticky zhodnoceny v diskusi. Diskuse představuje závěrečnou část této práce.

1 Teoretická část

1.1 Teorie osobnosti s relevancí k inventáři IAPI

V psychologii neexistuje shoda na jediné uznávané teorii osobnosti. Nejednotnost v pojetí osobnosti není v psychologii výjimkou. Obdobně je tomu například u definice motivace, kognitivních funkcí nebo samotného předmětu psychologie. Důvodem existence řady teorií osobnosti je odlišné chápání a přístup ke zkoumání lidské osobnosti. Obecně je však osobnost chápána jako vnitřní organizace duševního života člověka (Nakonečný, 2009).

Hlavním cílem teorií osobnosti je popsat a vysvětlit vnitřní život jedince. Jinými slovy se zabývají motivy, strukturou, dynamikou a vývojem osobnosti. V této problematice se, stejně jako v dalších oblastech psychologie, objevuje otázka týkající se biologické a společensko-kulturní determinace. Mezi biologické determinanty osobnosti Nakonečný (2009) řadí evolučně formované programy chování, mechanismy učení, druhově specifickou stavbu a funkci nervové a hormonální soustavy a dědičnost. Za sociokulturní determinanty například pokládá kulturu a s ní související socializaci, rodinu a výchovu. Tyto determinanty formují osobnost na základě formování a osvojování očekávaných způsobů chování. Dále jsou teorie osobnosti významné pro pochopení a vysvětlení vzniku osobnostní patologie.

Každý základní směr v psychologii má svou teorii osobnosti, která zdůrazňuje jiné pojetí osobnosti. V psychoanalytické (Sigmund Freud) a analytické psychologii (Carl G. Jung) hraje ve zkoumání osobnosti významnou roli nevědomí. Alfred Adler, Karen Horneyová a Harry Stack Sullivan, zástupci neopsychoanalýzy, zdůrazňují ve svých teoriích i sociální kontext. Humanistický přístup k osobnosti (Carl R. Rogers, Abraham Maslow) vyzdvihuje roli „já“, které je považováno za aktivního činitele vývoje osobnosti. Behavioristé zdůrazňují úlohu chování, které napomáhá v plnění nároků života. Dalšími autory významných teorií osobnosti jsou například Viktor E. Frankl, Raymond B. Cattell nebo Gordon W. Allport (Drapela, 1998).

Výše zmíněné teorie jsou považovány za reprezentativní teorie osobnosti. Je však důležité zmínit, že teorií osobnosti existuje nepřehledné množství a není možné je všechny v této práci postihnout. V následujících kapitolách jsou blíže popsány teorie

osobnosti spadající do kognitivní a evoluční psychologie, které jsou v současné době trendem (Nakonečný, 2009) a lze je považovat za relevantní k tématu této práce.

1.1.1 Kognitivní teorie osobnosti

Aaron Beck je jedním z hlavních představitelů kognitivní terapie a je autorem kognitivní teorie osobnosti. Beck nejprve věnoval svou pozornost především depresivním pacientům. Dále svou teorii využil i při práci s dalšími duševními poruchami jako například úzkostná porucha, poruchy osobnosti, schizofrenie a také s pacienty se sebevražednými myšlenkami anebo se závislostí (A. T. Beck & Dozois, 2011).

Základem kognitivní teorie je předpoklad, že přežití a adaptace lidského jedince je podmíněna schopností zpracovávat informace, které přicházejí z prostředí. Dalším předpokladem je napojení emočního, motivačního a behaviorálního systému na kognitivní systém, který má za úkol zpracovávat informace (A. T. Beck & Dozois, 2011). Na přežití se dále podílí geneticky podmíněné strategie, které jsou aktivovány po zhodnocení situace. Tyto strategie mohou být adaptivního nebo maladaptivního charakteru a jsou aktivovány po vyhodnocení vzniklých okolností (A. T. Beck et al., 2015). Způsob vnímání a zhodnocení situace ovlivňuje následné chování a prožívání jedince. To znamená, že důvodem reakce jedince je především interpretace situace a ne situace samotná. Při interpretaci hrají důležitou roli tzv. automatické myšlenky, které mají hodnotící funkci. Tyto myšlenky se objevují samovolně a na velmi krátkou chvíli, což vede k tomu, že si je jedinec ne vždy uvědomuje. Automatické myšlenky vycházejí ze základních přesvědčení, které si o sobě jedinec během života vytvořil (J. Beck, 2011).

Konkrétní způsob, jakým jedinec zpracovává informace, vychází z tzv. schémat, která jsou považována za základní stavební kameny osobnosti (A. T. Beck et al., 2015). Kognitivní schéma je konstrukt skládající se z uspořádaných vzpomínek a informací, které tvoří jádrová přesvědčení o sobě a o druhých. Informace obsažené ve schématu se podílejí na kódování, zpracování a interpretaci podnětů (A. T. Beck & Dozois, 2011). Jednotlivá schémata jsou spojena se specifickou strategií chování, které v kognitivní psychologii představují osobnostní rysy. Tyto strategie jsou chápány jako navyklý vzorec chování, který je stereotypní a slouží jedinci k přežití, reprodukci a adaptaci. Některé strategie, například soutěživost, mohou být adaptivní a zároveň maladaptivní s ohledem na konkrétní situaci. Aby bylo možné považovat strategii za patologickou

a tvořila tak základ poruchy osobnosti, je nutné, aby byla nepružná, vtíravá a všeprostupující. Tato strategie je upevňována, pokud ostatní potenciálně adaptivní strategie nejsou dostatečně vyvinuty, aby usměrnily zahlcující patologickou strategii (A. T. Beck et al., 2015).

V kognitivní teorii je za základ psychopatologie považována aktivace dysfunkčních schémat, která se společně se čtyřmi systémy (emoční, motivační, behaviorální, fyziologický) podílí na individuální reakci na vzniklou situaci (A. T. Beck & Dozois, 2011). Dysfunkční kognitivní schéma je výsledkem vzájemného působení genetických predispozic, nežádoucího vlivu od ostatních lidí nebo kulturního prostředí a traumatických událostí (A. T. Beck et al., 2015). Základní vlastnosti dysfunkčního kognitivního schématu je maladaptivita a rigidita. Schéma vzniká v dětství, kdy se aktivně formují přesvědčení, jak o sobě samém tak o okolním světě. Jeho vznik ale automaticky nutně nemusí vést k jeho aktivaci. Může pouze představovat náchylnost v konkrétní oblasti, kterou představuje (A. T. Beck & Dozois, 2011).

Z hlediska kognitivního přístupu se s každou poruchou osobnosti váže typické pozorovatelné chování a souhrn přesvědčení a postojů. Na základě těchto dvou aspektů je možné sestavit charakteristický kognitivní profil poruchy osobnosti, který se skládá ze základního přesvědčení o sobě samém a o ostatních, kombinace podmíněného a imperativního přesvědčení a nedostatečně vyvinuté a nadměrně vyvinuté strategie chování. Například u narcistické poruchy osobnosti by kognitivní profil vypadal následovně. Jedinec se vidí jako výjimečná osoba s jedinečnými vlastnostmi, zároveň se ale obává o svůj vysoký status. Na ostatní nahlíží jako na podřazené a nedůležité a je přesvědčen, že všichni chtějí být jako on. Jeho dalšími přesvědčeními může být například to, že má dojem, že si zaslouží lepší zacházení a specifická pravidla, protože se cítí být speciálním. Také má neustálou potřebu být nejlepší v jakékoliv oblasti. Mezi nadměru vyvinuté způsoby chování patří například soutěživost, manipulace a využívání ostatních lidí a vyvyšování se a zveličování důležitosti vlastní osoby. Naopak nedostatečně rozvinutá bývá empatie a sociální reciprocita.

Základem kognitivní teorie osobnosti je tedy to, že osobnost lze popsat na základě individuálního kognitivního profilu, který udává způsob jednání v jednotlivých situacích (A. T. Beck et al., 2015).

1.1.2 Teorie osobnosti a jejích poruch Theodora Millona

Theodore Millon vycházel při formulaci své teorie osobnosti a jejích poruch nejprve z teorie biosociálního učení a poté se posunul k evoluční teorii (Preiss, 2003). V roce 1969 publikoval svou první teorii, ve které definoval tři protikladné dimenze. První dimenze subjekt-objekt (já-ostatní) představuje zdroj. Druhá dimenze potěšení-bolest poukazuje na podstatu a třetí dimenze aktivita-pasivita reprezentuje instrumentální chování (Widiger, 1999). Na základě těchto dimenzí definoval čtyři posilující strategie (odtažitost, závislost, nezávislost a ambivalenci), které mají aktivní nebo pasivní formu. Součástí tohoto modelu osobnosti je osm základních typů osobnosti a tři závažné typy. Mezi základní typy osobnosti Millon zařadil asociální, vyhýbavý, submisivní, společenský, narcistický, agresivní, přizpůsobivý a negativistický typ. Za závažné typy osobnosti považoval schizoidní, cykloidní a paranoidní (Strack, 1999). Výše zmíněné typy osobnosti mohou sloužit k popisu osobnosti, který spadá do pásma normality, ale také pro abnormální rysy osobnosti, protože Millon tvrdí, že mezi normalitou a abnormalitou není jasná dělicí čára. (Strack & Millon, 2007).

Millon v roce 1990 přepracoval svou teorii a využil při tom poznatky z evoluční teorie. Evoluční model osobnosti je založen na předpokladu, že evoluční principy jsou univerzální, a je postaven na čtyřech základních oblastech evolučního vývoje. Mezi tyto stádia Millon řadí existenci, adaptaci, replikaci a abstrakci (Widiger, 1999). V každém stádiu musí jedinec zvládnout vývojový úkol. Existence reprezentuje dvě strategie zachování a rozšíření života. Zachováním života se rozumí schopnost přežít a vyhledávat odměňující zkušenosti. Naopak rozšíření života představuje schopnost vyhnout se ohrožujícím a nebezpečným situacím. Vývojový úkol v tomto stádiu je rozvoj důvěry k ostatním. Adaptace zahrnuje dva způsoby přizpůsobování: přizpůsobování prostředí sobě tzv. akomodace a přizpůsobování se prostředí. Ve stádiu adaptace jedinec získává adaptivní jistotu. Replikace představuje dva protipóly: zaměření se na sebe a zaměření se na druhé, což v kontextu evoluce lze chápat jako péči o další generace a upřednostnění vlastního rozvoje. V tomto stádiu má jedinec za úkol přizpůsobit se sexuálním rolím. Abstrakce reprezentuje schopnost usuzování (myšlení) a prožitkovou vyrovnanost (cítění). V období abstrakce má jedinec dosáhnout vyrovnanosti mezi myšlením a cítěním (Praško, 2009).

Tyto oblasti vývoje korespondují s dimenzemi z původní biosociální teorie učení. Stádiu existence odpovídá dimenze potěšení-bolest. Oblast adaptace se shoduje

s dimenzí aktivita-pasivita. A období replikace koresponduje s dimenzí subjekt-objekt. K fázi abstrakce byla přiřazena nová dimenze myšlení-cítění (Widiger, 1999).

Millon nesouhlasí s klasickou psychiatrickou klasifikací poruch osobnosti do kategorií, které jsou jasně ohraničené, protože i v rámci jedné kategorie jsou značné rozdíly. Osobnost vidí jako charakteristický způsob adaptace, kterým jedinec reaguje na změny v prostředí. V jeho pojetí poruchy osobnosti představují maladaptivní způsoby chování, které jsou nedostatečné nebo konfliktní ve vyrovnání se s měnícím se prostředím. V knize *Personality Disorders*, kterou Millon vydal v roce 1996, jsou popsány základní principy přístupu k poruchám osobnosti:

1. Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
2. Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne vnitřně homogenní jednotky.
3. Poruchy osobnosti jsou dynamické, ne statické systémy, neživé nálepky.
4. Osobnost sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni dat.
5. Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. Osobnostní patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně rozložená do celého systému.
7. Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována v již samém modelu poruch osobnosti.
8. Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne diagnostikovány definitivně.
9. Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinační způsoby taktické intervence (Millon & Davis, 1996 in Praško, 2009, s. 77).

Jinými slovy poruchy osobnosti reprezentují konflikt, nedostatek nebo přílišnou investici v jedné ze základních polarit evoluční adaptace. Millon navrhuje patnáct prototypů osobnosti, které jsou rozděleny do čtyř podskupin na základě konkrétní polarit, která tvoří základ adaptačního problému (Pincus & Krueger, 2015).

Na základě této teorie Millon vytvořil inventář nazvaný Millonův klinický víceosý dotazník (MCMI), který je blíže popsán v kapitole Měření osobnosti.

1.1.3 Cloningerova teorie osobnosti

C. Cloninger při formulaci své teorie osobnosti zohlednil biologické i sociální determinanty osobnosti. Jeho psychobiologický model osobnosti vychází především z neurobiologických poznatků. Dalším zdrojem informací byly studie, kterých se zúčastnila dvojčata. Dva významné termíny v Cloningerovo teorii jsou charakter a temperament, jejichž psychobiologické dimenze slouží k popisu tzv. sedmidimenzionálního modelu osobnosti. Podle Cloningera se osobnost skládá ze čtyř temperamentových dimenzí a tří charakterových dimenzí, které jsou měřitelné a je možné díky nim pozorovat individuální rozdíly mezi jedinci (Cloninger, 1993). K měření těchto dimenzí zkonstruoval Inventář temperamentu a charakteru (TCI), který měří jednotlivé charakteristiky osobnosti a rozlišuje mezi nízkými a vysokými skóry v dimenzích charakteru a temperamentu (Cloninger, 2000).

Původní model osobnosti popisoval pouze čtyři dimenze temperamentu, které Cloninger považoval za vrozené, automatické reakce na podněty. Projevy patřící k jednotlivým dimenzím je možné pozorovat již v raném dětství. První dimenze je nazývána vyhledávání nového a zahrnuje vrozenou tendenci aktivace nebo iniciace chování, které vede k explorační aktivitě. Pro tuto dimenzi je typické impulzivní rozhodování, snaha vyhnout se frustraci a extravagantní odpověď na nové podněty. Druhá dimenze, vyhýbání se nebezpečí, je charakterizována inhibicí nebo zanechání chování, které má za následek anticipační úzkost, prožívání nejistoty anebo strach z neznámých lidí. Závislost na odměně představuje třetí dimenzi temperamentu, která udržuje chování, které vede k potřebě sociálních vazeb, uznání a sentimentu. Čtvrtá dimenze temperamentu, která byla přidána do modelu jako poslední, je odolnost (perzistence) vůči frustraci a vyčerpání.

Posléze byly do modelu přidány tři dimenze charakteru, které úzce souvisí se způsobem sebepojetí jedince, které určuje, jestli jedinec sám sebe považuje za autonomního jedince, nedílnou součást lidstva anebo nedílnou součást vesmíru. Každá dimenze charakteru odpovídá konkrétnímu konceptu sebepojetí. První dimenzi charakteru lze považovat za ukazatele přítomnosti poruchy osobnosti, a proto má značný klinický význam. Jedná se o sebeovládání, které je spojováno se silou vůle, vedoucí k jedincově schopnosti sám sebe kontrolovat, regulovat své chování a přizpůsobovat své jednání konkrétní situaci. Jinými slovy se jedná o schopnost jedince jednat na základě svých hodnot a cílů. Druhá dimenze představuje schopnost spolupráce, která se vyznačuje empatií a citlivostí vůči ostatním, sociální tolerancí

a zájmem pomáhat druhým. Nízký zájem o kooperaci se pojí se všemi kategoriemi poruch osobnosti (Cloninger, 1993). Třetí dimenzí charakteru je sebetranscendence. Vysoká míra sebetranscendence je spojována s duchovním naplněním a vlastnostmi jako je skromnost, trpělivost a tvořivost (Praško, 2009).

Na základě dimenzí charakteru byly definovány také typy charakteru, které odpovídají jednotlivým kombinacím vysokých a nízkých skóre v oblasti sebeovládání, spolupráce a sebetranscendence. Mezi těchto osm typů se řadí melancholický, schizotypální, závislý, autokratický, tvořivý, organizovaný, fanatický a cyklotymní charakter (Praško, 2009).

Cloninger (2000) kritizuje současný způsob klasifikace poruch osobnosti, který je založený na jasně definovaných kategoriích a jejich specifických symptomech. Kategoriální přístup pouze popisuje charakteristiky kombinací výrazných rysů osobnosti. Problémem jsou převážně překrývající se příznaky jednotlivých poruch osobnosti. Za základní znaky poruch osobnosti považuje Cloninger nízké sebeovládání, nízkou spolupráci, nízkou emoční stabilitu a nízkou sebetranscendenci. Tyto jádrové znaky odpovídají obecnému popisu poruch osobnosti v Diagnostickém statistickém manuálu duševních poruch, čtvrté revize (DSM-IV). Pod nízkým sebeovládáním se rozumí nezodpovědnost, bezmocnost, bezúčelnost a neschopnost přijetí samu sebe a kontroly impulzů. Nízká kooperace představuje hostilitu, nesnášenlivost, narcismus, oportunistus a touhu po pomstě. Pro nízkou emoční stabilitu je charakteristická úzkostnost, podrážděnost, závistivost, nenávisť a zahořklost. A pod nízkou sebetranscendenci spadá nestabilní sebeobraz, magické myšlení, pocity prázdnoty, neschopnost prožívat krásu a přesvědčení, že svět je chaotický a nepředvídatelný. Míru závažnosti poruchy lze určit podle počtu přítomných hlavních znaků. Mírná porucha osobnosti odpovídá minimálně dvěma znakům, závažnější odpovídá třem znakům a vážná porucha všem čtyřem.

Ke kategorizaci poruch osobnosti Cloninger využil dimenze temperamentu: vyhledávání nového (znuděnost, impulzivita, vznětlivost, extravagantnost, chaotičnost), vyhýbání se nebezpečí (pesimismus, ustrašenost, stydlivost, úzkostnost, vyčerpanost) a závislost na odměně (společenskost, závislost, soucit, citlivost, sentiment). Každá jednotlivá porucha osobnosti má charakteristickou kombinaci nízkých nebo vysokých skóre v dimenzích temperamentu. Pro antisociální poruchu osobnosti je charakteristické vysoké skóre v dimenzi hledání nového a nízké skóre v dimenzích vyhýbání se nebezpečí a závislosti na odměně. Histrionská porucha osobnosti se vyznačuje vysokou

závislostí na odměně a vyhledáváním nového a nízkému vyhýbání se nebezpečí. Vysoké skóry ve všech třech dimenzích jsou typické pro pasivně agresivní poruchu osobnosti. Naopak veškeré nízké skóry jsou charakteristické pro schizoidní poruchu osobnosti. Hraniční porucha osobnosti se projevuje nízkou závislostí na odměně a zároveň zvýšeným vyhýbáním se nebezpečí a vyhledáváním nového. Obsedantní porucha osobnosti má nízké skóry v dimenzích závislost na odměně a vyhledávání nového a vysoké ve vyhýbání se nebezpečí. Vysokým skóre pro závislost na odměně a nízkými pro vyhledání nového a vyhýbání se nebezpečí se vyznačuje netečná porucha osobnosti. Nízké skóre v dimenzi vyhledávání nového, vysoké v dimenzi vyhýbání se nebezpečí a závislosti na odměně, má vyhýbavá porucha osobnosti (Cloninger, 2000).

Podle Cloningera mají adaptivní a maladaptivní rysy osobnosti stejný genetický podklad a z toho důvodu mají tradiční patologické a výrazně vystupňované běžné osobnostní rysy úzkou spojitost. Výjimku tvoří pouze schizotypní a paranoidní rysy, které postrádají svou adaptivní variantu (Cloninger, 1987).

1.2 Klasifikační systémy

Klasifikační systémy jsou vytvářeny za účelem shrnutí všech vědomostí a zkušeností v daném oboru. Tyto znalosti jsou zobecněny a na základě konvence je z nich vytvořen systematický soubor poznatků, který je nazýván klasifikační systém (Dušek & Večerková-Procházková, 2012). V psychiatrii klasifikační systémy zahrnují ucelené poznatky o duševních poruchách a obsahují instrukce ke správné diagnostice onemocnění. Využívání klasifikačních systémů usnadňuje komunikaci nejen mezi odborníky, ale i například mezi zdravotními pojišťovnami, farmaceutickými společnostmi anebo právním systémem (Cooper, 2014). Mezi nejznámější a nejčastěji používané diagnostické manuály v psychiatrii a psychologii patří Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a DSM. K jejich alternativám lze zařadit například Psychodynamickou diagnostickou příručku (PDM) anebo Person-centered Integrative Diagnosis (PID) (Cooper, 2014).

1.2.1 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN)

V roce 1948 Světová zdravotnická organizace (WHO) publikovala původní Mezinárodní statistickou klasifikaci, která prošla několika revizemi (Dušek & Večerková-Procházková, 2012). V době psaní této práce byla nejnovější revize MKN-10, proto je zde v textu vycházeno primárně z této verze, nicméně recentně byla vydána jedenáctá revize. MKN je využívána v evropských zemích a dalších zemích světa, ze kterých tvoří výjimku Spojené státy americké, kde se užívá DSM. MKN na rozdíl od DSM postihuje nejenom psychické poruchy, ale i další somatická onemocnění (Dušek & Večerková-Procházková, 2012).

V MKN-10 jsou poruchy osobnosti k nalezení pod souhrnnou kategorií mající název Poruchy osobnosti a chování u dospělých označenou kódem F60-F69. MKN-10 definuje poruchu osobnosti jako:

... hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm

subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu (Světová zdravotnická organizace, 2019, s. 234).

Poruchy osobnosti jsou rozděleny do tří základních diagnostických skupin: specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti a trvalé změny osobnosti. Specifické poruchy osobnosti jsou charakterizovány narušením v oblasti charakteru a chování, které zasahují do více složek osobnosti. Do této diagnostické kategorie spadá paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní, závislá porucha osobnosti, jiné specifické poruchy osobnosti a porucha osobnosti NS (Světová zdravotnická organizace, 2019).

V MKN-11 bude zaveden dimenzionální způsob diagnostiky poruch osobnosti. Tento nový přístup je založen na zhodnocení závažnosti narušení osobnosti. K určení míry závažnosti poruchy osobnosti budou sloužit čtyři stupně: osobnostní potíže, mírná, střední a těžká. Dalším novým prvkem v MKN-11 jsou kvalifikátory osobnostních rysů, které slouží k upřesnění stanovené diagnózy. Mezi pět základních kvalifikátorů patří negativní afektivita, odtaživost, disocialita, deinhibice a anankastie. Kvalifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení je jediný specifický kvalifikátor, který je možné použít, pouze pokud se u pacienta vyskytuje alespoň pět z devíti diagnostických kritérií pro hraniční poruchu osobnosti, které vycházejí z DSM-5 (Riegel et al., 2020).

1.2.2 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM)

Ve Spojených státech amerických se v současnosti používá DSM-5, který byl publikován Americkou psychiatrickou společností. Pátá revize DSM byla zveřejněna v roce 2013. Na rozdíl od MKN-10 se DSM-5 zaměřuje pouze na duševní onemocnění. Dalším rozdílem jsou jasně definované symptomy jednotlivých poruch. Aby mohla být stanovena diagnóza, je nutné, aby byl přítomen určitý počet symptomů, pro které je i stanovena minimální délka trvání (Cooper, 2014).

Vzhledem k tomu, že IAPI je původně americký diagnostický nástroj zaměřený na diagnostiku poruch osobnosti, vycházejí jeho klinické škály právě z DSM-5. Obecné diagnostické znaky pro poruchy osobnosti jsou v DSM-5 popsány takto:

... Základní součástí poruchy osobnosti je trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, které se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince a projevuje se nejméně ve dvou z následujících oblastí, jimiž jsou

kognice, efektivita, mezilidské vztahy a kontrola impulzů (kritérium A). Tento trvalý vzorec je neflexibilní a pervazivní napříč širokou škálou osobních a sociálních situací (kritérium B) a vede ke klinicky významné nepohodě nebo funkčnímu narušení v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti (kritérium C). Vzorec je stabilní a dlouhodobý a jeho počátek lze vysledovat již v době dospívání nebo rané dospělosti (kritérium D). Tento vzorec nelze lépe objasnit coby jev nebo důsledek jiné duševní poruchy (kritérium E), nelze ho přičíst fyziologickým účinkům nějaké látky (např. drog, léků, toxické vztahy) ani jinému somatickému onemocnění (např. úraz hlavy, kritérium F) ... (American Psychiatric Association, 2015, s. 679).

Z výše zmíněné definice poruch osobnosti vyplývá, že se jedná o mimořádně vystupňované osobnostní rysy, které mají za následek rigidní chování a prožívání jedince. Jednotlivé poruchy osobnosti jsou charakteristické jádrovým osobnostním přesvědčením, podle kterého je možné je rozdělit do tří skupin, které jsou v DSM-5 nazývány trsy. Trs A zahrnuje paranoidní, schizoidní a schizotypní poruchu osobnosti sdílející podivínství a excentričnost jako jádro osobnostních rysů. Do trsu B spadají histrionská, narcistická, hraniční a antisociální porucha osobnosti, které jsou charakterizovány osobnostními rysy dramatickosti a emoční lability. Trs C zahrnuje vyhubavou, závislou, kompulzivní a pasivně agresivní poruchu osobnosti a jádrem jejich osobnostních rysů je ustrašenost a úzkostnost (Riegel et al., 2020).

1.3 Psychodiagnostické nástroje v České republice

K posouzení současného stavu psychologické diagnostiky v České republice nejsou aktuálně dostupné žádné studie. Na toto téma bylo však publikováno několik prací staršího data, ze kterých lze vyvozovat alespoň na dlouhodobější trendy. Historicky se tomuto tématu věnovali především profesori Mojmir Svoboda a Tomáš Urbánek. Oba tito autoři publikovali své práce v rozmezích let 2001-2013 a lze z nich tedy usuzovat alespoň nastavení v posledních 15-20 letech.

Profesor Mojmir Svoboda a kolektiv realizoval v roce 2004 rozsáhlý výzkum mapující psychodiagnostické metody používané v České republice. V rámci výzkumného šetření byl respondentům rozdán dotazník tazající se na způsob a kontext užívání diagnostických metod, jejich formu a psychometrické vlastnosti. Soubor respondentů sestával z 316 psychologů ve věku od 22 do 76 let. Respondenti působili v klinické psychologii (43,7 %), poradenské psychologii (34,8 %), manažerské psychologii (14,6 %) a v psychologii v ozbrojených složkách (10,1 %) (Svoboda et al., 2004).

V letech, kdy probíhal sběr dat (2002-2003) patřily k nejpoužívanějším metodám výkonové testy, poté dotazníky, projektivní metody a nejméně používané byly posuzovací škály. Z výsledků vyplynulo, že nejčastěji diagnostikovanými poruchami byly poruchy intelektu, osobnosti a paměti. Tomu odpovídá i pořadí nejpoužívanějších metod. Do první trojice nejvíce používaných diagnostických nástrojů se zařadily testy inteligence. Konkrétně Ravenovy progresivní matrice (RPM), Amthauerův test struktury inteligence (IST) a Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (WAIS). Z oblasti osobnosti se na nejvyšší příčky zařadily Rorschachův test (ROR), Kresba postavy a Eysenckův dotazník (EPI). K posouzení patologie byly vysoce hodnoceny Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI), Beckova škála deprese a Škála zjevné úzkosti pro děti (CMAS). Pro zhodnocení kognitivních funkcí respondenti vysoce hodnotili Wechslerovu škálu paměti (WMS), Číselný čtverec a Zkoušku laterality.

Tato studie také poskytla přehled toho, co je dle respondentů třeba v oblasti nejvíce zlepšit. Respondenti referovali o potřebě revize metod a možnosti vzdělávat se v této problematice. Dále vyjádřili potřebu doplnit současnou nabídku o nové metody ze zahraničí, aktualizovat stávající diagnostické nástroje a rozšířit je o počítačové verze.

Jako další nedostatek české psychodiagnostiky uvedli respondenti finanční nedostupnost diagnostických nástrojů.

Pokud se podíváme na závěry prací psychologů věnující se psychometrice, vyplývá z nich řada zjištění, která z průzkumu založených na uživatelích testů nemusí být tak patrná. Například se ukazuje, že řada psychodiagnostických metod používaných v České republice neodpovídá běžným standardům platným pro psychologické metody a to zejména z důvodů chybějících informací o dvou základních standardech, tedy validitě a reliabilitě (Urbánek, 2010). Dalším nedostatkem je využívání norem, které jsou zastaralé anebo nejsou dělané na české populaci. U některých metod dokonce české normy zcela chybí (Urbánek, 2013). Obecně tedy lze říci, že se používají testy, jež nejsou standardizované a postrádají buď část anebo všechny komponenty standardizace. Například Urbánek (2011) chápe standardizaci ve třech různých významech. Standardizace I zahrnuje detailní popis metody a testového materiálu a informace o způsobu administrace a interpretace výsledků. Standardizace II se zaměřuje na tvorbu norem, které uvádí, jakých výsledků dosahují jedinci v jasně vymezených skupinách. Standardizace III se zabývá všemi charakteristikami, které by psychodiagnostická metoda měla mít. Mezi tyto charakteristiky se řadí normy a objektivita, reliabilita a validita metody. První dvě definice pojmu standardizace jsou nedostatečné. Z toho důvodu nelze považovat metodu, která prošla pouze standardizací I nebo II, za standardizovanou.

S těmito problémy se však nepotýká pouze Česká republika, ale také ostatní země (Urbánek, 2013) a jako reakce na to byla provedena řada kroků, například vznik Panelu pro psychodiagnostiku (Board of Assessment) (Urbánek, 2010).

Z výsledků studií věnujících se mapování stavu české psychodiagnostiky vyplývá, že zásadním nedostatkem je využívání diagnostických nástrojů, u kterých nejsou k dispozici data o jejich psychometrických vlastnostech. Dále autoři studií konstatují, že pro použití konkrétní metody nejsou rozhodující psychometrické vlastnosti testu, ale jeho zaměření, přehlednost a nenáročná administrace nebo interpretace (Svoboda et al., 2004). IAPI by v tomto ohledu mohlo být vhodnou alternativou k metodám, které se k měření osobnosti v České republice využívají. Jedná se o stručný osobnostní inventář, který není časově náročný, je finančně dostupný a v současnosti probíhá studie, která si klade za cíl ověřit psychometrické vlastnosti české verze nového inventáře.

1.4 Měření osobnosti

Po dobu existence psychologie jako vědy byla vyvinuta řada metod k postižení různých psychických fenoménů a chování jako například emocí, sociálních, behaviorálních anebo kognitivních funkcí. Vzhledem k charakteru této práce v této kapitole bude věnována pozornost skupině testů na měření osobnosti, jejichž specifíkem je zaměření se na popis způsobu myšlení, prožívání a chování, který je pro každého jedince jedinečný. To znamená, že měření osobnosti se soustředí na charakteristické rysy a strukturu osobnosti (Hersen, 2004).

Diagnostické metody zaměřené na osobnost lze rozdělit do dvou základních skupin. První skupinou jsou projektivní testy, které jsou založeny na možnosti reagovat na testový materiál nestrukturovaným způsobem. Druhou skupinou jsou objektivní testy, při jejichž administraci jedinec jednoduše určitým způsobem odpovídá na předem dané otázky týkající se jeho osoby (Archer & Smith, 2008).

Historie měření osobnosti sahá přes sto let zpátky, kdy byl zkonstruován první standardizovaný osobnostní inventář. V roce 1917 Robert Woodworth vytvořil Woodworth Personal Data Sheet (WPDS) sloužící k posouzení emoční stability vojáků a jejich tendence k nervovému zhroucení během extrémních situací. WPDS byl citlivý na identifikaci jedinců, u kterých bylo zvýšené riziko tzv. válečné neurózy (shell shock).

Dalšími ranými významnými metodami, které ovlivnily přístup k měření osobnosti, byly multifázové inventáře Bernreuter Personality Inventory (BPI) a Humm-Wadsworth Temperament Scale (HWTS). Autorem BPI byl Robert Bernreuter. BPI obsahoval sto dvacet pět položek, které posuzovaly čtyři základní oblasti: neurotickou tendenci, soběstačnost, introverzi-extroverzi a dominanci-submitivitu. Na položky bylo možné odpovídat ano/ne.

HWTS byl původně sestrojen k testování problematických zaměstnanců. Jeho autory byli Guy Wadsworth a Doncaster Humm, kteří při konstrukci testu vycházeli z teorie osobnosti Aaron Rosanoffa. Rosanoff vycházel z předpokladu, že osobnost je možné rozložit na čtyři základní abnormální rysy, které se u každého jedince vyskytují v různé intenzitě. Mezi tyto abnormální rysy zařadil rys antisociální, cyklotymní, autistický a epileptický. HWRS i BPI po svém vydání patřily k velmi oblíbeným diagnostickým metodám, ale trpěly psychometrickými nedostatky (Gibby & Zickar, 2008).

V dalších letech došlo k velkému vývoji v této oblasti a bylo vydáno nepřehledné množství nových metod postihující osobnost. Nejvíce relevantní k této práci a současně nejvíce používané metody jsou detailněji popsány v následujících kapitolách.

1.4.1 Minnesotský multifázový osobnostní inventář (MMPI)

V roce 1940 byl publikován MMPI, jehož autory byli S. R. Hathaway a J. C. Kinley (Netík, 2002). Tento multifázový osobnostní inventář byl vytvořen se záměrem detekovat psychopatologické projevy, což ho odlišovalo od dvou výše zmíněných inventářů (BPI, HWTS), které cílily na hodnocení přizpůsobení zdravých jedinců (Gibby & Zickar, 2008). Hathaway a Kinley vyšetřili dohromady 800 psychiatricky nemocných jedinců a 700 zdravých jedinců a na základě výsledků těchto vyšetření sestavili škály, pomocí kterých je možné měřit osobnostní rysy. MMPI byl tvořen čtyřmi validačními škálami a devíti klinickými škálami. Mezi validační škály patří otazníková škála, L škála, F škála a K škála. Mezi klinické škály se řadí škála hypochondrie, škála deprese, škála hysterie, škála psychopatie, škála maskulinita-feminita, škála paranoidita, škála psychastenie, škála schizofrenie a škála mánie. MMPI byl tvořen 550 položkami (Svoboda, 2010).

MMPI byl kritizován kvůli nevyhovujícím psychometrickým vlastnostem, a proto bylo nutné uvažovat o restandardizaci metody (Edwards et al., 1993). Z toho důvodu se J. Butcher a kolektiv v roce 1989 rozhodli vypracovat revizi MMPI-2 (Netík, 2002).

Konkrétní důvody pro vznik nové revize bylo například to, že od vydání MMPI uběhlo téměř padesát let a společnost za tu dobu prošla značným historickým i kulturním vývojem. Některé původní položky obsahovaly archaismy, historismy a gramatické chyby nebo by mohly být vykládány sexisticky. Proto byly tyto položky v MMPI-2 přeformulovány nebo úplně vyřazeny a přidány byly položky postihující oblasti psychopatologie, na které se původní verze nezaměřovala. Dalším důvodem k revizi byla kritika normativního vzorku, který nebyl variabilní a neodpovídal demografickému rozložení obyvatel ve Spojených státech. Autoři revidované verze na tento nedostatek reagovali, tím že do nového normativního souboru zařadili respondenty z různých států ve věku od 18 do 85 let. Zohlednili při tom také zastoupení mužského a ženského pohlaví i etnických skupin (Butcher, 2009).

Další významnou změnou v MMPI-2 bylo zavedení uniformního T skóru namísto lineárního T skóru (Archer & Smith, 2008). Důsledkem této změny byla

možnost porovnat výsledné skóry jednotlivých škál mezi sebou. Uniformní T skór s průměrem padesát a směrodatnou odchylkou deset odpovídá stejnému percentilu na všech škálách. Při závěrečném vyhodnocování inventáře se hrubé skóry převedou na T skóry. Pokud je výsledná hodnota T skóru vyšší než šedesát pět, je považována za vysokou. Naopak pokud výsledná hodnota T skóru je nižší než čtyřicet, je považována za nízkou (Strauss et al., 2006).

MMPI-2, v současnosti nejpoužívanější psychodiagnostická metoda na měření osobnosti, má 567 položek, na které se odpovídá ano/ne (Archer & Smith, 2008). Test je možné zadat jedincům od 18 do 90 let a jeho administrace trvá jednu až dvě hodiny (Strauss et al., 2006). MMPI-2 nachází uplatnění v různorodých oblastech. Je využíván v psychologické klinické praxi, ve zdravotnictví, forenzní psychologii, ve vězeňském prostředí anebo k personálním účelům (Archer & Smith, 2008).

MMPI-2 se celkově skládá ze 123 škál. Za základní škály se považuje pouze deset klinických škál a čtyři validační škály (Čurdová & Pourová, 2019). Mezi klinické škály spadá Škála 1 (hypochondrie), Škála 2 (deprese), Škála 3 (hysterie), Škála 4 (psychopatická odchylka), Škála 5 (maskulinita-feminita), Škála 6 (paranoia), Škála 7 (psychastenie), Škála 8 (schizofrenie), Škála 9 (hypomanie), Škála 0 (sociální introverze). Klinické škály nelze používat samostatně k diagnostice konkrétního syndromu, ale interpretují se na základně přiděleného významu (Butcher, 2009).

Standardní validační škály, které byly převzaty z MMPI, jsou Nemohu říct škála, F škála (málo frekventované odpovědi), Lži škála, a K škála (míra defenzivity) Do MMPI-2 bylo přidáno dalších pět validačních škál: VRIN škála (inkonzistence variabilních odpovědí), TRIN škála (inkonzistence souhlasných odpovědí), Fb škála (málo frekventované odpovědi), Fp škála (vzácnost – psychopatologie) a S škála (mimořádně pozitivní sebe prezentace) (Netík, 2002). Validační škály zachycují záměr respondenta úmyslně odpovídat na položky takovým způsobem, aby výsledky byly zkreslené (Butcher, 2009).

MMPI-2 je časově náročný diagnostický nástroj, který klade nejen časový nárok na administraci i interpretaci, a z toho důvodu není příliš vhodný do rutinní klinické praxe jako je tomu naopak v případě zde prezentovaného inventáře IAPI (Poreh & Levin, 2019).

1.4.2 Personality Assessment Inventory (PAI)

Dalším často používaným sebeposuzovacím inventářem je Personality Assessment Inventory (PAI), jehož autorem je L. Morey. Inventář je zaměřen na měření osobnosti, psychopatologie a psycho-sociálního prostředí a je možné ho administrovat u jedinců nad 18 let. PAI sestává z 344 položek (Morey, 2015). Na položky je možné odpovědět pomocí čtyřbodové Likertovy škály bez možnosti neutrální odpovědi. Tento způsob odpovědi na položku umožňuje zaznamenat proměnlivou intenzitu symptomů (Stover et al., 2015). Každé odpovědi je přiděleno skóre dosahující maximálně 3 bodů na základě intenzity obsahu položky (Hersen, 2004). Výsledné skóre je složeno ze součtu skóreů jednotlivých odpovědí (Morey, 2015). V následujícím kroku jsou hrubé skóre převedeny na lineární T skór, který odpovídá určitému percentilu (Strauss et al., 2006).

PAI obsahuje celkově dvacet dva nepřekrývajících se škál, z toho deset z nich zahrnují další subškály. Mezi základní škály se řadí čtyři validační škály, jedenáct klinických škál, pět škál zvažující léčbu a dvě interpersonální škály (Archer & Smith, 2008). Validace škály detekují náhodné odpovědi i úmyslné odpovědi vedoucí ke zkreslenému výsledku (Morey, 2015). Jedná se o škály INF (málo frekventované odpovědi), ICN (inkonzistence), NIM (negativní dojem) a PIM (pozitivní dojem). Klinické škály se zaměřují na základní oblasti psychopatologie vycházející z DSM-4. Neurotické spektrum postihují škály SOM (somatické stesky), ANX (úzkost), ARD (poruchy související s úzkostí) a DEP (deprese). Psychotické spektrum měří škály MAN (mánie), PAR (parania), SCZ (schizofrenie). Na poruchy chování a problémy s impulzivitou se zaměřují škály BOR (hraniční rysy), ANT (antisociální rysy), ALC (problémy s alkoholem), DRG (problémy s drogami) (Strauss et al., 2006). Interpersonální škály, DOM (dominance) a WRM (vřelost) posuzují dva interpersonální styly na základě dvou rozměrů. První rozměr je přijetí-odmítnutí a druhý je dominance-submisivita (Archer & Smith, 2008). Škály zvažující léčbu poukazují na možné obtíže, které během léčby mohou nastat. Do této skupiny škál se řadí AGG škála (agrese), SUI škála (suicidální myšlenky), STR škála (stres), NON (absence podpory) a RXR škála (odmítnutí léčby) (Morey, 2015).

PAI nachází uplatnění ve forenzní, klinické a personální psychologii (Slavin-Mulford et al., 2012). Důvodem, proč je PAI často využíván ve forenzní psychologii, je, že postihuje mimo jiné také tendenci být nebezpečný sám sobě a ostatním a možnost výskytu problémů s disciplínou během výkonu trestu (Sinclair et al., 2010). PAI je

určen k použití v klinickém prostředí k posouzení patologických rysů osobnosti a z toho důvodu není žádoucí ho administrovat zdravým jedincům (Hersen, 2004).

1.4.3 Millonův klinický víceosý dotazník (MCMI)

MCMI-III je inventářem Theodora Millona. Inventář vychází z autorovo teorie osobnosti, která je blíže popsána v první kapitole této práce. Skládá se ze 175 položek, na které je možné odpovědět výběrem ze dvou možností: ano a ne (Strack & Millon, 2007). Některé položky se záměrně překrývají a společně sytí dvacet škál (Wetzler, 1990). Mezi tyto škály se řadí jedenáct klinických škál, tři škály závažné osobnostní patologie, sedm škál klinických syndromů a tři škály závažných klinických syndromů. Klinické škály, tzv. škály poruch osobnosti, postihují schizoidní, vyhýbavé, depresivní, závislé, histrionské, narcistické, antisociální, agresivní (sadistické), kompulzivní, pasivně agresivní (negativistické) a masochistické osobnostní rysy. Škály závažné osobnostní patologie hodnotí schizotypální, hraniční a paranoidní rysy. Škály klinických syndromů vyhodnocují úzkost, somatoformní a bipolární (manické) příznaky, dystimii, závislost na alkoholu a drogách a posttraumatickou stresovou poruchu. Škály závažných klinických syndromů jsou zaměřeny na poruchy myšlení, depresivní epizodu (major depression) a na psychózu (delusional disorder) (Millon & Davis, 1997). Rozdíl mezi škálami klinických syndromů a klinickými škálami je v aktuálnosti měřených příznaků. Škály klinických syndromů měří dlouhodobé rysy osobnosti a klinické škály se naopak zaměřují na znaky aktuálního stavu jedince (Wetzler, 1990). Dále MCMI-III obsahuje čtyři validační škály nazvané modifikační indexy. Význam těchto modifikačních indexů v MCMI-III je měnit skóry jednotlivých škál na základě významnosti jejich hodnot (Archer & Smith, 2008).

MCMI-III se odlišuje od MMPI-2 a PAI tím, že by se neměl využívat mimo klinické prostředí, protože je specializovaný na diagnostiku poruch osobnosti. Inventář je vhodný pro dospělé jedince ve věznicích, forenzní praxi a ve specializovaných zařízeních poskytujících léčbu zaměřenou na duševní poruchy (Archer & Smith, 2008).

1.5 Mezinárodní inventář adaptace osobnosti (IAPI)

IAPI, původně Cleveland Adaptive Psychopathology Inventory (CAPI), je nový multidimenzionální osobnostní inventář, který se zaměřuje na diagnostiku poruch osobnosti. Tento inventář byl sestaven s cílem postihnout více klinických jednotek najednou s minimálními časovými nároky a to zároveň bez významných finančních nákladů spojených s jeho pořízením (Poreh & Levin, 2019).

1.5.1 Vývoj

První experimentální verze inventáře byla vytvořena z již existujících otázek, které byly použity v jiných metodách. Celkový počet položek této verze byl 412 a odpovídalo se na ně ano/ne (souhlasím, nesouhlasím). Tato experimentální verze byla administrována 63 vysokoškolským studentům.

Ve druhé verzi dotazníku byly odstraněny položky, které nebyly vhodně formulovány anebo obsahovaly dvojité záporny. Po jejich odstranění zbylo 330 položek. Původní binární formu typu souhlasím/nesouhlasím autoři nahradili za čtyř bodovou Likertovu škálu (nesouhlasím, spíše nesouhlasím, spíše souhlasím, souhlasím). Tato nová verze byla následně administrována 191 vysokoškolským studentům a byly vyhodnoceny její psychometrické vlastnosti.

Třetí verze IAPI obsahovala 179 položek. Způsob odpovídání na položky zůstal stejný jako v předchozí verzi. Nábor respondentů a administrace této verze probíhal online. Vzorek respondentů se skládal z dobrovolníků, kteří byli zaregistrováni na webové stránce ResearchMatch.org. Tato webová stránka slouží jako registr klinického výzkumu a je využívána k náboru dobrovolníků. Původní počet dobrovolníků, kteří potvrdili účast ve výzkumu, byl přibližně 8000. Finální počet respondentů byl poloviční. To znamená, že se dohromady do studie zapojilo 4000 dobrovolníků.

Po analýze výše uvedených dat bylo pro finální verzi vybráno 118 položek s formátem odpovědí na čtyřbodové Likertově škále. Tyto položky tvoří čtrnáct škál, z nichž je deset klinických, jedna abusus návykových látek a tři validační (Poreh & Levin, 2019).

1.5.2 Klinické a validační škály

IAPI je tvořen celkem čtrnácti klinickými a validačními škálami. Mezi tyto škály patří šest škál osobnostních rysů, tři škály nálady, jedna somatizační škála, jedna škála zneužívání návykových látek a tři validační škály (Poreh & Levin, 2019). Protože se jedná o původně americkou testovou metodu, škály vycházejí z DSM-5.

Škála Paranoidní poruchy osobnosti (PAR) je tvořena deseti položkami postihující neschopnost důvěřovat druhým, podezřívavost a problémy s respektováním autority (Poreh & Levin, 2019). Osoba s vysokým skóre v této škále by měla mít tendenci být více podezřívavá, ostražitá, nechávat si věci pro sebe a mít sklon přičítat pochybení druhým. Osoba může mít problém se sdělováním soukromých informací kvůli strachu ze zneužití a ponížení (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Schizotypní poruchy (SCIZ) se skládá z deseti položek zaměřujících se na negativní a pozitivní symptomy, které se projevují u schizofrenie. Například emoční plochost nebo magické myšlení (Poreh & Levin, 2019). Jedinec s vysokým skóre v této škále může mít sklon ke vztahovačnosti, podezřívavosti a k neadekvátním emočním reakcím. Kvůli paranoidnímu vnímání reality a úzkosti má jedinec tendenci nenavazovat blízké vztahy a vyhýbat se sociálními situacím. Vyjadřování, vzhled a chování jedince je výstřední a není v souladu se sociálními normami (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Hraniční poruchy osobnosti (BOR) obsahuje jedenáct položek, které vyhodnocují pocity prázdnoty a osamělosti a tendenci k sebepoškození a impulzivě (Poreh & Levin, 2019). Vysoké skóre v této škále mimo jiné poukazuje na nestabilitu v oblasti sebepojetí a na vysoké riziko suicidálního a sebepoškozujícího chování. Jedinec může být emočně nestabilní a mít tendenci k impulzivnímu chování. Může prožívat ustavičné silné pocity prázdnoty a strach z opuštění. Výrazné také mohou být jedincovy intenzivní vztahy, které ale nejsou stabilní a stálé (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Disociální poruchy osobnosti (ANTI) je tvořena deseti položkami postihující poruchy chování a neschopnost vcítit se do druhých (Poreh & Levin, 2019). Osoba s vysokým skóre v této škále by měla mít tendenci k nerespektování sociálních norem a zákona a k nezodpovědnému, agresivnímu a impulzivnímu chování. Osoba neprožívá pocity viny a neprojevuje upřímný zájem o druhé lidi (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Vyhybavé poruchy osobnosti (AVD) je zaměřena na sociální inhibici, obavu z odmítnutí a tendenci k pocitům studu (Poreh & Levin, 2019). Jedinec trpí strachem ze ztrapnění, odmítnutí a kritiky jeho osoby. Výrazné jsou pocity méněcennosti a nepřitažlivosti, které nabývají na intenzitě při navazování nových mezilidských vztahů a v sociálních situacích (American Psychiatric Association, 2015).

Poslední škálou osobnostních rysů je škála Obsedantně kompulzivní poruchy (OCPD) měřící snahu o dokonalost a nadměrné zaobírání se pravidly, úkoly a řádem (Poreh & Levin, 2019). Pro osobu s vysokým skóre v této škále je charakteristický perfekcionismus, rigidní chování, svědomitost, neschopnost vyházovat i nepotřebné předměty a neustálé zabývání se detaily a pořádkem. Kvůli nadměrnému zaměření na výkon tato osoba často pracuje na úkor interpersonálních vztahů a svého volného času. Dále může mít osoba potíže s delegováním úkolů a se spoluprací s ostatními (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Úzkosti (ANX) obsahuje jedenáct položek postihující pocity napětí, a tendenci k obavám, nervozitě a strachu (Poreh & Levin, 2019). Jedinec se zvýšeným skóre v této škále může mít tendenci nepřiměřeně reagovat a nadhodnocovat hroziící nebezpečí v situacích, kterých se obávají (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Deprese (DEP) se skládá z jedenácti položek měřící dráždivost, smutek sklony k beznaději a pocitům provinilosti (Poreh & Levin, 2019). U jedince s vysokým skóre v této škále se vyskytuje depresivní nálada, pro kterou jsou typické pocity prázdnoty, marnosti, melancholie a zoufalství. Mohou být také přítomny poruchy spánku, například nadměrná spavost nebo insomnie. S tím souvisí nedostatek energie, únava a celková zpomalenost. Jedinec opakovaně myslí na smrt, proto hrozí riziko sebevraždy (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Bipolární poruchy (BD) je tvořena deseti položkami zkoumající sebevědomí, hladinu energie, přítomnost elevované nálady a spánek (Poreh & Levin, 2019). Jedinec s vysokým skóre v této škále může mít sníženou potřebu spánku, zvýšené sebevědomí a celkově zrychlené psychomotorické tempo. Jedinovo chování je odbrzděné a vykazuje známky sociální desinhibice (American Psychiatric Association, 2015).

Škála Somatizace (SOM) se skládá z deseti položek zahrnující otázky týkající se tělesných symptomů a důvěry v současný zdravotnický systém (Poreh & Levin, 2019). Osoba se zvýšeným skóre v této škále může zažívat somatické stesky, se kterými je spojena celková nepohoda (American Psychiatric Association, 2015).

SUB škála se týká užívání psychoaktivních látek. Dělí se na dvě subškály, které dohromady tvoří jedenáct položek. Subškála Užívání alkoholu (ALCH) se zaměřuje na konzumaci alkoholu (Poreh & Levin, 2019). Jedinec s vysokým skóre v této škále by měl mít tendenci nekontrolovatelně konzumovat alkohol, i přes to, že užívání alkoholu jedinci způsobuje sociální a zdravotní problémy. Jedinec může prožívat bažení, které se projevuje silnou touhou užít alkohol (American Psychiatric Association, 2015). Subškála Užívání ilegálních drog (DRUGS) zhodnocuje zneužívání ilegálních vysoce návykových látek (Poreh & Levin, 2019).

Mezi tři validační škály patří škála Naivete' (NVA), škála Nekonzistentnosti (NOC) a škála Nízké frekvence (INF). Škála NVA sleduje tendenci jedince ukazovat se v dobrém světle. Škála NVA se skládá z šesti položek. Škála CON o sedmnácti položkách vyhodnocuje konzistentnost odpovědí respondenta. Konzistentnost se měří porovnáním odpovědí na reverzní položky. Škála INF zahrnuje šestnáct položek, které schvaluje pouze jedno procento normální populace (Poreh & Levin, 2019).

1.5.3 Psychometrické vlastnosti IAPI

V současné době jsou k dispozici data týkající se psychometrických vlastností metody IAPI pouze z původní studie publikované jejími autory (Poreh & Levin, 2019). Mezi psychometrické vlastnosti určující kvalitu metody patří validita, reliabilita, objektivita a kvalita norem. Autoři se ve svém článku zabývali validitou a reliabilitou inventáře.

Validita a reliabilita byla zjišťována na základě vzorku respondentů z obecné populace ve věku 18 až 86 let, kteří na základě vlastního reportu uvedli nebo neuvedli zdravotní obtíže. Většinou část vzorku tvořily ženy indoevropského původu. Vzdělání respondentů bylo převážně bakalářské úrovně. Tento vzorek byl následně ex post rozdělen do dvou skupin na normativní a klinický vzorek.

Normativní vzorek respondentů sestával z 1646 dobrovolníků. Tito respondenti netrpěli žádnými významnými somatickými nebo duševními nemocemi. Věkové rozmezí se pohybovalo od 18 do 86 let. Přibližně tři čtvrtiny respondentů byly ženského pohlaví. Většina respondentů měla minimálně bakalářský titul a byla europoidní rasy.

Klinický vzorek se skládal z 2354 dobrovolníků, kteří trpěli chronickými bolestmi anebo si sami sobě diagnostikovali obtíže v oblasti psychického nebo tělesného zdraví. Stejně jako u normativního vzorku převažující většinu tvořily ženy.

Věk respondentů byl v rozmezí od 18 až do 80 let. V porovnání s normativním vzorkem respondenti z klinického vzorku dosahovali nižšího vzdělání. Etnický původ respondentů byl indoevropský (Poreh & Levin, 2019).

1.5.3.1 Reliabilita

Jedním ze způsobů odhadu reliability testu je sledování vnitřní konzistence měřící vzájemnou soudržnost mezi položkami jednotlivých škál (McCrae et al., 2011). Vnitřní konzistence je udávána Cronbachovým koeficientem alfa, který patří v současné době k jednomu z nejpoužívanějších indexů reliability (Urbánek et al., 2011). Reliabilita může nabývat hodnot od 0 do 1. Výsledné hodnoty, které jsou blízko k hodnotě 1, potvrzují dobré psychometrické vlastnosti testu. Za dostačující se považují hodnoty, které se pohybují okolo 0,80. Na možnou nedostatečnou reliabilitu testu poukazují hodnoty nižší než 0,70. Hodnoty pod 0,60 naznačují psychometrické nedostatky metody (Furr, 2011). U IAPI se vnitřní konzistence klinických a validačních škál pohybovala od 0.688 do 0.874. Výjimku tvořila škála Naivete', u které hodnota koeficientu byla 0,568 (Poreh & Levin, 2019). Z výsledků vyplývá, že ne všechny škály dosahovaly hodnot, které jsou považovány za ukazatele dostatečné reliability.

Byla zkoumaná také test-retest reliabilita. Respondenti tvořící klinický i normativní vzorek byli požádáni, aby IAPI vyplnili znovu v různých intervalech po 2 až 15 měsících. Konečný počet respondentů, kteří opravdu znovu vyplnili inventář, byl 868. Tito respondenti byli rozděleni do tří skupin s rozdílem délky intervalu mezi prvotestem a retestem. Intervaly byly 2 až 5 měsíců, 6 až 12 měsíců a 12 až 15 měsíců. Výsledné koeficienty se v prvních dvou intervalech pohybovaly od 0.669 do 0.901. Po roce u některých škál koeficient klesl pod hodnotu 0.60 (Poreh & Levin, 2019). To znamená, že prvních dvanáct měsíců neklesla u většiny škál hodnota koeficientu pod 0,70, což potvrzuje relativně dobrou stabilitu v čase.

1.5.3.2 Validita

Ke zjišťování validity IAPI byla použita ROC analýza (Receiver Operating Characteristic), která posuzuje členství subjektu v kategorii na základě stanovení prahové hodnoty (Pintea & Moldovan, 2009). S ROC analýzou souvisí senzitivita (citlivost) a specificita testu. Senzitivita charakterizuje pravděpodobnost, s jakou výsledek testu zachytí opravdu pozitivní jedince. Jinak řečeno, osoby s poruchou osobnosti, u které porucha osobnosti skutečně je. Specificita testu udává míru případů,

kdy správně identifikuje negativní osoby jako negativní. Z toho vyplývá na příklad u poruch osobnosti míra, s jakou jsou správně označené osoby bez poruchy osobnosti (Pintea & Moldovan, 2009). V tomto případě jako nezávislé proměnné byly využity škály testu a jako závislé proměnné somatické nebo duševní diagnózy, které byly získány na základě subjektivní výpovědi. Po provedení ROC analýzy byla nalezena vysoká senzitivita a specificita pouze u dvou škál. Proto byly škály převedeny do dichotomních kategorií a byla provedena další analýza specificity a senzitivity s cut-off skóre T-skóre 65, což vylepšilo výsledky u škál. V porovnání s jinými jednofázovými a vícefázovými diagnostickými nástroji škály vykazovaly srovnatelnou a vyšší specificitu a senzitivitu (Poreh & Levin, 2019).

Dále byly zjišťovány korelace mezi škálami. Korelační analýza ukázala, že některé škály mezi sebou významně korelovaly (Poreh & Levin, 2019). Tento výsledek poukazuje na komorbiditu příznaků některých duševních onemocnění. Například úzkost a deprese jsou často komorbidní onemocnění, což potvrzuje vysoká korelace mezi škálou ANX a DEP (Poreh & Levin, 2019).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle

Tato práce si klade za cíl poskytnout základní informace o validitě nového osobnostního inventáře IAPI, který by mohl být přínosem v oblasti diagnostiky poruch osobnosti v České republice. Pro zavedení jeho české verze do praxe je nezbytná jeho standardizace na české populaci, do které spadá především ověření jeho psychometrických vlastností. Hlavním cílem této práce je ověření vnitřní konzistence a souběžné validity s MMPI-2.

2.2 Hypotézy

H₁: Mezi jednotlivými škálami IAPI a odpovídajícími škálami MMPI-2 existují pozitivní středně silné až silné vztahy.

H₂: IAPI vykazuje dobrou vnitřní konzistenci.

2.3 Popis výzkumného vzorku

Celkový počet respondentů, kteří byli zařazeni do výzkumného souboru, byl 61. Tento vzorek respondentů byl sesbírán metodou nenáhodného výběru. Jako možní respondenti byly osloveny především tři skupiny lidí. Mezi tyto osoby patřili zaměstnanci a studenti Pražské vysoké školy psychosociálních studií, osoby dostupné autorce této práce a osoby reagující na výzvu k účasti prostřednictvím sociálních sítí.

Do studie mohli být zařazeni probandi, jejichž věk se pohyboval od 18 do 60 let. Jako vyřazující kritérium byla historie kognitivního deficitu, neurodegenerativního onemocnění, neurologického onemocnění s dopadem na kognitivní funkce, vážné trauma hlavy, cévní mozkové příhody a jakékoliv závažné (těžká depresivní porucha, porucha osobnosti, schizofrenie apod.) aktuálně probíhající nebo rekurentní psychiatrické onemocnění.

Výzkumný vzorek celkově čítal 38 žen (62,30 %) a 23 mužů (37,70 %). Průměrný věk respondentů byl 25,5. Nejčastěji probandi absolvovali vzdělání na středních školách s maturitou (62,30 %) a průměrná doba studia byla 14,68 let. Celkový popis souboru podává Tabulka 1.

Tabulka 1

Demografické proměnné výzkumného vzorku

Proměnná	Frekvence	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka	Procentuální zastoupení
Pohlaví						
Ženy	38					62,30
Muži	23					37,70
Věk		18	53	25,54	9,52	
Etnický původ						
Indoevropané	60					98,36
Afroameričané	1					1,64
Vzdělání	59	11	22	14,68	2	
ZŠ	1					1,64
SŠ	2					3,28
SŠM	38					62,30
VŠ0	12					19,67
Bc	3					4,92
Mgr	4					6,56
Dr	1					1,64

Pozn. ZŠ – základní vzdělání, SŠ – učební obor nebo střední škola bez maturity, SŠM – střední škola s maturitou, VŠ0 – absolvování části vysokoškolského studia, ale bez diplomu, Bc – bakalářské studium, Mgr – magisterské studium, Dr – doktorské studium

2.4 Výzkumná metoda

Ke sběru anamnestických údajů byl využit dotazník zdravotního stavu a demografie. Dále byly respondentům administrovány metody IAPI a MMPI-2. Respondenti nebyli při vyplňování nijak limitováni časem, ale zpravidla celý proces administrace inventářů a sběru anamnestických údajů nepřesáhnul 2,5 hodiny. Sběr dat probíhal od roku 2021 do roku 2022.

Před samotnou administrací inventářů byla respondentům stručně představena studie a také byli informováni, že za účast nebudou honorováni. Poté byli požádáni, aby se seznámili s informovaným souhlasem, který bylo nutné podepsat. Dále následoval dotazník zdravotního stavu a demografie. Respondenti zde uváděli věk, pohlaví, etnický původ, údaje o vzdělání a podrobné informace o somatickém zdravotním stavu, duševním zdraví a případných užívaných lécích. Následně bylo možné přistoupit k administraci IAPI a MMPI-2. Probandi byli poučeni, jakým způsobem se s inventáři pracuje a posléze samostatně vyplnili IAPI a poté MMPI-2. Oba dva inventáře jsou podrobně popsány v předchozích kapitolách teoretické části práce.

2.5 Statistická analýza

Veškerá data byla zpracována ve volně dostupném statistickém programu JASP 0.16.3. Jako první byla provedena deskriptivní statistika výzkumného vzorku. U demografických proměnných (pohlaví, věk, etnický původ a vzdělání) byla zjišťována frekvence a procentuální zastoupení, popřípadě také minimum, maximum, průměr a směrodatná odchylka. Dále byla také provedena deskriptivní statistika jednotlivých škál IAPI.

K ověření hypotézy, zda mají jednotlivé škály IAPI a MMPI-2 mezi sebou vztah, bylo nejprve nutné ověřit normalitu rozložení proměnných. Distribuce škál obou inventářů byla posuzována pomocí Shapirova-Wilkova testu. Ne u všech škál se ale potvrdilo normální rozložení, a proto byla při následné analýze dat použita kombinace parametrické a neparametrické metody. Síla vztahu mezi škálami IAPI a MMPI-2 byla zjišťována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu a Pearsonova korelačního koeficientu.

Pro výpočet vnitřní konzistence položek jednotlivých škál byl využit koeficient Cronbachova alfa.

2.6 Výsledky

Po provedení deskriptivní statistiky byly zjištěny údaje o průměrném skóru každé škály, směrodatné odchylce a normalitě rozložení. Po provedení Shapiro-Wilkova testu se normální rozložení ($p > 0,05$) prokázalo u škál SOM, AVD, ANX, SOM, NAV, CON, DEF a LIG. Normální rozložení ($p < 0,05$) bylo vyvráceno u zbylých škál (PAR, SCHIZ, BOR, ANTI, OCPD, DEP, BD, ALCH, DRUGS, SUB, INF). Výsledky Shapiro-Wilkova testu jsou spolu s dalšími sledovanými vlastnostmi skóru uvedeny v Tabulce 2. Pro přehlednost dat je distribuce skóru jednotlivých škál zobrazena pomocí histogramu (Graf 1).

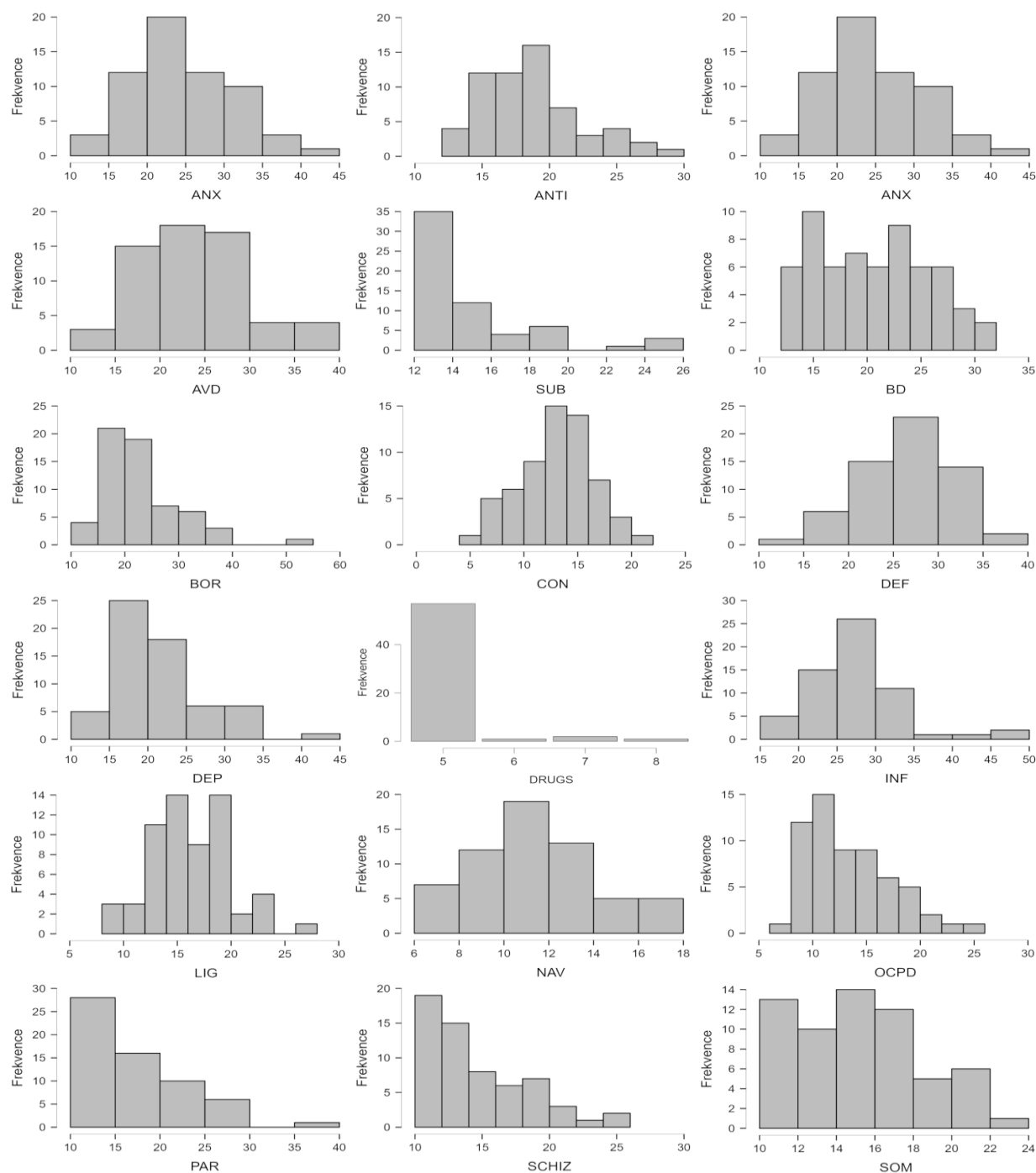
Tabulka 2*Deskriptivní statistika jednotlivých škál IAPI*

Škála	Průměr	Směrodatná odchylka	Shapir-Wilkův test	<i>p</i>
PAR	17,607	5,774	0,928	0,001
SCHIZ	15,180	3,892	0,882	< 0,001
BOR	23,393	7,013	0,895	< 0,001
SOC	19,148	3,772	0,957	0,032
AVD	24,262	6,197	0,965	0,075
OCPD	13,918	4,063	0,942	0,006
ANX	25,459	6,436	0,975	0,256
DEP	21,820	5,711	0,932	0,002
BD	21,279	5,171	0,954	0,022
SOM	15,689	3,418	0,972	0,167
ALCH	9,934	3,119	0,817	< 0,001
DRUGS	5,131	0,532	0,267	< 0,001
SUB	15,066	3,341	0,802	< 0,001
NAV	11,754	2,993	0,969	0,119
INF	28,164	6,293	0,922	< 0,001
CON	13,541	3,476	0,984	0,608
DEF	27,049	5,268	0,965	0,077
LIG	16,787	3,724	0,982	0,495

Pozn. SOM – Škála Somatizace, DEP – Škála Deprese, ANTI – Škála Disociální poruchy osobnosti, PAR – Škála Paranoidní poruchy osobnosti, ANX – Škála Úzkosti, SCHIZ – Škála Schizotypní poruchy osobnosti, BD – Škála Bipolární poruchy, AVD – Škála Vyhýbavé poruchy osobnosti, NAV – Škála Naivete', INF – Škála nízké frekvence, CON- Škála Nekonzistentnosti, LIG – Škála Sporných odpovědí, DEF – Škála Defenzivity, ALCH – Škála Užívání alkoholu, DRUGS – Škála Užívání ilegálních drog, SUB – Škála Užívání psychoaktivních látek, BOR – Škála Hraniční poruchy osobnosti, OCPD – Škála Obsedantně kompulzivní poruchy

Graf 1

Distribuce skóreů škál IAPI



Pozn. SOM – Škála Somatizace, DEP – Škála Deprese, ANTI – Škála Disociální poruchy osobnosti, PAR – Škála Paranoidní poruchy osobnosti, ANX – Škála Úzkosti, SCHIZ – Škála Schizotypní poruchy osobnosti, BD – Škála Bipolární poruchy, AVD – Škála Vyhýbavé poruchy osobnosti, NAV – Škála Naivete?, INF – Škála nízké frekvence, CON- Škála Nekonzistentnosti, LIG – Škála Sporných odpovědí, DEF – Škála Defenzivity, ALCH – Škála Užívání alkoholu, DRUGS – Škála Užívání ilegálních drog, SUB – Škála Užívání psychoaktivních látek, BOR – Škála Hraniční poruchy osobnosti, OCPD – Škála Obsedantně kompulzivní poruchy

2.6.1 Korelace mezi škálami IAPI a MMPI-2

Ke zjištění vztahu mezi škálami IAPI a MMPI-2 byl vypočítán Spearmanův korelační koeficient a Pearsonův korelační koeficient, a to v závislosti na předpokladech normality rozdělení u konkrétních škál. Pro robustnost výsledků jsou však také prezentovány pro všechny škály i výsledky parametrických testů. Z výsledků uvedených v Tabulce 4 je patrné, že vztahy mezi škálami jsou pozitivní a primárně na střední až silné úrovni. Nejsilnější vztah byl prokázán u škál AVD a Si ($r = 0,803$) a nejslabší vztah byl mezi škálami SOM a Hy ($r = 0,197$).

Tabulka 3

Korelace mezi škálami IAPI a MMPI-2

Škála IAPI	Škála MMPI-2	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
SOM	Hy	0,197	0,128	0,228	0,077
DEP	D	0,750	< 0,001	0,625	0,001
SOM	Hs	0,600	< 0,001	0,567	< 0,001
ANTI	Pd	0,539	< 0,001	0,511	< 0,001
PAR	Pa	0,448	< 0,001	0,381	< 0,002
ANX	Pt	0,758	< 0,001	0,728	< 0,001
SCHIZ	Sc	0,502	< 0,001	0,439	< 0,001
BD	Ma	0,494	< 0,001	0,456	< 0,001
AVD	Si	0,803	< 0,001	0,764	< 0,001
NAV	L	0,406	0,001	0,399	0,001
LIG	FBS	0,544	< 0,001	0,568	< 0,001
DEF	K	0,609	< 0,001	0,593	< 0,001
INF	Fs	0,480	< 0,001	0,421	< 0,001

Pozn. *r* – Pearsonův korelační koeficient, *rho* – Spearmanův korelační koeficient

SOM – Škála Somatizace, DEP – Škála Deprese, ANTI – Škála Disociální poruchy osobnosti, PAR – Škála Paranoidní poruchy osobnosti, ANX – Škála Úzkosti, SCHIZ – Škála Schizotypní poruchy osobnosti, BD – Škála Bipolární poruchy, AVD – Škála Vyhýbavé poruchy osobnosti, NAV – Škála Naivete, LIG – Škála Sporných odpovědí, DEF – Škála Defenzivity, INF – Škála nízké frekvence, Hy – Škála Konverzní hysterie, D – Škála Deprese, Hs – Škála Hypochondrie, Pd – Škála Psychopatická odchylka, Pa – Škála Paranoia, Pt – Psychastenie, Sc – Škála Schizofrenie, Ma – Škála Hypomanie, Si – Škála Sociální introverze, L – Lži škála

2.6.2 Vnitřní konzistence

Reliabilita jako vnitřní konzistence byla zjišťována pomocí koeficientu Cronbachova alfa. Celkový souhrn výsledků pro jednotlivé škály je prezentován v Tabulce 5. U většiny škál byla prokázána uspokojivá až vysoká vnitřní konzistence. Škály ANTI, SOM, DRUGS, NAV a CON vykazovaly nízkou až neuspokojivou vnitřní konzistenci. Nejvyšší vnitřní konzistence byla prokázána u škály BOR (0,871) a nejnižší u škály CON (0,366). Pro možnost porovnání výsledků obsahuje Tabulka 5 také údaje o vnitřní konzistenci škál z původní americké studie.

Tabulka 4

Vnitřní konzistence položek jednotlivých škál

Škála	α	α^*
PAR	0,847	0,867
SCHIZ	0,707	0,776
BOR	0,871	0,865
ANTI	0,534	0,688
AVD	0,841	0,867
OCPD	0,694	0,694
ANX	0,839	0,871
DEP	0,836	0,874
BD	0,725	0,801
SOM	0,592	0,824
ALCH	0,730	0,842
DRUGS	0,418	0,733
SUB	0,722	0,875
NAV	0,478	0,568
INF	0,788	0,836
CON	0,366	0,846
DEF	0,826	–
LIG	0,677	–

Pozn. *vnitřní konzistence z původní Porehovy studie (Poreh & Levin, 2019)

α – Cronbachova alfa, SOM – Škála Somatizace, DEP – Škála Deprese, ANTI – Škála Disociální poruchy osobnosti, PAR – Škála Paranoidní poruchy osobnosti, ANX – Škála Úzkosti, SCHIZ – Škála Schizotypní poruchy osobnosti, BD – Škála Bipolární poruchy, AVD – Škála Vyhýbavé poruchy osobnosti, NAV – Škála Naivete', INF – Škála

nízké frekvence, CON- Škála Nekonzistentnosti, LIG – Škála Sporných odpovědí, DEF – Škála Defenzivity, ALCH – Škála Užívání alkoholu, DRUGS – Škála Užívání ilegálních drog, SUB – Škála Užívání psychoaktivních látek, BOR – Škála Hraniční poruchy osobnosti, OCPD – Škála Obsedantně kompulzivní poruchy

2.7 Diskuse

Hlavním cílem této práce bylo na základě statistické analýzy vyhodnotit psychometrické vlastnosti české verze osobnostního inventáře IAPI. Ve výzkumné části této práce byly ověřovány dvě hypotézy, které se týkaly psychometrických kvalit výše zmíněného psychodiagnostického nástroje. Studie se zaměřila na stanovení síly vztahů mezi jednotlivými škálami IAPI a odpovídajícími škálami MMPI-2. Dále byla zkoumána vnitřní konzistence mezi položkami jednotlivých škál IAPI.

Zjišťováním korelací mezi škálami IAPI a MMPI-2 byla ověřována souběžná validita. V případě této práce byly zvoleny škály MMPI-2, jelikož v měření osobnosti je MMPI-2 považováno za zlatý standard. Cohen stanovil cutt-of skóre pro nízkou úroveň vztahu hodnotu 0,10, za střední 0,30 a za vysokou 0,50. Na základě této klasifikace lze o korelacích mezi škálami IAPI a MMPI-2, které jsou zaznamenány v Tabulce 4, usuzovat, že vztahy mezi škálami jsou pozitivní a primárně na střední až silné úrovni. Pouze u škál SOM a Hy výsledná hodnota Pearsonova korelačního koeficientu odkazovala na nízkou úroveň vztahu.

V době, kdy byla napsána tato práce, nebyly publikovány žádné studie, které by zjišťovaly vztah škál IAPI a škál jiných inventářů. Z toho důvodu je pro srovnání výsledků použita Schoenbergova studie (2004), která zkoumala vztah mezi škálami MCMI-III s ekvivalentními škálami MMPI-2, obdobně jako v této práci byly vybrané škály MMPI-2 korelovány se škálami IAPI. Pokud se tedy porovnájí korelace IAPI a MMPI-2 s korelacemi MMPI-2 a MCMI-III, tak lze konstatovat, že velmi podobně silné vztahy jsou například mezi škálami Pa (MMPI-2) a PAR (IAPI) a Pa a škálou Paranoia (MCMI-III) anebo také mezi škálami Sc (MMPI-2) a SCHIZ (IAPI) a Sc (MMPI-2) a škálou Závažné schizotypální osobnostní patologie S (MCMI-III). Z výsledků výše zmíněné studie a výzkumu této práce lze vyvodit, že vztahy mezi škálami IAPI a MMPI-2 jsou na silnější úrovni, než je tomu v případě vztahů mezi škálami MCMI-III a MMPI-2. Je ale nutné poznamenat, že výše zmíněná studie byla prováděna na psychiatricky léčených pacientech, kteří tak tvořili klinický výzkumný vzorek. Výzkumný soubor v této práci sestával pouze ze zdravých jedinců, a to může být důsledkem nižší variability.

Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky, tedy otázky reliability IAPI, byl vypočten pro všechny škály Cronbachův alfa. Ten je v současnosti nejčastěji užívaným koeficientem pro výpočet vnitřní konzistence a z toho důvodu byl použit i v této práci (McCrae et al., 2011). Za uspokojivou se vnitřní konzistence považuje v případě, že její hodnota se pohybuje v rozmezí od 0,70 do 0,90. Vysoká vnitřní konzistence byla nalezena u škál PAR, BOR, AVD, ANX, DEP, DEF, u kterých výsledná hodnota vycházela vyšší než 0,800. Uspokojivá vnitřní konzistence vycházela u škál SCHIZ, BD, ALCH, SUB, INF. Cronbachova alfa u těchto škál se pohybovala v rozsahu od 0,700 do 0,799. U škál ANTI, OCPD, SOM a LIG vycházel koeficient alfa okolo hodnoty 0,500 až 0,699. Tato hodnota již poukazuje na neuspokojivou vnitřní konzistenci. Vnitřní konzistence byla nejnižší u škál NAV (0,478), DRUGS (0,418) a CON (0,366). Z výše zmíněných výsledků vyplývá, že nadpoloviční většina škál dosahovala hodnot, které jsou považovány za ukazatele dostatečně vysoké reliability, a proto lze IAPI prohlásit za uspokojující z hlediska vnitřní konzistence.

Totožný postup zvolil pro měření vnitřní konzistence i Amir Poreh v jeho původní studii (Poreh & Levin, 2019). V porovnání s Porehovo studií vyšla vnitřní konzistence v této práci velmi podobně v případě škály PAR, SCHIZ, BOR, AVD, OCPD, ANX a DEP. V původní americké studii byla vnitřní konzistence škál INF, ANTI, BD, ALCH a SUB přibližně o 0,100 vyšší. Rozdíl byl též u škál SOM a DRUGS, u kterých došel Poreh o 0,200-0,300 vyšším výsledkům. Nejvýznamnější rozdíl byl zaznamenán u škály CON. V této práci vycházela její vnitřní konzistence 0,366 a v původní americké studii 0,846. Výše porovnané výsledky poukazují na srovnatelnou vnitřní konzistenci české verze IAPI a původní americké verze IAPI, kterou lze v obou případech považovat za uspokojující.

Stejně jako v případě souběžné validity, v době, kdy byla vypracována tato práce, nebyly publikovány studie, které by se zabývaly porovnáváním vnitřní konzistence IAPI s jinými inventáři. Proto zde bude stručně prezentována studie Edwarda A. Wise, et al. (2010) srovnávající reliability inventářů MMPI-2, MCMI-III a PAI, které představují nejčastěji užívané psychodiagnostické nástroje v oblasti měření osobnosti. Koeficient alfa u škál MCMI-III neklesl pod hodnotu 0,700. Výjimku tvořily pouze dvě škály poruch osobnosti (kompulzivní a narcistická), u kterých se výsledek rovnal 0,66 a 0,67. Celkově lze ale konstatovat, že u škál inventáře MCMI-III byla prokázána vysoká vnitřní konzistence. Obdobného výsledku bylo dosaženo i v případě inventáře PAI. Pouze u škál Nekonzistentnosti a Nízké frekvence byla výsledná hodnota

0,230 a 0,400. V případě MMPI-2 byl výzkumný vzorek rozdělen na muže a ženy a vnitřní konzistence byla pro obě skupiny zvlášť. V obou případech byla vnitřní konzistence škál MMPI-2 spíše uspokojivá, v některých případech vysoká. Hodnota poukazující na nízkou vnitřní konzistenci vyšla například v případě škály Paranoia (0,340 a 0,390). Pokud by se vybrané metody sestupně seřadily podle procentuálního zastoupení škál s vnitřní konzistencí vyšší než 0,800, umístilo by se IAPI na třetím místě: MCMI-III (78 %), PAI (63 %), IAPI (33 %) a MMPI-2 (27 % u ženského vzorku a 29 % u mužského vzorku). Z tohoto srovnání vyplývá zjištění, že IAPI má srovnatelné procentuální zastoupení škál s vysokou vnitřní konzistencí s MMPI-2.

Jeden z hlavních limitů výzkumu provedeného v rámci této práce je, že nebylo ověřeno, zda respondenti mají poruchu osobnosti. V dotazníku zdravotního stavu v části zabývající se historií duševního onemocnění, byly zařazeny pouze tři položky, které se dotazovaly na disociální, schizotypální a hraniční poruchu osobnosti. Další poruchy osobnosti nebyly v dotazníku zařazeny. Dotazník zdravotního stavu byl založen pouze na self-reportu. Tento fakt představuje další limit, který zapříčinil neznalost konkrétní zdravotní historie. Obdobný limit své studie zmiňuje i Poreh (2019), který tento způsob i přes jeho nevýhody využil, protože umožňuje zařazení více participantů do studie.

Dále mezi limity výzkumu patří vlastnosti výzkumného vzorku. Respondenti byli zařazeni do studie nenáhodným výběrem, u kterého může docházet ke zkreslení dat. Ideální alternativu představuje náhodný výběr, který je ale náročné realizovat i u výzkumů většího rozsahu. Nejvýraznější nedostatek vzorku představuje celkový počet respondentů ($n = 61$). Poreh (2019) původní verzi IAPI testoval na tisícovém vzorku. Zajistit takto početný vzorek ale nebylo v autorčiných možnostech. Další úskalí ve složení výzkumného souboru je nedostatečný poměr žen a mužů. Ženy představovaly nadpoloviční většinu (62,30 %). Další proměnnou, u které se nepodařilo zajistit rovnoměrné rozložení, byl věk (průměr = 25,40, modus = 20). Také u vzdělání tvořila převahu jedna skupina respondentů, kteří měli střední vzdělání s maturitou (62,30 %). Různorodost se též nepodařila zajistit u etnického původu, u kterého pouze jeden respondent byl zástupce jiné etnicity než indoevropské. Na základě výše zmíněných nedostatků lze uvažovat o nedostatečné variabilitě a reprezentativnosti výzkumného vzorku, s čímž ale vzhledem k rozsahu výzkumu bylo předem počítáno.

Přestože tato práce má své limity a lze ji pro svůj omezený rozsah považovat spíše za pilotní studii, přináší zjištění, která mohou představovat podnět pro další výzkum, který by ověřil i další významné psychometrické vlastnosti. Aby bylo možné

s jistotou prohlásit IAPI za validní nástroj, je potřeba se zaměřit i na další důkazy o validitě inventáře. Dalšími kroky v ověřování psychometrických kvalit by mohlo být ověřování konstruktové validity, kterou by bylo vhodné zkoumat pomocí konfirmační analýzy jednotlivých faktorů podle původního modelu IAP s následným porovnáním vzájemné korelace mezi jednotlivými faktory anebo test-retest reliability, která by zkoumala stabilitu inventáře v čase. Dalším předpokladem, aby IAPI mohl být považován za standardizovanou psychodiagnostickou metodu, je vytvoření norem, které by byly vytvořeny speciálně pro českou populaci.

Závěr

Tato bakalářská práce poskytuje data o dvou psychometrických vlastnostech osobnostního inventáře IAPI. Cílem této práce bylo se zaměřit na ověření validity české verze tohoto psychodiagnostické nástroje. Byla zkoumána vnitřní konzistence jednotlivých škál a vztahy mezi jednotlivými škálami IAPI a odpovídajícími škálami MMPI-2. Výzkumný vzorek, kterému byly administrovány dva výše zmíněné inventáře, čítal 61 respondentů. Po provedení statistických analýz bylo zjištěno, že vztahy mezi škálami IAPI a MMPI-2 jsou pozitivní a primárně na střední až silné úrovni, a že vnitřní konzistence je u většiny škál uspokojivá až vysoká. Na základě těchto výsledků je možné o hypotéze 2 říci, že reliabilita IAPI hodnocená z hlediska vnitřní konzistence je uspokojivá. O hypotéze 1 lze konstatovat, že střední až vysoké korelace poukazují též na uspokojivou souběžnou validitu. Inventář IAPI nelze na základě výsledků této práce spolehlivě prohlásit za validní nástroj a je nutné pokračovat v ověřování dalších psychometrických vlastností.

Seznam literatury

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (první české vydání). Hogrefe-Test centrum.
- Archer, R. P., & Smith, S. R. (2008). *Personality assessment*. Routledge.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*, 62(1), 397–409.
<https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press.
- Butcher, J. N. (Ed.). (2009). *Oxford handbook of personality assessment*. Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
- Cloninger, C. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C. R. (2000). A Practical Way to Diagnosis Personality Disorder: A Proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99–108.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.99>

- Cooper, S. E. (2014). DSM-5, ICD-10, ICD-11, the Psychodynamic Diagnostic Manual, and Person-Centered Integrative Diagnosis: An Overview for College Mental Health Therapists. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28(3), 201–217. <https://doi.org/10.1080/87568225.2014.914828>
- Čurdová, J., & Pourová, M. (2019). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 – Recenze metody*. TESTFÓRUM. <https://doi.org/10.5817/TF2019-12-12447>
- Drapela, V. (1998). *Přehled teorií osobnosti*. Portál.
- Dušek, K., & Večerková-Procházková, A. (2012). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Edwards, D. W., Morrison, T. L., & Weissman, H. N. (1993). The MMPI and MMPI-2 in an Outpatient Sample: Comparisons of Cody Types, Validity Scales, and Clinical Scales. *Journal of Personality Assessment*, 61(1), 1. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6101_1
- Furr, R. M. (2011). *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446287866>
- Gibby, R. E., & Zickar, M. J. (2008). A history of the early days of personality testing in American industry: An obsession with adjustment. *History of Psychology*, 11(3), 164–184. <https://doi.org/10.1037/a0013041>
- Hersen, M. (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons, Inc.

- McCrae, R. R., Kurtz, J. E., Yamagata, S., & Terracciano, A. (2011). Internal Consistency, Retest Reliability, and Their Implications for Personality Scale Validity. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 28–50. <https://doi.org/10.1177/1088868310366253>
- Millon, T., & Davis, R. D. (1997). The MCMI-III: Present and Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 69–85. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6801_6
- Morey, L. C. (2015). Personality Assessment Inventory (PAI). In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (s. 1–10). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp284>
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Academia.
- Netík, K. (2002). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2*. Testcentrum.
- Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2015). Theodore Millon's Contributions to Conceptualizing Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 97(6), 537–540. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1031376>
- Pintea, S., & Moldovan, R. (2009). The Receiver-Operating Characteristic (roc) Analysis: Fundamentals and Applications in Clinical Psychology. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 49–66.
- Poreh, A. M., & Levin, J. B. (2019). The Cleveland Adaptive Psychopathology Inventory: Preliminary validity and reliability of a multi-scale personality and psychopathology questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 276–284. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1633724>
- Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti*. Portál.

- Preiss, M. (2003). Theodore Millon—Theory of personality and its disorders. *Psychiatrie*, 7, 91–95.
- Riegel, K. D., Kalina, K., & Ondřej, P. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. Století: Diagnostika v teorii a praxi*. Portál.
- Schoenberg, M. R., Darwin Dorr, Morgan, C. D., & Burke, M. (2004). *A Comparison of the MCMI-III Personality Disorder and Modifier Indices With the MMPI-2 Clinical and Validity Scales*. 273–280.
- Sinclair, S. J., Antonius, D., Shiva, A., Siefert, C. J., Kehl-Fie, K., Lama, S., Shorey, H. S., & Blais, M. A. (2010). The Psychometric Properties of the Personality Assessment Inventory-Short Form (PAI-SF) in Inpatient Forensic and Civil Samples. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 32(3), 406–415. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9165-x>
- Slavin-Mulford, J., Sinclair, S., Stein, M., Malone, J., Bello, I., & Blais, MarkA. (2012). External Validity of the Personality Assessment Inventory (PAI) in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 94(6), 593–600. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.681817>
- Stover, J. B., Castro Solano, A., & Fernández Liporace, M. (2015). Personality Assessment Inventory: Psychometric Analyses of Its Argentinean Version. *Psychological Reports*, 117(3), 799–823. <https://doi.org/10.2466/08.03.PR0.117c27z2>

- Strack, S., & Millon, T. (2007). Contributions to the Dimensional Assessment of Personality Disorders Using Millon's Model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 56–69. <https://doi.org/10.1080/00223890701357217>
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*. Oxford University Press.
- Světová zdravotnická organizace. (2019). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Portál.
- Svoboda, M., Řehan, V., Vtípil, Z., Klimusová, H., & Humpolíček, P. (2004). *Aplikovaná psychodiagnostika v České republice*. Psychologický ústav FF MU.
- Urbánek, T. (2010). Stav české psychologické diagnostiky a evropský model recenze testu. *TESTFÓRUM*, 1(1), 2–5. <https://doi.org/10.5817/TF2010-1-1>
- Urbánek, T. (2013). Hodnocení kvality psychodiagnostických metod ve světě a u nás. *TESTFÓRUM*, 2(2), 28–31. <https://doi.org/10.5817/TF2013-2-10>
- Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: Měření v psychologii*. Portál.

Wetzler, S. (1990). The Million Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A Review. *Journal of Personality Assessment*, 55(3–4), 445–464. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674083>

Widiger, T. A. (1999). Millon's Dimensional Polarities. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 365–389. <https://doi.org/10.1207/S15327752JP720304>

Wise, E. A., Streiner, D. L., & Walfish, S. (2010). A Review and Comparison of the Reliabilities of the MMPI-2, MCMI-III, and PAI Presented in Their Respective Test Manuals. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(4), 246–254. <https://doi.org/10.1177/0748175609354594>

Seznam zkratek

- ALCH – Škála Alkoholu
- ANTI – Škála Disociální poruchy osobnosti
- ANX – Škála Úzkosti
- AVD – Škála Vyhýbavé poruchy osobnosti
- BD – Škála Bipolární poruchy
- BOR – Škála Hraniční poruchy osobnosti
- BPI – Bernreuter Personality Inventory
- CAPI – Cleveland Adaptive Psychopathology Inventory
- CMAS – Škála zjevné úzkosti pro děti
- CON – Škála Nekonzistentnosti
- DEP – Škála Deprese
- DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
- DRUGS – Škála Nelegálních drog
- EFPA – Evropská federace psychologických asociací
- EPI – Eysenckův dotazník
- HWTS – Humm-Wadsworth Temperament Scale
- IAPI – Mezinárodní inventář adaptace osobnosti
- INF – Škála Nízké frekvence
- MKN – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
- MMPI – Minnesotský multifázový osobnostní inventář
- OCPD – Škála Obsedantně kompulzivní poruchy
- PAI – Personality Assessment Inventory PAI
- PAR – Škála Paranoidní poruchy osobnosti
- PDM – Psychodynamická diagnostická příručka
- PID – Person-centered Integrative Diagnosis
- RPM – Ravenovy progresivní matrice
- SCIZ – škála schizotypální poruchy
- SOM – škála somatizace
- SUB – škála užívání návykových látek
- TCI – Inventář temperamentu a charakteru

NVA – škála Naivete'

WHO – Světová zdravotnická organizace

WMS – Wechslerova škála paměti

WPDS –Woodworth Personal Data Sheet

Seznam tabulek

Tabulka 1 <i>Demografické proměnné výzkumného vzorku</i>	34
Tabulka 2 <i>Deskriptivní statistika jednotlivých škál IAPI</i>	36
Tabulka 3 <i>Korelace mezi škálami IAPI a MMPI-2</i>	38
Tabulka 4 <i>Vnitřní konzistence položek jednotlivých škál</i>	39

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Lucie Tučková

Studijní program: 7701R005 – Psychologie (Bc.). (PBp)

Název práce: Validace české verze Mezinárodního inventáře adaptace osobnosti (I-API-CZ)

Vedoucí práce: Mgr. Filip Havlík

Rok dokončení práce: 2022

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 2134

Ostatní text: 84 300

Celkový počet znaků: 86434

Počet pramenů a literatury: 43

Názvy souborů

Text práce ve formátu PDF: BP_Tuckova_I-API_2022

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Lucie Tučková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Validační studie české verze Mezinárodního inventáře adaptace osobnosti (I-API-CZ)

Vedoucí práce: Mgr. Filip Havlík

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 48 ns

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 43

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření

(respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny

(citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

(jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice

(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak si autorka vysvětluje rozdíl ve vnitřní konzistenci u škály CON v anglické a české verzi?

Jaké další kroky navrhuje k rozšíření informací o validitě IAPI CZ?

Jaké mohou být nevýhody zkoumání validity pouze na zdravé populaci? Jaké by mohly být výhody při zahrnutí klinické populace?

Celkové hodnocení práce:

Pí. Tučková předkládá práci zabývající se validací nového inventáře IAPI určeného ke screeningu poruch osobnosti. Tato práce je zpracována na velmi dobré úrovni jak z hlediska teoretického, tak praktického. Pí. Tučková v práci detailně popisuje relevantní teorie, metody a souvislosti nutné pro pochopení důležitosti validační studie IAPI. I přes menší výzkumný soubor dochází k velmi podobným výsledkům, jako jsou prezentovány v původní zahraniční studii. V průběhu sběru dat i tvorby bakalářské práce přistupovala k úkolům svědomitě a byla iniciativní. V práci se objevuje pouze několik překlepů. Jinak nemám nic, co bych vytknul.

Doporučení do soutěže o nejlepší diplomovou práci: nehodnoceno

Celkově získané body do soutěže: 30

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1

Datum, podpis:



* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Lucie Tučková
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: **Validační studie české verze Mezinárodního inventáře adaptace osobnosti (IAPÍ-CZ)**
 Oponent práce: PhDr. Hana Georgi, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 37
 Počet stránek příloh: 0
 Počet titulů v seznamu literatury: 43

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- Autorka zmiňuje vznik Panelu pro psychodiagnostiku (Board of Assessment) (s. 21). Mohla by upřesnit, o jaký panel jde, jde o součást nějaké národní nebo mezinárodní organizace?
- Považuje IAPI autorka, na základě zkušeností s touto škálou, za vhodnou pro daný účel?
- Jaký optimální postup by navrhovala pro další ověření vhodnosti použití IAPI v českém prostředí?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je formulována srozumitelně, odborná stránka teoretické části vyhovuje i kvalifikační práci vyšší úrovně. Část diskuze je s ohledem na to, že jde o BP, výborná.

Práce obsahuje jen několik málo chyb (např. s. 23: autorem MMPI je McKinley nikoli Kinley). Postrádala jsem zmínku o původu české verze znění dotazníku IAPI. Používání zkratk v případě takového množství škál (IAPI, MMPI) zvyšuje nároky na porozumění čtenářem.

Celkově text hodnotím jako vynikající bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Datum, podpis:


15. srpna 2022