

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**PhDr., Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.**

Schopnost posouzení závažnosti osobnostní psychopatie na základě Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO) u magisterských studentů adiktologie

Ability to assess the severity of personality psychopathology based on the Structured interview of personality organization (STIPO) in master students of addictology

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr., PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ

Praha, 2021

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně, a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 31. července 2021

Karel Dobroslav Riegel

---

### **Identifikační záznam:**

RIEGEL, Karel Dobroslav. Schopnost posouzení závažnosti osobnostní psychopatologie na základě Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO) u magisterských studentů adiktologie [Ability to assess the severity of personality psychopathology based on the Structured interview of personality organization (STIPO) in master students of addictology]. Praha, 2021. 81 stran, 6 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK 2021. Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr., PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ.

### **Poděkování:**

Rád bych na tomto místě poděkoval panu doc. MUDr., PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za trpělivost a podporu při vedení mé diplomové práce. Dále bych rád poděkoval paní Mgr. Lívii Rosové, Ph.D. za pomoc se statistickým zpracováním dat a paní Mgr. Lucii Schlosserové za výpomoc při finalizaci datasetu. V neposlední řadě patří můj velký dík pacientům, kteří poskytli své protokoly z vyšetření k výzkumným účelům a všem hodnotitelům z řad studentů adiktologie i kolegů psychologů, kteří se studie zúčastnili.

## ABSTRAKT

**Východiska:** S rozvojem multidisciplinárních adiktologických týmů lze schopnost adiktologa reliabilně posuzovat osobnostní psychopatologii považovat za důležitý předpoklad, který významným způsobem vstupuje do procesu léčebného plánování. Protože je adiktolog nezávazně prvním odborníkem, jenž s klientem vstupuje do kontaktu, ověření přesnosti klinického úsudku se zdá být jedním z klíčových indikátorů kompetence adiktologa.

**Cíle:** Ověření spolehlivosti a platnosti klinického posouzení osobnostní psychopatologie u magisterských studentů adiktologie na základě kurzu na skórování Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO).

**Metody:** 31 studentů magisterského studijního programu adiktologie nezávisle hodnotilo 7 protokolů STIPO na základě nahrávek. Prezentovaní pacienti byli studentům neznámí. Data byla sbírána v rámci kurzu na skórování STIPO. Výsledné skóry studentů byly srovnávány: 1. s expertními skóry klinického psychologa s mnohaletou zkušeností se STIPO; 2. se skóry dalších 4 psychologů bez předešlé zkušenosti se STIPO, kteří se kurzu zúčastnili; 3. s informacemi o dosavadní klinické zkušenosti a předchozím vzdělání studentů. Srovnání skóru bylo provedeno koeficientem vnitrotřídní korelace, analýzou modelu sociálních vztahů a lineárními modely se smíšenými efekty.

**Výsledky:** Studenti prokázali vysokou míru interrater reliability s významnou mírou shody při posuzování pacientů, stejně jako vysokou až uspokojivou míru validity v hodnoceních STIPO. Vzestupný trend validity po jednotlivých fázích kurzu nebyl prokázán. Jejich hodnocení byla obecně nezávislá na předchozím vzdělání, stejně jako diagnostické a terapeutické zkušenosti.

**Závěr:** STIPO se zdá být užitečným nástrojem k facilitaci komunikace osobnostní psychopatologie mezi nezávislými odborníky v rámci multidisciplinárních adiktologických týmů. Trénink ve STIPO může být užitečným doplňkem studijního kurikula.

**Klíčová slova:** Studenti adiktologie; klinický úsudek; osobnostní psychopatologie; STIPO; duální poruchy; organizace osobnosti

## **ABSTRACT**

**Background:** With the development of multidisciplinary addictology teams, the ability of an addictologist to reliably assess personality psychopathology can be considered an important prerequisite that significantly enters the process of treatment planning. Because the addictologist is often the first professional to come into contact with the client, verification of the accuracy of clinical judgment seems to be one of the key indicators of addictologist competence.

**Aims:** Verification of the reliability and validity of the clinical assessment of personality psychopathology in master students of addictology based on the course on scoring the Structured Interview of Personality Organization (STIPO).

**Methods:** 31 master students of addictology independently evaluated 7 protocols of the STIPO on the basis of recordings. The presented patients were unknown to the students. Data was collected as part of the STIPO scoring course. The resulting scores of students were compared with: 1. the expert scores of a clinical psychologist with many years of experience with the STIPO; 2. the scores of 4 other psychologists without previous experience with the STIPO who attended the course; 3. information on previous clinical experience and previous education of the students. The comparison of scores was performed by the coefficient of intraclass correlation, the social relation model analysis and linear mixed-effect models.

**Results:** Students demonstrated a high degree of interrater reliability with a significant degree of agreement in patient assessment, as well as a high to satisfactory degree of validity in the STIPO assessments. Increase of validity after individual phases of the course was not proven. Their evaluations were generally independent of previous education, as well as diagnostic and therapeutic experience.

**Conclusions:** The STIPO seems to be a useful tool to facilitate the communication of personality psychopathology between independent experts within multidisciplinary addictology teams. Training in the STIPO can be a useful addition to the study curriculum.

**Keywords:** Addictology students; clinical judgment; personality psychopathology; STIPO; dual diagnoses; personality organization

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>10</b>
<b>1. PROFESE ADIKTOLOGA</b>	<b>10</b>
1.1. Vzdělávání v adiktologii	10
1.2. Adiktolog v systému adiktologických služeb	12
1.3. Klinické předpoklady adiktologa	14
<b>2. DUÁLNÍ PORUCHY V ADIKTOLOGII</b>	<b>17</b>
2.1. Vymezení problematiky duálních poruch	17
2.2. Poruchy osobnosti v adiktologické péči - prevalence	19
2.3. Poruchy osobnosti v adiktologické péči - klinické implikace	21
<b>3. ORGANIZACE OSOBNOSTI</b>	<b>23</b>
3.1. Koncept organizace osobnosti	23
3.2. Význam organizace osobnosti v adiktologii	24
3.3. Metody posuzování organizace osobnosti	28
3.3.1. Strukturální rozhovor	29
3.3.2. Strukturované interview organizace osobnosti	30
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	<b>34</b>
<b>4. CÍL VÝZKUMU</b>	<b>34</b>
<b>5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY</b>	<b>34</b>
<b>6. VÝZKUMNÝ SOUBOR</b>	<b>35</b>
6.1. Procedura výběru souboru	35
6.2. Popis souboru	36
6.2.1. Hodnotitelé	36
6.2.2. Pacienti	36
<b>7. METODY SBĚRU DAT</b>	<b>37</b>
<b>8. METODY ZPRACOVÁNÍ DAT</b>	<b>38</b>
<b>9. VÝSLEDKY</b>	<b>40</b>
<b>10. DISKUSE</b>	<b>47</b>
<b>11. LIMITY STUDIE A ZÁVĚRY</b>	<b>49</b>

<b>12. ETICKÁ KLAUSULE</b>	<b>50</b>
<b>LITERATURA</b>	<b>51</b>
<b>Seznam zkratk</b>	<b>58</b>
<b>Seznam tabulek</b>	<b>59</b>
<b>Seznam obrázků</b>	<b>59</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>60</b>



## ÚVOD

Autoři Miovský et al. (2015) vnímají adiktologa jako nezávislého zdravotnického profesionála se specifickými kompetencemi pro práci v oblasti návykových nemocí, který by svými intervencemi neměl konkurovat jiným zdravotnickým profesím, konkrétně psychiatrům, klinickým psychologům či zdravotním sestřám. Na druhou stranu, uvážíme-li, že poznatky z oblasti psychiatrie, psychosomatické medicíny, veřejného zdravotnictví a klinické psychologie bezesporu patří mezi hlavní pilíře klinické erudice adiktologů, schopnost klinického úsudku adiktologa se zdá být klíčovým parametrem implementace této profese do multidisciplinárních týmů.

V rámci aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče v České republice vznikají krajské adiktologické ambulance s rozšířenou působností. Jejich cílem je zabezpečení sítě služeb pro klienty v širokém spektru komorbidní psychopatologie. Často se jedná o klientelu mající souběžně s hlavní diagnózou závislosti přidružené problémy pramenící z konstituce jejich osobnosti, jež vážně interferují s úspěšností v tradičních léčbách zaměřených primárně na závislost. Přestože diagnóza závislosti byla po desetiletí vnímána jako duševní onemocnění, jež genetickou a neurologickou podstatou spadá především do problematiky medicíny, resp. psychiatrie, konfluence biologických, sociálních a psychologických faktorů podílejících se na vzniku onemocnění vyžaduje překročení tradičních mezioborových hranic (Choi & Pak, 2006). V reformovaném modelu péče se proto setkáváme s profesí adiktologa, který v rámci multidisciplinárního týmu zaujímá jedinečné místo profesionála v první linii. Ten by měl být schopen během prvokontaktu s klientem/pacientem<sup>1</sup> rozhodnout o tom, zda závažnost osobnostní psychopatologie či doprovodné symptomatologie vyžaduje další specifické intervence, spadající do kompetence klinického psychologa nebo psychiatra.

Flexibilita a komplexnost nabízených služeb tak na jedné straně vytváří otevřený systém péče bez rigidních hranic, z něhož může profitovat jak pacient, jenž by jinak např. propadl vysokoprahovým sítím abstinenci ústavní léčby, tak jednotliví členové léčebného týmu, kteří se mohou vzájemně obohacovat o jedinečné klinické perspektivy z různých sfér profesní specializace. Na druhou stranu vzrůstá potřeba jednotného jazyka, kterým mezi sebou budou zúčastnění profesionálové své klinické postřehy komunikovat v zájmu dosažení shody nad léčebnými intervencemi, ušitými na míru potřeb daného pacienta.

---

<sup>1</sup> V celém textu budu používat obou termínů promiskuitně. Nicméně pro přesnost uvedu, že označení klient považuji za vhodnější užívat v rámci adiktologických služeb bez dominantní vazby na resort zdravotnictví.

Nároky na schopnost klinického úsudku adiktologa se tudíž zdají být nyní aktuálnější než kdykoli v minulosti. Vznik adiktologie jako samostatné vědní disciplíny bezesporu významně upřesňuje představu o adiktologovi, jakožto specialistovi na problematiku návykových nemocí. Víme však, jaké jsou reálné klinické schopnosti adiktologů detekovat míru osobnostní psychopatologie, která determinuje potřebnou formu a intenzitu terapeutického vztahu u adiktologické klientely?

Na tuto otázku se pokouším odpovědět v rámci předkládané práce zaměřené na schopnost posouzení závažnosti osobnostní psychopatologie na základě Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO) u magisterských studentů adiktologie. Práce je systematicky rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V rámci první kapitoly teoretické části se zaměřuji na vymezení profese adiktologa z pohledu modelu vzdělávání v adiktologii a uplatnění absolventů v rámci systému zdravotnických služeb. V tomto směru akcentuji zejména klinické předpoklady adiktologa, což považuji za aktuální téma s ohledem na plánované zavedení funkční specializace v klinické adiktologii. Druhá kapitola pak cílí na problematiku duálních poruch v adiktologii. Kromě obecného vymezení problematiky zevrubněji pojednávám o poruchách osobnosti v adiktologické péči, a to jak z pohledu prevalence, tak implikací pro klinickou praxi. Ve třetí kapitole je představen koncept organizace osobnosti, jenž skrze svoji operacionalizaci prostřednictvím STIPO vytváří bazální matrix pro navazující výzkumnou část práce. K ověření schopnosti posuzovat míru závažnosti osobnostní psychopatologie u studentů adiktologie jsem zvolil kvantitativní výzkumný design studie. Data byla získána v rámci pregraduálního kurzu Aplikovaná vývojová psychopatologie, jehož obsahem byl praktický zácvik studentů ve skórování a interpretaci metody STIPO.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PROFESE ADIKTOLOGA

### 1.1. Vzdělávání v adiktologii

Mioviský et al. (2016) definují adiktologii (*addiction science*) jako jasně vymezenou a nezávislou oblast vědeckého bádání a klinické kompetence, zaměřenou na návykové chování a rizikové prostředí pro užívání návykových látek. Adiktologie slučuje biomedicínské, psychologické a společenskovední perspektivy do transdisciplinárního výzkumného rámce. Cílem adiktologie jako vědecké a vzdělávací entity je kultivace identity profese adiktologa, tj. zdravotnického profesionála schopného pracovat v rozličných adiktologických a zdravotnických službách, který je ve své intervenční činnosti nezávislý na odborném dohledu jiného zdravotnického personálu. O historii vzniku oboru adiktologie a okolnostech, které jeho založení předcházely, je zevrubně pojednáno jinde (např. Mioviský, 2007; Mioviský et al., 2014). Pro účely této práce však považuji za vhodné zmínit, že navzdory profesní nezávislosti, podpořené zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních (č. 96/2004 sb.), zůstává činnost adiktologa úzce spjata s jinými medicínskými disciplínami, psychologií, oblastí sociální práce a dalšími specializacemi (Mioviský et al., 2015). Tento fakt se nutně promítá do struktury vzdělávání v oboru adiktologie.

Potřeba specializovaného vzdělávání pracovníků v oblasti návykových nemocí není výsadou pouze České republiky, nýbrž v celosvětovém měřítku reflektuje incidenci a prevalenci problematiky návykových nemocí. V současné době existuje po celém světě téměř 500 akademických studijních programů, které se specializují na problematiku závislosti. Typy programů jsou velmi odlišné, některé z nich tvoří předměty organizované pod patronátem jiných studijních programů nebo se jedná o certifikované kurzy, a přesto je většina z nich zakončena získáním titulu (Mioviský et al., 2019). Přestože nárůst vzdělávacích programů v adiktologii lze v celosvětovém měřítku vnímat zejména v posledních letech (Mioviský et al., 2016), na výraznou heterogenitu pracovníků působících v adiktologických službách bylo poukázáno již dříve. Aiken et al. (1985) například definovali tři skupiny pracovníků v týmech pro léčbu závislosti. První skupinou byli poradenští profesionálové bez osobní zkušenosti se závislostí, druhou skupinou byli kvaziprofesionálové z řad bývalých uživatelů, kteří sice měli osobní adiktologickou zkušenost, ale neměli příslušné vzdělání. Konečně třetí skupinou byli kvaziprofesionálové,

kteří neměli ani osobní zkušenost se závislostí, ani vzdělání. Nabízí se otázka, do jaké skupiny bychom zařadili např. absolventy psychologie, kteří poskytují závislým klientům poradenské služby s žádnou nebo minimální předchozí znalostí problematiky návykových nemocí, protože na mnoha katedrách psychologie se předměty s adiktologickým přesahem v rámci povinného kurikula nevyučují. Samozřejmě bychom našli i řadu jiných profesí (např. lékaře, sociální pracovníky, zdravotní sestry apod.), kteří v tuzemské praxi s adiktologickou klientelou přijdou do styku relativně často, přesto jim chybí širší povědomí o specifických problematiky návykových nemocí. V tomto ohledu autoři Miovský et al. (2016) vyzdvihují důležitost vzájemné spolupráce a ochoty sdílet informace o modelech vzdělávání v adiktologii mezi různými profesemi a specialisty, kteří se na poli návykových nemocí pohybují, a to nejen v tuzemském, ale i mezinárodním rozsahu.

Podle Pavlovské et al. (2017) bylo v Evropě identifikováno 34 studijních programů v oboru adiktologie na 25 univerzitách. Většina z nich zahrnovala magisterskou úroveň studia (44 %), bakalářské programy představovaly 15 % a pouze 4 % zaujímal postgraduální (doktorské) studium. Omezím-li se pro účely práce výhradně na tzv. Pražský komprehenzivní model vzdělávání v adiktologii, realizovaný pod patronátem 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity od roku 2011, podle předběžných výsledků mezinárodní srovnávací studie univerzitních programů v oblasti adiktologie (Miovský, Pavlovská, & Babor, 2015) vyniká tento model minimálně v evropském měřítku ucelenou konceptualizací komplexního akademického vzdělávání a svým důrazem na praktické klinické dovednosti studentů.

Přestože Pražský model nabízí komplexní vzdělávání na bakalářském, magisterském i doktorském stupni studia, schopnost samostatného klinického uvažování je nejvíce akcentována právě u magisterských studentů. Absolventi magisterského stupně adiktologie jsou vyškoleni pro práci v multidisciplinárních týmech. Měli by mít dovednosti pro komunikaci se všemi zúčastněnými stranami zapojenými do užívání návykových látek, od politických činitelů s rozhodovacími pravomocemi, přes manažery adiktologických služeb, až po přední klinické nebo zdravotnické pracovníky a sociální pracovníky. Primární akcent magisterského programu je kladen na oblasti duševního a veřejného zdraví, stejně jako na podporu schopnosti transdisciplinárního myšlení (Miovský et al., 2016), čímž se tento studijní program stává atraktivním i pro zájemce, kteří nejsou absolventi bakalářského studia adiktologie. Touto možností Pražský model vytváří podmínky pro harmonizaci

výkonu práce psychiatrů<sup>2</sup>, psychologů, zdravotních sester, ale i celé řady dalších odborností z řad pomáhajících profesí s prací adiktologů.

## 1.2. Adiktolog v systému adiktologických služeb

Adiktolog je podle Doležalové et al. (2013) zdravotník, který není lékařem (viz zákon č. 96/2004 sb.), a který se zabývá prevencí, léčením a/nebo snižováním škod a poruch způsobených užíváním alkoholu, tabáku, a další psychoaktivní látky, včetně poruch souvisejících s patologickým hráčstvím. Profese adiktologa je transdisciplinární, když využívá komplexní přístup k léčbě pacientů/klientů s využitím specifické léčby, vzdělávání a preventivních intervencí aplikovaných na individuální bázi, včetně sociální práce a psychosociální rehabilitace. V tomto ohledu lze uplatnění adiktologa nalézt prakticky ve všech typech služeb poskytujících adiktologickou péči podle zákona č. 379/2005 sb., tj.: akutní ústavní péči; detoxifikaci; informační (*outreach*) program; terénní a poradenské služby; ambulantní péči; denní stacionáře; krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu; rezidenční léčbu v terapeutických komunitách; doléčovací programy a substituční léčbu.

Jak je zřejmé z tabulky 1, adiktologické služby lze považovat za jeden z hlavních pilířů infrastruktury veřejného zdraví na poli adiktologie. Adiktologie v tomto ohledu nereprezentuje pouze specializaci, která je alternativou k již dříve etablovaným specializacím na poli závislostních poruch (tj. lékařům, psychologům, sociálním pracovníkům, apod.), nýbrž je specializací, v níž můžeme rozpoznávat mnoho odlišných aspektů jiných odborností. Adiktologie má své vlastní odborné zázemí založené na interdisciplinárním pohledu na závislosti, disponující svébytnou specifickou terminologií, teorií a metodami. Jako taková konstituuje nově vznikající skupinu profesionálů působících na poli závislostních poruch, s jejich vlastní profesní identitou a profesní orientací (Thom, Duke, & Herring, 2017).

---

<sup>2</sup> Ti však mají v České republice možnost nezávislého specializačního vzdělávání v oblasti návykových nemocí zakončeného atestační zkouškou.

<b>Tabulka 1: Klíčové disciplinární složky v oblasti adiktologie (převzato a upraveno podle Babor et al, 2017)</b>		
<b>Adiktologie</b>		
<b>Svépomocné a patientské aktivity</b>	<b>Služby adiktologické péče</b>	<b>Vzdělávání a výzkum</b>
Svépomocné skupiny	Preventivní programy	Specializované časopisy
Skupiny zaměřené na zotavení ( <i>recovery groups</i> )	Služby poskytující terapii a rehabilitaci	Výzkumná centra
Přirozené zotavení	Služby a aktivity zaměřené na snižování negativních dopadů a rizik ( <i>harm and risk reduction</i> )	Odborné společnosti
Pacientské iniciativy		Specializované knihovny a dokumentační centra
Veřejné zájmové skupiny		Programy a instituce zaměřené na výcvik a vzdělávání
		Grantové agentury a protidrogoví a strategičtí koordinátoři

Z pohledu profesní specializace autoři Miovský et al. (2015, 2016) poukazují na dva možné směry, kterými se kvalifikace v adiktologii může ubírat. Prvním z nich je adiktologická specializace v rámci stávajících profesí, které se podílejí na péči o adiktologickou klientelu, jako jsou profesionálové v oboru poradenství, psychologové, psychiatři, zdravotní sestry, sociální pracovníci atd. Druhým směrem je „adiktolog“ jako nezávislý odborník, což s sebou nese požadavek na vznik nové profese. Na tomto místě považuji za vhodné zmínit, že za adiktologa jako nezávislého profesionála lze považovat pouze absolventa bakalářského programu v adiktologii, který se svým tréninkem s důrazem na univerzální nasazení v oblasti harm reduction, case managementu a prevence podobá profesi poradenského adiktologa (*addictology counsellor*) zavedené např. v Irsku (Butler, 2011).

Miovský et al. (2015) jsou toho názoru, že vytvoření adiktologie jako samostatné profesní disciplíny by samo o sobě nemělo vést ke kompetici či konkurenci s obory, které se v oblasti návykových nemocí historicky vyskytovaly. Skutečnost, že adiktolog má v České

republice licenci samostatného a nezávislého zdravotníka-nelékaře znamená, že jeho profesní zařazení a specifické kompetence jsou rovnocenné fyzioterapeutům, nutričním terapeutům nebo psychologům ve zdravotnictví (tj. psychologům v atestační přípravě v oboru klinická psychologie). S ohledem na vývoj profesní specializace adiktologa jako nezávislého profesionála ve zdravotnictví se v tomto ohledu zdá být dalším logickým krokem připravované specializační vzdělávání v klinické adiktologii, čímž by se specifické adiktologické kompetence adiktologa (tj. absolventa bakalářského i magisterského studia adiktologie) měli stát ekvivalentní specifickým psychologickým kompetencím klinického psychologa.

Pokud jde o související profese v drogové oblasti, je podle Miovskeho et al. (2016) nutné udržovat kvalifikaci také v dalších oborech, působící v adiktologických službách, a tak zachovat „interdisciplinární povahu pracovních týmů“. Související profese by měly mít možnost získat integrovanou specializaci v adiktologii, tj. kromě kvalifikačního titulu ve své disciplíně by mohly získat specializaci v adiktologii jako interdisciplinární perspektivu. Tento směr se pravděpodobně nejvíce odráží v možnosti navazujícího magisterského studia adiktologie nezávisle na bakalářském stupni. Umožňuje-li navazující magisterské studium profesionálům z jiných oborů rozšířit své kompetence o adiktologický rámec, nabízí se otázka, jakými klinickými předpoklady toto studium vybavuje adiktology, aby rozšířili své kompetence o rámec psychopatologický. Ten neřídka nabývá na významu vnímáme-li adiktologického klienta širší (tj. makro) perspektivou rizikového prostředí, ve kterém na příčinách vzniku a rozvoje závislosti spolupůsobí různé biologické, psychologické a sociální faktory (Rhodes, 2009).

### 1.3. Klinické předpoklady adiktologa

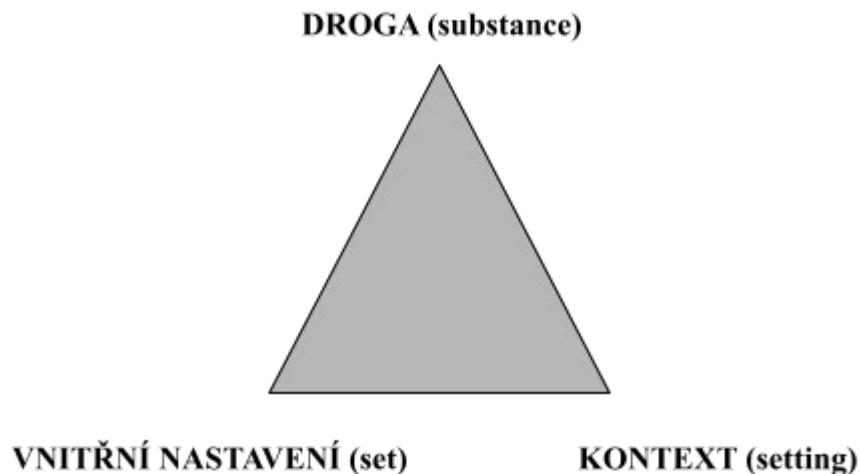
Kurikulum navazujícího magisterského studia adiktologie obsahuje řadu klinicky orientovaných kurzů, které jsou rozděleny do dvou vzdělávacích linií. První linií je tzv. interdisciplinární linie, druhou pak klinická adiktologie. Obě linie větší či menší mírou připravují studenty k tomu, aby byli schopni poskytovat intervence v oblasti duševního zdraví (tj. na úrovni jednotlivců či skupin), veřejného zdraví (tj. na úrovni zdravotnických systémů a služeb) nebo širšího sociálního společenství (tj. na úrovni kriminálních, biomedicínských a psychologických rizikových faktorů) (Miovský et al., 2016).

S ohledem na primárně psychopatologický rámec této práce, se v kontextu klinických předpokladů adiktologa pro oblast duševního zdraví více zaměřím na kurz *Klinická adiktologie - pokročilé klinické dovednosti*, který reprezentuje linii klinické adiktologie, a kurzy *Vývojová psychopatologie* a *Aplikovaná vývojová psychopatologie*, reprezentující linii interdisciplinární. Cílem kurzu *Klinická adiktologie - pokročilé klinické dovednosti* je seznámit studenty s teorií a metodologií ověřených postupů z oblasti harm reduction a psychosociálních intervencí, které se uplatňují v předléčebných intervencích, léčbě a následné péči u osob s poruchami ze zneužívání návykových látek a příbuznými poruchami závislostního okruhu. Svým komplexním pojetím, zahrnujícím mj. psychodynamické hledisko závislostní psychopatologie, se tento kurz do značné míry doplňuje s kurzem *Vývojová psychopatologie*, jenž je zaměřen na psychodynamické teorie vývoje. Cílem kurzu je představit psychodynamické (psychoanalytické) konceptualizace a ukázat, jak se ve vývoji dítěte uplatňuje zkušenost s důležitými blízkými osobami a jejich výchovou. Perspektiva normálního, resp. anomálního vývoje osobnosti je v tomto kurzu vnímána jako důležitá diferenciativně diagnostická prerekvizita, která významným způsobem vstupuje do léčebného procesu, zejména pak v následné péči adiktologické klientely. Kurz *Aplikovaná vývojová psychopatologie* je následně zaměřen na aplikaci teoretických psychodynamických konceptualizací v klinické praxi. Student by měl v rámci kurzu prokázat dostatečné klinické schopnosti pro posuzování závažnosti osobnostní psychopatologie s využitím na teorii založeného diagnostického nástroje - Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO), o němž bude zevrubněji pojednáno později. Uvážíme-li, že *Vývojová psychopatologie* a *Aplikovaná vývojová psychopatologie* mají v součtu stejnou hodinovou dotaci, čítající 60 hodin přímé výuky, jako *Klinická adiktologie - pokročilé klinické dovednosti*, nelze pochybovat o významu, který tzv. Pražský model přisuzuje aplikaci psychoanalytického myšlení u adiktologické klientely. Tento fakt se do značné míry promítá i do historie vzdělávání v psychoterapii závislostních poruch, konkrétně modelu SUR (Skála, Urban, & Rubeš), který však svoji psychodynamickou podstatu musel v důsledku zachování politické korektnosti v dobách svého vzniku maskovat za svůj integrativní charakter (Miovský et al., 2015).

Z předchozího odstavce je zjevné, že schopnost porozumění psychopatologii závislosti z pohledu endogenních i exogenních faktorů je považována za zásadní klinický předpoklad absolventa magisterského studia adiktologie. Hovořím-li na tomto místě o faktorech, kterými je závislostní problematika u daného jedince formována, je nutné mít na paměti, že



se může jednat o faktory, které jsou současně jejími potenciálními kořeny. Esenciálním klinickým předpokladem adiktologa pak v tomto ohledu není nic jiného, než schopnost evaluace klienta optikou tzv. Zinbergova trojúhelníku, jež zohledňuje vzájemnou interakci tří klíčových aspektů závislostního chování (viz obrázek 1).



**Obrázek 1:** Zinbergův trojúhelník (převzato a upraveno podle Zinberg, 1984)

Na součinnost endogenních a exogenních faktorů při vzniku závislosti poukazuje např. také Kudrle (2003). Z jeho perspektivy lze biologickou a psychologickou vulnerabilitu jedince považovat za endogenní faktor, který může být daný např. vyšší vrozenou tolerancí ke zneužívané látce, depresivními dispozicemi nebo jinou původní psychopatií (např. poruchou osobnosti). Zmíněná vulnerabilita nasedající na adiktologicky příznivý kontext následně vede k prohlubování psychopatie závislosti, která se promítá do klinických obrazů dalších poruch vyvolaných abusem, či závislostí samotnou. Fenomény jako např. depresogenní účinek při chronickém abusu alkoholu, paranoidně halucinatorní syndrom při chronickém abusu stimulantů nebo amotivační syndrom při chronickém abusu marihuany naznačují na úzkou provázanost závislostní psychopatie s problematikou duálních poruch.

## 2. DUÁLNÍ PORUCHY V ADIKTOLOGII

### 2.1. Vymezení problematiky duálních poruch

Duální poruchou nebo psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho jedince (WHO, 2004). Přestože v psychiatrii a službách pro duševní zdraví obecně definujeme duální poruchu jako paralelní výskyt duševní poruchy, kterou lze považovat za prvotní, hlavní či základní onemocnění, obvykle spadající do schizofrenního, afektivního, úzkostného či jiného okruhu, s jinou přidruženou poruchou vyskytující se u téhož jedince (Fox et al., 2010), z adiktologického hlediska o duální poruše uvažujeme z obrácené perspektivy. Porucha spojená s užíváním psychoaktivní látky je považována za základní diagnózu, s níž se souběžně u daného jedince vyskytuje další duševní porucha či poruchy (Kalina, 2020).

Různé zahraniční studie uvádějí různou prevalenci psychiatrické komorbidity s ohledem na typ užívané drogy a závažnost psychické poruchy. Regier et al. (1990) uvádí, že 53 % z těch, kteří trpí poruchou spojenou s užíváním drog, trpí také další, minimálně jednou, psychickou poruchou. Dále např. Tims et al. (1997) udávají 35 %, zatímco jiný, recentnější přehled uvádí 60-80 % (Torrens, Mestre-Pintó, & Domingo-Salvany, 2017). Přes zmíněné rozdíly lze v prevalenci duálních poruch mezi adiktologickou klientelou vnímat kontinuálně vzestupný trend, jenž je často vysvětlován sdílením neurobiologických a behaviorálních abnormalit u obou (nebo více) souběžně se vyskytujícími poruch (WHO, 2004).

Z hlediska zastoupení komorbidních diagnóz autoři Torrens, Mestre-Pintó a Domingo-Salvany (2017) poukazují na převahu komorbidních poruch osobnosti, úzkostných a depresivních poruch. Dalšími diagnózami, které jsou v kontextu duálních poruch u adiktologické klientely časté, jsou poruchy příjmu potravy a různé psychotické poruchy (Kalina & Minařík, 2015). Přestože v tabulce 2 uvádím procentuální zastoupení nejčastějších psychických poruch u závislých na nelegálních drogách, Kalina (2020) upozorňuje, že je nutné mít na paměti, že práce, které se zabývají zkoumáním prevalence konkrétní poruchy obvykle budou tuto poruchu vnímat jako častější, než práce, které hodnotí širší spektrum poruch. Tento fenomén je patrný např. ve studii zabývající se komorbiditou u uživatelů drog, kterou provedli Weaver et al. (2003). Přesto i v této studii komorbidní poruchy osobnosti a depresivní a/nebo úzkostné poruchy dominují nad ostatními diagnózami.

<b>Tabulka 2:</b> Nejčastější psychické poruchy u závislých na nelegálních drogách (převzato a upraveno podle Kalina & Minařík, 2015)	
<b>Diagnostická skupina</b>	<b>Četnost (% klientů)</b>
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně-kompulzivní poruchy	6
Poruchy příjmu potravy	15
Fobické poruchy	28
Afektivní poruchy (zejm. deprese různé závažnosti)	29
Úzkostné poruchy	34
Psychosexuální dysfunkce	40
Poruchy osobnosti	44
<i>Pozn.: Poruchy se mohou kumulovat, takže součet je vyšší než 100 %.</i>	

V úvodu podkapitoly jsem uvedl, že na problematiku duálních poruch v adiktologii můžeme pohlížet optikou závislosti jako primární diagnózy nebo jako diagnózy přidružené k primárně se vyskytující duševní poruše. Např. Fox et al. (2010) poukazují na skutečnost, že u primárně psychiatrických pacientů se prevalence komorbidní adiktologické diagnózy vyskytuje přibližně v 50 % případů. S ohledem na úzkou provázanost psychiatrie a adiktologie lze tuto skutečnost vnímat jako další argument hovořící pro smysluplnost ověřování schopnosti adiktologů orientovat se v psychopatologických projevech adiktologické klientely. Koneckonců se v současnosti setkáváme čím dál častěji s faktem, že se adiktologové stávají členy multidisciplinárních týmů v centrech duševního zdraví, primárně orientovaných na psychiatrickou klientelu.

Z etiologického hlediska se různí autoři (např. Miovská, Miovský, & Mravčík, 2006; NIDA, 2010; Fox et al., 2010) shodují, že existují tři obvyklé scénáře, které mohou přispět ke vzniku a rozvoji duálních poruch u adiktologických pacientů. Prvním z nich je tzv. primární komorbidita (Torrens, Mestre-Pintó, & Domingo-Salvany, 2017), což je situace, kdy duševní potíže existovaly dříve, i když nemusely být zaznamenány a léčeny. Užití

návykové látky přinášelo úlevu a podpořilo žádoucí modus prožívání. V tomto směru hovoříme o tzv. modelu samoléčení či sebemedikace (Kalina, 2020). Člověk s touto zkušeností pak často v užívání pokračuje a může se rozvinout závislost. Druhým scénářem je tzv. sekundární komorbidita (American Psychiatric Association, 2013), kdy zejména dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek může duševní poruchu vyvolat. Porucha se může rozvinout v souvislosti s abusem jako jeho následek či vlivem poškození, indukovaného neurotoxicitou zneužívané látky, případně vlivem nepříznivých okolností způsobených abusem. V kontextu této práce vyžaduje zvláštní pozornost třetí scénář, který vychází z předpokladu, že psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny, např. stresové poruchy, jež mohla vzniknout traumatizací v dětství, nebo vývojově podmíněné poruchy osobnosti (Kalina, 2020).

Výše uvedené scénáře se mohou vzájemně doplňovat, případně potencovat, a vytvářet komorbidní klinický obraz u konkrétního pacienta. Nejasný však zůstává faktor kauzality, tedy, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách, nebo naopak, zda závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů, nebo také, zda psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné základní příčiny (Miovská, Miovský, & Mravčík, 2006). Interakce mezi oběma (nebo více) poruchami je nevyhnutelná a je třeba brát v úvahu další rizikové (případně protektivní) etiologické faktory, kterými jsou např. překrývající se genetická vulnerabilita, překrývající se spouštěče, zapojení podobných oblastí mozku, či společná riziková stadia vývoje osobnosti (NIDA, 2010).

## 2.2. Poruchy osobnosti v adiktologické péči - prevalence

Pokud jsem v předchozí podkapitole uvedl, že depresivní a úzkostné poruchy společně tvoří nejpočetnější skupinu duálních poruch u adiktologické klientely, u klinických vzorků drogově závislých pacientů jsou nejčastější formou komorbidity poruchy osobnosti (50 - 90 %). Teprve po nich následují afektivní poruchy (20 - 60 %) a psychotické stavy (15 - 20 %). Asociální (či rovněž antisociální/disociální) porucha osobnosti byla pozorována u 25 % pacientů z příslušného klinického vzorku (EMCDDA, 2004). Vysokou prevalenci této komorbidity dokládají i Compton et al. (2007) v souvislosti s projektem NESARC. V tomto projektu vykazovali probandi s disociální poruchou 2,5x častěji souběh se závislostní poruchou. Kalina (2020) však v této souvislosti upozorňuje, že je diskutabilní, zda jsou v tomto případě disociální osobnostní charakteristiky primární, či zda jsou svého

druhu pseudopsychopatizací, tedy adaptací na závislost a způsob života, který závislost doprovází. Tím se samozřejmě nevyklučuje, že někteří závislí lidé mohou mít asociální povahu. Z klinické praxe ovšem víme, že pro osoby závislé na návykových látkách (zejména pak drogách s vysokým a rychle vzrůstajícím návykovým potenciálem, jako jsou např. inhalanty a opioidy) se substance stává důležitější než lidské vztahy nebo osobní charakternost. Z manifestně asociálního chování (např. krádeže, agresivita, apod.) se následně usuzuje na jejich psychopatickou osobnost. Ta by však měla být hodnocena teprve tehdy, kdy má klinický pracovník k dispozici hodnověrné informace o chování pacienta před propuknutím závislosti nebo kdy dostatečně dlouhé období abstinence umožní observovat jeho jádrové osobnostní charakteristiky (McWilliams, 2015). Podobně např. Frouzová (2003) uvádí, že drogy usnadňují přizpůsobení jedince, který se vyskytuje v rizikovém prostředí, kde se abusus drog a s ním spojené asociální chování považuje za standard. Droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potlačuje empatii a případné nepříjemné výčitky svědomí.

Přestože prevalenci poruch osobnosti mezi adiktologickou klientelou není snadné pro odlišné diagnostické zaměření a různé typy zvoleného vzorku reliabilně hodnotit ani na evropské úrovni, natož celosvětově, různé klinické studie se shodují nad dominancí asociální a hraniční poruchy osobnosti (EMCDDA, 2004). Na nedostatečně strukturovanou a zranitelnou osobnostní výbavu u závislých osob, odpovídající především hraniční či narcistické poruše osobnosti poukazují i další autoři (např. Rodríguez-Llera et al., 2006; Astals et al., 2008). Vzájemná provázanost antisociální, hraniční a narcistické poruchy osobnosti není náhodná ani z deskriptivního ani z psychodynamického hlediska. Z pohledu deskriptivních DSM-IV kategorií pro poruchy osobnosti všechny tři zmíněné poruchy odpovídají tzv. klastru B, jehož společným jmenovatelem jsou rysy emoční nestability a dramatizace (American Psychiatric Association, 1998). Z psychodynamického pohledu lze narušenou kapacitu zvládat impulzy strachu a hněvu u tohoto typu pacientů dávat do souvislosti s tendencí k opakované expozici návykovým látkám, která může vést k závislosti (Lara et al., 2006).

Výše uvedené odstavce naznačují, že pokud jde o specifické poruchy osobnosti, lze mezi adiktologickou klientelou očekávat spíše ty, které jsou charakteristické závažnějším narušením v hlubších osobnostních strukturách. Hraniční a narcistické poruchy jsou typické jádrovým deficitem ve strukturách ega a superega, přičemž míra patologie superega je např. jedním z ústředních diferenciativnědiagnostických kritérií pro odlišení

akcentované osobnosti s narcistickými rysy, narcistické poruchy osobnosti, syndromu maligního narcismu a antisociální poruchy osobnosti (Riegel, 2020). V tomto kontextu lze považovat za diskutabilní tvrzení Röhra (2015), že největší skupinu závislých pacientů v léčbě tvoří pacienti se závislou strukturou osobnosti. Přesto nelze opomenout, že závislá porucha osobnosti patří mezi diagnózy, které se nejčastěji vyskytují v souvislosti s problematikou kodependence (Kudrle, 2003), a jako taková může mít rovněž významné klinické důsledky pro léčbu závislých pacientů. Nešpor (2003) poukazuje na skutečnost, že mnozí členové rodiny klientů s duální diagnózou sami trpí návykovým problémem nebo jinou duševní poruchou (např. závislou poruchou osobnosti). Ta může nadále prohlubovat bludný kruh závislosti pramenící z kodependentní vztahové psychopatologie.

### 2.3. Poruchy osobnosti v adiktologické péči - klinické implikace

Chaotické, často bouřlivé nebo absentující mezilidské vztahy jsou jedním z typických projevů pacientů trpícími klastr B poruchami osobnosti, které jsou provázány s pocity strachu z opuštění a nekontrolovatelného hněvu (American Psychiatric Association, 1998). Z klinického hlediska lze předpokládat, že adiktologičtí pacienti s komorbidní poruchou osobnosti z hraničního spektra budou stejné obtíže zažívat jak v samotné léčbě závislosti (např. vzhledem k spolupacientům či léčebnému personálu), tak následném doléčování.

Práce s komorbidními klienty staví před pracovníky mnohé problémy. Disruptivní a agresivní chování klientů, a zejména těch, kteří trpí „dramatičtějšími“ druhy poruch osobnosti, z nich spolu s jejich emocionální nestabilitou často činí těžko zvladatelné jedince. U léčebných pracovníků na všech úrovních je důležitý víceoborový přístup k tomu, jak zacházet s pacienty s různými vzorci komorbidity. Tito pracovníci jsou však často specializováni a cítí se kvalifikováni pouze v mezích své odbornosti. Obtíže, se kterými se pacienti potýkají při vymezování sebeúcty a které se následně odrážejí v přehnaném předvádění se, a neschopnost těchto pacientů ovládat svou impulsivitu a touhu po droze vedou často k tomu, že jsou léčební pracovníci frustrováni a cítí se nedocení. Pro dobré podmínky pacientů i členů týmu, stejně jako i pro celkovou kvalitu léčby je důležité zvyšovat schopnost celého týmu chápat specifické a odlišné problémy při práci s pacienty trpícími poruchami osobnosti ve srovnání s těmi, kteří trpí např. psychotickými poruchami (EMCDDA, 2004).

Klíčovým faktorem se proto zdá co nejdřívější stanovení správné diagnózy. To je však na základě jediného vyšetření obtížné nebo dokonce nemožné, zejména uvažíme-li skutečnost, že závislost nebo jiný návykový problém často překrývá další duševní poruchu a znesnadňuje její rozpoznání (Nešpor, 2003). Rutinní vyhodnocení psychiatrických poruch mezi uživateli drog na začátku léčby se zdá být spíše výjimkou než pravidlem. V důsledku toho mnozí klienti s komorbiditou zahajují drogovou léčbu bez toho, aby se jim dostalo léčby zaměřené na jejich problémy v oblasti duševního zdraví. I když je komorbidita diagnostikována, často se k ní při následné adiktologické léčbě nepřihlíží, nebo, jak je tomu v případě psychiatrických oddělení, její diagnostikování vede k léčbě, která nezohledňuje současné užívání drog (EMCDDA, 2004).

Nešpor (2003) zdůrazňuje, že léčba klientů s dvojitou diagnózou bývá většinou dlouhodobá. U adiktologických pacientů s komorbidní poruchou osobnosti bývá hlavním terapeutickým úkolem poté, co ustoupí akutní adiktologická problematika z centra pozornosti, práce na terapeutickém vztahu s jasně vymezenými hranicemi. Vhodně zvolené diagnostické postupy ve správný čas (tj. např. minimálně po měsíci abstinence) mohou být základními stavebními kameny dobré terapeutické aliance. Autoři Lara et al. (2006) v tomto kontextu uvádějí, že použití dimenzionálního přístupu k diagnostice poruch osobnosti místo přístupu kategoriálního pacienti subjektivně vnímají jako zájem o jejich konkrétní emoční charakteristiky, spíše než o hledání diagnostické nálepky. Tento poznatek je v souladu s uplatněním psychodynamického modelu organizace osobnosti, který je svým zastřešujícím konceptem hraniční organizace de-facto nadřazený specifickým diagnózám poruch osobnosti (Riegel, 2021).

## 3. ORGANIZACE OSOBNOSTI

### 3.1. Koncept organizace osobnosti

Základní premisou psychodynamické konceptualizace poruch osobnosti je skutečnost, že objektivně pozorovatelné chování i subjektivně pociťované potíže pacientů s touto diagnózou odrážejí patologické rysy psychologických struktur, které jsou jejich podkladem (Riegel, Preiss, & Harsa, 2015). Podle Kernbergova modelu lze základní strukturu osobnosti smysluplně charakterizovat z hlediska úrovně organizace ega, tj. míry celkové osobnostní psychopatologie (Kernberg, 1984)<sup>3</sup>. Tento model, založený na současné teorii objektivních vztahů (Kernberg & Caligor, 2005; Caligor & Clarkin, 2010), definuje čtyři, resp. tři úrovně organizace osobnosti - normální/neurotickou (NPO), hraniční (BPO) a psychotickou (PPO). Hraniční organizaci poté dále rozděluje na vyšší úroveň hraniční organizace osobnosti (tj. nacházející se blíže neurotické organizaci) a nižší úroveň hraniční organizace osobnosti (tj. nacházející se blíže psychotické organizaci). Za klíčová kritéria při posuzování, do které z těchto kategorií daný jedinec spadá, jsou považována: míra schopnosti testovat realitu; míra zralosti převažujících obranných mechanismů; a míra konsolidace (integrace)/difuze identity (Riegel, 2020).

Méně závažná, neurotická úroveň organizace osobnosti je spolu s normální osobností charakterizovaná konsolidovanou identitou, typickou stabilním, obvykle dobře diferencovaným, komplexním, realistickým a soudržným vnímáním sebe a druhých. Přesto se neurotická organizace osobnosti od normální odlišuje vyšší rigiditou v oblasti osobnostního fungování. Zatímco jedinec s normální osobností je schopný flexibilně a adaptivně zvládat vnější stresory a vnitřní konflikty, neuroticky organizovaný jedinec bude tendovat k rigidním, a do jisté míry maladaptivním reakcím na stres, které vyvěrají z dopadu obranného mechanismu potlačení na celkové osobnostní fungování. Normálně i neuroticky organizovaní jedinci sice mají schopnost navazovat hluboké a dlouhodobé vztahy, přesto u neuroticky organizovaných osob hrozí určité obtíže ve schopnosti kombinovat láskyplné pocity se sexuálním uspokojením. Morální fungování u neuroticky organizovaných jedinců je obvykle konzistentní a internalizované, přesto může být až příliš rigidní, doprovázené sklonem k přehnané sebekritice (Kernberg, 1984).

---

<sup>3</sup> Pro přehlednost uvedu, že strukturou osobnosti se rozumí zevně pozorovatelný způsob, jakým se jedinec vyrovnává s konflikty a dilematy, s nimiž se potýká. Oproti tomu organizaci osobnosti lze chápat jako vnitřní (intrapyschické) uspořádání psychologických sil a kvalit daného jedince, které je podmíněné schopností integrace polarizovaných aspektů sebe a druhých (Riegel, 2020).



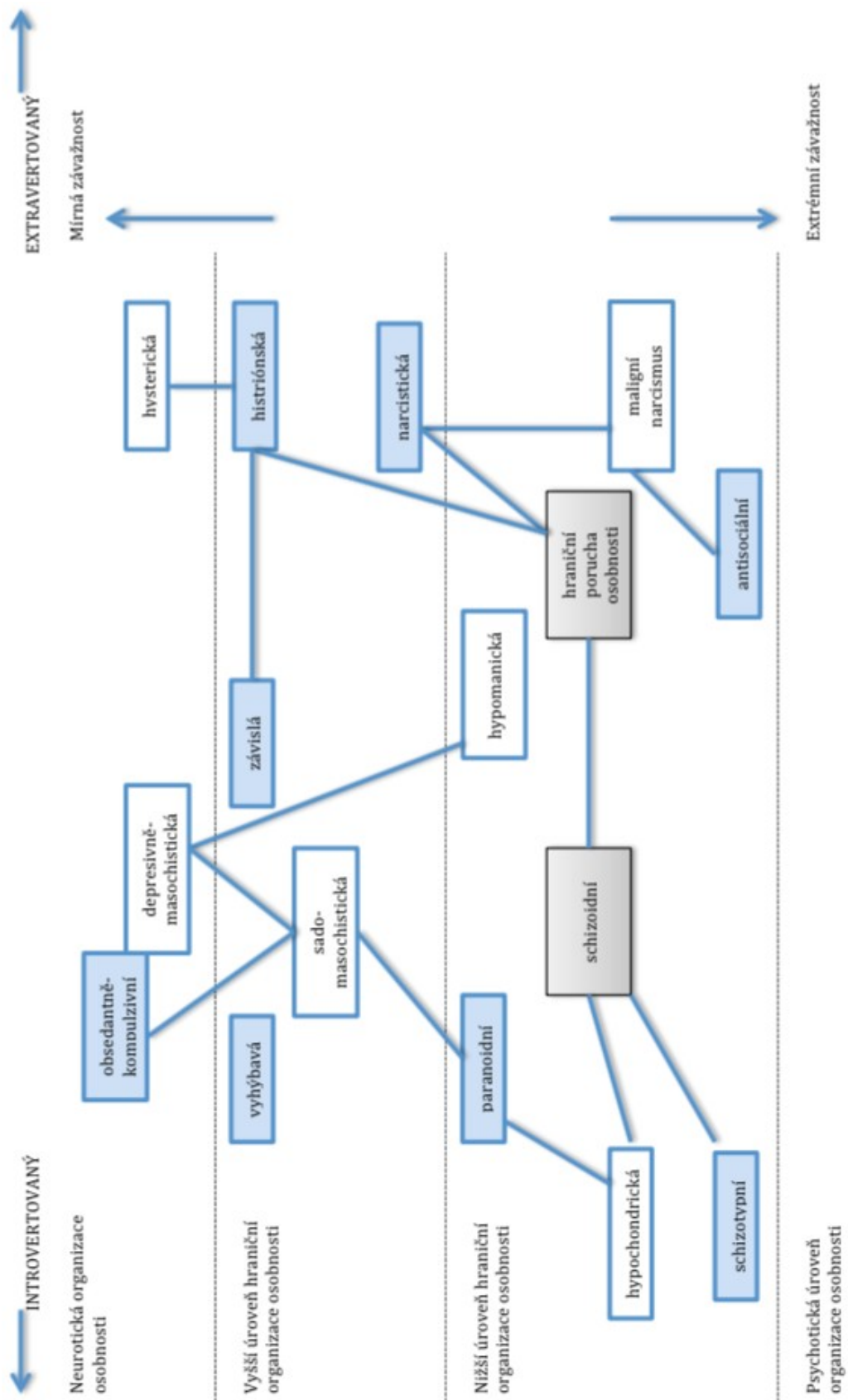
Oproti tomu difuzní, neboli slabě integrovaná identita, je hlavní charakteristikou hraniční organizace osobnosti. Je spojena s nestabilním, povrchním, slabě diferencovaným, polarizovaným (černobílým), zkresleným a nekonzistentním vnímáním sebe a druhých. Převaha nezralých obranných mechanismů založených na štěpení (tj. např. idealizace/devalvace, projektivní identifikace či popření) tyto fragmentované obrazy sebe a druhých neustále udržuje v chodu, což je rozdíl oproti převaze potlačení a dalších zralejších obran přítomných na neurotické úrovni organizace (Riegel, 2020). Současně se hraničně organizovaní jedinci liší od pacientů s atypickými psychózami více či méně intaktní schopností testovat realitu, přestože jejich schopnost testovat sociální realitu (tj. číst emoce druhých) je výrazně deficitní (Kernberg & Caligor, 2005). Schopnost navazování interpersonálních vztahů se liší v závislosti na stupni závažnosti hraniční psychopatologie. Směrem k neurotické organizaci osobnosti vzrůstá schopnost pacientů pro závislost na druhém člověku. Přestože se převážně jedná o vztahy problémové, vykazují obvykle méně konfliktnosti, agresivity a amorálních projevů než vztahy hraničně organizovaných jedinců, lokalizovaných blíže psychotické organizaci (Kernberg, 1984).

Na obrázku 2 horizontální linie znázorňují jednotlivé organizace osobnosti. Vertikální osa určuje stupeň závažnosti, přičemž míra závažnosti stoupá na diagnostickém kontinuu směrem od neurotické po psychotickou organizaci osobnosti. Ústřední část schématu pak vyplňují specifické diagnózy poruch osobnosti. Jak uvádí Riegel (2015, 2020), diagnózy v šedém a modrém rámečku jsou přejaty z DSM-IV-TR. Diagnózy v bílém rámečku značí některé relevantní poruchy osobnosti a klinické koncepty převzaté převážně z DSM-III-R. Specifické poruchy osobnosti jsou dále děleny podle typu na introvertované a extravertované. Prototypem introvertovaných je schizoidní porucha osobnosti, prototypem extravertovaných je hraniční porucha osobnosti. V termínech klasifikace podle DSM-IV jsou poruchy osobnosti spadající do klastru C lokalizovány v Kernbergově modelu na vyšší úrovni hraniční organizace osobnosti než poruchy spadající do klastrů A a B (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006).

### 3.2. Význam organizace osobnosti v adiktologii

Autoři Rentrop et al. (2014) se ve svém výzkumu zabývali psychiatrickou komorbiditou a organizací osobnosti u pacientů s kombinovanou závislostí. Téměř většina probandů se

nacházela na hraniční úrovni osobnostní organizace. Všichni pacienti vykazovali střední až těžké problémy v oblasti identity, objektních vztahů, copingových strategií, agrese, morálních hodnot a primárně využívali primitivní obrany. Dále našli silný vztah mezi poruchami osobnosti zachycenými pomocí Strukturovaného klinického interview pro DSM-IV (SCID-II) a závažností osobnostní psychopatologie podle metody STIPO. Nejčastějšími poruchami osobnosti vyskytujícími se u tohoto vzorku byly hraniční porucha osobnosti a antisociální porucha osobnosti, což do značné míry potvrzuje závěry studií zaměřených na prevalenci specifických poruch osobnosti, citovaných v podkapitole 2.2. Pacienti s polyvalentní závislostí, zejména v kombinaci s alkoholem, se ukázaly být vulnerabilnější z hlediska hloubky osobnostní psychopatologie také v jiných výzkumech pracujících s konceptem organizace osobnosti (např. Sandell & Bertling, 1999; Procházka & Dvořáková, 2020). Tyto závěry jsou však v rozporu s tvrzením Jeřábka (2008), podle něhož se u závislých objevuje jednotná osobnostní organizace bez ohledu na preferenci návykové látky. Zmíněný autor v této souvislosti hovoří o přítomnosti tzv. adiktivně disponované osobnosti, která je přítomná u všech závislých jedinců.



**Obrázek 2:** Kernbergův model organizace osobnosti a poruch osobnosti (převzato a upraveno podle Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006)

Adiktivně disponovanou osobnost můžeme chápat jako primárně osobnostní patologii, která nekoreluje s délkou abusu psychotropních látek ani jejich druhem. Jedná se o fenomenologický a psychodynamický konstrukt, kterým se autor snažil potvrdit význam Kernbergova modelu prostřednictvím nalezení jednotné osobnostní psychopatologie u závislých jedinců. Na základě jeho výsledků 70 % zkoumaných osob splňovalo daná kritéria pro osobnostní patologii charakterizovanou jako vývojově nízký stupeň osobnostní organizace (Procházka & Dvořáková, 2020). Jeřábekův model obsahuje sedm dimenzí: 1. nízkou integraci identity; 2. narušenou internalizaci objektivních vztahů; 3. vývojově nízkou úroveň defenzivní organizace; 4. nízkou integraci superega; 5. nízkou integraci emocí a schopnosti jejich prožívání; 6. distorzi percepčně-kognitivního zpracování reality; 7. motivační distorzi, inkongruenci a ambivalenci (Jeřábek, 2008). Kalina (2020) s odkazem na Jeřábka shrnuje, že adiktivně disponovaný člověk je nejistý sám v sobě, nemá pocit zakotvení v životě, což se negativně prolíná do mezilidských vztahů, nízké frustrační tolerance a neschopnosti adekvátně zvládat konflikty. Jeho schopnost kontaktu s vlastními emocemi je značně omezená, převažuje disociace nebo popření afektů na bázi primitivních obranných mechanismů. Tito lidé mohou prožívat časté pocity vnitřního debaklu a prázdnoty. Percepčně-kognitivní zpracování je nepřiměřené, chybí racionální plánování životní perspektivy. Osobnostní limitace adiktivně disponovaných jedinců vede k neschopnosti využívat možností, které život přináší, a to i ve stavu abstinence.

Přestože Jeřábekův model adiktivně disponované osobnosti svým popisem nápadně připomíná koncept hraniční organizace osobnosti, charakterizovaný přítomností difuze identity jakožto intrapsychieho agens maladaptivního osobnostního fungování (Kernberg, 1984), Kalina (2020) upozorňuje, že závislost může za určitých okolností postihovat i jedince, které bychom psychostrukturálně označili za neuroticky až zdravě organizované. Vždy je třeba mít na paměti význam kontextu, s nímž se adiktologická problematika daného pacienta pojí (Zinberg, 1984; Kudrle, 2003). Obdobně existují případy závislosti na psychotické úrovni organizace osobnosti, kdy biopsychologické ulpění na návykové látce je mimořádně silné a zkušenost integrity a identity dosažené v intoxikaci se dlouhodobě vzpírá jakýmkoli pokusům ji čímkoli nahradit, včetně terapeutického vztahu. V tomto případě je intenzita závislosti pomyslným ekvivalentem psychotické poruchy (Kalina, 2020). V tomto směru autoři Di Pierro et al. (2014) uvádějí, že adiktologičtí pacienti s komorbidní poruchou osobnosti nezdědka vykazují komplexnější a závažnější profil osobnostní psychopatologie než psychiatričtí pacienti bez komorbidní

závislosti. Zejména vyšší míra narušení v dimenzích identity, agresivity a morálních hodnot vyžaduje specifické diagnostické a terapeutické postupy.

### 3.3. Metody posuzování organizace osobnosti

Stanovení úrovně organizace osobnosti je klíčové pro zacílení a plánování různých terapií, u různých typů pacientů. Omezím-li se na problematiku závislostních poruch, v předcházejících odstavcích jsem uvedl, že u adiktologické klientely můžeme vnímat míru osobnostní psychopatologie v rozsahu od normální/neurotické do psychotické organizace osobnosti. Jak je zřejmé z tabulky 3, psychodynamické intervence v případě vyšší úrovně osobnostního fungování (NPO) jsou koncipované odlišně (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007) než v případě pacientů s BPO (Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2015). Jedinci s NPO mají velmi dobrou prognózu a mohou profitovat i z relativně nestrukturovaných psychodynamických léčebných postupů. Tito pacienti obvykle nemají těžkosti s vytvořením a udržováním terapeutické aliance. Přenosové stavy se u nich rozvíjejí pomaleji, jsou ve svých projevech mírnější a konzistentnější. Oproti tomu jedinci s BPO, obzvláště ti na nižší úrovni hraniční organizace osobnosti, vyžadují vysoce strukturované léčebné postupy. Tito jedinci mají velký problém s vytvořením a udržováním terapeutické aliance. Přenosové stavy se rozvíjejí rychle a jsou doprovázené mnohdy až extrémním afektivním nábojem, jehož projevy mohou významně interferovat s léčbou.

<b>Tabulka 3:</b> Rozdíly v léčbě na základě úrovně organizace osobnosti (převzato a upraveno podle Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007)	
NEUROTICKÁ ORGANIZACE OSOBNOSTI	HRANIČNÍ ORGANIZACE OSOBNOSTI
Použití terapeutického rámce	Terapeutický rámec zahrnuje taktně prezentovaný terapeutický kontrakt (zaměřený zejména na management různých forem agování)
Terapeut vychází z pozice technické neutrality	Možnost opuštění pozice technické neutrality v případě specifických krizí

Terapeutické techniky klarifikace, konfrontace, interpretace	Použití klarifikace a následné konfrontace ve větší míře pro navození stadia interpretace
Zaměření na přítomnost ve vztahu k minulosti	Zaměření na přítomnost

### 3.3.1. Strukturální rozhovor

Strukturální rozhovor (Kernberg, 1984; Clarkin, Kernberg, & Somavia, 1998) je klinické hodnocení osobnosti zaměřené na současnou a minulou symptomatologii a organizaci osobnosti pacienta, na kvalitu jeho interakce s terapeutem „zde a nyní“ a na jeho osobní i rodinnou historii. Nástroj je založen na testování tří klíčových funkcí Já: formování identity, obranných mechanismů a testování reality. Tato triáda určuje strukturální diagnózu, která vypovídá o zkušenosti jedince s vnitřním i vnějším světem a také o jeho behaviorálních korelátech (Fischer-Kern et al., 2010). Detailní prozkoumání mezilidských vztahů pacienta poskytuje administrátorovi příležitost pro pozorování pacientova fungování v konfliktních situacích s druhými lidmi.

Administrace strukturálního rozhovoru je výrazně podmíněna zkušeností administrátora s vedením klinických interview a jeho klinickým úsudkem ve chvíli, kdy je vyžadován vysoký stupeň dedukce pro překročení od získaných informací ke klinickým závěrům o struktuře, resp. organizaci osobnosti pacienta. Jelikož neexistuje formální skórovací algoritmus strukturálního rozhovoru, rozhodování o hloubce patologie osobnosti a úrovni organizace osobnosti závisí na subjektivním hodnocení administrátora (Riegel, Preiss, & Harsa, 2015). Přestože autoři Ingenhoven et al. (2009) ve své studii prokázali uspokojivou inter-rater reliabilitu metody vzhledem ke Kernbergově tripartitní klasifikaci organizace osobnosti (CI 0,77), a uzavírají, že vyškolený klinický pracovník může strukturální organizaci osobnosti pacienta prostřednictvím strukturálního rozhovoru spolehlivě posuzovat, vysoký faktor subjektivity činí kvantifikaci rozhovoru obtížnou. Snaha o zvýšení reliability a validity klinického posouzení organizace osobnosti byla jedním z hlavních motivů pro vytvoření strukturovanější formy strukturálního rozhovoru - Strukturovaného interview organizace osobnosti.

### 3.3.2. Strukturované interview organizace osobnosti

K ošetření problematické kvantifikace vyvstávající z přístupu nestrukturovaného klinického rozhovoru bylo následně vyvinuto Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO; Clarkin et al., 2004). STIPO je stopoložkový polostrukturovaný rozhovor, vytvořený za účelem hodnocení organizace osobnosti a její změny v průběhu terapie. Administrace metody trvá přibližně 180 minut. Pro každou položku obsaženou v manuálu je kladena jedna nebo více otázek, které jsou pacientovi přečteny. Je-li to nutné, administrátor klade další dotazy, aby obdržel co nejdetailnější odpověď. STIPO obsahuje dva typy otázek: 1. ty, které se vztahují k deskriptivním znakům (např. pravidelný a signifikantní interpersonální konflikt nebo neschopnost pacienta zaměřit pozornost a energii na práci či studium); 2. ty, které poukazují na jemnější intrapsychické zážitky (např. dramatické změny ve vnímání sebe a druhých nebo popisy sebe a druhých postrádající hloubku a reálnost). Položky jsou hodnoceny na třibodové škále, kde 0 indikuje absenci určitého patologického aspektu, 1 střední úroveň výskytu a 2 výskyt zkoumaného aspektu patologie v plné míře. Rozdíl mezi úrovní 1 a 2 je definován frekvencí, intenzitou, závažností a pervazivitou specifického chování nebo způsobu prožívání. Pro některé položky jsou přítomny také kódy 3 (povrchní nebo dezorganizovaná odpověď) a 9 (otázka vynechána) (Riegel, Preiss, & Harsa, 2015).

Interview pokrývá sedm dimenzí vztahujících se k osobnostnímu fungování jedince: (1) Identita; (2) Objektní vztahy; (3) Primitivní obrany; (4) Coping/rigidita; (5) Agresivita; (6) Morální hodnoty; (7) Testování reality a percepční distorze. Dimenze identita, objektní vztahy a agresivita jsou dále rozděleny do subdimenzí (viz tabulku 4). Každá ze sedmi dimenzí je hodnocena na pětibodové škále od 1 (žádná patologie) po 5 (velmi vážná patologie). Celkové hodnocení organizace osobnosti pacienta je detailněji rozpracováno a posuzováno na šestibodové škále: (1) normální; (2) neurotická 1; (3) neurotická 2; (4) hraniční 1; (5) hraniční 2; (6) hraniční 3, přičemž hraniční organizace osobnosti 3 by závažností odpovídala psychotické organizaci osobnosti. V hodnocení dimenzí i celkové organizace osobnosti platí, že vyšší skóre poukazuje na hlubší psychopatologii (Baus et al., 2014).

<b>Tabulka 4: Dimenze a subdimenze STIPO a jejich srovnání s modelem adiktivně disponované osobnosti podle Jeřábka</b>		
<b>Dimenze STIPO</b>	<b>Subdimenze STIPO</b>	<b>Jeřábkův model</b>
Identita	A. Vklady	Nízká integrace identity ega
	B. Sebepojetí	
	a) Soudržnost a kontinuita	
	b) Sebehodnocení	
	C. Vnímání druhých	
Objektní vztahy	A. Mezilidské vztahy	Narušená internalizace objektních vztahů
	B. Intimní vztahy a sexualita	
	C. Vnitřní model utváření vztahů	
Primitivní obrany		Vývojově nízká úroveň defenzivní organizace
Coping/rigidita		Motivační distorze, inkongruence a ambivalence
Agresivita	A. Agrese vůči sobě	Nízká integrace emocí a schopnosti jejich prožívání
	B. Agrese vůči druhým	
Morální hodnoty		Nízká integrace superega
Testování reality a percepční distorze		Distorze percepčně-kognitivního zpracování reality

Jak jsem uvedl výše, STIPO dosud prokázalo svou efektivitu v hodnocení organizace osobnosti u adiktologické klientely v několika mezinárodních studiích (např. Rentrop et al., 2014; Di Pierro et al., 2014). Z hlediska tuzemské klinicko-výzkumné adiktologické praxe považuji za vhodné poukázat na pozoruhodný překryv dimenzí STIPO s dimenzemi definovanými Jeřábkem k deskripci adiktivně disponované osobnosti. Přestože autor usiloval o potvrzení Kernbergova konceptu osobnostní psychopatologie u závislých



jedinců s použitím diagnostických metod založených především na vizuální percepci a projekci (tj. Rorschachova metoda a Test kresby postavy) (Procházka & Dvořáková, 2020), šest z celkově sedmi dimenzí jeho modelu je prakticky identických s dimenzemi STIPO (viz tabulku 4)<sup>4</sup>. Za částečnou výjimku lze považovat dimenzi Motivační distorze, inkongruence a ambivalence, v níž Jeřábek více akcentuje mechanismus autonomizace návykové látky jako prostředku uvolnění intrapsychické tenze (Kalina, 2020), zatímco dimenze Coping/rigidita ve STIPO cílí primárně na obecnější schopnost jedince využívat zralejších obranných mechanismů. V obou případech však můžeme uzavřít, že tyto dimenze hodnotí způsob, jakým jedinec zachází s úzkostí, strachem a situacemi, kdy je vystavený výzvě v kontextu seberealizace. STIPO lze proto považovat za vhodnou metodu k dalšímu empirickému ověřování validity Jeřábkova modelu adiktivně disponované osobnosti.

Autoři Sikora a Novotná (2007) uvádějí, že poruchy osobnosti, které mají svůj začátek již v dětství a disponují ke vzniku závislosti, mnohdy narušují průběh terapie a vedou k relapsům abusu. V psychiatrické praxi je proto nutné se na tyto komorbidní poruchy závislosti zaměřit již od začátku terapie a neočekávat, že s dosažením abstinence dojde současně k vyřešení poruchy, která k abusu a vývoji závislosti vedla. Na druhou stranu, diagnostika a léčba komorbidit je narušována skutečností, že pracovníci zařízení poskytujících adiktologické služby mají obvykle malé znalosti o psychiatrii a psychiatričtí pracovníci obvykle vědí jen málo o léčbě závislostních poruch. Tato skutečnost v kombinaci se zcela odlišným přístupem obou disciplín často brání rozvoji globálního, uceleného vnímání komorbidit (EMCDDA, 2004). Zmíněný nedostatek se pokouší eliminovat Pražský komprehenzivní model vzdělávání v adiktologii, který v souladu s rostoucí sítí krajských adiktologických ambulancí s rozšířenou působností vnímá adiktologa jako case managera, zatímco psychiatra či klinického psychologa jako specialistu v interdisciplinárním týmu. Jinými slovy, adiktolog je klíčovým pracovníkem zodpovědným za individuální terapeutické plánování, a jako takový by měl být vybaven dostatečnou klinickou kompetencí k posuzování míry závažnosti osobnostní psychopatologie. V souladu s tímto předpokladem je zařazení kurzu na skórování metody STIPO do standardního kurikula navazujícího magisterského studia adiktologie. Ověřením

---

<sup>4</sup> Detailnější popis dimenzí v obou modelech uvádí Riegel, Kalina, & Pěč (2020).

užitečnosti zmíněného kurzu z hlediska zvyšování praktických klinických dovedností studentů se zevrubněji zabývám ve výzkumné části této práce.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4. CÍL VÝZKUMU

Předkládaná práce navazuje na předchozí výzkumy u studentů psychologie (Zimmermann et al., 2014; Preti et al., 2018), které prokázaly, že schopnost reliabilně posuzovat závažnost osobnostní psychopatologie na základě strukturovaných rozhovorů není vázána na předchozí klinickou zkušenost. Zatímco v obou uvedených studiích bylo snahou autorů prokázat spolehlivost úsudku hodnotitelů s minimální obeznameností s nástroji pro hodnocení osobnostního narušení, v tomto výzkumu je primárním cílem ověření spolehlivosti a platnosti klinického posouzení osobnostní psychopatologie u magisterských studentů adiktologie na základě absolvování specifického kurzu na skórování metody STIPO.

### 5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Pro účely studie jsem si stanovil následující výzkumné otázky a k nim příslušné hypotézy:

**VO1:** Jaká bude spolehlivost hodnocení účastníků kurzu po jeho absolvování?

**VO2:** Jak se změní platnost klinického úsudku po první, druhé a třetí fázi kurzu?

**VO3:** Má psychologické vzdělání vliv na spolehlivost a platnost hodnocení?

**VO4:** Má bakalářské vzdělání v adiktologii vliv na spolehlivost a platnost hodnocení?

**VO5:** Má délka předchozí klinické praxe vliv na spolehlivost a platnost hodnocení?

**H1:** Po absolvování kurzu bude prokázána dostatečná míra reliability.

**H2:** Bude prokázán vzestupný trend validity po jednotlivých fázích kurzu.

**H3:** Výsledná hodnocení psychologů se nebudou signifikantně lišit od hodnocení studentů adiktologie.

**H4:** Bakalářské vzdělání v adiktologii nemá vliv na reliabilitu a validitu výsledného hodnocení studentů.

**H5:** Délka předchozí klinické praxe nemá vliv na reliabilitu a validitu výsledného hodnocení.

## 6. VÝZKUMNÝ SOUBOR

### 6.1. Procedura výběru souboru

Do studie byli zahrnuti studenti posledního ročníku navazujícího magisterského studia adiktologie, kteří se zúčastnili povinného pregraduálního kurzu Aplikovaná vývojová psychopatologie. Online organizace výuky kurzu zohledňovala nejen aktuální pandemickou situaci v souvislosti s COVID-19, ale i skutečnost, že magisterské studium je realizováno výhradně v distanční formě studia. Dále se kurzu zúčastnili čtyři psychologové z praxe se zájmem o metodu STIPO. Participantů dostali s dostatečným předstihem k samostudiu manuál k metodě STIPO, stejně jako informaci o obsahu kurzu, tj. tréninku ve skórování metody STIPO. V rámci první lekce byli po krátkém teoretickém úvodu ke Kernbergově modelu organizace osobnosti<sup>5</sup> zevrubněji seznámeni se skórovacími algoritmy nástroje. Studenti byli také instruováni, že pro získání zápočtu budou muset pomocí STIPO ohodnotit 7 pacientů na základě audio/video nahrávek klinických rozhovorů.

Participantů nedostali žádné předchozí informace o pacientech. Po skončení první lekce byli vyzváni ke skórování prvních třech pacientů, jejichž protokoly měli individuálně vypracovat a zaslat na email vyučujícího s týdenním předstihem. V rámci druhé lekce mohli své hodnocení porovnat se skóry modelových, expertně hodnocených protokolů, nicméně bez možnosti své již přidělené skóry měnit. Po skončení druhé lekce byli vyzváni ke skórování dalších čtyř pacientů a odeslání na email s týdenním předstihem. V rámci třetí lekce mohli své skóry opět porovnat s hodnocením modelových protokolů.

Účastníci kurzu se dobrovolně rozhodli zúčastnit studie po přečtení a vyplnění demografického formuláře, který jim byl sdílen online po skončení první lekce prostřednictvím aplikace Google Forms. Svým souhlasem se zavázali k individuálnímu hodnocení jednotlivých protokolů bez vzájemných konzultací. Hromadná administrace rozhovorů nebyla z epidemiologického hlediska možná. Za svoji účast nebyli jakkoli honorováni.

---

<sup>5</sup> Aplikovaná vývojová psychopatologie navazuje v letním semestru na kurz Vývojová psychopatologie. Od studentů se tudíž předpokládá dostatečná znalost teoretických konceptualizací, jakožto esenciální prekvizita pro vstup do kurzu. Oba kurzy jsou vyučovány stejným vyučujícím, který je současně autorem práce.

## 6.2. Popis souboru

### 6.2.1. Hodnotitelé

Studie se zúčastnilo 35 hodnotitelů (31 žen, 4 muži). Jejich průměrný věk byl 30,60 let ( $SD = 8,38$ , rozmezí = 23-57). Celkem 31 hodnotitelů bylo z řad magisterských studentů adiktologie (27 žen, 4 muži), 24 z nich mělo také Bc. titul v adiktologii (68,6 % souboru). 4 hodnotitelé byli z řad psychologů (4 ženy).

Dosavadní klinická zkušenost participantů z hlediska diagnostické činnosti byla průměrně 0,88 let ( $SD = 2,27$ , rozmezí = 0-12), z hlediska terapeutické činnosti 2 roky ( $SD = 4,02$ , rozmezí = 0-14). 71,43 % respondentů nemělo žádný (ani započatý) terapeutický výcvik, 28,57 % mělo započatý výcvik převážně integrativního zaměření. Žádný z hodnotitelů neměl předchozí zkušenost s administrací strukturovaných rozhovorů.

### 6.2.2. Pacienti

Do studie bylo vybráno 5 pacientů (4 ženy, 1 muž), přičemž ve dvou případech (1 žena, 1 muž) bylo STIPO administrováno dvakrát (před začátkem a na konci terapie) pro účely hodnocení míry dosažené strukturální změny. Časový interval mezi první a druhou administrací byl v obou případech 5 let. Průměrný věk pacientů byl 26,57 let ( $SD = 6,65$ , rozmezí = 18-39). Úroveň organizace osobnosti stanovená na základě expertního posouzení zahrnovala v jednom případě organizaci normální/neurotickou 1; v jednom případě neurotickou 2; ve dvou případech neurotickou 2/hraniční 1; v jednom případě hraniční 1/hraniční 2; a ve dvou případech hraniční 2. Z hlediska zastoupených diagnóz měli dva pacienti diagnostikovanou úzkostnou poruchu, dva měli poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, jeden pacient měl diagnostikovanou psychotickou poruchu. Tyto diagnózy byly přiděleny pacientům na základě nestrukturovaného klinického hodnocení zaměřeného na MKN-10 (WHO, 1992) diagnostická kritéria prováděného psychiatrem v rámci vstupního vyšetření. U tří pacientů byla diagnostikována rovněž komorbidní porucha osobnosti, konkrétně hraniční ( $n = 2$ ) a narcistická ( $n = 1$ ). Jeden pacient vykazoval osobnostní akcentaci s převahou závislých osobnostních rysů, jeden pacient vykazoval osobnostní akcentaci s převahou histrionských osobnostních rysů. Osobnostní psychopatologie byla posuzována na základě Mezinárodního rozhovoru pro

poruchy osobnosti (IPDE; Loranger, Janca, & Sartorius, 1997; Preiss, Rothanzlová, & Krámská, 2007).

## 7. METODY SBĚRU DAT

Hodnotitelé byli do studie zařazeni na základě vyplnění demografického formuláře. Tento formulář obsahoval otázky, které jednak sloužily k identifikaci respondentů pro následné spárování se skórovanými protokoly STIPO, jednak se zaměřovaly na jejich profesní orientaci a dosavadní klinickou zkušenost z diagnostické a terapeutické perspektivy. Výsledná podoba formuláře je součástí přílohy 1.

STIPO (Clarkin et al., 2004; Stern et al., 2010) je 100 položkový polostrukturovaný rozhovor, který hodnotí 7 dimenzí osobnostního fungování podle Kernbergova modelu osobnostní psychopatologie, tj. integraci identity, kvalitu objektních vztahů, používání primitivních obranných mechanismů, agresivitu, adaptivní coping versus rigiditu charakteru, morální hodnoty a testování reality. Každá položka je hodnocena na škále od 0 do 2. Hodnotitel dále posuzuje závažnost patologie pro každou dimenzi na 5-bodové škále (viz přílohu 2). Pro účely této studie byly do analýz zahrnuty oba typy skórování, které zevrubněji popisují v podkapitole 3.3.2. Administraci a hodnocení všech modelových protokolů STIPO provedl stejný hodnotitel (tj. autor práce) s mírou expertízy a tréninku v oblasti poruch osobnosti na doktorské úrovni. STIPO rozhovory byly administrovány v době přijetí pacientů do léčby.

IPDE (Loranger, Janca, & Sartorius, 1997; Preiss, Rothanzlová, & Krámská, 2007) je polostrukturovaný klinický rozhovor vytvořený za účelem stanovení diagnózy poruchy osobnosti podle MKN-10 (WHO, 1992). IPDE hodnotí devět specifických poruch osobnosti a poruchu osobnosti nespecifikovanou, přičemž k hodnocení narcistické poruchy osobnosti bylo využito položek z IPDE modulu pro DSM-IV (American Psychiatric Association, 1998). Rozhovory IPDE provedl a vyhodnotil nezávislý klinický psycholog s dostatečnou zkušeností s administrací a skórováním nástroje s odstupem  $\leq 1$  měsíc od administrace STIPO.

## 8. METODY ZPRACOVÁNÍ DAT

V rámci deskriptivní statistiky byly počítané koeficienty vnitrotřídní korelace ICC (*intraclass correlation coefficients*) pro 35 hodnotitelů s využitím *psych package* (Revelle, 2017). Jelikož všichni hodnotitelé hodnotili všech sedm pacientů, množina hodnotitelů a pacientů se neměnila. Z tohoto důvodu byly spočítány dva typy ICC: *two-way random single measures* ICC (2, 1), která zohledňuje skóry udělené jednotlivými hodnotiteli, a *two-way random average measures* ICC (2, 35), reprezentující reliabilitu průměru 35 hodnotitelů (McGraw & Wong, 1996; Shrout & Fleiss, 1979). Obecně platí, že ICC (2, 35) nabývá vždy vyšší hodnoty než ICC (2, 1). Dále jsme vypočítali Krippendorffovu alfu (Kalpha; Hayes & Krippendorff, 2007; Krippendorff, 2004), což je koeficient inter-rater reliability, jenž lze uplatnit i pro neúplná nebo chybějící data a pro více hodnotitelů zároveň. Koeficienty ICC a Kalpha byly vypočítané pro všechny dimenze STIPO, stejně jako pro aritmetické i klinické skóry pomocí funkcí obsažených v balíku *irr* (Gamer et al., 2012).

V dalším kroku byl zkonstruovaný model sociálních vztahů SRM (*social relation model*) (Back & Kenny, 2010; Kenny, 1994) pomocí balíku *lme4* (Bates et al., 2015). Základem analýzy bylo modelování skóru hodnotitelů pomocí interceptu (konstantního členu) a náhodných efektů hodnotitele, pacienta, jejich interakce (vztahu) a chyby modelu k odhadu podílů rozptylu (variance) v hodnoceních protokolů STIPO. Rozptyly jistým způsobem reflektují reliabilitu datového souboru. Variance hodnotitele je podíl rozptylu způsobený tím, že hodnotitelé jsou obecně předpojatí v pozitivním nebo negativním směru při posuzování úrovně fungování osobnosti (generalizované zkreslení). Variance pacienta je podíl rozptylu způsobený tím, že pacienti jsou konsensuálně považováni za více či méně vážně narušené než průměr (konsensuální variance). Variance vztahu naznačuje, do jaké míry jednotliví hodnotitelé idiosynkraticky hodnotí každého pacienta (idiosynkratické zkreslení) a variance chyby zahrnuje odlišnosti v hodnoceních vzniklých na základě náhody (Kenny, 1994). Jelikož odhady rozptylů získaných z lineárních modelů se smíšenými efekty vedly po zahrnutí separátní variance interakcí k přeparametrizování modelu, podíl variance interakcí a chyby zůstal společný.

Zabývali jsme se rovněž posouzením validity hodnocení STIPO protokolů s využitím lineárních smíšených modelů konstruovaných pomocí *lme4* a *lmerTest*. Skóry hodnotitelů byly modelované pomocí přidělených expertních skóru pacientům pro každou dimenzi STIPO zvlášť. Zmíněná expertní hodnocení byla považována za zlatý standard míry

osobnostního fungování, proto čím více skóry hodnotitelů odrážely expertní skóry, tím byly považovány za přesnější. V těchto smíšených modelech je klíčový parametr sklonu přímky, jelikož přímo vypovídá o shodě mezi hodnocením experta a ostatních hodnotitelů. Jednoduše jej lze interpretovat jako číslo, o které se zvětší v modelu skóre hodnotitelů, pokud se skóre experta zvětší o jedna. Z modelů nebyl vyloučený intercept, který lze chápat jako očekávané skóre hodnotitele v případě, že je skóre experta rovné nule. V návaznosti na předešlé studie (Zimmermann et al., 2014; Preti et al., 2018) byly do modelů zahrnuty také náhodné efekty ve formě náhodných interceptů (posunů přímky), které zohledňují rozdíly v hodnoceních jednotlivých hodnotitelů.

Pro ověření hypotézy o vzrůstající validitě skóre hodnotitelů po jednotlivých fázích kurzu byly vypočítány průměry odchylek hodnocení účastníků od expertních hodnocení. Pro každou část kurzu byla vybrána hodnocení všech účastníků, od kterých byla odečtena expertní hodnocení příslušných pacientů. Získané absolutní odchylky byly nakonec zprůměrovány.

Následně byly do modelu zahrnuté další proměnné pro ověření, zda mají signifikantní vliv na přesnost přidělených skóre hodnotitelů. Přidané proměnné zahrnovaly roky dosavadních klinických zkušeností v rámci diagnostické a terapeutické činnosti a obor nejvyššího dosaženého vzdělání.

V závěrečné fázi analýz byla ověřována přítomnost signifikantního rozdílu mezi hodnocením 31 pregraduálních studentů adiktologie a 4 psychologů z praxe. Z tohoto důvodu byla do modelu kromě interceptu, skóre experta a náhodného vlivu hodnotitele zahrnutá proměnná rozlišující studenta a vystudovaného psychologa.

Veškeré statistické analýzy byly provedeny pomocí statistického softwaru R 4.1.0 (R Core Team, 2020).



## 9. VÝSLEDKY

Deskriptivní statistiky, hodnoty Krippendorffova koeficientu alfa pro oba typy skórování dimenzí STIPO (tj. aritmetického a klinického) a výsledky ICC a SRM analýz uvádíme v tabulce 5. Koeficient alfa dosahoval pro všechny dimenze hodnoty větší než 0,60 vyjma dimenze Morální hodnoty, což naznačuje vysokou shodu mezi posuzovateli. Podobně vysoké hodnoty nabývaly také koeficienty ICC, které byly signifikantní s  $p < 0,001$ .

Podle výsledků SRM analýz podíly variance hodnotitelů nabývaly velmi nízké hodnoty, což vypovídá o nízkém osobním vkladu hodnotitelů do přidělených skóre STIPO. Jinými slovy, hodnotitelé vnímali pacienty velmi nezaujatě. Naopak vysoký podíl variance pacientů v rozsahu od 0,67 (klinický skór dimenze Coping/rigidita) do 0,91 (aritmetický skór dimenze Testování reality) naznačuje vysokou shodu hodnotitelů při posuzování pacientů, což je v souladu s výsledky ICC. Podíl variance vztahu a chyby nabýval pro většinu dimenzí STIPO (vyjma dimenze Morální hodnoty) velmi nízkých hodnot, což můžeme interpretovat tak, že skóre nejsou ovlivněny idiosynkratickými předsudky hodnotitelů vůči pacientům, stejně jako nejsou výrazně ovlivněny náhodnými chybami.

**Tabulka 5:** Průměry, směrodatné odchylky, odhady reliability a komponenty rozptylu pro skóre STIPO

	Deskriptivní statistiky				ICC		SRM		
	Dimenze STIPO	<i>M</i>	<i>SD</i>	Kalpa	ICC (2,1)	ICC (2,35)	Hodnotitelé	Pacienti	Interakce + chyby
<b>Aritmet. skór</b>	Identita	0,88	0,46	0,81	0,71 [0,50; 0,92]	0,99 [0,97; 1,00]	0,02	0,81	0,17
	Objektní vztahy	0,52	0,40	0,89	0,91 [0,80; 0,98]	1,00 [0,99; 1,00]	0,00	0,89	0,11
	Primitivní obrany	0,91	0,48	0,86	0,88 [0,75; 0,97]	1,00 [0,99; 1,00]	0,01	0,86	0,13
	Coping/rigidita	1,17	0,45	0,83	0,86 [0,70; 0,97]	1,00 [0,99; 1,00]	0,02	0,84	0,14
	Agresivita	0,48	0,34	0,84	0,86 [0,70; 0,97]	1,00 [0,99; 1,00]	0,00	0,86	0,14

	Morální hodnoty	0,29	0,25	0,43	0,47 [0,25; 0,81]	0,97 [0,92; 0,99]	0,07	0,47	0,46
	Testování reality	0,75	0,54	0,90	0,91 [0,81; 0,98]	1,00 [0,99; 1,00]	0,01	0,91	0,08
<b>Klinický skór</b>	Identita	2,58	0,79	0,80	0,83 [0,66; 0,96]	0,99 [0,99; 1,00]	0,01	0,83	0,16
	Objektní vztahy	1,90	0,74	0,74	0,77 [0,58; 0,94]	0,99 [0,98; 1,00]	0,01	0,77	0,22
	Primitivní obrany	2,82	1,00	0,66	0,70 [0,48; 0,92]	0,99 [0,97; 1,00]	0,02	0,70	0,29
	Coping/ rigidita	3,30	0,89	0,63	0,67 [0,44; 0,91]	0,99 [0,97; 1,00]	0,08	0,67	0,26
	Agresivita	1,98	0,80	0,68	0,71 [0,49; 0,92]	0,99 [0,97; 1,00]	0,03	0,71	0,26
	Morální hodnoty	1,54	0,60	0,39	0,43 [0,23; 0,79]	0,96 [0,91; 0,99]	0,00	0,43	0,57
	Testování reality	2,42	1,16	0,77	0,79 [0,61; 0,95]	0,99 [0,98; 1,00]	0,03	0,79	0,18
	Organizace osobnosti	3,42	1,22	0,70	0,74 [0,53; 0,93]	0,99 [0,98; 1,00]	0,06	0,74	0,21
<p><i>Pozn.:</i> ICC = two-way random koeficient vnitřní korelace; SRM = model sociálních vztahů; Kalpha = Krippendorffova alfa; STIPO = Strukturované interview organizace osobnosti. Deskriptivní statistiky vychází z 245 hodnocení (tj. celého setu dostupných měření). Data ICC a SRM se vztahují k 35 hodnotitelům a 7 pacientům.</p>									

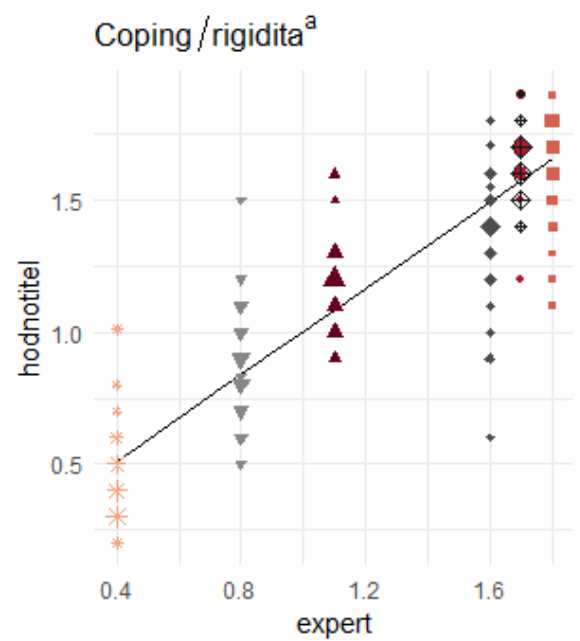
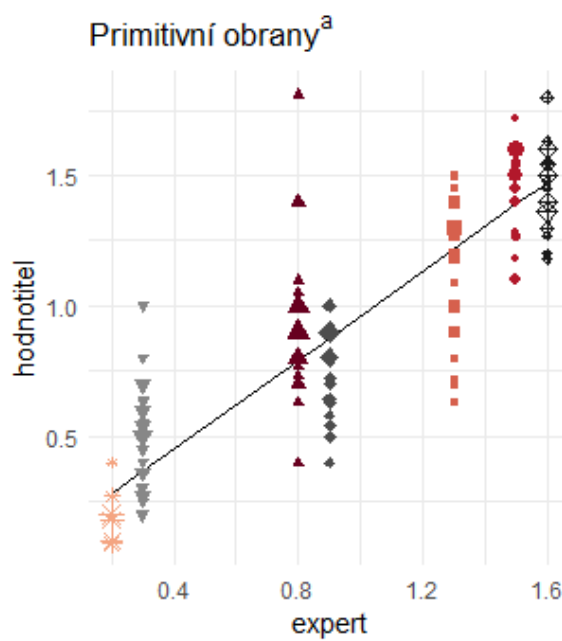
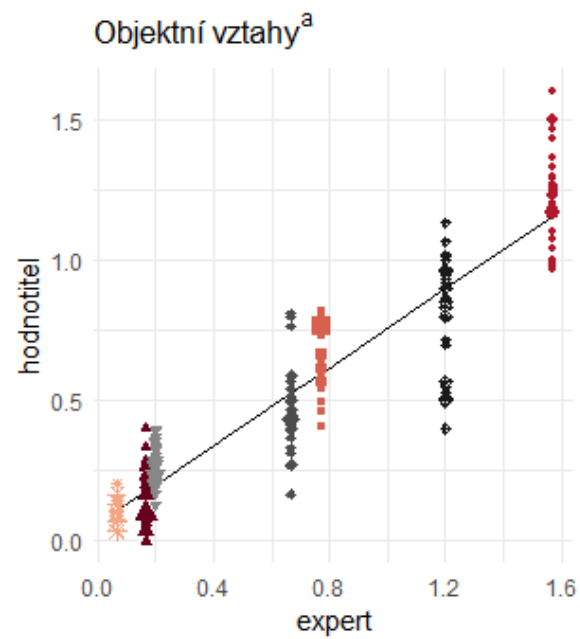
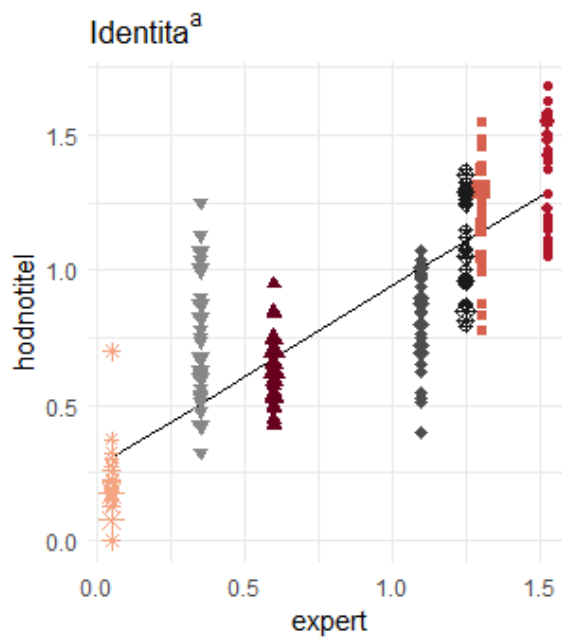
Jak je zřejmé z obrázku 3, analýzy s využitím lineárních modelů se smíšenými efekty potvrdily, že skóry hodnotitelů byly významně asociovány s parametrem náležejícím hodnocení experta (tj. sklonem přímky). Vysoké hodnoty parametru sklonu byly pozorované pro celkovou organizaci osobnosti ( $B = 0,93$ ;  $SE = 0,03$ ) a dále pro dimenze Testování reality ( $B^a = 0,97$ ;  $SE^a = 0,02$  pro aritmetický skór a  $B^k = 1,09$ ;  $SE^k = 0,04$  pro klinický skór), Coping/rigidita ( $B^a = 0,82$ ;  $SE^a = 0,02$  a  $B^k = 0,91$ ;  $SE^k = 0,05$ ), Primitivní obrany ( $B^a = 0,85$ ;  $SE^a = 0,02$  a  $B^k = 0,79$ ;  $SE^k = 0,04$ ) a Agresivita ( $B^a = 0,87$ ;  $SE^a = 0,03$  a  $B^k = 0,68$ ;  $SE^k = 0,03$ ). Uspokojivé hodnoty pak pro dimenze Morální hodnoty ( $B^a = 0,77$ ;  $SE^a = 0,06$  a  $B^k = 0,63$ ;  $SE^k = 0,10$ ), Objektní vztahy ( $B^a = 0,70$ ;  $SE^a = 0,02$  a  $B^k = 0,62$ ;  $SE^k = 0,03$ ) a Identita ( $B^a = 0,67$ ;  $SE^a = 0,03$  a  $B^k = 0,64$ ;  $SE^k = 0,03$ ).

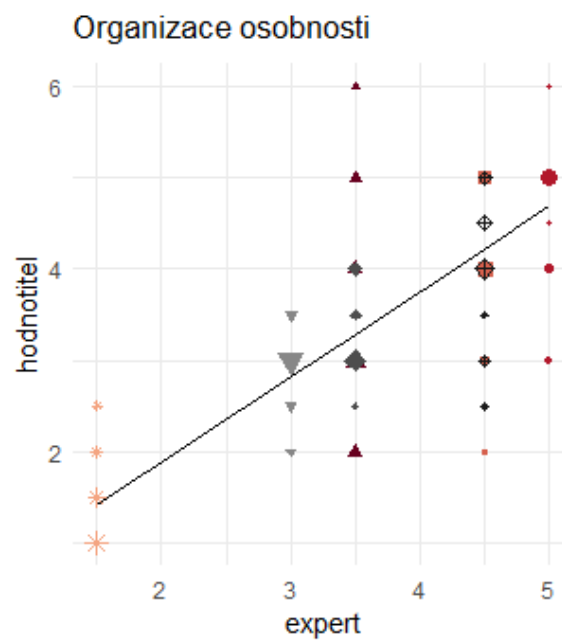
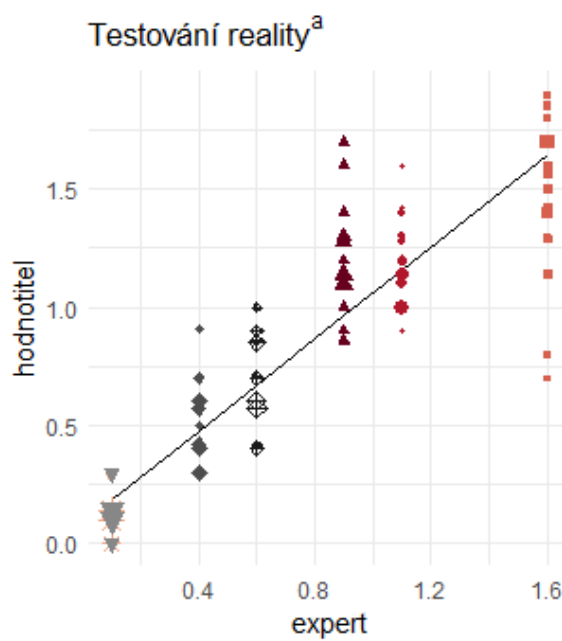
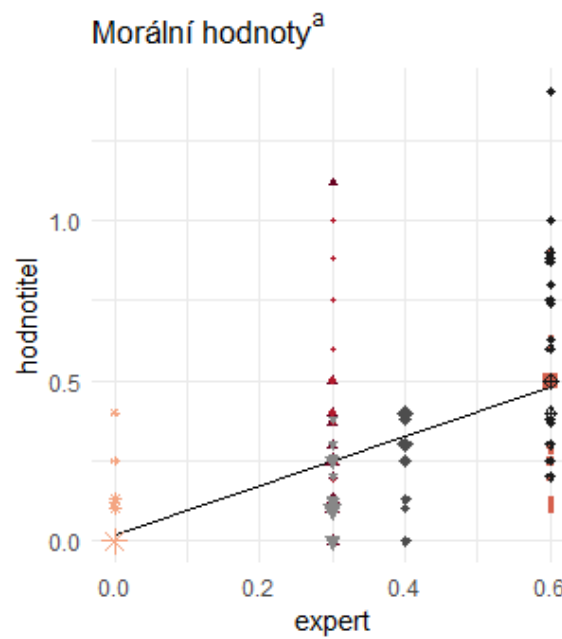
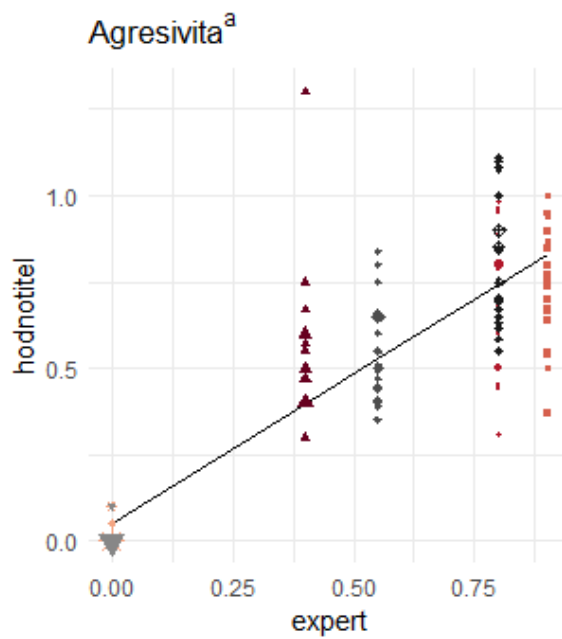
Z obrázku 3 je také částečně patrné, že k výraznému zlepšení v udělování skórů hodnotiteli v porovnání s expertem po absolvování kurzu nedošlo. Tuto skutečnost podporuje i průměr absolutních odchylek hodnocení účastníků od expertních hodnocení, který byl v první části kurzu 0,37 ( $SD = 0,26$ ); v druhé části 0,19 ( $SD = 0,20$ ); a v třetí části 0,34 ( $SD = 0,22$ ).

Po zahrnutí nenáhodných efektů proměnných obor vzdělání (s kategoriemi psycholog, student adiktologie a jiné), počet let diagnostické činnosti a počet let terapeutické činnosti do modelu, se parametry odpovídající počtu let diagnostické činnosti ukázaly ve všech modelech jako nesignifikantní ( $p > 0,10$ ). Parametry odpovídající počtu let terapeutické činnosti se ukázaly být signifikantní jen ve třech modelech z celkově patnácti (a to pro klinické skóry dimenzí Testování reality  $p = 0,01$ , Agresivita  $p = 0,03$  a Objektní vztahy  $p = 0,05$ ). Přesto i v těchto případech byly  $p$ -hodnoty poměrně nízké. Obdobně proměnná obor vzdělání byla signifikantní právě ve třech modelech (a to aritmetický skór dimenze Agresivita  $p = 0,02$  a klinické skóry dimenzí Primitivní obrany  $p = 0,01$  a Morální hodnoty  $p = 0,05$ ).

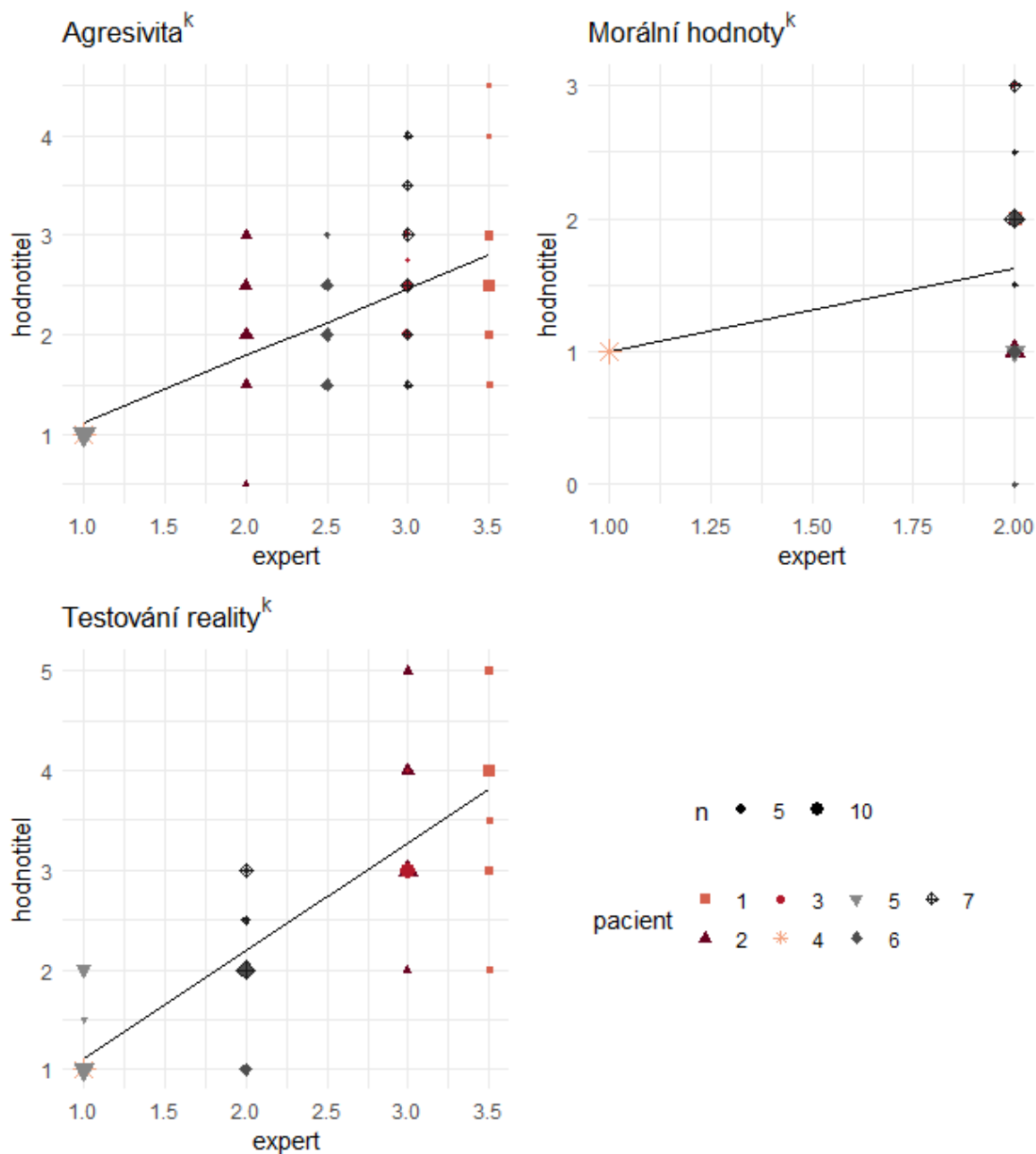
V posledním kroku analýz byla do původního modelu, který zohledňoval hodnocení experta a náhodné vlivy hodnotitelů, přidána proměnná rozlišující mezi psychologem a studentem. Proměnná *student* (viz přílohu 5) se dá interpretovat jako očekávaný přínos studenta k hodnocení oproti hodnocení psychologa. Tato proměnná se ve všech modelech ukázala jako nesignifikantní ( $p > 0,05$ ).

Podrobné výsledky všech modelů uvádím v přílohách 3-5.









**Obrázek 3:** Predikce skóre hodnotitelů u proměnných STIPO (osa y) na základě expertních skóre (osa x): obrázek zobrazuje všech 15 predikčních modelů aritmetických skóre dimenzí STIPO (Dimenze<sup>a</sup>), klinických skóre dimenzí STIPO (Dimenze<sup>k</sup>) a finální organizace osobnosti. Pacienty odlišují specifické znaky, přičemž velikost znaku odpovídá počtu totožných skóre hodnotitelů.

## 10. DISKUSE

Primárním cílem této práce bylo ověření spolehlivosti a platnosti klinického posouzení osobnostní psychopatologie u magisterských studentů adiktologie na základě absolvování specifického kurzu na skórování metody STIPO. V souladu s podobnými, dříve publikovanými studii (Zimmermann et al., 2014; Preti et al., 2018) jsem se zabýval posouzením interrater reliability a konvergence studentských hodnocení závažnosti osobnostní psychopatologie s hodnocením provedeným expertním posuzovatelem. Předkládaný výzkum se však od obou citovaných studií v několika ohledech odlišuje. Předně v této studii STIPO nebylo využito jako nástroj k posuzování míry osobnostní funkční schopnosti podle kritérií tzv. Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti (American Psychiatric Association, 2013), nýbrž jako metoda k operacionalizaci Kernbergova modelu osobnostní psychopatologie jako takového (Clarkin et al., 2004). S tím souvisí zvláštní pozornost, kterou jsem věnoval ověření validity hodnocení po jednotlivých fázích kurzu, stejně jako klinických kompetencí studentů adiktologie v porovnání s psychology z praxe. V tomto směru bylo snahou práce rozšířit dosavadní poznatky o využitelnosti STIPO nad rámec obvyklého psychologicko-psychiatrického settingu, což je v souladu s koncepcí Pražského komprehenzivního modelu vzdělávání v adiktologii, cílicího na podporu transdisciplinárního myšlení a harmonizaci intervencí profesionálů působících v multidisciplinárních adiktologických týmech (Miovský, Pavlovská, & Babor, 2015; Miovský et al., 2016). Obdržené výsledky u magisterských studentů adiktologie celkově potvrdily vysokou míru reliability a uspokojivou úroveň validity hodnocení STIPO. To do jisté míry podporuje závěry o nezávislosti klinického úsudku na předchozí zkušenosti hodnotitelů při posuzování osobnostní psychopatologie pomocí polostrukturovaných klinických rozhovorů (Zimmermann et al., 2014; Preti et al., 2018).

Přestože dosavadní studie zaměřené na posouzení interrater reliability dimenzí STIPO se obecně shodují na uspokojivé míře shody mezi posuzovateli (Stern et al., 2010; Doering et al., 2013), vzájemně se odlišují v počtu posuzovaných dimenzí, výběru skórovacího algoritmu a stupně klinické expertízy jednotlivých hodnotitelů. Při hledání odpovědi na otázku, jaká bude spolehlivost hodnocení účastníků kurzu po jeho absolvování, jsem proto zohlednil oba skórovací algoritmy STIPO (tj. aritmetické a klinické skóry) pro všech sedm dimenzí a klinické skóry pro hodnocení celkové organizace osobnosti. Vysoké hodnoty ICC analýz i koeficientu alfa pro většinu sledovaných proměnných odpovídají výsledkům



reportovaným Doeringem et al. (2013), a potvrzují hypotézu o dostatečné míře reliability po absolvování kurzu. Nižší hodnoty koeficientu alfa i obou typů ICC v případě dimenze Morální hodnoty lze primárně odůvodnit způsobem, jakým jsou položky v této dimenzi formulovány. Jak je zřejmé z manuálu STIPO (Clarkin et al., 2004), oproti zbývajícím dimenzím je v případě posuzování morálních aspektů přechod mezi relativně benigní patologii ve formě drobných úmyslných lží a např. kriminalitou bílých límečků málo plynulý. Vzhledem ke skutečnosti, že v souboru pacientů obecně absentovaly závažnější disociální projevy, rozhodování o míře patologie bylo zúženo na subtilnější fenomény amorálního chování, které mohou podléhat výraznějšímu riziku ovlivnění osobními vklady hodnotitele. Tento předpoklad do značné míry potvrzují i výsledky SRM analýz, kde právě dimenze Morální hodnoty vykazuje vyšší skóry idiosynkratického zkreslení, které je obvykle častější při hodnocení nežádoucích (Lukowitsky & Pincus, 2013; Mahaffey & Marcus, 2006) nebo obtížně pozorovatelných osobnostních rysů (Kenny & West, 2010).

Při hledání odpovědi na otázku, jak se změní platnost klinického úsudku po první, druhé a třetí fázi kurzu, bylo nejprve nutné ověřit obecnou míru validity skóru hodnotitelů. Zaznamenaná míra překryvu s expertními skóry potvrdila schopnost hodnotitelů validně posuzovat celkovou úroveň organizace osobnosti i jednotlivé komponenty osobnostního fungování na základě dimenzí STIPO. Tyto výsledky podporují nejen předpoklad Doeringa et al. (2013), že STIPO je jedním z mála strukturovaných interview navržených k hodnocení míry osobnostní funkční schopnosti (tj. specifické psychopatologie skryté za symptomy), ale i závěry Pretiho et al. (2018), že i relativně nezkušený hodnotitel může pomocí STIPO posoudit míru narušení v osobnostním fungování s uspokojivou mírou platnosti. V tomto kontextu lze rovněž vyvrácení hypotézy o vzestupném trendu validity po jednotlivých částech kurzu na základě průměru absolutních odchylek interpretovat jako výsledek hovořící pro dostatečnou efektivitu krátkých, intenzivních kurzů na skórování metody STIPO, např. v rozsahu jednoho dne (Doering et al., 2013). Jelikož hodnotitelé nevedli vlastní rozhovory s pacienty, ale dostali k posouzení pouze stejný audio/video materiál, nelze vyloučit riziko poddiagnostikování závažnosti osobnostní psychopatologie, pokud by rozhovory také administrovali. Na tento fenomén poukazují např. Zimmermann et al. (2014) v souvislosti s nedostatečnou mírou klinické zkušenosti u laických administrátorů OPD.

Potvrzení hypotéz o absenci signifikantního vlivu psychologického vzdělání, bakalářského studia adiktologie a předchozí klinické zkušenosti na hodnocení celkové organizace

osobnosti a většiny dimenzí STIPO do jisté míry podporuje svébytnost magisterského studijního programu v adiktologii, který má rozšiřovat klinické kompetence absolventů bakalářského studia adiktologie o psychopatologický rámec, při současném rozšiřování adiktologických kompetencí ostatních odborníků na poli závislostních nemocí (Miovský et al., 2016). V tomto kontextu lze STIPO vnímat jako platformu usnadňující komunikaci mezi jednotlivými odbornostmi zastoupenými v multidisciplinárních adiktologických týmech, kde otázka diagnostiky, jenž determinuje volbu léčebných intervencí u tzv. adiktivně disponovaných osobností, zůstává dlouhodobě jedním z palčivých témat problematiky duálních poruch v adiktologii (EMCDDA, 2004; Jeřábek, 2008). Jelikož se Jeřábkův koncept adiktivně disponované osobnosti výrazně překrývá s Kernbergovým pojetím osobnostní psychopatologie (Kalina, 2020), výše uvedené výsledky podporují STIPO jako vhodnou metodu k dalšímu empirickému ověřování validity Jeřábkového modelu, která se narozdíl od projektivních metod zdá nezávislá na klinické erudici hodnotitele, a navíc není určena k exkluzivnímu použití odborníky z řad psychologů.

## 11. LIMITY STUDIE A ZÁVĚRY

Předkládaná studie má několik limitů. Předně počet zahrnutých pacientů byl malý, což mohlo mít vliv na přesnost empirických odhadů, stejně jako nevyváženost souboru stran pohlaví s převahou žen. Na tento fenomén poukazují ve svých studiích rovněž Zimmermann et al. (2014) a Preti et al. (2018). Za další nedostatek lze považovat relativně malý počet psychologů z klinické praxe v porovnání s hodnotiteli z řad studentů, stejně jako převahu studentů s Bc. titulem v adiktologii (68,6 % souboru). Tyto nedostatky by měly být zohledněny v případných dalších studiích na podobné téma z hlediska zvýšení zobecnitelnosti poznatků. Na druhou stranu, celkový počet 35 hodnotitelů lze považovat za nadstandardní ve srovnání s většinou studií zaměřených na posuzování shody mezi posuzovateli. Přesnost odhadů na základě ICC navíc obecně korespondovala s rozsahy interrater reliability reportovanými v jiných studiích s metodou STIPO (např. Stern et al., 2010; Doering et al., 2013). Za další limit studie lze považovat skutečnost, že hodnotitelé neadministrovali pacientům vlastní rozhovory. Vzhledem ke skutečnosti, že primárním cílem kurzu byla především praktická zkušenost s Kernbergovým modelem organizace osobnosti z perspektivy hodnocení a interpretace, zácvik v administraci STIPO přesahoval časové možnosti výuky. Z hlediska budoucího směřování považuji za důležité zmínit, že

ani extenzivní trénink v administraci a skórování polostrukturovaných rozhovorů nemusí v konečném důsledku signifikantním způsobem zvyšovat spolehlivost a/nebo platnost klinického hodnocení (Zimmermann et al., 2014), přestože pravděpodobně bude zvyšovat subjektivní pocit jistoty a kompetence hodnotitele. Výsledky této studie nepodporující hypotézu o vzrůstající validitě hodnocení v průběhu kurzu tak mohou být stimulem pro další výzkumy na poli efektivity podobně zaměřených kurzů.

Přes výše uvedené limity lze uzavřít, že studenti magisterského programu adiktologie byli schopni posuzovat míru závažnosti osobnostní psychopatologie na základě STIPO s vysokou mírou reliability a vysokou až uspokojivou mírou validity. Tyto výsledky bylo možné dosáhnout, i když hodnotitelé neměli důkladný trénink v metodě STIPO, rozsáhlou klinickou odbornost nebo dlouhodobý kontakt s pacientem. Jejich hodnocení byla obecně nezávislá na předchozím vzdělání a diagnostické a terapeutické zkušenosti. STIPO se zdá být užitečným nástrojem k facilitaci komunikace osobnostní psychopatologie mezi nezávislými odborníky v rámci multidisciplinárních adiktologických týmů.

## 12. ETICKÁ KLAUSULE

Během realizace výzkumu se dbalo na to, aby nedošlo k ohrožení anonymity pacientů při vyhodnocování nahrávek. Hodnotitelé byli před začátkem studie řádně poučeni o způsobu zacházení s klinickým materiálem. Nahrávky jim byly poskytnuty na základě písemného souhlasu inkriminovaných pacientů (viz přílohu 6), přičemž studenti se zavázali ke smazání záznamu ihned po dokončení skórování. Hodnotitelé byli vázáni mlčenlivostí na základě informovaného souhlasu, který jim byl vzhledem k epidemiologickým opatřením v důsledku pandemie COVID-19 sdílen online jako součást demografického formuláře (viz přílohu 1). Veškeré informace o pacientech sloužily pouze ke studijním účelům. Během výuky bylo účastníkům kurzu výslovně zakázáno pořizovat jakékoli záznamy, které by mohly vést k ohrožení anonymity posuzovaných pacientů. Pacienti i hodnotitelé byli zařazeni do výzkumu dobrovolně s možností svoji participaci kdykoli odvolat bez udání důvodu. Výsledky studie mohou být využity pro odborné publikace.

## LITERATURA

- Aiken, L.S., LoSciuto, L., & Ausetts, M. (1985). *Who is serving drug abuse clients: Treatment delivery by professionals, by paid staff versus volunteers*. In Research Monograph Series no. 58, National Institute on Drug Abuse, 123-145.
- American Psychiatric Association. (1998). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing.
- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C.C., Tato, J., Vazquez, J.M., Martín-Santos, R., et al. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse*; 43(5): 612-32.
- Babor, T.F., Morisano, D., Noel, J., Robaina, K., Ward, J.H., & Mitchell, A.L. (2017). Infrastructure and career opportunities in addiction science: The emergence of an interdisciplinary field. In: Babor, T.F., Stenius, K., Pates, R., Miovský, M., O'Reilly, J., Candon, P. (Eds.), *Publishing addiction science: A guide for the perplexed*. London: Ubiquity Press.
- Back, M.D., & Kenny, D.A. (2010). The social relations model: How to understand dyadic processes. *Soc Personal Psychol Compass*; 4(10): 855-870.
- Bates, D., Kliegl, R., Vasishth, S., & Baayen, H. (2015). *Parsimonious mixed models*. Retrieved from <http://arxiv.org/abs/1506.04967>
- Baus, N., Fischer-Kern, M., Naderer, A., Klein, J., Doering, S., Pastner, B., et al. (2014). Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts. *Psychiatry Res*; 218(1-2): 129-33.
- Butler, S. (2011). Addiction counsellors in the Republic of Ireland: Exploring the emergence of a new profession. *Drugs Educ Prev Pol*; 18(4): 295-302.

Caligor, E., Kernberg, O.F., & Clarkin, J.F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Caligor, E., & Clarkin, J.F. (2010). An object relations model of personality and personality pathology. In: Clarkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G. (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., & Somavia, J. (1998). Assessment of the patient with borderline personality disorder for psychodynamic treatment. In: Barron, J.W. (Eds.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B.L., & Kernberg, O.F. (2004). *Structured interview of personality organization (STIPO)*. New York: Personality Disorders Institute, Weill Cornell Medical College. Czech translation retrieved from [https://istfp.org/wp-content/uploads/2012/12/STIPO\\_CZ\\_final-1.pdf](https://istfp.org/wp-content/uploads/2012/12/STIPO_CZ_final-1.pdf)

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*; 64(5): 566-76.

Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., et al. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*; 13, 210.

Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N., & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Compr Psychiatry*; 55(6), 1398-404.

Doležalová, P., Jeřábek, P., Kalina, K., Libra, J., Mravčík, V., Nevšímal, P., et al. (2013). *The system of specialised addiction treatment services in the Czech Republic: A policy document* (Miovský, M. Ed.). Prague: Society for Addictive Diseases of the J.E. Purkyne Czech Medical Association and Department of Addictology.

EMCDDA. (2004). *Co-morbidity. Selected issue in annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Fischer-Kern, M., Hörz, S., Doering, S., Taubner, S., Rentrop, M., Buchheim, P., et al. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanal Psychol*; 27(4), 395-409.

Fox, L., Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., Becker, D.R., McGovern, M.R., et al. (2010). *Integrated dual disorders treatment*. Center City, Minnesota, USA: Dartmouth PRC-Hazelden. České vydání: Fox, L., et al. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. Kapitola 2/6, in: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Díl 1. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.

Gamer, M., Lemon, J., Fellows, I., & Singh, P. (2012). irr: Various coefficients of interrater reliability and agreement. R package version 0.84. Retrieved from <http://CRAN.Rproject.org/package=Dirr>

Hayes, A.F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Commun Methods Meas*; 1(1): 77-89.

Choi, B.C.K., & Pak, A.W.P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Investig Med*; 29(6): 351-364.

Ingenhoven, T.J.M., Duivenvoorden, H.J., Brogrop, J., Lindenborn, A., Van den Brink, W., & Passchier, J. (2009). Brief communications: Interrater reliability for Kernberg's structural interview for assessing personality organization. *J Pers Disord*; 23(5): 528-534.

- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislostí. Kapitola 4, in: Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. Kapitola 9, in: Kalina, K. a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2020). Poruchy osobnosti jako dispozice pro závislost. Kapitola 5, in: Riegel, K.D., Kalina, K., & Pěč, O., *Poruchy osobnosti v 21. století: Diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Kenny, D.A. (1994). *Interpersonal perception: A social relations analysis*. New York: Guilford.
- Kenny, D.A., & West, T.A. (2010). Similarity and agreement in self and other perception: A meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev*; 14(2): 196-213.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders, in: Lenzenweger, M.L., Clarkin, J.F. (Eds.), *Major theories of personality disorder, 2<sup>nd</sup> Edition*. New York: Guilford Press.
- Krippendorff, K. (2004). Measuring the reliability of qualitative text analysis data. *Qual Quant*; 38(6): 787-800.
- Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. Kapitola 2/3, in: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup, díl 1*. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- Lara, D.R., Pinto, O., Akiskal, K., & Akiskal, H.S. (2006). Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. *J Affect Disord*; 94(1-3): 67-87.
- Loranger, A.W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. New York: Cambridge University Press.

- Lukowitsky, M.R., & Pincus, A.L. (2013). Interpersonal perception of pathological narcissism: A social relations analysis. *J Pers Assess*; 95(3): 261-273.
- Mahaffey, K.J., & Marcus, D.K. (2006). Interpersonal perception of psychopathy: A social relations analysis. *J Soc Clin Psychol*; 25(1): 53-74.
- McGraw, K.O., & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychol Methods*; 1(1): 30-46.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
- Miovská, L., Miovský, M., & Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. *Psychiatrie*; 10(3): 150-156.
- Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*; 7(2): 30-45.
- Miovský, M., Kalina, K., Libra, J., Popov, P., & Pavlovská, A. (2014). Education in addictology in the Czech Republic: The scope and role of the proposed system. *Adiktologie*; 14(3): 310-328.
- Miovský, M., Pavlovská, A., & Babor, T.F. (2015). *Education and specialization of addiction professionals: A global survey*. Poster presented at the Lisbon Addictions 2015 conference, Sept 23-25, 2015.
- Miovský, M., Miller, P., Grund, J-P.C., Beláčková, V., Gabrhelík, R., & Libra, J. (2015). Academic education in addictology (addiction science) in the Czech Republic: Analysis of the (pre-1989) historical origins. *Nord Stud Alcohol Dr*; 32(5): 527-538.
- Miovský, M., Gabrhelík, R., Libra, J., Popov, P., Pavlovská, A., Kalina, K., et al. (2016). The Prague comprehensive model of academic addictology (addiction science) education. *Adiktologie*; 16(1): 36-49.
- Miovský, M., Vondrová, A., Peters, R., Kathungu, B., & Lososová, A. (2019). National addiction-specific institutional infrastructure - fundamental prerequisite for successful implementation of specialized academic degree study programmes: A case study in historical perspective. *Cent Eur J Public Health*; 27(Supplement): 83-91.



- Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, duální diagnózy. Kapitola 4/5, in: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup, Díl 1*. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- NIDA. (2010). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses*. NIH Pub Number: 10-5771. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse.
- Pavlovská, A., Miovský, M., Babor, T.F., & Gabrhelík, R. (2017). Overview of the European university-based study programmes in the addictions field. *Drugs (Abingdon Engl)*; 24(6): 485-91.
- Preiss, M., Rothanzlová, S., & Krámská, L. (2007). *Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE), česká verze*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Preti, E., Di Pierro, R., Costantini, G., Benzi, I.M.A., De Panfilis, C., & Madeddu, F. (2018). Using the Structured interview of personality organization for DSM-5 Level of personality functioning rating performed by inexperienced raters. *J Pers Assess*; 100(6): 621-9.
- Procházka, R., & Dvořáková, K. (2020). Souvislost mezi typem závislosti a osobní psychopatologií na základě strukturální diagnózy. *Adiktol prevent léčeb praxi*; 3(1): 10-20.
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <http://www.R-project.org>
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*; 264(19): 2511-8.
- Rentrop, M., Zilker, T., Lederle, A., Birkhofer, A., & Hörz, S. (2014). Psychiatric comorbidity and personality structure in patients with polyvalent addiction. *Psychopathology*; 47(2): 133-140.
- Revelle, W. (2017). *psych: Procedures for personality and psychological research*. Evanston: Northwestern University. Retrieved from <https://CRAN.Rproject.org/package=DpsychVersionD1.7.8>

- Rhodes, T. (2009). Risk environment and drug harms: A social science for harm reduction. *Int J Drug Policy*; 20(1): 93-201.
- Riegel, K., Preiss, M., & Harsa, P. (2015). Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO): Představení metody v kontextu DSM-5. *Psychiatrie*; 19(1): 20-29.
- Riegel, K.D. (2020). Psychostrukturální diagnostika poruch osobnosti. Kapitola 3, in: Riegel, K.D., Kalina, K., & Pěč, O., *Poruchy osobnosti v 21. století: Diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Riegel, K.D. (2021). Breaking the walls? 80 let na hranici. *Psychoterapie*; 15(1): 7-22.
- Rodríguez-Llera, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Silva, T.C., Sánchez-Niubó, A., & Torrens, M. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend*; 84(1): 48-55.
- Röhr, H.P. (2015). *Závislost*. Praha: Portál.
- Sandell, R., & Bertling, U. (1999). Heaviness of abuse, drug preferences, and personality organization among drug abusers in Sweden. *J Clin Psychol*; 55(1): 99-107.
- Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull*; 86(2): 420-428.
- Sikora, J., & Novotná, M. (2007). Poruchy osobnosti a závislosti. *Psychiat pro praxi*; 8(2): 63-5.
- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., Hörz, S., MacCornack, V., et al. (2010). Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess*; 92(1): 35-44.
- Thom, B., Duke, K., & Herring, R. (2017). Workforce development: Is there a paradigm shift? *Drugs (Abingdon Engl)*; 24(6): 427-9.
- Tims, F.M., Inciardi, J.A., Fletcher, B.W., & McNeill Horton, A. (1997). *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Westport, Conn./London: Greenwood Press.

- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Překlad publikace EMCDDA. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., et al. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*; 183: 304-13.
- WHO. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize (MKN-10)*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- WHO. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Yeomans, F., Clarkin, J.F., & Kernberg, O.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D.S., Skodol, A.E., Schauenburg, H., Cierpka, M., et al. (2014). Assessing DSM–5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: A pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *J Pers Assess*; 96(4): 397-409.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

## Seznam zkratek

BPO – Borderline personality organization

DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fourth revision

DSM-5 – Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth revision

EMCDDA – European monitoring centre for drugs and drug addiction

ICC – Intraclass correlation coefficient

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize

NESARC – National epidemiologic survey on alcohol and related conditions

NIDA – National institute for drug abuse

NPO – Normal/neurotic personality organization

OPD – Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika

PPO – Psychotic personality organization

SRM – Social relation model

STIPO – Structured interview of personality organization

WHO – World health organization

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Klíčové disciplinární složky v oblasti adiktologie

Tabulka 2: Nejčastější psychické poruchy u závislých na nelegálních drogách

Tabulka 3: Rozdíly v léčbě na základě úrovně organizace osobnosti

Tabulka 4: Dimenze a subdimenze STIPO a jejich srovnání s modelem adiktivně disponované osobnosti podle Jeřábka

Tabulka 5: Průměry, směrodatné odchylky, odhady reliability a komponenty rozptylu pro skóry STIPO

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Zinbergův trojúhelník

Obrázek 2: Kernbergův model organizace osobnosti a poruch osobnosti

Obrázek 3: Predikce skóre hodnotitelů u proměnných STIPO na základě expertních skóre

## Seznam příloh

Příloha 1: Demografický formulář

Příloha 2: Skórovací formulář STIPO

Příloha 3: Asociace skóre hodnotitelů s expertními skóre

Příloha 4: Vliv proměnných obor vzdělání, počet let terapeutické činnosti a počet let diagnostické činnosti na skóre STIPO

Příloha 5: Očekávaný přínos studenta k hodnocení STIPO oproti hodnocení psychologa

Příloha 6: Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím záznamu z vyšetření pro studijní a výzkumné účely

## Příloha 1: Demografický formulář

### Demografické údaje

Tento formulář je součástí průzkumu zaměřeného na ověření schopnosti klinického uvažování v závislosti na některých demografických charakteristikách klinického pracovníka. Naší snahou je zjistit, zda existuje proměnná, která by ovlivňovala schopnost klinického úsudku při skórování výpovědí pacientů na základě Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO). STIPO není součástí formuláře, avšak vaše skóry budou statisticky porovnávány s vašimi odpověďmi na níže uvedené položky.

Předpokládáme, že výsledku průzkumu poskytnou důležitou informaci o tom, do jaké míry je přesnost klinického hodnocení pacientů pomocí nástroje STIPO závislá na dosavadní klinické zkušenosti administrátora, případně dalších demografických charakteristikách. Tyto faktory mohou v budoucnu významným způsobem ovlivnit úvahy mj. o tom, zda má smysl zařadit trénink v metodě STIPO již v rámci pregraduálního studia vybraných oborů (např. psychologie, adiktologie, apod.), nebo patří výhradně do rukou profesionálů s dlouholetou klinickou praxí.

Vyplněním formuláře dáváte souhlas s účastí ve studii a využitím vašich odpovědí pro výzkumné účely (vč. odborných publikací). Současně mějte na paměti, že vaše účast je zcela dobrovolná, anonymní, a svůj souhlas můžete kdykoli stáhnout. Vaše emailová adresa a jméno slouží výhradně pro spárování vašich odpovědí se skóry protokolů STIPO. V případě zájmu vám může být na vámi uvedený email zaslána zpětná vazba o výsledcích studie.

Předem mnohokrát děkujeme za ochotu účastnit se průzkumu. Případné dotazy prosím adresujte na email: [kareldobroslav.riegel@vfn.cz](mailto:kareldobroslav.riegel@vfn.cz).

#### \*Povinné pole

E-mail \*                      Věk \*                      Jméno a příjmení \*                      Pohlaví \* Muž Žena Jiné:

Nejvyšší dosažené vzdělání (do políčka "jiné" napište prosím obor studia) \*

Základní

Středoškolské bez maturity (výuční list)

Středoškolské s maturitou

Vyšší odborné

Vysokoškolské I. stupně (Bc.)

Vysokoškolské II. stupně (Mgr.)

Vysokoškolské III. stupně (Ph.D.)

Jiné:

Jaké je vaše zaměstnání? (pokud jste student, ale také pracujete, napište o jakou práci se jedná) \*

Nezaměstnaný/á

Jiné:

Pokud jste student, napište prosím OBOR, ROČNÍK a FORMU STUDIA. \*

Nejsem student

Jiné:

Máte psychoterapeutický výcvik? Pokud ano, napište prosím jaký. (pokud máte PT výcvik alespoň započatý, napište druh a fázi ve které se nacházíte) \*

Ne

Jiné:

Jaká je vaše klinická zkušenost, co se týká TERAPEUTICKÉ ČINNOSTI? (čísla jsou v letech) \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Jaká je vaše klinická zkušenost, co se týká DIAGNOSTICKÉ ČINNOSTI, tj. administrace diagnostických metod, vyhodnocování a interpretace v kontextu? (čísla jsou v letech) \*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Máte zkušenosti s administrací strukturovaných rozhovorů jako např. OPD-2 či IPDE? \*

Ano

Ne

## Příloha 2: Skórovací formulář STIPO

### STRUKTUROVANÉ INTERVIEW ORGANIZACE OSOBNOSTI (STIPO)

#### SKÓROVACÍ FORMULÁŘ

John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern & Otto F. Kernberg

Personality Disorders Institute  
Weill Medical College of Cornell University

Český překlad

Karel D. Riegel & Dita Šamánková

Národní ústav duševního zdraví

<b>Kód respondenta #</b>	
<b>Pohlaví</b>	<b>M</b> <b>Ž</b>
<b>Věk</b>	
<b>Rodinný stav</b>	
<b>Děti (počet dětí &amp; věk)</b>	
<b>Jméno examinátora</b>	
<b>Datum interview</b>	

#### IDENTITA

##### Vklady

Práce – efektivita	1.	.....
Práce – stabilita	2.	.....
Práce – ambice/cíle	3.	.....
Práce – uspokojení	4.	.....
Studium – efektivita	5.	.....
Studium – stabilita	6.	.....
Studium – potěšení	7.	.....
Studium – souvislost s ambicemi	8.	.....
Rekreační aktivity – přítomnost zájmů	9.	.....
Rekreační aktivity – trvalost zájmů	10.	.....
Rekreační aktivity – uspokojení	11.	.....
Vklady – 5 bodová škála		.....



- *Kontinuálně a konzistentně vynakládá úsilí do práce nebo studia a volnočasových aktivit.*
- *Vynakládá úsilí do některých oblastí, ale ne jiných; může vynakládat úsilí do všech oblastí, ale s větší povrchností a menším nasazením vzhledem ke skóru I.*
- *Úsilí vynaložené do práce, studia a volnočasových aktivit je nekonzistentní a povrchní; solidní úsilí může vynakládat v jedné oblasti, ale ne jiných.*
- *Minimální vynaložené úsilí v práci, studiu nebo rekreačních aktivitách; přestože může vynakládat solidní úsilí v jedné oblasti, minimálně ve dvou dalších má vážný deficit.*
- *Žádné vynaložené úsilí do práce, studia, trávení volného času.*

#### Sebepojetí – Soudržnost a kontinuita

<b>Sebepojetí – popis</b>	<b>12.</b>	.....
<b>Sebepojetí – soudržnost v čase</b>	<b>13.</b>	.....
<b>Sebepojetí – vkus a názory</b>	<b>14.</b>	.....
<b>Sebepojetí – soudržnost v přítomnosti</b>	<b>15.</b>	.....
<b>Sebepojetí – čas strávený o samotě</b>	<b>16.</b>	.....
<b>Sebepojetí – v intimních vztazích</b>	<b>17.</b>	.....

#### **Sebepojetí – Soudržnost a kontinuita – 5 bodová škála** .....

- *Sebepojetí a životní cíle jsou soudržné a souvislé v čase a ve většině situací.*
- *Sebepojetí a životní cíle jsou vcelku soudržné a souvislé v čase a ve většině situací.*
- *Sebepojetí a životní cíle jsou do určité míry chabě integrované, povrchní nebo nesouvislé.*
- *Sebepojetí a životní cíle jsou zjevně nestabilní a chabě integrované, povrchní nebo nesouvislé.*
- *Nesouvislé a chaotické (nesoudržné) sebepojetí; bez prožitku „Já“ nebo životních cílů.*

#### Sebepojetí – Sebehodnocení

<b>Sebepojetí – sebehodnocení</b>	<b>18.</b>	.....
<b>Sebepojetí – pozitivní sebesrovnávání I</b>	<b>19.</b>	.....
<b>Sebepojetí – pozitivní sebesrovnávání II</b>	<b>20.</b>	.....
<b>Sebepojetí – negativní sebesrovnávání I</b>	<b>21.</b>	.....
<b>Sebepojetí – negativní sebesrovnávání II</b>	<b>22.</b>	.....
<b>Sebepojetí – fluktuační sebevědomí</b>	<b>23.</b>	.....
<b>Sebepojetí – vnější vlivy na sebevědomí</b>	<b>24.</b>	.....

#### **Sebepojetí – Sebehodnocení – 5 bodová škála** .....

- *Relativně stabilní, pozitivní a realistické sebevědomí.*
- *Stabilní sebevědomí, poměrně negativní, ale realistické.*
- *Nedaří se mu/jí udržovat realistické sebevědomí; tendence vnímat se buď příliš pozitivně, nebo příliš negativně, převážně prostřednictvím srovnávání se s druhými.*
- *Sebepojetí závisí na potřebě vidět se nadřazený/á druhým, která se střídá s pocity bezcennosti a nepotřebnosti.*
- *Sebevědomí je vysoce nerealistické, extrémní, polarizované; rigidní sebeobraz, pozitivní, nebo negativní, založený na vnitřní potřebě vidět se buď lepší, nebo horší než druzí; téměř psychotické vnímání sebe, které je nepřístupné testování realitou.*

#### Vnímání druhých

<b>Druzí – popis</b>	<b>25.</b>	.....
<b>Nejdůležitější osoba v současném životě</b>		.....
<b>Druzí – hodnocení druhých</b>	<b>26.</b>	.....

<b>Druzí – hodnocení druhými</b>	<b>27.</b>	.....
<b>Druzí – vnější vlivy</b>	<b>28.</b>	.....
<b>Druzí – testování sociální reality</b>	<b>29.</b>	.....
<b>Druzí – původní rodina</b>	<b>30.</b>	.....
<b>Nejdůležitější osoba z původní rodiny</b>		.....

**Vnímání druhých – 5 bodová škála** .....

- *Reprezentace druhých reflektují stabilní a integrované vnímání druhých jako jedinečných bytostí a realistický pohled na to, jak je dotčený/á vnímán/a druhými.*
- *Reprezentace druhých jasně reflektují obraz druhého, který je integrovaný a relativně stabilní, ačkoliv může být určitým způsobem povrchní; přítomné je defenzivní zkresení nebo nestabilita ve vnímání toho, jak je dotčený/á nahlížen/a druhými (např. selhává v docenění toho, že je druhými vnímán/a jako úspěšný/á a obdivuhodný/á).*
- *Reprezentace druhých jasně reflektují dominantní aspekty druhého, nicméně jsou nestabilní, vágní a/nebo povrchní, případně vztahovačné; zkresený/nejasný pohled na to, jak je vnímán/a druhými.*
- *Povrchní a/nebo nestabilní reprezentace druhých, ale schopný/á uvést rudimentární, i když protichůdný a nestabilní nebo vysoce povrchní popis některých osob z vnějšku.*
- *Povrchní a chaotické reprezentace druhých, ve značné míře určované úzkostmi, obranami a potřebami respondenta.*

**IDENTITA – CELKOVÉ HODNOCENÍ** .....

- *Konsolidovaná identita.*
- *Konsolidovaná identita, ale s některými mírně deficitními oblastmi (např. velmi mírná povrchnost nebo nestabilita ve vnímání sebe a/nebo reprezentacích druhých).*
- *Mírná patologie identity – mírná až střední nestabilita nebo diskontinuita ve vnímání sebe a druhých; zřejmá povrchnost, diskontinuita a/nebo nestabilita ve vnímání druhých s vnímáním sebe relativně stabilním.*
- *Střední patologie identity – markantní nestabilita a povrchnost ve vnímání sebe a druhých.*
- *Těžká patologie identity – vysoce protichůdné, chaoticky se střídající vnímání sebe a druhých; neschopnost vkladů.*

## **OBJEKTNÍ VZTAHY**

### Mezilidské vztahy

<b>Mezilidské vztahy – sociální izolovanost</b>	<b>31.</b>	.....
<b>Mezilidské vztahy – problémy/nestabilita</b>	<b>32.</b>	.....
<b>Mezilidské vztahy – nedostupnost přátel</b>	<b>33.</b>	.....
<b>Mezilidské vztahy – stabilita v čase</b>	<b>34.</b>	.....
<b>Mezilidské vztahy – konflikty na pracovišti/ve škole</b>	<b>35.</b>	.....

**Interpersonální vztahy – 5 bodová škála** .....

- *Má nejméně jednoho nebo více dobrých přátel; trvání přátelského vztahu nejméně dva roky; konzistentní kontakt s nejbližšími přáteli; hluboká angažovanost a investice do vztahu; absence významných konfliktů ve většině vztahů.*
- *Do jisté míry se angažuje v jednom nebo více přátelských vztazích; dobrá kvalita přinejmenším jednoho vztahu, ale může být proměnlivější, povrchnější nebo s menšími investicemi než v případě skóru 1; kontakt nebo míra sebeodhalení s nejbližšími přáteli kolísá; minimální konflikty v přátelských vztazích nebo na pracovišti.*
- *Více přátelství spíše povrchního charakteru, kratšího trvání a se významně omezenou intimitou nebo nedostatkem vzájemného sebeodhalení; přátelské vztahy nebo vztahy na pracovišti mohou být stabilní, ale jsou naplněné agresí a konflikty.*
- *Má známé, ale ojedinelé, pokud vůbec nějaké přátele; vztahy jsou chudé a povrchní nebo charakteristické*

signifikantními konflikty za různých okolností.

- Absence přátel; popis přátelství je zcela povrchní; vztahy jsou chaotické a charakteristické konflikty za různých okolností.

#### Intimní vztahy a sexualita

Intimní vztahy – historie	36.	.....
Intimní vztahy – intimita/vzájemná závislost	37.	.....
Intimní vztahy – ekonomika vztahu	38.	.....
Intimní vztahy – prožití nudy	39.	.....
Intimní vztahy – sexuální aktivita	40.	.....
Intimní vztahy – sexuální zábrany	41.	.....
Intimní vztahy – smyslnost	42.	.....
Intimní vztahy – láska a sex	43.	.....

#### **Intimní vztahy a sexualita – 5 bodová škála** .....

- Přítomnost uspokojivých intimních vztahů zahrnujících vzájemnou závislost; schopný/á kombinovat lásku a sexualitu ve vztazích signifikantní délky trvání (např. delší než 6 měsíců).
- Přítomnost intimních vztahů, ale problematických/konfliktních (např. inhibované, bouřlivé, mohou být omezené z hlediska sebeodhalení nebo intimity); může přiznávat milostné avantýry zatímco je sexuálně inhibovaný ve vztahu s partnerem/partnerkou; může uvádět potíže v integraci sexu a lásky.
- Intimita omezená konflikty (např. závislost a zranitelnost), může uvádět potíže udržovat intimní vztahy; popisované vztahy jsou konfliktní, relativně krátké a/nebo vysoce povrchní; může vykazovat stabilní vztahy delšího trvání, které jsou charakteristické vážnými inhibicemi sexuality a intimity.
- Povrchní vztahy bez investic, krátké pokusy o intimitu a/nebo neschopnost prožívat smyslové aspekty sexuality; může zažívat minimální smyslové potěšení a/nebo pervazivní intruze agresivity.
- Absence intimních vztahů a žádná sexuální aktivita.

#### Vnitřní model utváření vztahů

Vnitřní model utváření vztahů – idealizace/devalvace	44.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – kvalita objektivních vztahů	45.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – empatie	46.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – pocit privilegovanosti I	47.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – pocit privilegovanosti II	48.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – autonomie druhých	49.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – naplňování potřeb I	50.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – naplňování potřeb II	51.	.....
Vnitřní model utváření vztahů – naplňování potřeb III	52.	.....

#### **Vnitřní model utváření vztahů – 5 bodová škála** .....

- Nevnímá vztahy jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; snadno a konzistentně empatizuje s potřebami druhého nezávisle na vlastních; snadno udržuje trvalý zájem o druhé v čase; nemá pocit, že se vše točí kolem něho/ní.
- Většinou nepřemýšlí o vztazích jako o prostředku k uspokojení vlastních potřeb; někdy může přemýšlet o tom, co ze vztahu má, ale není to hlavní motivací pro většinu vztahů; empatie s potřebami druhého nezávisle na vlastních, ale ne vždy nebo za všech okolností; schopný/á udržet trvalý zájem o druhé v čase; nepatrný, pokud nějaký pocit, že se vše točí kolem něho/ní.
- Tendence vnímat vztahy jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; kapacita empatizovat s potřebami druhého nezávisle na vlastních potřebách poněkud omezená a/nebo narušená schopnost udržovat trvalý zájem o druhé v čase; připadá mu/jí, že má nárok na speciální péči/pozornost od druhých.
- Vztahy vnímá převážně jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; kapacita empatizovat s potřebami

druhého nezávisle na vlastních potřebách je vážně narušená; malá schopnost udržovat zájem o druhé v čase; silný pocit, že se vše točí kolem něho/ní.

- *Vztahy vnímá výhradně jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; neschopný/á empatizovat s potřebami druhého nezávisle na vlastních potřebách; nemá zájem o druhé; pocit, že se vše točí kolem něho/ní je v mezilidských vztazích dominantním motivem.*

#### OBJEKTNÍ VZTAHY – CELKOVÉ HODNOCENÍ .....

- *Objektvní vztahy pevné, trvalé, realistické, s nuancemi a uspokojující; vztahy nejsou vnímány jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; schopný/á kombinovat sexualitu a intimitu.*
- *Vztahové vazby obecně silné a odolné, ale mohou takové být v o něco menší míře než ve skóru 1; obdobně jako ve skóru 1, pokud jde o využívání druhých jako prostředku k uspokojování vlastních potřeb; určitý stupeň narušení v intimních/sexuálních vztazích.*
- *Vztahové vazby jsou přítomny, ale jsou povrchnější, křehčí a s vadami; zvýšená tendence vnímat vztahy jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; omezená kapacita empatizovat s potřebami druhého nezávisle na vlastních potřebách.*
- *Vztahové vazby jsou vzácné a s vadami; vztahy může vnímat převážně jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; vztahy mohou být vysoce povrchní, s malou kapacitou empatizovat s potřebami druhého nezávisle na vlastních potřebách.*
- *Vážný nedostatek vztahových vazeb; vztahy vnímá výhradně jako prostředek k uspokojení vlastních potřeb; neschopný/á empatie a udržení zájmu o druhé.*

#### PRIMITIVNÍ OBRANY

<b>Primitivní projekce</b>	<b>53.</b>	.....
<b>Nepředvídatelné chování</b>	<b>54.</b>	.....
<b>Idealizace/devalvace – věci/situace</b>	<b>55.</b>	.....
<b>Idealizace/devalvace – osoby</b>	<b>56.</b>	.....
<b>Černobílé myšlení</b>	<b>57.</b>	.....
<b>Primitivní popření</b>	<b>58.</b>	.....
<b>Externalizace</b>	<b>59.</b>	.....
<b>Projektivní identifikace I</b>	<b>60.</b>	.....
<b>Projektivní identifikace II</b>	<b>61.</b>	.....
<b>Denní snění</b>	<b>62.</b>	.....
<b>Somatizace</b>	<b>63.</b>	.....

#### PRIMITIVNÍ OBRANY – CELKOVÉ HODNOCENÍ .....

- *Nepřítomnost primitivních obran.*
- *Zřejmé příklady používání primitivních obran, primitivní obranný styl však zjevně NENÍ u respondenta převažujícím; může být omezeno na idealizaci/devalvaci.*
- *Používá smíšený vzorec primitivních obran, změny ve vnímání sebe a druhých však nejsou zřetelné a narušení funkčních schopností v důsledku používání primitivních obran není výrazné.*
- *Konzistentní používání primitivních obran; změny ve vnímání sebe a druhých jsou relativně vážné a pervazivní; zřejmě narušení v životě respondenta vlivem těchto obranných vzorců.*
- *Pervazivní používání primitivních obran (externalizace, primitivní popření, idealizace, devalvace a štěpení) téměř ve všech situacích; vážné a radikální změny ve vnímání sebe a druhých v míře, která výrazně interferuje s fungováním; bohatě propracované příklady.*

#### COPING/RIGIDITA

<b>Předvídaní/plánování</b>	<b>64.</b>	.....
-----------------------------	------------	-------

Potlačení	65.	.....
Flexibilita	66.	.....
Sebeobviňování	67.	.....
Proaktivní coping	68.	.....
Perfekcionismus	69.	.....
Multi-tasking	70.	.....
Kontrola	71.	.....
Sklon k obavám	72.	.....
Výzvy	73.	.....
<b>COPING/RIGIDITA – CELKOVÉ HODNOCENÍ</b>		.....

- *Flexibilní, adaptivní coping; odolnost vůči stresu ve většině oblastí; konzistentní používání rozmanitých adaptivních copingových strategií.*
- *Používá adaptivní copingové strategie, nicméně s menší konzistencí nebo efektivitou nebo pouze v některých oblastech; převážně odolný/á vůči stresu.*
- *Proměnlivé používání adaptivních copingových strategií s následnou zranitelností vůči stresu; rigidní coping.*
- *Málo příkladů použití adaptivních copingových strategií; rigidní, maladaptivní coping.*
- *Pervazivně rigidní, maladaptivní coping, s vážnými důsledky ve smyslu fungování respondenta v reakci na stres.*

## AGRESIVITA

### Agrese vůči sobě

Zanedbávání se	74.	.....
Rizikové chování	75.	.....
Úleva od napětí	76.	.....
Suicidalita	77.	.....
Sexuální agrese vůči sobě	78.	.....

**Agrese vůči sobě – 5 bodová škála** .....

- *Žádná nebo extrémně mírná agrese vůči sobě, např. méně významné kousání nehtové kůžičky.*
- *Zanedbávání vlastního zdraví, které se týká relativně drobných problémů, nebo mírná agrese vůči sobě, např. častější, pravidelné kousání nehtové kůžičky.*
- *Zanedbávání vlastního zdraví s potenciálně vážnými důsledky.*
- *Útoky vůči sobě, které nejsou život ohrožující.*
- *Jeden nebo více život ohrožující útoky vůči sobě.*

### Agrese vůči druhým

Vznětlivost	79.	.....
Napadání druhých	80.	.....
Potěšení z utrpení druhých	81.	.....
Sexuální agrese vůči druhým	82.	.....
Vyhrožování sebepoškozením	83.	.....
Zastrašování	84.	.....
Nenávist	85.	.....

**Agrese vůči druhým – 5 bodová škála** .....

- *Sebekontrola, modulace a integrace hněvu a agrese.*

- Ztráta sebekontroly s verbální agresí, následovaná pocity viny a napravením vztahu.
- Ztráta sebekontroly s verbální agresí; určité potěšení z ovládnání a zastrasování druhých.
- Nenávisť bez fyzické agrese; brutální verbální napadání; sadistické ovládnání druhých, např. prostřednictvím zastrasování nebo sebepoškozováním.
- Nenávisť; fyzické napadání s účelem ublížit.

#### AGRESIVITA – CELKOVÉ HODNOCENÍ .....

- Sebekontrola, modulace a integrace hněvu a agrese; může zahrnovat epizody vzteku a verbální agrese, ale zdají se být adekvátní situaci.
- Agresivita vyjadřovaná prostřednictvím zanedbávání sebe sama, mírné sebedestruktivní chování, kontrolující interpersonální styl; verbální agrese je častější a/nebo primárně útočná.
- Agresivní chování může být namířené převážně vůči sobě; příležitostné záchvaty vzteku, primárně útočná verbální agrese; toto chování je však méně časté, závažné a nebezpečné než v případě skóru 4 a 5.
- Agresivní chování namířené vůči druhým, s agresí nebo bez agrese vůči sobě; může být charakteristický/a agresí vůči sobě, která je vážná, až život ohrožující; agresivita je méně pervazivní, častá a méně život ohrožující než v případě skóru 5; časté záchvaty vzteku, časté epizody primárně útočné verbální agrese.
- Agresivní chování představuje vážné ohrožení bezpečí druhých a/nebo sebe; pervazivní tendence k vážné, nebezpečné agresivitě s potěšením z ubližování a/nebo ovládnání druhých.

#### MORÁLNÍ HODNOTY

Vnitřní morální hodnoty	86.	.....
Lhaní/podvádění I	87.	.....
Morální dilemata	88.	.....
Lhaní/podvádění II	89.	.....
Ilegální činnost	90.	.....
Vina I	91.	.....
Využívání	92.	.....
Vina II – sadismus	93.	.....

#### MORÁLNÍ HODNOTY – CELKOVÉ HODNOCENÍ .....

- Žádný důkaz nemorálního nebo neetického chování; dělá si přiměřené starosti a cítí odpovědnost za potenciálně zraňující nebo neetické chování; prožívá vinu; vnitřní morální kompas je autonomní, konzistentní a flexibilní; žádné využívání druhých pro osobní zisk.
- Žádné antisociální chování; neetického chování (např. lhaní, podvádění), které nemá závažné důsledky; vnitřní morální kompas je autonomní a konzistentní, s určitými konflikty/ambivalencemi vzhledem k diskutabilním příležitostem osobního zisku; prožívá vinu, ale v takové míře, že ruminační sebeobviňování je nadřazené proaktivním snahám o nápravu.
- Určité neetické/nemorální chování, např. plagiátorství, podvody, lži, kriminalita bílých límečků, drobné krádeže v obchodě, žádná konfrontace s oběťmi; potíže převzít plnou odpovědnost za chování, které je zraňující pro druhé; lze vystopovat určitý smysl pro vnitřní morální standardy, ale má značné obtíže v používání těchto standardů k řízení chování.
- Přítomnost násilného, agresivního antisociálního chování jako např. okrádání druhých; může zahrnovat konfrontaci s oběťmi, ale s absencí napadání a úkladnosti; v záležitostech morálky se řídí hlavně tím, aby nebyl/a dopaden/a; zanedbatelný konflikt ohledně využívání diskutabilních příležitostí pro osobní zisk na účet druhých; morální hodnoty a vnitřní standardy jsou nekonzistentní a podléhající vnějším vlivům; zanedbatelný pocit viny/výčitek svědomí.
- Přítomnost násilného, agresivního antisociálního chování (přepadání, bití, úkladnost); nechápe pojem morální hodnoty; bez pocitu viny/výčitek svědomí; psychopatie.

#### TESTOVÁNÍ REALITY A PERCEPČNÍ DISTORZE

Testování reality – paranoia	94.	.....
Testování reality – přehnaná reakce	95.	.....
Disociace	96.	.....
Depersonalizace	97.	.....
Bizarní myšlenky a přesvědčení	98.	.....
Halucinační stavy	99.	.....
Vztahovačné myšlení	100.	.....

#### TESTOVÁNÍ REALITY A PERCEPČNÍ DISTORZE – CELKOVÉ HODNOCENÍ.....

- *Žádné percepční distorze, žádné narušení v testování reality; necítí se ani se nejeví zvláštní nebo odlišný/á.*
- *Mírné percepční distorze (např. mírná depersonalizace, připadá si tlustý/á nebo ošklivý/á...) s nedotčeným testováním reality; může se cítit odlišný/á než druzí, ale vnímá přesně, že se druhým nejeví zvláštní.*
- *Percepční distorze střední závažnosti (např. často slýchává své jméno, častá somatizace nebo pocity depersonalizace nebo derealizace, prokazatelné distorze tělesného obrazu) s testováním reality víceméně nedotčeným; může vykazovat paranoii, neškodnou výstřednost, např. si připadá zvláštní nebo odlišný/á, ale většinou tak nevypadá.*
- *Markantní percepční distorze (např. vidá svůj obličej „roztékající se“ v zrcadle) s proměnlivým testováním reality; může vykazovat závažnější paranoii a/nebo výstřednost, např. pocit, že je bizarní, zvláštní nebo odlišný/á a někdy takový/á připadá i druhým, včetně examinátora.*
- *Vážné percepční distorze (např. tělesné halucinace nebo slýchání hlasů) s markantním narušením v testování reality; druhým připadá vysoce bizarní/zvláštní, včetně examinátora.*

#### REKODIFIKACE POLOŽEK

*Definice primárního vkladu.* Označení „primární“ znamená „primární vklad“ do práce, studia nebo obou variant. Primární = 1: práce; primární = 2: studium; primární = 3: obě varianty; primární = 4: žádná z variant. S1-S100 je označení položek.

pokud (S1 lt 3 and S5 = 9) primární = 1  
pokud (S1 = 9 and S5 lt 3) primární = 2  
pokud (S1 lt 3 and S5 lt 3) primární = 3  
pokud (S1 = 9 and S5 = 9) primární = 4

Jakmile je u respondenta zaznamenán stabilní vklad pouze do jedné z oblastí (studium/práce), počítají se skóry vztahující se pouze ke studiu/práci nebo průměr skórů mezi studiem a prací, jsou-li uvedeny obě oblasti. V případě, že respondent nestuduje ani nepracuje, udělí se skór „2“.

pokud (primární = 1) idpr1 = S1  
pokud (primární = 1) idpr2 = S2  
pokud (primární = 1) idpr3 = S3  
pokud (primární = 1) idpr4 = S4  
pokud (primární = 2) idpr1 = S5  
pokud (primární = 2) idpr2 = S6  
pokud (primární = 2) idpr3 = S7  
pokud (primární = 2) idpr4 = S8

pokud (primární = 4) idpr1 = 2  
pokud (primární = 4) idpr2 = 2  
pokud (primární = 4) idpr3 = 2  
pokud (primární = 4) idpr4 = 2

pokud (primární = 3) idpr1 = mean (S1, S5)  
pokud (primární = 3) idpr2 = mean (S2, S6)

pokud (primární = 3) idpr3 = mean (S3, S7)

pokud (primární = 3) idpr4 = mean (S4, S8)

*Rekodifikace dalších položek hodnocených skórem 9.* Položky, které jsou hodnoceny jako chybějící, nejsou započítávány do celkového skóru dimenze nebo subdimenze. Například položka č. 10, která hodnotí trvalost zájmu o rekreační aktivitu v čase, nebude respondentovi kladena, pokud vypovídá, že nemá žádné zájmy. V ostatních případech skór „9“ bude kodifikován jako „2“. Například položky č. 37-41, které hodnotí různé aspekty intimních vztahů, budou vynechány, pokud respondent uvádí, že v posledních pěti letech neměl žádný milostný vztah. V tomto případě budou takové položky hodnoceny skórem „2“, který se započítává do průměrného skóru příslušné dimenze.

recode S10 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S11 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S17 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S32 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S33 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S34 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S35 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S37 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S38 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S39 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S40 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S41 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S43 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S50 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S51 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S52 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S69 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S70 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S71 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S73 (0=0) (1=1) (2=2) (9=2)

recode S78 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

recode S82 (0=0) (1=1) (2=2) (9=vynech)

Položky hodnocené skórem „3“ budou rekodifikovány skórem „2“. Jelikož skór „3“, indikátor povrchnosti nebo dezorganizovanosti odpovědi, není k dispozici pro všechny položky, bude u příslušných položek rekodifikován skórem maximální závažnosti „2“.

## OSOBNOSTNÍ PROFIL

Subdimenze / dimenze	Aritmetický skór	5 bodová škála
1. Vklady		
1. Sebepojetí - Soudržnost a kontinuita		
1. Sebepojetí - Sebehodnocení		
1. Vnímání druhých		
<b>1. Identita - celkové hodnocení</b>		
2. Mezilidské vztahy		
2. Intimní vztahy a sexualita		



2. Vnitřní model utváření vztahů		
<b>2. Objektí vztahy - celkové hodnocení</b>		
<b>3. Primitivní obrany</b>		
<b>4. Coping/rigidita</b>		
5. Agrese vůči sobě		
5. Agrese vůči druhým		
<b>5. Agresivita - celkové hodnocení</b>		
<b>6. Morální hodnoty</b>		
<b>7. Testování reality a percepční distorze</b>		

### ÚROVEŇ ORGANIZACE OSOBNOSTI

**Normální**

**Neurotická 1**

**Neurotická 2**

**Hraniční 1**

**Hraniční 2**

**Hraniční 3**

**Pozn.:** Nejvhodnější variantu označte křížkem.

**Příloha 3: Asociace skóre hodnotitelů s expertními skóre**

	Dimenze STIPO	Parametr	<i>B</i>	<i>SE</i>	Stupně volnosti	t-testová statistika	<i>p</i> -hodnota	
<b>Aritmet. skór</b>	Identita	Intercept	0,27	0,03	217,99	9,68	<0,01	
		Sklon	0,67	0,03	210,00	24,41	<0,01	
	Objektní vztahy	Intercept	0,06	0,02	245,00	3,99	<0,01	
		Sklon	0,70	0,02	245,00	39,39	<0,01	
	Primitivní obrany	Intercept	0,11	0,03	229,51	4,15	<0,01	
		Sklon	0,85	0,02	210,00	34,18	<0,01	
	Coping/ rigidita	Intercept	0,18	0,03	237,50	5,24	<0,01	
		Sklon	0,82	0,02	210,00	34,45	<0,01	
	Agresivita	Intercept	0,05	0,02	245,00	2,81	0,01	
		Sklon	0,87	0,03	245,00	30,55	<0,01	
	Morální hodnoty	Intercept	0,02	0,03	189,99	0,71	0,48	
		Sklon	0,77	0,06	210,00	11,83	<0,01	
	Testování reality	Intercept	0,09	0,02	165,24	3,94	<0,01	
		Sklon	0,97	0,02	210,00	39,09	<0,01	
	<b>Klinický skór</b>	Identita	Intercept	0,83	0,08	243,00	10,03	<0,01
			Sklon	0,64	0,03	243,00	22,46	<0,01
		Objektní vztahy	Intercept	0,46	0,07	243,00	6,70	<0,01
			Sklon	0,62	0,03	243,00	22,78	<0,01
Primitivní obrany		Intercept	0,50	0,11	242,97	4,35	<0,01	
		Sklon	0,79	0,04	209,00	21,91	<0,01	
Coping/ rigidita		Intercept	0,04	0,18	237,84	0,25	0,81	
		Sklon	0,91	0,05	209,00	18,91	<0,01	
Agresivita		Intercept	0,44	0,09	239,79	5,15	<0,01	
		Sklon	0,68	0,03	209,00	19,95	<0,01	
Morální hodnoty		Intercept	0,37	0,19	243,00	1,95	0,05	
		Sklon	0,63	0,10	243,00	6,16	<0,01	
Testování reality		Intercept	0,02	0,10	226,56	0,18	0,86	

		Sklon	1,09	0,04	209,00	27,60	<0,01
	Organizace osobnosti	Intercept	0,02	0,14	238,03	0,12	0,91
		Sklon	0,93	0,03	210,00	27,38	<0,01
<i>Pozn.: B = odhad; SE = standardní chyba.</i>							

**Příloha 4:** Vliv proměnných obor vzdělání, počet let terapeutické činnosti a počet let diagnostické činnosti na skóry STIPO

	Dimenze STIPO	Parametr	<i>B</i>	<i>SE</i>	Stupně volnosti	t-testová statistika	<i>p</i> -hodnota
<b>Aritmet. skór</b>	Identita	Intercept	0,21	0,04	245,00	5,43	<0,01
		Expert	0,67	0,03	245,00	24,63	<0,01
		OborP	0,05	0,06	245,00	0,78	0,43
		OborS	0,08	0,04	245,00	2,13	0,03
		Terapeut.čin	0,00	0,01	245,00	-0,96	0,34
		Diag.čin.	0,01	0,01	245,00	1,55	0,12
	Objektní vztahy	Intercept	0,06	0,02	245,00	2,49	0,01
		Expert	0,70	0,02	245,00	39,41	<0,01
		OborP	-0,01	0,04	245,00	-0,29	0,77
		OborS	0,00	0,02	245,00	0,02	0,98
		Terapeut.čin	0,00	0,00	245,00	0,35	0,73
		Diag.čin.	0,00	0,01	245,00	-0,21	0,83
	Primitivní obrany	Intercept	0,06	0,04	245,00	1,60	0,11
		Expert	0,85	0,02	245,00	34,82	<0,01
		OborP	-0,03	0,05	245,00	-0,56	0,57
		OborS	0,07	0,03	245,00	2,19	0,03
		Terapeut.čin	0,00	0,00	245,00	-0,26	0,80
		Diag.čin.	0,01	0,01	245,00	1,32	0,19
	Coping/ rigidita	Intercept	0,13	0,04	112,49	3,01	<0,01
		Expert	0,82	0,02	210,00	34,45	<0,01
		OborP	-0,01	0,06	35,00	-0,14	0,89
		OborS	0,06	0,04	35,00	1,50	0,14
		Terapeut.čin	0,00	0,01	35,00	-0,36	0,72
		Diag.čin.	0,02	0,01	35,00	1,56	0,13
Agresivita	Intercept	0,03	0,03	245,00	1,08	0,28	

		Expert	0,87	0,03	245,00	31,01	<0,01	
		OborP	-0,05	0,04	245,00	-1,25	0,21	
		OborS	0,02	0,03	245,00	0,85	0,39	
		Terapeut.čin	0,01	0,00	245,00	1,42	0,16	
		Diag.čin.	0,00	0,01	245,00	0,16	0,87	
	Morální hodnoty	Intercept	-0,02	0,04	74,38	-0,44	0,67	
		Expert	0,77	0,06	210,00	11,83	<0,01	
		OborP	-0,05	0,06	35,00	-0,82	0,42	
		OborS	0,06	0,04	35,00	1,63	0,11	
		Terapeut.čin	0,00	0,01	35,00	-0,52	0,61	
		Diag.čin.	0,01	0,01	35,00	0,72	0,48	
	Testování reality	Intercept	0,03	0,03	245,00	1,03	0,31	
		Expert	0,97	0,02	245,00	39,15	<0,01	
		OborP	0,03	0,05	245,00	0,48	0,63	
		OborS	0,06	0,03	245,00	1,95	0,05	
		Terapeut.čin	0,00	0,00	245,00	0,83	0,41	
		Diag.čin.	0,00	0,01	245,00	-0,42	0,67	
	<b>Klinický skór</b>	Identita	Intercept	0,69	0,10	245,00	7,00	<0,01
			Expert	0,64	0,03	245,00	22,92	<0,01
			OborP	0,19	0,12	245,00	1,61	0,11
			OborS	0,15	0,07	245,00	2,11	0,04
Terapeut.čin			0,00	0,01	245,00	-0,06	0,95	
Diag.čin.			0,01	0,02	245,00	0,78	0,44	
Objektní vztahy		Intercept	0,41	0,09	245,00	4,75	<0,01	
		Expert	0,62	0,03	245,00	23,24	<0,01	
		OborP	0,08	0,11	245,00	0,76	0,45	
		OborS	0,02	0,07	245,00	0,31	0,76	
		Terapeut.čin	0,02	0,01	245,00	1,98	0,05	

		Diag. čin.	-0,01	0,02	245,00	-0,62	0,54
Primitivní obrany		Intercept	0,39	0,14	144,04	2,77	0,01
		Expert	0,79	0,04	210,00	21,96	<0,01
		OborP	0,22	0,18	35,00	1,23	0,23
		OborS	0,13	0,11	35,00	1,24	0,23
		Terapeut. čin	0,00	0,02	35,00	0,13	0,89
		Diag. čin.	-0,01	0,03	35,00	-0,48	0,63
Coping/ rigidita		Intercept	-0,15	0,20	208,16	-0,75	0,45
		Expert	0,91	0,05	210,00	18,96	<0,01
		OborP	0,24	0,21	35,00	1,16	0,26
		OborS	0,21	0,13	35,00	1,62	0,12
		Terapeut. čin	0,02	0,02	35,00	1,04	0,31
		Diag. čin.	-0,01	0,03	35,00	-0,31	0,76
Agresivita		Intercept	0,29	0,10	245,00	2,83	<0,01
		Expert	0,68	0,03	245,00	20,10	<0,01
		OborP	-0,05	0,13	245,00	-0,41	0,68
		OborS	0,16	0,08	245,00	2,06	0,04
		Terapeut. čin	0,03	0,01	245,00	2,22	0,03
		Diag. čin.	-0,01	0,02	245,00	-0,61	0,54
Morální hodnoty		Intercept	0,29	0,20	245,00	1,42	0,16
		Expert	0,63	0,10	245,00	6,25	<0,01
		OborP	-0,11	0,15	245,00	-0,71	0,48
		OborS	0,10	0,09	245,00	1,14	0,26
		Terapeut. čin	0,01	0,01	245,00	0,75	0,46
		Diag. čin.	0,01	0,02	245,00	0,44	0,66
Testování reality		Intercept	-0,19	0,12	117,41	-1,54	0,13
		Expert	1,09	0,04	210,00	27,67	<0,01
		OborP	0,11	0,17	35,00	0,63	0,53

		OborS	0,20	0,10	35,00	1,98	0,06
		Terapeut.čin.	0,04	0,01	35,00	2,71	0,01
		Diag.čin.	-0,03	0,03	35,00	-0,98	0,33
	Organizace osobnosti	Intercept	-0,02	0,18	109,76	-0,10	0,92
		Expert	0,93	0,03	210,00	27,38	<0,01
		OborP	0,02	0,25	35,00	0,09	0,93
		OborS	-0,04	0,15	35,00	-0,24	0,81
		Terapeut.čin.	0,03	0,02	35,00	1,50	0,14
		Diag.čin.	-0,01	0,04	35,00	-0,24	0,81
<i>Pozn.: B = odhad; SE = standardní chyba; OborP = psycholog; OborS = student.</i>							

**Příloha 5: Očekávaný přínos studenta k hodnocení STIPO oproti hodnocení psychologa**

	Dimenze STIPO	Parametr	<i>B</i>	<i>SE</i>	Stupně volnosti	t-testová statistika	<i>p</i> -hodnota	
<b>Aritmet. skór</b>	Identita	Intercept	0,28	0,05	54,91	5,55	<0,01	
		Expert	0,67	0,03	209,00	24,35	<0,01	
		Student	-0,01	0,05	33,00	-0,17	0,87	
	Objektní vztahy	Intercept	0,05	0,03	245,00	1,71	0,09	
		Expert	0,70	0,02	245,00	39,40	<0,01	
		Student	0,01	0,03	245,00	0,34	0,73	
	Primitivní obrany	Intercept	0,06	0,04	245,00	1,40	0,16	
		Expert	0,85	0,02	245,00	34,25	<0,01	
		Student	0,06	0,04	245,00	1,38	0,17	
	Coping/rigidita	Intercept	0,17	0,06	70,66	3,05	<0,01	
		Expert	0,82	0,02	210,00	34,45	<0,01	
		Student	0,01	0,05	35,00	0,27	0,79	
	Agresivita	Intercept	0,01	0,03	245,00	0,43	0,67	
		Expert	0,87	0,03	245,00	30,65	<0,01	
		Student	0,04	0,03	245,00	1,25	0,21	
	Morální hodnoty	Intercept	-0,06	0,05	54,47	-1,19	0,24	
		Expert	0,77	0,06	210,00	11,83	<0,01	
		Student	0,09	0,05	35,00	1,88	0,07	
	Testování reality	Intercept	0,07	0,04	48,67	1,66	0,10	
		Expert	0,97	0,02	210,00	39,09	<0,01	
		Student	0,02	0,04	35,00	0,36	0,72	
	<b>Klinický skór</b>	Identita	Intercept	0,94	0,11	245,00	8,18	<0,01
			Expert	0,64	0,03	245,00	22,64	<0,01
			Student	-0,12	0,09	245,00	-1,30	0,19
Objektní vztahy		Intercept	0,58	0,10	245,00	5,73	<0,01	
		Expert	0,62	0,03	245,00	22,99	<0,01	
		Student	-0,13	0,08	245,00	-1,58	0,12	



	Primitivní obrany	Intercept	0,57	0,16	93,90	3,45	<0,01
		Expert	0,79	0,04	210,00	21,96	<0,01
		Student	-0,08	0,13	35,00	-0,59	0,56
	Coping/ rigidita	Intercept	0,17	0,23	138,85	0,75	0,46
		Expert	0,91	0,05	210,00	18,96	<0,01
		Student	-0,15	0,16	35,00	-0,88	0,38
	Agresivita	Intercept	0,36	0,13	79,50	2,75	0,01
		Expert	0,68	0,03	210,00	20,00	<0,01
		Student	0,09	0,11	35,00	0,83	0,41
	Morální hodnoty	Intercept	0,28	0,22	245,00	1,32	0,19
		Expert	0,63	0,10	245,00	6,19	<0,01
		Student	0,10	0,11	245,00	0,92	0,36
	Testování reality	Intercept	0,08	0,16	65,68	0,47	0,64
		Expert	1,09	0,04	210,00	27,67	<0,01
		Student	-0,07	0,15	35,00	-0,45	0,65
Organizace osobnosti	Intercept	0,18	0,22	72,19	0,83	0,41	
	Expert	0,93	0,03	210,00	27,38	<0,01	
	Student	-0,19	0,19	35,00	-0,97	0,34	
<i>Pozn.: B = odhad; SE = standardní chyba.</i>							

**Příloha 6:** Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím záznamu z vyšetření pro studijní a výzkumné účely

**Informovaný souhlas pacienta s audio/video záznamem**

**Jméno respondenta:** ..... **Identifikační kód respondenta:** .....

**Datum narození:** ..... **Odpovědný pracovník:** .....

- Já, níže podepsaný/á, souhlasím s audio/video záznamem průběhu vyšetření pomocí Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO) při zachování mé anonymity.
- Je mi více než 18 let.
- Byl/a jsem seznámen/a s účelem nahrávání pro supervizní, studijní a výzkumné účely.
- Beru na vědomí, že moje osobní data budou uchovávána s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Pro studijní a výzkumné účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (tj. anonymní data s kódem) nebo s mým výslovným souhlasem.
- Porozuměl/a jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech odkazujících na data z vyšetření. Já naopak nebudu proti použití výsledků z vyšetření.
- Jsem si vědom/a, že má účast na vyšetření je zcela dobrovolná a není honorovaná.
- Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu stáhnout kdykoli bez udání důvodu.
- Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
- Obdržel/a jsem originálně podepsaný stejnopis formuláře Informovaný souhlas vyšetřovaného s audio/video záznamem.

.....  
.....

Jméno, příjmení a datum  
(vlastní rukou respondenta)

Podpis

.....  
.....

Jméno a příjmení odpovědného pracovníka

Podpis