

# HODNOCENÍ FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ OSOBNOSTI V BĚŽNÉ A KLINICKÉ POPULACI

původní práce

Nikola Doubková<sup>1,2</sup>  
Radek Heissler<sup>1</sup>  
Marek Preiss<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Národní ústav duševního zdraví,  
Klecany

<sup>2</sup>Pedagogická fakulta UK v Praze

<sup>3</sup>University of New York in Prague

## Kontaktní adresa:

PhDr. Nikola Doubková  
Národní ústav duševního zdraví  
Topolová 748  
250 67 Klecany  
e-mail: nikola.doubkova@nudz.cz

Tato studie je výsledkem badatelské činnosti podporované Grantovou agenturou České republiky, reg. č. 19-100575.

## SOUHRN

**Doubková N, Heissler R, Preiss M. Hodnocení funkčních schopností osobnosti v běžné a klinické populaci**

**Cíl:** Přechod od kategoriálních modelů poruch osobnosti k dimenzionálnímu pojetí funkčních schopností osobnosti, jak jsou konceptualizovány v DSM-5 i MKN-11, představuje pro klinickou oblast výzvu k implementaci nových diagnostických metod pro poruchy osobnosti. Zároveň se ukazuje, že koncept osobnostního fungování má širší uplatnění kvůli svým schopnostem popisovat obecně závažnost psychopatologie. České verze dvou instrumentů zaměřených na funkčních schopností osobnosti již prošly ověřením psychometrických vlastností, nicméně pro jejich další využívání je potřebné, aby byly podrobeny dalším výzkumům. V této studii se proto zaměřujeme na jejich schopnost diskriminovat mezi těmi bez psychiatrické diagnózy a dvěma skupinami lidí s psychiatrickou diagnózou.

**Materiál a metoda:** Studie byla realizována na 163 respondentech, kteří pocházeli ze tří skupin: 1) pacienti s poruchami osobnosti ( $n = 58$ ), 2) pacienti se zvýšeným skóre neuroticismu ( $n = 50$ ), 3) běžná populace ( $n = 55$ ). Funkční schopnosti osobnosti byly hodnoceny za pomoci sebeposuzovacího dotazníku Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0) a klinicky hodnoceným polostrukturovaným rozhovorem Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STIP 5.1).

**Výsledky:** Tři sledované skupiny se lišily v osobnostním fungování. Obecně se

## SUMMARY

**Doubková N, Heissler R, Preiss M. Personality functioning assessment in general and clinical population**

**Objective:** The transition from categorical models of personality disorders to a dimensional approach of personality functioning, as conceptualized by the DSM-5 and ICD-11, represents a challenge for the clinical area to implement new diagnostic methods for personality disorders. While it also seems that the personality functioning concept has a broader application because of its ability to capture the overall severity of psychopathology. The psychometric properties of Czech versions of two instruments assessing personality functioning have been verified already. However, for their future use, they must be subjected to further research. Therefore, in this study, we focus on their ability to discriminate between those without a psychiatric diagnosis and two groups of people with a psychiatric diagnosis.

**Method:** The study was conducted on 163 respondents from three groups: 1) patients with personality disorders ( $n = 58$ ), 2) patients with increased neuroticism score ( $n = 50$ ), 3) general population ( $n = 55$ ). Personality functioning was assessed by self-report questionnaire Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0) and clinician-rated Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STIP 5.1).

**Results:** The three groups differed in their level of personality functioning. Generally, people with personality disorders had

dá říct, že lidé s poruchou osobnosti dosahovali nejvyššího narušení osobnostního fungování, zatímco nejnižší úroveň narušení osobnostního fungování měla běžná populace, mezi nimi pak byla skupina se zvýšeným neuroticismem. Zatímco rozhovor STiP-5.1 byl schopen rozlišovat i v rámci skupin pacientů, dotazník LPFS-BF 2.0 měl tuto schopnost nižší. Z demografických proměnných se ukázala jako významná korelace s věkem naznačující trend ke zralejšímu osobnostnímu fungování s vyšším věkem, dále se ukázalo, že vyšší vzdělání bylo asociováno s nižším narušením osobnostního fungování.

**Závěr:** Polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 i screeningový dotazník LPFS-BF 2.0 ukázaly adekvátní schopnost diskriminovat tři zkoumané populace. Obě metody jsou uživatelsky příznivé a vzhledem k dobrým psychometrickým vlastnostem jejich českých verzí je možné obě doporučit pro výzkumné užití a s obezřetností také pro klinickou praxi. Rozšiřuje se tak repertoár moderních metod (nejen) k diagnostice poruch osobnosti v ČR.

**Klíčová slova:** LPFS-BF 2.0, osobnostní fungování, poruchy osobnosti, STiP-5.1, úroveň funkčních schopností osobnosti.

the highest level of personality functioning impairment, the general population had the lowest level of impairment, the group with increased neuroticism score was in the middle. While the STiP-5.1 was able to differentiate within the patients' groups, the ability of LPFS-BF 2.0 was limited. From the demographic variables, age correlated with personality functioning, suggesting a trend toward more mature personality functioning in older age. Also, higher education levels were associated with lower personality functioning impairment.

**Conclusion:** The semi-structured interview STiP-5.1 and the screening questionnaire LPFS-BF 2.0 showed adequate ability to discriminate between the three study groups. Both methods are user-friendly, and given the psychometric properties of their Czech versions, they can be recommended for research proposes and with caution to use in clinical practice. Thus, the repertoire of modern methods available in the Czech Republic for assessing (not only) personality disorders is expanding.

**Key words:** level of personality functioning, LPFS-BF 2.0, personality functioning, personality disorders, STiP-5.1.

## ÚVOD

Konceptualizace poruch osobnosti vychází z dlouhodobého chápání osobnostních rysů, které jsou hodnoceny jako trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování. V souladu s tradicí diagnostických a statistických manuálů duševních poruch se předpokládá, že nepružné osobnostní rysy způsobují závažné funkční narušení nebo subjektivní nepohodu. Pátá edice Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5)<sup>1</sup> ve svém alternativním modelu pro poruchy osobnosti (AMPO) ale představuje první nomenklaturní posun od zaměření na dlouhodobé vzorce patologie ve struktuře osobnosti k důrazu na aktuálnější narušení osobnostního fungování. Podobný trend přináší i model poruch osobnosti představený v 11. edici Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11),<sup>2</sup> která nabývá platnosti v roce 2022, očekává se její brzká implementace. Oba modely představují významné změny v paradigmatu přístupu k poruchám osobnosti od kategoriálních modelů k dimenzionálním a vyžadují tak nové diagnostické nástroje.<sup>3</sup>

V DSM-5 v Sekci III „Nové přístupy, modely a posuzovací metody“ je představen AMPO, což je tzv. dimenzionálně-kategoriální hybridní model, protože kromě zachování tradičních kategorií poruch osobnosti posuzuje také míru

narušení osobnostního fungování. V AMPO je důraz kladen nejen na patologické rysy osobnosti (tzv. Kritérium B), ale také na funkční schopnosti osobnosti (tzv. Kritérium A). Model předpokládá, že funkční schopnosti osobnosti (LPFS) jsou jádrem osobnostní patologie, nicméně pro stanovení diagnózy je nutné propojení s patologickými rysy. Oproti rysům jsou funkční schopnosti osobnosti více spojené s projevy prožívání a chování ve specifických oblastech a lze předpokládat, že oproti rysům jde o méně trvalé projevy prožívání a chování. Kritérium A popisuje narušení funkčních schopností osobnosti jedince jak ve vztahu k sobě (oblast self), a to v dimenzích Identita a Sebeřízení, tak ve vztahu k druhým (oblast interpersonální s dimenzemi Empatie a Intimita). Pro účely diagnostiky LPFS popisuje pět úrovní narušení (0–4), přičemž pro stanovení poruchy osobnosti se vyžaduje středně těžké (úroveň 2) nebo vyšší narušení (úroveň 3 a 4) funkčních schopností.<sup>1</sup>

Plně dimenzionální model poruch osobnosti představuje MKN-11. Diagnostika poruch osobnosti pak spočívá v posouzení závažnosti osobnostních dysfunkcí, přičemž bližší specifikace patologickými osobnostními rysy (tzn. trait domain qualifiers) je volitelná. Obdobně jako v LPFS jsou posuzovány obtíže ve fungování self

a interpersonálním fungování, a to v pěti úrovních od normálního osobnostního fungování po závažnou poruchu osobnosti.<sup>2</sup> Přestože jsou oba modely velmi podobné, zdá se, že na rozdíl od AMPO klade MKN-11 při posuzování patologie větší důraz na interpersonální složku a agresivitu spojenou s rizikem ubližování sobě samému či druhým lidem.<sup>4,5</sup>

Oproti tradičním kategoriálním modelům poruch osobnosti je výhodou těchto nových přístupů to, že vedle patologie definují také normu.<sup>6</sup> Např. optimální fungování osobnosti je podle LFPS charakterizováno jako vnímání vlastní jedinečnosti a udržování hranic přiměřené vlastní sociální roli (Identita), stanovování a dosahování cílů na základě realistického posouzení vlastních schopností (Sebeřízení), dobré porozumění zkušenostem a motivaci druhých ve většině situací (Empatie) a udržování uspokojivých a dlouhodobých vztahů v osobním a společenském životě (Intimita). Ve výzkumech se také ukazuje, že použití konceptu osobnostního fungování může být širší než diagnostika poruch osobnosti, protože se zdají být dobrým ukazatelem duševního zdraví a závažnosti psychopatologie, přičemž poskytuje důležité informace pro léčbu a terapii.<sup>7,8</sup>

V AMPO jsou obsaženy dva diagnostické nástroje. K posouzení Kritéria B je to sebeposuzovací Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5),<sup>9,10</sup> jehož výzkum je u nás i v zahraničí bohatý. Pro hodnocení Kritéria A obsahuje výše zmíněnou posuzovací škálu úrovně narušení funkčních schopností osobnosti (Levels of Personality Functioning Scale, LPFS), jíž je ale výzkumně věnováno spíše méně pozornosti.<sup>11</sup> Pro hodnocení osobnostního fungování byly vytvořeny dílčí metody jak dotazníkové, tak také rozhovorové. Byl vytvořen oficiální rozhovor Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I),<sup>12</sup> který má ale nevýhody v čase potřebném k administraci a vysoké pořizovací ceně. Proto vznikla mj. po zácvičku volně dostupná metoda Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1).<sup>13</sup> Častý je však také požadavek na krátké a nenáročné metody, v odpovědi na tento požadavek vznikl dotazník LPFS-BF 2.0,<sup>14</sup> který se i přes svůj screeningový charakter postupně zahrnuje mezi zlatý standard metod pro dimenzionální modely poruch osobnosti.<sup>15</sup>

Metod posuzujících závažnost osobnostní patologie podle MKN-11 je stále velmi málo a doposud nebyla představena žádná metoda založená na rozhovoru. Vzhledem k blízkosti obou zmíněných modelů je v současnosti mnoho výzkumů věnováno snaze o jejich integraci a harmonizaci. K hodnocení závažnosti osobnostní patologie podle MKN-11 se doporučuje užívat metod vytvořených k hodnocení LPFS.<sup>4,16</sup> Takové metody jsou již nyní v České republice k dispozici: LPFS-BF 2.0,<sup>17</sup> STiP-5.1,<sup>18</sup> pro jejich využití v diagnostice jsou však potřeba další výzkumná ověření.

Z výzkumného a klinického hlediska je u těchto metod mimo jiné podstatné ověřit jejich psychometrické kvality a vliv demografických proměnných, a zejména, zda jsou schopny odlišit běžnou a klinickou populaci, a zvláště pak ty s diagnózou poruch osobnosti. Zaměřili jsme se proto na tyto dvě metody klinického hodnocení funkčních schopností osobnosti, jež jsou úspěšně užívány k diagnostice poruch osobnosti na základě AMPO DSM-5 i modelu poruch osobnosti MKN-11<sup>4,19,20</sup> – formou polostrukturovaného

rozhovoru STiP-5.1<sup>13,18</sup> a sebeposouzení krátkým screeningovým dotazníkem LPFS-BF 2.0.<sup>14,17</sup>

## MATERIÁL A METODA

### Výzkumný soubor

Všichni respondenti byli informováni o smyslu a cílech studie a před jejím zahájením podepsali informovaný souhlas. Celý výzkumný soubor tvořilo 163 lidí (61 mužů, 37,4 %) ve věkovém rozmezí 18–67 (M = 33,41 ± 12,05). Pracovali jsme se třemi skupinami participantů, pro zachycení a zachování kontinuity skóre a hodnot byly některé analýzy provedeny na celém souboru. Charakteristika celého souboru a všech tří výzkumných skupin je pro přehlednost zobrazena v tab. 1. Inkluzivními kritérii do všech tří skupin byly české občanství a dosažení 18 let. Další inkluzivní a exkluzivní kritéria byla zvolena pro jednotlivé výzkumné skupiny.

1. Pacienti s *poruchami osobnosti* ( $n = 58$ ) byli vybráni z klinické populace v ambulantní léčbě či hospitalizované v Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ). Inkluzivními kritérii byly: 1) diagnóza poruchy osobnosti stanovená psychiatrickým nebo psychologickým vyšetřením; 2) současná či minulá hospitalizace na psychiatrii.
2. Pacienti se *zvýšeným neuroticismem* ( $n = 50$ ) byli vybráni z klinické populace léčené pro poruchy nálad ambulantně či v rámci hospitalizace v NUDZ. Inkluzivními kritérii byly 1. zvýšená míra neuroticismu (skóre > 2SD podle Eysenck Personality Questionnaire – Revised,<sup>21</sup> 2. současná hospitalizace na psychiatrii nebo hospitalizace na psychiatrii v anamnéze.
3. *Běžná populace* ( $n = 55$ ) byla vybrána z neklinické populace ČR. Inkluzivním kritériem bylo vyloučení zvýšeného skóre deprese nebo úzkosti (BDI > 20, BAI > 18). Exkluzivními kritérii byly: 1) psychiatrická diagnóza; 2) současná či minulá hospitalizace na psychiatrii.

### Použité metody

#### The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form (LPFS-BF 2.0)<sup>14,17,18</sup>

Dotazníková metoda LPFS-BF 2.0 obsahuje 12 položek, které jsou posuzovány na čtyřbodové Likertově škále, kde vyšší hodnoty představují vyšší míru souhlasu s položkou a vyšší míru narušení osobnostního fungování. Výsledný skóre se dělí na oblast Self, oblast Interpersonální a celkový skóre. Cronbachova alfa se pohybovala od 0,71 do 0,82,<sup>22</sup> v českém souboru podle McDonaldova  $\omega$  od 0,78–0,88.<sup>18</sup>

#### The Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1)<sup>13,18</sup>

Testuje proměnné podle LPFS v oblasti Self (škály Identita a Sebeřízení) a Interpersonální oblasti (škály Empatie a Intimita). Obsahuje celkem 28 otevřených otázek, které jsou uvedeny obecnější instrukcí: „*Tento rozhovor je o vás*

Tab. 1. Charakteristika výzkumného souboru (N = 163)

		Běžná populace (n = 55)	Zvýšený neuroticismus (n = 50)	Poruchy osobnosti (n = 58)	Celý soubor (N = 163)
Věk (M ± SD; min–max)		34,16 ± 13,37; 19–67	34,82 ± 12,66; 19–62	31,48 ± 9,98; 18–50	33,41 ± 12,05; 18–67
Pohlaví (n)	Muži	23	22	16	61
	Ženy	32	28	42	102
Vzdělání (n)	ZŠ	0	6	13	19
	SŠ	28	25	35	88
	VŠ	27	19	10	56
Rodinný stav (n)	Svobodní	36	33	45	114
	Manželství	9	10	5	24
	Rozvedení	9	7	7	23
	Ovdovělí	1	0	1	2

jako osobě. Jinými slovy budeme mluvit o tom, co si o sobě myslíte, jak se cítíte, jaké charakteristiky jsou pro vás typické a jaké cíle jste si stanovil/a. Budeme se také bavit o vaší interakci s ostatními lidmi, tedy jaké s nimi máte vztahy, jak se s druhými stýkáte, jak s nimi komunikujete.“ Klinik má při posuzování odpovědí v jednotlivých oblastech k dispozici pětibodovou škálu, kde 0 je osobnostní fungování bez narušení, 4 nejvyšší narušení. Kromě otázek, které musejí být položeny vždy, obsahuje také řadu otázek doplňujících, které mají napomoci získat informace potřebné pro hodnocení. Každá škála se dále dělí na čtyři subškály, např. Identita na 1. Jedinečnost/hranice, 2. Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení, 3. Sebeúcta/Sebehodnocení a 4. Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků. STiP-5.1 se týká současného fungování. Konkrétní příklady se mají zaměřovat na období několika posledních týdnů, delší časové období autoři doporučují zvažovat jen tehdy, pokud jsou současné okolnosti výjimečné. Celková doba administrace se pohybuje mezi 40 a 90 minutami. Cronbachova alfa byla 0,97 pro celkový skóre,<sup>13</sup> u české verze pak McDonaldovo  $\omega$  mezi 0,89 a 0,94.<sup>18</sup>

## Analýza dat

Data byla analyzována pomocí IBM SPSS Statistics 23.0, jamovi v. 1.2.0 a JASP v. 0.11.1. Statistické analýzy zahrnovaly deskriptivní statistiku, meziskupinová porovnání a korelace. Analýzy se zaměřily na rozdíly v osobnostním fungování mezi třemi sledovanými skupinami. K posouzení rozdílů a vlivu demografických proměnných (rodinný stav, vzdělání) u LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 byla u celého souboru použita ANOVA (velikost účinku dána hodnotou parciální eta na druhou  $\eta_p^2$ , hodnoty pod 0,06 je možné pojímat jako malé a nad 0,14 jako velké), T-test (velikost účinku dána Cohenovým d), a pro vztahy mezi věkem a mezi metodami byla použita Pearsonova korelace. Vzhledem k mnohotěnému testování byla u vybraných analýz použita Bonferroniho korekce pro zpřesnění výsledků ( $p = 0,05/6 = 0,008$ ). Následné rozdíly ve sledovaných proměnných u tří zkoumaných skupin byly zjišťovány pomocí analýzy kovariance (ANCOVA) s demografickými proměnnými jako kovariátami (velikost účinku dána  $\eta_p^2$ ). Provedeny byly také analýzy Area Under Curve (AUC) a Receiver Operating

Characteristic (ROC) u celkových skóre ve STiP a LPFS, a to především pro identifikaci cut-off skóre s nejlepší senzitivitou a specificitou pro odlišení zkoumaných skupin. Diskriminační hodnoty AUC je možné interpretovat následovně: 0,5–0,6 jako slabá diskriminace; 0,6–0,7 jako přijatelná diskriminace; 0,7–0,8 jako excelentní diskriminace;  $\geq 0,90$  jako výjimečná diskriminace.<sup>23</sup>

## VÝSLEDKY

Před porovnáním výzkumných skupin jsme se zaměřili na souvislost osobnostního fungování s demografickými proměnnými v celém výzkumném souboru. Demografické charakteristiky jsou zobrazeny v tab. 1. Přehled výsledků všech sledovaných skupin v LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 je zobrazen v tab. 2. U celého souboru koreloval věk se škálou Self rozhovoru STiP-5.1 (STiP-Self;  $r = -0,16$ ;  $p = 0,046$ ), dále se škálou Self dotazníku LPFS-BF 2.0 (LPFS-BF 2.0-Self;  $r = -0,21$ ;  $p = 0,009$ ) a také s celkovým skóre dotazníku LPFS-BF 2.0 (LPFS-BF 2.0-Celkem;  $r = -0,17$ ;  $p = 0,029$ ). Po Bonferroniho korekci pro mnohotěné testování ale zůstal statisticky významný pouze vztah s LPFS-BF 2.0-Self.

T-test ukázal na rozdíly mezi pohlavími pouze v STiP-5.1-Self ( $M = 0,97 \pm 0,84$  muži,  $M = 1,4 \pm 1,04$  ženy;  $t(161) = -2,58$ ,  $p = 0,011$ , malá velikost účinku  $d = 0,42$ ). Po aplikaci Bonferroniho korekce je ale tento rozdíl ne-signifikantní. V rámci celého souboru neukázala analýza vztahu demografických a testových proměnných rozdílů v LPFS-BF 2.0 ani v STiP-5.1 mezi osobami s různým rodinným stavem (svobodní, v manželství, ovdovělí, rozvedení; všechna  $p > 0,05$ ).

Na základě vzdělání byly nalezeny rozdíly ve STiP-5.1 i v LPFS-BF 2.0, přičemž se dá obecně říci, že vyšší vzdělání bylo spojeno s nižší úrovní narušení osobnostního fungování (malá až střední velikost účinku). Konkrétně, STiP-5.1-Self ( $M = 1,74 \pm 0,65$  u osob se ZŠ,  $M = 1,34 \pm 0,98$  u osob se SŠ,  $M = 0,86 \pm 0,98$  u osob s VŠ;  $F(2) = 7,61$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta_p^2 = 0,087$ ), STiP-5.1-Interpersonální ( $M = 1,58 \pm 0,9$  u osob se ZŠ,  $M = 1,09 \pm 0,98$  u osob se SŠ, a  $M = 0,71 \pm 0,87$  u osob s VŠ;  $F(2) = 6,67$ ,  $p = 0,002$ ,  $\eta_p^2 = 0,077$ ), STiP-5.1-Celkem ( $M = 1,9 \pm 0,74$  u osob se ZŠ,  $M = 1,3 \pm 1$

Tab. 2. Deskriptivní statistika u tří souborů ve STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0

Proměnná	Běžná populace (n = 55)	Zvýšený neuroticismus (n = 50)	Poruchy osobnosti (n = 58)
	M ± SD; Mdn; min-max	M ± SD; Mdn; min-max	M ± SD; Mdn; min-max
STiP-5.1 – Self	0,24 ± 0,47; 0; 0–2	1,40 ± 0,73; 1; 0–3	2,00 ± 0,73; 2; 1–4
STiP-5.1 – Interpersonální	0,20 ± 0,40; 0; 0–1	1,02 ± 0,74; 1; 0–3	1,79 ± 0,87; 2; 0–3
STiP-5.1 – Celkem	0,18 ± 0,43; 0; 0–2	1,28 ± 0,78; 1; 0–3	2,10 ± 0,64; 2; 1–3
LPFS-BF 2.0 – Self	3,75 ± 3,22; 3; 0–13	10,00 ± 3,67; 10,5; 1–17	10,91 ± 4,14; 11; 0–18
LPFS-BF 2.0 – Interpersonální	3,36 ± 2,62; 3; 0–11	6,74 ± 3,75; 7; 0–17	8,16 ± 4,05; 7; 0–18
LPFS-BF 2.0 – Celkem	7,11 ± 5,07; 7; 0–24	16,74 ± 6,35; 17; 1–29	19,07 ± 7,10; 19; 0–35

Pozn.: STiP-5.1 – Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5; LPFS-BF 2.0 – The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form.

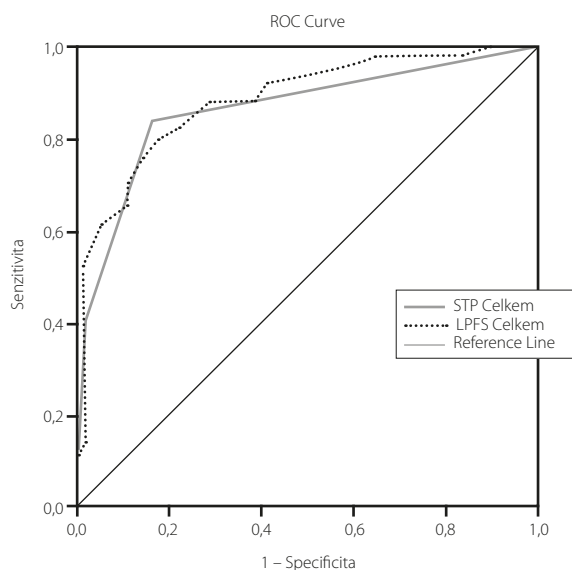
Tab. 3. Porovnání rozdílů mezi soubory pomocí ANCOVA

Proměnná	F statistika	p	$\eta_p^2$
STiP-5.1 – Self	F (2, 157) = 90,08	< 0,001	0,534
STiP-5.1 – Interpersonální	F (2, 157) = 58,83	< 0,001	0,428
STiP-5.1 – Celkem	F (2, 157) = 107,39	< 0,001	0,578
LPFS-BF 2.0 – Self	F (2, 157) = 54,24	< 0,001	0,409
LPFS-BF 2.0 – Interpersonální	F (2, 157) = 23,5	< 0,001	0,230
LPFS-BF 2.0 – Celkem	F (2, 157) = 49,9	< 0,001	0,389

Pozn.: STiP-5.1 – Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5; LPFS-BF 2.0 – The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form.

u osob se SŠ, a  $M = 0,82 \pm 0,97$  u osob s VŠ;  $F(2) = 9,58, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,107$ ). Dále v LPFS-BF 2.0-Self ( $M = 11,26 \pm 3,75$  u osob se ZŠ,  $M = 8,34 \pm 5$  u osob se SŠ, a  $M = 6,98 \pm 4,65$  u osob s VŠ;  $F(2) = 5,82, p = 0,004, \eta_p^2 = 0,068$ ), a také LPFS-BF 2.0-Celkem ( $M = 18 \pm 6,09$  u osob se ZŠ,  $M = 14,93 \pm 8,65$  u osob se SŠ, a  $M = 12,11 \pm 7,32$  u osob s VŠ;  $F(2) = 4,46, p = 0,013, \eta_p^2 = 0,053$ ).

Rozdíly v LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 mezi sledovanými skupinami byly posléze analyzovány pomocí ANCOVA, do níž byly přidány jako kovariáty demografické proměnné, které se ukázaly mít z výše uvedené analýzy vliv na osobnostní fungování (věk, pohlaví, vzdělání). Výsledky ukazují, že statisticky významné rozdíly, navíc s velkou velikostí účinku, byly mezi skupinami u všech sledovaných proměnných. Detailní výsledky ANCOVA jsou k nalezení v tab. 3. Pro zjištění, jaká je povaha rozdílů mezi jednotlivými skupinami ve skórech STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0, byl použit T-test. Ten ukázal na statisticky významné rozdíly mezi běžnou populací a pacienty s poruchami osobnosti (všechny tři skóry STiP-5.1  $p < 0,001$ , Cohenovo  $d = 2,32-3,5$ ; pro všechny tři skóry LPFS-BF 2.0



Graf 1. ROC křivka pro skupinu běžné populace a skupinu se zvýšeným neuroticismem

Tab. 4. Rozdíly mezi skupinami ve STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0 (p a Cohenovo d)

Proměnná	BP vs. N		BP vs. PO		N vs. PO	
	p	d	p	d	p	d
STiP-5.1 – Self	< 0,001	1,920	< 0,001	2,87	< 0,001	0,83
STiP-5.1 – Interpersonální	< 0,001	1,390	< 0,001	2,32	< 0,001	0,95
STiP-5.1 – Celkem	< 0,001	1,756	< 0,001	3,50	< 0,001	1,16
LPFS-BF 2.0 – Self	< 0,001	1,820	< 0,001	1,93	0,230	0,23
LPFS-BF 2.0 – Interpersonální	< 0,001	1,050	< 0,001	1,40	0,064	0,36
LPFS-BF 2.0 – Celkem	< 0,001	1,690	< 0,001	1,93	0,077	0,34

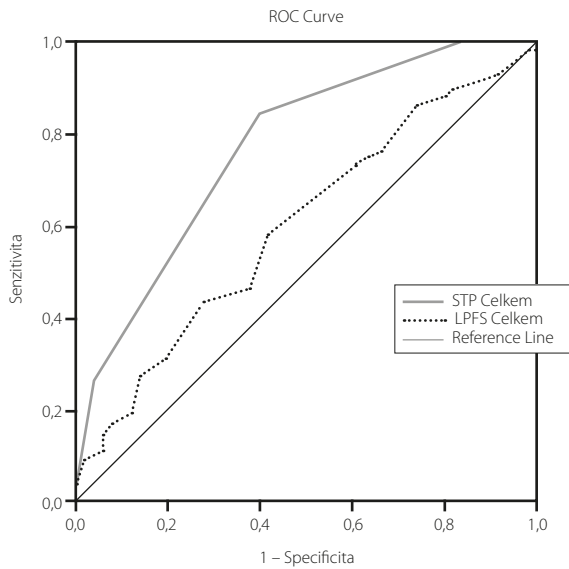
Pozn.: BP – běžná populace; N – zvýšený neuroticismus; PO – poruchy osobnosti; STiP-5.1 – Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5; LPFS-BF 2.0 – The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form.



Tab. 5. Výsledky AUC a ROC analýzy celkových skóre

Skupiny	Metoda	AUC	95% CI	SE	p	Cut-off	Senz.	1-Spec.
BP vs. N	STiP-5.1	0,864	0,790–0,938	0,038	< 0,001	1	0,84	0,164
	LPFS-BF 2.0	0,882	0,816–0,947	0,034	< 0,001	12	0,8	0,182
BP vs. PO	STiP-5.1	0,981	0,959–1,000	0,011	< 0,001	1	1	0,164
	LPFS-BF 2.0	0,913	0,858–0,969	0,028	< 0,001	13	0,862	0,127
N vs. PO	STiP-5.1	0,77	0,681–0,859	0,045	< 0,001	2	0,845	0,400
	LPFS-BF 2.0	0,598	0,491–0,705	0,055	0,079	18	0,586	0,420

Pozn.: BP – běžná populace; N – zvýšený neuroticismus; PO – poruchy osobnosti; CI – konfidenční interval; Senz. – senzitivita; 1-spec. – specificita; STiP-5.1 – Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5; LPFS-BF 2.0 – The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form.



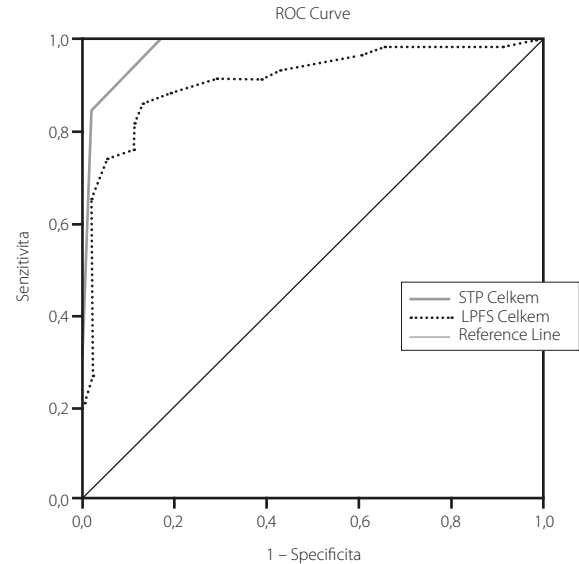
Graf 2. ROC křivka pro skupinu se zvýšeným neuroticismem a s poruchami osobnosti

$p < 0,001$ , Cohenovo  $d = 1,4–1,93$ ), a také mezi běžnou populací a pacienty se zvýšeným neuroticismem (všechny tři skóre STiP-5.1  $p < 0,001$ , Cohenovo  $d = 1,39–1,92$ ; pro všechny tři skóre LPFS-BF 2.0  $p < 0,001$ , Cohenovo  $d = 1,05–1,82$ ). Mezi pacienty s poruchami osobnosti a se zvýšeným neuroticismem byly signifikantní rozdíly ve všech třech skórech rozhovoru STiP-5.1 ( $p < 0,001$ , Cohenovo  $d = 0,83–1,16$ ), nicméně v dotazníku LPFS-BF 2.0 nebyly mezi těmito patientskými skupinami statisticky významné rozdíly (všechna  $p > 0,05$ ). Detailnější hodnoty Cohenova  $d$  jsou zobrazené v tab. 4.

Pro celkový skóre rozhovoru STiP-5.1 a dotazníku LPFS-BF 2.0 byly zkonstruovány ROC křivky a byla vypočtena plocha pod křivkou (AUC) pro rozlišení narušení osobnostního fungování mezi jednotlivými sledovanými skupinami a identifikaci cut-off skóre s nejlepší senzitivitou a specificitou pro jejich odlišení. Výsledky těchto analýz a hodnoty pro vybrané cut-off skóre jsou zobrazené v tab. 5. Jednotlivé ROC křivky jsou zobrazeny na grafech 1–3.

## DISKUSE

V této studii jsme se zaměřili na zjišťování funkčních schopností osobnosti a jejich klinické využití ve dvou formách administrace – formou semi-strukturovaného



Graf 3. ROC křivka pro skupinu běžné populace a skupinu s poruchami osobnosti

rozhovoru (STiP-5.1) a sebeposuzovacím dotazníkem (LPFS-BF 2.0). Dotazník LPFS-BF 2.0 je spíše krátkou screeningovou metodou nenáročnou na administraci, porozumění, vyhodnocení a interpretaci. Strukturovaný rozhovor STiP-5.1 klade vyšší nároky jak na kliniky kvůli potřebě zaškolení, času potřebnému k administraci, a obtížnějšímu vyhodnocování, tak na vyšetřované. V klinické praxi však oba přístupy mají své důležité místo. Obě metody jsou doporučovány k diagnostice poruch osobnosti na základě dimenzionálních modelů v DSM-5 i MKN-11.<sup>11,20</sup> České verze těchto metod již prošly prvními psychometrickými analýzami,<sup>17,18</sup> nicméně pro jejich užití v klinické praxi je potřeba metody podrobit dalším výzkumům, jedním z nich je i tato studie porovnávající dva soubory pacientů s běžnou populací.

Hlavní výsledky analýzy můžeme stručně shrnout takto: korelace výsledků STiP-5.1 i LPFS-BF 2.0 s věkem naznačují trend k vyššímu osobnostnímu fungování ve vyšším věku, vyšší vzdělání bylo asociováno s vyšším stupněm osobnostního fungování, sledované skupiny se lišily v osobnostním fungování.

Z hlediska klinické praxe je nejvýznamnější poslední zmiňovaný výsledek. V oblasti Self, interpersonální oblasti i celkovém skóre rozhovoru STiP-5.1 i dotazníku LPFS dosahuje nejnižších hodnot (tj. nenarušené osobnostní fungování) skupina běžné populace, prostřední je skupina

s vysokým skóre neuroticismu a největší narušení osobnostního fungování je u skupiny osob s poruchou osobnosti (tab. 1). Rozdíl mezi oběma klinickými skupinami od běžné populace je zachován i při kontrole vlivu demografických proměnných ve všech výsledných skórech STiP-5.1 i LPFS-BF 2.0 ( $p < 0,001$ ) (tab. 3). Zároveň byla zjištěna statisticky nižší míra osobnostního fungování u skupiny lidí s poruchami osobnosti oproti skupině se zvýšeným skóre neuroticismu, nicméně ten je patrný jen při posuzování polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1, ale ne v sebesuzovací metodě LPFS-BF 2.0.

Obě metody, STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0, byly schopné diskriminovat populaci s absencí a s přítomností klinicky významné psychopatologie. Pokud bychom u STiP-5.1 zaokrouhlili průměrné skóre na celá čísla, běžné populaci by odpovídala hodnota 0, souboru s vysokým neuroticismem 1 a souboru s poruchami osobnosti 2. Toto rozdělení podporují i výsledky analýz AUC, podle kterých je u celkového skóre STiP-5.1 již cut-off 1 rozlišující mezi běžnou populací a osobami s poruchou nálad a poruchou osobnosti, s hodnotami AUC značícími excelentní diskriminační schopnost, a cut-off 2 rozlišující mezi osobami s poruchou nálad a poruchou osobnosti. Na základě výsledků i AUC analýz se také zdá, že dotazník LPFS-BF 2.0 nicméně má omezenou schopnost diferenciaci v rámci klinické populace. Cut-off s nejlepšími hodnotami senzitivity a specifity pro rozlišení běžné populace a osob se zvýšeným skóre neuroticismu byl 12 a 13 pro odlišení osob s poruchou osobnosti (oboje s excelentní diskriminací), pro rozlišení osob se zvýšeným neuroticismem a poruchou osobnosti to byl skór 18, nicméně diskriminační schopnost byla slabá. Plní tak ale svou funkci screeningového dotazníku pro odhad osobnostního fungování, přičemž následné porovnání výsledků a případných diskrepancí mezi sebesouzením a klinicky hodnoceným rozhovorem přináší důležité poznatky o osobnosti vyšetřovaného.<sup>24</sup>

Narušení osobnostního fungování úrovně 2 je interpretováno jako středně těžké narušení a je kritériem pro stanovení poruchy osobnosti podle AMPO.<sup>1</sup> V rozhovoru STiP-5.1 skupina s poruchami osobnosti v průměru dosahovala hodnoty 2,1 (SD = 0,64, min. = 1, max. 3), což tomuto kritériu odpovídá, nelze si však nevšimnout, že část pacientů skóruje pod touto diagnosticky stanovenou mezí. Naopak u skupiny s zvýšeným skóre neuroticismu vidíme, že ač v průměru dosahuje hodnot nižších ( $M = 1,28 \pm 0,78$ ; 0–3), někteří z participantů požadovaný práh překračují. Tento trend je potvrzen také výsledky AUC a ROC analýz, které ukazují, že cut off skór 1 je dostatečně senzitivní a specifický pro odlišení běžné populace od obou skupin pacientů. Cut-off skór 2 je pak vhodný pro odlišení skupiny osob se zvýšeným neuroticismem a poruchami osobnostmi, nicméně zjištěné hodnoty senzitivity a specifity potvrzují, že část respondentů by byla zařazena do jiné skupiny. Z toho lze vyvodit, že pokud by výsledek STiP-5.1 byl kritériem pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti, u části pacientů by diagnóza nebyla stanovena, zatímco u jiných by naopak byla zvažována. Tyto rozdíly poukazují na několik fenoménů souvisejících s přesností klinického úsudku jak při stanovování původní diagnózy, tak při hodnocení rozhovoru STiP-5.1, mohou však také poukazovat na odlišnost diagnostických

systemů a obsažených diagnostických kritérií. Bylo zjištěno, že podle kategoriálně-dimenzionálního AMPO jsou poruchy osobnosti diagnostikovány častěji.<sup>25</sup> Lze tak očekávat, že v případě plně dimenzionálního modelu MKN-11 by se tento rozdíl v četnosti mohl ještě zvýraznit.

Z demografických proměnných byly nalezeny souvislosti osobnostního fungování s věkem a s dosaženým vzděláním. Korelace věku a skórů STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0 naznačují inverzní souvislost mezi věkem a osobnostním fungováním, nicméně po Bonferroniho korekci zůstala statisticky významná pouze slabá negativní souvislost škály LPFS-BF 2.0 Self. Trend výsledků však naznačuje, že s věkem se zlepšuje osobnostní fungování, zvláště pak v oblasti Self. Přestože jsou výsledky ve shodě s dřívějšími výzkumy,<sup>18</sup> pro vysvětlení tohoto trendu je potřeba provést další studie.<sup>26</sup> Bylo zjištěno, že fenomenologie poruch osobnosti se s věkem mění<sup>27</sup> a že s věkem klesá jejich závažnost.<sup>28</sup> Je tudíž možné předpokládat obdobné tendence také u osobnostního fungování.

Ukázalo se, že vyšší vzdělání je asociováno s vyšším stupněm osobnostního fungování (malá a střední velikost účinku). Předchozí studie ukázaly, že lidé s poruchami osobnosti často dosahují nižšího stupně vzdělání kvůli obtížím spojeným s poruchou, které ztěžují úspěšné zapojení do vzdělávacího procesu a splnění potřebných požadavků k jeho dokončení, např. vlivem obtíží v sebeřízení, či nestabilitou v osobním životě.<sup>29,30</sup> Funkční schopnosti osobnosti, které se na hodnocení těchto oblastí také zaměřují, tak dle očekávání odrážejí tento fenomén.

Naše studie má několik omezení, která je potřeba zmínit. Při výběru souboru jsme vycházeli z klinických diagnóz, které byly pacientům stanoveny na základě psychiatrického či psychologického vyšetření, v rámci výzkumu jsme tyto diagnózy již dále neověřovali. Naším cílem nebylo ověřovat přesnost diagnostického procesu a porovnávat osobnostní fungování u jednotlivých poruch, ale zjistit vlastnosti nových nástrojů na populaci lidí s psychiatrickou diagnózou. Jedním z omezení je, že v několika případech znal výzkumník skupinu, do které byl respondent zařazen, již při vedení rozhovoru STiP-5.1, což mohlo ovlivnit jeho hodnocení. Dalším z omezení našeho souboru je, že některé demografické proměnné nejsou ve skupinách plně reprezentovány (např. lidé jen se ZŠ, či ovdovělí), kvůli čemuž byly některé analýzy provedeny na celém souboru. Použité soubory jsou relativně malé (50 až 58 osob) vlivem časové náročnosti administrace STiP 5.1, ovšem veliké velikosti účinku ( $\eta_p^2 = 0,234–0,527$ ) ukazují jejich dostatečnost na prokázání rozdílů mezi skupinami ve vybraných metodách.

## ZÁVĚR

MKN-11 přináší velké změny v diagnostice poruch osobnosti, protože opouští jejich kategoriální vymezení a zaměřuje se po vzoru alternativního modelu pro poruchy osobnosti v DSM-5 na dimenzionální posouzení osobnostního narušení. Tato změna vyžaduje nové diagnostické metody. V této studii jsme použili sebesuzovací dotazník LPFS-BF 2.0 a rozhovor STiP-5.1. Obě metody jsou doporučovány k diagnostice poruch osobnosti na základě DSM-5 i MKN-11. Pro jejich užití v české klinické praxi je však potřeba metody

podrobit dalším výzkumům. V této studii porovnááme tři skupiny – běžnou populaci, skupinu lidí se zvýšeným skóre neuroticismu, a skupinu s poruchami osobnosti. Výsledky studie ukazují, že rozhovor STiP-5.1 má schopnost rozlišovat nejen mezi běžnou populací a skupinami s psychiatrickou diagnózou, ale také v rámci těchto skupin odlišit ty s pravděpodobnou poruchou osobnosti. Krátký screeningový dotazník LPFS-BF 2.0 pak dokáže odlišit ty s psychickými obtížemi. Obě metody jsou uživatelsky příznivé a vzhledem k jejich psychometrickým vlastnostem<sup>17,18</sup> je lze doporučit pro výzkumné užití a s obezřetností také pro klinickou praxi. Česká verze dotazníku LPFS-BF 2.0 je dostupná na webových

stránkách nizozemského De Viersprong National Institute of Personality Disorders (<https://bit.ly/lpfs-cz>) a u korespondenčního autora tohoto článku. Česká verze rozhovoru STiP-5.1 je spolu s manuálem dostupná u korespondenčního autora článku a před jeho použitím je doporučeno projít krátkým zázvikiem se zkušeným administrátorem.

Potvrzuje se, že osobnostní fungování nemusí být v klinické praxi hodnoceno jen u pacientů s poruchami osobnosti, ale má svůj význam i u lidí s jinými psychiatrickými diagnózami či bez diagnózy, protože i u těchto pacientů poskytuje hodnocení osobnostního fungování cenné poznání informace pro intervence, terapii a léčbu.

## LITERATURA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing 2015.
- World Health Organization. ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: World Health Organization 2021.
- Mulder R, Tyrer P. Diagnosis and classification of personality disorders: Novel approaches. *Curr Opin Psychiatry* 2019; 32 (1).
- Bach B, Anderson JL. Patient-Reported ICD-11 Personality Disorder Severity and DSM-5 Level of Personality Functioning. *J Pers Disord* 2020; 34 (2): 231–249.
- Sharp C, Wall K. DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annu Rev Clin Psychol* 2021; 17 (1): 313–337.
- Leising D, Rogers K, Ostner J. The Undisordered Personality: Normative Assumptions Underlying Personality Disorder Diagnoses. *Rev Gen Psycho* 2009; 13 (3): 230–241.
- Doering S, Blüml V, Parth K, Feichtinger K, Gruber M, Aigner M, Rössler-Schüle H, Freidl M, Wininger A. Personality functioning in anxiety disorders. *BMC Psychiatry* 2018; 18 (1): 294.
- Bach B. Treating comorbid depression and personality disorders in DSM-5 and ICD-11. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 874–875.
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med* 2012; 42 (9): 1879–1890.
- Riegel KD, Preiss M, Kšionan A, Michalec J, Šamánková D, Harsa P. Psychometrické vlastnosti české verze osobnostního inventáře pro DSM-5: vnitřní konzistence, validita a rozlišovací schopnost nástroje. *Cesk Psychol* 2017; 61 (2): 128–143.
- Zimmermann J, Kerber A, Rek K, Hopwood CJ, Krueger RF. A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21 (9): 92.
- Bender DS, Skodol AE, First MB, Oldham JM, American Psychiatric Association. SCID-5-AMPD: Structured Clinical Interview for the DSM-5<sup>®</sup> Alternative Model for Personality Disorders. Module I. 2018.
- Hutsebaut J, Kamphuis JH, Feenstra DJ, Weekers LC, DeSaeger H. Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personal Disord* 2017; 8 (1): 94–101.
- Bach B, Hutsebaut J. Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in capturing personality problems in psychiatric outpatients and incarcerated addicts. *J Pers Assess* 2018; 100 (6): 1–11.
- Prevolnik Rupel V, Jagger B, Fialho LS, Chadderton L-M, Gintner T, Arntz A, Crawford MJ et al. Standard set of patient-reported outcomes for personality disorder. *Qual Life Res* 2021; 30 (12): 3485–3500.
- Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* 2018; 351 (18).
- Minářčiková N, Barcaj M, Preiss M. Úroveň funkčních schopností osobnosti. Pilotní studie české verze krátké dotazníkové metody LPFS-BF. *Aplikovaná Psychologie* 2019; 4 (6): 356–367.
- Heissler R, Doubková N, Hutsebaut J, Preiss M. Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP-5.1): Psychometric evaluation of the Czech version. *Personal Ment Health* 2021; 15 (3): 198–207.
- Zimmermann J, Müller S, Bach B, Hutsebaut J, Hummelen B, Fischer F. A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. *Psychopathology* 2020; 53 (3): 168–178.
- Hutsebaut J, Weekers LC, Tuin N, Apeldoorn JSP, Bulten E. Assessment of ICD-11 Personality Disorder Severity in Forensic Patients Using the Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1): Preliminary Findings. *Front Psychiatry* 2021; 12.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG. Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R). APA PsycTests 1993.
- Weekers LC, Hutsebaut J, Kamphuis JH. The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personal Ment Health* 2019; 13 (1): 3–14.
- Yang S, Berdine G. The receiver operating characteristic (ROC) curve. *Southwest Respir Crit Care Chron* 2017; 5 (19): 34–36.
- Weekers LC, Hutsebaut J, Bach B, Kamphuis JH. Scripting the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders assessment procedure: A clinically feasible multi-informant multi-method approach. *Personal Ment Health* 2020; 14 (3): 304–318.
- Weekers LC, Hutsebaut J, Zimmermann J, Kamphuis JH. Changes in the classification of personality disorders: Comparing the DSM-5 Section II personality disorder model to the alternative model for personality disorders using structured clinical interviews. *Pers Disord* 2021; advance online publication.
- Tyrer P, Howard R. Late-onset personality disorder: A condition still steeped in ignorance. *BJPsych Advances* 2020; 26 (4): 219–220.
- Bangash A. Personality disorders in later life: Epidemiology, presentation and management. *BJPsych Advances* 2020; 26 (4): 208–218.
- Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen, SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21 (7): 51.
- Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180 (6): 536–542.
- Dereboy C, Güzel HS, Dereboy F, Okyay P, Eskin M. Personality disorders in a community sample in Turkey: Prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60 (2): 139–147.