

Možnosti a meze integrace Rorschachovy metody a MMPI-2

Václav Šnorek

*Nemocnice České Budějovice, a.s., České Budějovice
Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice
vaclav.snorek@iol.cz*

Abstrakt

Rorschachův test a MMPI/MMPI-2 patří mezi celosvětově nejrozšířenější a nejrenomovanější metody používané pro zjišťování psychopatologie. Obě mají dlouhou historii, obě jsou považovány za komplexní nástroje sloužící k vytváření a ověřování hypotéz v rámci klinicko-diagnostického procesu. Patrně vzhledem k odlišnému teoretickému a psychometrickému zázemí byli dříve a zčásti i dnes jsou odborníci rozděleni na dvě skupiny, preferující buď jednu, nebo druhou metodu. Autor v textu nastiňuje recentní vývoj směřující k integraci obou testů. Především rozšíření Exnerova CS v celosvětovém kontextu vytvořilo šanci propojit ROR a MMPI-2 v rámci statisticky podloženého jednotného přístupu. Na jedné straně společné charakteristiky a odlišnosti mezi oběma testy na straně druhé se ukazují ve vzájemné kombinaci jako velmi užitečné. Takto chápané současné používání ROR a MMPI-2 má nicméně i řadu nevýhod a omezení.

Klíčová slova: klinická psychologie, psychodiagnostika, psychopatologie, Rorschachova metoda, MMPI-2

Historický pohled

Rorschachův test (ROR) byl vytvořen jako percepčně kognitivní psychodiagnostická metoda. Empirický, ateoretický přístup nalézáme nejen u autora metody (Rorschach, 1921), ale i u mnohých jeho následovníků (Beck, Beck, Levitt & Molish, 1961; Klopfer & Kelley, 1942; Piotrowski, 1957). S rozvojem a rozšiřováním psychoanalýzy se začal postupně uplatňovat psychodynamický přístup (Rapaport et al., 1945), který akcentoval projektivní aspekty, resp. obsahové hledisko testu.

Ve vývoji světové rorschachovské diagnostiky lze zaznamenat dvě významné linie. Evropská (Morgenthaler, Oberholzer, Behn-Eschenberg, Binder, Klopfer, Bohm) může být, poněkud zjednodušeně řečeno, charakterizována jako „analogová“, vychází spíše z klinických zkušeností autorit, výzkumech na relativně menších souborech probandů, její východiska nezářídka spočívají v psychoanalytických konstruktech. Severoamerická linie (Levy, Beck, Hertz, Piotrowski, Exner) je naproti tomu spíše „digitální“, její výstupy jsou založeny na statistické analýze rozsáhlých skupin zdravých i nemocných osob, jednotlivé proměnné jsou přesně definovány a posuzovány z hlediska jejich rozlišovací schopnosti ve vztahu k psychopatologii. Zatímco evropská tradice dovoluje určitý (přiměřený) „nadhled“ při vyhodnocování rorschachovského protokolu, nezanedbatelný význam je přikládán erudici a intuici diagnostika, je severoamerický přístup v postupech zřetelně rigoróznější.

MMPI/MMPI-2 zůstává od svého vzniku na určité teorii osobnosti a psychopatologie nezávislou metodou. Proměnné, které jsou testem měřeny, představují empiricky získané koreláty reálných psychopatologických projevů. Oproti převládajícím koncepcím rorschachovské diagnostiky je v případě MMPI/MMPI2 vazba na vnější kritérium zřejmá.

MMPI vytvořili Hathaway & McKinley na University of Minnesota v roce 1942. V současnosti ve světě nejrozšířenější verzi – MMPI-2 – publikoval Butcher a kol. (1989). Původních 550 položek bylo rozšířeno na 567 položek, přičemž 395 položek je převzatých, 64 přeformulovaných a 108 nových.

Charakteristika MMPI-2

Česká adaptace MMPI-2 (Hathaway & McKinley, 2002) zahrnuje, stejně jako originální americká verze, 10 klinických škál, Harrisovy-Lingoesovy subškály klinických škál, tři subškály Sociální introverze, obsahové škály, škály vztahující se k osobnostní psychopatologii (PSY-5), všeobecné emocionální nepohodě (distresu), regulaci chování a doplňkové škály. Validitu výsledků postihuje 12 validizačních indexů. Zpřesnění interpretace umožňují tzv. kritické položky.

Klinické škály:

- 1 (HS) Hypochondrie,
- 2 (D) Deprese,
- 3 (Hy) Konverzní hysterie,
- 4 (Pd) Psychopatická odchylka (Psychopatie),
- 5 (Mf) Maskulinita – feminita,
- 6 (Pa) Paranoia,
- 7 (Pt) Psychastenie,
- 8 (Sc) Schizofrenie,
- 9 (Ma) Hypomanie,
- 0 (Si) Sociální introverze.

Harrisovy - Lingoesovy subškály:

- D1 subjektivní deprese, D2 psychomotorická retardace, D3 tělesné disfunkce, D4 mentální tupost, D5 hloubání;
- Hy1 popření sociální úzkosti, Hy2 potřeba náklonnosti, Hy3 apatie – zneklidněnost, Hy4 somatické stesky, Hy5 inhibice agrese;
- Pd1 rodinný nesoulad, Pd2 problémy s autoritou, Pd3 sociální nevzrušitelnost, Pd4 sociální odcizení, Pd5 sebeodcizení;
- Pa1 perzekuční myšlenky, Pa2 přecitlivělost, Pa3 naivita;
- Sc1 sociální odcizení, Sc2 emocionální odcizení, Sc3-5 Nedostatek EGO kontroly kognitivní/konativní/defektní inhibice, Sc6 bizarní sensorické zážitky;
- Ma1 amorálnost, Ma2 psychomotorické zrychlení, Ma3 nevzrušitelnost, Ma4 rozpínání EGA.

Si subškály:

Si1 ostýchavost/sebevědomí, Si2 sociální vyhýbavost, Si3 odcizení sobě a druhým.

Obsahové škály:

ANX (úzkost), FRS (strachy), OBS (nutkavost), DEP (deprese), HEA (starosti o vlastní zdraví), BIZ (bizarní psychické aktivity), ANG (zloba), CYN (cynismus), ASP (antisociální vzorce chování), TPA (chování typu A), LSE (nízká sebeúcta), SOD (sociální nepohoda), FAM (problémy v rodině), WRK (interference s pracovním výkonem), TRT (indikátory negativního postoje k terapii).

Osobnostní psychopatologie (PSY-5):

AGGR (agresivita), PSYC (psychoticismus), DISC (nedostatečná sebekontrola), NEGE (negativní emocionalita/neuroticismus), INTR (introverze/nízká pozitivní emocionalita).

Všeobecná emocionální nepohoda:

Mt (vysokoškolská maladjustace), PK (posttraumatická stres. porucha – Keane), PS (posttraumatická stres. porucha – Schlenger), MDS (škála distresu v manželství).

Poruchy regulace chování:

Ho (hostilita), O-H (nadměrná kontrola hostility), MAC-R (McAndrewova škála alkoholismu, rev.), AAS (škála manifestního návykového chování), APS (škála návykového potenciálu).

Doplňkové škály – osobnostní charakteristiky:

Scale A /Anxieta (první faktor), Scale R / Potlačení (druhý faktor), Es (síla EGA), Do (dominance), Re (sociální odpovědnost), GM (maskulinní role), GF (feminní role).

Validizační indexy:

- „?“ – nemohu říci, L – lži škála, F – F škála, K – K škála;
- Fb – F škála v druhé polovině testu;
- VRIN – inkonzistence variabilních odpovědí;
- TRIN – inkonzistence souhlasných odpovědí;
- Fp – vzácná psychopatologie;
- S – mimořádně pozitivní sebereprezentace;
- Index F-K;
- T% - procento souhlasných odpovědí;
- F% - procento nesouhlasných odpovědí.

Validizační nástroje, které nejsou součástí české adaptace testu:

- O-S;
- |F-Fb|;
- Ds (Gough Dissimulation Scale);
- Ss (Socioeconomic Status);
- Mp (Positive Malingering);
- Sd (Social Desirability).

Odpovědi získané od testované osoby (zpravidla na základě individuálního zápisu testovanou osobou do záznamového archu) vložíme do počítačového programu, který zpracuje propočty pro všechny výše uvedené proměnné. Současně zobrazí na monitoru počítače graficky hodnoty jednotlivých kategorií a podle profilu klinických škál určí kódový typ. Existuje 381 kombinací klinických škál – kódových typů.

Hodnoty jednotlivých škál vyjádřeny v T skórech lze umístit na kontinuu vyjadřujícím úroveň daných proměnných. Nízká úroveň: T skór 44 a méně, normální úroveň – 45-57, mírně zvýšená úroveň – 58-64, významně zvýšená úroveň – 65-89, extrémně zvýšená – 90 a více. Se zvyšující se hodnotou určité proměnné se nenarůstají nezbytně projevy psychopatologie, k níž je škála vztažena. Např. testované osoby s diagnózou poruchy schizofrenního okruhu dosahují relativně méně často na škále 8 (Sc) hodnot vyšších než 90, zatímco u neschizofrenní populace se její výrazné zvýšení objevuje nezdědka (Greene, 2000).

Interpretace MMPI-2 je založena na kombinaci kvantitativní analýzy a kvalitativních postupů. Globální posouzení validity je následováno stanovením kódového typu, posouzením faktorových škál (první a druhý faktor), analýzou konfigurace, analýzou jednotlivých klinických a validizačních škál a také analýzou škál s nízkými hodnotami. Významnou část interpretace představuje strukturální analýza, tedy posouzení škál ve skupinách dle psychických funkcí.

Schéma interpretace:

A/ Kvantitativní interpretace

Krok 1. Globální posouzení validity

a) dobře definovaný profil

Krok 2. Kódový typ

Krok 3. Faktorové škály

Krok 4. Analýza konfigurace

Krok 5. Analýza jednotlivých validizačních a klinických škál

Krok 6. Analýza škál s nízkými hodnotami

b) ne dobře definovaný profil

Posoudit příčiny a vliv na dg. využitelnost; dále postupovat krokem 2, resp. krokem 3, event. nepostupovat.

B/ Kvalitativní interpretace

Krok 1. Strukturální analýza

Krok 2. Obsahové škály

Krok 3. Obsahové subškály

Krok 4. Jednotlivé položky

Charakteristika Rorschachovy metody

Rorschachova metoda je české a slovenské odborné veřejnosti všeobecně dobře známa. Rorschachovská diagnostika má v naší zemi dlouhou a velmi dobrou tradici, kterou dále rozvíjí především Česká společnost pro Rorschacha a projektivní metody (<http://www.rorschach.cz>).

Existuje řada různých způsobů užití ROR. Od striktně psychometrických přes psychodynamické až po přístupy existencialisticky orientované. Nejrozšířenějším a celosvětově v kontextu klinické psychodiagnostiky nejvíce akceptovaným přístupem je Exnerův systém (CS). Jeho podrobný popis přesahuje rámec tohoto sdělení, a tak čtenáře odkazujeme na jiné zdroje (TeleroVský & Ženatý, 2006; Exner, 2003 a další).

Po asociační části a inquiry, jehož význam je zásadní, následuje kódování (signování). Pomocí vzorců vypočteme řadu proměnných vztahující se k šesti specifickým oblastem psychických funkcí: Emotivité, Zpracování informací (vnímání), Kognitivnímu zpracování (vyhodnocení), Představitivosti, Sebe-percepci, Interpersonální percepci a chování. Současně je zjišťována hodnota šesti indexů: Index percepčního myšlení, Index deprese, Index deficitu zvládnání, Konstelace suicidality, Index hypervigilance. CS je metoda disponující velmi dobrými psychometrickými kvalitami, ovšem za předpokladu zachování věrnosti algoritmům administrace a interpretace empiricky zjištěným a jednoznačně formulovaným Exnerem. V tomto ohledu se blíží MMPI-2.

Interpretace je v rámci CS založena zhodnocení skóre ve vztahu k osmi clusterům: Kromě šesti oblastí psychického fungování uvedených v předchozím odstavci jsou to ještě Kontrola a tolerance stresu a Situačně podmíněný stres. Postup, v jakém jsou jednotlivé clusteru posuzovány, je určen hodnotami tzv. „klíčových proměnných“. Jestliže např. hodnota Indexu deprese je vyšší než 5, interpretujeme nejprve cluster Emotivita (Krok 1: DEPI a CDI, Krok 2: EB a lambda, Krok 3: EBPer až Krok 16: Stínové odpovědi), poté cluster Kontrola stresu, poté cluster Sebe-percepce atd. Pokud klíčové proměnné nevykazují relevantní hodnoty, vycházíme při interpretaci z tzv. terciárních proměnných, např. OBS, EA>12 apod.

Kritika Rorschachovy metody a MMPI-2

Jak uvádí Ganellen (1996), bývá Rorschachova metoda kritizována pro svoji závislost na projektivních hypotézách, tzn. subjektivitu, intuitivní přístup diagnostika a vliv osobnostních prekonceptí. Jinými slovy jde především o problém objektivitu na straně diagnostika. V případě MMPI-2 je předmětem argumentace kritiků především skutečnost, že se jedná o dotazníkovou metodu, založenou na sebevýpovědi. Jako taková je tedy limitována schopnostmi a ochotou testované osoby pravdivě odpovídat – problém objektivitu na straně testované osoby. Výtky se týkají i toho, že MMPI-2 postihuje osobnost ve fragmentech, tj. zejména symptomech, nikoliv celistvosti. Nelze opomenout i určitou náročnost administrace testu (567 položek).

Tyto argumenty mají dle našeho názoru opodstatnění jen zčásti. Je-li rorschachovský diagnostik zkušený, je pravděpodobné, že jeho závěry odpovídají realitě, což může doložit paralelní nezávislé vyhodnocení protokolu několika experty. Na druhé straně MMPI-2 nabízí velmi komplexní charakteristiky osobnosti včetně předpokládaných typických tendencí jedince, užívaných obranných

mechanismů nebo vzorců interpersonálního chování. CS disponuje velmi dobrými psychometrickými kvalitami a do značné míry eliminuje subjektivní interference dané případnými přenosovými, resp. protipřenosovými momenty na straně diagnostika. MMPI-2 poskytuje řadu hodnotných nástrojů pro posouzení validity výstupu.

Integrace Rorschachovy metody a MMPI-2

Integrace ROR a MMPI-2 je usnadněna zejména díky tomu, že CS i MMPI-2 představují ateoretické diagnostické prostředky, odvozené na základě statistických analýz velkých skupin nemocných i zdravých osob. Jednotlivé proměnné z Rorschachova testu a MMPI-2 mohou být (statisticky) srovnávány z hlediska jejich výskytu, resp. koincidence. Dokonce lze uvažovat o sestavení kombinací určitých proměnných ve vztahu ke specifickým projevům zvláštností osobnosti, psychopatologie či některým nozologickým jednotkám.

Ganellen (1996) a další autoři poukazují na to, že ROR a MMPI-2 postihují rozdílné úrovně vědomí, a tak přináší rozdílné informace o psychickém životě testované osoby: Hlubší, méně snadno přístupné, latentní obsahy, resp. reflektované, uvědomované obsahy. Pro některé testované osoby mohou být nestructurované předlohy Rorschachova testu nepřekonatelnou překážkou např. v souvislosti s jejich paranoidním nastavením, zatímco jiní vzhledem ke svému aktuálnímu psychickému stavu nepřekonají zátěž spojenou se zpracováním několika stovek položek MMPI-2.

1) Validita:

MMPI-2 přináší informace o tom, proč je výsledek nevalidní. Ve srovnání s ROR umožňuje přesněji stanovit příčiny zkreslení jak ve smyslu agravace/simulace, disimulace, inkonsistence výpovědi, tak zkreslení např. v důsledku tendence odpovídat na položky stále stejným způsobem (kladně či záporně).

2) Kognitivní procesy:

ROR je ze své podstaty vhodnější k posouzení kognitivních procesů (vnímání, myšlení, symbolizace), lépe zachycuje poruchy zpracování informací.

3) Emotivita:

Obě metody zjišťují přítomnost nebo absenci specifických emočních stavů, ale ROR navíc kontrolu emocí a otevřenost emoční zkušenosti (dimenze racionalita x emocionalita).

4) Obranné mechanismy:

ROR představuje vhodnější nástroj ke zjišťování obranných mechanismů (viz např. Lerner, 1991). V MMPI-2 usuzujeme na podobné fenomény nepřímo na základě konfigurace specifických škál a indexů (strukturální analýza).

5) Specifické poruchy osobnosti:

Současné užití ROR a MMPI-2 umožňuje přesnější diagnostiku specifických poruch osobnosti, např. hraniční poruchy. Východiskem je srovnání úrovně organizace osobnosti (ROR) a symptomů typických pro jednotlivé poruchy osobnosti (MMPI-2).

6) Psychotické poruchy:

Obě metody zjišťují psychotické prožívání zahrnující neobvyklé prožitky ve smyslu halucinací, iluzí, pocitů ovlivňování, dezorganizace myšlení. MMPI-2 explicitně, ROR nepřímo přes narušení percepčně kognitivního procesu. Současná aplikace obou metod vede ke zpřesnění diferenciální diagnostiky, tj. stanovení typu psychotické poruchy.

7) Sociální patologie:

ROR postihuje prosociální orientaci a sociabilitu jedince. MMPI-2 specificky tendenci k antisociálním vzorcům chování včetně konfliktů s autoritami, cynismu, impulzivity, soutěživosti. Umožňuje odlišit emočně a instrumentálně motivované agresivní chování. MMPI-2 obsahuje škály přímo zaměřené na abúzus psychoaktivních látek.

8) Fungování v sociálním kontextu:

MMPI-2 obsahuje škály specificky zaměřené na sociální role vázané na pohlaví (gender). Postihuje dimenzi maskulinita – feminita. Přináší explicitně informaci o sebepojetí. ROR se dotýká procesu separace-individuace, problematiky úrovně organizace osobnosti, hranic osobnosti, vztahovosti.

Průsečík ROR a MMPI-2 nalzáme v klinické psychodiagnostice, tedy oblasti psychologické diagnostiky zaměřené na zjišťování abnormality prožívání, chování a sociálních interakcí jedince. Přestože mají obě metody daleko širší aplikační možnosti (mj. v oblasti psychologie organizace nebo dopravní psychologie), směřují literární prameny i naše klinické zkušenosti jejich integraci především do této oblasti.

Literatura:

- Exner, J.E. (2003). *The Rorschach. A Comprehensive System. Volume 1. Basic Foundations and Principles of Interpretation*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Ganellen, R.J. (1996). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in Personality Assessment*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Greene, R.L. (2000). *The MMPI-2: An Interpretive Manual*. Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo & Singapore: Allyn and Bacon.
- Hathaway, S.R. & McKinley, J.C. (2002). [Autor české verze testu: Netík, K.] *MMPI 2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Praha: Testcentrum.
- Lerner, P.M. (1991). *Psychoanalytic Theory and the Rorschach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J. & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Telerovský, R. & Ženatý, J. (2006). Stručné uvedení do Exnerova systému (CS) administrace a skórování: srovnání s českou učebnicí Rorschachovy metody. *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. Ročník 1, 2005. Praha: MSD & ČSPaP.
- Weiner, I.B. (1998). *Principals of Rorschach Interpretation*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.