

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Strukturovaný rozhovor pro alternativní model poruch osobnosti ve vztahu se  
sebeposouzením

Structured interview for the alternative model of personality disorders in  
relation to self-report

Bc. Krystsina Afanasyeva

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

2021

Odevzdáním této diplomové práce na téma Strukturovaný rozhovor pro alternativní model poruch osobnosti ve vztahu se sebeuposouzením potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 2021

Moje poděkování patří každému, kdo při mně stál během psaní této práce.

Obzvlášť děkuji doc. PhDr. Marku Preissovi, Ph.D. za jeho odborné vedení a Mgr. Nikole  
Doubkové za trpělivost a věnovaný čas.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se věnuje diagnostickým nástrojům pro poruchy osobnosti – dotazníku LPFS-BF 2.0 a polostrukturovanému rozhovoru STiP-5.1. Obě metody měří úroveň narušení funkčních schopností osobnosti dle alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti. Hlavním cílem této práce bylo porovnat sebesuzovací metodu a metodu založenou na klinickém hodnocení na výzkumném souboru zdravé populace (N = 30) a klinické populace (N = 30). V teoretické části byla představena diagnostická kritéria pro poruchy osobnosti dle platných klasifikačních systémů, s důrazem na přínos a úskalí alternativního modelu DSM-5. Kategoriální a dimenzionální diagnostické přístupy byly vzájemně porovnány a kriticky zhodnoceny. Dále byla věnována pozornost existujícím diagnostickým nástrojům pro poruchy osobnosti, podrobněji byly rozebrány především strukturované rozhovory a dotazníky. Byla nastíněna specifika využití sebesuzovacích metod a strukturovaných rozhovorů u populace s poruchami osobnosti. V empirické části byla provedena kvantitativní analýza s cílem zjistit, zda obě výše zmíněné metody měří stejnou úroveň funkčních schopností osobnosti, a také to, zda odlišují klinickou populaci od populace zdravé. Výsledky ukázaly četné statisticky významné korelace mezi skóry facet LPFS-BF 2.0 a STiP.5.1. Také byla prokázána diferenciační schopnost obou metod. Bylo zjištěno, že se obě metody ve velké míře v měření funkčních schopností osobnosti dle alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti shodují.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Poruchy osobnosti, diagnostika, LPFS-BF 2.0, STiP-5.1

## **ABSTRACT**

This thesis deals with diagnostic methods for personality disorders – a questionnaire LPFS-BF 2.0 and a semi-structured interview STiP-5.1. Both methods assess the level of personality functioning from The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. The main aim of that study is to compare a self-report method and a method based on clinical assessment on a sample of N = 30 non-psychiatric group and N = 30 clinical group. Diagnostic criteria for personality disorders in accordance with valid classification systems are presented in the theoretical part of the study, with an emphasis on benefits and limitations of the DSM-5 alternative model. Categorial and dimensional diagnostic approaches were compared and critically evaluated. Existing diagnostic methods for personality disorders were then discussed, structured interviews and questionnaires were analyzed more in detail. Specifics in use of self-report methods and structured interviews for assessing personality disorders were also discussed. In the empirical part a quantitative analysis was held to discover whether both methods mentioned above assess the same level of personality functioning, and also whether both methods differentiate between the control and clinical groups. The results have shown significant correlations between scores of LPFS-BF 2.0 and STiP-5.1 facets. The ability of both methods to differentiate was also proved. It was discovered that both methods agree to a great degree in the assessment of the level of personality functioning from the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders.

## **KEYWORDS**

Personality disorders, diagnostics, LPFS-BF 2.0, STiP-5.1

## Obsah

Úvod .....	8
1 Osobnost a její poruchy .....	10
2 Prevalence, etiologie.....	13
3 Klasifikační systémy poruch osobnosti a jejich omezení.....	14
3.1 Klasifikace poruch osobnosti dle MKN-10 .....	15
3.2 Klasifikace poruch osobnosti dle MKN-11 .....	17
3.3 Klasifikace poruch osobnosti dle DSM-5.....	18
3.4 Klasifikace poruch osobnosti dle alternativního modelu DSM-5.....	18
3.5 Hodnocení alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti.....	23
4 Diagnostické metody pro poruchy osobnosti .....	25
4.1 Strukturovaný rozhovor .....	26
4.1.1 Polostrukturovaný rozhovor pro funkční schopnosti osobnosti (STiP-5.1) ..	27
4.2 Sebeposuzovací dotazník.....	30
4.2.1 Škála funkčních schopností osobnosti – krátká verze (LPFS-BF 2.0) .....	31
4.3 Specifika použití strukturovaného rozhovoru a sebeposuzovacího dotazníku u poruch osobnosti.....	34
5 Cíl výzkumu a výzkumné předpoklady .....	39
6 Metody.....	40
6.1 Design výzkumu .....	40
6.2 Výzkumný soubor.....	41
6.3 Použité nástroje.....	42
6.3.1 Škála funkčních schopností osobnosti – krátká verze (LBFS-BF 2.0).....	42
6.3.2 Polostrukturovaný rozhovor pro funkční schopnosti osobnosti (STiP-5.1) ..	43
6.4 Zpracování dat .....	47

7	Výsledky kvantitativní analýzy .....	50
8	Diskuze .....	55
	Závěr .....	61
	Seznam zkratek .....	63
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	64

## Úvod

*„This truly is a trip into the jungle“*

Tyrer, 2012

Tato diplomová práce se věnuje diagnostickým metodám nově vytvořeným pro alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti. Přístupy ke klasifikaci a z toho vyplývající diagnostiky poruch osobnosti lze shrnout do dvou paradigmat, a to kategoriálního, jak je představeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize platné v České republice, a dimenzionálního, na kterém je založen alternativní model poruch osobnosti dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch 5. revize. V současné době je dokončena 11. revize MKN, která také přebírá dimenzionální přístup. Považujeme proto za přínosné zaměřit se na diagnostické nástroje vzniklé k uchopení alternativního dimenzionálního konceptu. Sledované nástroje konkrétně zachycují úroveň funkčních schopností osobnosti, což je jádrem osobnostní psychopatologie a je jedním z hlavních kritérií pro stanovení poruchy osobnosti dle alternativního modelu DSM-5. Zároveň oblast funkčních schopností osobnosti zůstává ve výzkumných kruzích poněkud opomíjena a nebyla zatím detailně prozkoumána.

V teoretické části této práce jsou existující klasifikační systémy zhodnoceny a porovnány, jsou vystiženy jejich silné stránky a přínos pro klinickou praxi, jsou v ní také reflektována úskalí a limity každého systému. Důraz je kladen na alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti. Na tuto část práce navazuje představení nástrojů pro diagnostiku poruch osobnosti, kde jsou blíže popsány dvě kategorie metod relevantních pro výzkumnou část práce – strukturovaný rozhovor a dotazník. V rámci této kapitoly jsou podrobně prezentovány nově vzniklé metody, které jsou použité ve výzkumné části – dotazník LPFS-BF 2.0 (Weekers et al., 2019) a polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 (Hutsebaut et al., 2014). Pozornost je věnována i problematice sebesouzení populace s poruchami osobnosti a jsou reflektována specifika diagnostiky pomocí sebehodnotících metod oproti hodnocení odborníkem nebo blízkým okolím.

V empirické části je představen výzkum provedený za účelem porovnání a zhodnocení metod LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1. Výzkumu se zúčastnilo 30 respondentů

s poruchami osobnosti a 30 respondentů z běžné populace. Byla sledována schopnost obou metod shodovat se v měření úrovně narušení funkčních schopností osobnosti a také schopnost metod rozlišovat mezi klinickou a zdravou populací. Výsledky kvantitativní analýzy jsou následně diskutovány, je nabídnuta interpretace výsledků a jsou nastíněna možná omezení výzkumu.

## 1 Osobnost a její poruchy

Koncept poruch osobnosti je jedno z nejkomplicovanějších témat napříč psychologickými a psychiatrickými obory, a to jak v klinické praxi, tak v akademicko-výzkumné oblasti. Pojem *porucha osobnosti* je obtížně uchopitelný, stejně tak jako samotný pojem *osobnost*. Ve většině definic osobnosti přesto najdeme určité společné rysy – zmiňují uspořádanou organizaci vlastností jedince, holistický a ucelený charakter osobnosti a jedinečnost a stabilitu charakteristik v čase nezávisle na prostředí.

Wiggins (2003) rozděluje přístupy k teoriím osobnosti do pěti paradigmat: psychodynamické, personologické, interpersonální, multivariativní a empirické; tato paradigmata se liší svým zaměřením na různé aspekty osobnosti a aplikací odlišných diagnostických instrumentů (např. psychodynamické paradigma zdůrazňuje nevědomé konflikty osobnosti, nejznámější diagnostickou metodou tohoto paradigmatu je Rorschachův test inkoustových skvrn; interpersonální paradigma zohledňuje sociální vztahy; součástí multivariativního paradigmatu se zaměřením na metodologický rozbor osobnosti je pětifaktorový model osobnosti; empirický model pracuje s Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2, Graham, 1993)).

Jeden z populárních modelů osobnosti rozpracoval Cloninger (1987): popisuje osobnost jako dynamickou organizaci psychobiologických systémů, které se unikátním způsobem přizpůsobují vnitřnímu a vnějšímu prostředí. Funkční osobnost má být schopná učení, adaptace a pružného reagování na podněty. Autor představuje osobnost jako komplexní hierarchický systém, který můžeme uchopit skrze dvě odlišné komponenty – temperament a charakter. Temperament je přitom biologicky podmíněný a dědičný, řídí emoční reakce jedince, zatímco charakter se vztahuje k záměrně zvoleným hodnotám a stanoveným životním cílům, k vnímání vlastní identity a řízení interpersonálních vztahů, představuje tedy konstrukt, který jedinec volně buduje a pozměňuje v průběhu života (Cloninger et al., 1993). Cloninger (1987) dále specifikuje čtyři temperamentové dimenze – vyhledávání nového (*novelty seeking*), vyhýbání se poškození (*harm avoidance*), závislost na odměně (*reward dependence*) a perzistenci (*persistence*), a tři charakterové dimenze – sebeřízení (*self-directedness*), kooperaci (*cooperativeness*) a sebepřesah (*self-transcendence*). Každou dimenzi lze dále popsat na škále ukazující extrémní rysy dané

dimenze, např. pro oblast *vyhledávání nového* lze uvést dvojici impulzivita-rigidita, pro oblast *sebeřízení* cílevědomost-bezcílnost apod. Temperament a charakter jsou v úzkém vztahu, který ale není lineární. Autor tvrdí, že temperament směřuje vývoj charakteru, ale plně ho nedeterminuje, zatímco charakter reguluje temperamentové dimenze. Harmonická integrita osobnosti potom závisí na konzistentnosti charakteru, nikoli na temperamentové konfiguraci (Cloninger & Svrakic, 2008 in Fatemi, et al., 2008). Bergner (2020) poukazuje na zmatek v existujících definicích osobnosti přetrvávající již od počátku vymezení psychologie osobnosti jako samostatného oboru. Navrhuje vlastní definici – podle Bergnera je osobnost trvalým souborem vlastností (*Traits*) a stylů (*Styles*) vykazovaných jedincem, jejichž charakteristiky představují: a) dispozice (tzn. přirozené tendence nebo osobnostní sklony) daného jedince, b) způsoby, kterými se daný jedinec odlišuje od „průměrného normálního člověka“ („*standard normal person*“) v jeho/jejím prostředí. Důležitým doplněním v Bergnerově pojetí osobnosti je dimenze „průměrného normálního člověka“, která dodává definici kulturní a sociální rozměr. Tato dimenze je zvláště užitečná při definici osobnostní patologie. Autor kriticky hodnotí definici Americké psychologické asociace (2007), která popisuje osobnost jako trvalý soubor charakteristik a vzorců chování zahrnující centrální vlastnosti, zájmy, hodnoty, schopnosti a emoční vzorce. Podle Bergnera (2020) je méně přesná ve svých formulacích a nezohledňuje kulturní rovinu.

Osobnostní psychopatologie neboli porucha osobnosti se vyznačuje neschopností jedince flexibilně se přizpůsobovat životním výzvám (Emmelkamp & Meyerbrocker, 2019). Tyrer et al. (2015) referují o celkovém obrazu poruchy osobnosti jako o pervazivním vzorci maladaptivních vlastností a vzorců chování se začátkem v rané dospělosti, které jsou stabilní v čase a vedou k výrazné osobní nepohodě a/nebo sociální dysfunkci. Podle Emmelkampa a Meyerbrokera (2019) jsou poruchy osobnosti považovány za egosyntonní – jedinci vnímají projevy poruchy jako něco, co je charakterizuje, co k nim patří; na rozdíl od toho, klinické syndromy jako deprese nebo panická porucha jsou jedinci vnímány jako egodystonní – jedinec se neztotožňuje se svými myšlenkami, pocity a projevy chování a nevnímá je jako přiléhavé vlastní identitě.

Cloninger (2000) se zabývá poruchami osobnosti v rámci vlastního paradigmatu osobnosti, který byl rámcově popsán výše. Podle jeho teorie se zdravý jedinec odlišuje od

jedince s danou diagnózou charakterovými rysy; jednotlivé typy poruch osobnosti jsou následně diferencovány na základě temperamentových rysů. Při určitém narušení osobnosti vykazuje jedinec nízkou úroveň minimálně dvou z následujících charakterových dimenzí: *sebeřízení*, *kooperace*, *afektivní stabilita*, *sebepřesah*, přičemž se narušené *sebeřízení* může vyskytovat u všech poruch osobnosti, zatímco narušený *sebepřesah* je charakteristický pouze pro závažnější formy poruchy. Výzkum dále ukazuje, že určitá úroveň temperamentových dimenzí odpovídá určitým klastrům poruch osobnosti<sup>1</sup> podle klasifikace Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch 5. revize (DSM-5, American Psychiatric Association, 2015): obecně řečeno, nízká úroveň *závislosti na odměně* je charakteristická pro klastr A<sup>2</sup>, vysoká úroveň *vyhledávání nového* se vztahuje ke klastru B<sup>3</sup>, vysoká úroveň *vyhýbání se poškození* charakterizuje klastr C<sup>4</sup> a vysoká úroveň *perzistence* je charakteristická pro obsedantně-kompulzivní poruchu osobnosti. Každý typ poruchy osobnosti se potom tvaruje unikátní kombinací různých úrovní tří dimenzí, např. hraniční poruchu můžeme terminologicky popsat jako vysokou úroveň *vyhledávání nového* a *vyhýbání se poškození* spolu s nízkou úrovní *závislosti na odměně*. Temperamentové rysy regulují primární emoce jako strach, hněv a odpor. U jedinců s poruchou osobnosti nejsou extrémní temperamentové rysy dostatečně ovládnuty a regulovány charakterovými rysy. Takoví jedinci reagují pouze pomocí omezeného počtu emocionálních reakcí, jelikož jim chybí široké spektrum sekundárních emocí (Cloninger & Svrakic, 2008 in Fatemi et al., 2008).

Při popisu Cloningerovy koncepce poruch osobnosti nemůžeme opomenout také úroveň sebeuvědomění a well-beingu<sup>5</sup> jedince. Byly popsány čtyři stadia sebeuvědomění – bez sebeuvědomění, průměrná dospělá kognice, meta-kognice a hluboké sebeuvědomění (*contemplation*) (Cloninger & Svrakic, 2008 in Fatemi et al., 2008). Autoři tvrdí, že u jedinců s těžšími poruchami osobnosti lze očekávat absenci sebeuvědomění, při kterém jedinec není schopen odložit vlastní uspokojení a jedná impulzivně.

---

<sup>1</sup> Podrobněji bude tomuto rozdělení věnována kapitola Klasifikace poruch osobnosti dle DSM-5.

<sup>2</sup> Paranoidní, schizoidní a schizotypní porucha osobnosti.

<sup>3</sup> Disociální, hraniční, histrionská a narcistická porucha osobnosti.

<sup>4</sup> Vyhýbavá, závislá a obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti.

<sup>5</sup> Osobní pohoda.

## 2 Prevalence, etiologie

Prevalence poruch osobnosti v běžné populaci je poměrně nekonzistentní, v literatuře se většinou setkáme s rozmezím 4 % – 15 % (Volkert et al., 2018). Winsper et al. (2019) provedli metaanalýzu zaměřující se na prevalenci poruch osobnosti jak v zemích s vysokými příjmy, tak v rozvojových zemích (celkem byly do studie zahrnuty výzkumy z 21 zemí). Výsledky ukazují podíl 7,8 % poruch osobnosti v běžné populaci (pro země s vysokými příjmy je udávána prevalence 9,4 %, pro země s nízkými příjmy 4,3 %). Dále udávají diferencovanou prevalenci dle jednotlivých klastrů dle klasifikace DSM-5, která pro klastr A činí 3,8 %, pro klastr B 2,8 % a pro klastr C 5,0 %.

Neméně problematickou oblastí je v odborné literatuře i poměr pohlaví u poruch osobnosti. Některé poruchy osobnosti se historicky jeví jako „typicky ženské“ (hraniční, histrionská, závislá), jiné jako „typicky mužské“ (antisociální, paranoidní) (Corbitt & Widiger, 1995). Statistické údaje DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) skutečně uvádí větší podíl mužů u schizoidní, schizotypní, antisociální, narcistické a obsesivně-kompulsivní poruchy, zatímco u žen převažují hraniční, histrionská a závislá forma. Nicméně je poukazováno na nedostatečné prozkoumání podílu obou pohlaví u konkrétních poruch, stávající přetrvávání stereotypů ohledně ženského či mužského charakteru poruchy může výrazně ovlivňovat obraz konkrétní poruchy osobnosti (např. sebezpoškození je považováno za klasický příznak hraniční poruchy, i když je typické většinou pouze pro „ženský“ obraz této poruchy) (Holthausen & Habel, 2018). Samuel a Widiger (2009) provedli případovou studii, která zkoumala genderovou zaujatost odborníků při diagnostice poruch osobnosti. Odborníkům z klinické praxe byla předložena jedna kazuistika, přičemž pohlaví pacienta v této kazuistice bylo u některých odborníků mužské, u jiných ženské. Výsledky ukazují tendenci odborníků diagnostikovat histrionskou poruchu v případě žen a diagnostikovat ve stejné kazuistice antisociální poruchu v případě, že se jednalo o muže.

Etiologie poruch osobnosti je taktéž velice různorodá. Geneticky podmíněný temperament je pravděpodobně klíčovým faktorem pro rozvoj většiny poruch osobnosti, zejména těch z klastrů A a B; negativní psychosociální vlivy mohou následně podpořit biologické alterace v mozku (Emmelkamp & Meyerbröker, 2020). Autoři reflektují neustálou snahu odborníků nalézt faktory, které zapříčiňují vznik poruch osobnosti.

### 3 Klasifikační systémy poruch osobnosti a jejich omezení

Daná kapitola zohledňuje obecné potíže v oblasti klasifikace poruch osobnosti. Referuje o dvou hlavních klasifikačních systémech: Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, World Health Organization, 2006), s ohledem na novou 11. revizi MKN (World Health Organization, 2018), a DSM-5 s důrazem na druhý systém vzhledem k vyšší relevantnosti k výzkumné části dané práce.

Přesná a přehledná klasifikace poruch osobnosti je nezbytná, zároveň ale i přes dlouholetou odbornou diskuzi přetrvávají v dané oblasti mnohočetné nejasnosti.

Herpertz et al. (2017) klade na moderní klasifikační systémy v oblasti duševních poruch určité požadavky: měly by být klinicky užitečné, tzn. jejich hlavním účelem by mělo být naplňování potřeb pacientů a odborníků v oblasti duševního zdraví; měly by poskytovat užitečné informace o prognózách a terapeutických možnostech duševních poruch; klinická diagnostická rozhodnutí odborníků by se měla těmito principy řídit. V neposlední řadě by měly sloužit jako pragmatické výzkumné platformy pro budoucí zkoumání dané oblasti. Od hlavních mezinárodních klasifikačních systémů DSM-5 a MKN-10 (v brzké době již MKN-11<sup>6</sup>) je proto očekáváno, že budou výše uvedeným kritériím odpovídat.

Pravděpodobně nejvyhrocenější spory se v akademické a klinické obci vedou ohledně velice relevantního tématu kategorizace/typologie a dimenzionality poruch osobnosti. Kategoriální přístup předpokládá, že jsou poruchy osobnosti kvalitativně odlišné diskrétní jednotky se zřetelnými hranicemi, které oddělují tuto jednotku od jiných typů poruch osobnosti a od ostatních duševních poruch (např. Widiger & Douglas, 2005). Alternativní dimenzionální přístup naopak nahlíží na poruchu osobnosti jako na maladaptivní variaci osobnostních rysů, které se překrývají nejen mezi jednotlivými poruchami osobnosti, ale prolínají se také s normou. Kategoriální systém je pro odborníky bezesporu poměrně lákavý vzhledem ke své relativní jednoduchosti (a proto i zdánlivé klinické užitečnosti) při uchopení konkrétního typu poruchy osobnosti (podle striktně stanovených kritérií lze jedince zaškatulkovat jako antisociálního, hraničního apod., což do

---

<sup>6</sup> MKN-11 nabývá platnosti dne 01.01.2022.

natolik vágní psychiatrické oblasti jako jsou poruchy osobnosti vnáší pevnou oporu a strukturu), ale o to víc se potýká s jistými omezeními, např. projevy jednotlivých poruch se nezdají být stabilní v čase; existuje velká heterogenita projevů té samé poruchy osobnosti; dále je často zmiňována vysoká komorbidita jednotlivých typů poruch osobnosti (např. Krueger & Tackett, 2003). Stabilitu rysů jednotlivých poruch osobnosti v čase zkoumala longitudinální studie poruch osobnosti, která poukazuje na změny obrazu poruchy osobnosti v průběhu života a svědčí proti kritériu stability (Lenzenweger, 2006). Pro představu heterogenity projevů v rámci stejné diagnózy uvádí Widiger a Trull (2007) případ dvou pacientů, kteří mohou mít diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti, ale nemusí přitom splňovat společná diagnostická kritéria (vykazovat stejné charakteristické projevy poruchy). Co se týká komorbidity, ta je natolik častá (např. Grant a Chou (2008) uvádí, že 73,9 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti má diagnostikovanou i další poruchu osobnosti), že se zdá být spíš pravidlem než výjimkou, což může poukazovat na limitované schopnosti kategoriálního přístupu kvalitně diferencovat mezi subtypy poruch. Pro takové případy se nabízí dokonce i zavedení nového termínu vedle komorbidity – souvšyk (co-occurrence), který by nepředpokládal existenci zvláštních klinických jednotek, místo toho by měl spíš poukazovat na existenci společných patologií (např. Lilienfeld et al., 1994). Není překvapivé, že nejčastěji používanou kategorií je v klinické praxi „nespecifikovaná porucha osobnosti“ nebo „smíšená porucha osobnosti“. Z výše uvedených důvodů je již zmiňovaná klinická užitečnost kategoriálního přístupu velice sporná. Podle Bernsteina a kolegů (2007) 87 % odborníků na poruchy osobnosti věří, že poruchy osobnosti jsou ze své podstaty dimenzionální, a 70 % odborníků by uvítalo hybridní kategoriálně-dimenzionální model.

### **3.1 Klasifikace poruch osobnosti dle MKN-10**

Zde bude uveden stručný přehled klasifikace a diagnostických kritérií MKN-10 a MKN-11, avšak vzhledem k přesahu účelů této práce nebudou specifické poruchy detailně rozebrány.

MKN-10 definuje poruchy osobnosti jako *„hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk*

*v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým“* (World Health Organization, 2006).

MKN-10 je založena na kategoriálním přístupu ke klasifikaci poruch osobnosti, výhody a limity daného přístupu byly rozebrány výše. Manuál MKN-10 obsahuje obecná diagnostická kritéria platná pro jakoukoliv specifickou poruchu osobnosti, k těmto kritériím potom přidává zvláštní kritéria, která platí pouze pro konkrétní typy poruchy osobnosti (zvláště pro paranoidní, anankastickou apod.). Obecná kritéria diagnostického manuálu MKN-10 stanovují, že vnitřní struktura jedince má být zřetelně odchylná od očekávané přijatelné normy chování v dané společnosti, a to v následujících oblastech: vnímání sebe a ostatních a interpretace událostí; emotivita přiléhavá podnětům, adekvátní ve své intenzitě a rozsahu; ovládání vnitřních impulzů a uspokojování vlastních potřeb; a nakonec zvládání interpersonálních situací. Takové maladaptivní chování by mělo být pervazivní, projevující se v různém sociálním kontextu, nikoli vázané na specifické spouštěče. Dysfunkční chování má mít za následek osobní nebo sociální potíže, a má se projevit v pozdním dětství nebo adolescenci (World Health Organization, 2006). Vylučovacím kritériem pro diagnostiku poruch osobnosti jsou podle MKN-10 patologické projevy chování v důsledku somatického onemocnění nebo jiné duševní poruchy v dospělosti.

Specifické poruchy osobnosti jsou v MKN-10 rozděleny na devět jednotlivých typů: paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní, závislá porucha osobnosti a „jiné<sup>7</sup>“ poruchy osobnosti. Posledním typem specifických poruch osobnosti je kategorie „NS“ (nespecifikovaná) porucha osobnosti, pro případ, že bude obraz poruchy natolik nejasný nebo jeho projevy natolik protichůdné, že se poruchu nepodaří zařadit do jakékoliv z výše uvedených kategorií. Jak bylo zmíněno výše, kategorie „NS“ je v klinické praxi velmi populární. Podobné účely splňuje i zvláštní kapitola MKN-10 Smíšené a jiné poruchy osobnosti, kam spadají obtížně zařaditelné vzorce symptomů poruch osobnosti, např. jedinec má rysy hned několika poruch osobnosti, ale žádný soubor symptomů není převažující (World Health Organization, 2006).

---

<sup>7</sup> Patří sem excentrická, „haltlos“, nezralá, narcistická, pasivně-agresivní a psychoneurotická porucha osobnosti.

### 3.2 Klasifikace poruch osobnosti dle MKN-11

V době psaní této práce je již schválena 11. revize MKN, která nabývá platnosti 01. 01. 2022. Vzhledem k tomuto zásadnímu obratu v evropské mezinárodní klasifikaci bude vhodné věnovat prostor alespoň klíčovým změnám, které se oblasti poruch osobnosti dotknou.

V nejnovější revizi MKN se již ustupuje od klasického kategoriálního přístupu k poruchám osobnosti a posouvá se k dimenzionálnímu paradigmatu. Nově poruchy osobnosti nejsou rozděleny do devíti kategorií, jak tomu bylo v MKN-10. Dimenzionální model MKN-11 je prezentován pětifaktorovým modelem osobnostních rysů, který je používán spolu se škálou míry závažnosti celkové osobnostní dysfunkce.

Pětifaktorový model obsahuje následující osobnostní dimenze: negativní afektivita (*negative affectivity*), odtažitost (*detachment*), disocialita (*dissociality*), disinhibice (*disinhibition*), anankastie/kompulzivita (*anankastia/compulsivity*); míra závažnosti poruchy je posuzována na třibodové škále, klasifikace také umožňuje míru závažnosti dysfunkce blíže nespecifikovat (.0 – mírná PO, .1 – střední PO, .2 – těžká PO, .Z – neurčená míra závažnosti PO). K pětifaktorovému modelu osobnostních rysů byl přidán i kvalifikátor hraničního vzorce osobnosti (*borderline pattern*). Teoreticky by měl být obraz hraniční poruchy osobnosti čitelný i pouze z určitého profilu osobnostních rysů (je tvořen negativní afektivitou, disocialitou a disinhibicí), ale tento zvláštní kvalifikátor by měl posloužit odborníkům k snadnějšímu a zřetelnějšímu rozlišení hraničního syndromu (McCabe & Widiger, 2020). Hraniční vzorec osobnosti je charakterizován jako pervazivní nestabilita v interpersonálních vztazích, v sebeobrazě a afektivitě, součástí vzorce je také výrazná impulzivita (World Health Organization, 2018). Následně je v manuálu uveden výčet charakteristických hraničních rysů, např. opakované epizody sebepoškození, chronický pocit prázdnoty, potíže při ovládní pocitů vzteku apod. Tento hraniční vzorec lze užívat spolu s mírou závažnosti narušení osobnosti a s ostatními dimenzemi osobnostních rysů, ale nesmí být používán samostatně. Závěr diagnostického vyšetření podle nové klasifikace by mohl poté vypadat následovně: těžká porucha osobnosti s hraničním vzorcem osobnosti, odtažitostí a disinhibicí (World Health Organization, 2018).

### 3.3 Klasifikace poruch osobnosti dle DSM-5

Poruchy osobnosti jsou v DSM-5 zahrnuty do sekce II (Diagnostická kritéria a kódy) a sekce III (Nově vznikající opatření a modely). Sekce II nabízí takové klasifikace, které prošly rozsáhlým výzkumem, zatímco pro modely shrnuté v sekci III neexistuje dosud dostatečné množství vědecky podložených důkazů, které jsou pro široké klinické využití těchto modelů potřebné (American Psychiatric Association, 2015).

Sekce II představuje již známý kategoriální model, který poměrně přesně odpovídá systému MKN-10 (navíc obsahuje narcistickou<sup>8</sup> a schizotypální poruchu; v některých případech je názvosloví odlišné, např. antisociální místo disociální poruchy, obsesivně-kompulzivní místo anankastické poruchy). Zvláštní kategorií je „osobnostní změna v důsledku zdravotního stavu“, např. při poškození mozku; poslední kategorií je „nespecifikovaná“ porucha osobnosti. Obecná kritéria pro diagnostiku poruch osobnosti jsou obdobná výše popsaným kritériím z MKN-10.

DSM-5 dále kategorizuje poruchy osobnosti do tří skupin neboli klastrů vzhledem k deskriptivním podobnostem daných poruch osobnosti. Do klastru A patří paranoidní, schizoidní a schizotypální porucha – společným rysem těchto poruch je excentricita neboli zvláštnost. Do klastru B jsou zařazeny antisociální, hraniční, histrionská a narcistická porucha – spojuje je dramatičnost, výrazná emocionalita a nepředvídatelnost. Nakonec klastr C obsahuje vyhublou, závislou a obsesivně-kompulzivní poruchu – pro ty jsou charakteristické převažující pocity úzkosti a strachu. Autoři upozorňují na to, že tato kategorizace, ačkoli může být užitečná pro výzkum, nebyla validována a potýká se s výraznými limity (American Psychiatric Association, 2015).

### 3.4 Klasifikace poruch osobnosti dle alternativního modelu DSM-5

Empirická část této práce vychází z alternativního modelu pro poruchy osobnosti dle DSM-5 (AMPO), proto se této klasifikaci budu věnovat podrobněji.

Během revize DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) a přípravy DSM-5 se rozvíjelo mnoho různých dimenzionálních modelů poruch osobnosti, ve výsledku mnoho výzkumných studií podporovalo dimenzionální přístup a očekávalo se, že DSM-5

---

<sup>8</sup> V MKN-10 je uvedena v kategorii „jiné“ PO.

již bude s dimenzionálním modelem poruchy osobnosti operovat. Kupfer et al. (2002) navrhli posun paradigmatu v diagnostické sféře obecně; ten se nabízel směrem k integraci kategoriálního a dimenzionálního přístupu i v oblasti poruch osobnosti (např. Regeir et al., 2009). Avšak krátce před finálním schválením nového modelu poruch osobnosti v DSM-5 musela Pracovní skupina pro osobnost a poruchy osobnosti (*Personality and Personality Disorders Work Group*) v reakci na kritiku odborné obce nově vypracovaný dimenzionální model poruch osobnosti zařadit pouze do alternativní sekce DSM-5 a zachovat kategoriální systém převzatý z DSM-IV-TR (Zachar et al., 2015).

Alternativní model poruch osobnosti vychází z empirických studií předchozích let a staví na rozličných paradigmatech osobnosti dle Wiggins (2003) se snahou o jejich integraci. Zatímco jedna oblast AMPO zaměřená na self a interpersonální vztahy má své kořeny v psychodynamickém, interpersonálním a personologickém paradigmatu, druhá oblast modelu věnující se osobnostním rysům reflektuje vliv multivariativního, empirického a interpersonálního paradigmatu (Waugh et al., 2017).

V alternativním modelu se poruchy osobnosti vymezují jak patologickými osobnostními rysy, tak narušením osobnostního fungování. Z tohoto modelu mohou být dále odvozeny specifické diagnózy jako antisociální, vyhýbavá, hraniční, narcistická, obsesivně-kompulzivní a schizotypní porucha osobnosti. Je také zachována tradiční „nespecifikovaná“ porucha osobnosti, v alternativním modelu dostala název PD-TS<sup>9</sup> (porucha osobnosti se specifickými rysy). Dle stávající klasifikace do ní spadá paranoidní, schizoidní, histrionská a závislá porucha osobnosti. Je diagnostikována v případě, že je porucha osobnosti přítomna, ale zároveň nejsou splněna kritéria pro žádnou ze specifických kategorií. Výhodou PD-TS diagnózy oproti tradičnímu pojetí „nespecifikované“ poruchy osobnosti je možnost detailnějšího popisu jednotlivých projevů poruchy a možnost vytvoření zřetelné a uchopitelné konceptualizace daného případu (Rodriguez-Seijas et al., 2019).

Obecná kritéria pro poruchy osobnosti podle AMPO jsou následující (American Psychiatric Association, 2015):

---

<sup>9</sup> Personality disorder – trait specified.

- A. Středně těžké nebo těžké narušení funkčních schopností osobnosti jedince jak ve vztahu k sobě samému (self), tak ve vztahu k druhým (interpersonální).
- B. Jeden nebo více patologických osobnostních rysů.
- C. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou poměrně neměnné a pervazivní v širokém spektru osobních a sociálních situací.
- D. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou poměrně stabilní, neměnné v čase se začátkem přinejmenším v adolescenci nebo rané dospělosti.
- E. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů se nedají dostatečně popsat pomocí jiné duševní poruchy.
- F. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů nelze připsat pouze účinkům látek nebo jinému somatickému onemocnění (např. těžkému poranění hlavy).
- G. Narušení funkční schopnosti osobnosti jedince a individuální projevy osobnostních rysů nelze dostatečně chápat jako běžné pro vývojové stadium jedince pro jeho sociokulturní prostředí.

Pro stanovení diagnózy je nutné naplnění veškerých výše uvedených kritérií.

Narušení v osobní a interpersonální oblasti funkčních schopností osobnosti je jádrem osobnostní psychopatologie, a proto jsou tato narušení společná pro veškeré typy poruch osobnosti (American Psychiatric Association, 2015). Fungování ve vztahu k self (osobní fungování) zahrnuje dimenze *identity* a *sebeřízení*, interpersonální fungování zahrnuje dimenze *empatie* a *intimity*.

Dimenze *identity* je pojata skrze:

1. vnímání vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a druhými;
2. stabilitu sebevědomí a přesnost sebeuposouzení;
3. schopnost regulovat škálu emočního prožívání.

*Sebeřízení* je charakterizováno:

4. usilováním o dosažení koherentních a významných krátkodobých a celoživotních cílů;
5. užitím konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování;
6. schopností produktivní sebereflexe.

*Empatie* se vyznačuje:

7. chápáním a oceněním prožitků a motivace ostatních;
8. tolerancí různých perspektiv;
9. chápáním vlivu vlastního chování na ostatní.

Nakonec *intimitu* lze popsat jako:

10. schopnost hlubokých a trvalých vztahů s ostatními;
11. touhu a snahu po blízkosti;
12. vzájemnou úctu v interpersonálních vztazích.

K posuzování funkčních schopností slouží škála úrovní funkčních schopností osobnosti (LPFS, Level of Personality Functioning Scale). Míra narušení osobnostního fungování je hodnocena na základě popsaných dimenzí a jednotlivých facet: celkem je hodnoceno 12 facet, jak jsou uvedeny v seznamu výše; k tomu jsou vypočítány dílčí skóry pro jednotlivé dimenze *identita*, *sebeřízení*, *empatie* a *intimita*. na kontinuu od 0 do 4 (0 – adaptivní funkční schopnosti, zdravý jedinec, 1 – mírné narušení, 2 – středně těžké narušení, 3 – těžké narušení, 4 – extrémně těžké narušení) (American Psychiatric Association, 2015).

Dle DSM-5 by měla být přítomna minimálně středně těžká úroveň narušení funkčních schopností osobnosti pro stanovení diagnózy „porucha osobnosti“.

Jádro osobnostní psychopatologie je tvořeno také patologickými osobnostními rysy (kritérium B dle DSM-5). Rysy jsou roztrženy do pěti širších dimenzí: negativní afektivita (*negative affectivity*), odtažitost (*detachment*), antagonismus (*antagonism*), disinhibice (*disinhibition*) a psychoticismus (*psychoticism*). Tyto dimenze jsou ateoretické, ale četné výzkumy nacházejí těsnou spojitost s pětifaktorovým modelem osobnosti (např. Thimm et al., 2016), kde dimenze patologických rysů popsané výše představují

maladaptivní varianty neuroticismu, přívětivosti, otevřenosti vůči zkušenostem, extraverte a svědomitosti; podobnosti můžeme nalézt také se škálou osobnostní psychopatologie PSY-5 inventáře Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2, Graham, 1993) (Harkness et al., 2014). Manuál DSM-5 poté jmenuje i jednotlivé osobnostní rysy (celkem 25 rysů) popisujících každou dimenzi. Negativní afektivita (vs. emoční stabilita) tak zahrnuje emoční labilitu, úzkostnost, nejistotu z odloučení, submisivitu, hostilitu, perseveraci, depresivitu, podezřívavost, omezenou afektivitu; odtažitost (vs. extraverte) zahrnuje stažení, vyhýbání se intimitě, anhedonii, depresivitu, omezenou afektivitu, podezřívavost; antagonismus (vs. přívětivost) zahrnuje manipulativnost, lhavost, grandiozitu, vyhledávání pozornosti, bezcitnost, hostilitu; desinhibice (vs. svědomitost) zahrnuje nezodpovědnost, impulzivitu, nepozornost, náchylnost k riskování, rigidní perfekcionismus; psychoticismus (vs. lucidita) zahrnuje neobvyklé názory a prožitky, excentričnost, kognitivní a percepční disregulaci. K posuzování patologických rysů osobnosti slouží osobnostní inventář Personality Inventory for DSM-5 (PID-5, Krueger et al., 2012); míra patologických rysů je hodnocena na škále 0-3, kde 0 je absence rysu, 3 je vysoce intenzivní projev rysu.

Alternativní model pro poruchy osobnosti dle DSM-5 stanovuje zvláštní kritéria i pro šest specifických typů poruch osobnosti uvedených výše, popisuje charakteristický obraz poruchy vzhledem k jednotlivým úrovním funkčních schopností, a určuje osobnostní rysy typické pro tento typ poruchy. Pokud se u jedince vyskytují další patologické rysy, které ale nejsou součástí klasického obrazu poruchy, lze je uvést zvlášť jako specifikátory (American Psychiatric Association, 2015). Například, antisociální porucha se vyznačuje manipulativností, bezcitností, lhavostí, hostilitou, náchylností k riskování, impulzivitou, nezodpovědností (jedinec má vykazovat šest nebo více uvedených rysů); úzkostnost a některé další rysy mohou být uvedeny jako specifikátory. Pro typ PD-TS jedinec by měl mít minimálně středně těžké narušení funkčních schopností, a to v minimálně dvou oblastech. Navíc by měl vykazovat patologické osobnostní rysy v nejméně jedné dimenzi popsané výše. Jednotlivé specifické poruchy osobnosti nebudou vzhledem k nízké relevantnosti k účelům této práce dále rozebírány.

### 3.5 Hodnocení alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti

Kompatibilita kritérií alternativního modelu DSM-5 a tradičních kategoriálních diagnóz poruch osobnosti byla široce zkoumána. Hopwood et al. (2012) potvrdili schopnost alternativního modelu diferencovat mezi jednotlivými poruchami osobnosti; tímto plynule navazuje na předešlý kategoriální systém DSM-IV–TR a sekci II DSM-5. Předností AMPO je jeho schopnost větší specifikace individuálních projevů v rámci konkrétní diagnózy, která je užitečná při známé masivní heterogenitě v rámci jednoho typu poruchy osobnosti (Pincus et al., 2016). Další nespornou výhodou modelu je to, že kritérium A dle AMPO (oblast funkčních schopností osobnosti) nejen indikuje existenci poruchy osobnosti dle klasického pojetí sekce II DSM-5, ale poukazuje také na závažnost poruchy.

Při hodnocení jakéhokoliv diagnostického manuálu je zásadní zohlednit vedle diagnostické validity i jeho klinickou užitečnost, protože hlavním cílem diagnostického manuálu je být oporou pro odborníka při léčbě pacienta. Klinická užitečnost modelu může být systematicky hodnocena skrze následující oblasti: a) komunikace mezi odborníky a pacienty, b) diagnostická přesnost, uživatelská nenáročnost modelu a c) užitečnost modelu při volbě vhodné intervence (např. Reed, 2010).

Jak již bylo naznačeno výše, jedním ze slabých míst kategoriálního systému je jeho sporná klinická užitečnost (příkladem lze uvést selhávání modelu v poskytování užitečných informací nutných pro individuální plánování léčby jedince (Bateman et al., 2015). Klinickou užitečnost alternativního modelu zkoumali Bach et al. (2015) v případové studii šesti pacientů, u kterých prováděli diagnostiku pomocí inventáře PID-5 a LPFS, na základě kterých potom sestavili osobnostní profil pacientů, určili specifickou diagnózu (u většiny se vyskytovala komorbidita dvou poruch osobnosti) a propracovali jejich léčebný plán. Předmětem jejich bádání bylo mimo jiné vyhodnocování uživatelské nenáročnosti diagnostického inventáře pro odborníky a jeho užitečnosti při plánování léčby pacienta. Dle Bacha a kolegů (2015) je použití PID-5 a LPFS bezesporu poměrně pracnou záležitostí, ale výsledné výhody ze získání komplexního a podrobného profilu pacienta nedostatky této rozsáhlé diagnostiky převyšují. Zastávají názor, že je PID-5 možné efektivně využívat pro sestavování plánu psychoterapeutické intervence, lze v něm

načrtnout silné stránky pacienta, které by bylo vhodné podporovat a oceňovat, a mohl by pomoci stanovit cíle terapie pomocí identifikace maladaptivních rysů osobnosti. K podobným výsledkům dospěli Morey et al. (2014): nehledě na to, že pozorovali stále větší loajalitu odborníků vůči klasifikaci dle DSM-IV–TR z důvodu její užitečnosti pro komunikaci mezi odborníky a uživatelské nenáročnosti, alternativní model získal vyšší skóre pro svou klinickou užitečnost při komunikaci s pacienty a při vytváření efektivního plánu léčby pacienta (model patologických rysů vyhrál i v kritériu uživatelské nenáročnosti).

Milinkovic a Tiliopoulos (2020) provedli metaanalýzu dvaceti studií (většina vybraných studií byla americká, dále vzorek zahrnoval jednu íránskou a šest evropských studií), která kladla za cíl poskytnout ucelenější obraz klinické užitečnosti alternativního modelu, a to ve třech již zmíněných oblastech (komunikační hodnota, uživatelská nenáročnost/diagnostická přesnost modelu a užitečnost při volbě intervence). Osm studií (40 % vzorku) zohledňujících ve svém výzkumu komunikační hodnotu alternativního modelu jeho efektivitu v tomto ohledu prokázalo. Ze třinácti studií (65 % vzorku) zkoumajících druhé kritérium osm studií prokázalo jeho diagnostickou přesnost, zatímco pět dalších studií prokázalo jeho uživatelskou nenáročnost. Nakonec třináct studií (65 % vzorku) potvrdilo jeho klinickou užitečnost při volbě intervence a tvorbě terapeutického plánu. Autoři poukazují na nezbytnost pokračovat ve zkoumání klinické užitečnosti alternativního modelu (zejména se zaměřením na hodnocení kvality modelu při komunikaci s rodinami pacientů, dále je žádoucí prozkoumat vhodnost modelu při konceptualizaci terapeutického plánu v různých psychoterapeutických směrech, např. v dialekticko-behaviorální terapii, která je široce užívána při léčbě hraniční PO apod.).

## 4 Diagnostické metody pro poruchy osobnosti

Empirická část dané práce se zabývá diagnostickými instrumenty pro poruchy osobnosti, proto budou dále nastíněny nejčastěji používané psychodiagnostické metody pro danou klinickou populaci a následně vybrané metody použité ve výzkumné části (STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0).

Jak již bylo několikrát zmíněno, diagnostika poruch osobnosti se potýká s výraznými potížemi. Diferenciální diagnostika poruch osobnosti (ať už odlišení poruch osobnosti od jiných nozologických jednotek nebo rozhodování mezi jednotlivými poruchami osobnosti) je palčivou oblastí, nemluvě o stanovení míry patologie osobnosti a identifikaci konkrétních patologických rysů.

Nejčastěji používané diagnostické instrumenty měřící osobnostní patologii patří mezi tzv. explicitní metody hodnocení osobnosti. Ty se liší v závislosti na jejich administraci – existuje řada sebeposuzovacích dotazníků a inventářů (většinou se jedná o administraci tužka-papír), kde pacienti sami hodnotí svoji osobnost. Vedle toho jsou odborníky prováděny strukturované či nestrukturované rozhovory (ve své praxi odborníci často posuzují pacienta pouze na základě osobního kontaktu s pacientem a údajů z nestrukturovaných rozhovorů (např. Zimmermann, 2011)), u kterých je pacient hodnocen administrátorem podle vlastních výpovědí. Explicitní metody používají informace, které jsou dostupné vědomí, a vyžadují určitou schopnost sebereflexe (McClelland et al., 1989). Nápomocné jsou i informace, které lze získat od informantů (blízkých osob pacienta) a z pozorování pacienta odborníkem. V rámci diagnostiky za zmínku stojí dotazníky, jež se předkládají pro posouzení celkové struktury osobnosti, např. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2<sup>10</sup> (Graham, 1993), NEO pětifaktorový osobnostní inventář<sup>11</sup> (Costa & McCrae, 1989), Cloningerův trojrozměrný dotazník<sup>12</sup> (Cloninger, 1994) apod. Pilkonis et al. (1991) doporučují pro optimální diagnostiku využívat oba informační zdroje (strukturované rozhovory a dotazníky).

---

<sup>10</sup> MMPI-2.

<sup>11</sup> NEO-FFI.

<sup>12</sup> TPQ.

Nejčastější vedlejší metodou při diagnostice poruch osobnosti je tzv. implicitní hodnocení osobnosti, např. projekční testy jako Rorschachův test inkoustových skvrn (ROR) nebo Tematicko-apercepční test (TAT), které se široce používají v České republice. Takové na výkonu založené (*performance-based*) metody mají za snahu odhalit osobnostní charakteristiky, kognitivní procesy a interpersonální dynamiku jedince při použití nestrukturovaných úkolů. Nestrukturovaný obsah umožňuje dostat na povrch automatické nevědomé vzorce chování, percepce, motivace a kognice jedince, a tím obejít nebezpečí zkresleného sebeobrazu pacienta u explicitní metody (McClelland et al., 1989). ROR se považuje za cenný zdroj informací týkajících se struktury a dynamiky osobnostního fungování; přispívá k efektivní tvorbě psychoterapeutického plánu (Izydorczyk & Gąska, 2016). Ganellen (2007) tvrdí, že data získaná z ROR mohou přispívat ke komplexnímu zhodnocení maladaptivních osobnostních charakteristik a ke zlepšení diagnostiky poruch osobnosti, ale měly by být používány spolu s dalšími informacemi získanými z rozhovorů, sebesposuzovacích dotazníků a dotazníků pro informanty.

#### **4.1 Strukturovaný rozhovor**

Strukturované rozhovory mají v psychologickém vyšetření poruch osobnosti centrální úlohu. Strukturované rozhovory obsahují řadu specifických otázek odvozených z určitých diagnostických kritérií. Například, pokud je nutné prozkoumat kritérium „má obtíže s rozhodováním v každodenních situacích bez velké podpory okolí“, pacientovi bude položena otázka „*Potřebujete hodně podpory nebo ujištění od ostatních před učiněním každodenních rozhodnutí?*“ (Emmelkamp & Meyerbroker, 2019). Je doporučeno doptávat se na konkrétní příklady ze života pacienta, aby odborník získal co nejkompletnější představu o současném stavu pacienta a aby se ujistil, že pacient naplňuje kritéria dané poruchy. Vedle klíčových otázek, které by nutně měly zaznít v rozhovoru, odborník může klást i doplňující a upřesňující otázky dle aktuální situace. Administrace strukturovaného rozhovoru tak na jednu stranu nabízí odborníkovi pevný rámec diagnostických vodítek a poskytuje bezpečné ukotvení v předem připravených otázkách, ale zároveň umožňuje dostatečnou flexibilitu a pružné reagování na témata, která vyvstanou během rozhovoru (Widiger & Frances, 1987). Manuál strukturovaného rozhovoru často poskytuje užitečné informace, které přispívají k pochopení diagnostických

otázek, a usnadňují interpretaci vágních nebo nekonzistentních odpovědí (např. Loranger, 1999 in Widiger & Boyd, 2009). Nevýhodou této metody jsou vysoké požadavky kladené na administrátora zahrnující jeho interpretační schopnosti (z tohoto důvodu je pro provedení rozhovoru žádoucí jistá klinická zkušenost) a nutnost specializovaného proškolení v dané metodě, v neposlední řadě je kritizována i značná časová náročnost rozhovoru (Zimmermann et al., 2014). Na druhou stranu, takové diagnostické sezení se nezdá být časově dostačující pro hodnocení dlouhodobých osobnostních charakteristik (Morey et al., 1988).

Mezi aktuálně využívané strukturované rozhovory patří například Mezinárodní strukturovaný rozhovor na poruchy osobnosti (IPDE, Loranger et al., 1997), Strukturovaný rozhovor pro organizaci osobnosti (STIPO, Barry et al., 2010), Strukturovaný klinický rozhovor pro alternativní model poruch osobnosti DSM-5 (SCID-5-AMPD, First et al., 2018) či Polostrukturovaný rozhovor pro funkční schopnosti osobnosti DSM-5 (STiP-5.1, Hutsebaut et al., 2014).

V České republice se administruje především IPDE, nástroj vzniklý za podpory Světové zdravotnické organizace, který je kompatibilní s kategoriálním modelem MKN-10 a DSM-5 (sekce II), a je široce užíván v klinické praxi a ve výzkumu. IPDE obsahuje oblasti jako např. Práce, Self, Mezilidské vztahy apod., každá položka se skóruje na škále od 0 do 2. Dovoluje zahrnout do hodnocení také výpovědi osob z okolí pacienta. Umožňuje i stanovení míry osobnostní patologie. IPDE je používán napříč kulturami, je prokázána jeho reliabilita, a rozhovor je hodnocen jako klinicky validní (Loranger, 1994).

Kromě komplexních strukturovaných rozhovorů existuje i řada specializovaných metod zaměřených na konkrétní poruchu osobnosti, např. Diagnostické interview pro hraniční pacienty (DIB-R).

#### **4.1.1 Polostrukturovaný rozhovor pro funkční schopnosti osobnosti (STiP-5.1)**

Daná podkapitola se věnuje teoretickému zázemí STiP-5.1; podrobnější struktura rozhovoru, administrace a způsob jejich vyhodnocení budou popsány v empirické části práce.

Koncept funkčních schopností osobnosti byl několikrát kritizován za to, že je příliš abstraktní a v diagnostice těžko uchopitelný (Pincus, 2011). Zimmermann et al. (2014) poukazovali na to, že validní a reliabilní hodnocení míry funkčních schopností osobnosti by vyžadovalo dlouhé zaškolení v daném konceptu, léta klinické praxe a dlouhodobý kontakt administrátora metody s pacientem.

Polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 je nová metoda, která vznikla z nezbytné potřeby relativně krátkého rozhovoru (tzn. trvání mezi 30 a 60 min.) pro hodnocení úrovně funkčních schopností osobnosti; rozhovor by měl být dostatečně uživatelsky nenáročný, aby nevyžadoval delší speciální zaškolení odborníků v dané metodě (stručné seznámení se s administrací metody je samozřejmostí) (Hutsebaut et al., 2017). V době svého vzniku byla první metodou svého druhu, současně se vytvářel i výše zmíněný rozhovor SCID-5-AMPD, který slouží stejnému cíli.

STiP-5.1 byl vyvinut de Viersprong institutem pro poruchy osobnosti v Nizozemsku. Oblasti rozhovoru přesně odpovídají oblastem LPFS dle AMPO (Self: *identita, sebeřízení*; Interpersonální fungování: *empatie, intimita*), podrobněji byla škála LPFS popsána výše. Rozhovor obsahuje tedy celkem 12 jednotlivých oblastí neboli facet.

Vzhledem k tomu, že je STiP-5.1 relativně novým diagnostickým nástrojem, výzkumy týkající se jeho psychometrických charakteristik a klinické užitečnosti jsou zatím značně limitované. Hutsebaut et al. (2017) provedli první evaluaci této metody na vzorku 40 pacientů, kontrolní skupina sčítala 18 respondentů. Se všemi respondenty byly provedeny Strukturovaný klinický rozhovor podle DSM-IV (osa I) (SCID-I, First et al., 1997) a Strukturovaný klinický rozhovor podle DSM-IV (osa II) (SCID-II, First et al., 1996), u kterých je prokázána spolehlivá inter-rater a test-retest reliabilita. Součástí výzkumné baterie byly i další nástroje jako sebesposuzovací dotazník Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1975) pro vyhodnocení závažnosti potíží jako je somatizace, deprese, úzkost apod. a dotazník Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008) pro vyhodnocení maladaptivního osobnostního fungování.

STiP-5.1 byl administrován dalšími psychology, kteří byli dopředu obeznámeni pouze s věkem a jménem participanta, jeho diagnóza byla přitom skrytá. Rozhovory byly

natačeny za účelem následné nezávislé diagnostiky stejného pacienta pomocí STiP-5.1 jinými psychology pro zhodnocení inter-rater reliability. Celkem byl STiP-5.1 administrován dvanácti psychology s odlišnou délkou klinické praxe, kteří neměli hlubší povědomí o AMPO a LPFS. Před samotným testováním všichni psychologové absolvovali tříhodinové školení pod vedením jednoho z autorů metody.

Výzkum prokázal vysokou vnitřní konzistenci STiP-5.1 ( $\alpha = 0,97$  pro celou škálu;  $\alpha = 0,94$  zvláště pro škály *Self* a *Interpersonální fungování*). Inter-rater reliability se také ukázala na vysoké úrovni ( $ICC^{13} = 0,81$  až  $ICC = 0,92$  pro celý vzorek respondentů;  $ICC = 0,58$  až  $ICC = 0,80$  pro klinickou populaci). Byly prokázány statisticky významné rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou, v rámci klinické skupiny potom mezi pacienty s diagnostikovanou poruchou osobnosti a pacienty s jinou psychiatrickou diagnózou. Byly zjištěny vysoké korelace mezi počtem diagnostikovaných typů poruch osobnosti měřených SCID-II a celkovým skórem STiP-5.1 ( $r = 0,56$ ), interpersonální škála STiP-5.1 prokázala vyšší korelaci ve vztahu k SCID než škála *Self* ( $r = 0,52$  oproti  $r = 0,39$ ). Hutsebaut et al. (2017) dále potvrdili shodu v míře narušení funkčních schopností osobnosti měřených pomocí STiP-5.1 a pomocí sebesuzovacích metod.

Výsledně se autorům podařilo dosáhnout dobré inter-rater reliability daného rozhovoru; reliability STiP-5.1 dosahovala a přesahovala vyžadovanou hranici  $ICC = 0,75$  stanovenou členy pracovní skupiny DSM-5 Benderem et al. (2011). Dalším významným výstupem tohoto výzkumu bylo ověření uživatelské nenáročnosti rozhovoru, která se prokázala díky úspěšnému zvládnutí rozhovoru STiP-5.1 i nezkušenými psychology bez delšího tréninku v dané metodě.

Autoři dospěli i k dalšímu zajímavému zjištění – dvě oblasti rozhovoru *Self* a *Interpersonální fungování* mezi sebou vykazovaly silné korelace. Podle Blatt (2004 in Hutsebaut et al., 2017) jsou tyto dvě oblasti mezi sebou bezesporu propojené – schopnost angažovat se v interpersonálních vztazích (doména *Interpersonální fungování*) je v těsném vztahu s osobnostními charakteristikami (doména *Self*), proto lze očekávat statisticky významné korelace. Autoři diskutují o dalších možných vysvětleních těsného vztahu mezi *Self* a *Interpersonálním fungováním* – toto by mohlo poukazovat na limity testování, čímž

---

<sup>13</sup> Intraclass correlation coefficient

je myšlena tendence examinátorů k hodnocení pacienta ve shodě s předchozími skóry, nebo tendence odborníků řídit se především svojí komplexní představou o funkčních schopnostech respondenta bez diskriminace schopností podle jednotlivých domén *Self* a *Interpersonálního fungování*, a tím i hodnotit respondenta v různých doménách víceméně shodnými skóry. S ohledem na již zmíněné limity rozhovoru existují důkazy, které svědčí pro diskriminační validitu STiP-5.1 u výše zmíněných domén. Autoři poukazují na nutnost dalšího zkoumání jednotlivých oblastí STiP-5.1 a jejich vzájemných vztahů. Na závěr přináší do diskuze velice relevantní otázku, která zmiňuje především omezení strukturovaného rozhovoru jako diagnostického nástroje pro poruchy osobnosti. Diskutují o tom, zda by nebylo vhodné při vedení diagnostického rozhovoru brát v potaz informace získané z pozorování pacienta, aby odborník nemusel dělat závěry o stavu pacienta pouze na základě jeho vlastních výpovědí. Taková modifikace by ale pochopitelně vnesla mnohem vyšší požadavky na kvalifikaci odborníků provádějících diagnostiku.

## **4.2 Sebeposuzovací dotazník**

Sebeposuzovací dotazníky jsou vedle strukturovaných rozhovorů druhou hlavní reliabilní metodou při diagnostice poruch osobnosti (Wiggins, 1973 in Widiger & Frances, 1987). Jsou časově nenáročné, snadno se vyhodnocují a mají dobré psychometrické vlastnosti (Huprich et al., 2011).

Dotazníky většinou prochází opakovaným testováním na velkých vzorcích respondentů, během kterého se otázky postupně třídí a upravují; také obsahují větší množství položek, které se vztahují k jednotlivým konceptům, což umožňuje pečlivější měření daného konceptu (Samuel et al., 2011).

Mezi sebeposuzovací dotazníky patří např. Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R, Cloninger et al., 1993), Personality Assessment Inventory (PAI, Morey, 2014), Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008) a mnoho dalších. Pro posouzení úrovně funkčních schopností osobnosti (kritérium A dle AMPO) byly vypracovány dotazníky Level of Personality Functioning Scale – Self Report (LPFS-SR, Morey, 2017) a Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0, Weekers et al., 2019); pro operacionalizaci kritéria B dle AMPO (zjišťování

patologických osobnostních rysů osobnosti) byl vypracován inventář Personality Inventory for DSM-5 (PID-5).

LPFS-SR se snaží o přesné zachycení diagnostických kritérií úrovní funkční schopnosti osobnosti, jak jsou představeny manuálem AMPO (Morey, 2017). Obsahuje 80 položek, které jsou hodnoceny na čtyřbodové škále. Každé diagnostické kritérium je představeno jednou nebo dvěma položkami dotazníku. Výsledky evaluační studie prokázaly vysokou vnitřní konzistenci a test-retestovou reliabilitu LPFS-SR (Hopwood et al., 2018).

#### **4.2.1 Škála funkčních schopností osobnosti – krátká verze (LPFS-BF 2.0)**

Daná podkapitola se věnuje teoretickému zázemí LPFS-BF 2.0; podrobnější struktura dotazníku, administrace a jeho způsob vyhodnocení budou popsány v empirické části práce.

LPFS-BF byl vyvinut Hutsebautem a kolegy (2016b) jako screeningová metoda posouzení úrovní funkčních schopností osobnosti na základě alternativního modelu pro poruchy osobnosti. Není jediným sebesposuzovacím nástrojem, který operacionalizuje kritérium A dle DSM-5: např. výše popsáný dotazník LPFS-SR (Morey, 2017) poskytuje poměrně detailní rozbor jednotlivých dimenzí funkčních schopností osobnosti. Na rozdíl od toho, LPFS-BF by měl poskytnout pacientům krátký a uživatelsky jednoduchý nástroj k tomu, aby sami dokázali vyhodnotit, zda se jejich problémy vztahují k osobnostní dysfunkci, a případně vyhledali odpovídající specializovanou péči (Hutsebaut et al., 2016b). LPFS-BF obsahuje celkem 12 položek, které zastupují 12 facet LPFS (jednotlivá kritéria LPFS byly popsány v kapitole 3.4). Jako příklad bude uvedena operacionalizace první facety „*pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními*“ – tomu odpovídající první položka v LPFS-BF zní „*Často nevím, kdo ve skutečnosti jsem*“. Položky jsou hodnoceny výběrem mezi možnostmi ano-ne. Daný dotazník byl shledán jako validní s dostatečnou vnitřní konzistencí ( $\alpha = 0,69$  pro celkovou škálu;  $\alpha = 0,57$  pro škálu *Self*;  $\alpha = 0,65$  pro škálu *Interpersonální fungování*) (Hutsebaut et al., 2016b).

Vzhledem k tomu, že LPFS-BF prokázal akceptovatelné psychometrické vlastnosti, nizozemská pracovní skupina de Viersprong institutu pro poruchy osobnosti revidovala

existující verzi dotazníku LPFS-BF a představila verzi LPFS-BF 2.0 (Weekers et al., 2019). Revidovaná verze obsahuje devět zachovaných a tři nově formulované položky; položky jsou nově hodnoceny na čtyřbodové škále, kde 0 je *nepravdivé* a 3 je *velmi pravdivé*. Jejich cílem bylo také přetvořit pouhou screeningovou metodu v citlivý nástroj identifikace změny ve funkčních schopnostech osobnosti během léčebného procesu, pro včasnou úpravu léčebného plánu, který by více odpovídal potřebám pacientů. Daný dotazník by měl také odpovídat diagnostickým kritériím MKN-11, samozřejmostí je kompatibilita s AMPO.

Jedním z diskutabilních bodů, který tvůrci dotazníku zohlednili (Bach & Hutsebaut, 2018; Hutsebaut et al., 2016b; Weekers et al., 2019), je dimenzionalita konstrukt LPFS. Původně DSM-5 pojímá LPFS jako jednodimenzionální konstrukt, avšak názory odborníků na toto téma jsou nejednotné. Morey (2017) zastává názor, že oblast funkčních schopností osobnosti je vskutku jednodimenzionální, zatímco Zimmerman et al. (2015) dospěli k názoru, že LPFS je konceptualizován jako dvoufaktorový model (s rozdělením na faktory *Self* a *Interpersonální fungování*). Bastiaansen et al. (2013) objevili celkem čtyři faktory (sebeovládání, integrace identity, interpersonální fungování a odpovědnost). Dvoufaktorovost modelu LPFS byla opakovaně potvrzena autory dotazníku LPFS-BF a revidované verze LPFS-BF 2.0 (Bach & Hutsebaut, 2018; Hutsebaut et al., 2016b; Weekers et al., 2019).

Validizace LPFS-BF 2.0 (Weekers et al., 2019) se zúčastnilo 201 pacientů de Viersprong institutu pro poruchy osobnosti. Většina pacientů (90,7 %) splňovala kritéria pro alespoň jednu poruchu osobnosti. Pro ošetření citlivosti LPFS-BF 2.0 ke změně osobnostní patologie během procesu léčby byl dotazník vyplněn druhou skupinou 47 pacientů před vstupem do léčebného programu, pouze 39 z těchto pacientů vyplnilo dotazník na konci programu, po třech měsících léčení. První skupina (N = 201) absolvovala navíc rozhovory SCID-I a SCID-II, byly také administrovány sebesuzovací dotazníky BSI (pro vyhodnocení závažností potíží jako je somatizace, deprese, úzkost apod.) a SIPP-SF (pro vyhodnocení osobnostního fungování).

Byla provedena konfirmační faktorová analýza pro ověření počtu faktorů konstrukt LPFS (Weekers et al., 2019). Faktorová analýza ukázala dvoufaktorové řešení; byla

identifikována problematická položka č. 11 (je zařazena do oblasti Interpersonální), která sytí faktor Self. Tato zjištění jsou kompatibilní s výsledky studie Bacha a Hutsebauta (2018). LPFS-BF 2.0 prokázal vysokou vnitřní konzistenci ( $\alpha = 0,89$  pro celou škálu;  $\alpha = 0,86$  pro škálu *Self*;  $\alpha = 0,80$  pro škálu *Interpersonální*) (Bach & Hutsebaut, 2018). Studie Weekers et al. (2019) nachází mírnou korelaci mezi škálou Self a Interpersonální ( $r = 0,44$ ), studie Bacha a Hutsebauta (2018) přináší uspokojivější korelace, která se blíží 0,7.

Dále dle výsledků Weekers et al. (2019) vykazovaly obě škály LPFS-BF 2.0 pozitivní korelace s obdobnými konstrukty dotazníku SIPP-SF (pro měření závažnosti osobnostní patologie), čímž se prokázala konstrukční validita dotazníku. Studie Bacha a Hutsebauta (2018) navíc tvrdí, že oblasti *Self* a *Interpersonální fungování* stejnou mírou přispívají závažnosti osobnostní patologie.

Dalším zajímavým výstupem studie Bacha a Hutsebauta (2018) jsou významné asociace mezi celkovou závažností osobnostní patologie měřenou LPFS-BF 2.0 a závažností patologie, kterou lze soudit z celkového skóre dotazníku PID-5 pro patologické osobnostní rysy; ukazuje se, že koncept funkčních schopností osobnosti (kritérium A v DSM-5) a patologických osobnostních rysů (kritérium B v DSM-5) nejsou distinktivně oddělené konstrukty; navíc, závažnost narušení funkčních schopností osobnosti může být pojata skrze vliv dysfunkčních osobnostních rysů na psychosociální fungování (Olajide et al., 2017). Výsledně se oba nástroje LPFS-BF 2.0 a PID-5 vzájemně doplňují a mohou těžit z vlastních specifíků při zachycení patologie osobnosti (Bach & Hutsebaut, 2018).

V neposlední řadě se LPFS-BF 2.0 také ověřil jako citlivý ke změně stavu pacientů po tříměsíčním léčení (Weekers et al., 2019).

V České republice byla provedena pilotní studie české verze LPFS-BF a LPFS-BF 2.0 (Minarčíková et al., 2019). Obě verze byly přeloženy z anglického do českého jazyka, následně byla provedena psychometrická analýza obou verzí dotazníku na celkovém souboru běžné populace ( $N = 440$ ) a na souboru pacientů ( $N = 48$ ). Výsledně psychometrické vlastnosti dotazníku jsou uspokojivé, vnitřní konzistence se blíží výsledkům Bacha a Hutsebauta (2018), především v souboru běžné populace (Minarčíková

et al., 2019). Faktorová analýza ukázala nedokonalost položky č. 6 a potvrdila nepřesnost položky č. 11 (ve shodě s výzkumem Bacha a Hutsebauta (2018)). Studie potvrzuje diskriminační schopnost LPFS-BF 2.0 odlišování mezi běžnou a klinickou populací (Minarčíková et al., 2019).

### **4.3 Specifika použití strukturovaného rozhovoru a sebeposuzovacího dotazníku u poruch osobnosti**

Cílem této diplomové práce je porovnat využití strukturovaného rozhovoru STiP-5 a sebeposuzovacího dotazníku LPFS-BF 2.0 pro diagnostiku funkčních schopností osobnosti, proto bude v této kapitole uveden přehled již existujících studií na dané téma. Dále se bude kapitola věnovat specifikům sebeposouzení u lidí s diagnostikovanou poruchou osobnosti.

Schopnost sebereflexe a posouzení vlastních osobnostních charakteristik u lidí s poruchami osobnosti je v akademické sféře a klinické praxi dlouhodobě zpochybňována (např. Stanton et al., 2019). Je prokázáno, že pacienti s těžším průběhem poruchy osobnosti mají potíže se sebereflexí, a jejich výpovědi jsou do jisté míry neúplné nebo málo pravdivé (např. Carnovale et al., 2019). Ganellen (2007) shrnuje problematiku sebeposouzení u lidí s PO do čtyř bodů: 1) diskutabilní schopnost lidí s poruchami osobnosti přesně popisovat své osobnostní charakteristiky, 2) záměrné pokusy lidí s poruchami osobnosti o zkreslení sebeobrazu a sebe prezentace, 3) pouze mírná shoda mezi sebeposouzením respondenta a posouzením informantů, 4) omezená schopnost sebereflexe, zejména co se týče vzhledu do problematických vzorců chování nebo interpersonálního fungování.

Existovalo poměrně málo studií zabývajících se otázkou schopnosti sebereflexe u lidí s PO. Omezená schopnost sebereflexe je považována za charakteristickou pro populaci s poruchami osobnosti, a vyskytuje se u této populace častěji než u populace s jinou psychiatrickou diagnózou (Krueger, 2005). Když vezmeme v potaz, že sebeposuzovací metody jsou rozšířeným diagnostickým nástrojem pro poruchy osobnosti, je poté absence výzkumných studií na toto téma poměrně překvapující. Např. Bornstein (2003) uvádí, že až 80 % výzkumných studií zaměřených na poruchy osobnosti využívají sebeposuzovací metody, proto by se dalo očekávat, že otázka kvality sebeposouzení u lidí s poruchou

osobnosti bude v centru výzkumného zájmu. V posledních letech toto téma začalo konečně přitahovat pozornost výzkumníků, a nedávné studie skutečně ukazují, že lidé s poruchami osobnosti mají větší vhléd do vlastních osobnostních vlastností a větší míru introspekce, než bylo původně předpokládáno (např. Samuel et al., 2018). Ve své studii Samuel et al. (2018) zjistili, že pacienti s poruchami osobnosti dosahovali vyšších skóre v PID-5 při sebehodnocení vlastních patologických rysů v porovnání s výsledky, hodnocení patologických osobnostních rysů jejich terapeuty. Toto zjištění považují autoři studie za důkaz dostatečné schopnosti sebereflexe lidí s poruchami osobnosti.

Stanton et al. (2019) upozorňují na to, že se schopnost respondenta sebesouzvat různé oblasti vlastní osobnosti může lišit. Například respondenti s poruchami osobnosti mohou spolehlivě referovat o subjektivních a emocionálních prožitcích, tato oblast je naopak obtížně hodnocena informanty nebo odborníky. Na toto poukazuje řada dalších výzkumů (např. Hopwood et al., 2008), ve kterých se prokázala malá shoda mezi posouzením klinických odborníků a sebesouzením respondentů v oblasti emočního prožívání, zejména v případě využití nestrukturovaných diagnostických metod nebo diagnostiky založené na poměrně krátkém evaluačním sezení.

Je samozřejmostí, že se sebesouzovací dotazníky a strukturované rozhovory, které využívají pouze výpovědi respondentů, musí spoléhat na podání pravdivých informací respondentů o jejich vzorcích myšlení, emocionálních reakcí a způsobech chování. Jak již ale bylo zmíněno, respondenti ne vždy vypovídají pravdivě a dle vlastního nejlepšího vědomí a svědomí. Ganellen (2007) diskutuje o možném vědomém či nevědomém udávání zkresleného sebeobrazu respondentů s poruchou osobnosti při sebesouzení nebo při odpovídání na otázky administrátora hned z několika důvodů. Například, je udáváno, že respondenti s antisociální poruchou osobnosti mohou při klinickém rozhovoru podávat zavádějící informace pouze pro své vlastní potěšení a uspokojení (Widiger et al., 1995 in Ganellen, 2007). Nelze opomenout ani snahu respondenta k vytváření společensky přijatelného a přitažlivého sebeobrazu, která je do jisté míry charakteristická i pro zdravou populaci. Respondent s poruchou osobnosti si může být vědom vlastních maladaptivních rysů nebo narušení ve fungování vlastní osobnosti, zároveň si ale uvědomuje, že vyslovené přihlášení se k té či oné „neatraktivní“ vlastnosti během rozhovoru přispěje k tomu, aby

odborník jeho osobu jako “neatraktivní” vnímal. Ganellen (2007) se tomu oprávněně ptá, kolik lidí by chtělo sebe samé popsat v termínech jako „emocionálně plochý“ nebo „neempatický“, i kdyby si v duchu přiznávali, že jim takové charakteristiky nejsou cizí. Většina sebesuzovacích dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů používá ne pouze jednu, ale několik otázek, které cílí na stejnou vlastnost; dále je využíváno parafrázování stejné otázky různými pojmy. Navíc má odborník během polostrukturovaného rozhovoru možnost pozorovat respondenta během jeho odpovídání na otázky, a vzít v úvahu dojmy z pozorování při hodnocení respondenta (a to samozřejmě i ve chvíli, kdy polostrukturovaný dotazník nezahrnuje zvláštní kategorii “pozorování” u hodnocení).

Dalším omezením při hodnocení vlastní osoby i při upřímné snaze respondenta odpovídat pravdivě může být přítomnost nevědomých obranných mechanismů, které zkreslují povědomí respondenta o vlastních charakteristikách a způsobech chování, například o vlivu jeho chování na ostatní (Ganellen, 2007). Taková absence vhledu do charakteristik vlastní osoby může vést ke zkreslenému hodnocení respondenta pomocí dotazníku nebo polostrukturovaného rozhovoru, ale to může být korigováno při zapojení informantů z blízkého okolí respondenta při jeho vyšetření.

Nelze opomenout, že na sebesouzení má vliv také nálada. Studie provedená Santorem et al. (1997) ukázala, že výsledky respondentů v metodě NEO-PI-R se lišily až o jednu směrodatnou odchylku v závislosti na přítomnosti deprese u respondenta v okamžik měření. Huprich et al. (2011) také zmiňují, že i běžné změny nálady (tím je myšleno, že není přítomná diagnostikovaná deprese nebo úzkostný stav) mohou ovlivňovat způsob, jakým jsou respondenti ochotni či schopni popisovat vlastní osobnost v daný okamžik. Například je známo, že má člověk tendence dělat zobecňující úsudky o tom, jak je celkově šťastný nebo spokojený v životě s ohledem na momentální náladu (Schwarz & Clore, 1983 in Huprich, 2011).

Existuje jen málo studií, které se zabývají konvergentní validitou sebesuzovací diagnostické metody a strukturovaného rozhovoru pro alternativní model poruch osobnosti.

Kritériu A dle AMPO se obecně ve výzkumu zatím nedostává příliš pozornosti, dle Zimmermana et al. (2019) 85 % publikovaných studií pracuje s konceptem patologických

rysů osobností (kritérium B), pouze 15 % studií zkoumá koncept funkčních schopností osobnosti (kritérium A).

Kvůli absenci relevantních literárních zdrojů zaměřujících se na zkoumání sebeposouzení ve vztahu k posouzení u funkčních schopností osobnosti, bude dále uvedeno několik výzkumů, které pracují s pětifaktorovým modelem osobnosti. Jak již bylo zmíněno výše, dalo by se říct, že kritérium B dle AMPO je maladaptivní verzí pěti dimenzí pětifaktorového modelu osobnosti. Autorka této diplomové práce si je vědoma možných omezení a rozdílů při sebeposouzení a posouzení u pacientů s poruchou osobnosti v závislosti na tom, zda se studie zaměřuje na kritérium A nebo kritérium B dle AMPO, ale pro nedostatek literárních zdrojů pro kritérium A zde budou uvedeny existující výzkumné studie na příbuzné téma.

Ve své studii Miller et al. (2005) předložili respondentům sebeposuzovací dotazník NEO PI-R a následně provedli polostrukturovaný rozhovor SIFFM (Trull & Widiger, 1997). Obě metody zkoumají dimenze pětifaktorového modelu osobnosti. Dle výsledků studie metody významně korelují mezi sebou a obě mohou být úspěšně použité pro konceptualizaci poruchy osobnosti. Vzhledem k tomu, že se obě metody prokázaly jako kvalitní, odborník má možnost zvolit si diagnostickou metodu dle svého úsudku (např. vzhledem k časové náročnosti polostrukturovaného rozhovoru lze použít pouze dotazník NEO PI-R) (Miller et al., 2005). Novější studie Helle et al. (2017) porovnávala NEO PI-R, SIFFM a PID-5. U všech pěti dimenzí byla nalezena pozitivní korelace mezi sebeposuzovacím dotazníkem NEO PI-R a polostrukturovaným rozhovorem SIFFM, korelace se pohybovaly v rozmezí 0,58 (pro neuroticismus) až 0,83 (pro extraverci). Dále se prokázaly silné vztahy mezi pětifaktorovým modelem osobnosti měřeným NEO PI-R a SIFFM a sebeposuzovacím dotazníkem pro měření patologických osobnostních rysů dle AMPO PID-5.

Podle Weekers et al. (2020) nejsou dosud žádné výzkumy, které by zkoumali konvergentní validitu u sebeposuzovacího dotazníku a strukturovaného rozhovoru pro diagnostiku funkčních schopností osobnosti a patologických rysů osobnosti (tzn. kritérium A dle AMPO) Navíc, většina studií se spoléhá na údaje získané od pacienta jako na jediný zdroj informací.

Studie Weekers et al. (2020) proto představuje koncept komplexní diagnostiky poruch osobnosti, která by brala v potaz nejen informace získané od pacienta samotného, ale samozřejmě by byl také diagnostický rozhovor s odborníkem a použití dat získaných od informantů (blízkých osob pacienta). Nabízí tak multi-informativní a multi-metodický (*multi-informant multi-method*) přístup k diagnostice PO. Při komplexní diagnostice nabízí autoři použití strukturovaných rozhovorů STiP 5.1, SCID-AMPD-II<sup>14</sup> a sebeposuzovacích dotazníků LPFS-BF 2.0, DLOPFQ<sup>15</sup> (Huprich et al., 2018), PID-5. Po administraci zmíněných nástrojů má odborník dostatečné množství informací k vytvoření komplexního profilu osobnosti a k vyhodnocení případné míry poruchy osobnosti. Následuje seznámení pacienta s výsledky vyšetření, přičemž vzhledem k natolik rozsáhlé diagnostice může odborník volit takovou formu prezentace, při které nejdříve sdělí pacientovi údaje, které jsou vnitřně přijatelné pro pacienta a na kterých se odborník, informant a pacient shodli. Až poté v citlivé formě nabízí interpretaci narušení funkčních schopností nebo patologických rysů, které vyvstaly z odborného posouzení nebo při hodnocení pacienta blízkou osobou, ale tyto charakteristiky nejsou zároveň součástí sebeobrazu pacienta, tzn. sám pacient nehodnotil tyto oblasti jako narušené. Právě pro tento účel je pozoruhodná nikoliv pouze shoda informací mezi odborníkem, pacientem a informantem, ale také jejich divergence. Tato studie nám přináší i první analýzu konvergentní validity strukturovaného rozhovoru a sebeposuzovacího dotazníku, a to jak pro úroveň funkčních schopností osobnosti měřenou STiP 5.1 a LPFS-BF 2.0, tak pro patologické rysy měřené SCID-AMPD-II a PID-5. Shoda mezi výsledky STiP 5.1 a LPFS-BF 2.0 byla shledána ve všech oblastech; některé patologické rysy byly ale hodnoceny odborníkem jako výraznější (např. grandiozita).

---

<sup>14</sup> Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders – Alternative Model of Personality Disorders, Module II.

<sup>15</sup> DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale.

## 5 Cíl výzkumu a výzkumné předpoklady

Cílem této diplomové práce je porovnat výsledky získané použitím sebeposuzovacího dotazníku LPFS-BF 2.0 a strukturovaného rozhovoru STiP 5.1. Oba diagnostické nástroje byly vytvořené k měření úrovně funkčních schopností osobnosti dle alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti, proto lze předpokládat, že míra narušení funkčních schopností osobnosti dle AMPO zjištěná jednou metodou bude statisticky významně korelovat s výsledky získané druhou metodou. Tudíž na základě literární rešerše předpokládáme, že budou nalezeny pozitivní korelace mezi polostrukturovaným rozhovorem a sebeposuzovací metodou. Dále je snahou zjistit diferenciační schopnost obou metod, tzn. schopnost metod odlišit klinickou populaci od populace zdravé. Na základě těchto zjištění je možné zhodnotit užitečnost těchto nově vzniklých a málo prozkoumaných metod pro klinickou praxi.

Výzkumnou otázkou je, zda se výsledky vybraných diagnostických metod pro kritérium A podle alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti shodují. Tím je myšleno to, zda obě metody měří stejnou úroveň funkčních schopností osobnosti, a to napříč jednotlivými facetami úrovně funkčních schopností osobnosti. Další výzkumnou otázkou je, zda oba nástroje dostatečně spolehlivě diferencují mezi klinickou a zdravou populací, tedy, zda klinická populace s diagnostikovanou poruchou osobnosti bude dosahovat vyšších hodnot v obou metodách než populace zdravá.

## 6 Metody

### 6.1 Design výzkumu

Výzkum probíhal od ledna 2019 do června 2020 v Národním ústavu duševního zdraví a na University of New York in Prague. Sběr dat byl součástí grantového projektu *Cizinec jako symbol jinakosti – jak osobnost ovlivňuje naše postoje* podpořeného Grantovou agenturou České republiky reg. č. 19-10057S. Data jsou majetkem Národního ústavu duševního zdraví. Bez písemného souhlasu autorů projektu nesmějí být data dále kopírována, publikována ani jinak využívána.

Tento projekt se zabývá vztahem mezi fungováním osobnosti a postoji k cizím lidem, menšinám a migrantům. V rámci projektu byla provedena podrobná vyšetření osobnosti se zaměřením na identitu, empatii, sebeřízení a intimitu. Výzkumná baterie obsahovala dotazníky zaměřené na postoje k menšinám (např. Modern Racism Scale (McConahay, 1986)), identitu (např. Ego Identity Scale (Tan et al., 1977)), osobnost (např. BFI-44 (Hřebíčková et al., 1999)) a morálku (např. Morale Disengagementemnt Scale (Moore et al., 2012)). Součástí baterie byly také dotazníky Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck et al., 1988; Kamarádová et al., 2016), Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1996; Ptáček et al., 2016) a Eysenck Personality Questionnaire-R (EPQ-R, Eysenck & Eysenck, 1991; Smékal, 1993) (vybrána byla pouze škála neuroticismus). Samozřejmostí byla administrace rozhovoru STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0. Výzkumný soubor samotného projektu byl tvořen pěti skupinami – běžná populace, klinický soubor s poruchami osobnosti, respondenti s vysokou hladinou neuroticismu, xenofilní a xenofobní populace. Pro účely dané práce byla použita data běžné populace a klinického souboru s poruchami osobnosti.

Setkání s jedním respondentem trvalo v průměru dvě hodiny. Na začátku byl absolvován rozhovor STiP-5.1, poté byla respondentovi předložena dotazníková baterie.

Účast ve výzkumu byla dobrovolná, účastníci byli obeznámeni s cílem samotného projektu, průběhem vyšetření, důvěrností a anonymizací dat. Součástí bylo samozřejmě i podepsání informovaného souhlasu. Účast ve výzkumu byla odměněna finanční částkou 600 Kč.

Výběr respondentů byl proveden pomocí inzerce projektu na sociálních sítích, někteří respondenti byli osloveni výzkumníky přímo v Národním ústavu duševního zdraví, kde probíhala jejich léčba. Podmínkou pro účast ve výzkumu pro respondenty z klinické populace byla přítomnost diagnostikované poruchy osobnosti (jednalo se o jakýkoliv typ poruchy osobnosti dle MKN-10, pro účely výzkumu nebyla bližší diferenciací typů poruch osobnosti podstatná).

## 6.2 Výzkumný soubor

Celkový výzkumný soubor je tvořen 60 respondenty. Klinický výzkumný soubor tvoří 30 respondentů s diagnostikovanou poruchou osobnosti, v průměrném věku 33,4 let (SD = 10,27; rozptyl 20-50). Ženy tvoří 63,3 % souboru (N=19), muži tvoří 36,7 % souboru (N = 11). Všichni respondenti byli české národnosti. Většina respondentů byla v době výzkumu svobodná (N = 23, 76,7 %), dva respondenti byli v manželském svazku (6,7 %), pět respondentů bylo rozvedených (16,7 %). Většina respondentů měla dokončené středoškolské vzdělání s maturitou (N = 16; 53,3 %), další početnou skupinu tvoří sedm respondentů (20 %) s magisterským nebo inženýrským titulem, čtyři respondenti (13,3 %) dokončili základní vzdělání, dva respondenti (6,7 %) dosáhli středoškolského vzdělání bez maturity a dva respondenti (6,7 %) měli bakalářský stupeň vysokoškolského vzdělání. 21 respondentů (70 %) bylo v zaměstnaneckém poměru (včetně zaměstnání formou brigády) nebo osobami samostatně výdělečně činnými, osm respondentů (26,7 %) pobíralo invalidní důchod, jedna osoba (3,3 %) byla nezaměstnaná. Z celkového klinického souboru měla většina respondentů (N = 15; 50 %) diagnostikovanou emočně nestabilní poruchu osobnosti (F 60.3), pět respondentů (16,6 %) mělo diagnostikovanou jinou specifickou poruchu osobnosti (F 60.8), čtyři respondenti (13,3 %) měli stanovenou diagnózu Smíšené a jiné poruchy osobnosti (F 61), dva respondenti (6,6 %) měli diagnostikovanou histrionskou poruchu osobnosti (F 60.4), jeden respondent měl stanovenou disociální poruchu osobnosti (F 60.2), jeden anankastickou poruchu osobnosti (F 60.5), jeden vyhýbavou poruchu osobnosti (F 60.6) a jeden závislou poruchu osobnosti (F 60.7).

Výzkumný soubor běžné populace je tvořen 30 respondenty s průměrným věkem 34,4 let (SD = 12,9; rozptyl 20-67). Ženy tvoří 63,3 % souboru (N = 19), muži tvoří 36,7 % souboru (N = 11). Všichni respondenti byli české národnosti. Většina respondentů

byla svobodná (N = 20; 66,7 %), čtyři respondenti (13,3 %) byli v manželském svazku, šest respondentů (20 %) bylo rozvedených. Co se týče vzdělání, více než polovina respondentů měla dokončené středoškolské vzdělání s maturitou (N = 16; 53,3 %), stejné skupiny tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním bakalářského a magisterského stupně (N = 5; 16,7 % pro každou skupinu), tři respondenti (10 %) dokončili středoškolské vzdělání bez maturity a jeden respondent (3,3 %) měl vyšší odborné vzdělání. Většina respondentů (N=29; 96,7 %) byla v zaměstnaneckém poměru (včetně zaměstnání formou brigády) nebo pracovala jako osoby výdělečně činné, jeden respondent (3,3 %) byl nezaměstnaný.

Výzkumné skupiny jsou dostatečně vyvážené z hlediska pohlaví, věku, vzdělání a zaměstnání.

Skupiny se lišily v míře neuroticismu a depresivity zjištěnými výše zmíněnými dotazníky BAI, BDI a EPQ-R. Klinická populace vykazovala mnohem vyšší míru úzkostnosti a depresivity, u běžné populace vyšší míra těchto rysů byla vylučovacím kritériem pro zařazení do této skupiny. Údaje pro klinickou populaci jsou následující: průměrný skóre BAI je 21,6 (rozptyl 0-63); SD = 1,7, průměrný skóre BDI je 24,3 (rozptyl 0-63); SD = 2, průměrný skóre EPQ-R je 19,1 (rozptyl 0-24); SD = 0,6. Údaje pro běžnou populaci jsou následující: průměrný skóre BAI je 5,4; SD = 0,8, průměrný skóre BDI je 5,1; SD = 0,8, průměrný skóre EPQ-R je 5,6; SD = 0,7.

## 6.3 Použité nástroje

### 6.3.1 Škála funkčních schopností osobnosti – krátká verze (LBFS-BF 2.0)

Vznik dotazníku Škála funkčních schopností osobnosti – krátká verze (LPFS-BF 2.0) a jeho psychometrické charakteristiky byly podrobněji popsány v teoretické části práce. Dotazník obsahuje 12 položek, které byly konstruovány autory takovým způsobem, aby jedna položka odpovídala jedné dimenzi škály funkčních schopností osobnosti dle AMPO. První tři položky tak zkoumají *Identitu*, další tři tvrzení zahrnují *Sebeřízení*, následující tři otázky pojímají *Empatii*, poslední tři položky se vztahují k *Intimitě*. Dále je možné shlukovat položky do větších tematických skupin, kterými jsou *Self* (položky 1. až 6.) a

*Interpersonální fungování* (položky 6. až 12.). Při vyhodnocení dotazníku se vypočítávají souhrnné body pro škály *Self* a *Interpersonální fungování* a celkový počet bodů.

Každé tvrzení je hodnoceno na čtyřbodové stupnici od 0 do 3, kde 0 je *nepravdivé* tvrzení a 3 je *velmi pravdivé* tvrzení. Skóry jednotlivých položek se sčítají. Respondent může získat maximálně 18 bodů zvláště pro škály *Self* a *Interpersonální fungování*, tedy nejvýše 36 bodů pro celou škálu funkčních schopností osobnosti. Tento dotazník nebyl dosud standardizován, jelikož se jedná o velmi novou metodu, a nebyly zatím vytvořeny psychometrické normy pro zahraniční a českou populaci. Pravidlem je, že čím vyšší výsledný skóre respondent získá, tím závažnější je narušení funkčních schopností osobnosti. Metoda je časově velmi nenáročná.

### **6.3.2 Polostrukturovaný rozhovor pro funkční schopnosti osobnosti (STiP-5.1)**

Vznik dané metody a její psychometrické charakteristiky byly podrobněji popsány v teoretické části práce.

Rozhovor STiP-5.1 je uveden slovy: „*Tento rozhovor je o vás 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...*“. Autoři rozhovoru sepsali manuál k rozhovoru (Hutsebaut et al., 2016a), ve kterém vysvětlují, jakým způsobem má administrátor přistupovat k vedení samotného rozhovoru a jak by měl uvažovat při hodnocení jednotlivých oblastí. Cílem rozhovoru je zachytit především současné fungování osobnosti v běžném životě, proto se otázky vztahují k životním událostem nedávné doby (v rámci posledních týdnů nebo posledního měsíce). Pro lepší vzhled administrátora do osobnostního fungování respondenta je klíčové neustále žádat o konkrétní příklady, které výpovědi respondenta ilustrují.

Rozhovor je členěn do 12 oblastí odpovídajících úrovním funkčních schopností osobnosti dle AMPO. Jednotlivé oblasti rozhovoru jsou zobrazeny v tabulce 1.

**Tabulka 1 - Struktura STiP-5.1**

		1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými
--	--	---

SELF	IDENTITA	hranicemi mezi sebou a ostatními
		1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení
		1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků
	SEBEŘÍZENÍ	2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle
		2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování
		2.3 Schopnost produktivní sebereflexe
INTERPERSONÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	EMPATIE	3.1 Porozumění a ocenění zkušeností a motivací druhých
		3.2 Tolerance různých perspektiv
		3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé
	INTIMITA	4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními
		4.2 Schopnost blízkosti a touha po ní
		4.3 Vzájemná úcta odrážející se v interpersonálním chování

Počet otázek se v jednotlivých oddílech liší, např. kapitola 1.3 Emoce obsahuje 4 otázky (*Jaké emoce běžně zažíváte? Jak intenzivní dokážete být emoce, které zažíváte? Mají vaše emoce vždy jasný důvod? Jak dobře zvládáte tyto intenzivní emoce?*), zatímco kapitola 2.3 Sebereflexe obsahuje pouze jednu otázku (*Jak dobrý/dobrá jste, zpravidla, v porozumění tomu, co se ve vás děje: co si myslíte, co cítíte a co chcete?*). V doplnění k hlavním otázkám, které by v rozhovoru měly zaznít obligatorně, manuál obsahuje řadu *pomocných otázek*, jejichž administrování je volitelné (např. pomocná otázka vztahující se k první otázce v kapitole 1.3 zní: *Pociťujete také pocity smutku, hněvu, strachu a štěstí?*). Odborník využívá pomocných otázek v případě, že odpověď respondenta na hlavní otázku byla neúplná nebo nejasná, a není možné na základě této výpovědi spolehlivě přiřadit příslušné skóre. Pokud má odborník pochyby o hodnocení dané oblasti i po využití pomocných otázek, je možné položit tzv. *zkušební otázku*, kdy je respondentovi předložena

volba mezi dvěma extrémními tvrzeními, které se vztahují k různým úrovním funkčních schopností osobnosti (např. jedno tvrzení ve směru úrovně 0 a druhé tvrzení ve směru úrovně 3). Administrátor proto disponuje poměrně širokou nabídkou otázek, které pro rozhovor slouží jako opora a inspirace.

Každá oblast je nakonec vysvětlena skrze vlastnosti příslušných aspektů fungování osobnosti, které by měly být brány v potaz při vyhodnocování. Díky tomu má administrátor strukturovaný výčet klíčových aspektů dané oblasti, kterým by měl především porozumět pro přisouzení příslušného skóre. Např. v kapitole 1.3 se jedná především o získání těchto informací: *Jaký je rozsah zažívaných emocí? Jaká je intenzita zažívaných emocí? Jak moc odpovídají emoce vnitřní nebo vnější příčině či kontextu? Jak dobře mohou být emoce regulovány?* V manuálu k rozhovoru autoři Hutsebaut et al. (2016a) pobízejí administrátora k tomu, aby byl velice dobře obeznámen s teoretickým konceptem funkčních schopností osobnosti a strukturou samotné metody, zejména co se klíčových informací potřebných pro vyhodnocení týče.

Administrátor by měl při kladení otázek používat pojmy pro respondenta srozumitelné (nikoliv příliš odborné). Hutsebaut et al. (2016a) pobízejí administrátora k tomu, aby vedení rozhovoru bylo co nejpřirozenější a nejotevřenější, založené na společném zkoumání osobnosti respondenta. Kvalitní znalost struktury rozhovoru a hluboký vhled do toho, jakých informací se snaží odborník dopátrat, je nezbytné pro plynulé vedení rozhovoru a vyhnutí se pouhému zahlcování respondenta jednotlivými předepsanými otázkami. V průběhu rozhovoru odborník získává čím dál více údajů o fungování jedince, proto v pokročilé fázi rozhovoru může některé otázky opomenout v případě, že respondent již o daných tématech mluvil a lze z toho vyvodit nezbytné údaje. Styl celého rozhovoru by měl připomínat skutečné povídání si o osobnosti respondenta, proto orientace odborníka v diagnostických vodítkách pro stanovení míry narušení funkčních schopností osobnosti umožňuje větší improvizaci při vedení rozhovoru a napomáhá plynulým přechodům mezi jednotlivými otázkami.

Pro každou oblast rozhovoru je uveden popis každé úrovně narušení dané oblasti dle škály úrovní funkčních schopností osobnosti (LPF), přesně tak jak jsou představeny v alternativním modelu pro poruchy osobnosti DSM-5. Např. pro kapitolu 1.3 je popis pro

0 bodů (žádné narušení) následující: *schopnost prožívat, tolerovat a regulovat široký okruh emocí*. Maximální úroveň narušení (4 body) je popsána jako *emoce se neshodují s kontextem, nebo vnitřním prožíváním. Nenávist a agrese jako dominantní afekty, ale mohou být popírány a připisovány druhým. Nebo úplná nepřítomnost emocí, nerozpoznávání emocí*. Výsledné skóry pro každý aspekt se přiřazují až po dokončení celého rozhovoru. Je nicméně nezbytně nutné, aby odborník hodnotil každý aspekt osobnostního fungování jedince zvlášť, oproštěně od informací, které získal při zkoumání dalších oblastí. Kromě skóru pro jednotlivé aspekty, odborník hodnotí souhrnné facet *Self* a *Interpersonální fungování*, také počítá výsledný skór celého rozhovoru, který je ukazatelem míry narušení funkčních schopností osobnosti. Při stanovení příslušného skóre u souhrnných škál je odborník vyzván k tomu, aby vypočítal průměrné skóre jednotlivých facet, jež jsou součástí nadřazených facet *Self/Interpersonální fungování*, přičemž by měl být výsledek zapsán jako celé číslo (výsledek ve formátu „2-3“ nebo „2,5“ není akceptovatelný). Při zhodnocení výsledného skóre celého rozhovoru (faceta Celkem) se postupuje stejným způsobem, průměr je vypočítán ze facet *Self* a *Interpersonální fungování*. Z popisu vyhodnocení rozhovoru je patrné, nakolik velká zodpovědnost je kladena na odborníka při usouzení míry narušení osobnostního fungování jedince, jelikož musí v hraničních a nejasných případech podle nejlepšího vědomí a svědomí rozhodnout, jakou míru narušení funkčních schopností osobnosti by měl definitivně přidělit.

V realizovaném výzkumu se délka rozhovoru s respondenty pohybovala v rozmezí 45–60 minut. Variabilita byla dána tím, nakolik sdílný respondent dokázal být, zda disponoval dostatečnou sebereflexí a zda k ilustraci konkrétní oblasti fungování vlastní osobnosti používal dostatek konkrétních příkladů z každodenního života.

Před administrováním STiP-5.1 Hutsebaut et al. (2016a) doporučují v dané metodě krátký výcvik trvající 6 hodin. Autorka této diplomové práce byla proškolená v administraci metody, několik prvních rozhovorů bylo provedeno pod supervizí výzkumných odborníků působících v projektu zmíněném výše. Z každého vyšetření byl sepsán podrobný záznam strukturovaného rozhovoru s opodstatněním následného vyhodnocení. V komplikovaných případech byla správnost vyhodnocení diskutována s ostatními členy výzkumné skupiny. Kvůli citlivé povaze dat nebyly rozhovory

nahrávány. S výjimkou několika prvních sezení, kdy byl u rozhovorů přítomen jeden supervizor, se rozhovory konaly v soukromí bez přítomnosti třetí osoby na půdě Národního ústavu duševního zdraví a University of New York in Prague. Na začátku rozhovoru bylo respondentům také zdůrazněno, že budou dotazováni na citlivé sféry osobního života, a pokud by se jim některé otázky zdály nevhodné nebo příliš intimní, mají právo neodpovídat na dotazy nebo mohou rozhovor v jakékoliv fázi přerušit.

## 6.4 Zpracování dat

Data byla analyzována kvantitativně pomocí statistického programu IBM SPSS Statistics 23. Před samotnou statistickou analýzou dat byla vytvořena tabulka v programu Microsoft Excel obsahující demografické údaje respondentů označené čísly (pohlaví, nejvyšší dokončené vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, přítomnost psychiatrické hospitalizace v minulosti nebo návštěva psychiatrické ambulance, kód psychiatrické diagnózy dle MKN-10). Dále byly do tabulky vkládány skóry testů STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0 pro každou jednotlivou škálu zvlášť. Pro lepší přehled uvádím tabulku 3 s číslováním jednotlivých škál STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0, jak jsou kódovány v původní tabulce Microsoft Excel. Tato verze číslování bude použita při uvádění výsledků statistické analýzy.

**Tabulka 2 - Číslování facet metod LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1**

1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními	Škála č. 1 – hranice
1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení	Škála č. 2 – sebeúcta
1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků	Škála č. 3 – emoce
2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle	Škála č. 4 – cíle
2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování	Škála č. 5 – standardy
2.3 Schopnost produktivní sebereflexe	Škála č. 6 – sebereflexe

3.1 Porozumění a ocenění zkušeností a motivací druhých	Škála č. 7 – chápání druhých
3.2 Tolerance různých perspektiv	Škála č. 8 – perspektivy
3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé	Škála č. 9 – vliv
4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními	Škála č. 10 – vztahy
4.2 Schopnost a touha po blízkosti	Škála č. 11 – blízkost
4.3 Vzájemná úcta odražená v interpersonálním chování	Škála č. 12 - úcta
SELF – průměr položek 1.-6.	Škála Self
INTERPERSONÁLNÍ FUNGOVÁNÍ – průměr položek 6.-12.	Škála Interpersonální fungování
CELKEM – průměr facet SELF a INTERPERSONÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	Škála Celkem

Skóry testů nevyžadovaly další úpravu a mohly být rovnou použity pro statistickou analýzu.

Pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo zkoumáno normální rozložení dat. Normální rozložení dat nebylo prokázáno ve výsledcích metody STiP-5.1 jak u zdravé, tak u klinické populace, s výjimkou přítomnosti normálního rozložení dat u facety *Sebeúcta* metody STiP-5.1 u klinické populace. Co se týče LPFS-BF 2.0, nepodařilo se také prokázat normální rozložení dat u většiny škál s výjimkou normality dat u souhrnné škály *Self* u klinické populace, poté u souhrnných škál *Interpersonální fungování* a výsledné škály *Celkem*, a to u obou skupin respondentů.

Při statistické analýze dat byly zkoumány korelace mezi skóry sebesuzovacího dotazníku LPFS-BF 2.0 a výsledky strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti STiP-5.1. Korelace byly sledovány jak mezi jednotlivými škálami uvedených diagnostických instrumentů, tak mezi výsledným hodnocením míry narušení funkčních

schopností osobnosti dle každé zmíněné metody. Dále byla sledována schopnost LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 diferencovat mezi zdravou a klinickou populací pomocí neparametrických testů.

## 7 Výsledky kvantitativní analýzy

Normální rozložení nebylo u většiny skóre jednotlivých škál LPFS-BF 2.0 a oblastí STiP-5.1 prokázáno, proto byl zvolen výpočet neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu. V interpretaci síly Spearmanova korelačního koeficientu neexistuje jednotná shoda. Dle Dancey a Reidy (2007) se za silnou korelaci v psychologickém výzkumu považuje koeficient, který nabývá hodnot 0,9 až 0,7; středně silná korelace se pohybuje v rozmezí od 0,6 do 0,4; koeficient od 0,3 do 0,1 můžeme označit za slabou korelaci. V dalším textu bude použita klasifikace síly korelačního koeficientu popsána výše.

Nejdřív byly vypočítány korelační koeficienty mezi škálami sebeposuzovací metody LPFS-BF 2.0 a oblastmi polostrukturovaného dotazníku STiP-5.1 u zdravé populace. Výsledky korelační analýzy znázorňuje tabulka 3. Při porovnání jednotlivých facet se nevyskytly žádné silné korelace, objevují se ale některé středně silné korelace. Nejvýznamnější korelace se prokázaly u facet č. 1 *Identita – hranice* ( $r = 0,536$ ;  $p < 0,01$ ), č. 2 *Identita – sebeúcta* ( $r = 0,533$ ;  $p < 0,01$ ), č. 10 *Intimita – vztahy* ( $r = 0,630$ ;  $p < 0,01$ ) a nakonec u souhrnné facety *Self* ( $r = 0,550$ ;  $p < 0,01$ ). Slabší korelace se ukázaly ve faceti č. 11 *Intimita – blízkost* ( $r = 0,315$ ), dále ve faceti č. 12 *Intimita – úcta* ( $r = 0,360$ ) a nakonec v souhrnné škále *Celkem* ( $r = 0,367$ ,  $p < 0,01$ ). Nepodařilo se prokázat dostatečně významné vzájemné vztahy u řady modalit prezentovaných facetami č. 3, 5, 7, 8, 9, jejich korelační koeficienty se pohybují v rozmezí 0,248 – 0,103. U facet č. 4 a č. 6 se dokonce objevily záporné korelace ( $r = -0,087$ ;  $r = -0,134$ ). Pouze slabší korelace mezi metodami LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 se vyskytla i v dimenzi *Interpersonální fungování* ( $r = 0,258$ ).

**Tabulka 3 - Spearmanův korelační koeficient facet LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 u zdravé populace**

	L 1	L 2	L 3	L 4	L 5	L 6	L 7	L 8	L 9	L 10	L 11	L 12	LS E	L I	LC E
S 1	,536**	,451**	,306	,454*	,498**	,236	,026	-,013	,039	,196	,173	,052	,477**	,126	,421*

<b>S 2</b>	,644 **	,533 **	,495 **	,442 *	,499 **	,404 *	,21 4	,204	,19 1	,083	,421 *	,321	,649 **	,40 7*	,712* *
<b>S 3</b>	,244	,247	,212	,328	,229	,107	,12 7	,122	,20 3	,321	,099	,173	,272	,25 0	,307
<b>S 4</b>	-,072	-,031	,208	-,087	-,122	,028	-,26 5	,282	-,10 5	-,183	,000	,157	,053	-,06 4	,041
<b>S 5</b>	-,092	,131	,185	-,102	,199	-,195	,18 3	,324	,18 5	-,062	,222	,198	,043	,27 1	,172
<b>S 6</b>	,193	-,314	-,249	,150	-,089	-,134	,03 3	-,162	-,03 3	-,167	,094	-,401 *	-,156	-,10 7	-,126
<b>S 7</b>	,016	-,194	-,137	,008	-,131	-,042	,11 0	-,013	,03 9	,196	-,247	-,131	-,167	-,10 3	-,176
<b>S 8</b>	-,300	,010	-,155	-,160	-,342	-,205	-,23 8	,248	-,21 0	,302	-,104	,287	-,207	,05 7	-,118
<b>S 9</b>	-,195	,220	,027	-,215	-,137	,011	-,16 1	,164	,10 3	,228	-,234	,065	-,008	,02 6	-,016
<b>S 10</b>	-,166	,156	,015	-,183	-,059	-,034	-,28 5	,187	-,26 6	,630 **	,133	,453 *	,039	,21 4	,116
<b>S 11</b>	,174	,109	-,095	,279	,283	,059	-,05 5	-,137	-,20 4	,462 *	,315	,210	,193	,18 5	,241
<b>S 12</b>	-,092	,131	,320	-,102	,199	-,195	,15 9	,324	-,14 8	-,062	,339	,360	,130	,29 3	,237
<b>S SE</b>	,682 **	,331	,433 *	,414 *	,550 **	,204	-,05 3	,145	-,03 6	,149	,242	,054	,550 **	,14 1	,524* *
<b>S IN</b>	,276	,207	,111	,285	,236	,097	-,15 5	,247	-,13 7	,523 **	,271	,321	,322	,25 8	,370
<b>SCE</b>	,368 *	,057	,214	,384 *	,356	,069	-,08 0	,187	-,06 6	,259	,272	,245	,338	,20 8	,367*

Poznámka: S 1, 2 ... 12 – facety oblastí osobnostního fungování STiP-5.1; SSE/SIN/SCE – souhrnné facety Self/Interpersonální fungování/Celkem STiP-5.1; L 1, 2 ... 12 – škály oblastí osobnostního fungování LPFS-BF 2.0; LSE/LIN/LCE – souhrnné škály Self/Interpersonální fungování/Celkem LPFS-BF 2.0; \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Následně byly vypočítány korelační koeficienty mezi facetami sebeposuzovací metody LPFS-BF 2.0 a polostrukturovaného dotazníku STiP-5.1 u klinické populace.

Výsledky korelační analýzy znázorňuje tabulka 4. Zde byla prokázána silná korelace pouze u jedné facety *Self* ( $r = 0,731$ ,  $p < 0,01$ ). Středně silné korelace najdeme u více facet než je tomu u souboru běžné populace, a to u škály č. 1 *Identita – hranice* ( $r = 0,661$ ;  $p < 0,01$ ), č. 2 *Identita – sebeúcta* ( $r = 0,698$ ;  $p < 0,01$ ), č. 4 *Sebeřízení – cíle* ( $r = 0,495$ ;  $p < 0,01$ ), č. 7 *Empatie – chápání druhých* ( $r = 0,524$ ;  $p < 0,01$ ), č. 10 *Intimita – vztahy* ( $r = 0,504$ ;  $p < 0,01$ ), č. 11 *Intimita – blízkost* ( $r = 0,538$ ,  $p < 0,01$ ), dále u souhrnné škály *Interpersonální fungování* ( $r = 0,472$ ,  $p < 0,01$ ) a celkové škály ( $r = 0,573$ ;  $p < 0,01$ ). Ani v souboru klinické populace nechybí slabší vzájemné vztahy mezi modalitami metod LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1, a to u škál č. 6 *Sebeřízení – sebereflexe* ( $r = 0,300$ ), č. 8 *Empatie – perspektivy* ( $r = 0,302$ ). U zbylých facet č. 3, 5, 9, 12 se hodnota korelačního koeficientu pohybuje v rozmezí 0,194 – 0,274, a tímto jsou jejich vztahy považované za slabé.

**Tabulka 4 - Spearmanův korelační koeficient facet LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 u klinické populace**

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	LS	LI	LC
													E	N	E
<b>S1</b>	,661 **	,660 **	,18 2	,34 9	,357	,468 **	,374	,43 7*	,336	- ,327	,138	,21 7	,720 **	,278	,641 **
<b>S2</b>	,534 **	,698 **	,10 9	,37 3*	,269	,524 **	,275	,31 9	,389 *	- ,175	,313	,35 6	,665 **	,358	,700 **
<b>S3</b>	,272	,591 **	,24 4	,28 3	- ,016	,055	,075	,28 7	,322	,162	,304	,32 2	,386 *	,392 *	,471 **
<b>S4</b>	,235	,191	,25 5	,49 5**	,231	,138	- ,005	,05 4	,257	,109	,127	,15 3	,470 **	,181	,334
<b>S5</b>	,338	,306	,02 0	,38 1*	,205	,205	- ,015	,18 3	,162	- ,056	,120	,10 0	,409 *	,130	,347
<b>S6</b>	,671 **	,251	,13 8	,11 9	,471 **	,300	,493 **	,18 2	,202	- ,127	,042	,13 3	,561 **	,204	,466 **
<b>S7</b>	,035	,189	,05 2	,18 3	,046	,139	,524 **	,15 4	,150	,342	,144	,19 8	,250	,362 *	,383 *
<b>S8</b>	- ,007	,149	- ,05 5	,16 7	- ,244	,335	,401 *	,30 2	,096	,289	,138	,02 3	,119	,267	,271
<b>S9</b>	,205	,040	,15 0	- ,05 0	,144	,268	,227	- ,11 1	,274	,211	,053	- ,09 2	,229	,105	,170

<b>S10</b>	- ,216	,031	,051	,006	- ,255	- ,219	,207	,443*	,224	,504**	,507**	,141	- ,137	,571**	,239
<b>S11</b>	- ,087	,140	,083	,321	- ,211	- ,225	,286	,451*	,319	,521**	,538**	,233	,044	,664**	,407*
<b>S12</b>	,103	,418*	,284	,492**	,122	,191	,407*	,274	,355	,399*	,248	,194	,422*	,498**	,581**
<b>SSE</b>	,529**	,651**	,316	,519**	,359	,268	,298	,321	,375*	,036	,252	,318	,731**	,431*	,706**
<b>SIN</b>	,028	,056	,159	,105	- ,136	- ,055	,354	,173	,344	,440*	,349	,111	,106	,472**	,320
<b>SCE</b>	,192	,354	,111	,363*	,017	,170	,313	,372*	,493**	,291	,468**	,310	,377*	,611**	,573**

*Poznámka: S 1, 2 ... 12 – facety oblastí osobnostního fungování STiP-5.1; SSE/SIN/SCE – souhrnné facety Self/Interpersonální fungování/Celkem STiP-5.1; L 1, 2 ... 12 – škály oblastí osobnostního fungování LPFS-BF 2.0; LSE/LIN/LCE – souhrnné škály Self/Interpersonální fungování/Celkem LPFS-BF 2.0; \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$*

Dalším cílem bylo prozkoumat schopnost sebeposuzovací metody LPFS-BF 2.0 a polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 diferencovat mezi respondenty bez přítomnosti jakékoli psychiatrické diagnózy a respondenty, u kterých byla diagnostikována porucha osobnosti. K provedení statistické analýzy bylo zvoleno použití Mann-Whitneyůva U testu pro nezávislé soubory. Klinická populace se statisticky významně liší od běžné populace (na hladině významnosti 5 %) v obou metodách a současně dosahuje signifikantně vyšších skóru jak v LPFS-BF 2.0, tak v STiP-5.1. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce 5 pro metodu STiP-5.1, v tabulce 6 pro metodu LPFS-BF 2.0.

**Tabulka 5 - Mann-Whitneyův U test pro rozdíly mezi běžnou a klinickou populací pro metodu STiP-5.1**

	<b>S 1</b>	<b>S 2</b>	<b>S 3</b>	<b>S 4</b>	<b>S 5</b>	<b>S 6</b>	<b>S 7</b>	<b>S 8</b>
<b>MANN-WHITNEY U</b>	73,00	94,00	50,00	161,50	128,50	93,00	112,00	140,00
<b>Z</b>	-5,993	-5,505	-6,153	-4,601	-5,462	-5,687	-5,488	-4,962
<b>ASYMP. SIG. (2-TAILED)</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

	<b>S 9</b>	<b>S10</b>	<b>S11</b>	<b>S12</b>	<b>SSE</b>	<b>SIN</b>	<b>SCE</b>
<b>MANN-WHITNEY U</b>	139,000	124,500	126,500	84,500	22,500	41,000	10,500
<b>Z</b>	-5,063	-5,348	-5,007	-6,044	-6,678	-6,435	-6,924
<b>ASYMP. SIG. (2-TAILED)</b>	***	***	***	***	***	***	***

Poznámka: S 1, 2 ... 12 – facety oblastí osobnostního fungování STiP-5.1; SSE/SIN/SCE – souhrnné facety Self/Interpersonální fungování/Celkem STiP-5.1; \*\*\* $p < 0,001$

**Tabulka 6 - Mann-Whitneyův U test pro rozdíly mezi běžnou a klinickou populací pro metodu LPFS-BF 2.0**

	<b>L 1</b>	<b>L 2</b>	<b>L 3</b>	<b>L 4</b>	<b>L 5</b>	<b>L 6</b>	<b>L 7</b>	<b>L 8</b>
<b>MANN-WHITNEY U</b>	153,00	102,00	94,00	216,00	194,00	195,00	275,50	245,50
<b>Z</b>	-4,709	-5,330	-5,450	-3,819	-3,998	-3,895	-2,780	-3,043
<b>ASYMP. SIG. (2-TAILED)</b>	***	***	***	***	***	***	***	***
	<b>L 9</b>	<b>L10</b>	<b>L11</b>	<b>L12</b>	<b>LSE</b>	<b>LIN</b>	<b>LCE</b>	
<b>MANN-WHITNEY U</b>	153,00	210,00	235,00	174,00	50,00	82,50	32,00	
<b>Z</b>	-4,620	-4,187	-3,312	-4,294	-5,936	-5,452	-6,188	
<b>ASYMP. SIG. (2-TAILED)</b>	***	***	***	***	***	***	***	

Poznámka: L 1, 2 ... 12 – škály oblastí osobnostního fungování LPFS-BF 2.0; LSE/LIN/LCE – souhrnné škály Self/Interpersonální fungování/Celkem LPFS-BF 2.0; \*\*\* $p < 0,001$

## 8 Diskuze

Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat shodu dvou diagnostických nástrojů pro alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti. Byl porovnáván sebeposuzovací dotazník LPFS-BF 2.0 a polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1, obě metody hodnotí míru narušení funkčních schopností osobnosti (kritérium A) dle AMPO. Původním předpokladem bylo, že míra narušení funkčních schopností osobnosti zjištěná jednou metodou bude statisticky významně korelovat s výsledky získané druhou metodou. V současné době je pouze malé množství výzkumů, které by se míře narušení funkčních schopností osobnosti věnovaly. Neexistují téměř žádné studie, které by porovnávaly sebeposuzovací metody (např. dotazník) a klinické hodnocení (např. polostrukturovaný rozhovor) v kontextu funkčních schopností osobnosti. Proto původní předpoklad empirické části této diplomové práce vychází z výzkumů, které prokázaly shodu mezi sebeposouzením a posouzením respondenta v kontextu jiných oblastí, např. při měření patologických rysů osobnosti (kritérium B dle AMPO) (např. Helle et al., 2017).

Studie Weekers et al. (2020) (podrobněji je popsána v kapitole 4.3) je doposud jedinou známou studií porovnávající dvě výše zmíněné metody. Tato studie se zaměřila na komplexní kazuistické zmapování jednoho respondenta a nepřináší tak statistické údaje pro větší vzorek ať už zdravé nebo klinické populace, proto nemůžeme podrobněji porovnávat výsledky výzkumu provedeného pro účely této diplomové práce a výsledky výše uvedené studie. U vybraných metod nejsou bohužel známy podrobné údaje pro každou ze 12 facet LPFS, studie udává pouze dílčí skóry pro dimenze *Self*, *Interpersonální fungování* a celkový skór, ve kterých respondent dosáhl stejného počtu bodů v obou metodách. Výsledky našeho výzkumu také prokazují silné korelace v celkových skórech LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1, pouze u zdravé populace se nepodařilo prokázat statisticky významné korelace v dimenzi *Interpersonální fungování*.

Výsledky našeho výzkumu jsou velice slibné co se dimenzí *Self*, *Interpersonální fungování* a celkového skóru týče. Byly prokázány statisticky významné a poměrně silné korelace u obou výzkumných souborů v dimenzi *Self* a u celkového skóru metod (faceta *Celkem*), u klinické populace také v dimenzi *Interpersonální fungování*. Tato zjištění považujeme za nejpodstatnější výsledek našeho výzkumu, který prokazuje dostatečně

dobrou schopnost obou metod měřit nejen celkovou míru narušení funkčních schopností osobnosti, ale také zvláště oblast věnující se osobnosti (dimenze *Self*) a oblast zaměřenou na vztahy a fungování ve společnosti (dimenze *Interpersonální fungování*). Dimenze *Interpersonální fungování* se ukázala problematičtější, u zdravé populace nebyla prokázána statisticky významná korelace. Minarčíková et al. (2019) ve své studii také poukazují na větší problematičnost celkové interpersonální oblasti.

Pro porozumění možným příčinám výskytu slabých korelací u řady facet jsme si rozhodli podívat se na znění jednotlivých položek v dotazníku a porovnat je s otázkami kladenými v odpovídající oblasti rozhovoru. Při takovém porovnávání jsme dospěli k pozoruhodnému zjištění: položky č. 5 a č. 6 dotazníku LPFS-BF 2.0 se obsahově neshodují s oblastmi č. 5 a č. 6 rozhovoru STiP-5.1. Položka č. 5 v dotazníku LPFS-BF 2.0 zní „*Často nerozumím vlastním myšlenkám a pocitům.*“, a takovou formulací se docela zjevně zaměřuje na schopnost respondenta rozpoznávat vlastní emoční reakce a ostatní duševní procesy a schopnost je reflektovat. Naopak faceta č. 5 dle LPFS je věnována vnitřním standardům chování, a v rozhovoru STiP-5.1 je prezentována následujícími otázkami: „*Jaké životní standardy jsou pro vás důležité? Jaké požadavky na sebe kladete a jaká očekávání od sebe máte? Jak jste úspěšný při plnění svých zásad?*“. Schopností sebereflexe respondenta je v rozhovoru věnována následující oblast č. 6 *Schopnost produktivní sebereflexe* a je prezentována následujícími otázkami: „*Jak dobrý jste, zpravidla, v porozumění tomu, co se ve vás děje: co si myslíte, co cítíte a co chcete?*“. Položka č. 5 tudíž v dotazníku obsahově odpovídá facetě č. 6 v rozhovoru. Pokud se podíváme na položku č. 6, která zní „*Často na sebe mám nereálné nároky.*“, je zcela zjevné, že taktéž neodpovídá oblasti č. 6 *Schopnost produktivní sebereflexe* v rozhovoru, ale je naopak kompatibilní s oblastí č. 5 *Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů chování*, která je podrobněji popsána výše. Očekávali jsme, že pořadí facet v obou metodách bude konzistentní, protože vychází ze škály LPFS dle AMPO (viz. kapitola 3.4). Skutečně oblasti rozhovoru STiP-5.1 přesně odpovídají pořadí facet dle LPFS, položky v dotazníku LPFS-BF 2.0 (kromě položky č. 5 a 6) taktéž. Ve svých studiích věnovaných tvorbě a ověření dotazníku LPFS-BF a LPFS-BF 2.0 operovala výzkumná skupina pouze s dílčími skóry škál *Self* a *Interpersonální fungování* a škály *Celkem* (Bach & Hutsebaut, 2018; Hutsebaut et al., 2016b; Weekers et al., 2019). Obě

položky patří k oblasti *Self* (a spadají do stejné podskupiny *Sebeřízení*), proto pořadí položek neovlivňuje výsledné dílčí skóry a je pro dané účely zcela irelevantní. Nesrovnalosti se mohou objevit pouze v případě, kdyby byly analyzovány nejen nadřazené skupiny *Self*, *Interpersonální fungování* a *Celkový skór*, ale pracovalo by se s jednotlivými facetami, jak je tomu v empirické části této diplomové práce.

Z důvodu zjištěné nesrovnalosti v pořadí dotazníkových položek je nutné přehodnotit výsledky kvantitativní analýzy pro facetu č. 5 a 6. V souladu s úvahami nad přeskupením facet jsou v tabulce 6 zvýrazněné platné korelační koeficienty pro zdravou populaci. U zdravé populace to avšak nepřineslo lepší výsledky, korelace u obou facet nejsou statisticky významné.

**Tabulka 6 – Spearmanův korelační koeficient facet LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 u zdravé populace**

	L 5	L 6
S	0,199	-
5		0,195
S	-	-
6	0,089	0,134

*Poznámka: L 5, 6 – škály oblastí osobnostního fungování LPFS-BF 2.0*

V tabulce č. 7 jsou představeny platné korelační koeficienty pro klinickou populaci. Při nové analýze se výrazně zvýšil korelační koeficient u facetu č. 6 *Sebereflexe* a dosahuje statisticky významné středně silné hodnoty ( $r = 0,471$ ).

**Tabulka 7 – Spearmanův korelační koeficient škál LPFS-BF 2.0 a STiP-5.1 u klinické populace**

	L 5	L 6
S	0,205	0,205
5		
S	0,471**	0,300
6		

*Poznámka: L 5, 6 – škály oblastí osobnostního fungování LPFS-BF 2.0; \*\* $p < 0,01$*

Při bližším zkoumání korelací u jednotlivých oblastí funkčních schopností osobnosti najdeme shody, ale také rozdíly mezi silou korelací u zdravé a klinické populace. Podobně silné korelace můžeme najít u obou souborů v oblastech *Identita* (položky týkající se uvědomování si jasných hranic mezi sebou a ostatními a sebeúcty) a *Intimita* (položka týkající se vztahů s ostatními). Shoda se vyskytla i v řadě oblastí, které vykazovaly pouze nízké korelace, např. faceta týkající se schopností regulovat vlastní emoce v oblasti *Identita*, faceta popisující zásady a prosociální standardy v oblasti *Seberízení*, facetu týkající se tolerance názoru ostatních a porozumění vlivu vlastního chování na ostatní v oblasti *Empatie*, faceta ohledně schopnosti vzájemné úcty v oblasti *Intimita*. Shoda v nízké síle korelací mezi soubory může zřejmě poukazovat na problematické znění položky v dotazníku a otázek v rozhovoru. Vyžadovaly by další úpravy, spojené s možnou potřebou reformulace položek v dotazníku LPFS-BF 2.0 a znění otázek pro rozhovor STiP-5.1.

Pro ilustraci možného problematického znění položek se nabízí položka č. 3 z oblasti *Identita*, která zkoumá kapacitu a schopnost regulovat řadu emočních zážitků. Oba výzkumné soubory dosáhly nízkých korelací u dané facetu ( $r = 0,244$  u klinické populace,  $r = 0,212$  u zdravé populace). V dotazníku LPFS-BF 2.0 je znění položky následující: „*Mé emoce se mění bez mé kontroly.*“. Formulace položky je bezesporu zdárně precizní, pro většinovou populaci stručná a srozumitelná. Lze očekávat, že respondent by se při jejím hodnocení neměl potýkat s potížemi, protože nenechává moc prostoru k nežádoucímu domýšlení, které by vedlo ke zkreslenému subjektivnímu vnímání položky. Nicméně pozorujeme poměrné zjednodušení významu facetu č. 3 v porovnání s rozhovorem STiP-5.1. V rozhovoru odborník pátrá nejen po regulaci emocí, ale také se zajímá o rozsah emoční škály (např. zda běžně prožívá pouze jednu nebo více emocí) a intenzitu prožívaných emocí, zkoumá také příležitost emocí ke kontextu, tzn. zda mají emoce jasný důvod, zda odpovídají vnitřní nebo vnější příčině. Výsledně odborník disponuje ucelenějším obrazem o emočním prožívání respondenta, a při hodnocení bere v potaz rozsah emocí, intenzitu, adekvátnost emoční odezvy a schopnost regulovat emoce. Dotazník LPFS-BF 2.0 předkládá k hodnocení pouze schopnost regulovat vlastní emoce, čímž významně redukuje širší záběr informací, které lze použít při hodnocení. Toto se nabízí jako jedno z možných vysvětlení pro nízké korelace u dané facetu.

Podobně lze diskutovat o další facetě č. 5, která operacionalizuje oblast *Sebeřízení*, konkrétně se jedná o využití prosociálních vnitřních standardů chování. V dotazníku LPFS-BF 2.0 položka odpovídající dané oblasti zní „*Často na sebe mám nereálné nároky.*“. Jedná se o položku, která byla již přepracována pro novou verzi LPFS-BF 2.0 (v předchozí verzi LPFS-BF zněla „*Jsem na sebe často moc striktní.*“) (Weekers et al., 2019). Stejně jako ve výše zmíněném případě je položka č. 6 zformulována v jednoduchých a srozumitelných pojmech, neobsahuje komplikovanou odbornou terminologii a neměla by činit potíže respondentům při skórování. Pokud se blíže podíváme na otázky kladené odborníkem při administraci rozhovoru STiP-5.1, zjistíme, že se směřují k porozumění tomu, zda má respondent pevné životní zásady a do jaké míry usiluje o to, aby jeho chování bylo v souladu s jeho zásadami. Měly by tak zaznít otázky „*Jaké životní zásady jsou pro vás důležité? Jaké požadavky na sebe kladete a jaká očekávání od sebe máte? Jak jste úspěšný při plnění svých zásad?*“. Tímto se v rozhovoru snažíme porozumět nikoliv pouze míře přiměřenosti osobních nároků, které na sebe člověk klade (tzn. zda jsou příliš vysoké nebo naopak příliš nízké), ale v první řadě tomu, zda má jasně vymezené vnitřní normy a zda jsou společensky uznávané. Naopak, výrok v dotazníku odkazuje pouze na „*nereálné nároky*“. Položka v dotazníku již nezmiňuje pojmy „*životní zásady*“, „*společensky přiměřená vnitřní norma/standard*“ nebo pojmy významově podobné, operuje pouze s pojmem „*nárok*“. Takové znění může svádět respondenta k uvažování o vlastní orientaci na výkon a volných schopnostech spíše než o vlastních životních zásadách a prosociálních standardech chování. Nabízí se doplnění daného výroku o širší kontext, který by posloužil respondentům jako nápověda pro přesnější pochopení zkoumané oblasti.

Výše nabídnuté interpretace slabých korelací u určitých facet a podněty k jednotlivým formulacím položek by mohly být ověřeny v budoucích výzkumech.

U řady facet (facety č. 4, 6, 7, 11) se vyskytla neshoda mezi zdravou a klinickou populací co se týče síly korelací. Je pozoruhodné, že u zmíněných facet se u klinické populace objevily statisticky významné silné korelace ( $r = 0,471$  až  $r = 0,538$ ), zatímco u zdravé populace se v daných facetách statisticky významné korelace neobjevily. U většiny daných facet byla síla korelací zanedbatelná, dokonce se objevily i korelace záporné

( $r = 0,315$  až  $r = -0,134$ ). Toto zjištění nabízí vhodný podnět pro hlubší a detailnější prozkoumání daných položek v dalších výzkumech.

Výrazným limitem našeho výzkumu je malý výzkumný soubor, který neumožňuje provedení přesvědčivější kvantitativní analýzy. Výsledky studie mohou být tímto ovlivněny a zkresleny; je vhodné je ověřit v budoucích výzkumech s větším výzkumným vzorkem.

Další výzkumná otázka směřovala k tomu, zda obě metody prokazují diferenciační schopnost, tzn. zda je lze využít k odlišení klinické populace od populace zdravé. Respondenti s poruchou osobnosti dosahovali vyšších hodnot v rozhovoru STiP-5.1 než zdravá populace, zároveň respondenti s poruchou osobnosti dosahovali vyšších hodnot než pacienti s jinou psychiatrickou diagnózou (Hutsebaut et al., 2017). V dotazníku LPFS-BF měli respondenti s poruchou osobnosti také vyšší skóry než pacienti s jinou psychiatrickou diagnózou (Hutsebaut et al., 2016b); Minarčíková et al. (2019) udávají dobrou schopnost LPFS-BF 2.0 odlišování běžné populace a populace s psychiatrickou diagnózou. Výsledky našeho výzkumu ukazují, že se klinická populace statisticky významně liší od populace bez přítomnosti poruchy osobnosti a v obou metodách dosahuje signifikantně vyšších skóru. Tímto se nám podařilo prokázat dobrou diferenciační schopnost jak LPFS-BF 2.0, tak STiP-5.1.

I přes uvedená omezení se polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 a sebeposuzovací dotazník LPFS-BF 2.0 ve velké míře shodují v měření míry narušení funkčních schopností osobnosti dle AMPO, jak tomu svědčí poměrně vysoké korelační koeficienty dimenzí *Self*, *Interpersonální fungování* a celkové oblasti. Dotazník LPFS-BF 2.0 je časově nenáročný, administrace a vyhodnocení je velice jednoduché, zatímco rozhovor STiP-5.1 klade vyšší požadavky na teoretickou a klinickou přípravu administrátora a jeho časové možnosti. Z výsledků lze usuzovat, že je uvedený sebeposuzovací dotazník dostatečně kvalitní screeningovou metodou, která je schopna zachytit patologické odchylky ve funkčních schopnostech osobnosti. Na základě takového předběžného zkoumání v případě zvýšených hodnot dotazníku lze potom administrovat polostrukturovaný rozhovor pro vytvoření přesnějšího profilu respondenta a pro hlubší porozumění možným patologiím přítomným ve funkčních schopnostech osobnosti.

## Závěr

Tato diplomová práce si kladla za cíl zhodnotit nově vzniklé diagnostické nástroje vycházející z alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti. Konkrétně se jednalo o polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 a sebeposuzovací metodu LPFS-BF 2.0. Obě metody posuzují úroveň narušení funkčních schopností osobnosti, což je dle Americké psychiatrické asociace (2015) jádrem osobnostní psychopatologie, a tato narušení jsou příslušná všem typům poruch osobnosti. V současné době není tato oblast široce prozkoumána, a řada diagnostických metod zaměřujících se na funkční schopnosti osobnosti je teprve ve stádiu vývoje.

Výzkumu, který je prezentován v empirické části práce, se zúčastnilo 30 respondentů s diagnostikovanou poruchou osobnosti a 30 respondentů z běžné populace. Skóry polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 byly porovnávány se skóry dotazníku LPFS-BF 2.0. Byly prokázány statisticky významné korelace u přibližně poloviny facet obou metod jak u zdravé, tak u klinické populace. Dílčí skóry nadřazených dimenzí *Self*, *Interpersonální fungování* a *Celkem* signifikantně korelovaly mezi sebou (s výjimkou dimenze *Interpersonální fungování* u zdravé populace). Dle výsledků kvantitativní analýzy lze soudit, že obě metody se ve velké míře shodují v hodnocení nejen celkové úrovně narušení funkčních schopností osobnosti, ale také dvou hlavních dimenzí *Self* a *Interpersonální fungování*. Dále byla prokázána schopnost výše uvedených diagnostických metod odlišit zdravou populaci od populace s diagnostikovanou poruchou osobnosti.

Pro porozumění výskytu nízkých korelačních skóru u řady jednotlivých facet bylo dále analyzováno znění jednotlivých položek dotazníku LPFS-BF 2.0 a byla zhodnocena jejich kompatibilita s odpovídajícími oblastmi rozhovoru STiP-5.1. Výsledky dané studie mohly být patrně ovlivněny malým výzkumným souborem, což je značným omezením při provedení kvantitativní analýzy.

Na základě výsledků lze předpokládat, že dotazník LPFS-BF 2.0 je kvalitní sebeposuzovací screeningovou metodou, která je schopná odhalit známky osobnostní

patologie. Danou patologii lze potom blíže prozkoumat pomocí rozhovoru STiP-5.1, a tím získat širší obraz o narušení funkčních schopností osobnosti.

## **Seznam zkratek**

**AMPO** – Alternativní model pro poruchy osobnosti

**DSM-IV/DSM-5** – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 4. revize/5. revize

**MKN-10/MKN-11** – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize/11. revize

**PO** – Porucha osobnosti

## Seznam použitých informačních zdrojů

- American Psychological Association. (2007). *Dictionary of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association. Dostupné z <https://dictionary.apa.org/personality>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. (J. Raboch, M. Hrdlička, P. Mohr, P. Pavlovský, & R. Ptáček, Ed.). Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 660–670. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428984>
- Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., & Krueger, R. F. (2015). Clinical Utility of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(1), 3–25. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000460618.02805.ef>
- Barry L., Caligor, E., Clarkin, J., Critchfield, K., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M., & Kernberg, O. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- Bastiaansen, L., De Fruyt, F., Rossi, G., Schotte, C., & Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: structural and conceptual issues. *Personality Disorders*, 4, 293–303.
- Bateman, A., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015) Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 735–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. Psychological Corporation.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM–5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bergner, R. (2020). What is personality? Two myths and a definition. *New Ideas in Psychology*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100759>
- Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders & International Society for the Study of Personality Disorders. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorder*, 21(5), 536–551. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.536>
- Bornstein, R. F. (2003). Behaviorally referenced experimentation and symptom validation: A paradigm for 21st century personality disorder research. *Journal of Personality Disorders*, 17, 1–18.
- Carnovale, M., Carlson, E., Quilty, L., & Bagby, R. Discrepancies in self- and informant-reports of personality pathology: Examining the DSM-5 section III trait model. *Personal Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 456–467. <https://doi.org/10.1037/per0000342>
- Cloninger C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
- Cloninger, C. (2000). A Practical Way to Diagnosis Personality Disorder: A Proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99–108. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.99>
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Washington University Center for Psychobiology of Personality. ISBN 978-0-9642917-1-3.

- Cloninger, C. R., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Corbitt, E., & Widiger, T. (1995). Sex differences among the personality disorders: an exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3). [http://doi.org/10.1007/978-1-4419-8580-4\\_14](http://doi.org/10.1007/978-1-4419-8580-4_14)
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- Dancey C. P., & Reidy J. (2007). *Statistics without Maths for Psychology*. Pearson Education.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Emmelkamp, P., & Meyerbröker, K. (2019). *Personality Disorders* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Ltd.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1991). *Eysenck personality questionnaire-revised*. London: Hodder & Stoughton.
- Fatemi, S. H., Clayton, P. J., & Sartorius, N. (Eds.). (2008). *The Medical Basis of Psychiatry: Third edition*. Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-252-6>
- First, M., Skodol, A., Bender, D., & Oldham, J. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5 AMPD)*. American Psychiatric Association: Arlington, VA.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Ganellen, R. J. (2007). Assessing Normal and Abnormal Personality Functioning: Strengths and Weaknesses of Self-Report, Observer, and Performance-Based Methods. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 30–40. <https://doi.org/10.1080/00223890701356987>
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Grant, B., & Chou, S. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Harkness, A. R., Reynolds, S. M., & Lilienfeld, S. O. (2014). A review of systems for psychology and psychiatry: adaptive systems, personality psychopathology five (PSY-5), and the DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 96, 121–139. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.823438>
- Helle, A. C., Trull, T. J., Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2017). Utilizing interview and self-report assessment of the Five-Factor Model to examine convergence with the alternative model for personality disorders. *Personality Disorders*, 8(3), 247–254. <https://doi.org/10.1037/per0000174>.
- Herpertz, S., Huprich, S., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., ... & Sharp, C. (2017). The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 577–589. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_338](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338)
- Holthausen, S., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Report*, 20(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y>
- Hopwood, C., Good, E. W., & Morey, L. C. (2018). Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale–Self Report. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 650–659. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1420660>
- Hopwood, C., Morey, L., Edelen, M., Shea, M., Grilo, C., Sanislow, C., ... & Skodol, A. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Psychological Assessment*, 20, 81–5. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.81>.

- Hopwood, C., Thomas, K., Markon, K., Wright A., & Krueger R. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(2), 424–432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>
- Hřebíčková, M., Jelínek, M., Blatný, M., Brom, C., Burešová, I., Graf, S., Mejzlíková, T., Vazsonyi, A. T., & Zábrodská, K. (2016). Big Five Inventory: Základní psychometrické charakteristiky české verze BFI-44 a BFI-10. *Československá psychologie, 60*(6), 567–583.
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F., & Schmitt, T. A. (2011). Self-Report Methodology is Insufficient for Improving the Assessment and Classification of Axis II Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders, 25*(5), 557–570. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.557>
- Huprich, S. K., Nelson, S. M., Meehan, K. B., Siefert, C. J., Haggerty, G., Sexton, J., Dauphin, V. B., Macaluso, M., Jackson, J., Zackula, R., & Baade, L. (2018). Introduction of the DSM-5 levels of Personality Functioning Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(6), 553–563. <https://doi.org/10.1037/per0000264>
- Hutsebaut, J., Berghuis, H., De Saeger, H., Kaasenbrood, A., & Ingenhoven, T. (2014). *Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP 5.1)*. The Podium DSM-5 research Group of the Netherlands Centre of Expertise on Personality Disorders. Utrecht: Trimbos Institute.
- Hutsebaut, J., Berghuis, H., De Saeger, H., Kaasenbrood, A., & Ingenhoven, T. (2016). *Brief Manual for Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5*. Kenniscentrum Persoonlijksheidsstoornissen (Center of Expertise for Personality Disorders). Dostupné z <http://www.kenniscentrumpsi.nl/publicatie/verkorte-handleiding-bij-stip-51>
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., & Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality Disorders, 7*(2), 192–197. <https://doi.org/10.1037/per0000159>

- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L., & de Saeger, H. (2017). Assessing DSM–5-Oriented Level of Personality Functioning: Development and Psychometric Evaluation of the SemiStructured Interview for Personality Functioning DSM–5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 8 (1), 94–101. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000197>
- Izydorczyk, B., & Gąska, A. (2016). Application of the Rorschach test in psychological diagnosis of personality disorders. *Health Psychology Report*, 4(4), 340–359. <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.59886>
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., ... & Vrbová, K. (2016). Validace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(4), 153–158.
- Krueger, R. (2005). Continuity of Axes I and II: toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 233–61. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.233>.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R., & Tackett, J. (2003). Personality and Psychopathology: Working Toward the Bigger Picture. *Journal of personality disorders*, 17, 109–28. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.2.109.23986>
- Kupfer, D., First, M., & Regier, D. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association: Washington, DC. ISBN 0-89042-292-3
- Lenzenweger, M. F. (2006). The Longitudinal Study of Personality Disorders: History, Design Considerations, and Initial Findings. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 645–670. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.645>
- Lilienfeld, S., Waldman, I., & Israel, A. (1994). A critical examination of the use of the term “comorbidity” in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 71–83. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00007.x>

- Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N., & World Health Organization. (1997). Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). *Cambridge: Cambridge University*.  
Dostupné z <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41912/9780521041669.pdf?sequence=1>
- Loranger A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., ... Regier, D. (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215–224.
- McCabe, G., & Widiger, T. (2020). A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM–5 section III personality disorder models. *Psychological Assessment*, 32(1), 72–84. <https://doi.org/10.1037/pas0000772>
- McClelland, D. C., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do selfattributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690–702.
- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale. In J. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism: Theory and research*. New York: Academic Press.
- Milinkovic, M. S., & Tiliopoulos, N. (2020). A systematic review of the clinical utility of the DSM-5 section III alternative model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. doi: 10.1037/per0000408
- Miller, J.D., Bagby, R.M., & Pilkonis, P.A. (2005). A comparison of the validity of the five-factor model (FFM) personality disorder prototypes. Using FFM self-report and interview measures. *Psychological Assessment*, 17(4), 497–500. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.4.497>.
- Minarčíková, N., Barcaj, M., & Preiss, M. (2019). Úroveň funkčních schopností osobnosti – pilotní studie české verze krátké dotazníkové metody LPFS-BF. *Aplikovaná psychologie*, 6, 356–367.
- Moore, C., Detert, J. R., Klebe Treviño, L., Baker, V. I., & Mayer, D. M. (2012). Why Employees Do Bad Things: Moral Disengagement and Unethical

- Organizational Behavior. *Personnel Psychology*, 65(1), 1–48. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2011.01237.x>
- Morey, L. C. (2014). *The Personality Assessment Inventory*. In R. P. Archer & S. R. Smith (Eds.), *Personality assessment*. Routledge/Taylor & Francis Group.
  - Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1302–1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
  - Morey, L. C., Blashfield, R. K., Webb, W. W., & Jewell, J. (1988). MMPI scales for DSM-III personality disorders: A preliminary validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 47–50. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198801\)44:147::AID-JCLP22704401103.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198801)44:147::AID-JCLP22704401103.0.CO;2-R)
  - Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 398–405. <https://doi.org/10.1037/a0036481>
  - Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O’Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., ... & Crawford, M. J. (2017). Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 31, 1–13. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_285](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285)
  - Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Ruddy, J., & Serrao, P. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: The use of the LEAD standard. *Psychological Assessment*, 3, 1–9.
  - Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM–5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 41–53. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021191>
  - Pincus, A. L., Dowgwillo, E. A., & Greenberg, L. S. (2016). Three cases of narcissistic personality disorder through the lens of the DSM-5 alternative model for personality disorders. *Practice Innovation*, 1(3), 164–77. <https://doi.org/10.1037/pri0000025>

- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II - standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(6), 270–274.
- Regeir, D., Narrow, W., Kuhl, E., & Kupfer, D. (2009). The conceptual development of DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 166, 645–650. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>
- Reed, G. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457–464. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021701>
- Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. (2019). The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders and Clinical Treatment: a Review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, 284–298. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Markowitz, J. C., ...& Grilo, C. M. (2011). Comparing the temporal stability of self-report and interview assessed personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 670–680. doi: 10.1037/a0022647
- Samuel, D., Suzuki, T., Bucher, M., & Griffin, S. (2018). The agreement between clients' and their therapists' ratings of personality disorder traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 546–55. <https://doi.org/10.1037/ccp0000304>.
- Samuel, D., & Widiger, T. (2009). Comparative gender biases in models of personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 12–25. <https://doi.org/10.1002/pmh.61>
- Santor, D. A., Bagby, R. M., & Joffe, R. T. (1997). Evaluating stability and change in personality and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1354–1362.
- Smékal, V. (1993) *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Stanton, K., Brown, M., Bucher, M. A., Balling, C., & Samuel, D. (2019). Self-Ratings of Personality Pathology: Insights Regarding Their Validity

- and Treatment Utility. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, 299–311. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00188-6>
- Tan, A. L., Kendis, R. J., Porac, J., & Fine, J. T. (1977). A Short Measure of Eriksonian Ego Identity. *Journal of Personality Assessment*, 41(3), 279. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4103\\_9](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4103_9)
  - Thimm, J., Jordan, S., & Bach, B. (2016). The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0169-5>
  - Trull, T. J., & Widiger, T. A. (1997). *Structured Interview for the FiveFactor Model of Personality (SIFFM): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
  - Tyrer, P. (2012). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: A Classification of Personality Disorders That Has Had Its Day. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 372–374. doi:10.1002/cpp.1810
  - Tyrer, P., Reed, G., & Crawford, M. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385, 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
  - Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C., Busschbach, J., Kroft, P., Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, Factor Structure, Reliability, and Validity. *Psychological assessment*, 20, 23–34. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.23>.
  - Volkert, J., Gablonski, T., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
  - Waugh, M., Hopwood, Ch., Krueger, R., Morey, L., Pincus, A., & Wright, A. (2017). Psychological Assessment with the DSM-5 Alternative Model for

- Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- Weekers, L. C., Hutsebaut, J., Bach, B., & Kamphuis, J. H. (2020). Scripting the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders assessment procedure: A clinically feasible multi-informant multi-method approach. *Personality and Mental Health*, 14, 304–318. <https://doi.org/10.1002/pmh.1481>
  - Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2019). The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*, 13(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/pmh.1434>
  - World Health Organization. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum.
  - World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Dostupné z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
  - Widiger, T. A., & Boyd, S. E. (2009). Personality Disorders Assessment Instruments. In Butcher, J. N. (Ed.). *Oxford handbook of personality assessment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195366877.001.0001>
  - Widiger, T., & Douglas, S. (2005). Diagnostic categories or dimension? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. *Journal of abnormal psychology*, 114, 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
  - Widiger, T., & Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 7, 49-75. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90004-3](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90004-3)
  - Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.71>

- Wiggins, J. S. (2003). Paradigms of Personality Assessment: An Interpersonal Odyssey. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 11–18. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_08](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_08)
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A., Singh, S., Wang, A., & Furtado, V. (2019). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 1–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Zachar, P., Krueger, R. F., & Kendler, K. S. (2015). Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychological Medicine*, 46(01), 1–10. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001543>
- Zanarini, M., Gunderson, J., Frankenburg, F., & Chauncey, D. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BDP from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10–18.
- Zimmerman, M. (2011). A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 206–221. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.206>
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM–5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: A pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment*, 96, 397–409. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2013.852563>
- Zimmermann, J., Böhnke, J. R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in DSM–5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 532–48.
- Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. J., & Krueger, R. F. (2019). A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>