

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Osobnostní fungování u pacientů s neurotickou poruchou  
Personality functioning among people with neurotic disorder

Bc. Hedvika Koderová

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

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Osobnostní fungování u pacientů s neurotickou poruchou 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

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, doc. PhDr. Marku Preissovi, Ph.D. za odborné vedení, podnětné rady a věnovaný čas. Rovněž Mgr. Aleně Škaloudové Ph.D. a Mgr. Nikole Doubkové za odborné konzultace a sdílení cenných připomínek. Mé poděkování taktéž patří partnerovi a rodině za neustálou podporu.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se zaměřuje na porovnávání osobnostního fungování u neurotických pacientů a u běžné populace. Mapování úrovně osobnostního fungování probíhalo za pomoci polostrukturovaného rozhovoru o funkčních schopnostech osobnosti STiP-5.1 dle alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda mezi neurotickými pacienty (N = 30) a běžnou populací (N = 30) existuje rozdíl v osobnostním fungování. Byly pozorovány rozdíly v dimenzích a aspektech polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1. V literárně přehledové části práce bylo představeno chápání úzkosti a neuroticismu z různých hledisek a směrů. Prostor byl věnován původu a vzniku úzkosti a jejím projevům. Dále se teoretická část práce zaměřovala na pojetí neurotických poruch klasifikačními manuály. Bylo představeno osobnostní fungování dle DSM-5, jednotlivé aspekty a teoretické zázemí. Pozornost byla věnována vymezení funkčních i dysfunkčních schopností osobnosti v souvislosti s osobnostní patologií. Následně byla obě pojednávaná témata propojena v kapitole, jež se věnovala jejich vzájemnému působení. V empirické části práce byl podrobně představen polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 a jeho užití ve výzkumu práce. Byla provedena kvantitativní analýza, jejímž cílem bylo zjistit, zda se pozorované skupiny liší v osobnostním fungování. Výsledky ukázaly signifikantní rozdíly mezi souborem neurotických pacientů a souborem běžné populace.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Úzkost, neurotická porucha, osobnostní fungování, funkční schopnosti osobnosti, STiP- 5.1

## **ABSTRACT**

This thesis focuses on comparing personality functioning among neurotic patients and the general population. The mapping of levels of personality functioning was done using the semi-structured personality functioning interview STiP-5.1 according to the DSM-5 alternative model for personality disorders. The main aim of the study was to determine whether there is a difference in personality functioning between neurotic patients (N = 30) and the general population (N = 30). Differences were observed in the dimensions and aspects of the semi-structured interview of the STiP-5.1. The literature review section of the paper presented the understanding of anxiety and neuroticism from different perspectives and directions. Space was devoted to the origin and emergence of anxiety and its manifestations. Furthermore, the theoretical part of the thesis focused on the conception of neurotic disorders by classification manuals. Personality functioning according to DSM-5, different aspects and theoretical background were presented. Attention was paid to the definition of functional and dysfunctional personality abilities in the context of personality pathology. Subsequently, the two topics discussed were linked in a chapter that dealt with their interaction. In the empirical part of the thesis, the STiP-5.1 semi-structured interview and its use in the thesis research was presented in detail. A quantitative analysis was conducted to determine whether the observed groups differed in their personal functioning. The results showed significant differences between the set of neurotic patients and the set of the general population.

## **KEYWORDS**

Anxiety, neurotic disorder, personality functioning, STiP- 5.1

## Obsah

Úvod .....	7
1 Úzkost.....	9
2 Původ úzkosti .....	11
2.1 Neurotická porucha jako selhání adaptace .....	11
2.2 Neuroticismus a genetika.....	12
2.3 Původ neurotické poruchy z pohledu dvou hlavních směrů.....	12
2.4 Neuroticismus a osobnost.....	13
2.5 Gender a kulturní prostředí ve vztahu k neuroticismu .....	14
2.6 Od úzkosti k úzkostné poruše.....	15
3 Vymezení neurotických poruch.....	17
3.1 Neurotické poruchy dle DSM-5 .....	17
3.2 Neurotické poruchy dle MKN-10.....	17
3.3 Vymezení vybraných poruch.....	18
3.3.1 Fobické úzkostné poruchy (F40) .....	19
3.3.2 Jiné úzkostné poruchy (F41).....	21
4 Osobnostní fungování podle DSM-5 .....	23
4.1 Alternativní model pro poruchy osobnosti – AMPO .....	23
4.2 Funkční a méně funkční osobnost .....	25
4.3 Posouzení funkčnosti.....	25
5 Aspekty funkčních schopností osobnosti podle DSM-5 .....	28
5.1 Identita .....	28
5.1.1 Identita jako ústřední pojem v hodnocení funkčnosti osobnosti .....	29
5.2 Sebeřízení .....	31
5.3 Empatie.....	33

5.4	Intimita .....	33
6	Osobnostní patologie spojená s funkčními schopnostmi.....	35
6.1	Teoretický rámec modelu .....	36
7	Osobnostní fungování a neuroticismus .....	38
7.1	Stigmatizace jako důsledek deficitu osobnostního fungování.....	41
8	Diagnostická metoda pro mapování osobnostního fungování.....	43
8.1	Představení metody polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1.....	43
8.1.1	Struktura rozhovoru STiP-5.1 .....	43
8.1.2	Ukázka užití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 .....	44
8.1.3	Vývoj a vlastnosti rozhovoru STiP-5.1 .....	45
8.1.4	Replikace užití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 v českém prostředí 46	
9	Výzkumný záměr.....	48
10	Metody.....	49
10.1	Průběh výzkumu .....	49
10.2	Výzkumný soubor .....	50
10.3	Nástroj .....	52
10.3.1	Užití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 o funkčních schopnostech osobnosti podle DSM-5 .....	52
10.4	Zpracování dat .....	55
11	Prezentace výsledků .....	58
12	Diskuse .....	68
	Závěr.....	75
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	77

## Úvod

Tato diplomová práce se zaměřuje na porovnávání osobnostního fungování u osob s neurotickou poruchou (osob s vyšší úrovní neuroticismu) a u běžné populace. Funkční schopnosti osobnosti varíují v závislosti na osobnosti jedince a jeho duševním zdraví. Konstrukt osobnostního fungování se odvíjí od alternativního modelu pro poruchy osobnosti dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch páté revize. Tvoří tak první ze dvou hlavních kritérií pro posuzování osobnostní patologie dimenzionálním modelem (American Psychiatric Association, 2015). Ačkoliv byl tento model zahrnut v DSM-5 do sekce III, kam patří nově vznikající opatření a modely, a ne do sekce II, jež obsahuje diagnostická kritéria a kódy, můžeme počítat s jeho obdobou a následnou aplikací v průběhu diagnostiky v nově vznikající Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize, jež rovněž užívá dimenzionálního přístupu. Nabízí se tak možnost uplatnění nově vzniklého modelu v diagnostice a jeho užití na oblast neurotických poruch. Jelikož daný konstrukt vychází ze snahy o zlepšení diagnostiky poruch osobnosti, byl dosud mapován převážně u osob s těmito poruchami. Zkoumání jedinců s neurotickou poruchou (či zvýšenou úrovní neuroticismu) a úrovně jejich osobnostního fungování však nabízí méně probádanou oblast, a tudíž oblast vhodnou pro její následné zmapování. Tito jedinci tak mohou vykazovat odlišnou úroveň osobnostního fungování v dílčích aspektech, jež daný konstrukt tvoří. Zmíněné úrovně a jejich odlišnosti budou u těchto osob sledovány a porovnány s úrovněmi běžné populace. Předně bude v literárně přehledové části uvedeno pojmání úzkosti a neuroticismu. Představeny budou odlišné pohledy na vznik úzkostných poruch. Dále se od obecnějšího uchopení problematiky pokusíme nastínit charakteristiku neurotických poruch a jejich projevy. Rovněž představíme pojmání těchto poruch prostřednictvím Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch páté revize. Dále bude pozornost věnována představení konstruktů osobnostního fungování, včetně jeho teoretického rámce. Budou vymezeny a popsány aspekty konstrukt tvořící. Představeny budou příklady funkčních a nefunkčních schopností, převážně z osobnostní patologie. Následně budou tato hlavní témata práce propojena a budou uvedeny některé studie věnující se problematice osobnostního fungování u jedinců s neurotickou poruchou.

V empirické části práce se zprvu zaměříme na bližší představení hlavní metody výzkumu, tedy polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1, jež se zaměřuje na funkční schopnosti osobnosti. Následně bude popsán výzkum s cílem porovnat osobnostní fungování u pacientů s neurotickou poruchou a u běžné populace. Výzkumu se účastnilo 30 respondentů s neurotickými poruchami (či vyšší úrovní neuroticismu) a 30 respondentů z běžné populace. Rozdíly budou v práci představeny v osobnostním fungování mezi oběma skupinami. Výsledky empirického výzkumu budou dále interpretovány a diskutovány s dalšími existujícími studiemi. Na závěr budou nastíněna omezení a limity výzkumu.

## 1 Úzkost

Již několik tisíc let hraje úzkost nenahraditelnou roli v životech lidí tím, že vede ke zdrženlivosti a připravuje nás na optimální fyzický i duševní výkon. Je považována za normální reakci na nebezpečí a stres, je to běžný stav organismu. Bez pocíťování úzkosti bychom nepoznali opravdu hrozící nebezpečí. Nemohli bychom pak zbystřit smysly a soustředit se na následnou reakci, na útok či útěk. Dle Janíčka (2008) můžeme díky úzkosti čelit světu, v němž nás často čekají nejisté a nevyhnutelné situace. Neměla by být vnímána pouze negativně. Sama o sobě člověku škodu nepůsobí, pokud ji má však jedinec pod kontrolou a neovlivňuje jej v nadměrné intenzitě a frekvenci (Praško et al., 2006). Stává se nebezpečnou zejména tehdy, kdy nám znemožňuje vykonávat každodenní a rutinní činnosti (Janíček, 2008).

Úzkost chápeme jako negativní tehdy, když ji pocíťujeme jako nepříjemný difuzní emoční stav, jenž není spojován s konkrétní příčinou. Často se projevuje vegetativními a somatickými příznaky, kterými mohou být například bolesti hlavy, napětí ve svalech, třes, bolesti zad, blednutí, rudnutí, pocení, chladné končetiny, hyperventilace a další (Kaplan a Sadock, 1996). Kromě této *fyzilogické* složky hraje významnou roli rovněž složka *behaviorální*. Projevuje se zejména snahou jedince se podobným situacím vyvolávajícím úzkosti vyhýbat nebo je neustále oddalovat. Jedinec v těchto chvílích často inklinuje k neorganizovanému způsobu chování a takříkajíc zmatkuje, to platí především pro psychicky velmi zátěžové momenty. Změnu *mentální* složky v důsledku zažívané úzkosti prezentují myšlenky, představy a přesvědčení, kterými se jedinec sám vnitřně zabývá a jsou převážně vázány na veškerá ohrožení, jež člověka mohou v danou chvíli potkat (Praško et al., 2006).

Prožívání úzkosti je spojováno už jen s pouhým tušením nebezpečí neznámého charakteru. Působí více nepříjemných emocí nežli strach, jelikož již samotné očekávání něčeho nelibého může být horší než obávaná situace sama. Nebezpečí u prožívání úzkosti je skryté a subjektivní. Naopak strach je již vázán konkrétní situaci, je tedy emoční a fyziologickou reakcí na definovatelné nebezpečí, a to jasně zřetelné a viditelné (Horney, 2007). Úzkost i strach, dle Vymětala (2003) plní svou obrannou i signální funkci, patří tak mezi dispozice potřebné k přežití jedince ve světě. Se strachem se můžeme setkávat v klinické praxi

u vnitřně stabilních jedinců, avšak úzkost bývá častěji prožívána jedinci méně vnitřně stabilními.

V teoreticko-přehledové části práce je hojně užíváno pojmu *neuroticismus*. Pojem je častěji používán k vyjádření větší tendence jedince k prožívání úzkosti (neurotický jedinec). Spolu s úzkostí jsou tak dle klasifikačních manuálů oba pojmy užívány ve shodném významu. V mezinárodní klasifikaci nemocí desáté revize se pracuje s pojmem *neuroticismus*, diagnostický a statistický manuál duševních poruch páté revize užívá pojmu úzkost (World Health Organization, 2006; American Psychiatric Association, 2015).

## 2 Původ úzkosti

Na vznik samotné úzkosti lze nahlížet z několika úhlů. Smolík (1996) uvádí tři možné etiologie, které souvisejí jednak s *biologickými* teoriemi fokusujícími se na množství vyplavovaných metabolitů noradrenalinu a serotoninu, *psychoanalytickými teoriemi* zaměřujícími se na nevědomý konflikt, které budou dále ještě v textu přiblíženy v souvislosti se vznikem úzkostných poruch, a s *teoriemi učení*, při nichž úzkost vzniká na základě nápodoby úzkostných projevů rodičů.

### 2.1 Neurotická porucha jako selhání adaptace

Neurotické poruchy se rovněž označují jako poruchy adaptace a přizpůsobení ve vztahu k sobě samému a ve vztahu k prostředí. Za hlavní příčinu vzniku jsou v této souvislosti považovány náročné situace a zážitky, při jejichž zvládnutí jedinec selhává, zážitky duševních otřesů, přírodních a dopravních katastrof, ztráta nejbližšího člověka. V takovýchto situacích dochází často ke vzniku neurotické reakce (Kratochvíl, 2020).

Je-li jedinec vybaven adekvátní přizpůsobivostí a adaptací, náročnou situaci po nějaké době dokáže vstřebat a síla negativního pocitu opadne, jedinec se adaptuje, a tím vymizí i jeho potíže. Častější bývá dlouhotrvající negativní působení stresorů, které však nemusí být nijak silné. Jedná se například o život jedince v napětí, časté pocíťování nejistoty či hádky ústící v následné problémy, které narušují mezilidské vztahy. Neprojevované negativní pocity jedince se postupně mohou dostávat na povrch formou somatických příznaků a tělesných poruch. Jelikož příčiny vzniku úzkostných poruch mohou pramenit již z minulosti, nemusí se nutně odvíjet od aktuálně prožívaných situací, člověku se tak nabízí opětovná aplikace podobných vzorců z minulých záporných situací (Kratochvíl, 2020).

Ve snaze překonat vznikající potíže se u jedince může objevit konflikt, který navozuje úzkost. Určitou roli při překonávání stresujících situací a vyrovnávání se s nimi hrají i osobnostní vlivy jako temperament, charakter či genetika jedince (Malá a Pavlovský, 2002), kterým se také budeme dále v textu věnovat.

## 2.2 Neuroticismus a genetika

Existují rovněž mnohé důkazy o tom, že v etiologii úzkosti hrají podstatnou roli genetické determinanty. Výzkum genové náchylnosti k úzkosti již probíhá, zejména v oblasti panické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a u obecněji definovaných rysů souvisejících s úzkostí jako neuroticismus a snaha vyhnout se zranění (Arnold et al., 2004).

U všech úzkostných poruch existují významné rodinné shody a shluky společných výskytů, jak dokázala nedávná metaanalýza rodinných studií (Hettema et al., 2001). Ukázalo se, že děti úzkostných rodičů jsou vystaveny zvýšenému riziku vzniku úzkostných poruch (Black et al., 2003). Podobně studie dvojčat prokázaly mírnou dědičnost pro úzkostné poruchy. Proto tak představují vynikající příklad genetického vlivu, ve kterém mají rizikové faktory spíše pravděpodobnostní charakter než deterministickou povahu (Page et al., 2003).

## 2.3 Původ neurotické poruchy z pohledu dvou hlavních směrů

Výklad původu neurotických poruch variuje v závislosti na psychologické škole a směru. Jedna z nejvlivnějších teorií o vzniku neurózy je *psychoanalytického* původu a ovlivnila mnohé odborníky z pole psychologie. Je vhodná zejména pro terapeutickou práci s klientem, kdy je třeba rozlišovat mezi *intra* a *interpersonálními* problémy, se kterými pacient přichází (Praško, 2005). Rovněž je v *psychoanalytické* škole kladen důraz na význam nevědomých konfliktů, které se váží na období raného dětství jedince, a druh obranného mechanismu, který jedinec volil k překonání úzkostných pocitů (Malá a Pavlovský, 2002).

*Psychoanalytický* výklad úzkostí je specifický svým rozlišením úzkosti na *realistickou*, *neurotickou* a *morální*. *Realistická* je ta, kterou jedinec vnímá jako přiměřenou a odpovídá vážnosti úzkost vyvolávající situace. *Neurotickou* je nazývána taková úzkost, která je naopak neúměrná vnějšímu objektivnímu nebezpečí a představuje strach z možného trestu imaginárním vnějším činitelem/zdrojem. *Morální* úzkost zažívá jedinec tehdy, poruší-li zvnitřněná rodičovská pravidla a normy. Freudovo pojmání úzkosti spočívá v nevědomých intrapsychických konfliktech mezi nepřijatelnými impulzy a požadavky reality. Neurotická porucha může vzniknout z psychických traumat, jež nebyla dostatečně a včas odreagována. Afekt, který je takto zadržán a není uvolněn, se může postupně projevovat neurotickými příznaky (Praško, 2005).

*Kognitivně – behaviorální přístup* nahlíží na neurotické chování jako na projev osvojených maladaptivních způsobů zvládnání stresu. Způsoby myšlení a chování se v této úvaze navzájem ovlivňují a mají dopad i na emoce člověka. Jedinec si pak může události z minulosti a přítomnosti vykládat a očekávat dosud nenastalé situace dle svých vlastních představ a postojů. Kognitivně – behaviorální terapie klade důraz na subjektivitu vázanou na poznávací procesy a interpretaci zkušeností. Terapie se snaží dovést klienta ke změně dosavadního myšlení a uvažování, jež vytvoří nové vzorce chování (Malá a Pavlovský, 2002).

## **2.4 Neuroticismus a osobnost**

Jak z textu vyplývá, názory na vznik úzkostných poruch se liší. Někteří odborníci se domnívají, že za vznikem poruchy je samotná dispozice ve struktuře osobnosti, která pak ovlivňuje zvládnání úzkosti a vnitřní konflikty. Dle Kratochvíla (2020) je osobnost jedince úzce propojena s neurotickým laděním. Vlastnosti, které jedinec má, mohou být jak projevem neurotického ladění osobnosti, tak ale zároveň i jeho důvodem. Mohly se vyvíjet i vlivem neurotizace v dětství při utváření důležitých vztahů a pout. Později se tak může projevit vlastní neurotické chování a postoje. Rozlišuje se mezi neurotickými reakcemi a neurotickým vývojem, který se pojí s osobností pevněji, a má tak vazby i do minulosti člověka. Primární neurotický vývoj se váže již na raný vývoj dítěte, sekundární nasedá až na zážitky pozdější. Někdy tak mohou být traumaticky prožívány aktuální negativní situace, které však ještě vyplývají z předešlých stresujících a náročných zážitků, například z dětství, jež nebyly jedincem adekvátně zpracovány (Kratochvíl, 2020).

Neuroticismus hraje významnou roli i coby prediktor vzniku jiných duševních poruch, je rovněž dáván do souvislosti s distresem člověka, jako je dlouhotrvající psychická nepohoda a zdravotní problémy (Ormel et al., 2013). Představuje širokou doménu negativních afektů, zahrnujících předpoklady pro prožívání úzkostí, vzteku, deprese, studu a dalších znepokojivých emocí (Costa a McCrae, 2001).

Na výzkum úzkostných poruch, tedy i neuroticismu, v souvislosti s temperamentem a osobností jedince se zaměřoval i Clark a kolegové (1994). Ti se domnívají, že úzkostné poruchy mají společně čtyři základní komponenty, a to afektivní, kognitivní, biologickou

a behaviorální, které jsou také vzájemně propojeny v rámci osobnosti jedince. Existuje široká škála predispozic a vulnerabilních modelů, ve kterých hrají osobnostní charakteristiky zásadní roli, především pak v rozvoji úzkostné poruchy. Predispozice může vést k větší náchylnosti ke vzniku úzkostných poruch obecně či k nějaké specifické a konkrétní. Dodávají rovněž, že úzkostné poruchy mají vliv na osobnost ve smyslu obecného zvýšení nejistoty a závislostního chování u jedinců.

Eysenck (1985) odkazoval na neuroticismus jako na emocionální rys, který je specifický rychlým vzplanutím a pomalejším vychladnutím. Costa a McCrae (2001) zase popisovali neuroticismus jako dimenzi mezi neadaptací s negativní emocionalitou jedince a správnou adaptací se schopností přizpůsobit se. Jiní kladli důraz na možné etiologické složky neuroticismu, jako je například neschopnost ovládat svá nutkání, neefektivní zvládání stresu, časté stěžování si, sklon k nereálným nápadům či přílišné hodnocení situací jako stresující. Neuroticismus je pak rovněž popisován jako široký rys, jenž je na samém vrcholu taxonomie osobnosti a své historické kořeny má ve freudianské teorii (Clark et al., 1994). Rozdíly mezi definicemi a pojetím neuroticismu byly sladěny koncem devadesátých let díky konsensu náhledu na neuroticismus jako na obecný sklon k prožívání negativních emocí (Ormel et al., 2013).

## **2.5 Gender a kulturní prostředí ve vztahu k neuroticismu**

Ukazuje se, že neuroticismus je vázán na pohlaví jedince. Ve studiích fokusujících se na gender ženy vycházely jako více neurotické, skórovaly výše v oblastech úzkostnosti a depresivních symptomů (Feingold, 1994) nežli mužská populace. Nížšího skóre ženy dosahovaly zase v oblasti sebepojetí (Nolen-Hoeksema, 1987). Další rozdíl můžeme najít v oblasti vzteku a hostility, kde podle určitých studií muži skórují výše nežli ženy (Scherwitz et al., 1991). Jiné zase přisuzují ženám vyšší agresivitu (Averill, 1982).

Nejen v závislosti na pohlaví se dle některých odborníků úzkostné poruchy projevují odlišně. Karen Horney (2007) přisuzovala rozdíly v tomto vnímání i kulturnímu pozadí jedince. Vnímala úzkost jako dynamické centrum neuróz a také jako nepřiměřenou reakci na nebezpečí, a to i na to domnělé. Toto rozlišení na přiměřené a nepřiměřené je však do velké

míry určováno právě zmíněným kulturním prostředím, ve kterém se jedinec prožívající zmíněnou úzkost nachází.

Na gender a kulturní prostředí je rovněž brán zřetel při diagnostice úzkostných poruch diagnostickým a statistickým manuálem duševních poruch 5. revize, jenž nahlíží na jednotlivé poruchy z širšího kontextu vymezením těchto faktorů diagnózu ovlivňujících (American Psychiatric Association, 2015), blíže bude představen dále v textu.

## **2.6 Od úzkosti k úzkostné poruše**

Pomezí mezi úzkostí přirozeně patřící k životu a úzkostí, jež zásadně ovlivňuje každodenní život a vykonávání rutinních činností jedince, často člověk blíže poznává při kontaktu s odborným lékařem, kterého se v důsledku svých obtíží rozhodl vyhledat. V tyto okamžiky odborník posuzuje, zda úzkost, se kterou klient přichází, vyžaduje léčbu. Glas (2020) odkazující na biomedicínský model říká, že tam, kde je porucha, je vyžadována i léčba. Tam, kde je přítomnost poškození, je rovněž i dysfunkce. A tam, kde je dysfunkce, jsou taktéž přítomny projevy a symptomy, v nichž se dysfunkce projevuje. Přehled těchto jednotlivých projevů z hlediska jejich počtu a intenzity jsou vymezeny v diagnostických manuálech duševních poruch.

Diagnóza úzkostné (neurotické) poruchy se uplatňuje u pacientů trpících tělesnými nebo duševními problémy, jež neplynou z organického poškození. Pacient si je svých potíží vědom a často si na ně stěžuje. Problémy mohou mít vazby na duševní stavy a potíže ve vztazích, v rodině či v práci pacienta. Pocházejí z konfliktů vnitřních či vnějších, silné intenzity a durance, jež jsou často svázány s vlastnostmi, postoji i vývojem jedince (Kratochvíl, 2020).

Neurotické poruchy působí u jedince prožívání závažného stresu a mají značný dopad na jeho běžné fungování. Vyznačují se záchvatovitými nebo kontinuálně fluktujícími stavy úzkosti či strachu, jež nejsou reakcí na reálné nebezpečí a jsou provázené tělesnými a psychickými projevy aktivace stavu jedince. Takzvaná spontánní úzkost se u jedince objevuje zejména při vnímání strachu nebo úzkosti bez zjevné příčiny. V souvislosti s konkrétními okolnostmi a zažívaným strachem v situacích, kterých se běžně lidé nebojí, se hovoří o fobiích. Při očekávání ohrožující situace se u jedince rozvíjí úzkost anticipační

(Praško, 2011), která může vznikat jen při myšlence na situaci úzkost vyvolávající (Kulísková, 2001). Raboch a Pavlovský (2012) zmiňují, že se neurotické příznaky v průběhu života objeví až u 20 % populace.

Říčan popisuje neurotického člověka jako neklidného, podrážděného, úzkostného, který si často dělá starosti zcela zbytečně. Vyznačuje se svým nedospělým chováním, nízkou sebedůvěrou a pocitem méněcennosti. Je snadno zranitelný a často se trápí pokořujícími situacemi. Mívá sklony k omdlávání, trpí závratěmi a neklidným spánkem (Říčan, 2010).

V této kapitole bylo představeno pojetí úzkosti a neuroticismu v širším kontextu. Byla odlišena míra úzkosti, která je pro nás potřebná, i její přemíra v intenzitě a frekvenci, která již negativně ovlivňuje život jedince. Text uvedl různé náhledy na původ a vznik úzkosti. Prostor byl věnován neuroticismu v souvislosti s osobností, temperamentem, rysy, genderem i prostředím.

### **3 Vymezení neurotických poruch**

#### **3.1 Neurotické poruchy dle DSM-5**

Vymezení neurotických poruch lze srovnat i v rámci klasifikačních manuálů. V diagnostickém statistickém manuálu duševních poruch páté revize (DSM-5) jsou tyto poruchy nazývány Poruchami úzkostnými. Obecný popis je v souladu s výše představenou deskripcí poruch. Rozčlenění a definování poruch úzkostného charakteru je odvíjeno od objektů nebo situací, v nichž daná úzkost vzniká, z čehož pramení jedincův strach se obávaným místům a situacím vyhýbat. Dále také od obsahů, myšlenek a přesvědčení jedince vázaných na obávanou situaci. Úzkostné poruchy jsou velice často v komorbiditě. Rovněž se v DSM-5 i v MKN-10 (World Health Organization, 2006) pracuje s aspektem durance jednotlivých poruch, kdy jsou úzkosti od strachu vymezeny dobou trvání několika měsíců. Při posuzování přiměřenosti úzkosti je kladen zřetel i na kulturní faktor, tedy na prostředí, z něhož jedinec prožívající úzkostnou poruchu pochází. Samotná deskripce jednotlivých poruch je uzpůsobena srozumitelně a logicky, tedy od jejího nástupu, což rovněž často sahá až do období dětského vývoje. Ve shodě s MKN-10 je každá porucha vymezena diagnostickými kritérii, pro jejichž aplikaci a přidělení diagnózy je nutné potvrzení jejich předem určeného počtu. Následně je porucha vylíčena diagnostickými znaky typickými pro danou poruchu a přidruženými znaky, které diagnózu podporují, prevalencí, již zmíněným vývojem a průběhem, rizikovými, prognostickými a genderovými faktory. Důkladný popis je rovněž obohacen o funkční důsledky dané poruchy, které se jeví jako velice užitečné pro celostní pojetí poruchou postiženého člověka a jejího vlivu na každodenní život a osobnostní fungování jedince. Závěr charakteristiky poruchy je doplněn diferenciální diagnostikou vymezující veškeré podobné poruchy, které ale daná kritéria pro její aplikaci v diagnostice nesplňují (American Psychiatric Association, 2015).

#### **3.2 Neurotické poruchy dle MKN-10**

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů desáté revize (MKN-10) představuje všechny úzkostné poruchy v rámci jedné skupiny. Nalezneme je v sekci F40-F49, pod názvem *Neurotické poruchy, somatoformní poruchy a poruchy vyvolané stresem*. Takto označené poruchy zastřešují téměř šedesát subdiagnóz, jež spojuje prožívání

chorobné úzkosti (Janíček, 2008). Nejen, že je všechny pojí historický pojem neuróza a sním spjaté názvosloví, jsou rovněž shlukovány pro jejich jasné souvislosti s psychologickými příčinami. V porovnání s MKN devátou revizí (MKN-9), kde byly jednotlivé poruchy rozřazovány do *úzkostí, neuróz a fobií*, zde dochází k jemnějšímu uchopení a rozlišení mezi jednotlivými poruchami. V mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize MKN jsou již skupiny úzkostných poruch popsány. Do kategorie *Fobických úzkostných poruch* se řadí: agorafobie, sociální fobie, specifické (izolované) fobie, jiné fobické úzkostné poruchy, fobická úzkostná porucha nespécifikovaná. Již tedy u samotného představení poruch můžeme nahlédnout rozdíly v systému a uchopení tímto manuálem a DSM-5. Z epidemiologických studií, jak uvádí Praško (2005), se zjistilo, že rozdíly mezi jednotlivými výše prezentovanými skupinami spočívají jak v symptomatologii, tak i v potřebě specifikované farmakoterapie, psychoterapie i v samotném jejich průběhu. Pro méně závažné formy poruch jsou vyhrazeny kategorie smíšeného charakteru (Smíšená-úzkostně depresivní porucha), u nichž se často vyskytuje kombinace deprese a úzkostí.

Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje neurotické poruchy jako poruchy, u nichž je úzkost vyvolávána v jasně a dobře definovaných situacích, jež za normálních okolností nepředstavují nebezpečí. Lidé trpící úzkostnými poruchami se snaží těmto situacím vyhýbat a předcházet tak potenciálním nepříjemným pocitům a stavům. Pacienti se v těchto situacích často soustředí na jednotlivé příznaky jako palpitaci, pocity na omdlení, strach ze smrti, ztráta sebeovládání nebo zešílení. Již přemítání o fobické situaci vzbuzuje u pacientů takzvanou anticipační úzkost. Jak je popisováno v samotné klasifikaci, fobická úzkost a deprese často existují vedle sebe, pro určení jejich diagnózy však záleží na časovém průběhu obou nemocí (World Health Organization, 2006).

### **3.3 Vymezení vybraných poruch**

Následná deskripce se věnuje pouze některým neurotickým poruchám, na které je v textu častěji odkazováno. Jejich popis je čerpán z Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize a rovněž je místy doplněn o funkční důsledky z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-5.

### **3.3.1 Fobické úzkostné poruchy (F40)**

Jedinec trpící fobickou úzkostnou poruchou zažívá různé formy strachu. Nejčastějšími jsou strachy z vody, hmyzu, uzavřených prostor, nemoci a létání. U fobických úzkostných poruch je úzkost vyvolávána v dobře definovaných situacích, které nejsou běžně považovány za ohrožující a nebezpečné. Pacient se snaží těmito situacím vyhýbat, aby tak mohl předejít strachu (World Health Organization, 2006; Malá a Pavlovský, 2002).

#### **Agorafobie (F40.0)**

Agorafobií je nazýván strach, který jedinec pociťuje v otevřených prostranstvích, avšak i v uzavřených prostorech, například v metru, v letadle či v obchodních domech. Jedinci mohou mít také strach z opuštění svého domova či z odcestování. Fobie tohoto druhu se častěji vyskytuje u žen než u mužů. Tak je tomu například i u specifických poruch, generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy, s níž bývá agorafobie spojována nejčastěji. U osob s agorafobií se mohou vyskytnout sekundární depresivní stavy a somatické stesky (World Health Organization, 2006). Prevalence výskytu této poruchy je mezi 2–3 % populace (Praško, 2004).

- Funkční důsledky agorafobie dle DSM-5

Dopad agorafobické poruchy je značný převážně v sociální oblasti a roli jedince v ní. Souvisí s poklesem pracovní výkonnosti či častou absencí v zaměstnání. Velká část pacientů s agorafobií není schopna pracovat či do práce docházet, jsou tak izolováni v domácím prostředí od zbytku světa (American Psychiatric Association, 2015).

#### **Sociální fobie (F40.1)**

Sociální fobie, jež je četností vyvážená u obou pohlaví, je charakteristická velkým strachem ze zesměšnění a ztrapnění se v širší společnosti. Strach je u dotyčného následně doprovázen somatickými změnami, například zčervenáním, horkem, staženým hrdlem, třesem rukou, chvěním hlasu a dalšími vegetativními symptomy. Jedinec se obává nepříjemných emocí, které příznaky úzkosti doprovázejí. Obává se pozorování a následně možného negativního hodnocení. Z toho důvodu se těmito nepříjemným situacím vyhýbá, což postupně vede k jeho sociální izolaci či v extrémních případech někdy až k sebevraždě. Lidé trpící touto poruchou si jsou často vědomi, že jejich obavy a chování jsou nepřiměřené, až přehnané. Dle Malé

a Pavlovského (2002) je u této poruchy velmi vysoké riziko suicida, až šestkrát vyšší než u běžné populace (World Health Organization, 2006). Prevalence poruchy se pohybuje mezi 10–16 % populace (Praško, 2004).

- Funkční důsledky sociální fobie dle DSM-5

Sociální fobie má dopad na celkové produktivní chování jedince. Má negativní vliv na úspěšnost dokončení studia, na profesní a osobnostní růst jedince, míru produktivity v oblasti zaměření, celkový pocit *well-beingu* jedince je významně snížen. Od těchto narušení se přirozeně odvíjí i finanční ohodnocení znevýhodněného jedince. Osobní a soukromá oblast člověka s poruchou je ochuzena o sociální kontakty a společenský život. S vyšším věkem mohou člověku ubývat síly a snaha o sebe pečovat, a tím může docházet k zanedbání vlastní osoby. Daný člověk nemá, s kým trávit volný čas, často žije o samotě, nemá tak důvod o sebe pečovat a o koho se starat. Jedinci mají často potíže s nezaměstnaností, což je zanechává v sociálním bloku, dokud se nerozhodnou vyhledat odbornou péči (American Psychiatric Association, 2015).

### **Specifické (izolované) fobie (F40.2)**

Fobie tohoto druhu se vyznačují zaměřením na specifické a zvláštní situace, které jedinci způsobují obavy a úzkost. Nejčastěji se jedná o momenty, při nichž je jedinec vystaven přílišné blízkosti určitého typu zvířat, může se rovněž obávat hřmění ohlašující bouřku, tmy, létání, konzumace některých jídel nebo pohledu na krev (World Health Organization, 2006). Celoživotní prevalence poruchy v populaci se pohybuje okolo 12 % (Praško, 2004).

- Funkční důsledky specifických fobií dle DSM-5

Narušení funkčních schopností dané tímto druhem poruchy zasahuje do psychosociální oblasti jedince s negativními dopady na kvalitu života. Narušení je zřetelné rovněž v oblasti profesní a mezilidských vztahů. S postupem času je možná redukce samoobslužných schopností. Rovněž u starších lidí vlivem zvýšené opatrnosti roste i obava o své zdraví spojené s obavami z pádů, vlivem čehož se jedinec může pomalu distancovat od společenského života a skončit v domácí péči bez dalších sociálních kontaktů. Množství fobií může rovněž s věkem narůstat, a s tím roste i poškození dosud funkčních schopností (American Psychiatric Association, 2015).

### **3.3.2 Jiné úzkostné poruchy (F41)**

#### **Panická porucha (F41.0)**

Je charakterizována opakující se silnou úzkostí, která vzniká neočekávaně, bez zjevného objektivního nebezpečí. Durance panického strachu je pouhých pár minut. Panika vzniká náhle a stejně náhle pak i končí. Jedinec trpící panickou poruchou je pohlcen strachem, že nad sebou ztratí kontrolu, bojí se zešílení a smrti. Ataky se mohou fixovat a mají tendence se opakovat (World Health Organization, 2006). Celoživotní prevalence se u panické poruchy pohybuje od 1,5–3,5 % populace (Praško, 2004)

- Funkční důsledky panické poruchy dle DSM-5

Značný negativní dopad na osobnostní fungování má i tato porucha, která do velké míry ovlivňuje schopnost jedince být aktivní v pracovní, fyzické a sociální oblasti. Lidé trpící touto poruchou navštěvují lékaře s velmi vysokou frekvencí. Vyhýbají se často sociálnímu dění, mají problémy s docházením do školy a práce z důvodu opakovaných návštěv odborníků či nemocničních oddělení. Tyto časté absence pak mohou vést k nezaměstnanosti. Jedinec trpí celkovou špatnou úrovní života, snižují se rovněž schopnosti o sebe pečovat a zvyšuje se potřeba zdravotní péče (American Psychiatric Association, 2015).

#### **Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)**

Projevuje se nadměrnými obavami a úzkostí z běžných a každodenních situací. Pacienti jsou plní neustálého napětí, zlých předtuch a očekávání. Lidé trpící úzkostnými poruchami jsou pod výraznou zátěží, která způsobuje sociální maladaptaci (World Health Organization, 2006; Malá a Pavlovský, 2002). Prevalence se pohybuje mezi 5–15 % populace (Praško, 2004).

- Funkční důsledky generalizované úzkostné poruchy

Porucha a s ní spojené neustálé obavy ovlivňují schopnosti jedince efektivně a produktivně pracovat. Jedinec je z neustálé přítomnosti obav unaven, přidružují se stavy narušeného soustředění, neklidného spánku, zvýšené tenze a svalového napětí, a z toho vyplývající celková vyčerpanost organismu. Rodiče s tímto typem diagnózy mají obtíže vychovávat ze svých dětí zdravě sebevědomé jedince. Často mají nízký pocit pohody a narušenou celkovou

kvalitu života. S poruchou se často vážou i fyzická postižení, která dále znepříjemňují fungování jedince (American Psychiatric Association, 2015).

V obsahu této kapitoly bylo překročeno pomezí od širšího pojmání neuroticismu k vymezení konkrétních projevů neurotických poruch a uchopení klasifikačními manuály. Představeny byly neurotické poruchy, na které je v práci častěji odkazováno, a jejich deskripce byla doplněna o funkční aspekty, které postupně obsahovou linii směřují k dalšímu důležitému tématu práce, tedy k osobnostnímu fungování.

## 4 Osobnostní fungování podle DSM-5

Ačkoliv se práce zaměřuje na osobnostní fungování u neurotických pacientů, následující řádky jsou rovněž věnovány tématu poruch osobnosti, a to z důvodu velmi těsné provázanosti obou oblastí. Alternativní model pro poruchy osobnosti definuje osobnostní fungování jedince, které v práci tvoří jednu z klíčových rolí. Předně bude představena podstata a funkce alternativního modelu podle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch páté revize.

### 4.1 Alternativní model pro poruchy osobnosti – AMPO

Páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) zahrnuje dva přístupy k diagnostice poruch osobnosti (American Psychiatric Association, 2013). První je obsažen v sekci II DSM-5, jež zůstává v souladu s předchozím vydáním DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Představuje kategorický diagnostický přístup a obsáhle popisuje obecná kritéria pro patologii osobnosti, která jsou seskupena do tří klastrů dle jejich vzájemné podobnosti (American Psychiatric Association, 2013). Definuje poruchy osobnosti jako trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně liší od očekávání kultury jednotlivce, je pervazivní a nepružný, má nástup v dospívání nebo rané dospělosti, je stabilní v čase a vede ke strádání nebo poškození (American Psychiatric Association, 2013). *Klastr A* poruch osobnosti se skládá z poruch paranoidních, schizoidních a schizotypálních. *Klastr B* zahrnuje poruchy antisociální, hraniční, histriónské a narcistické. Nakonec *klastr C* obsahuje kategorie vyhýbavé, závislé a obsedantně kompulzivní poruchy osobnosti (American Psychiatric Association, 2013). Diagnostika a výzkum poruch osobnosti se díky kategorickému modelu výrazně zlepšil, jelikož nabídl společný jazyk pro popis často se vyskytujících symptomů. Postupně se však odborníci začali ozývat s obavami o nedostatečné zachycení prožívání samotných pacientů (Skodol et al., 2012).

Alternativní model pro poruchy osobnosti měl pomoci právě s řešením dlouhodobé nespokojenosti s výše zmíněnými nedostatky kategorizujícího modelu, jež se týkaly převážně diagnostiky pacientů se specifickou poruchou osobnosti, kteří z důvodu časté heteronomie vykazují rysy splňující kritéria pro více než jednu poruchu osobnosti (Morey et al., 2015). Rovněž bylo vytýkáno povrchní pokrytí patologie osobnosti, diagnostická nestabilita (Grilo et al., 2000) a nedostatek specifikátorů závažnosti dané poruchy (Schmeck

et al., 2015; Skodol, 2012). Závažnost poruchy osobnosti se nyní jeví jako nejdůležitější prediktor její dysfunkce (Hopwood et al., 2011).

Ve snaze reagovat na tuto kritiku se nabízí využití sekce III DSM-5 alternativního hybridního dimenzionálně-kategorického modelu, jenž představuje druhý přístup pro diagnostiku poruch osobnosti (American Psychiatric Association, 2013). Tento alternativní model pro poruchy osobnosti (AMPO) klasifikuje poruchy osobnosti podle narušení osobnostního fungování v oblasti Self s aspekty *identity* a *sebeřízení* a v oblasti Interpersonální s aspekty *empatie a intimacy* (American Psychiatric Association, 2013).

*Osobnostní fungování* tvoří v rámci diagnostiky kritérium A. *Patologické individuální rysy* osobnosti tvoří kritérium B. Zbývající diagnostická kritéria pro poruchu osobnosti jsou podobná kritériím popsaným v části II. Za podstatný je tedy pro nové uchopení diagnostiky považován postup, při kterém jsou deficity v osobnostním fungování a individuálních rysech osobnosti průběžně hodnoceny na základě jejich závažnosti narušení (Morey et al., 2011). Aby mohla být uplatněna diagnóza poruchy osobnosti, musí být splněna dvě výše představená kritéria A a B (American Psychiatric Association, 2015).

Deskripce společných rysů poruch osobnosti, jejich podstaty, změn a závažnosti, patří mezi hlavní cíle alternativního modelu. Konkrétní forma projevů se tedy upořádá před závažností dysfunkce osobnosti, jež stále více nabývá na důležitosti kvůli svému dalšímu dopadu na průběh a léčbu poruchy (Hopwood et al., 2011). Cílem přístupu tedy není přiřazení konkrétní poruchy pacientovi, nýbrž deskripce obtíží a následné určení jejich závažnosti (Morey et al., 2015).

I když byla odborníky věnujícím se konstrukci alternativního modelu doporučena implementace nového přístupu do oficiálních sekcí manuálu, správní rada americké psychiatrické asociace tato doporučení nepřijala, a proto byl alternativní model zahrnut do sekce III DSM-5 mezi koncepty vyžadující další studium (Morey et al., 2015). Podobnost uchopení diagnostiky bude brzy možno spatřit v aktuálně připravované Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize (ICD – 11). Manuály se shodují například v uchopení deskripce potíží v osobnostním fungování, jež je považováno za obecné diagnostické kritérium pro poruchy osobnosti. Kvalita tohoto fungování je vymezena v oblasti Self, kterou tvoří aspekty

sebehodnocení, identity, sebesměřování a akurátnosti vlastního náhledu na sebe, a v oblasti Interpersonální, jež obsahuje schopnost rozvíjet a udržovat vzájemné a uspokojivé vztahy, schopnost rozumět perspektivám ostatních a zvládat vztahové konflikty (Reed, 2018).

Jak je již nastíněno výše, narušení funkční schopnosti osobnosti je uchopeno jak ve vztahu k *sobě samému* (intrapersonálně), tak i ve vztahu k *druhým lidem* (interpersonálně), a tvoří také jádro psychopatologie osobnosti. V rámci alternativního modelu je úroveň závažnosti narušení posuzována na kontinuu. Hodnocení se provádí na pěti stupních, od žádného narušení – 0, přes mírné – 1, středně těžké – 2, těžké – 3, až po velmi těžké narušení – 4 (American Psychiatric Association, 2015).

## **4.2 Funkční a méně funkční osobnost**

Za klíčové se v souvislosti s funkčními schopnostmi osobnosti považují způsoby, jakými o sobě jedinec smýšlí, uvažuje a jak sám sobě rozumí, spolu se způsoby interakcí s druhými lidmi. Funkční osobnost člověka se vyznačuje jeho pozitivním, adaptabilním sebeobrazem, integrovaným, celistvým prožíváním života a bohatou emocionalitou, jež je schopen ovládat. Dokáže zaujmout pozici produktivního člena ve společnosti žijícího v uspokojivých interpersonálních vztazích. Na opačné straně kontinua funkčních schopností je osobnost s patologickými rysy, jež se vyznačuje konfliktním rozpoložením s chudým duševním životem, má sklon k prožívání negativních emocí, s neschopností jejich regulace. Sebepojetí je nestabilní, maladaptivní, slabé a nejasné. Jeho schopnosti adaptivního interpersonálního fungování jsou nízké, stejně tak i adaptivní sociální chování (American Psychiatric Association, 2015).

## **4.3 Posouzení funkčnosti**

Podstatný znak při posuzování patologie osobnosti tvoří daná úroveň závažnosti narušení funkčních schopností jedince. Celková závažnost a míra narušení funkčních schopností osobnosti upozorňuje na přítomnost, či absenci poruchy osobnosti. Narušení pak bývá doplněno i o specifické charakteristiky osobnostních rysů a skladby příznaků jedince. Jádrem psychopatologie osobnosti je narušení představ a vnímání sebe samého, tedy intrapersonální úrovně, a interpersonálních vztahů (American Psychiatric Association, 2015). Ústřední pro určení úrovně a závažnosti narušení funkční schopnosti osobnosti jsou

výše představené aspekty, tedy identita, sebeřízení, empatie a intimita. Vzhledem k tomu, že mentální reprezentace sebe sama a interpersonálních vztahů se navzájem do velké míry ovlivňují, mají tak dopad i na komunikaci s odbornými lékaři, tedy i na účinnost léčby a její výsledek. Zde tak vyniká i další podstata hodnocení vnímání jedince ve směru k sobě samému, jeho pohled na jiné lidi a mezilidské vztahy (American Psychiatric Association, 2015).

K určení patologie se postupuje hodnocením kontrastů a rozdílů, jež spočívají v charakteristických vzorcích myšlení o sobě samém a vnímání druhých lidí (Bender et al., 2011). Pro účely stanovení diagnózy, klinického zařazení pacienta a plánování následné léčby je vhodné určení stupně daného narušení, například pomocí polostrukturovaného rozhovoru – Semi-Structured Interview for Personality Functioning (Hutsebaut et al., 2017), který bude ještě představen dále v práci. Lze využít rovněž dotazník Level of Personality Functioning Scale (LPFS), kdy posuzovatel vybere tu úroveň, která nejvíce odpovídá aktuálnímu celkovému narušení funkční schopnosti osobnosti dotazovaného jedince. Hodnocení následně slouží ke stanovení dané diagnózy poruchy osobnosti (American Psychiatric Association, 2013). Tato nově vyvinutá škála úrovní funkčních schopností osobnosti slouží jako dimenzionální nástroj k definování závažnosti poruchy. Patologické osobnostní rysy, jež jsou hodnoceny v pěti širokých doménách, jsou rozděleny do 25 zvláštních aspektů. Popis pacienta se pak stává díky dimenzionálnímu přístupu klasifikačního systému mnohem detailnější (Morey et al., 2015).

Avšak dle Rossi a kol. (2017) se u aplikace nástroje LPFS vyskytují podstatné limity. Jsou jimi hlavně absence rozdělení hodnocení intrapersonálních a interpersonálních oblastí. Není tak možná diferenciacce mezi obtížemi spočívajícími v těchto dvou oblastech. Tyto rozdíly jsou patrné na příkladu jedince se schizoidní poruchou osobnosti, kdy se mohou projevat problémy s vlastním sebeobrazem a sebepojetím, ale interpersonální chování se může jevit jako bezproblémové, jelikož absence v sociálním dění těmto lidem spíše vyhovuje a cítí se jako vzdálení pozorovatelé pohodlněji. Problémy pak ale mohou nastávat při snaze o stanovení léčebných doporučení.

Kapitola se zaměřovala na představení osobnostního fungování dle DSM - 5 a alternativního modelu pro poruchy osobnosti v něm obsaženého. Prostor byl dále věnován vymezení funkčnosti a deskripci funkční a méně funkční osobnosti.

## 5 Aspekty funkčních schopností osobnosti podle DSM-5

Funkční schopnost jedince ve vztahu k sobě samému sestává z níže popsanych aspektů:

### *A) Identita*

- 1) Schopnost uvědomění si sebe sama jako samostatné bytosti s jasnými hranicemi, jež oddělují jedince od ostatních bytostí, se stabilní sebeúctou
- 2) Schopnost přesného posouzení vlastní osoby
- 3) Schopnost regulace emočních prožitků

### *B) Sebeřízení*

- 1) Schopnost stanovit si a plnit smysluplné a navzájem související krátkodobé i celoživotní cíle.
- 2) Schopnost využívat konstruktivních a prosociálních vnitřních norem
- 3) Schopnost sám sebe tvořivě reflektovat

Funkční schopnost jedince ve vztahu k druhým obsahuje aspekty:

### *A) Empatie*

- 1) Schopnost porozumění a chápání prožívání a motivaci druhých lidí
- 2) Tolerance rozlišných názorů
- 3) Uvědomění si vlivu vlastního chování na ostatní

### *B) Intimita*

- 1) Vytváření hlubokých a trvalých vztahů s ostatními
- 2) Touha po blízkých vztazích a kapacita pro ně
- 3) Respekt a úcta v interpersonálních vztazích (American Psychiatric Association, 2015).

### 5.1 Identita

S termínem identita se nejčastěji setkáváme na poli vývojové, osobnostní a sociální psychologie. Je to konstrukt velice obsáhlý a složitý. V práci bude tento termín představen s hlavním cílem lepšího uchopení souboru funkčních schopností, kde hraje vnímání vlastní identity důležitou roli.

Konstrukt identity byl v alternativním modelu integrován a pojímán jako centrální diagnostické kritérium pro poruchy osobnosti (Schmeck et al., 2013). Narušení osobnostního

fungování se tak úzce týká problémů s identitou a sebeřízením. Alternativní model pro poruchy osobnosti popisuje *identitu* jako prožívání a vnímání vlastní osoby jako zcela jedinečné se stabilní sebeúctou a adekvátním sebehodnocením, jako osobnost, jež je schopna regulace široké škály emočních prožitků (American Psychiatric Association, 2013). Přestože narušení identity bylo již dlouho zahrnováno pod diagnostické kritérium ke klasifikaci hraničních poruch osobnosti, alternativní model pro poruchy osobnosti povyšuje ono narušení na základní rys všech osobnostních poruch.

Konstruktu identity se věnovali převážně velikáni vývojové psychologie jako Erik H. Erikson nebo James E. Marcia. Erikson (1950) nahlížel na identitu jako na celoživotní dynamický proces, který je ústředním bodem formování osobnosti. Ve své teorii psychosociálního vývoje se Erikson (1999) vztahuje k identitě převážně v pátém stádiu, jež je popsáno jako identita vs. konfuze rolí. Jedinci v tomto věku řeší rozdíly mezi vnímáním sebe sama a tím, jak je vnímají a jak na ně nahlízejí druzí. Jednají ve snaze sjednocení veškerých představ o sobě samých a snaží se ustanovit pevné pojetí vlastní identity. V případě neúspěchu může u jedince dojít k takzvané *difuzní* identitě, a právě s tím pak mohou souviset rizika vývoje psychotické poruchy. Vývoj identity je vnímán jako hledání nového smyslu vlastního sebepojetí, kontinuity vnímání sebe sama. Jedinec si v této době dospívání osvojuje kompetence a získává nové role, snaží se uskutečnit představu o tom, jaký by chtěl být. Chce získat náhled na přesnější obraz sebe sama, jenž by pak mohl sloužit jako základ identity (Macek, 2003). *Syntéza* identity je Eriksonem (1968) popsána jako prožívání kontinuity v čase a napříč situacemi a s jasnou představou o osobních plánech, cílech a přesvědčeních (Kaufman et al., 2014).

### **5.1.1 Identita jako ústřední pojem v hodnocení funkčnosti osobnosti**

Jelikož je identita s funkčními schopnostmi úzce spjata, bude zde věnován prostor orientaci na identitu jako na klíčový aspekt určování míry poškození osobnostního fungování.

Kritérium A v alternativním modelu poruch osobnosti se, jak již víme, zaměřuje na narušení funkčních schopností. Bylo již nastíněno, že vzniku AMPO předcházela řada neshod a kritika směřovaná k diagnostice poruch osobnosti. Odborníci, kteří pracovali na vymezení kritéria, se opírali o dlouhodobé studie, klinické teorie, jejichž ústřední roli hrála identita, a to v souvislosti s jejím typickým vývojem, a dále ve spojení s teoriemi osobnostní

patologie (Erikson, 1950; Livesley, 1998). Livesleyův (1998) model adaptivního selhání a Kernbergův (1984) model organizace osobnosti zdůrazňují poruchy související právě s identitou jako hlavním prvkem osobnostní patologie. Každý z výše zmíněných teoretiků rovněž popsal kontinuum fungování identity od adaptivního po maladaptivní procesy osobnosti (Erikson, 1968; Kernberg, 2006; Skodol, 2012).

Kernberg nahlížel na *integraci identity* jako na stabilní, flexibilní a realistické vnitřní prožívání sebe a ostatních lidí (Kernberg a Caligor, 2005).

*Difuze identity* je naproti tomu pojímána jako neúspěšná snaha jedince o integraci ústící ve fragmentované a nestabilní vnímání a smysl sebe sama i ostatních (Kernberg, 1984a, 2006, McWilliams, 1994). Jedinci, kteří prožívají těžkou *difuzi identity*, jsou hluboce zmateni tím, kým jsou, a mohou mít pocit, že skoro neexistují (McWilliams, 1994). Dočasné období zkoumání a změn s fokusem na jedincova přesvědčení a roli v životě je typické pro *konfuzi identity* (Erikson, 1968; Schwartz et al., 2013; Schwartz et al., 2009). *Zažívání difuze identity* se u jedinců projevuje jako problém se sebeurčením, což vede k nepříjemným pocitům neschopnosti zaujmout adekvátní roli v životě jedince, inkoherenci a fragmentaci (Erikson, 1968). Jako společné výše zmíněným teoriím a jejich autorům můžeme určit právě důraz kladený na význam dysfunkce identity v osobnostní patologii.

Za účelem měření osobnostního fungování souvisejícího s identitou byla navržena škála pro zjišťování dimenzí osobnostního fungování *Self-Concept and Identity Measure (SCIM)* (Kaufman et al., 2014). Nástroj obsahuje škály pro *konsolidovanou identitu, narušenou identitu a identitu nedostatečnou*. Svůj podíl na konstrukci nástroje mají zejména vývojově a klinicky orientované literární zdroje, včetně využití Eriksonovy a Kernbergovy teorie. Cílem nástroje je zachycení adaptivních a maladaptivních procesů identity osobnosti (Kaufman et al., 2015).

Při využití škály v klinických podmínkách jedinci vykazují různou míru identity. Jedinci, jež dosahují vyšších skóre v subškále *konsolidované identity*, dle nástroje autorů (Kaufman et al., 2015) disponují integrovaným a celistvým vnímáním sebe sama a jsou si jisti vlastní osobou.

Vysoké skóry v subškále *narušené identity* ukazují na jedince potýkající se s řadou identitních problémů souvisejících s vlastním sebeurčením. Tyto osoby prožívají období diskontinuity a nejistoty, jejich chování je nekonzistentní (Kaufman a Crowell, 2018)

Subškála *nedostatečné identity* je na konci kontinua, zachycuje silnou patologii, pocit vnitřní prázdnoty, fragmentace nebo rozpadnutí identity (Kaufman et al., 2015; Kernberg, 2006). Vysoké skóre na škále *konsolidované identity* je, dle nedávných studií, využívajících nástroj SCIM, negativně spojeno s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. A vysoké skóre na škále *narušené identity* a *nedostatečné identity* je naopak s touto poruchou spojeno pozitivně (Bogaerts et al., 2018; Kaufman et al., 2015). Zmíněná zjištění jsou rovněž ve shodě s předchozími výzkumy dokládajícími narušení identity jako základní rys poruchy osobnosti (Westen et al., 2011).

Podobné studie, jež rovněž zkoumaly koncept identity u lidí s diagnostikovanou poruchou osobnosti, vyšly s výsledky potvrzujícími vysoké skóry v oblasti *narušené identity* u osob s paranoidní, hraniční, antisociální a schizotypální poruchou osobnosti. Na druhou stranu nejnižší skóre v oblasti této identity se objevují u obsedantně kompulzivních a narcistických poruch osobnosti (Morey et al., 2011).

I další studie potvrzují tato zjištění a doplňují je o narušení schopnosti sebeurčení, která byla kladně spojena s diagnózami paranoidní, hraniční, schizotypální, vyhubavá a závislá porucha osobnosti (Few et al., 2013; Hentschel a Livesley, 2013). Z toho vycházející výzkum Widigera a kolegů (2019) zdůraznil dysfunkci identity rovněž jako ústřední prvek poruch osobnosti. Tato oblast však i nadále nabízí dostatek prostoru k hlubšímu bádání. Vztah mezi identitou a poruchami osobnosti stále není dostatečně prozkoumán.

## **5.2 Sebeřízení**

Pojem sebeřízení je v DSM–5 popisován jako snaha jedince o stanovení smysluplných krátkodobých i dlouhodobých životních cílů. Schopnost využívat konstruktivních, prosociálních, vnitřních standardů chování a produktivně je reflektovat (American Psychiatric Association, 2013). Odchyly od takto definovaného sebeřízení, jejichž zmapování a porovnání mezi neurotickými pacienty a běžnou populací je i dílčím cílem empirické části práce, můžeme pozorovat i u jedinců s odlišnou než neurotickou poruchou,

nejčastěji u osob s diagnostikovanou poruchou osobnosti. Jednotlivé odchylky se v této oblasti liší podle druhu osobnostní patologie, pro jejichž bližší popis se v práci nenachází uplatnění. Dále budou prezentovány přímé ukázky narušení této oblasti funkčních schopností osobnosti.

Narušení v této oblasti lze detekovat například zhoršenou schopností stanovit si osobně důležité cíle, absencí, nebo naopak příliš vysoko stanovenými prosociálními standardy chování či jejich nepružností, nedodržováním zákonů, normativního etického chování a přílišným moralizováním. Jedinec může mít stanovená nereálná očekávání a pociťovat nechuť při dosahování svých cílů. Stanovuje své cíle až na základě získaného schválení ostatními, stanovuje je nepřiměřeně, až nereálně vysoko, nebo příliš nízkou a nezná k jejich vytyčení vlastní motivaci. Při plnění úkolů a realizaci cílů pociťuje obtíže (American Psychiatric Association, 2013).

Pojem *sebeřízení* je také nejbližší zmiňován v souvislosti s probíranou problematikou, ve studiích věnujícím se Cloningerově osobnostnímu modelu a nástroji – *Temperament a Character Inventory TCI* (1994). Ve svém pojetí osobnosti ji rozčleňuje do sedmi dimenzí, které se v obecné populaci značně liší (Cloninger, 2004). Chápe osobnost jedince skrze dvě odlišné komponenty obsahující výše zmíněné dimenze, *temperament* a *charakter*, které rovněž tvoří hierarchický systém osobnosti. *Temperament*, jež je biologicky podmíněn, sestává v tomto modelu ze čtyř dimenzí, a to *hledání nového*, *vyhýbání se zranění*, *závislost na odměně* a *perzistenci* (Cloninger et al., 1993). *Charakter* se spíše vztahuje k vnímání identity, stanovení cílů a interpersonálních vztahů. Popisován je skrze tři dimenze, které tvoří *sebeřízení*, *kooperace* a *sebeopřesah*. Dimenze lze následně popsat pomocí extrémních rysů, které jsou například u oblasti *sebeřízení* rysy cílevědomosti a bezcílnosti. Dle autora není vztah temperamentu a charakteru lineární, ale spíše vzájemně se ovlivňující. Temperament tak usměrňuje a koriguje vývoj charakteru. Charakter zase reguluje dimenze temperamentu (Cloninger a Svrakic, 2008 in Fatemi et al., 2016). Pro účely práce je však tímto pojmem *sebeřízení* nejčastěji označováno to, jaké má jedinec schopnosti se ovládat, regulovat a přizpůsobovat chování svým vlastním cílům a hodnotám. Jak je soběstačný, spolehlivý a efektivní (Garcia et al., 2017).

### 5.3 Empatie

Empatie se dá vylicít jako schopnost porozumět a zhodnotit zkušenosti a motivaci druhých. Empatický jedinec projevuje toleranci k odlišným perspektivám a rozumí dopadům vlastního chování na ostatní. Potíže v oblasti *empatie* se, podobně jako u *sebeřízení*, projevují u různých poruch a diagnóz odlišně. Můžeme je spatřit například u jedinců, jež přehlížejí nebo se nezajímají o city druhých lidí, odmítají se s nimi ztotožnit, neprojevují adekvátní lítost nad jejich bolestí. Mohou být příliš zaujatí a přecitlivělí ke kritice nebo odmítnutí. Vnímají perspektivy druhých jako negativní a neberou v úvahu důsledky vlastního chování na ostatní (American Psychiatric Association, 2013).

Poruchu psychopatického (disociálního) charakteru lze považovat za jednu z prototypních poruch spojených s narušením empatie. *Empatická dysfunkce* je součástí diagnostického kritéria disociální poruchy. Dostatečným indikátorem je již samotná schopnost opakovaně a vážně někomu ublížit. *Empatie* je popisována jako afektivní reakce adekvátně vztažená na situaci jiného člověka než na svou vlastní. Je emočním projevem pozorovatele na afektivní stav jiného jedince. Pojem empatie je však různými autory a teoretiky uchopován jinak (Hoffman, 1987). Může být také chápána jako emoční reakce pozorovatele na emoční stav pozorované osoby. Jejími hlavními složkami jsou *kognitivní empatie*, kterou můžeme nalézt ve schopnosti přijímání odlišných perspektiv, *afektivní empatie*, již můžeme pozorovat jako projev emoční angažovanosti (Davis, 1980), a posledními jsou doprovodné *regulační mechanismy*, které korigují vlastní prožívání a vnímání druhých lidí (Decety, 2004). Z poměrně nedávných studií vyplývá, že u lidí s hraniční poruchou osobnosti jednotlivé složky empatie, tedy kognitivní a afektivní, mohou disociovat (Harari, 2010).

V souvislosti s narušením funkčních schopností, a konkrétně tedy narušením empatie, se dá hovořit o zhoršené schopnosti jedince rozpoznat pocity a potřeby ostatních, o přecitlivělosti k mezilidským interakcím, o náchylnosti k pocitu opovržení nebo osočení a vnímání ostatních selektivně předpojatě, s negativními atributy (American Psychiatric Association, 2013).

### 5.4 Intimita

Pojem *intimita* je v kontextu zaměření práce popisován jako hluboké a dlouhotrvající spojení s ostatními (American Psychiatric Association, 2013). *Intimita* je odborníky vnímána jako

esenciální aspekt interpersonálních vztahů (Reis, 1990). Přirovnávána bývá ke kvalitě interakcí mezi osobami (Patterson, 1982). Někteří soudobí teoretici ji vnímají jako více rozměrný a široký pojem a považují ji spíše za nejednoznačný konstrukt. Muniruzzaman (2017) naznačuje, že význam *intimity*, který označuje blízký mezilidský vztah, se liší jak mezi vztahy, tak i uvnitř jednoho vztahu. Existují různá vysvětlení tohoto pojmu a liší se dle kontextu, ve kterém se objevuje (Hook et al., 2003). Poměrně hojně je spojována právě s kontextem sexuality, kdy je chápána jako sexuální svazek. Může však být vnímána obecněji, právě jako součást běžných vztahů s druhými lidmi. Nejčastěji se s ní setkáváme jako s vlastností typickou pro dyadický vztah (Krosińska, 1999). Individuální rozdíly ve schopnostech a motivaci k intimitě a interpersonální povahu intimity zdůrazňuje Plopa (2007), který ji pojímá jako schopnost starat se o druhého člověka, svěřovat se a otevírat se mu, a těšit se z jeho přítomnosti a blízkosti. Timmerman (1991) vnímá lásku, něhu, důvěru a schopnost otevřít se jako její klíčové rysy. Dle Hatfielda (1993) ji podporuje moment důvěry, kdy je možné se svěřovat partnerovi se vším, co obsahuje jedincův vnitřní svět a poodkrývá jeho tajemství. Na tento akt otevření se a odhalení emocí je obvykle adekvátní symetrická reakce důvěrné osoby (Brehm, 1992).

Její narušení se na druhou stranu projevuje sníženou vzájemností těchto vztahů či úplnou neschopností navazovat vzájemné a důvěrné vztahy. Dále se jedinec s narušenou intimitou může potýkat s absencí blízkých vztahů kvůli strachu ze zesměšnění či opuštění. Když už vztahy utváří, jsou většinou povrchní a slouží k seberegulaci potřeb. Může se ve vztahu projevovat dominantním chováním ve snaze ovládnout ostatní. Jinak se dále vyhýbá utváření blízkých, romantických a intimních vztahů (American Psychiatric Association, 2013).

Výše popsaná kapitola se zaměřovala na vymezení a popis jednotlivých aspektů dle DSM-5, které jsou součástí funkčních schopností osobnosti. Větší prostor byl věnován aspektu identity, která je odborníky pojímána jako ústřední pojem v hodnocení funkčnosti osobnosti.

## 6 Osobnostní patologie spojená s funkčními schopnostmi

Pro dotvoření představy méně funkčních osobností jsou představeny studie popisující deficity ve funkčních schopnostech u jedinců s psychopatologickou diagnózou.

Jedinci s poruchami osobnosti se vyznačují deficitem v celé řadě schopností. Mohou mít problémy se srozumitelným vyjadřováním v souvislosti s omezenou verbální komunikací, trpí neadekvátním obrazem sebe samého, mají potíže v sebereflexi a při samoregulačních strategiích (Dimaggio et al., 2006). Nedostatky toho typu mohou vyplývat například z procesů vývoje a vlivu prostředí, spolu s temperamentem osobnosti.

Tematicke osobnostní patologie v souvislosti s interpersonálním chováním se věnoval i Bowlby (1969), který je považován za průkopníka v oblasti teorie rozvoje attachmentu. Předpokládal, že jednotlivci ve snaze porozumět vnějšímu světu vytvářejí takzvané interní pracovní modely, které jim pomohou zejména porozumět situacím v interakcích s jinými lidmi. Dle něj se ranými zkušenostmi s pečovateli a postupně se vytvářejícími vztahy formuje základ osobnostního fungování s komplexním souborem schopností k orientaci ve světě, spolu s rozvojem sociálních vztahů. Osobnostní patologie pak může být spojována s nejistým druhem připoutání (*attachmentu*), které si dítě se svými pečovateli tvoří.

Výzkumy ohledně zkresleného myšlení o sobě samém a druhých lidech demonstrovali například autoři Salvatore a kol. (2005), již popisovali, jak se pacienti s *paranoidní osobností* obvykle považují za slabé, neadekvátní a druhým lidem přisuzují vlastnosti jako hostilita a faleš. Rovněž charakteristika v podobě dominantního stavu mysli, který je prostoupen nedůvěrou a pocity vyloučení, je spojována s lidmi s diagnózou *narcistické poruchy osobnosti* (Dimaggio et al., 2008). Lidé s *vyhýbavou poruchou osobnosti* mají tendenci využívat maladaptivních schémat, jež jsou směřována k jejich vlastní osobě. Tito jedinci jsou plní studu a strachu z opuštění kvůli svým nedostatkům (Jovev a Jackson, 2004). Dle Donegana a kol. (2003) inklinují pacienti s *hraniční poruchou osobnosti* spíše k přiřazení negativních atributů k fotografii s jasně neutrálním výrazem a ve srovnání s pacienty s jinými poruchami osobnosti vykazují největší obtíže při vytváření léčebného vztahu s odborníkem. Zdroje informací k procesu reprezentace sebe samého (Self) jsou

u tohoto typu pacientů důkladnější a propracovanější než u jiných typů poruch osobnosti. Jsou ale rovněž více zkrácené a příliš fokusované na hostilní atributy dané poruchy (Stuart et al., 1990).

Výše zmíněné studie také podporují představu, že maladaptivní vzorce mentální reprezentace sebe samého a druhých lidí slouží jako substráty pro psychopatologii osobnosti, která je společná pro širokou škálu konceptualizací poruch, např. psychodynamické, kognitivně-behaviorální, interpersonální a rysové (Bender a Skodol, 2007).

## 6.1 Teoretický rámec modelu

Mezi první autory, již formulovali klasifikaci charakterové patologie, patří Kernberg (1970). Kvalita jedincova *mentální reprezentace Self* a *mentální reprezentace druhých lidí*, jež zmiňuje v teorii objektních vztahů, je považována za hlavní komponentu systému klasifikace. Autoři Livesley a Jang (2000) pojali konceptualizaci osobnostní patologie jako obtíže trojího charakteru uvnitř intrapersonálních (Self) a interpersonálních oblastí. První oblast popsali jako *adaptivní Self-systém* umožňující jedinci vytvořit a udržet integrované reprezentace sebe a ostatních. Druhou oblast tvoří *kapacita pro intimitu* a oblast třetí tvoří schopnost *adaptivně fungovat ve společnosti*. Sigmundu Freudovi patří prvenství, kromě jiného, i za konceptualizaci psychické struktury v rámci svého topografického modelu složeného z vědomí, předvědomí a nevědomí. Pod psychickou strukturu jsou v psychoanalytické teorii zahrnuty i funkce osobnosti. Freud byl toho názoru, že duševní zdraví není určováno přítomností a nepřítomností psychopatologických symptomů, ale právě základními funkcemi osobnosti (Freud, 1900/1999). Navázal pak na vytvoření samotného strukturálního modelu oddělením ega, id a super ega od výše zmíněných psychických struktur. Kernberg (1981, 1984a) rovněž v rámci svého pojetí organizace osobnosti popisoval dopad raných zkušeností ve vztazích na zrání psychické struktury. Mezi jeho zásluhy patří taktéž vyvinutí klinického rozhovoru pro hodnocení organizace osobnosti, jenž se zaměřuje na klíčové dimenze funkce osobnosti, kvalitu objektových vztahů, obranné mechanismy, integraci super ega, agrese a testování reality. Fungování osobnosti, které je považováno za normální, by se mělo vyznačovat konsolidovanou identitou, kvalitními objektními vztahy, užíváním vyspělých obranných mechanismů, pevnými morálními

hodnotami a chováním, schopností ovládnutí agresivních impulzů a nenarušeným testováním reality. Narušenému osobnostnímu fungování je vlastní difúzní identita, tedy neintegrování a povrchní představy o sobě a druhých lidech, neschopnost udržet stabilní mezilidské vztahy, vyšší zranitelnost vůči stresu, užívání primitivních obranných mechanismů, špatná kontrola impulzů, zvláště ve spojení s agresí, a méně stabilní morální hodnoty a chování. Fungování na psychotické úrovni je typické pro pacienty s velmi těžkým narušením (Doering et al., 2018; Hörz et al., 2010).

V této kapitole byla popsána osobnostní patologie v souvislosti s funkčními schopnostmi. Převážně se zaměřovala na osobnostní dysfunkce v rámci diagnostiky poruch osobnosti a jejich konkrétní projevy. Dále byl představen vývoj a nedávna historie, jež stojí za vznikem pojednávaného modelu.

## 7 Osobnostní fungování a neuroticismus

Z dosavadního popisu a doposud vytvořené představy o prezentovaném tématu může být zjevné, že odborné zkoumání problematiky bylo prováděno převážně za účasti osob s diagnostikovanou poruchou osobnosti (Rentrop et al., 2014; Di Pierro et al., 2014). Nově však studie Doeringa a kol. (2018) poskytuje náhled na osobnostní fungování i u osob s neurotickými poruchami, u nichž je předpokládáno vykazování různé úrovně narušení osobnostního fungování v souvislosti s neurotickou poruchou.

Zmíněné studie se účastnilo 97 pacientů s neurotickými poruchami a 16 intaktních jedinců (bez psychiatrické diagnózy). Studie se realizovala mezi roky 2012 – 2017 a bylo užito strukturovaného klinického rozhovoru pro DSM – IV, *Structured Clinical Interview* (SCID-I a II) a rovněž strukturovaného rozhovoru pro osobnostní organizaci a určení osobnostního fungování, *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO). Hlavní cíl spočíval v ověření předpokladu o variaci úrovně poškození osobnostního fungování posuzováním psychických poruch, včetně poruch osobnosti dle DSM.

Rozhovor SCID je součástí nástrojů Americké psychiatrické asociace pro diagnostiku duševních poruch podle DSM-IV. Skládá se z otázek zaměřujících se na veškerá diagnostická kritéria, která se týkají duševních poruch z již zmíněného klasifikačního manuálu. Tvořen je dvěma částmi, SCID – I se zaměřuje na posouzení duševních poruch (Wittchen et al., 1997), SCID – II se zaměřuje na hodnocení poruch osobnosti (Fydrich et al., 1997). Strukturovaný rozhovor pro organizaci osobnosti STIPO vznikl jako novější verze původního dotazníku z 80. let. Obě verze mají shodné autory, jimiž jsou Otto F. Kernberg a kolegové z Cornell University v New Yorku (Clarkin et al., 2003; Kernberg, 1984b). Rozhovor je složen ze 100 položek, které jsou řešeny jednou nebo více konkrétními otázkami. Hodnocení jedné položky provádí tazatel na tříbodové stupnici s operativními popisy pro každou úroveň: 0 = nepřítomnost patologie, 1 = menší poškození, 2 = velmi těžké poškození.

Ve výzkumu se pracovalo s hypotézou, která byla abstrahována z psychoanalytické teorie, jež predikovala zhoršené osobnostní fungování u osob s diagnostikovanou generalizovanou

úzkostnou poruchou, panickou poruchou a specifickou fobickou poruchou. Předpokládalo se totiž, že lidé s generalizovanou úzkostnou poruchou vykazují nejhorší stupeň osobnostního fungování, osoby s agorafobií a panickou poruchou střední stupeň osobnostního fungování a osobnosti se specifickou fobií mají ze zmíněných diagnóz nejlepší stupeň osobnostního fungování (Hoffmann et al., 2009).

Výsledky však nasvědčují tomu, že osoby s diagnostikovanou úzkostnou poruchou, bez ohledu na konkrétní diagnózu, vykazují mírné narušení osobnostního fungování. Přítomnost těžšího narušení je až v souvislosti s komorbidním výskytem úzkostné a osobnostní poruchy (Doering et al., 2018). Výsledky studií o poměrně časté komorbiditě mezi jedinci s úzkostnými poruchami a poruchami osobnosti podporuje i Grant s kolegy (2005) se zjištěním, že u 41,8 % pacientů s jakoukoli úzkostnou poruchou je přítomna komorbidní porucha osobnosti. Důležité je však samotné zjištění, že i bez přítomnosti poruchy osobnosti je u pacienta s úzkostnou poruchou postižena úroveň funkčních schopností osobnosti.

Ačkoliv je studie Doeringa a kol. (2018) a její výsledky omezena především velikostí souboru, její informační přínos je nesporný. Považujeme ji za přínosnou a dále nabádající k hlubšímu zkoumání této problematiky osobnostního fungování u osob s neurotickými (úzkostnými) poruchami.

Pozitivní asociaci mezi narušením osobnostního fungování a úzkostnou poruchou potvrdila rovněž studie, která se zaměřovala na osobnostní fungování u pacientů s vyhubou poruchou osobnosti a sociální fobií (Eikenaes et al., 2013). Ta porovnávala soubory pacientů s diagnostikovanou vyhubou poruchou osobnosti se souborem pacientů s diagnostikovanou sociální fobií. Poruchy, které mezi sebou odlišovaly soubory pacientů, byly vybrány právě kvůli jejich těsné provázanosti. Následně probíhalo srovnávání pacientů s úzkostnou poruchou, vyhubou poruchou osobnosti a s komorbidní diagnózou sociální fobie a vyhubé poruchy osobnosti. Pacienti, kteří byli diagnostikováni se sociální fobií, vykazovali nižší míru narušení osobnostního fungování ve srovnání s pacienty se stejnou diagnózou, avšak současně s přidruženou vyhubou poruchou (Doering et al., 2018; Eikenaes et al., 2013).

Ve studii Xue a kol. (2018) vykazovali jedinci s diagnostikovanou poruchou z neurotického okruhu rovněž vyšší míru úzkosti a vyhýbavý styl dospělého attachmentu než osoby z intaktní populace. Attachment, jak již víme, s osobnostním fungováním úzce souvisí a jeho vývoj predikuje úspěšnost či obtíže v navazování interpersonálních vztahů (Gruber et al., 2020).

V souvislosti s tím Palistky a kol. (2013) zkoumal pravděpodobnost projevení úzkostné poruchy u osob s nejistým stylem dospělého attachmentu. Ukázalo se, že lidé s vyhýbavým, či úzkostným stylem attachmentu jsou náchylnější ke vzniku úzkostných poruch.

Starr a Davila se ve své studii (2012) zaměřovali na interpersonální fungování u osob s úzkostnými a depresivními poruchami. Výsledky studie přinesly zjištění, že jedinci, jež byli diagnostikováni s generalizovanou úzkostnou poruchou či jinou úzkostnou poruchou, vykazovali znatelné obtíže v některých interpersonálních oblastech.

Významný vztah byl přítomen i mezi úrovní osobnostního fungování a neurotickými symptomy klinických pacientů ve studii Notzona a kol. (2016). U běžné populace se dokonce objevovala vyšší sociální úzkost, jež byla asociována s ambivalentním a méně jistým stylem attachmentu.

Nielson a kol. (2017) našel významnou vazbu mezi úzkostným attachmentem a závažností symptomů neurotické poruchy. Jak Coronato – Nunes a kol. (2018) uvádí, vztah mezi úzkostí a attachmentem je do velké míry ovlivňován emotivní dysregulací. Výsledky studie uvádí, že úroveň úzkosti je u osob s hraniční poruchou osobnosti znatelně vyšší a úroveň osobnostní organizace je signifikantně nižší ve srovnání s jinou klinickou populací. Studie Dalbudaka a kol. (2014) prezentovaly výsledky o nízké, ale významné korelaci mezi neurotickými pacienty a osobnostní organizací.

Dle Doeringa a kolegů (2010) je ve snaze o zlepšení fungování osobnosti účinná psychoterapie, jež však vyžaduje specializované léčebné přístupy zaměřené jak na příznaky úzkostných poruch, tak i osobnostní uspořádání klienta. Mezi doporučované terapie v této oblasti patří psychoterapie zaměřená na přenos TFP *Transference-Focused Therapy* (Doering et al., 2010), psychoterapie zaměřená na schémata SFT *Schema Focused Therapy*

(Arntz et al., 2009), léčba založená na mentalizaci MBT (Bateman et al., 2004) a dialektická behaviorální terapie DBT (Linehan et al., 2006).

## **7.1 Stigmatizace jako důsledek deficitu osobnostního fungování**

V souladu s vlivy různých neurotických poruch na osobnost člověka je třeba zmínit i problém stigmatizace, kterým tyto jedinci mohou trpět. Lze na něj nahlížet i jako na průnik obou probíraných oblastí, tedy problematiky osob s diagnózou neurotické poruchy a osobnostního fungování s nimi spojeného. Lze jej vnímat též jako dopad dysfunkce jedné dimenze, například Self, na dimenzi Interpersonální, která pak může být snáze detekovatelná a lze ji lépe pozorovat. Lidé, již mají potíže v aspektech identity a sebeřízení, pak mohou právě v tomto důsledku postupně oslabovat i dimenzi interpersonální, v níž je navazování a udržování důvěrných vztahů, chápání druhých a uvažování o dopadech svého jednání klíčové. Tito jedinci se právě z důvodu vnitřní či vnější stigmatizace straní okolí a zůstávají v izolaci.

Na stigmatizaci můžeme nahlížet jako na individuální vnímání jedince vlastního deficitu v konkrétních životních oblastech a dílčích schopnostech člověka. Lze ji však pojmout i skrze vnímání okolí jedince, které má vlastní percepce jedincovy poruchy a znevýhodnění. Buď se sám člověk může cítit stigmatizován, možná někdy až ostrakizován okolím, nebo ho jeho vlastní pohled na sebe do jisté míry stigmatizuje a oslabuje. Tím se nám nabízí dvojitý pohled na tuto problematiku, intrapersonální – vnitřní a individuální, a interpersonální, tedy vnější a mezilidský.

Stigmatizace je, dle Finzena (2000), pojímána jako forma sociálního procesu, kterým mohou být jedinci trpící psychiatrickou diagnózou takzvaně značkováni právě kvůli psychickým problémům. Problém odlišnosti, který nejvíce přiléhá k projednávanému tématu, je právě ono internalizované stigma, které vzniká v momentu, kdy jedinec užívá předsudky vůči vlastní osobě. Ukazuje se, že právě zvnitřněné stigma je jedním z největších rizik psychiatrických pacientů (Corrigan et al., 2011). Následky stigmatizace mohou variovat v závislosti na osobnosti jedince. Někteří lidé s internalizovanou stigmatizací trpí dysforickými emocemi, mohou mít slabší a nestabilní sebepojetí či zhoršenou obecnou kvalitu života. V důsledku těchto stavů se postupně od okolí izolují a inklinují k užívání

alkoholu či jinému maladaptivnímu chování. Dle Schulze a Angermeyera (2003) může vést takto zvnitřněné stigma i ke změně jedincovy identity. O následcích neurotických poruch na osobnost již bylo pojednáváno v klasifikačních podkapitolách. K nim však můžeme zařadit i stigma plynoucí z poruchy, jež má vliv na schopnosti jedince, týkající se například zapojení do léčebného procesu, kterému se právě lidé s psychiatrickou diagnózou vyhýbají (Vogel et al., 2006). Tento poznatek podporuje i studie Sirey a kol. (2001), která dokládá souvislost s dřívějším upuštěním od léčby v případě vnímaného stigmatu pacienty s diagnostikovanou depresí. Stigma je dáváno do souvislostí s nedodržováním léčebných postupů, nízkým zapojením jedince do léčby, vážnější symptomatologií a horší následnou prognózou vývoje nemoci (Ritsher a Phelan, 2004). Byla tak nalezena i spojitost mezi vnímaným stigmatem a nízkým sebepojetím a sebehodnocením. Dle studie Rusche a kol. (2006) ztrácejí stigmatizované ženy trpící sociální fobií pocit vlastní hodnoty. Ukazuje se souvislost mezi vědomím vlastního stigmatu a pocitu sebeúčinnosti, čím vyšší je pocit stigmatizace, tím klesá vlastní hodnota jedince (Okhakhume, 2012). Jestliže však pacient nepozbývá důvěry v sebe samého a pocitu vlastní hodnoty i přes prožívání určité míry stigmatu, je velice pravděpodobný úspěch v procesu jeho léčby (Corrigan et al., 2011).

Zde tedy rovněž můžeme usuzovat na širší propojení a vliv zažívaného stigmatu na chování jedince, s tím související schopnost říci si o odbornou pomoc, sdílet své strachy a potíže s lékaři a neposledně na míru zapojení jedince do léčby, její intenzitu, frekvenci a na proces terapie s očekáváním kýžených výsledků.

Kapitola se fokusovala na provázanost mezi probíranými tématem osobnostního fungování u osob s neurotickými poruchami. Byly přestaveny některé studie a jejich výsledky, které se zaměřovaly na velmi podobné asociace. Dále byla popsána podkapitola, která se věnovala pojmání stigmatizace v souvislosti s osobnostním fungováním a jejím vnímáním osobami trpícími psychiatrickým onemocněním. Rovněž bylo cíleno na aplikaci získaných poznatků na další jev, který lze v rámci prizmatu pozorovat.

## 8 Diagnostická metoda pro mapování osobnostního fungování

### 8.1 Představení metody polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1

V rámci uskutečněného výzkumu, jež se zaměřoval na osobnostní fungování u pacientů s neurotickou poruchou, bylo užíváno polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1, jehož autory jsou Joost Hutsebaut a kol. (2016).

Polostrukturovaný rozhovor vznikal v odborném centru pro poruchy osobnosti v Nizozemsku (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen). Při jeho konstrukci bylo usilováno o vytvoření krátkého rozhovoru, jehož doba trvání by se pohybovala v rozmezí 30 až 60 minut, a který by přinesl spolehlivé hodnocení aspektů tvořících úroveň funkčních schopností osobnosti. Žádoucí rovněž bylo, aby jeho užití bylo odborníky možné ihned po absolvování školení k jeho aplikaci. Vývoj rozhovoru zahrnoval mnohé testování, úpravy, vylepšení, diskuse nad změnami a další testování, aby se tak ověřila kvalita nástroje již před jeho prvním užitím (Berghuis et al., 2013). Taktéž byly uskutečněny i pilotní studie, jejichž výsledky později napomohly k úpravě a modifikaci rozhovoru a instrukcí, které slouží ke standardnímu zadání a uvedení respondenta do rozhovoru (Hutsebaut et al., 2014).

#### 8.1.1 Struktura rozhovoru STiP-5.1

Metoda je zkonstruována dle alternativního modelu pro poruchy osobnosti AMPO, v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-5), ke zkoumání vnitřních procesů osobnosti jedince, jež zahrnují *identitu*, *sebeřízení*, *empatii* a *intimitu*. Předpokládá se, že narušení osobnostního fungování se manifestuje v oblasti Self a (nebo) v oblasti Interpersonální (Bender et al., 2011).

Fungování v oblasti Self je možné zaznamenat v adaptivních schopnostech jedince vztahujících se k aspektům identity a sebeřízení. Aspekt *identity* je sycen facetami, které jsou vázány na prožívání sebe sama jako jedinečného, kapacitu pro emoční regulaci a stabilitu sebepojetí. Aspekt *sebeřízení* obsahuje facetu zaměřené na schopnost stanovit si smysluplné cíle, využívání prosociálních vnitřních standardů chování a schopnost adekvátní sebereflexe.

Další aspekty, jež jsou obsaženy v oblasti Interpersonálního fungování, jsou *empatie*, jejíž facety zahrnují schopnost porozumění prožívání a motivaci druhých lidí, toleranci k rozlišným názorům a uvědomění si vlivu vlastního chování na ostatní, a *intimita*, která zastřešuje facety zaměřující se na schopnosti vytváření hlubokých a trvalých vztahů s ostatními, touhu po blízkých vztazích, kapacitu pro ně a vzájemný respekt a úctu v interpersonálních vztazích (Hutsebaut et al., 2017).

Rozhovor je složen z 28 otázek obligátních otevřených a dalších objasňujících či doplňujících. Jednotlivé facety korespondují s metodou LPFS, jež užívá 12 facet k detekci pěti úrovní závažnosti narušení osobnostního fungování. Kritéria určující stupeň závažnosti poškození funkčních schopností pro každou z facet jsou vymezeny v levém sloupci v listinné formě rozhovoru. V rámci těchto kritérií je rovněž vymezen informační sloupec, který tazatel v průběhu rozhovoru doplňuje. Jeho cílem je dopomoci k přesnějšímu hodnocení narušení funkční úrovně. Pro tyto informace je vymezeno místo v pravém sloupci manuálu struktury zmiňovaného rozhovoru. Prostřední sloupec obsahuje konkrétní otázky směřované na dotazovaného pacienta (Hutsebaut et al., 2017).

### **8.1.2 Ukázka užití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1**

Pro lepší názornost je zde uveden příklad struktury první facety, jež se zaměřuje na „*prožívání sebe sama jako jedinečného/jedinečné, oddělené/ho od ostatních, s jasnými hranicemi*“. K této konkrétní facetě by měly být v průběhu rozhovoru nasyceny dvě otázky z informačního sloupce, které dopomohou v diferenciaci úrovně narušení funkční schopnosti osobnosti. První otázka je fokusována na skutečnost, zda má dotazovaný pacient jasnou představu o tom, kým je. Druhá otázka je směřována ke schopnosti pacienta udržet jasné vnímání vlastní osoby i ve stresujících a závažných situacích a v kontaktu s jinými lidmi. K doplnění a ujasnění těchto informací se tazatel dostává skrze obligátní otázky, jež k ukázkovému příkladu zní: „*Jak byste popsal/a sám sebe? Do jaké míry jste schopna/schopen být skutečně sama/sám sebou a zůstat sama/sám sebou? Dokážete to, i když jste v kontaktu s ostatními lidmi?*“ Takto otevřené otázky jsou doplněny o pomocné otázky, které slouží k upřesnění a konkretizaci poskytnutých odpovědí a informací od pacienta. Pomocné otázky v tomto případě zní: „*Stává se někdy, že se příliš přizpůsobujete (nebo se necháte ovlivňovat) tak, že již nejste sama/sám sebou? Pokud ano, stává se to*

*často?*“. Před pokročením do další části obligátních otázek následující facety je žádoucí, aby tazatel ohodnotil získané odpovědi a určil příslušnou úroveň narušení. Hodnocení úrovní je stupňováno od žádného narušení (stupeň 0) po velmi vážné narušení (stupeň 4). Aby bylo možné naplnit kritérium A (narušení funkčních schopností osobnosti), jak je již výše v textu uváděno, musí být závažnost narušení hodnocena na stupních 2 (mírné narušení) až 4 (velmi vážné narušení) (Hutsebaut et al., 2017).

Při konstrukci polostrukturovaného rozhovoru zvolili autoři trychtýřovou variantu postupu (Hutsebaut et al., 2014). Každá sekce je tak uvedena širší otevřenou otázkou. U první facety obligátní otázka zní: *„Jak byste popsali/a sám sebe, jaký člověk jste?“*. Na základě informací od pacientů pak lze rovnou vyloučit určité stupně závažnosti poškození funkčních schopností, jelikož pacienti nemusí mít jasné vnímání vlastní osoby, nemusí vědět, kým jsou. Pomocí následných pomocných otázek mohou tazatelé pokračovat v zužování výběru a určit stupeň nejlépe přiléhavý. Pro jistotu je vybraný stupeň závažnosti tazatelem ověřen tak, že slovy korespondujícími s pevně daným popisem stupňů závažnosti přerámuje výpověď pacienta a formou otázky se ujistí, zda informacím od pacienta rozumí správně. Například: *„Rozumím tomu správně, že říkáte, že často nevíte, kým jste, cítíte se prázdně a příliš často se přizpůsobujete chování lidí, se kterými v daný moment jste?“*. Autory je tento postup vnímán za časově úsporný a limitující subjektivitu v hodnocení tazatele.

V průběhu vedení rozhovoru je vhodné hodnotit výpovědi pacientů okamžitě, bez zbytečných prodlev. Jelikož jsou tazateli odborníci z klinické oblasti, je v rámci finálního celkového hodnocení narušení získaného z průměru dílčích skóre spoléháno na expertní úsudek. Avšak stále je v rozhovoru hodnotnější samotná výpověď pacienta. Dle autorů rozhovoru by měli tazatelé hodnotit výpovědi pouze jedním z pěti možných stupňů. Hodnotí se jak samostatné facety a aspekty v průběhu rozhovoru, tak celkové skóre z kompletního rozhovoru složeného z již ohodnocených aspektů. Může se však stát, že dimenze Self je více poškozena než dimenze Interpersonální. Pak záleží na odborném úsudku tazatele, jakým stupněm celkový rozhovor ohodnotí (Hutsebaut et al., 2017).

### **8.1.3 Vývoj a vlastnosti rozhovoru STiP-5.1**

Polostrukturovaný rozhovor byl užit ve výzkumu mezi roky 2013-2014 v Nizozemském institutu pro poruchy osobnosti, jehož se účastnilo 18 respondentů z běžného souboru (bez

klinické diagnózy) a 80 respondentů s klinickou diagnózou. Při užití rozhovoru STiP- 5.1 byly výpovědi pacientů s jejich souhlasem nahrávány a zpětně hodnoceny dalšími nezávislými odborníky pro zjištění shody v posouzení. Skupina tazatelů, kteří vedli rozhovory, byla složena z dvanácti psychologů, jež absolvovali tříhodinový kurz vedený autorem rozhovoru (Joostem Hustbautem), jenž se zaměřoval na propojení metody s modelem AMPO a DSM-5. Trénování rozhovoru spočívalo rovněž v jeho zaznamenání a následném hodnocení. Před účastí ve studii si všichni tazatelé vyzkoušeli dva pilotní rozhovory s cílem procvičit se v jeho vedení. Následné nahrávané rozhovory byly zpětně nezávisle ohodnoceny Joostem Hutsbautem a dalšími autory metody (Hutsebaut et al., 2017).

Psychometrické vlastnosti polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 byly prezentovány pomocí deskriptivní analýzy. Vnitřní konzistence metody zjišťována pomocí Cronbachovy alfy dosahovala hodnoty 0,97 pro celek rozhovoru. Pro jednotlivé dimenze dosahovala vnitřní konzistence hodnoty 0,94, interní reliabilita dosahovala pro metodu jako celek hodnoty od 0,81 až k 0,92. Zmíněné hodnoty jsou všechny pozoruhodně vysoké a svědčí tak o kvalitách prezentované metody (Hutsebaut et al., 2017).

#### **8.1.4 Replikace užití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 v českém prostředí**

Replikace výše představené studie na českém území byla provedena v posledních dvou letech (2019-2020) v rámci výzkumu Národního ústavu duševního zdraví. Měla za cíl obnovení psychometrického hodnocení rozhovoru STiP-5.1 uskutečněného ve smíšeném souboru klinických a neklinických respondentů. Soubor obsahoval celkem 188 dospělých jedinců, 86 účastníků pocházelo z běžné populace (bez klinické diagnózy) a 102 účastníků mělo klinickou diagnózu. Respondenti se účastnili polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 a vyplňovali zkrácenou verzi dotazníku k měření funkční schopnosti osobnosti (LPFS-BF 2.0). Zjišťována byla vnitřní konzistence STiP-5.1 (0.89-0.94) a konvergentní validita, jež souvisela s vysokou hodnotou korelací rozhovoru STiP-5.1 a dotazníkem LPFS dosahující nad hodnotu 0,6 (Heissler et al., 2021).

Rovněž byla prováděna faktorová analýza k ověření předpokladů týkajících se dimenzí dotazníku LPFS, jehož skladba facet je shodná s polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1. Někteří odborníci se neshodují v názoru na počet dimenzí tohoto dotazníku.

V diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch je na LPFS nahlíženo jako na jednodimenzionální konstrukt (Hopwood et al., 2011). Ve shodě s tím rovněž Morey (2017) určil kritérium A, tvořící úroveň funkčních schopností osobnosti, jednodimenzionálním konstruktem. Avšak jiní odborníci, jako Zimmerman a kol. (2015) nahlízejí na LPFS jako na model obsahující dimenze dvě, Self a Interpersonální dimenzi. Z odlišného hlediska je konstrukt pojímán i Bastiaansenem a kol. (2013), jež se domnívá, že LPFS je složeno ze čtyř dimenzí, jimiž jsou sebekontrola, integrace identity, fungování ve vztazích a odpovědnost. Z replikované studie na české populaci hovoří výsledky faktorové analýzy ve prospěch dvoudimenzionální struktury modelu. Tyto dimenze mají mezi sebou vysoké hodnoty korelací (0,88) a je tak usuzováno na jejich vzájemnou provázanost a souvislost.

## 9 Výzkumný záměr

Na základě literární rešerše a pro účely výzkumu práce byla stanovena otázka, za kterou stojí záměr zjistit, zda existuje rozdíl v osobnostním fungování mezi skupinami neurotických pacientů a běžnou populací.

V souvislosti s položenou otázkou je rovněž formulována výzkumná hypotéza týkající se předpokladu, že mezi skupinou pacientů s neurotickou poruchou a mezi skupinou běžné populace existuje rozdíl ve funkčních schopnostech osobnosti. Pro lepší orientaci je základní předpoklad rozčleněn do dílčích hypotéz.

První hypotéza předpokládá rozdíl mezi skupinou neurotických pacientů a skupinou běžné populace v dimenzi *Self* a v *Interpersonální* dimenzi osobnostního fungování (H1).

Dále se předpokládá, že mezi skupinou pacientů s neurotickou poruchou a skupinou běžné populace existuje rozdíl v aspektech *identity* a *sebeřízení* osobnostního fungování (H2).

A v poslední řadě je usuzováno na existenci rozdílu mezi skupinou pacientů s neurotickou poruchou a skupinou běžné populace v aspektech *intimity* a *empatie* osobnostního fungování (H3).

## 10 Metody

### 10.1 Průběh výzkumu

Uskutečněný výzkum probíhal v období od ledna roku 2019 do června roku 2020 pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví a byl součástí projektu nazvaného *Cizinec jako symbol jinakosti – jak osobnost ovlivňuje naše postoje*. Byl realizován za podpory Grantové agentury České republiky. Studie se zabývala vnímáním a vztahem k jinakosti, pohledem na fungování osobnosti a postoji k cizím lidem, menšinám a migrantům. Cílovou skupinu tvořil soubor běžné populace, osoby s vyšší úrovní neuroticismu, lidé s poruchou osobnosti a jedinci xenofobní i xenofilní.

Výzkum probíhal v prostorách Národního ústavu duševního zdraví a v budově University of New York in Prague. Účastníci byli rekrutováni pomocí internetové inzerce i verbálním prezentováním projektu v širším okolí výzkumníků projektu. Z počátku byla sbírána data ze souboru zdravé populace, později od skupin osob s poruchou osobnosti, neuroticismem a afektivní poruchou. Zvláště do tohoto klinického souboru se respondenti sháněli s větší obtížností. Osoby s poruchou osobnosti se výzkumu účastnily z velké části díky zmíněné inzerci na sociální síti a také sdílením informací v nestátní neziskové organizaci Kaleidoskop, kam lidé s touto poruchou mohou docházet a setkávat se. Nabídka účasti ve výzkumu osobám s neurotickou a afektivní poruchou byla nabízena přímo v jednotlivých odděleních a denním stacionáři v Národním ústavu duševního zdraví. Vyšší zájem o účast ve studii byl podněcován finanční odměnou, kterou účastníci po absolvování výzkumu obdrželi.

Samotný postup při vyšetřování a získávání potřebných dat od účastníka výzkumu probíhal na bázi dobrovolnosti, představením záměru výzkumu administrátorem, ujištěním o anonymizaci a důvěrnosti dat a předložením a podepsáním informovaného souhlasu. Dále účastník absolvoval polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1, vyplnil obsáhlou dotazníkovou baterii a implicitní asociační test. Trvání celého vyšetření se pohybovalo kolem dvou hodin.

Respondenti z neurotické skupiny byli v době výzkumu hospitalizováni na příslušném oddělení Národního ústavu duševního zdraví, či navštěvovali tamní denní stacionář.

Podmínkou pro zahrnutí respondentů do souboru neurotických pacientů byla přítomnost zvýšené úrovně neuroticismu, jež byla zjišťována pomocí dotazníkové baterie, která je popsána níže v textu. Pacienti, již by mohli splňovat podmínku vyšší úrovně neuroticismu (v důsledku hospitalizace na oddělení afektivních poruch), byli výzkumnicemi na příslušných odděleních či ve stacionářích navštěvováni, a byla jim nabízena účast ve výzkumu. V případě, že pacienti souhlasili, jim byly poskytnuty dotazníky ke změření úrovně neuroticismu, úzkosti a depresivity. Po vyplnění si výzkumnice dotazníky vyzvedly a ohodnotily příslušné úrovně. V případě splnění kritéria byli pacienti kontaktováni za účelem další spolupráce ve výzkumu.

Ze zmíněné dotazníkové baterie budou vypsány jen některé dotazníky a škály pro představu jejich zaměření. Administrovány byly dotazníky na měření úzkosti – *Beck Anxiety Inventory* (Beck et al., 1988; Kamarádová et al., 2016), *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1996; Ptáček et al., 2016), *Eysenck Personality Questionnaire-Revised* (Eysenck a Eysenck, 1991); dotazníky zkoumající postoje k menšinám – *Modern Racism Scale* (McConahay, 1986); ke zjišťování identity – *Ego Identity Scale* (Tan et al., 1977); morálky – *Morale Disengagement Scale* (Moore et al., 2012); osobnosti BFI-44 (Hřebíčková et al., 2016); krátká verze škály funkčních schopností osobnosti – *Level of Personality Functioning Scale – Brief Form* (Weekers et al., 2019) a již zmíněný polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1 (Hutsebaut et al., 2014). Na závěr byl poskytnut prostor pro doplňující otázky a odpovědi a vyplacena odměna za účast ve výzkumu.

Pro účely a konkrétní zaměření zde prezentovaného výzkumu bylo užíváno pouze dat získaných z polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1.

V průběhu přípravy se všechny administrátorky účastnily školení, při němž se měl sjednotit postup administrace a simultánnost skórování jednotlivých položek polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1.

## **10.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořilo celkem 60 respondentů. Soubor z běžné populace (bez klinické diagnózy) sestával z 30 osob s průměrným věkem 36,9 let (SD = 12; 47; min. – 20,

max. – 60). Ženy tvořily 50 % souboru (N = 15), muži tedy tvořili rovněž 50 % (N = 15). Celý soubor běžné populace byl tvořen Čechy (100 %), z nichž 16 respondentů (53,3 %) bylo svobodných, 7 respondentů (23,3 %) bylo v manželském svazku a zbývajících 7 osob (23,3 %) bylo rozvedených. Nejvíce osob z tohoto souboru (N = 14; 46,7 %) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. Vysokoškolského bakalářského stupně dosáhlo šest osob a magisterského či inženýrského stupně studia dosáhlo rovněž šest osob (20 %). Dvě osoby (6,7 %) dosáhly středoškolského vzdělání bez maturity, jeden člověk (3,3 %) dosáhl postgraduálního studia a jedna osoba (3,3 %) rovněž dosáhla vyššího odborného vzdělání. Nejvíce osob (N=20; 66 %) tvořili lidé v zaměstnaneckém poměru, druhou nejpočetnější skupinu (N = 5; 16,7 %) tvořily osoby samostatně výdělečně činné. Dvě osoby (6,7 %) byly nezaměstnané, dva lidé pracovali jako příležitostní či dlouhodobí brigádníci, jeden účastník byl v invalidním důchodu.

Soubor tvořený neurotickými pacienty obsahuje rovněž 30 respondentů s průměrným věkem 37,7 let (SD = 11,72; min. – 30, max. – 62). Ženy tvořily 50 % souboru (N = 15), stejný podíl tvořili muži (50 %, N = 15), stejně jako u souboru běžné populace. I tento soubor celý sestával z Čechů (100 %), z nichž bylo nejvíce jedinců (N=17; 56,7 %) svobodných, sedm osob (23,3 %) bylo v manželském svazku a šest lidí (20 %) bylo rozvedených. Nejvíce zastoupená skupina lidí v souboru (N = 12; 40 %) dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou, druhou nejpočetnější skupinou (N = 11; 36,6 %) byly osoby s magisterským nebo inženýrským titulem, tři osoby (10 %) měly bakalářský titul, dvě (6,7 %) dosáhly vyššího odborného vzdělání a dva lidé (6,7 %) dosáhli středoškolského vzdělání bez maturity. Nejvíce osob ze souboru (N = 20; 66,7 %) bylo v zaměstnaneckém pracovním poměru, tři osoby (10 %) byly osoby samostatně výdělečně činné, jiné tři byly v invalidním důchodu a poslední trojici tvořili aktuálně nezaměstnaní lidé. Jeden člověk z tohoto souboru měl dlouhodobou brigádu. Z dosavadní deskripce skupin je patrna jejich dostatečná vyváženost z hlediska věku, pohlaví, vzdělání, rodinného stavu i zaměstnání.

Ve druhém zmíněném souboru byly zahrnuty osoby s diagnózou sociální fobie F40.1 (3,3 %), panické poruchy F41.0 (3,3 %), generalizované úzkostné poruchy F41.1 (3,3 %), smíšené úzkostné poruchy a depresivní poruchy F41.2 (3,3 %), jiné smíšené úzkostné poruchy F41.3 (3,3 %), s obsedantně nutkavou poruchou s převážně vtíravými myšlenkami

nebo ruminacemi F42.0 (3,3 %), s poruchou převážně nutkavých činů F42.1 (3,3 %) a s poruchou smíšených nutkavých myšlenek a činů F42.2 (6,7 %). Do souboru byli v nižším zastoupení rovněž zahrnuti i pacienti s vyšší úrovní neuroticismu, již neměli stanovenou diagnózu z okruhu neurotických poruch. V textu práce jsou řazeny pod jednotné označení souboru „neurotických pacientů“.

Míra zažívané úzkosti a depresivity u respondentů byla zjišťována pomocí dotazníkové baterie, konkrétně metodami BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI (Beck Depression Inventory) a EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire – Revised). Soubor neurotických pacientů skóroval v těchto zmíněných dotaznících znatelně výše než soubor běžné populace. U dotazníku BAI byl naměřen průměrný skór 19,47 (min. = 1, max. = 46; SD = 12,15), u BDI činil průměrný skór hodnotu 20,43 (min. = 2, max. = 41; SD = 9,2) a EPQ-R se vyznačuje hodnotami průměrného skóre 18,37 (min. = 14, max. = 22; SD = 2,17).

Soubor běžné populace skóroval u dotazníku BAI s průměrným skóre 4,33 (min. = 0, max. = 14; SD = 4,25), u dotazníku BDI byl naměřen průměrný skór 4,13 (min. = 0, max. = 18; SD = 3,96) a dotazník EPQ-R se vyznačuje průměrným skóre 4,67 (min. = 0, max. = 14; SD = 3,39).

## **10.3 Nástroj**

### **10.3.1 Užití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 o funkčních schopnostech osobnosti podle DSM-5**

Na úvod samotného rozhovoru byl respondent obeznámen s informacemi o hlavním zaměření rozhovoru, o odhadované době trvání rozhovoru a následně byl podepsán informovaný souhlas. V průběhu samotného rozhovoru držela administrátorka manuál (Hustebaut et al., 2016) týkající se postupu, formulovaných otázek, skórování a hodnocení jednotlivých položek.

Samotný rozhovor je ve zmíněném manuálu pak uveden větami „*Tento rozhovor je o Vás jako o osobě. Jinými slovy budeme mluvit o tom, co si o sobě myslíte, jaké charakteristiky jsou pro Vás typické a jaké cíle jste si stanovil/a. Budeme se také bavit o tom, jak vycházíte s ostatními lidmi, tedy jaké s nimi máte vztahy, jak se s druhými stýkáte, jak s nimi*

komunikujete“. Následně se administrátorka ujistila otázkou, zda bylo zatím vše srozumitelné a zda mohou obě strany v rozhovoru pokračovat.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, rozhovor je sestaven dle aspektů funkčních schopností osobnosti ve stejném znění, v jakém jsou uvedeny v AMPO v rámci DSM-5.

Struktura dotazníku je rozdělena do dvou dimenzí, Self a Interpersonální dimenze. Dále do čtyř aspektů, kterými jsou identita, sebeřízení, empatie a intimita. Každý z těchto aspektů obsahuje zpravidla tři facet, které následně sytí různý počet otázek, jimiž se administrátor snaží zmapovat funkčnost daného aspektu. Pro lepší představu je níže prezentována tabulka se zněním jednotlivých dimenzí, aspektů a facet.

Tabulka 1 Struktura rozhovoru STiP-5.1; dimenze, aspekty, facet

<b>SELF</b>	<b>IDENTITA</b>	1.1 Pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními
		1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení
		1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků
	<b>SEBEŘÍZENÍ</b>	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
<b>INTERPERSONÁLNÍ FUNGOVÁNÍ</b>	<b>EMPATIE</b>	3.1 Porozumění a ocenění zkušeností a motivací druhých
		3.2 Tolerance různých perspektiv
		3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé
	<b>INTIMITA</b>	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

V celku tedy rozhovor obsahuje 12 různých oblastí, jejichž úroveň fungování se snaží během rozhovoru administrátor zjistit a ohodnotit. Počet potřebných a užitých otázek záleží na úvaze administrátora, zda potřebuje odpovědi od respondenta doplnit o konkrétní informace skrze další pomocné otázky. Otázky obligátní i ty pomocné se u jednotlivých facet liší počtem. Například faceta 2.1 *Cíle*, jež je obsažena v aspektu sebeřízení, obsahuje tři obligátní otázky (např. *Jaké cíle jste si v poslední době stanovil/a?*) a pět otázek pomocných (např. *Jste schopen/schopna stanovit si pro sebe cíle, které dají vašemu životu směr?*). Faceta 2.2 *Zásady*, jež spadá do stejného aspektu, obsahuje dvě obligátní otázky a čtyři otázky pomocné.

Hodnocení funkčnosti je u každého aspektu vždy jasně popsáno spolu s odpovídajícím stupněm poškození. U facety 2.2 *Zásady* je stupeň 0 (žádné narušení) popsán následovně: *Využívá vhodných standardů chování k dosažení uspokojení v rozličných oblastech.* Ohodnocení stupněm 4 (velmi těžké narušení) by znamenalo: *Vnitřní normy chování prakticky chybí. Opravdové vnitřní uspokojení prakticky neexistuje.*

U každé otázky je nutné žádat po respondentovi přednesení konkrétního příkladu k zasazení jeho odpovědi do kontextu. Administrátor pak může odpověď uchopit vlastními slovy a optat se, zda výkladu správně rozumí. Jelikož je cílem rozhovoru zmapování funkčních schopností osobnosti, je velice důležité a klíčové správné pochopení informací a odpovědí podávaných respondentem, jelikož právě ty ovlivňují skórování a celkové ohodnocení úrovně narušení funkčních schopností osobnosti. Rovněž by však měl administrátor hovořit srozumitelně, formulovat otázky zřetelně a jasně a být schopen vysvětlit pojmy, kterým nebude respondent rozumět. Ideální postup rozhovoru by měl připomínat uvolněný hovor.

Stejně důležité je respondenta nabádat k podávání informací týkajících se právě současného stavu, nikoliv reportovat stav, který byl ještě nedávno aktuální. V manuálu je rovněž

uvedena odhadovaná doba trvání celého rozhovoru, jež je udávána na 45-60 minut, což i se skutečnou průměrnou dobou vedených rozhovorů v rámci výzkumu souhlasí.

Administrátor vedoucí rozhovor by měl mít, dle Hustebauta a kol. (2016), hlubší znalosti o celkovém teoretickém konceptu funkčních schopností osobnosti. Měl by se snadno v jednotlivých částech orientovat a propojovat informace od respondentů tak, aby v případě získané odpovědi na otázku, která se vyskytuje v odlišné části rozhovoru, ji mohl bez dalšího dotazování doplnit ke správné facetě a aspektu, ač ještě nepřišla na řadu. Nemělo by tak docházet k opětovnému zaznívání totožných výpovědí.

Skórování probíhá zvlášť u každé facetě. Následně, po dokončení rozhovoru, se součet jednotlivých stupňů (skóre) zprůměruje pro každou dimenzi zvlášť. Pro dimenzi Self vzniká průměrné skóre z facet příslušících k aspektům identity a sebeřízení. Pro Interpersonální dimenzi vzniká průměrné skóre z facet aspektů empatie a intimity. Celkové skóre dotazníku se získává průměrem zmíněných dimenzí. Finálně se tedy získávají tři různé průměrné skóre, které musí být vždy v celočíselné podobě. Kvalita hodnocení je z velké části ovlivněna schopností respondenta dostatečně odpovídat na otázky, na jeho ochotě a sdílnosti, neméně však také na odborném náhledu administrátora.

Příprava na průběh polostrukturovaného rozhovoru byla prováděna pod vedením zkušeného klinického psychologa a dalších odborníků, s nimiž bylo možné diskutovat nejasnosti. Nejprve se rozhovor uskutečnil mezi jednotlivými výzkumníci navzájem, ostatní přihlížející odborníci simultánně rozhovor skórovali a na konci sdíleli cenné připomínky. Samotní autoři metody, Hutsebaut a kol. (2016), doporučují absolvování šestihodinového kurzu, jak tento rozhovor zdařile vést. Někteří odborníci tento kurz absolvovali, a mohli tak mladším výzkumníkům předávat své rady a poznatky. Z počátku vedení rozhovorů s účastníky popisovaného výzkumu byl vždy přítomen zkušený odborník, který reflektoval průběh rozhovoru. Po získání cviku již nebyla přítomnost další osoby nutná.

## **10.4 Zpracování dat**

Práce se získanými daty probíhala za užití programu IBM SPSS Statistics verze 26 a programu JASP verze 0.9.2. Data byla nejdříve převedena do programu Microsoft Excel, kde získané informace dostaly podobu kódu, číselné hodnoty nebo textové zkratky a pro

lepší přehlednost a následnou manipulaci byla vytvořena tabulka. Do předem připravených sloupců byly shromažďovány získané údaje a skóry podle významu a příslušnosti k dané zkoumané oblasti (dimenzi, aspektu, facetě) rozhovoru STiP-5.1 spadající do konkrétního zkoumaného souboru. Zaneseny a uspořádány byly demografické údaje jako je pohlaví, věk, národnost, rodinný stav, stupeň dosaženého vzdělání, kód diagnózy a další. Úprava dat před samotnou analýzou již nebyla potřebná. Pro lepší přehlednost a orientaci je zde uvedena tabulka s kódováním jednotlivých facet.

*Tabulka 2 Facety a Aspekty rozhovoru STiP-5.1*

1.1 pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou a ostatními	Faceta hranice	Aspekt Identity
1.2 Stabilita sebeúcty a přesnost sebehodnocení	Faceta sebeúcta	
1.3 Kapacita a schopnost regulovat řadu emočních zážitků	Faceta emoce	
2.1 Usilování o souvislé a smysluplné krátkodobé a životní cíle	Faceta cíle	Aspekt Sebeřízení
2.2 Využití konstruktivních a prosociálních vnitřních standardů	Faceta standardy	
2.3 Schopnost produktivní sebereflexe	Faceta sebereflexe	
3.1 Porozumění a ocenění zkušeností a motivací druhých	Faceta chápání druhých	Aspekt Emoce
3.2 Tolerance různých perspektiv	Faceta perspektivy	

3.3 Porozumění vlivu vlastního chování na druhé	Faceta vliv	
4.1 Hloubka a trvání vztahů s ostatními	Faceta vztahy	Aspekt Intimita
4.2 Schopnost a touha po blízkosti	Faceta blízkost	
4.3 Vzájemná úcta odražená v interpersonálním chování	Faceta úcta	
Průměr facet 1–6	Dimenze Self	
Průměr facet 7–12	Dimenze Interpersonální	
Průměr dimenzí Self a Interpersonální	Dimenze Celkem	

V průběhu statistické analýzy bylo zjišťováno, zda mají data normální rozložení. Rovněž byla zjišťována reliabilita a konstruktová validita. Hlavním cílem statistické analýzy však byla detekce rozdílů v osobnostním fungování u pacientů s neurotickou poruchou (či vyšší úrovní neuroticismu) a u souboru běžné populace.

## 11 Prezentace výsledků

Užitím Shapiro-Wilkova testu bylo u dat zjišťováno, zda disponují normálním rozdělením, to se však ani u jedné položky rozhovoru STiP-5.1 v rámci zkoumaných souborů nepotvrdilo. Následkem toho byly další operace uskutečňovány za pomoci neparametrických testů.

Reliabilita (vnitřní konzistence) byla zjišťována pomocí Crobachovy alfy ( $\alpha$ ), již znázorňuje tabulka 3. Dosahovala uspokojivé hodnoty 0,942 pro celkový rozhovor.

Tabulka 3 Reliabilita – vnitřní konzistence rozhovoru STiP - 5.1

Cronbach's $\alpha$	Počet položek
0,942	15

Konstruktová validita, jež by měla prokazovat silnější vztahy mezi těmi položkami, u nichž se to dle teorie očekává (Hendl, 2006), byla zjišťována Spearmanovým korelačním koeficientem pořadí ( $\rho$ ), jenž pracuje s hodnotami, které nemají normální rozdělení proměnných (Hendl, 2015). Pro zjištění hodnoty jednotlivých aspektů byla nejprve vypočítána a zaokrouhlena na celá čísla průměrná skóre facet, jež pod aspekty spadají. Tabulka 4 nabízí výsledky konstruktové validity.

Tabulka 4 Konstruktová validita rozhovoru STiP-5.1

Spearman's $\rho$	Aspekt Identita	Aspekt Sebeřízení	Aspekt Empatie	Aspekt Intimita
Aspekt Sebeřízení	0,793 **		0,447**	
Aspekt Empatie	0,530**	0,447**		

<b>Aspekt Intimita</b>	0,656**	0,534**	0,722**	
<b>Dimenze celkem</b>	0,826**	0,763**	0,664**	0,747**

Poznámka: \*\*p < 0,01- rozdíly jsou signifikantní na hladině významnosti 1%

U aspektu *Identita* a dimenzemi rozhovoru jako celku (*Dimenze celkem*) vyšla míra stupně asociace  $r_s = 0,826$ ; u aspektu *Sebeřízení*  $r_s = 0,763$ ; u aspektu *empatie*  $r_s = 0,664$  a u aspektu *Intimity*  $r_s = 0,747$ . Hodnota a interpretace korelačního koeficientu dle odborníků variuje v závislosti na prostředí výzkumu a také na počtu zkoumaných osob. Hendl (2015) popisuje jako malou asociaci hodnoty  $r = 0,1 - 0,3$ ; středně silnou korelaci značí hodnoty  $r = 0,3 - 0,7$  a velmi silná korelace je od hodnoty  $r = 0,7 - 1$ . Veškeré pozorované aspekty tak korelovaly středně silně až velmi silně s hodnotou *Dimenze\_Celkem*. Na základě těchto výsledků je patrné, že jednotlivé aspekty a celkové zaměření rozhovoru STiP-5.1 mají dostatečně konvergentní charakter.

Tabulka 5 Psychometrické vlastnosti dimenze Self, Interpersonální dimenze a Dimenze Celkem rozhovoru pro neurotické pacienty

<b>N = 30</b>	<b>Dimenze Self</b>	<b>Dimenze Interpersonální</b>	<b>Dimenze celkem</b>
<b>Průměr</b>	1,30	0,90	1,13
<b>Medián</b>	1,00	1,00	1,00
<b>Směrodatná odchylka</b>	0,651	0,759	0,776
<b>Minimum</b>	0	0	0
<b>Maximum</b>	3	3	3

Tabulky 5 a 5.1 nabízejí deskriptivní přehled dimenzí rozhovoru u souboru neurotických pacientů a běžné populace. Lze si povšimnout rozdílných hodnot u průměrného skóre v dimenzi *Self* a v *Interpersonální* dimenzi. Neurotičtí pacienti (Tab. 5) tak vykazovali vyšší míru poškození, což je usuzováno z velikosti získaných průměrných skóre. V dimenzi *Self* se pacienti pohybovali v rozmezí mírného a středně těžkého poškození. V *Interpersonální* dimenzi a dimenzi *Celkové* se pohybovali u hranice mírného poškození.

*Tabulka 5.1 Psychometrické vlastnosti dimenze Self a Interpersonální dimenze v rozhovoru pro běžnou populaci*

<b>N = 30</b>	<b>Dimenze Self</b>	<b>Dimenze Interpersonální</b>	<b>Dimenze celkem</b>
<b>Průměr</b>	0,07	0,10	0,07
<b>Medián</b>	0,00	0,00	0,00
<b>Směrodatná odchylka</b>	0,254	0,305	0,254
<b>Minimum</b>	0	0	0
<b>Maximum</b>	1	1	1

Z porovnání hodnot prezentovaných v tabulce 5 s hodnotami v tabulce 5.1, může být zřejmé, že získané průměrné hodnoty jsou u souboru běžné populace nízké, jelikož byl soubor v průběhu rozhovoru hodnocen skóre o maximální hodnotě 1.

*Tabulka 5.2 Mann – Whitneyův U test pro rozdíly v dimenzi Self a Interpersonální dimenzi mezi běžnou populací a neurotickými pacienty.*

	<b>Dimenze Self</b>	<b>Interpersonální dimenze</b>
<b>Z</b>	-6,472	-4,731
<b>Asymp.sig. (2 – tailed)</b>	0,000 **	0,000 **

<b>Efekt účinku</b>	- 0,889	- 0,617
---------------------	---------	---------

Poznámka: \*\*p < 0,01

Rozdíly mezi zkoumanými soubory neurotických pacientů a běžné populace byly sledovány prostřednictvím užití Mann – Whitneyova U testu pro nezávislé soubory, jenž je alternativou k T-testu. Pracuje s pořadím údajů a bývá využíván při práci s daty, jež nemají normální rozdělení (Hendl, 2015). Výsledky zobrazuje tabulka 5.2.

Pozorované rozdíly jsou statisticky signifikantní, na hladině významnosti 1 %, mezi dimenzí *Self* a *Interpersonální* dimenzí polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1. Potvrzuje se tak hypotéza o předpokladu rozdílu mezi zmíněnými soubory.

O síle rozdílu mezi skupinami taktéž vypovídá efekt účinku zjišťován Cohenovým koeficientem *d*, jenž je u dimenze *Self* o síle 0,889. Představuje tak, dle Cohenových indexů konvenčních hodnot (Cohen, 1988), vysokou míru účinku. Sledovaný vztah je silný a lze tak usuzovat, že v dalších možných výzkumech se tato síla vztahu může opakovat. Vysoká míra efektu účinku potvrzuje signifikanci výsledku rozdílu. *Interpersonální* dimenze disponuje efektem účinku o střední síle 0,617.

Tabulka 6 Psychometrické vlastnosti aspektů Identity a Sebeřízení rozhovoru pro neurotické pacienty

<b>N = 30</b>	<b>A. Identita</b>	<b>A. Sebeřízení</b>
<b>Průměr</b>	1,37	0,87
<b>Medián</b>	1,00	1,00
<b>SD</b>	0,615	0,776
<b>Minimum</b>	0	0
<b>Maximum</b>	3	3

Poznámka: A. = aspekt

V tabulce 6 a 6.1 si lze povšimnout psychometrických údajů rozhovoru vztahujících se k aspektům *Identity* a *Sebeřízení*, mezi nimiž bude dále sledován výskyt rozdílu v osobnostním fungování mezi soubory. U tabulky 6, jež prezentuje údaje neurotických

pacientů, je znatelný rozdíl hodnot získaných průměrných skóre mezi aspektem *Identity*, v němž se průměrná skóre respondentů pohybují mezi úrovněmi mírného a středně těžkého poškození, a aspektem *Sebeřízení*, v němž se ocitají spíše u mírného stupně poškození.

Tabulka 6.1 Psychometrické vlastnosti aspektů *Identity* a *Sebeřízení* rozhovoru pro běžnou populaci

N = 30	A. Identita	B. Sebeřízení
<b>Průměr</b>	0,10	0,30
<b>Medián</b>	0,00	0,00
<b>SD</b>	0,305	0,183
<b>Minimum</b>	0	0
<b>Maximum</b>	1	1

Poznámka: A. = aspekt

Zmíněné aspekty lze dále zkoumat z hlediska rozdílů mezi skupinami neurotických pacientů a běžné populace, jež prezentuje následující tabulka 6.2.

Tabulka 6.2 Mann – Whitneyův *U* test pro rozdíly v aspektech *Identity* a *Sebeřízení* mezi běžnou populací a neurotickými pacienty

	A. Identity	A. Sebeřízení
<b>Z</b>	-6,514	-5,058
<b>Asymp.sig. (2 – tailed)</b>	0,000 **	0,000 **
<b>Efekt účinku</b>	-0,903	-0,639

Poznámka: A = aspekt, \*\*p < 0,01

Dle výše zobrazených výsledků se rozdíl v aspektech *Identity* a *Sebeřízení* jeví být statisticky významným, a to na hladině 1% signifikance. Výsledek potvrzuje druhou dílčí hypotézu o rozdílu mezi zkoumanými soubory. Hodnota efektu účinku je u aspektu *Identity* velká,  $d = 0,903$ , u aspektu *Sebeřízení* středně velká,  $d = 0,639$ . Je tak podpořena signifikance zjištěných rozdílů mezi běžnou populací a neurotickými pacienty.

Tabulka 7 Psychometrické vlastnosti facet v rámci aspektů Identity a Sebeřízení rozhovoru pro neurotické pacienty

<b>N = 30</b>	<b>F.hranice</b>	<b>F.sebeúcta</b>	<b>F.emoce</b>	<b>F. cíle</b>	<b>F.standardy</b>	<b>F.sebereflexe</b>
<b>Průměr</b>	0,97	1,40	1,40	0,83	0,40	1,13
<b>Medián</b>	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
<b>SD</b>	0, 850	0,814	0,894	1,085	0,770	0,860
<b>Minimum</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Maximum</b>	3	3	3	3	3	3

Poznámka: F. = faceta

Tabulka 7 poskytuje deskriptivní údaje facet, jež jsou obsaženy v dimenzi *Self*, a které jsou níže sledovány pro možný výskyt rozdílů mezi soubory neurotických pacientů a běžné populace. Průměrná skóre u jednotlivých facet dimenze *Self* se u neurotických pacientů pohybovala mezi mírným až středně těžkým stupněm poškození, až na facetu *Standardy*, u níž je průměrný skór 0,40 a jež je v rozmezí od žádného poškození k mírnému stupni poškození.

Tabulka 7.1 Psychometrické vlastnosti facet v rámci aspektů Identity a Sebeřízení rozhovoru pro běžnou populaci

<b>N = 30</b>	<b>F.hranice</b>	<b>F.sebeúcta</b>	<b>F.emoce</b>	<b>F. cíle</b>	<b>F.standardy</b>	<b>F.sebereflexe</b>
<b>Průměr</b>	0,10	0,17	0,27	0,13	0,07	0,13
<b>Medián</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>SD</b>	0, 850	0,814	0,894	1,085	0,770	0,860
<b>Minimum</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Maximum</b>	1	2	1	1	1	1

Poznámka: F. = faceta

Popisované facety lze dále zkoumat z hlediska odlišností mezi skupinami neurotických pacientů a běžné populace, jež prezentuje následující tabulka 7.2.

Tabulka 7.2 Mann – Whitneyův U test pro rozdíly v rámci facet Identity a Sebeřízení mezi běžnou populací a neurotickými pacienty

	<b>Z</b>	<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	<b>Efekt účinku</b>
<b>F. hranice</b>	-4,563	0,000 **	-0,593
<b>F. sebeúcta</b>	-5,550	0,000 **	-0,769
<b>F. emoce</b>	-5,049	0,000 **	-0,707
<b>F.cíle</b>	-2,853	0,004 **	-0,340
<b>F. standardy</b>	-2,122	0,034 *	-0,207
<b>F. sebereflexe</b>	-4,833	0,000 **	-0,649

Poznámka: F.= faceta, \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

Jak lze vidět v tabulce 7.2, signifikantní rozdíly mezi pacienty s neurotickou poruchou a běžnou populací jsou přítomny i u jednotlivých facet zkoumaných aspektů. Kromě facety *Standardy*, u níž je statistická významnost rozdílu na hladině 5 %, se zbylé facety souboru neurotických pacientů statisticky významně liší od souboru běžné populace na hladině 1% významnosti. Efekt účinku u facet *standardů* a *cílů* je malý (0,207; 0,340), u zbylých facet je střední míra efektu.

Tabulka 8 Psychometrické vlastnosti aspektů Empatie a Intimity rozhovoru pro neurotické pacienty

<b>N = 30</b>	<b>A. Empatie</b>	<b>A. Intimita</b>
<b>Průměr</b>	0,73	0,77
<b>Medián</b>	1,00	1,00

<b>SD</b>	0,740	0,626
<b>Minimum</b>	0	0
<b>Maximum</b>	3	2

Poznámka: A. = aspekt

V tabulce 8 lze pozorovat průměrný získaný skóre v aspektech *Empatie* a *Intimity*, spadajících do *Interpersonální* dimenze rozhovoru STiP-5.1 u neurotických pacientů. Oba aspekty se pohybují hodnotami blíže stupni mírného poškození.

Tabulka 8.1 Psychometrické vlastnosti aspektů *Empatie* a *Intimity* rozhovoru pro běžnou populaci

<b>N = 30</b>	<b>A.Empatie</b>	<b>A.Intimita</b>
<b>Průměr</b>	0,17	0,13
<b>Medián</b>	0,00	0,00
<b>SD</b>	0,461	0,346
<b>Minimum</b>	0	0
<b>Maximum</b>	2	1

Poznámka: A. = aspekt

Aspekty dále zkoumat z hlediska odlišností mezi skupinami neurotických pacientů a běžné populace, jež prezentuje následující tabulka 8.2.

Tabulka 8.2 Mann – Whitneyův *U* test pro rozdíly v aspektech *Empatie* a *Intimity* mezi běžnou populací a neurotickými pacienty

	<b>A.Empatie</b>	<b>A.Intimity</b>
<b>Z</b>	-3,618	-4,224
<b>Asymp.sig. (2 – tailed)</b>	0,000 **	0,000 **
<b>Efekt účinku</b>	-0,461	-0,547

Poznámka: A. = aspekt

Z tabulky 8.2 je zřejmé, že pozorované skupiny neurotických pacientů a běžné populace se signifikantně liší v aspektech *Empatie* a *Intimity*, a to na hladině významnosti 1 %. Tím je potvrzena poslední z hypotéz o výskytu tohoto rozdílu. Efekt účinku zde dosahuje malé až střední míry ( $d = 0,461; 0,547$ ).

Tabulka 9 Psychometrické vlastnosti facet v rámci aspektů *Empatie* a *Intimity* rozhovoru pro neurotické pacienty

<b>N = 30</b>	<b>F.chapání</b>	<b>F.Perspektivy</b>	<b>F.vliv</b>	<b>F.vztahy</b>	<b>F.blížkost</b>	<b>F. úcta</b>
<b>Průměr</b>	0,90	0,57	0,67	1,03	1,10	0,47
<b>Medián</b>	1,00	0,00	0,50	1,00	1,00	0,00
<b>SD</b>	0,923	0,774	0,802	0,928	1,029	0,629
<b>Minimum</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Maximum</b>	3	3	3	3	3	2

Poznámka: F. = faceta

Tabulka 9 poskytuje výčet průměrných skóre a statistické deskripce facet *Interpersonální* dimenze u neurotických pacientů. I v tomto případě se některé hodnoty pohybují ve stupni mírného poškození. Hodnoty facet *Perspektivy*, *Vlivu* a *Úcty* jsou nižší a jsou na pomezí žádného až mírného poškození.

Tabulka 9.1 Psychometrické vlastnosti facet v rámci aspektů *Empatie* a *Intimity* rozhovoru pro běžnou populaci

<b>N = 30</b>	<b>F.chapání</b>	<b>F.Perspektivy</b>	<b>F.vliv</b>	<b>F.vztahy</b>	<b>F.blížkost</b>	<b>F. úcta</b>
<b>Průměr</b>	0,20	0,23	0,27	0,10	0,47	0,07
<b>Medián</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>SD</b>	0,484	0,430	0,583	0,305	0,730	0,254
<b>Minimum</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Maximum</b>	2	1	2	1	3	1

Poznámka: F. = faceta

Tabulka 9.1 poskytuje popis statistických údajů facet *Interpersonální* dimenze STiP-5.1 u běžné populace. Můžeme si všimnout, že maximum je u facety *Blízkost* až v hodnotě 3, jež se také promítla i do průměrného skóre dané facety. V porovnání s ostatními hodnotami maxima u běžné populace v tabulkách 5.1; 6.1; 7.1; 8.1 je tato hodnota nejvyšší.

Tabulka 9.2 Mann – Whitneyův U test pro rozdíly v rámci facet *Empatie* a *Intimity* mezi běžnou populací a neurotičtými pacienty

	<b>Z</b>	<b>Asymp. Sig. (2- tailed)</b>	<b>Efekt účinku</b>
<b>F. chápání druhých</b>	-3,493	0,00 **	-0,454
<b>F. perspektivy</b>	-1,800	0,00**	-0,223
<b>F. vliv</b>	-2,335	0,020*	-0,296
<b>F. vztahy</b>	-4,580	0,000**	-0,597
<b>F. blízkost</b>	-2,724	0,006**	-0,376
<b>F. úcta</b>	-3,054	0,002**	-0,338

Poznámka: F. = faceta

Dle výsledků zobrazených v tabulce 9.2 se neurotičtí pacienti statisticky významně liší od souboru běžné populace i v jednotlivých facetách rozhovoru STiP-5.1. Kromě facety *Vliv* vztahující se k aspektu *Empatie*, u níž se neurotičtí pacienti liší na hladině významnosti 5 %, se soubor pacientů u zbylých facet liší od běžné populace na hladině významnosti 1 %.

## 12 Diskuse

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda se skupiny neurotických pacientů a běžné populace liší v osobnostním fungování, jež bylo mapované formou polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 hodnotícího míru funkčního narušení dle alternativního modelu pro poruchy osobnosti (AMPO). Předpokládalo se, že se mezi zmíněnými skupinami v osobnostním fungování vyskytnou rozdíly. Statisticky významné rozdíly jsou v dimenzi rozhovoru Self a Interpersonální dimenzi, i v jednotlivých aspektech identity, sebeřízení, empatie a intimity.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 vznikla teprve v nedávné době a o publikaci studií, jež by ji užívaly se záměrem zmapování osobnostního fungování u pacientů s neurotickou poruchou, si nejsme vědomi. Právě z tohoto důvodu budou výsledky výzkumu realizovaného v rámci diplomové práce vsazovány do širšího kontextu studií příbuzných, s podobnými cíli a metodami.

V textu literárně přehledové části práce, konkrétně v pasážích věnovaných průniku neuroticismu a osobnostního fungování, byla představena studie Doeringa a kol. (2018), v níž bylo předpokládáno, že jedinci s neurotickými poruchami budou mít odlišné osobnostní fungování od běžné populace. Předpokládané rozdíly měly vazby rovněž na konkrétní diagnózu z okruhu neurotických poruch respondenta. Zmíněná studie neužívala polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1, ale rozhovor SCID – I, II, jenž se zaměřuje na posouzení duševních poruch i poruch osobnosti (Wittchen et al., 1997; Fydrich et al., 1997) a taktéž rozhovor STIPO (Kernberg, 1984b). Studie měla v souboru neurotických jedinců zahrnuté mimo jiné pacienty s diagnostikovanou generalizovanou úzkostnou poruchou a panickou poruchou, již jsou zahrnuti i do souboru realizovaného výzkumu prezentovaného v této práci. Rovněž i výsledky studie Doering a kol. (2018), které potvrzují přítomnost narušení osobnostního fungování u osob s úzkostnou poruchou (liší se tak od osobnostního fungování běžné populace), jsou v souladu s výsledky našeho výzkumu. U zmíněné studie se však nepotvrdil předpoklad o vztahu mezi konkrétní diagnostikovanou poruchou a úrovní narušení osobnostního fungování.

Taktéž studie Eikenaese a kol. (2013), jež se zaměřovala na porovnávání osob s diagnostikovanou vyhubou poruchou osobnosti, osob se sociální fobií a osob s komorbidním výskytem obou poruch, našla pozitivní vztah mezi narušením osobnostního fungování u lidí se sociální fobií v kombinaci s vyhubou poruchou osobnosti. Pacienti s vyhubou poruchou osobnosti vykazovali větší potíže v psychosociálních oblastech osobnostního fungování, převážně v oblasti identity a vztahů. Je však nutno dodat, že bylo užíváno odlišných metod ke zjištění oněch odlišností. Zmíněné oblasti tak nejsou totožné s aspekty osobnostního fungování v rámci rozhovoru STiP-5.1. Dané problémové oblasti by spadaly do dimenze Self, vzhledem k deficitům v identitě, ale také do dimenze Interpersonální, vzhledem ke zmíněným deficitům ve vztahové oblasti. Bylo užíváno mimo jiné metody mezinárodního neuropsychiatrického rozhovoru *M.I.N.I* (Sheehan et al., 1994) a dotazníku k určení závažnosti osobnostních problémů SIPP (Andrea et al., 2007), jež měří hlavní komponenty osobnostního fungování ve smyslu adaptace/maladaptace. Ačkoliv studie pracovala s předem jasně daným kritériem pro účast ve výzkumu, kterým byla podmínka diagnózy zmíněných poruch, byla i zde nalezena jasná souvislost s výsledky našeho výzkumu. Jsou tak podporovány rozdíly mezi skupinami intaktní populace a pacientů s neurotickou poruchou. V dimenzi Self v našem výzkumu skórovali pacienti s neurotickou poruchou znatelně výše než v Interpersonální dimenzi. Aspekt intimity ( $\bar{x} = 0,77$ ), který by korespondoval se vztahovou oblastí ve studii Eikenaese a kol. (2013), je v porovnání s aspektem identity ( $\bar{x} = 1,37$ ) u osob s neurotickou poruchou slabší, co se průměrných skóre týče. Lze se tak v kontextu našeho výzkumu a průměrných skóre domnívat, že neurotičtí pacienti mají větší narušení aspektu identity než aspektu intimity.

Ačkoliv vzhledem k velikosti výsledných hodnot (skórování pacientů) nelze usuzovat na závažnější narušení osobnostního fungování, v oblastech fungování vyvstávají znatelné rozdíly. Narušení osobnostního fungování se u pacientů nejčastěji pohybovalo okolo mírného stupně poškození.

Při zpětném pohledu na výsledné hodnoty u aspektu identity a facet, jež tento aspekt sytí, je zřejmé, že neurotičtí pacienti v těchto oblastech skórovali znatelně výše než běžná populace. Lze si tak připomenout popis jednotlivých aspektů podle americké psychiatrické asociace

(American Psychiatric Association, 2013), jenž charakterizuje nenarušený aspekt identity jako prožívání a vnímání vlastní osoby jako zcela jedinečné, se stabilní sebeúctou a adekvátním sebehodnocením. Lze tak konstatovat, že respondenti s diagnostikovanou neurotickou poruchou mají právě ve zmíněném aspektu (a všech jeho facetách) větší narušení než běžná populace. Dále je zde prostor pro úvahu, zda se respondenti již pohybovali na té úrovni narušení identity, která je umístěna do středu kontinua mezi identitu konsolidovanou a identitu nedostatečnou dle škály nástroje SCIM (Kaufman et al., 2015).

Vyššího skórování souboru neurotických pacientů si lze rovněž povšimnout u aspektu sebeřízení a v něm obsažených facetách. Tato schopnost jedince stanovit si smysluplný krátkodobý a dlouhodobý životní cíl je u neurotických jedinců účastnících se našeho výzkumu taktéž mírně narušena. Tito lidé tak mohou být s větší pravděpodobností příliš fokusovaní na svůj cíl, mohou mít protichůdné cíle a v jejich dosahování jsou inhibováni (American Psychiatric Association, 2013; Garcia et al., 2017).

Aspekt empatie u souboru pacientů s neurotickou poruchou se zdá být mírně narušen a rovněž se odlišuje od skupiny běžné populace. Pacienti účastníci se výzkumu tak mohou mít narušenou schopnost postihnout a chápat prožívání druhých a mohou mít tendenci u druhých vnímat nesmyslná očekávání (American Psychiatric Association, 2013). Rovněž mohou mít do jisté míry narušenou kognitivní a afektivní empatii a regulační mechanismy, jež pomáhají jedinci korigovat vlastní prožívání (Davis, 1980).

Na aspekt empatie navazuje v rámci polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 aspekt intimity, v němž se pozorované soubory signifikantně lišily. Neurotičtí pacienti vykazovali v této oblasti vyšší skóre oproti jedincům z běžné populace. Připomeňme, že pojmu intimity je v práci užíváno ve smyslu dlouhotrvajícího spojení s ostatními (American Psychiatric Association, 2013). Je vnímána jako esenciální aspekt vztahů a určuje kvalitu interakcí mezi lidmi (Reis, 1990; Patterson, 1982). Takto prezentovaná definice intimity se přirozeně týká její ideální formy. Nezahrnuje možné odchylky a odlišnosti, které mohou někteří lidé projevovat. Neurotičtí jedinci dle výsledků prožívají a chápou intimitu mírně odlišně a mohou směřovat k redukci intimních projevů a k povrchnímu prožívání již navázaných vztahů.

V souladu se zjištěnými rozdíly mezi běžnou populací a pacienty s neurotickou poruchou v osobnostním fungování, lze reportovat výsledky studie Starr a Davila (2012) zaměřující se na pozorování podmínek a faktorů ovlivňujících fluktuace nálady v souvislosti s úzkostnými a depresivními poruchami, které se často objevují současně jak na úrovni poruchy, tak i symptomů. Zkoumány byly zejména kognitivní faktory (denní ruminace) a interpersonální fungování. Studie zjistila, že jedinci s úzkostnou poruchou mají zhoršené interpersonální fungování, bez ohledu na současně se vyskytující depresivní poruchu. V průběhu našeho výzkumu sice nebyly sledovány fluktuace nálad u neurotických pacientů, ale zhoršenou úroveň interpersonálního fungování rovněž pozorujeme. Interpersonální dimenze je oproti dimenzi Self postižena méně, avšak i tak se pohybuje u úrovně mírného narušení.

Zatím byly diskutovány zejména rozdíly v celkovém osobnostním fungování, v jednotlivých aspektech a v interpersonální dimenzi. Studie Xue a kol. (2018) však přinesla zjištění o osobnostním fungování v rámci dimenze Self ve vztahu k attachmentu u dospívajících jedinců s úzkostnou poruchou. Ve studii je chápán koncept Self mírně odlišně, než jak je představován v této práci. Xue a kol. pracovali s pojmem Self, jenž je odvozen z Bowenovy teorie, který jej prezentuje jako schopnost jedince navazovat emocionální kontakty s ostatními a zároveň zůstat autonomním jedincem, jenž moderuje a reguluje vlastní emocionální fungování (Haber, 1990). Jedinci s úzkostnou poruchou vykazovali nižší stupeň schopnosti diferenciací v oblasti Self, jenž by korespondoval s vyšším stupněm narušení v rozhovoru STiP-5.1, a byli spojováni s více úzkostným vyhýbavým stylem attachmentu. Dimenze Self se v našem pojetí odvíjí od aspektu identity a sebeřízení. Aspekt identity je sycen několika facetami, mezi jimiž je i faceta *Hranice*, která zjišťuje skutečnost, zda dotazovaný jedinec vnímá pocit vlastní jedinečnosti, s jasnými hranicemi mezi sebou. A rovněž faceta *Emoce*, která u respondenta zjišťuje schopnost prožívat, tolerovat a regulovat široký okruh emocí. Takto popsané dílčí aspekty dimenze Self do jisté míry korespondují s Bowenovým uchopením konceptu.

V souladu se zjištěnými výsledky jsou taktéž výsledky studie Górské (2021). Jejím cílem bylo zjistit souvislost úrovně osobnostní organizace s obtížemi v emocionálním zpracování v rámci generalizované úzkostné poruchy. Dle Caligora a kol. (2007) mohou být diagnostikovány dvě hlavní úrovně organizace osobnosti. První, vyšší úroveň, souvisí

s neurotickým typem organizace osobnosti. Druhá, nižší úroveň, souvisí s hraničním typem organizace osobnosti. Hypotéza předpokládala, že obtíže v emocionálním zpracování související s generalizovanou úzkostnou poruchou budou více závažné u jedinců s nižší úrovní osobnostní organizace než u osob s vyšší úrovní osobnostní organizace.

Dále se předpokládalo, že se mezi úrovní osobností organizace a závažností generalizované úzkostné poruchy nalezne souvislost. V průběhu výzkumu bylo užíváno dotazníku generalizované úzkostné poruchy – *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire IV* (Newman et al., 2002), škály emocionálního zpracování – *Emotional Process Scale* (Baker et al. 2007) a dotazníku zaměřujícího se na hraniční poruchy osobnosti – *Borderline Personality Disorder* (Leichsenring, 1999). Tyto metody byly užity u souboru 287 vysokoškoláků. Výsledky výzkumu ukázaly významně vyšší emocionální dysregulaci u osob s generalizovanou úzkostnou poruchou v souvislosti s nižší úrovní osobnostní organizace. Rovněž byla nalezena signifikantní souvislost mezi osobnostní organizací, emocionálním zpracováním a generalizovanou úzkostnou poruchou. Výsledky zmíněné studie lze porovnat s výsledky našeho výzkumu. Můžeme zde odkázat na již zmíněnou facetu *Emoce*, jež je součástí aspektu Identity, v níž skórovali respondenti s neurotickou poruchou znatelně výše než respondenti z běžné populace. I v kontextu studie Górské (2021) lze usuzovat na větší narušení emocionální oblasti u pacientů s neurotickou poruchou. Tito jedinci tak spíše prožívají silné emoce, které jim způsobují úzkost, či mají omezený rozsah emočního prožívání. To by rovněž souviselo s vyšší emocionální dysregulací u osob s generalizovanou úzkostnou poruchou, vyšším narušením osobnostního fungování a nižší úrovní osobnostní organizace.

Když se vrátíme k deskripci osobnostního fungování u příkladů jedinců s poruchou osobnosti, můžeme nahlédnout větší narušení daných aspektů osobnostního fungování než jaké lze nalézt u osob s vyšší neurotickou úrovní. Nabízí se nám tedy i porovnání nejen mezi osobami intaktními, ale i osobami s poruchami osobnosti a jedinci s vyšší úrovní neuroticismu. Nancy McWilliams (2011) upozorňuje na rozdíl symptomové neurózy a povahové neurózy, jež nastínil již Wilhelm Reich (1933). Toto rozlišení se odvíjí od míry špatné adaptace jedince a podobně je využíváno i v rámci DSM. Symptomová neuróza je pojena s neurotickými projevy oddělenými od struktury osobnosti jedince, zatímco

neurotická povaha je přítomna u jedince, jehož osobnost je prostoupena neurotickými vzorci. Tato povaha je pojena s diagnózou poruch osobnosti, jejímuž vymezení jsme se věnovali při popisu osobnostního fungování dle DSM-5 a méně funkčních osobností. I zde je tedy možnost aplikace poznatků, které nám zprostředkovává teoretická část práce. Nabízí se shrnutí skrze vymezení úrovní narušení osobnostního fungování od nejméně narušeného (úroveň 0), které je v našem výzkumu zastoupeno souborem běžné populace, po mírně narušené (úroveň 1), které je zastoupeno vzorkem neurotických pacientů a osobami s vyšší úrovní neuroticismu, a těžce narušené u jedinců s poruchou osobnosti (úrovně 2–3).

Výsledky kvantitativní analýzy nám rovněž mimo jiné tedy ukázaly, na jaké úrovni osobnostního fungování se pacienti s neurotickou poruchou (a vyšší úrovní neuroticismu) pohybují. Tyto nálezy a zjištění nemůžeme vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku a počtu použitých metod generalizovat na širší populaci, můžeme je však srovnat s charakteristikou neurotického uspořádání osobnosti dle McWilliams (2011). Osobnostní fungování neurotických jedinců účastnících se představeného výzkumu se pohybovalo okolo úrovně mírného poškození. Zjištěná úroveň z části koresponduje s popisem, jenž tyto osoby prezentuje jako jedince se zdravější povahovou strukturou, kteří se vyznačují do jisté míry celistvým pocitem identity (Erikson, 1968), poměrně ustáleným chováním a konstantním prožíváním Self. Bývají zpravidla schopni kompaktně a srozumitelně popsat vlastní hodnoty, povahu a přesvědčení. Dokáží hovořit o lidech z rodiny a z blízkého okruhu a jsou zpravidla v těsném kontaktu s realitou (McWilliams, 2011). Z této deskripce lze nabýt dojem funkčnosti neurotické osobnosti, můžeme však i tak z popisu cítit jisté limity, jež jsou prezentovány především slovy “do jisté míry“ a “zpravidla“, které evokují deficitní dojem, a jež by také nahrávaly popisu narušení osobnostního fungování na mírném stupni (úroveň – 1) u všech pozorovaných aspektů. Popis neurotické struktury osobnosti (McWilliams, 2011) se odvíjí od psychoanalytického pojetí, konstrukt osobnostní organizace a z něj plynoucí konstrukt osobnostního fungování v rámci alternativního modelu pro poruchy osobnosti zase z pojetí psychodynamického. Je zřejmé, že tato představená pojetí se mezi sebou mírně liší, a to především důrazem na vymezení závažnosti, funkčnosti a schopnosti jedince. Popis neurotické struktury McWilliamsovou (2011) je však přímo cílen na tuto konkrétní diagnózu na rozdíl od konceptu osobnostního fungování, jenž byl v rámci výzkumu ke zkoumání neurotických pacientů pouze aplikován.

Limity našeho prezentovaného výzkumu spočívají ve velikosti souboru, který je příliš malý na to, aby bylo možné výsledky v rámci pojednávané problematiky generalizovat. Dalším možným úskalím je nižší množství zkušeností administrátorky s užitím polostrukturovaného rozhovoru v porovnání s expertním přístupem odborníků působících v klinické oblasti, jež by následně mohly dodat na kvalitě hodnocení rozhovoru a získaných informací od respondentů. Dalším limitem mohla být obeznamenost administrátorky s diagnózou respondenta ještě před průběhem rozhovoru, což mohlo ovlivnit jeho následné hodnocení.

## Závěr

Tato práce se zaměřovala na porovnávání osobnostního fungování mezi osobami s neurotickou poruchou (vyšší úrovní neuroticismu) a běžnou populací. K mapování těchto úrovní bylo užíváno polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1, jenž vychází z alternativního modelu pro poruchy osobnosti v rámci DSM-5 a zaměřuje se na mapování funkčních schopností osobnosti. Osobnostní fungování tvoří kritérium A, (kritérium B představuje individuální patologické rysy osobnosti) jež je užíváno v diagnostice poruch osobnosti dle AMPO. Problematice osobnostního fungování u osob s neurotickými poruchami se zatím mnoho studií, které by užívaly polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1, nevěnovalo, nebo alespoň v současné době nejsme o existenci těchto výzkumů obeznámeni. Nabízí se tak možnost hlubšího prozkoumání a mapování této oblasti.

Cílem výzkumu této práce, jenž je detailněji popsán v empirické části, bylo zjistit, zda se mezi sebou soubor běžné populace ( $N = 30$ ) a soubor pacientů s neurotickou poruchou (či osoby s vyšší úrovní neuroticismu) ( $N = 30$ ) liší v osobnostním fungování. Získané skóry z polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 byly zprůměrovány dle aspektů a dimenzí, ze kterých model osobnostního fungování sestává a jež korespondují se strukturou popisovaného rozhovoru. Dále byla tato průměrná skóre porovnávána mezi oběma sledovanými skupinami. Rozdíly v jednotlivých aspektech *identity*, *sebeřízení*, *empatie* a *intimity* i v dimenzi *Self a Interpersonální* dimenzi osobnostního fungování vyšly statisticky významně. Výsledky kvantitativní analýzy rovněž ukázaly, že pacienti s neurotickou poruchou (i s vyšším neuroticismem), dosahovali stupně mírného narušení osobnostního fungování.

Signifikantní výsledky byly rovněž podpořeny efektem účinku, jenž hovoří o větší pravděpodobnosti výskytu dalších statisticky významných výsledků mezi sledovanými skupinami v budoucích studiích stejného zaměření. Z výsledků je rovněž patrné, ve kterých aspektech skórovali neurotičtí jedinci výše, a které tak naznačovaly větší narušení. Výsledky výzkumu tedy potvrdily všechny předpoklady o existenci rozdílů mezi skupinou neurotických pacientů a běžnou populací. Je však třeba upozornit, že na tyto výsledky mohla mít rovněž vliv velikost souboru, jež představuje limit kvantitativní analýzy.

Dále jsme měli možnost naše výsledky zasadit do širšího kontextu v souvislosti s diskutovanými studiiemi. Ačkoliv jsou naše výsledky ve shodě s výsledky ostatních prezentovaných výzkumů, není tato oblast dostatečně zmapována. Je tak třeba se této problematice věnovat i nadále a pomocí postupně se vyvíjejících diagnostických metod, jež se zaměřují na osobnostní fungování, tuto oblast prozkoumat podrobněji.

## Seznam použitých informačních zdrojů

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., Arlington, American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. (Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R., Ed.) Praha: Hogrefe - Testcentrum.

Andrea, H., Verheul, R., Berghout, C. C., Dolan, C., van der Kroft, P. J. A., Bateman, A. W., Fonagy, P. & van Busschbach, J. J. (2007). *Measuring the Core Components of Maladaptive Personality: Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118)* (No. Report 005). Medical Psychology and Psychotherapy: Reports. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/10066>

Arnold, P. D., Zai, G., & Richter, M. A. (2004). Genetics of anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 6(4), 243–254. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0073-1>

Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Averill, J. R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. New York: Springer-Verlag.

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., & Whittlesea, A. (2007). *Emotional Processing Research*. Information booklet. Unpublished manual.

Bastiaansen, L., De Fruyt, F., Rossi, G., Schotte, C., & Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: structural and conceptual issues. *Personality disorders*, 4(4), 293–303. <https://doi.org/10.1037/per0000018>

Bateman, A. & Fonagy, A. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

- 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., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of personality disorders*, *21*(5), 500–517. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>
- 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>
- Berghuis, H., Hutsebaut, J., Kaasenbrood, A., De Saeger, H., & Ingenhoven, T. (2013). *Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5)*. Utrecht, the Netherlands: Trimbos Institute.
- Black, D. W., Gaffney, G. R., Schlosser, S., & Gabel, J. (2003). Children of parents with obsessive-compulsive disorder -- a 2-year follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *107*(4), 305–313. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02182.x>
- Bogaerts, A., Claes, L., Verschueren, M., Bastiaens, T., Kaufman, E. A., Smits, D., & Luyckx, K. (2018). The Dutch self-concept and identity measure (SCIM): Factor structure and associations with identity dimensions and psychopathology. *Personality and Individual Differences*, *123*, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.007>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. I: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Brehm, S. (1992). *Intimate Relationships*. McGraw-Hill: New York, NY, USA.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*, *103*(1), 103–116.

- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. & Kernberg, O. F. (2003). *Structured interview of personality organization (STIPO)*. New York: Weill Medical College of Cornell University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: The science of well-being*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science (2nd ed.)*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Coronato-Nunes, T., Silva-Fonseca, V., Ball, S., Seixas, A., Jean-Louis, G., Hirano, R. S., & Parrot, T. M. (2018). Borderline personality disorder: an adaptation of the Taiwan short version of the screening inventory into Brazilian Portuguese. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40(1), 16–20. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0071>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of personality and social psychology*, 81(2), 322–331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., & Evren, B. (2014). The severity of Internet addiction risk and its relationship with the severity of borderline personality features, childhood traumas, dissociative experiences, depression and anxiety symptoms among Turkish university students. *Psychiatry research*, 219(3), 577–582. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.032>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>

Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N., & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: a comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Comprehensive psychiatry*, 55(6), 1398–1404. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.005>

Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of personality disorders*, 20(6), 597–617. <https://doi.org/10.1521/pe.2006.20.6.597>

Dimaggio, G., Nicolò, G., Fiore, D., Centenero, E., Semerari, A., Carcione, A., & Pedone, R. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder: three psychotherapies analyzed using the grid of problematic states. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(4), 466–480. <https://doi.org/10.1080/10503300701881877>

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 196(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>

Doering, S., Blüml, V., Parth, K., Feichtinger, K., Gruber, M., Aigner, M., Rössler-Schüle, H., Freidl, M., & Wininger, A. (2018). Personality functioning in anxiety disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1870-0>

Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, 54(11), 1284–1293. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00636-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00636-x)

- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of personality disorders*, 27(6), 746–763. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_109](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_109)
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. a Erikson, J. M. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Psychologie P. ISBN 80-7106-291-X.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences. A natural science approach*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1991). *Eysenck personality questionnaire – revised*. London: Hodder & Stoughton.
- Fatemi, S. H., & Clayton, P. J. (2016). *The medical basis of psychiatry: Fourth edition*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2528-5>
- Feingold A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 116(3), 429–456. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.429>
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., Collins, B., & MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1057–1069. <https://doi.org/10.1037/a0034878>
- Finzen, A. (2000). Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis*, 27(7), 316–320.
- Freud, S. (1900). Die Traumdeutung. *Gesammelte Werke Bd. II/III*. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuchverlag, 1999.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erw. Bearb. d. amerikanischen Originalversion d. SKID-II von: M.B.*

First, R.L. Spitzer, M. Gibbon, J.B.W. Williams, L. Benjamin, (Version 3/96). Göttingen: Hogrefe.

Garcia, D., Lester, N., Cloninger, K. M., & Robert Cloninger, C. (2017). Temperament and Character Inventory (TCI). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 1–3. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_91-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_91-1)

Glas, G. (2020). An Enactive Approach to Anxiety and Anxiety Disorders. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 27(1), 35-50. [doi:10.1353/ppp.2020.0005](https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0005).

Górska, D. (2021). The role of the level of personality organization in emotional processing in Generalized Anxiety Disorder. *Personality and Individual Differences*, 181(111020).

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Patricia Chou, S., June Ruan, W., & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of psychiatric research*, 39(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.004>

Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: The need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. *Psychiatric Quarterly*, 71, 291–309. <https://doi.org/10.1023/A:1004680122613>

Gruber, M., Doering, S., & Blüml, V. (2020). Personality functioning in anxiety disorders. *Current opinion in psychiatry*, 33(1), 62–69. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000556>

Haber, J. (1990). The Haber level of differentiation of self scale. In O. L. Strickland & C. Waltz (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Vol. 4. Measuring client self-care and coping skills* (pp. 320–329). New York: Springer

Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 175(3), 277–279. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.002>

- Hatfield, E. & Rapson, R.L. (1993). *Love, Sex, and Intimacy: Their Psychology, Biology, and History*. HarperCollins: New York, NY, USA.
- Heissler, R., Doubková, N., Hutsebaut, J., & Preiss, M. (2021). Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP-5.1): Psychometric evaluation of the Czech version. *Personality and mental health*, 10.1002/pmh.1508. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pmh.1508>
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 2., opr. Praha: Portál. ISBN 80-7367-123-9.
- Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Páté, rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
- Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): factor structure, incremental validity of self-pathology, and relations to DSM-IV personality disorders. *Journal of personality assessment*, 95(5), 479–485. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.778273>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47–80). Cambridge University Press.
- Hoffmann, S. O., Hochapfel, G., Eckhardt-Henn, A. & Heuft G. (2009). *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*. 8. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Hook, M. K., Gerstein, L. H., Detterich, L., & Gridley, B. (2003). How Close Are We? Measuring Intimacy and Examining Gender Differences. *Journal of Counseling & Development*, 81(4), 462–472. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00273.x>
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Pinto, A., Markowitz, J. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M.

C., & Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of personality disorders*, 25(3), 305–320. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305>

Horney, K. (2007). *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-219-5

Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N., Buchheim, P., & Doering, S. (2010). Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 56(2), 136-149. <http://www.jstor.org/stable/23871156>

Hřebíčková, M., Jelínek, M., Blatný, M., Brom, C., Burešová, I., Graf, S., Mejzlíková, T., Vazsonyi, A. T., & Záborská, K. (2016). Big Five Inventory: Základní psychometrické charakteristiky české verze BFI-44 a BFI-10. *Československá psychologie*, 60(6), 567–583.

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)

Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C., & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality disorders*, 8(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>

Janíček, J. (2008). *Když úzkost bolí*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6

Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of personality disorders*, 18(5), 467–478. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325>

- 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.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1996). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Baltimore, Williams and Wilkins, 2804 pp.
- Kaufman, E. A., Montgomery, M. J., & Crowell, S. E. (2014). Identity-related dysfunction: Integrating clinical and developmental perspectives. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, *14*(4), 297–311. <https://doi.org/10.1080/15283488.2014.944699>
- Kaufman, E. A., Cundiff, J. M., & Crowell, S. E. (2015). The development, factor structure, and validation of the Self-concept and Identity Measure (SCIM): A self-report assessment of clinical identity disturbance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*(1), 122–133. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9441-2>
- Kaufman, E. A., & Crowell, S. E. (2018). Biological and Behavioral Mechanisms of Identity Pathology Development: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, *22*(3), 245–263. <https://doi.org/10.1037/gpr0000138>
- Kernberg O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *18*(4), 800–822. <https://doi.org/10.1177/000306517001800403>
- Kernberg, O. F. (1981). The structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, *4*(1), 169–195. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30944-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30944-4)
- Kernberg, O. F. (1984a). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1984b). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114–156). Guilford Press.

- Kernberg O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic quarterly*, 75(4), 969–1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>
- Kosińska-Dec, K. (1999). Konstrukcja i właściwości kwestionariusza do badania intymności [Construction and properties of the questionnaire for intimacy testing]. *Przeгляд Psychologiczny*, 4, 145–158.
- Kratochvíl, S. (2020). *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7553-851-2.
- Kulísková, O. (2001). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy – etiologie, diagnostika a terapie. *Neurol. praxi*, 2(3), 138-143
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137–147. <https://doi.org/10.1177/070674379804300202>
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 14(2), 137–151. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.137>
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.

Malá, E. a Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.

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.

McWilliams, N. (1994). Developmental levels of personality organization. In *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (pp. 40–66). New York; London: The Guilford press.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.

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. (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., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of personality assessment*, 93(4), 347–353. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577853>

Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality disorders in DSM-5: emerging research on the alternative model. *Current psychiatry reports*, 17(4), 558. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>

Muniruzzaman M. D. (2017). Transformation of intimacy and its impact in developing countries. *Life sciences, society and policy*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40504-017-0056-8>

Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), 215–233. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80026-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80026-0)

Nielsen, S., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. (2017). Adult attachment style and anxiety - The mediating role of emotion regulation. *Journal of affective disorders*, 218, 253–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.047>

Nolen-Hoeksema S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*, 101(2), 259–282.

Notzon, S., Domschke, K., Holitschke, K., Ziegler, C., Arolt, V., Pauli, P., Reif, A., Deckert, J., & Zwanzger, P. (2016). Attachment style and oxytocin receptor gene variation interact in influencing social anxiety. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 17(1), 76–83. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1091502>

Okhakhume, A. S. (2012). Influence of psychological factors on self and perceived stigma and the efficacy of cognitive behaviour therapy in symptoms reduction among mentally ill patients. *IFE Psychologia*, 20(2), 39-50. <https://journals.co.za/doi/abs/10.10520/EJC124282>

Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., Rosmalen, J., & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clinical psychology review*, 33(5), 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>

Page, G. P., George, V., Go, R. C., Page, P. Z., & Allison, D. B. (2003). "Are we there yet?": Deciding when one has demonstrated specific genetic causation in complex diseases and quantitative traits. *American journal of human genetics*, 73(4), 711–719. <https://doi.org/10.1086/378900>

- Palitsky, D., Mota, N., Afifi, T. O., Downs, A. C., & Sareen, J. (2013). The association between adult attachment style, mental disorders, and suicidality: findings from a population-based study. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(7), 579–586. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829829ab>
- Patterson, M. L. (1982). A sequential functional model of nonverbal exchange. *Psychological Review*, 89(3), 231–249. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.89.3.231>
- Plopa, M. (2007). *Psychologia Rodziny: Teoria I Badania. [Family Psychology: Theory and Research.]* Oficyna Wydawnicza Impuls: Kraków, Poland.
- Praško, J. (2004). Úzkostné poruchy. *Interní medicína pro praxi*, 6(10), 500-503.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-6.
- Praško, J., Vyskočilová, J. a Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-079-8.
- Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A. a Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
- 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.
- Raboch, J. a Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
- Reed G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(2), 227–229. <https://doi.org/10.1002/wps.20533>
- Reich, W. (1933). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus, & Giroux, 1972.
- Reis, H. T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 15–30. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.1.15>

- Rentrop, M., Zilker, T., Lederle, A., Birkhofer, A., & Hörz, S. (2014). Psychiatric comorbidity and personality structure in patients with polyvalent addiction. *Psychopathology*, *47*(2), 133–140. <https://doi.org/10.1159/000351784>
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, *129*(3), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Rossi, G., Debast, I., & van Alphen, S. (2017). Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning - Short Form (SIPP-SF). *Aging & mental health*, *21*(7), 703–711. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1154012>
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(10), 766–773. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>
- Řičan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9
- Salvatore, G., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2005). Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder. *American journal of psychotherapy*, *59*(3), 247–265. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2005.59.3.247>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Janavs, J., Knapp, E., Weiller, E., Bonora, L. I., et al. (1994). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*. Tampa: University of South Florida Institute for Research in Psychiatry.
- Scherwitz, L., Perkins, L., Chesney, M., & Hughes, G. (1991). Cook-Medley Hostility scale and subsets: relationship to demographic and psychosocial characteristics in young adults in the CARDIA study. *Psychosomatic medicine*, *53*(1), 36–49. <https://doi.org/10.1097/00006842-199101000-00004>

Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch, P. A., & Doering, S. (2013). The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-27>

Schmeck, K., Goth, K., & Schluter-Muller, S. (2015). The role of identity in the DSM5-classification of personality disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1–11.

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine (1982)*, 56(2), 299–312. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x)

Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Wang, W., & Olthuis, J. V. (2009). Measuring identity from an eriksonian perspective: two sides of the same coin?. *Journal of personality assessment*, 91(2), 143–154. <https://doi.org/10.1080/00223890802634266>

Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Luyckx, K., Meca, A., & Ritchie, R. A. (2013). Identity in Emerging Adulthood: Reviewing the Field and Looking Forward. *Emerging Adulthood*, 1(2), 96–113. <https://doi.org/10.1177/2167696813479781>

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *The American journal of psychiatry*, 158(3), 479–481. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.479>

Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius. ISBN 80-85800-33-0.

Starr, L. R., & Davila, J. (2012). Cognitive and Interpersonal Moderators of Daily Co-Occurrence of Anxious and Depressed Moods in Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive therapy and research*, 36(6), 655–669. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9434-3>

Stuart, J., Westen, D., Lohr, N., Benjamin, J., Becker, S., Vorus, N., & Silk, K. (1990). Object relations in borderlines, depressives, and normals: an examination of human responses on the Rorschach. *Journal of personality assessment*, 55(1-2), 296–318. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674068>

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)

Timmerman G. M. (1991). A concept analysis of intimacy. *Issues in mental health nursing*, 12(1), 19–30. <https://doi.org/10.3109/01612849109058207>

Vogel, D. L., Wade, N. G., Haake, S. (2006). Measuring self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337. doi:[10.1037/0022-0167.53.3.325](https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325)

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-x.

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>

Westen, D., Betan, E., & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 23(1), 305–313. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000817>

Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., Wright, A., ... Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of personality assessment*, 101(4), 345–355. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431>

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*.

*Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearb. d. amerikanischen Originalversion des SKID I.* Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize.* Praha: Psychiatrické centrum.

Xue, Y., Xu, Z. Y., Zaroff, C., Chi, P., Du, H., Ungvari, G. S., Chiu, H., Yang, Y. P., & Xiang, Y. T. (2018). Associations of Differentiation of Self and Adult Attachment in Individuals With Anxiety-Related Disorders. *Perspectives in psychiatric care*, 54(1), 54–63. <https://doi.org/10.1111/ppc.12200>

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(3), 532–548. <https://doi.org/10.1037/abn0000059>

## **Seznam zkratek**

AMPO – Alternativní model pro poruchy osobnosti

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

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