

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jitka Vejsadová

**Charakteristiky snížené obecné věrohodnosti u
vyslýcháných se specifickou poruchou osobnosti**

**Characteristic of reduced general credibility by
interrogations with specific personality disorder**

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Hedvice Boukalové Ph.D. za její trpělivý přístup a podrobnou zpětnou vazbu a čas, který této práci věnovala.

Také chci poděkovat Václavovi za jeho neutuchající podporu a vědecký náhled.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala Bachyni za gramatickou korekturu a povzbudivá slova.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20.7.2019

.....
Jitka Vejsadová

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o charakteristikách výpovědi jedinců se specifickou poruchou osobnosti. Obecná věrohodnost u specifických poruch osobnosti je snížena. Děje se tak na základě abnormalit v kognitivní, emoční a sociální složce, kterými se jednotlivé poruchy osobnosti projevují. Cílem této práce je popsat jednotlivé aspekty, ve kterých se mohou výpovědi jedinců se specifickou poruchou osobnosti nejvíc rozcházet s realitou. Poznatky pak mohou být využity jako vodítka pro určení míst ve výpovědi, která jsou věrohodná, a naopak která věrohodná nejsou.

Empirická část se soustředí na paranoidní poruchu osobnosti. Výpovědi svědků s touto poruchou jsou posuzovány Analýzou validity výpovědi (SVA), konkrétně její čtvrtou částí Kriteriační analýzou obsahu (CBCA) a následně porovnávány s výpověďmi zdravých jedinců.

Klíčová slova: specifické poruchy osobnosti, věrohodnost, výpověď

Abstract

The bachelor thesis studies characteristics of testimonies of individuals with a specific personality disorder. Specific personality disorders can be characterized by decreased general credibility. It is due to abnormalities in cognitive, emotional, and social components of the psyche by which each disease is expressed. This bachelor thesis aims to describe aspects where the testimonies of individuals with a specific personality disorder may differ from reality. The results can be leveraged for the future identification of credible and non-credible parts in the testimony.

The empirical part focuses on paranoid personality disorder. I analyze the testimonies of witnesses with the paranoid personality disorder using the Statement Validity Assessment (SVA), precisely, its fourth part – Criteria-Based Content Analysis (CBCA). The testimonies of individuals with paranoid personality disorder are then compared to testimonies of healthy individuals.

Keywords: Specific personality disorders, credibility, testimony

Obsah

Seznam použitých zkratek	5
Úvod	6
Věrohodnost a poruchy osobnosti	7
Paranoidní porucha osobnosti	9
Schizoidní porucha osobnosti	13
Disociální porucha osobnosti	16
Hraniční porucha osobnosti	20
Histriónská porucha osobnosti	25
Anankastická porucha osobnosti	28
Anxiózní porucha osobnosti	31
Závislá porucha osobnosti	34
Návrh výzkumného projektu	36
Závěr	44
Seznam literatury	45

Seznam použitých zkratk

AnPO – anankastická porucha osobnosti

APO – anxiózní porucha osobnosti

CBCA – Criteria-Based Content Analysis (kriteriální analýza obsahu)

DPO – disociální porucha osobnosti

HPO – histriónská porucha osobnosti

HrPO – hraniční porucha osobnosti

OKP – obsedantně kompulzivní porucha

PPO – paranoidní porucha osobnosti

SPO – schizoidní porucha osobnosti

ZPO – závislá porucha osobnosti

Úvod

Věrohodnost se dělí na obecnou a specifickou. Obecná se týká osobnosti vyslychaného a jeho schopnosti podat věrohodnou výpověď, zatímco specifická posuzuje jednotlivá kritéria pro posouzení věrohodnosti. U specifických poruch osobnosti je obecná věrohodnost automaticky snižena, ale v literatuře není definováno, jakým způsobem.

Tato práce se zabývá obecnou věrohodností, ale přistupuje k ní na základě věrohodnosti specifické, ve smyslu zkoumání kritérií pro posouzení věrohodnosti výpovědi jedinců se specifickou poruchou osobnosti a přenášení těchto poznatků na jejich obecnou věrohodnost.

Jelikož americký diagnostický manuál (DSM-V) a mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádějí poruchy osobnosti jinak řazené a specifikované, je v práci použit průnik obou materiálů. Zanedlouho vyjde nová verze MKN-11, jejíž změny by se však poruch osobnosti neměly příliš dotknout.

Každé zde uvedené poruše osobnosti (paranoidní, schizoidní, disociální, hraniční, histriónská, anankastická, anxiózní a závislá) je v práci přidělena jedna kapitola. V úvodu jsou shrnuty obecné informace o poruše, tedy diagnostická kritéria a základní statistické údaje. Následuje forenzně psychologická manifestace a na závěr jsou uvedena specifika poruchy, která by se mohla dotknout její věrohodnosti.

V empirické části se zabývám svědeckou výpovědí vyslychaných s paranoidní poruchou osobnosti. Výpovědi jednotlivých svědků s touto poruchou a k nim kvótně přiřazené výpovědi zdravých jedinců budou posuzovat hodnotitelé zacvičení v metodě Kriteriaální analýzy obsahu. Základní hypotézou je, že se obě skupiny výpovědí budou signifikantně lišit v určitých kritériích. Výsledky studie pak bude možno použít jako vodítko k tomu, které typy informací jsou u vyslychaných s paranoidní poruchou osobnosti věrohodné a které nikoliv.

Tato práce si klade za cíl nastínit možné dopady diagnózy specifické poruchy osobnosti na věrohodnost výpovědi a probudit zájem o další empirický výzkum tohoto fenoménu.

V práci je citováno podle normy APA 6.

Věrohodnost a poruchy osobnosti

Věrohodnost

Výpověď je verbalizovaný, subjektivně vytvořený soubor informací o trestněprávně významné události, kterou vyslýchaný nějakým způsobem vnímal a zapamatoval (Spurný, 2003). Jejím předpokladem je schopnost vnímat, zapamatovat si a řízeně aktualizovat informace. Vyžaduje tedy činnost percepčních a paměťových funkcí. Do uvedeného procesu zasahuje celá osobnost, především její kognitivní, emoční a motivační komponenty (Netík, Netíková, & Hájek, 1997)

U výpovědi se určuje věrohodnost, která se dělí na obecnou a specifickou. Obecná věrohodnost označuje schopnost obviněného, svědka či oběti podat věrohodnou výpověď. To, v jaké míře výpověď splňuje kritéria věrohodnosti, se označuje jako specifická věrohodnost (Netík et al., 1997).

Základním předpokladem pro posouzení věrohodnosti výpovědi je existence či neexistence určitých identifikačních znaků v chování vypovídajícího nebo v jeho výpovědi, které lze považovat za příznaky věrohodnosti či nevěrohodnosti (Netík et al., 1997). U obecné věrohodnosti jde o kompletní charakteristiku osobnosti vypovídajícího, která zahrnuje jeho schopnosti a psychické předpoklady podat věrohodnou výpověď. K jejímu posouzení je možné použít psychologické vyšetření (Čírtková, 2004). Toto vyšetření se zaměřuje na kognitivní procesy (paměť, percepce, pozornost, intelekt), emoční procesy, motivaci a také na zjišťování případných psychických poruch či abnormálních skladeb osobnosti, které by mohly obecnou věrohodnost ovlivnit (Netík et al., 1997).

Obecně méně věrohodný člověk se vyznačuje povrchním nebo nepřesným vnímáním, fantazijním doplněním vzpomínek, všeobecnými sklony k podvádění a výmluvám, vysokou sugestibilitou nebo přítomností psychopatologických rysů (Čírtková, 2004). Obecnou věrohodnost také poškozuje úmyslné či patické (neúmyslné a nevědomé) zkreslování výpovědi (Netík et al., 1997) a duševní choroby (Čírtková, 2004).

I obecně nevěrohodný jedinec je však schopen podat věrohodnou výpověď (Netík et al., 1997). Proto je nutné u každé výpovědi její individuální posouzení, aby nedocházelo k nežádoucím generalizacím, např. na základě diagnózy.

Jedním z nástrojů na posouzení věrohodnosti výpovědi je analýza validity výpovědi (Statement Validity Assessment). Tato metoda se soustředí na verbální vodítka, tedy na

kvalitu výpovědi a její obsah (Bogaard, Meijer, Vrij, Broers, & Merckelbach, 2014). Celkem má čtyři části, z nichž nejdůležitější je část třetí, kritériální analýza obsahu (Criteria-Based Content Analysis). Jednotlivá kritéria jsou zde řazena do čtyř kategorií. Těmi jsou Obecné charakteristiky, specifické obsahy, obsahy vázané na motivaci a deliktové specifické obsahy (Ptáček & Čírtková, 2012). V této práci je CBCA použita pouze pro orientační účely.

Specifické poruchy osobnosti

Specifické poruchy osobnosti mají v populaci vysokou prevalenci (Heretik & Heretik, 2007). Jejich diagnostickým kritériem jsou trvalé a výrazně disharmonické postoje, které zapříčiňují maladaptivní chování v širokém spektru situací (World Health Organization, 2016).

Diagnostika specifických poruch osobnosti patří k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace (Smolík, 1996). Posouzení diagnózy může být zatíženo obtížemi vyplývajícími z problematiky klasifikace poruch osobnosti a ze specifík jejich vyšetření (Pavlát, 2018). Další zatížení může být způsobeno měnící se závažností symptomatologie v závislosti na životních okolnostech (Smolík, 1996). Při diagnostice jsou tedy důležité dlouhodobé záznamy o afektivní, kognitivní a behaviorální složce osobnosti (Carroll, 2009). Nápomocná může být také objektivní anamnéza (Zvolský & Raboch, 2001).

Co se týče forenzně psychologické manifestace, jsou specifické poruchy osobnosti jednou z nejdiskutovanějších diagnóz. Fazel a Danesh (2002) ve své studii zjistili, že 65% trestaných mužů a 42% žen trpí poruchou osobnosti. Diagnóza poruchy osobnosti se často objevuje i mezi oběťmi (Heretik, 2004). Pravděpodobnost stát se svědkem trestného činu bude nejspíš podobná jako u zdravých jedinců.

Patické zkreslení výpovědi vzniká v důsledku defektního kontaktu s realitou a jejího monitorování, kdy vypovídající subjekt nedokáže rozlišovat mezi vnějšími a vnitřními zdroji informace prezentované ve výpovědi (Netík et al., 1997).

Specifické poruchy osobnosti významně ovlivňují percepci, kognitivní a afektivní složku osobnosti, a představují značné narušení sociálního výkonu (World Health Organization, 2016).

Paranoidní porucha osobnosti

Obecné informace

V ICD-10 je paranoidní porucha osobnosti (PPO) popsána jako fanatická, kverulantská, expanzivně paranoidní a senzitivně paranoidní (World Health Organization, 2016). V DSM-V jí odpovídá číslo 301.1 a jejím projevem je zde nedůvěra a podezíravost ve smyslu interpretace běžných motivů jako zlovolných (American Psychiatric Association, 2013).

Autoři Haghightafard et al. (2018) uvádějí jako hlavní charakteristiku jedinců s PPO skepticismus, který koreluje s neuroticismem a svědomitostí a záporně s přívětivostí. Nízká důvěra, která je součástí skepticismu, dále koreluje s depresí a celkově nepřátelským postojem.

Odhad prevalence paranoidní poruchy osobnosti se v literatuře pohybuje okolo 1-4,5%, Cloninger a Svrakic (2008) uvádějí dokonce 0,5-25%. Tato nepřesnost může být zapříčiněna špatnou diagnostikou poruch osobnosti obecně a tím, že PPO má mnoho komorbidit mezi ostatními specifickými poruchami osobnosti (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Další příčinou může být povaha narušení u PPO, která nevede k vnímání vlastní patologie, takže jedinci s PPO jen zřídka vyhledají odbornou pomoc (Vyas & Khan, 2016). Prevalence poruchy je podobná u mužů i žen, ale šetření Raza, DeMarce, Lash, & Parker (2014) ukázalo, že pravděpodobnost diagnózy PPO je zvýšená u černošské populace. Její heritabilita činí 35-60% (Haghightafard et al., 2018).

Forenzně psychologická manifestace

Paranoidní porucha osobnosti je bohatě zastoupena ve forenzní literatuře. Heretik a Heretik (2007) v tomto směru uvádějí projevy jako vztahovačnost, podezíravost, nedůvěra a přecitlivělost na nezdary a urážky. Dále dodávají, že jedinci s PPO jsou hostilní a bývají často podráždění a negativističtí k ostatním. Často jsou mezi nimi fanatičtí bojovníci za nějaké přesvědčení, kverulanti a sudiči. Podle ICD-10 jejich zápal pro osobní práva často ústí v bojovné tendence. Bývají také patologicky žárliví (World Health Organization, 2016).

Vzhledem k tomu, že jedinci s PPO mají tendenci vnímat jednání druhých jako nepřátelské, je pravděpodobné, že budou vystaveni zvýšenému riziku interpersonálního násilí (Carroll, 2009). Heretik (2004) přímo uvádí, že se jedinci s PPO dostávají často do konfliktů se svým okolím, bývají stíháni pro urážky veřejných činitelů, za ublížení na zdraví a omezování osobní svobody. Jiná studie přímo spojuje paranoidní poruchu osobnosti s násilím a s trestným činem nebezpečného pronásledování (Mullen, 1995).

Carroll (2009) ve své studii spojuje podezřívavost z vnímaných útoků a tendenci cítit zášť s rizikem zvýšení násilí u jedinců s PPO. Toto spojení vysvětluje tak, že jedinci s PPO svým paranoidním chováním vzbuzují v ostatních lidech nepřátelství, které může snadno vyústit v nepřátelské chování a tím roste pravděpodobnost agrese u obou stran. Tendenci k agresivnímu chování u jedinců s PPO posilovanou okolím zmiňují také Bettencourt, Talley, Benjamin, & Valentine (2006). Výsledky jeho metaanalýzy nacházejí korelaci mezi tendencí k agresivnímu chování za provokujících podmínek a ruminací, což je rys typický pro paranoidní poruchu osobnosti. Tento rys spočívá v podezření, které však není dostatečně podložené, že je jedinec ostatními zneužíván, poškozován a klamán (American Psychiatric Association, 2013).

Paranoidní porucha osobnosti je charakterizována negativní emocionalitou, hypervigilancí, kognitivní rigiditou a agresivní, nepřátelskou dispozicí. Tyto charakteristiky vedou k externalizovanému nepřátelství, které je vyvoláno zranitelností a přecitlivělostí vůči domnělým útokům v kontextu stresových sociálních interakcí. Této teorii odpovídají i biologická data, která posilují fenotypové charakteristiky hypervigilance a stresové reaktivity (Lee, 2017).

Agresivitu a iritabilitu vidí jako znak paranoidní poruchy osobnosti i Heretik a Heretik (2007). Berman, Fallon, & Coccaro (1998) uvádí, že PPO je v klinické populaci jeden z nejsilnějších prediktorů agresivního chování. Vyas a Khan (2016) spojují paranoidní poruchu osobnosti s násilím a kriminálním chováním. Dosud nebyl proveden žádný výzkum impulzivity u PPO.

Studie Liu et al. (2007) však zjistila u jedinců s PPO rychlejší automatickou detekci sluchových podnětů a jejich změny oproti ostatním poruchám osobnosti a kontrolní skupině, což by ve spojení s agresivitou a ostatními projevy této poruchy mohlo ukazovat na zvýšenou míru impulzivity.

Mullen & Lester (2006) uvádějí, že paranoidní rysy osobnosti jsou spojeny i s dalším problémovým chováním, jako je pronásledování a kverulantsví, s čímž souvisí vedení dlouhých soudních sporů. Ve vzorku pacientů s kleptománií byla paranoidní

porucha osobnosti zastoupena v největším poměru (Grant et al., 2004a). Dalšími rizikovými faktory, se kterými je tato porucha spojena, jsou alkoholismus (Echeburúa, Medina, & Aizpiri, 2005) a bezdomovectví (Connolly, Cobb-Richardson, & Ball, 2008). Celkově je PPO jednou ze tří poruch osobnosti, které jsou nejsilněji spojeny se snížením kvality života (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006).

Ke všem výše zmíněným manifestacím může přispívat spojení diagnostikované PPO v dospělosti se sexuálním a emocionálním zneužíváním v dětství (Bierer et al., 2003). Lataster et al. (2006) tuto hypotézu nepřímou podporují tvrzením, že dimenzionální paranoia u adolescentů koreluje s historií viktimizace v dětství.

Věrohodnost

Symptomy PPO, které mohou ovlivnit její věrohodnost, jsou nadměrná citlivost k odmítnutí, neodpuštění někdy pouze zdánlivých urážek, všeobecná podezřívavost a opětovné bezdůvodné podezírání partnera z nevěry. Dále je nutno vzít v potaz vysokou míru vztahovačnosti a vnímanou důležitost vlastní osoby (World Health Organization, 2016).

Obranné mechanismy, kterými se jedinci s PPO vyznačují, jsou projekce, projektivní identifikace, popření, odštěpení a reaktivní výtvar (Robinson, 2002). K těmto skutečnostem je také třeba při posuzování věrohodnosti přihlídnout.

Carroll (2009) dává do souvislosti paranoidní projevy s poruchami vnímání, které mohou mít dopad na sociální funkce. U jedinců s PPO převládá vytváření osobnostních atribucí nad situačními z důvodu neschopnosti porozumět pohledu jiné osoby. Když například jedince s PPO někdo postrčí v hromadné dopravě, vidí příčinu v jeho zlovolnosti a ne v přeplněné tramvaji.

Tuto myšlenku dále rozvinuli Bentall a Taylor (2006), kteří ve své studii mluví o externí osobnostní přičitatelnosti, což je tendence vysvětlovat negativní události v životě obviněním ostatních místo reflexe vlastního potenciálního přičinění.

Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman, & Beck (2001) se domnívají, že jedinci s PPO mají nefunkční přesvědčení o sobě spočívající v nedostatku self-efficacy, zatímco jednání ostatních lidí vnímají jako zlovolné. To může vést k obavám ze své zranitelnosti, k

tendenci hlídat své okolí a oprostit se od emocí. Příčinu v nízkém sebevědomí spatřují i jiní autoři. Combs a Penn (2004) popisují přímý vztah mezi paranoiou a nízkou sebeúctou.

Studie (Bentall & Taylor, 2006) naznačuje, že atribuční tendence jedinců s PPO je psychologickou obranou proti nízkému sebevědomí. Tato tendence je aktivována ve chvíli, kdy by mohlo dojít k ohrožení pozitivního pohledu na sebe samého.

Všechny tyto projevy PPO mohou ovlivnit věrohodnost, a to obzvláště v kategorii specifické obsahy, kde mohou být zasažena všechna kritéria. Dále může být postižena logická struktura a udávané možství detailů z kategorie obecných charakteristik.

Dalším charakteristickým projevem paranoidní poruchy osobnosti je nedůvěra. Jedinci s PPO nedůvěřují záměrům a motivům druhých a mnohdy je bezdůvodně podezírají. Základním předpokladem přitom je, že ostatní lidé jsou zlovolní a mohou dotyčnému ublížit (Bernstein & Useda, 2007). Gabbard (2000) dokonce popisuje náchylnost k nepochopení laskavosti nebo slov povzbuzení, které vnímají jako záštitu zlovolných úmyslů. Všechny tyto projevy nedůvěry mohou být zvýrazněny v souvislosti s nepříznivou sociální situací (Beyer, Münte, Göttlich, & Krämer, 2014).

Faktorová analýza (Falkum, Pedersen, & Karterud, 2009) poukazuje u PPO na existenci dvou základních vlastností, podezíravosti a nepřátelství, korelovaných mezi sebou. Studie dále zjistila, že pochybnosti o loajalitě přátel byly nejzávažnějším příznakem, zatímco pochybnosti o věrnosti milovaného člověka byly nejméně podporované.

Tyto projevy mohou stát za sklonem k přebírání a vytváření konspiračních teorií (Heretik & Heretik, 2007), které mohou změnit jádro výpovědi nebo ho rušit nadbytečnými detaily.

Závažnost symptomů paranoidní poruchy osobnosti negativně koreluje s pozorností, pracovní pamětí, exekutivními funkcemi a ostatní mozkovou aktivitou (Haghighatfard et al., 2018), což může mít přímý dopad na věrohodnost výpovědi.

Schizoidní porucha osobnosti

Obecné informace

Schizoidní porucha osobnosti (SPO) má odhadovanou prevalenci až 7,5% v populaci a je diagnostikována častěji u mužů (Cloninger & Svrakic, 2008). Různí autoři se však v těchto odhadech liší. O tuto poruchu jeví odborná veřejnost malý zájem. Triebwasser, Chemerinski, Roussos, & Siever (2012) upozorňují, že SPO je jednou z nejméně studovaných poruch osobnosti s prakticky nulovým empirickým výzkumem. Důvodem může být mimo jiné slabá interní konzistence diagnostických kritérií, na základně které doporučují někteří autoři tuto poruchu vyřadit (Hummelen, Pedersen, Wilberg, & Karterud, 2015).

Podle ICD-10 jsou jejími hlavními znaky preference fantazie před realitou, činnost o samotě, distancování se od sociálních kontaktů a neschopnost vyjadřovat své city a prožívat radost (World Health Organization, 2016). V DSM-V je vedena pod číslem 301.20 a jejím hlavním projevem je distancování se od společnosti a omezení emocionálního projevu (American Psychiatric Association, 2013). Velká populační studie (Grant et al., 2005) zjistila, že častými komorbiditami SPO je dystymie, mánie, panická porucha, agorafobie, sociální fobie a generalizovaná úzkostná porucha.

Martens (2010) uvádí jako klíčový faktor v etiologii i v projevech SPO osamělost. Tuto hypotézu podporují i (Hummelen et al., 2015).

Forenzně psychologická manifestace

Co se týče trestné činnosti, jsou pachatelé se schizoidní poruchou osobnosti nezanedbatelnou skupinou. Pulay et al. (2008) ve své studii uvádějí, že SPO koreluje s násilným chováním. Heretik (2004) dává do souvislosti jedince s SPO a mnohonásobnou násilnou trestnou činností. Kosson, Blackburn, Byrnes, Park, Logan, & Donnelly (2008) našli projevy schizoidní poruchy osobnosti v interpersonálním chování mezi vězni. Tito jedinci navíc neuznávají společenské normy a jsou lhostejní k odměně i trestu, může u nich tedy docházet k recidivě (Heretik & Heretik, 2007)

Heretik (2004) dělí jedince s SPO na pasivní a aktivní typ, přičemž za nebezpečnější považuje typ aktivní. Ten se vyznačuje přítomností extrémního přesvědčení,

kteře považuje za svou povinnost vnučovat ostatním lidem a obracet je tak na svou víru. Za tuto činnost bývají často postihováni, což je ale pouze utvrdí ve svém názoru a motivuje k útokům proti společnosti. Oproti tomu pasivní typ svá přesvědčení neventiluje a zůstává tak bez povšimnutí.

SPO je druhou nejvíce zastoupenou poruchou osobnosti mezi kleptomany Grant et al. (2004a) a často se vyskytuje mezi tuláky a bezdomovci (Heretik, 2004). Je pravděpodobné, že jedinci se schizoidní poruchou osobnosti budou zastoupeni i mezi oběťmi, pro podpoření této hypotézy však chybí data.

Věrohodnost

Schizoidní porucha osobnosti se vyznačuje sociálním, interpersonálním a afektivním deficitem v nepřítomnosti psychotických deformací (Mittal, Kalus, Bernstein, & Siever, 2007). Výsledky faktorové analýzy ukázaly, že SPO se skládá ze tří faktorů, kterými jsou sociální odloučení, zdrženlivost a omezená afektivita až anhedonie (Hummelen et al., 2015).

Mezi obranné mechanismy, které jedinci s SPO používají, patří intelektualizace, introjekce, projekce, idelaizace, znehodnocování a schizoidní fantazie (Robinson, 2002). Všechny tyto mechanismy mohou určitým způsobem zkreslit výpověď, aniž by si byl jedinec vědom, že podává nepravdivé informace.

Carroll (2009) rozšiřuje význam sociálního vyhýbání, kterým je SPO charakterizována. Jedinci s touto poruchou jsou lhostejní k ostatním lidem. Na rozdíl od anxiózní poruchy osobnosti netouží po mezilidském kontaktu a na rozdíl od jedinců s paranoidní poruchou osobnosti se tak neděje kvůli podezíravosti. Heretik a Heretik (2007) tuto tendenci popisují instrumentálně jako upřednostňování samoty a fantazie před společenskými aktivitami a nezájem o společenské a intimní vztahy.

Martens (2010) vidí příčinu v nedostatečném intrapsychickém, psychosociálním, kulturním a neurobiologickém rozvoji, který způsobuje primární izolaci. Jedinec pak trpí nedostatkem sociálně-emocionálních interakcí a nenaučí se tak rozpoznat a vyslat sociálně-emoční znaky, které jsou důležité pro přesné předvídání a porozumění průběhu společenských interakcí. V důsledku toho je často opomíjený, odmítnutý a odháněný ostatními lidmi a tím vzniká sekundární izolace, ve které se jedinec s SPO cítí bezpečně.

Ať už je etiologie sociálního vyhýbání jakákoliv, může značně ovlivnit věrohodnost v mnoha aspektech.

Jak už bylo několikrát zmíněno, zasažena poruchou je i afektivní složka. Leible a Snell (2004) našli významnou negativní korelaci mezi interní emoční pozorností a SPO. Heretik a Heretik (2007) poukazují na omezený repertoár emočního prožívání, neschopnost vyjadřovat emoce a sníženou empatii.

Tyto skutečnosti mohou vést ke snížení věrohodnosti v kritériích popisu interakcí, popisu vlastního i pachatelova psychického stavu, sebeobviňování a omlouvání pachatele.

Disociální porucha osobnosti

Obecné informace

Disociální porucha osobnosti (DPO) má odhadovanou prevalenci 3% u mužů a 1% u žen, přičemž jedinci s touto poruchou jsou často trestáni a mají nižší sociální status (Cloninger & Svrakic, 2008).

Podle ICD-10 jsou hlavními charakteristikami této poruchy bezohlednost v sociálních vztazích, nedostatek empatie, nedodržování sociálních normem a lhostejnost k odměně nebo trestu. Dále je to nízká tolerance k frustraci, nízký práh pro spuštění agresivního chování, tendence klamat druhé a předkládání přijatelného vysvětlení svého antisociálního chování (World Health Organization, 2016). V DSM-V je vedena jako Antisocial personality disorder pod číslem 301.7. Jejými projevy jsou projevy nerespektování a porušování práv ostatních (American Psychiatric Association, 2013).

Mechanismus vzniku disociální poruchy osobnosti není znám, stejně jako je tomu u ostatních poruch osobnosti. Blair a Firth (2000) vidí příčinu v časně dysfunkci amygdaly, Heretik a Heretik (2007) upozorňují na kruté zacházení a zneužívání v dětství.

Jedním ze zatížení diagnostiky je snadná zaměnitelnost s paranoidní poruchou osobnosti. Carroll (2009) vidí jako hlavní charakteristiku DPO v opakovaném porušování práv ostatních. Jedinci s PPO mohou také poškodit ostatní, ale jednají tak z přesvědčení, že jim bylo ublíženo, nebo v rámci preventivního opatření. Při diagnostice je pak nejtěžší rozlišit racionalizaci neetického chování jedinců s DPO od skutečně paranoidního myšlení jedinců s PPO.

Moran a Hodgins (2004) popsali častou komorbiditu DPO se schizofrenií, která se projevuje zneužíváním návykových látek, závislostí a problémy s pozorností a koncentrací. Deficit se objevuje i v afektivní složce, kdy jedinec trpí nedostatkem lítosti nebo pocitu viny, nedostatkem empatie a neschopností přijmout odpovědnost za své činy. I u samotné DPO se často objevuje komorbidita závislosti. Jedinec je závislý nejčastěji na alkoholu, ale spadají sem i jiné závislosti. Heretik a Heretik (2007) například uvádějí patologické hráčství.

Forenzně psychologická manifestace

Heretik (2004) považuje DPO za jednu z nejrizikovějších forem poruch osobnosti z hlediska kriminality. Pro jedince s DPO je typická majetková, násilná i sexuální trestná činnost. Také u nich často dochází k recidivě, a to z důvodu lhostejnosti vůči trestu (Heretik & Heretik, 2007).

Látkové i nelátkové závislosti typické pro DPO (Heretik & Heretik, 2007) mohou zvyšovat pravděpodobnost kriminálního chování. Výsledky studie Rubio et al. (2007) ukázaly, že impulzivita spočívající v neschopnosti odložit potěšení byla zvýšena u abúzu alkoholu, ale impulzivita spočívající v rychlé odpověďové reakci byla zvýšena především u jedinců s abúzem alkoholu a zároveň DPO. Studie Petry (2002) našla kauzální vztah mezi impulzivitou spočívající v neschopnosti odložit potěšení a abúzem návykových látek spojeným s DPO. Vassileva, Gonzalez, Bechara a Martin (2007) u DPO naměřili zhoršený výkon v testu impulzivity, ale tito jedinci skórovali normálně v úkolu na hazardní hry, což odporuje hypotéze o komorbiditě patologického hráčství u DPO (Heretik & Heretik, 2007)

Impulzivita, která je definována jako sklon k jednání postrádajícímu schopnost přizpůsobit své chování kontextovým požadavkům, je významná u mnoha psychiatrických poruch včetně DPO (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Swann, Lijffijt, Lane, Steinberg a Moeller, (2009) ve své studii zjistili, že jedinci s DPO měli signifikantně vyšší skóre na stupnici impulzivních rysů a u testu rychlosti odezvy měli nižší reakční čas než kontrolní skupina, přičemž míra pozornosti byla u obou skupin stejná. S některými položkami měřícími impulzivní odezvu korelovala závažnost DPO vyhodnocená počtem příznaků této poruchy. Impulzivita, agresivita a sociální maladaptivita je jednou z možných příčin vysokého podílu jedinců s DPO mezi pachateli trestné činnosti (Heretik & Heretik, 2007).

Kriminální jednání je pro disociální poruchu osobnosti příznačné. Fazel a Danesh (2002) našli DPO u 47% vězněných mužů a 21% žen. Hart, Dutton a Newlove (1993) objevili vysokou prevalenci této poruchy u pachatelů domácího násilí. Příčina může být ve zvýšené agresivitě, hostilitě (Lobbestael, Cima, & Arntz, 2013), impulzivitě (Swann et al., 2009) a ostatních projevech, které jsou popsány výše.

Věrohodnost

Netík et al. (1997) se zabývají forenzně psychologickou diagnostikou disociální poruchy osobnosti, u které považují za jednu z největších zátěží lhavost. Ta je u jedinců s DPO přítomna nejen ve smyslu disimulace, ale i agravace a značně tak ovlivňuje diagnostiku i věrohodnost výpovědi.

Výsledky studie (Jiang et al., 2013) ukázaly, že jedinci s DPO jsou ve lhaní velmi dovední, což se může projevit v neschopnosti zachytit jejich výpověď při detekci lži. Vzhledem k tomu, že lhavost je jedním ze základních projevů této poruchy, je obecná věrohodnost u jedinců s DPO snižena (Netík et al., 1997).

Za nevědomé podávání nepravdivé výpovědi mohou někdy obranné mechanismy, kterými jsou u této poruchy převážně agování, kontrola, disociace a projektivní identifikace Robinson (2002).

Jedinci s DPO mají postiženou i afektivní složku. Heretik a Heretik (2007) jim připisují bezohlednost, nízkou empatii, neschopnost tvořit dlouhodobé vztahy a absenci prožívání viny a výčitek svědomí. Dalšími projevy je ignorování práv a zájmů druhých, stejně jako společenských a právních norem. Leible a Snell (2004) popisují významnou negativní korelaci mezi DPO a osobní emoční pozorností.

Tyto skutečnosti se mohou projevit sníženou věrohodností u kritérií, jako je popis interakcí, popis vlastního psychického stavu a psychického stavu ostatních zúčastněných, sebeobviňování. Dále lze předpokládat, že i jako pachatelé budou svalovat vinu na oběť a různými způsoby ospravedlňovat své chování (World Health Organization, 2016).

Výsledky tudie Prehn et al. (2013) ukázaly, že při paměťovém úkolu s emocionálními obrázky na pozadí vykazovali jedinci s DPO a komorbidní hraniční poruchou osobnosti zpožděné reakce. Dolan a Fullam (2005) zjistili, že jedinci s vysokým stupněm DPO vykazují výrazně nižší skóry emoční paměti při volném vybavování i vybavování s nápovědou ve srovnání s kontrolní skupinou.

Výsledky obou studií zobrazují korelaci mezi emocemi a kognicí u DPO, což může být důležitým faktorem pro pochopení agresivního a násilného chování těchto jedinců. Tuto hypotézu podporují i Lobbestael et al. (2013), kteří vidí příčinu reaktivní agrese v hostilních interpretacích chování druhých.

Studie Leible a Snell (2004) indikuje významnou negativní korelaci mezi intrapersonální emoční pozorností a antisociální poruchou osobnosti.

Dinn a Harris (2000) uvádějí, že jedinci s DPO byli na rozdíl od kontrolní skupiny méně svědomití, méně trpěli výčitkami, vykazovali nižší náchylnost k vině a trpěli nižší sociální úzkostí. Také byli odvážnější a dezinhibovanější.

Nezodpovědnost a nízkou frustrační toleranci, když jde o uspokojování potřeb jako charakteristické rysy, popisují také Heretik a Heretik (2007). Všechny tyto skutečnosti je třeba brát při posouzení věrohodnosti v potaz.

Z výsledků studie Dolan a Park (2002) vyplývá, že DPO je spojena s širokou škálou deficitů v oblasti plánování, řazení souborů, impulzivity a vizuální paměti. Zeier, Baskin-Sommers, Hiatt Racer a Newman (2012) také spojují DPO s řadou deficitů exekutivních funkcí, včetně špatné kognitivní kontroly.

Další studie uvádí nízkou vzrušivost, špatné podmínění strachu, nedostatek svědomí a deficity v rozhodování (Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse, & Colletti, 2000). I tato převážně kognitivní zatížení mohou hrát roli ve snížení věrohodnosti.

Hraniční porucha osobnosti

Obecné informace

Hraniční porucha osobnosti (HrPO) je v ICD-10 zařazena pod emočně nestabilní poruchu osobnosti spolu s impulzivní poruchou osobnosti. Emočně nestabilní porucha osobnosti je charakterizována sklonem ke skratovitému a hašteřivému chování, nepředvídatelné náladě a emočním výbuchům. U HrPO jsou navíc porušeny představy o sobě, svých cílech a osobních preferencích (World Health Organization, 2016).

Jedinci s HrPO trpí dlouhodobými pocity prázdnoty, tendují k sebezničujícímu chování a navazují nestabilní ale intenzivní interpersonální vztahy. Osobnost je popsána jako agresivní, hraniční a výbušná (World Health Organization, 2016). V DSM-V jí odpovídá Borderline Personality Disorder (301.83), jejíž projevy jsou nestabilita v sociálních vztazích, v sebeobrazu a afektech a výrazná impulzivita (American Psychiatric Association, 2013).

Prevalenci HrPO odhadují Cloninger a Svrakic (2008) na 2% populace, častěji se vyskytuje u žen.

Z jedinců s HrPO je 10% v ambulantní léčbě a 20% hospitalizovaných (Cloninger & Svrakic, 2008). Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan a Bohus (2004) přičítají častou přítomnost těchto jedinců v nemocničních zařízeních emoční dysregulaci, impulzivní agresi, opakovanému sebepoškozování a chronické sebevražedné tendenci. Vysoké riziko sebepoškozování a suicidálních pokusů zmiňuje i Heretik (2004).

K rozvoji HrPO přispívají genetické faktory a nežádoucí podmínky během dětství, jako například fyzické nebo sexuální zneužívání (Lieb et al., 2004) a opuštění (Schmahl, Elzinga, Vermetten, Sanislow, McGlashan, & Bremner, 2003). Tuto hypotézu podporují i výsledky studie Yen et al. (2002) s dodatkem, že závažnost traumatické expozice koreluje se závažností symptomů HrPO. Studie Driessen et al. (2004) spojuje závažnost HrPO s přítomností posttraumatické stresové poruchy. Joyce et al. (2003) považují HrPO za důsledek kombinace zneužívání nebo zanedbávání dětí hraničního temperamentu a rané deprese, hypománie, poruchy chování a závislosti na alkoholu a drogách.

Forenzně psychologická manifestace

Davidson, Humphreys, Johnstone a Owens (1995) ve své studii uvádějí, že 25% uvězněných žen trpí hraniční poruchou osobnosti. Hart et al. (1993) našli vysokou prevalenci HrPO mezi pachateli domácího násilí.

Jedinci s HrPO se často spoléhají na maladaptivní strategie zvládání interpersonálních konfliktů, kterými mohou partnera vyprovokovat, rozzlobit nebo vystrašit. Z toho důvodu jsou jejich vztahy poznamenány častými hádkami a rozkoly (Zanarini, Gunderson, & Frankenburg, 1990). Projevy jako hašteřivé chování a časté konflikty s ostatními jsou zmíněny i v ICD-10 (World Health Organization, 2016).

Lieb et al. (2004) dělí jedince s HrPO na dva typy: úmyslně se fyzicky sebezničující typ a obecněji impulzivní typ. Sebeпоškozování a pokusy o sebevraždu jsou základními prvky prvního typu impulzivity. Formami druhé je zneužívání návykových látek, neuspořádané stravování, neuvážené utrácení výdajů, verbální výbuchy a bezohledné řízení.

Ve studii McCloskey et al. (2009) jedinci s hraniční poruchou osobnosti vykazovali vyšší míru agresivity a motorické impulzivity. Z následných analýz vyplynulo, že u jedinců s HrPO byla behaviorální agrese spojena s reportovanou agresí, zatímco behaviorální a reportovaná impulzivita byly asociovány jen mírně. Obecně jedinci s HrPO uvádějí více hněvu, agrese a impulsivity než zdraví jedinci (Jacob et al., 2008; Dougherty, Bjork, Huckabee, Moeller, & Swann, 1999) přičemž vztek u HrPO je většinou reakcí na vnímané odmítnutí (Berenson, Downey, Rafaeli, Coifman, & Paquin, 2011). Hněv s následnou impulzivitou a agresivitou mohou přispět ke kriminálnímu jednání u HrPO.

Věrohodnost

Carroll (2009) přirovnává HrPO k PPO z hlediska tvorby paranoidních myšlenek a hněvu. U jedinců s HrPO se však jedná o reakci na stres, není to její stálý rys. Lobbestael a McNally (2016) dávají do souvislosti zkreslení interpretací sociálních situací souvisejících s hněvem, s emocionální hyperaktivitou a interpersonálními problémy. Glaser, Van Os, Thewissen a Myin-Germeys (2010) popisují u jedinců s HrPO psychózu vyvolanou stresem, která zahrnuje i halucinace.

Zanarini et al. (1990) rozlišují u HrPO tři úrovně kognitivní symptomatologie. První úroveň charakterizují znepokojující, ale ne psychotické problémy, např. pocit

méněcennosti, disociace z hlediska depersonalizace a derealizace, nedůvěřivost a podezřívavost. V druhé úrovni nastupují přechodné a ohraničené bludy a halucinace. Poslední úroveň většinou nastupuje v kontextu psychotické deprese a obsahuje pravé bludy a halucinace.

Tyto skutečnosti mohou snížit věrohodnost výpovědi v obecných charakteristikách, například v logické struktuře, ale i ve specifických obsazích, například v popisu interakcí, uváděním neobvyklých a nadbytečných detailů nebo stavu přisuzovaného pachateli.

Narušená představa o sobě (Heretik & Heretik, 2007) se může také promítat do věrohodnosti výpovědi jedinců s HrPO.

Zanarini et al. (1990) tvrdí, že porucha identity má základ v kognitivní složce, protože je založena na sérii falešných přesvědčení. S tím souvisí i obranné mechanismy jedinců s HrPO, kterými je štěpení, deformace, agování, disociace a projektivní identifikace (Robinson, 2002).

Další složkou, která může být narušena, je paměť. Studie Minzenberg, Fisher- Irving, Poole, & Vinogradov (2006) našla u HrPO heterogenitu ve zdrojové paměťové funkci, kterou spojuje s některými charakteristikami interpersonálního chování charakteristického pro HrPO, jako je hostilita a podezřívavost, nezávislá na obecných vlivech poruchy nebo na celkovém poškození paměti.

Kim a Fanselow (1992) zjistili, že u HrPO bývá často narušena deklarativní paměťová funkce hippokampu, která je důležitá pro identifikaci potenciální hrozby během stresových situací.

Jedinci s HrPO pocítují vyšší úroveň úzkosti a bezmoci ohledně nevyřešeného stavu paměti. Při vybavování neukončených událostí pak vykazují zvýšený ale nedostatečný pokus kontrolovat intenzitu emocí (Beblo et al., 2006), což může mít za následek sníženou věrohodnost u obecných charakteristik a možná i v obsazích vázaných na motivaci.

Koenigsberg et al. (2002) přisuzují hraniční poruše osobnosti dysfunkci emoční složky, které dominuje vysoká reaktivita nálady. Jedinci s HrPO se často pohybují z jednoho pólu nálady do druhého v závislosti na aktuální interpersonální situaci. Zažívají

tak několik dysforických stavů a období vyrovnanosti během jednoho dne. Tyto dysforické stavy mohou být prožívány jako vztek, hanba, zármutek, panika, teror nebo chronické pocity prázdnoty a osamělosti. Zanarini, Frankenburg, DeLuca, Hennen, Khera, & Gunderson (1998) tyto stavy popisují jako mnohotvárnou emocionální bolest. Od této intenzivní emoční bolesti si jedinci s HrPO často pomáhají sebepoškozováním (Niedtfeld, Schulze, Kirsch, Herpertz, Bohus, & Schmahl, 2010).

V lehkém rozporu s těmito studii jsou Herpertz et al. (2000), kteří připisují hraniční poruše osobnosti nízké somatické vzrušení na emoční podněty, které podle nich souvisí s přehnanou otevřeností vůči podnětům v sociálních vztazích. Sebepoškozování by pak mohlo sloužit spíše jako prostředek k odstranění pocitu prázdnoty.

Donegan et al. (2003) popisují u HrPO emoční zranitelnost, která je charakterizována výraznou citlivostí a neobvykle silnou reakcí na emoční podněty, přičemž návrat k základní hodnotě bývá abnormálně pomalý. Tato dysregulace emocí se skládá ze čtyř složek, kterými je citlivost vůči emocím, zesílený vliv negativních emocí, nedostatek vhodných regulačních strategií a přebytek strategií maladaptivní regulace (Carpenter & Trull, 2013).

Intenzitu emocí a nedostatek strategií regulace emocí uvádějí i Niedtfeld et al. (2010) a hyperreaktivitu jedinců s HrPO na negativní emoce Lobbestael a Arntz (2010). Tyto charakteristiky by se mohly také projevit na věrohodnosti výpovědi, obzvláště jejího emočního doprovodu.

Jedinci s HrPO jsou nepřesní při rozpoznávání obličejových výrazů hněvu, znechucení a neutrálního rozpoložení (Daros, Zakzanis, & Ruocco, 2013). Donegan et al. (2003) zjistili, že snímky obličejů s emočním projevem vyvolávají u jedinců s HrPO výrazné rozdíly v hladinách aktivace amygdaly. S odstupem se navíc ukázalo, že někteří jedinci s HrPO měli potíže s vytěsněním neutrálních obličejů, nebo je vnímali jako negativně emočně zbarvené.

Tyto skutečnosti mohou ovlivnit kritéria pro věrohodnost, jako je popis interakcí nebo přisouzení psychického stavu pachatelů.

Jedinci s HrPO často vykazují úzkost a zhoršení interpersonálního fungování, což má za následek značné utrpení samotného jedince i jeho blízkých (Paris, Zweig-Frank, Kin, Schwartz, Steiger, & Nair, 2004).

Interpersonální vztahy jedinců s HrPO jsou charakterizovány dvěma typy problémů. Prvním je strach z opuštění, který se projevuje zoufalou snahou být partnerovi

stále psychicky i fyzicky nablízku. Druhým je pak bouřlivá podstata blízkých vztahů, které jsou poznamenány častými hádkami a rozkoly (Zanarini et al., 1990). Pocit prázdnoty a přehnanou snahu vyhnout se opuštění a odmítnutí popisují i Heretik a Heretik (2007).

Tuto problematiku empiricky zmapovali Staebler, Helbing, Rosenbach a Renneberg (2011), přičemž zjistili, že HrPO vykazuje nejvyšší citlivost k odmítnutí ze všech zkoumaných diagnóz včetně úzkostných poruch. Popis takových událostí jedincem s HrPO proto nemusí při výpovědi odpovídat realitě.

V sociálně kognitivních schopnostech, jako je rozpoznávání emocí, myšlenek a záměrů, vykazovali jedinci s HrPO významně zhoršené schopnosti. Tuto dysfunkci navíc prohlubovala komorbidní posttraumatická stresová porucha nebo prožité sexuální trauma (Preißler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010).

K odlišným výsledkům došli Frick et al. (2012), jejichž studie uvádí zvýšenou pozornost jedinců s HrPO na sociální podněty, kterou autoři vysvětlují intuitivním rezonováním s duševními stavy ostatních.

Za problematickými interpersonálními vztahy může stát snížená empatie (Harari, Shamay-Tsoory, Ravid, & Levkovitz, 2010), málo aktivních prostředků k řešení interpersonálních neshod (Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006) a mnoho dalších jevů typických pro HrPO.

Zajímavým zjištěním je, že ženy s HrPO vykazují vyšší míru hostility a narušení vztahů než muži (Silberschmidt, Lee, Zanarini, & Schul, 2015).

Můžeme předpokládat, že tyto projevy HrPO značně ovlivní kritéria výpovědi, jako je popis interakcí a vyličení vlastního a pachatelova psychického stavu.

Histriónská porucha osobnosti

Obecné informace

Histriónská porucha osobnosti (HPO) je podle ICD-10 charakterizována mělkou a labilní afektivitou, sebedramatizací, teatrálností, přehnaným projevem emocí, sugestibilitou, egocentričností, nedostatkem ohledů na druhé, bolestíinstvím a vyžadováním ocenění a pozornosti od druhých (World Health Organization, 2016). V DSM-V jí odpovídá číslo 301.50 a jejími projevy jsou zde nadměrná emocionalita a vyhledávání pozornosti (American Psychiatric Association, 2013).

Z hlediska diagnostiky je HPO velmi diskutovaná. Blagov a Westen (2008) například uvádějí silný překryv s hraniční poruchou osobnosti a Gould (2011) dokonce doporučuje tuto poruchu odstranit z DSM-V.

Cloninger a Svrakic (2008) uvádějí prevalenci 2-3%, přičemž se porucha častěji vyskytuje u žen (Grant et al., 2004a). Hamburger, Lilienfeld a Hogben (1996) ve své studii tvrdí, že základem rysů HPO a DPO je psychopatie, přičemž psychopatické ženy mají tendenci vykazovat histriónský vzor. Veřejností jsou projevy histriónské poruchy osobnosti vnímány jako feminní (Rienzi & Scrams, 1991).

Častou komorbiditou HPO jsou poruchy nálady. Studie van der Wal, Bienvenu III, Romanoski, Eaton, Nestadt a Samuels (2018) zjistila, že riziko depresivní poruchy roste úměrně se závažností histriónské poruchy osobnosti. Shahar, Scotti, Rudd a Joiner (2008) se na problematiku dívají z druhého pólu. Ve své studii uvádějí, že hypomanické symptomy korelují s nárůstem histrionického charakteru poruchy osobnosti.

Forenzně psychologická manifestace

Interpersonální vztahy jedinců s HPO jsou proměnlivé a velmi intenzivní (Heretik & Heretik, 2007), což může zapříčinit mnoho konfliktů, ve kterých mohou tito jedinci figurovat jako oběti i pachatelé. Běžné pro tuto poruchu je také umělé zvyšování hodnoty vlastní osoby, čímž se ne úplně záměrně mohou stát pachateli podvodů (Heretik, 2004).

Shedler a Westen (2004) zmiňují časté exhibicionistické a sexuálně provokativní chování, které se může stát prvotním impulzem pro znásilnění. Podle Apt a Hurlbert (1994) mají jedinci s HPO vyšší manželskou nespokojenost a častěji vstupují do

mimomanželského vztahu. Zároveň však trpí často orgasmickou dysfunkcí a erotofobními postoji vůči sexu.

Bolestíinství a neustálé vyžadování ocenění spolu s potřebou vzrušení a pozornosti (World Health Organization, 2016) může vést k častým návštěvám policie za účelem podání výpovědi jako svědek nebo oběť domnělého trestného činu.

Věrohodnost

Jedinci s HPO mají snahu strhávat na sebe pozornost (Heretik & Heretik, 2007). Heretik (2004) mluví dokonce o vyvolávání skandálů za účelem na sebe upozornit. Ostatními jsou pak vnímáni jako teatrální a citově mělcí, ale také jako atraktivní a okouzující bytosti (Shedler & Westen, 2004).

Studie Sorokowski, Sorokowska, Frackowiak, Karwowski, Rusicka a Oleszkiewicz (2016) našla spojitost mezi počtem selfie publikovaných na sociálních sítích a muži s diagnostikovanou HPO. Snaha o získání pozornosti může ovlivnit věrohodnost výpovědi.

Pavlát a Matoušek (2016) ve své studii o opatrovnických sporech uvádějí, že jedinci s HPO se během výslechu lživě prezentují jako rodiče milující, trpící či mimořádně schopní a kompetentní s mistrovskou přesností. Důvodem může být mýtománie, která je u HPO častým jevem (Heretik, 2004).

Janík a Dušek (1987) ve své studii rozdělují patologické lhářství u HPO na dvě fáze. V první fázi jedinec většinou rozlišuje mezi realitou a svou vybájenou verzí, ale ve druhé fázi se do vlastní produkce natolik vžije, že sám nedokáže určit, kde končí realita, a dokonce to ani nepovažuje za důležité.

I kvůli mýtománii má HPO obecně sníženou věrohodnost. U výslechu je třeba informace jedinců s HPO o sobě samém konfrontovat s realitou.

Heretik a Heretik (2007) popisují chování jedinců s HPO jako dramatické, afektované a expresivní. Prožívání těchto jedinců je ale mělké. Zajímavým úkazem je také silná reakce na zanedbatelné podněty a slabá odezva na podněty důležité (Shedler & Westen, 2004).

Dá se tedy očekávat, že tito jedinci nebudou příliš věrohodní v popisu vlastního psychického stavu vzhledem k události a celkově v kategorii specifických obsahů.

Burgess (1992) ve své studii uvádí významné deficity neurokognitivního výkonu u jedinců s HPO. Těmi pro věrohodnost významnými deficity jsou chyby z opominutí, deficit dlouhodobé paměti, nepřesnosti při porovnávání podobností, chybné interpretace přísloví a nepřiměřenost v určování závislostí.

Výsledky studie Park et al. (2012) naopak ukazují na dobrou okamžitou výbavnost jedinců s touto poruchou, i když si sami stěžují na dysfunkci paměti. Mohou tedy často přiznávat mezery v paměti a celkově o své výpovědi pochybovat.

Interpersonální vztahy jsou velkým tématem u histriónské poruchy osobnosti. Heretik a Heretik (2007) je popisují jako ambivalentní, tedy že jedinci s HPO chvíli milují a chvíli nenávidí. Bornstein (1998) spekuluje, že HPO je spojena s vysokou úrovní implicitní potřeby závislosti, která se odráží ve vztazích, které navazuje.

Studie (Baker, Capron, & Azorlosa, 1996) charakterizuje HPO intenzivními, nestabilními interpersonálními vztahy, které jsou spojeny s deficitem v objektových vztazích a také s nejistým stylem attachmentu.

Opačné závěry vyvozuje studie Shedler a Westen (2004), která popisuje jedince s HPO jako vysoce funkční, a to jak sociálně, tak profesionálně, s dobrými sociálními dovednostmi. Tito jedinci jsou pouze snadno ovlivnitelní a trpí vysokou sugestibilitou (Shedler & Westen, 2004).

Ritzl, Csukly, Balázs a Égerházi (2018) připisují některé projevy HPO, jako je egocentrismus a globální myšlení, zvýšení deficitu v procesu mentalizace, která je nezbytná pro pochopení každodenních sociálních situací (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Deficit v této oblasti může přispět ke zhoršení schopnosti vyvodit odpovídající závěry z interpersonální interakce.

Hypotézu snížené věrohodnosti v kritériích popisu vlastního a pachatelova psychického stavu podporuje studie (Ritzl et al., 2018), která zjistila korelaci mezi závažností HPO a deficitem při rozpoznávání emocí a alexithymií.

Všechny tyto skutečnosti mohou značně ovlivnit věrohodnost výpovědi.

V neposlední řadě mohou věrohodnost ovlivnit obranné mechanismy typické pro HPO, kterými jsou sexualizace, reaktivní výtvar a projektivní identifikace (Robinson, 2002).

Anankastická porucha osobnosti

Obecné informace

Anankastická porucha (AnPO) je v ICD-10 popsána pocitem nejistoty a pochybami, nadměrnou svědomitostí, tvrdohlavostí, opatrností a rigiditou. Tito jedinci se zbytečně zaměstnávají detaily a jejich kontrolou a trpí vtíravými myšlenkami nebo podněty, které však nedosahují vážností obsedantně kompulzivní poruchy (OKP) (World Health Organization, 2016). V DSM-V je vedena pod číslem 301.4 jako Obsessive-Compulsive Personality Disorder a jejími projevy jsou zde nadměrné zaujetí pořádkem, perfekcionismus a kontrola (American Psychiatric Association, 2013). Prevalenci odhaduje Cloninger a Svrakic (2008) na 1% populace.

AnPO má častou komorbiditu v psychických, ale i somatických nemocech (Diedrich & Voderholzer, 2015). Častou komorbiditou je deprese (Diaconu & Turecki, 2009), ostatní poruchy osobnosti (Emmelkamp & Kamphuis, 2013) nebo anorexie (Strober, Freeman, Lampert, & Diamond, 2007), která má k AnPO stejný vztah jako k OKP (Serpell, Livingstone, Neiderman, & Lask, 2002). Mancebo, Eisen, Grant a Rasmussen (2015) uvádí 20% jedinců s AnPO s komorbiditou OKP. Tyto dvě poruchy jsou diagnosticky snadno zaměnitelné, rozdíl je kromě závažnosti symptomů v citlivosti na zpoždění odměny a nadměrné sebekontroly u jedinců s AnPO (Pinto, Steinglass, Greene, Weber, & Simpson, 2014).

Forenzně psychologická manifestace

Anankastická porucha osobnosti byla diagnostikována u 58% obětí závažného domácího násilí (Fernandez-Montalvo & Echeburua, 2008). Je také silným prediktorem parafilii, přičemž nejsilnější vztah byl nalezen se zneužíváním dětí (Bogaerts, Daalder, Vanheule, Desmet, & Leeuw, 2008) Jedinci s AnPO tedy mohou stát jak na straně oběti tak pachatele.

Grant et al. (2004b) ve své studii zjistili, že 17% jedinců s AnPO trpí škodlivým zneužíváním drog a 12% nadměrným užíváním alkoholu. Zároveň je AnPO faktorem zvýšeného rizika nefatálního sebevražedného chování (Diaconu & Turecki, 2009).

Ač Pollak (1987) vyvrací impulzivní chování u AnPO, Villemarette-Pittman, Stanford, Greve, Houston a Mathias (2004) u ní popisují příležitostné agresivní výbuchy. Žádné výzkumy tuto problematiku ale nepopisují ve vztahu k trestnému jednání.

Behaviorálními projevy příznačnými pro AnPO je hromadění věcí (Samuels et al., 2008) a workoholismus, který se vyznačuje tvrdohlavostí a zvýšenou mírou superega, a u AnPO může vést k tendenci angažovat se v nevyžádané práci (Mudrack, 2004), což by mohlo znamenat vyšší míru kverulantsví u této poruchy.

Věrohodnost

Anankastická porucha osobnosti se vyznačuje relativně stabilními rysy, jejichž kombinace se projevuje v chování (Grilo et al., 2004). Těmito rysy je tvrdohlavost, potřeba uspořádanosti, vytrvalost, rigidita, nadměrné superego (Mudrack, 2004), svědomitost, kontrola a puntičkářství (Heretik & Heretik, 2007).

Samuel a Widiger (2011) vidí dokonce AnPO jako maladaptivní variantu svědomitosti. Halmi et al. (2005) zdůrazňují perfekcionismus, který může stát za vysokou komorbiditou poruchy příjmu potravy a je spojován s depresí a suicidálními myšlenkami (Ansell et al., 2010).

Na základě těchto poznatků se dá spekulovat o tom, že jedinci s AnPO mohou spontánně přiznávat mezery v paměti, pochybovat o správnosti své výpovědi, budou dodržovat logickou strukturu atd.

Jedinci s AnPO nejsou příliš impulzivní. Upřednostňují logiku, racionalitu, sebekontrolu a loajalitu k všeobecně uznávaným hodnotám. Naopak neuznávají přehnanou emocionalitu, impulzivitou, vyhledávání potěšení a nekonvenční názory (Pollak, 1987).

Cain, Ansell, Simpson a Pinto (2015) zjistili, že dodržování pravidel a racionální analyzování situace je příznačnější pro muže s AnPO. Obava ze ztráty kontroly vede u AnPO k potlačení agrese (Heretik & Heretik, 2007).

Všechny tyto faktory by mohly napovídat dobré výbavnosti i emočně zbarvených situací.

Podle Heretik a Heretik (2007) je sice AnPO charakteristická kontrolou a inhibicí emocí, ale také vnitřními pochybnostmi a pocity nejistoty. Empirickým šetřením byly zjištěny signifikantně vyšší hladiny selfreportované negativní afektivity, hněvu, exprese

emocí a dysfunkce emoční regulace u žen s AnPO. Dysfunkce regulace emocí zahrnovala slabou emoční jasnost, nepřijetí vlastní emoční reakce a nedostatek účinných strategií regulace emocí (Steenkamp, Suvak, Dickstein, Shea, & Litz, 2015).

Následky těchto vlastností by mohly vést ke snížení věrohodnosti v obsazích vázaných na motivaci i ve specifických obsazích.

Závažnost projevů AnPO se může zhoršit na základě snížení uspokojení z interpersonálních vztahů (de Reus & Emmelkamp, 2012). Ty jsou však poruchou značně poznamenány.

Ansell et al. (2010) popisují sociální rigiditu u AnPO, která je spojena s agresí a hněvem. Podle výsledků empirických studií jedinci s AnPO vykazují interpersonální problémy spojené s hostilitou, zvýšenou senzitivitu na přátelské chování a nižší empatii, což by mohlo snížit věrohodnost v interpersonálně zaměřených kritériích.

Obrannými mechanismy využívanými jedinci s AnPO jsou intelektualizace, odčinění, přesun, izolace afektů, racionalizace (Robinson, 2002) a zaměření se na detaily (Heretik & Heretik, 2007), kvůli kterému často uniká celostní pohled.

Anxiózní Porucha osobnosti

Obecné informace

Anxiózní, neboli vyhýbavá nebo úzkostná porucha osobnosti (APO), je v ICD-10 definována pocitem napětí, nejistotou, častými obavami a podřízeností (World Health Organization, 2016). Dále ji charakterizuje nadměrná potřeba být milován a přijímán a přecitlivělost na odmítnutí. V DSM-V je pod číslem 301.82 jako Avoidant Personality Disorder a jejími projevy jsou sociální inhibice, hypersenzitivita a časté pocity neadekvátnosti (American Psychiatric Association, 2013). Cloninger a Svrakic (2008) udávají prevalenci 0,5-1% populace, Sanislow, Bartolini a Zoloth (2012) dokonce 1-2%, bez ohledu na pohlaví.

APO má mnoho komorbidit (Alden, Laposa, Taylor, & Ryder, 2002), z nichž nejvýznamnější roli hrají úzkostné poruchy (Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016) a sociální fobie. Reich (2010) uvádí, že APO a sociální fobie jsou geneticky identické a liší se pouze závažností symptomatologie. Výsledky studie Eikenaes, Hummelen, Abrahamsen, Andrea, H a Wilberg (2013) toto tvrzení podporují s tím, že APO má oproti sociální fobii více symptomů a psychosociálních problémů společně s kritérii pro poruchu osobnosti. Alpert et al. (1997) upozorňují na častou komorbidní diagnózu APO a sociální fobie, která nese vysoké riziko deprese a sociální dysfunkce.

Joyce et al. (2003) uvádějí, že APO vzniká kombinací úzkostných poruch u dětí a dospívajících a rodičovského zanedbávání. V kombinaci se sexuálním zneužíváním v dětství predikuje poruchu příjmu potravy a ovlivňuje její závažnost (Vrabel, Hoffart, Rø, Martinsen, & Rosenvinge, 2010).

APO je spojena s vysokým stupněm poškození v každodenním fungování (Crawford et al., 2005). Dospělí jedinci s APO uvádějí slabší atletickou výkonnost v dětství, minimum zájmů v období dospívání a nízkou popularitu ve skupině (Rettew et al., 2003).

Tyto dopady na kvalitu života mohou být zapříčiněny vysokou mírou vyhýbání se novým zkušenostem (Wiggins & Pincus, 1989), vyhýbáním se emočním situacím (Taylor, Laposa, & Alden, 2004) a vyhýbáním se potenciálním škodám (Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger, 1993), které plyne z přehánění potenciálního nebezpečí (World Health Organization, 2016).

Forezně psychologická manifestace

Heretik (2004) ve své knize uvádí, že jedinci s APO jsou riziková více jako oběti než jako pachatelé trestných činů. Toto tvrzení podporuje studie (Watson, Barnett, Nikunen, Schultz, Randolph-Elgin, & Mendez, 1997), která objevila vysoké procento APO u jedinců, kteří přežili těžké domácí násilí.

Oproti tomu Hart et al. (1993) spojují APO s pácháním domácího násilí. Dutton a Kerry (1999) zmiňují u mužů s APO častější usmrcení partnerky než u mužů s psychotickými rysy, a to z důvodu závislosti na původní partnerce a domnělým obtížím při nalezení partnerky nové. Alden a Capreol (1993) popisují u jedinců s APO obecně zlostné chování, které způsobuje interpersonální problémy.

Výsledky studie Olsson a Dahl (2012) ukazují na signifikantní zhoršení psychické, sociální i somatické stránky osobnosti jedinců s APO. Stravynski, Lamontagne a Lavallée (1986) nacházejí souvislost APO s nadměrným užíváním alkoholu, což může přispět k pravděpodobnosti stát se obětí i pachatelem trestného činu.

Věrohodnost

Jedinci s APO disponují vysokou mírou nedůvěřivosti s následným sociálním stažením. Tyto problémy plynou z nízké sebedůvěry Carroll (2009). Nízkou sebedůvěrou u APO nezávisle na přidružené depresi popisují i (Lynum, Wilberg, & Karterud, 2008).

Beck, Davis a Freeman (2015) zjistili, že jedinci s APO vyvíjejí negativní schémata vztahující se ke své osobě i k ostatním, což má za následek neobjektivní zpracovávání sociálních informací a následné přijetí maladaptivních interpersonálních strategií.

Věrohodnost tedy může ovlivnit zkreslení při zpracování informací plynoucí podle Dreessen, Arntz, Hendriks, Keune a van den Hout (1999) z úzkostných přesvědčení a nízkého sebevědomí.

Heretik a Heretik (2007) vidí hlavní rysy APO v úzkostnosti, inhibici a introverzi. Jedinci s APO sice touží po vztazích, ale zároveň jsou plaší a mají ze sociálních situací strach. Často přeceňují rizika a trpí obavami ze selhání a následné kritiky.

Přecitlivělost na negativní hodnocení a strach z odmítnutí uvádějí i Sanislow et al. (2012), společně s vyhýbáním se interpersonálním vztahům.

Studie Wilberg, Karterud, Pedersen a Urnes (2009) dává do souvislosti APO s těžkou psychosociální dysfunkcí a s ní spojeným subjektivním stresem. Tato porucha tak může ovlivnit důležité životní parametry jako manželství, přátelství nebo zaměstnání (Reich, 2010).

Tyto charakteristiky se mohou negativně projevit na věrohodnosti výpovědi, a to jak na úrovni popisu sociálních situací, tak ve snaze vyhovět vyšetřovateli.

Postižení afektivní složky je u APO velmi různorodé. Jedinci s APO reportují inhibici emocí a zvýšenou citlivost vůči hrozbám (Meyer, 2002) a negativním vzpomínkám (Meyer & Carver, 2000).

Výsledky studie Koenigsberg et al. (2014) ukázaly, že jedinci s APO chybují v hodnocení emoční intenzity výrazů obličejů a na rozdíl od zdravých jedinců nehabituuji na negativní výrazy. Také chybují při klasifikaci plně vyjádřeného strachu (Rosenthal et al., 2011).

Komorbidita APO s HrPO je spojena s nižší kapacitou pro regulaci úzkosti a potížemi při vytváření a používání účinných strategií regulace emocí (Gratz, Tull, Matusiewicz, Breetz, & Lejuez, 2013).

Všechny tyto skutečnosti mohou ovlivnit věrohodnost, obzvlášť v kritériích, jako je zakotvení v kontextu, popis interakcí, přesně sdělované chybně pochopené detaily a popis vlastního a pachatelova psychického stavu.

Obranné mechanismy, které jsou APO často využívány, jsou inhibice, izolace, přesun a projekce (Robinson, 2002). Jedinci s APO také vykazují zhoršení metakognitivních funkcí monitorování a decentrace (Moroni et al., 2016), což může zhoršit věrohodnost v kritériu vyličení vlastního psychického stavu.

Závislá porucha osobnosti

Obecné informace

Závislá porucha osobnosti (ZPO) je typická závislostí na druhých, strachem z opuštění, pocity bezmoci a nekompetence a pasivním vyhověním přáním ostatních. Jejich osobnost je popsána jako astenická, inadekvátní, pasivní a poráženecká (World Health Organization, 2016). V DSM-V je vedena pod číslem 301.6 a jejím projevem je submisivní chování založené na potřebě být opečováván (American Psychiatric Association, 2013).

Tato porucha je jednou z nejdiskutovanějších ohledně správnosti diagnostických kritérií. Disney (2013) kritizuje současný DSM-V, ve které existuje 93 možných kombinací symptomů. Diagnostiku navíc znesnadňuje mnoho komorbidit, například úzkostné poruchy (Ng & Bornstein, 2005), fobie (Reich, Noyes, & Troughton, 1987), poruchy příjmu potravy, somatizační porucha, poruchy osobnosti klastru B (Bornstein, 1995), obezita, obsedantně kompulzivní porucha (Loas, Cormier, & Perez-Diaz, 2011), deprese a bipolární afektivní porucha. Naopak míra poruch spojených s užíváním alkoholu a drog je u ZPO mezi nejnižšími (Loranger, 1996).

Závislá porucha osobnosti se skládá ze dvou základních dimenzí, attachmentu a dependence (Livesley, Schroeder, & Jackson, 1990), přičemž tyto dimenze fungují nezávisle na sobě (Gude, Hoffart, Hedley, & Rø, 2004). Bornstein (1998) spekuluje, že ZPO je spojena s vysokým stupněm vědomé i nevědomé potřeby závislosti. Míra dependence pak ovlivňuje míru depresivity (Overholser, 1991).

Ženy jsou diagnostikovány ZPO signifikantně častěji než muži. Výzkum v této oblasti naznačuje, že tyto rozdíly jsou způsobeny neochotou mužů ventilovat závislé pocity a postoje (Bornstein, 1996).

Z etiologického hlediska je ohrožující hyperprotektivní a autoritářský rodičovský styl (Bornstein, 2012a). Dalším faktorem je celkově dysfunkční rodinné prostředí s nízkou expresivitou a vysokým stupněm kontroly (Head, Baker, & Williamson, 1991).

Forezně psychologická manifestace

Jedinci s ZPO navazují intenzivní a nestabilní vztahy (Baker et al., 1996) s partnery s disociální poruchou osobnosti nebo se syndromem závislosti (Heretik & Heretik, 2007).

Jsou tak vystaveni vysokému riziku fyzického týrání a zneužívání ze strany partnera (Loas et al., 2011). Jejich chování nese známky naučené bezmocnosti (Heretik, 2004) a pozbývá asertivity (Leising, Sporberg, & Rehbein, 2006).

Bornstein (2012b) spojuje ZPO se zvýšeným rizikem somatického onemocnění, rizikem zneužívání ze strany partnera, sebevraždou a s vysokou úrovní funkčního postižení. Komorbidní somatická postižení uvádí ve své studii i Disney (2013) a silnou korelaci s četnými pokusy o sebevraždu našli Bolton, Belik, Enns, Cox a Sareen (2008).

Věrohodnost

Věrohodnost výpovědi jedinců s touto poruchou mohou ovlivnit obranné mechanismy, kterými jsou idealizace, reaktivní výtvor, projektivní identifikace, somatizace, inhibice a regrese (Robinson, 2002).

ICD-10 uvádí u ZPO tendenci přenášet odpovědnost na ostatní (World Health Organization, 2016). Gudjonsson a Main (2008) tuto tendenci vysvětlují tím, že jedinci s ZPO vnímají sebe samé jako bezmocné a neschopné, zatímco ostatní jsou silní a kompetentní. Heretik a Heretik (2007) vidí příčinu v submisivitě, nízkém sebevědomí a strachu z opuštění.

Přenášení odpovědnosti na ostatní může vést ke snížené věrohodnosti v zakotvení v kontextu, popisu interakcí a dalších kritériích.

Jedinci s ZPO mají vysoký stupeň přívětivosti a neuroticismu a nízký stupeň otevřenosti vůči novým zkušenostem (Furnham, 2018). Bornstein (2011) ve své studii podporuje vysoký neuroticismus.

Lowe, Edmundson a Widiger (2009) se zabývají přívětivostí, která je podle nich u ZPO nekonzistentní a maladaptivní. Jedinci například z původního přesvědčení "jsem štedrý člověk" dospějí k přesvědčení maladaptivnímu "jsem příliš štedrý, protože dávám víc, než dostávám".

Tato maladaptivní přesvědčení mohou do značné míry ovlivnit věrohodnost výpovědi.

Netík et al. (1997) upozorňují na vysokou sugestibilitu, která by mohla při výslechu vést k vnímané žádoucí odpovědi. Tato však může být v rozporu s vnímanou realitou.

Návrh výzkumného projektu

V empirické části se práce zabývá věrohodností svědků s paranoidní poruchou osobnosti. Posuzovatelé budou pomocí Analýzy validity výpovědi (SVA), konkrétně její čtvrté části Kriteriační analýzy obsahu (CBCA), hodnotit výpovědi zdravých svědků a svědků s paranoidní poruchou osobnosti. Z výsledků bude možné odhadnout, ve kterých položkách a jakým způsobem se svědkové s paranoidní poruchou osobnosti liší.

Teoretická východiska

Paranoidní porucha osobnosti (PPO), byla pro návrh výzkumu zvolena proto, že je jednou z nejrozšířenějších (Vyas & Khan, 2016) a zároveň nejméně zkoumaných poruch osobnosti (Triebwasser et al., 2013). Je také často spojována s kriminálním chováním (Vyas & Khan, 2016) a kverulantstvím (Mullen, 2006).

Z toho vyplývá, že u jedinců s paranoidní poruchou osobnosti je vysoká pravděpodobnost, že budou vyslýcháni jako pachatelé, oběti nebo svědci trestné činnosti. Pro účely tohoto výzkumu byli vybráni svědci, neboť jejich výpověď by měla být minimálně zatížena účelovou lží, a lze tedy nejlépe posoudit její věrohodnost.

Paranoidní porucha osobnosti se vyznačuje nedůvěrou a podezíravostí (Bernstein & Ubeda, 2007; Gabbard, 2000; Falkum et al., 2009; World Health Organization, 2016), nízkým sebevědomím (Combs & Penn, 2004; Beck et al., 2001), přecitlivělostí na nezdary a urážky (Heretik & Heretik, 2007), vztahovačností a vnímanou důležitostí vlastní osoby (World Health Organization, 2016). Dále je charakterizována negativní emocionalitou, hypervigilancí, kognitivní rigiditou, zranitelností a přecitlivělostí vůči domnělým útokům v kontextu stresových sociálních interakcí (Lee, 2017). Jedinci s touto poruchou trpí pozornostním deficitem a zhoršením pracovní paměti a exekutivních funkcí (Haghighatfard et al., 2018) a často inklinují k základní atribuční chybě (Carroll, 2009; Bentall & Taylor, 2006). Obranné mechanismy, které často používají, jsou projekce, projektivní identifikace, popření, odštěpení a reaktivní výtvor (Robinson, 2002).

Z těchto skutečností lze odhadovat, ve kterých kritériích by mohla být věrohodnost u paranoidní osobnosti snížena.

Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, ve kterých aspektech se výpověď svědků s paranoidní poruchou osobnosti odlišuje od výpovědi svědků bez této diagnózy.

Výzkumná otázka

Návrh výzkumu je experiment, v rámci kterého budou posuzovány výpovědi zdravých svědků a svědků s paranoidní poruchou osobnosti. K tomuto účelu bude použita Kriteální analýza obsahu (CBCA). Porovnávat se bude vždy bodové hodnocení jedné položky mezi dvěma skupinami svědků. Základní hypotézou tedy je, že se průměry u obou skupin v některých kritériích signifikantně liší.

Dále má výzkum řadu dílčích hypotéz, které mají podklad v teoretickém základu:

1. Jedinci s PPO budou vůči kontrolní skupině udávat více detailů a mírně bude zasažena i logická struktura jejich výpovědi.
2. Nejvíce rozporů v kategorii Specifické obsahy bude v kritériích zakotvení v kontextu, popis interakce, reprodukce konverzace, neobvyklé, nadbytečné a přesně sdělované nepochopené detaily a vnější příbuzné asociace. Kritéria vylíčení vlastního psychického stavu a psychický stav přisuzovaný pachatelovi budou zasaženy mírněji.
3. Kategorie Obsahy vázané na motivaci a Deliktově specifické obsahy nebudou poruchou osobnosti ovlivněny.

Metody

Výzkumný soubor a materiály

Jednotlivé výpovědi bude posuzovat deset studentů navazujícího magisterského studia psychologie. Ti budou informováni o výzkumu pomocí e-mailu a letáků na univerzitě. Při výběru bude upřednostněn sebevýběr, protože se bude jednat o náročnou práci a je potřeba, aby studenti byli adekvátně motivováni. Dalším motivačním faktorem bude uznání hodin do výzkumu a certifikát o zaškolení v metodě CBCA.

Už z podstaty výzkumu je zřejmé, že studenti nemohou být dopředu obeznámeni s hlavní výzkumnou otázkou. V informačním e-mailu a letáku bude uvedeno pouze to, že se jedná o výzkum posuzování věrohodnosti svědecké výpovědi.

Vzorek hodnotitelů nebude z hlediska populace reprezentativní, ale vzhledem k použité metodě by se tento fakt neměl na získaných datech nijak projevit. Pro jistotu však budou od hodnotitelů na začátku výzkumu sebrány základní demografické údaje a případně bude statisticky ověřeno, že nedošlo ke zkreslení.

Pro účely experimentu bude dohromady zapotřebí minimálně padesát výpovědí, z toho dvacet pět výpovědí od svědků s PPO. Z důvodu eliminace nežádoucích proměnných (např. různé motivace a různé typy svědků u jednotlivých trestných činů, prevalence přítomnosti svědků s PPO u násilných trestných činů) budou do výzkumu zařazeny pouze výpovědi od svědků násilných trestných činů. Kvůli použitému nástroji CBCA se bude jednat o doslovné přepisy výpovědí. Záznamy výpovědí budou získány z archivu Policie ČR a budou dopředu posouzeny, že splňují požadavky (doslovný přepis, úplnost výpovědi) pro hodnocení pomocí verbální metody. Z každého případu bude do výzkumu použita pouze jedna výpověď.

V první fázi bude vybráno dvacet pět výpovědí od svědků s PPO. Na tomto vzorku se provede deskriptivní statistika kvůli zjištění, jaké je rozložení základních demografických charakteristik vyslychaných (věk, pohlaví, vzdělání). Dále bude zjištěna závažnost trestného činu a skutečnost, jestli je svědek zároveň postiženým. Na základě těchto údajů budou pomocí kvótního výběru přiřazeny výpovědi od zdravých svědků.

Kriteriální analýza obsahu (CBCA) se využívá ve forenzní praxi k posouzení věrohodnosti výpovědi. Nejčastějším typem hodnocení je tříbodová škála, přičemž 0 znamená nepřítomnost kritéria, 1 přítomnost kritéria a 2 znamená silnou přítomnost. Analýza má určený postup i hodnocení, nejsou k ní však udělané normy. Poskytuje tedy pouze orientační údaje (Vrij, 2008).

V tomto výzkumu bude CBCA použita k posouzení jak celkové věrohodnosti výpovědi, tak ke srovnávání jednotlivých kritérií u experimentální a kontrolní skupiny.

Ptáček a Čírtková (2012) řadí jednotlivá kritéria do čtyř kategorií: obecné charakteristiky, specifické obsahy, obsahy vázané na motivaci a deliktové specifické obsahy. Dále je možné rozdělit kritéria na kognitivní (a-b) a motivační (c). Jednotlivá

kritéria jsou hodnocena podle přítomnosti, nepřítomnosti a stupně přítomnosti na třibodové škále. Jsou určena konkrétní pásma věrohodné a nevěrohodné výpovědi, přičemž věrohodná výpověď má vyšší CBCA (Amado, Arce, Farina, & Vilarino, 2016).

Jednotlivá kritéria, podle kterých budou studenti hodnotit výpověď, uvádějí Ptáček a Čírtková (2012) takto:

- a) obecné charakteristiky
 - 1) logická struktura
 - 2) nestrukturovaná produkce
 - 3) množství detailů
- b) specifické obsahy
 - 1) ukotvení v kontextu
 - 2) popis interakcí
 - 3) reprodukce rozhovoru
 - 4) nečekané komplikace během incidentu
 - 5) neobvyklé detaily
 - 6) nadbytečné detaily
 - 7) správně popisované, ale nepochopené detaily
 - 8) související externí asociace
 - 9) popisování vlastních psychických pochodů
 - 10) vysuzování psychických pochodů pachatele
- c) obsahy vázané na motivaci
 - 1) spontánní opravy
 - 2) přiznání vlastních paměťových mezer
 - 3) pochybnosti o správnosti vlastní výpovědi
 - 4) sebeobviňování
 - 5) omlouvání pachatele
- d) deliktově specifické obsahy
 - 1) detaily charakteristické pro delikt

Provedení

V první etapě výzkumu budou shromážděny svědecké výpovědi a vybráni posuzovatelé tak, jak bylo popsáno výše.

V druhé etapě budou posuzovatelé detailně seznámeni s průběhem výzkumu a zadá se jim informovaný souhlas s mlčenlivostí a dotazník na základní demografické údaje. Každému z účastníků bude přiřazeno číslo, pod kterým bude ve výzkumu vystupovat. Poté proběhne školení v metodě posuzování věrohodnosti výpovědi CBCA. V této fázi zůstane hlavní cíl výzkumu zatajen, i nadále se bude pracovat s tím, že se jedná o výzkum věrohodnosti svědecké výpovědi.

Následující tři týdny bude probíhat samotné posuzování. Studenti se budou scházet v psychologické laboratoři, kde se budou každému zobrazovat na počítači jednotlivé přepisy výpovědí. Pořadí výpovědí bude randomizováno pro každého studenta zvlášť, aby se předešlo zkreslení z důvodu efektu učení a únavy. Experimentátor přítomný v laboratoři dohlédne na to, aby si studenti dali cca po hodině a půl posuzování krátkou pauzu. Tyto přestávky nebudou moct být zavedeny paušálně z důvodu rozdílné délky záznamů výpovědi a různého tempa posuzovatelů.

Ve třetí etapě, kdy budou sesbírána všechna data, bude posuzovatelům nabídnuta možnost sejít se na debriefingu, kde se dozví pravý cíl výzkumu a výsledky.

Analýza dat

Prvním krokem analýzy dat bude vypočítání průměru bodových hodnocení u jednotlivých položek každé výpovědi. Následně bude pro každou položku provedeno porovnání hodnot výpovědí svědků s PPO a zdravých svědků. Toto porovnání bude provedeno pomocí Mann-Whitney U testu, protože při malém vzorku není předpoklad normálního rozdělení dat. Na závěr bude porovnána celková věrohodnost výpovědí obou skupin. Toho bude dosaženo sečtením všech položek u jednotlivých výpovědí a porovnáním průměrů hodnot obou skupin pomocí Mann-Whitney U testu.

Také bude provedena analýza pro zjištění shody posuzovatelů, tedy jestli nějaký posuzovatel svým hodnocením signifikantně nevybočuje. Dále Analýza rozptylu, která bude zjišťována u obou skupin pro jednotlivá kritéria, kvůli zjištění jejich obtížnosti.

Využití dat

Výsledky tohoto výzkumu by měly poskytnout odpověď na otázku, jak moc a jakým způsobem se liší věrohodnost u svědků trestných činů s paranoidní poruchou osobnosti. Získané poznatky se dají do jisté míry přenést i na pachatele a oběti s touto diagnózou, ale v této oblasti je zapotřebí dalších výzkumů.

V praktickém využití získaných poznatků by mělo dojít k diferenciaci popisu specifické a v důsledku toho i obecné věrohodnosti u osob s PPO. Výpověď jedinců s touto diagnózou by tak nemusela být považována za obecně nevěrohodnou, protože budou k dispozici přesné údaje o tom, ve kterých aspektech se výpověď liší od výpovědi zdravé populace a naopak které aspekty ovlivněny nejsou.

Etika výzkumu

Svědci, jejichž výpovědi budou posuzovány, dostanou náhodně přidělené číslo, pod kterým budou v celém výzkumu vystupovat. Také budou upraveny jednotlivé skutečnosti z výpovědí, které by mohly přispět k určení konkrétního trestného činu a osob s ním spojených.

Eticky sporná je skutečnost, že studenti nebudou dopředu seznámeni s pravým záměrem výzkumu. Z podstaty výzkumné otázky tomu nelze předejít. Na druhou stranu budou znát obecnou výzkumnou otázku, tedy posouzení věrohodnosti výpovědí.

Diskuze

Navrhovaný výzkum, který se zabývá zjištěním rozdílů ve věrohodnosti svědků s diagnózou paranoidní poruchy osobnosti za pomoci testu CBCA, obsahuje několik omezení, na které je třeba upozornit a vzít je v potaz při interpretaci výsledků.

Prvním omezením je samotná diagnostika paranoidní poruchy osobnosti. Je třeba uvážit, že ne všichni vypovídající s PPO, obzvlášť jedná-li se o svědky, budou mít tuto poruchu diagnostikovanou. Pavlát (2018) například uvádí, že diagnóza a posouzení je zatíženo řadou obtíží vyplývajících jak z problematiky diagnostiky a klasifikace poruch osobnosti, tak ze specifík vyšetření poruch osobnosti. Při diagnostice osobnosti se vychází především z klinického vyšetření a z anamnestických dat. Velkým pomocníkem je objektivní anamnéza, data získaná od nejbližších rodinných příslušníků (rodičů, partnerů,

děti) a učitelů nebo spolupracovníků (Zvolský & Raboch, 2001). Další zátěží v diagnostice PPO je její častá komorbidita s alespoň jednou další poruchou osobnosti (Lenzenweger et al., 2007) nebo jinou psychickou poruchou. Je tedy jasné, že samotná diagnostika je velmi obtížná a zatížena mnoha omezeními.

Dalším zatížením experimentu by mohl být nerepresentativní výběr posuzovatelů. Informace o výzkumu se dostane pouze ke studentům navazujícího magisterského studia psychologie v Praze, a jak už bylo popsáno výše, o jejich přijetí či nepřijetí do výzkumného souboru rozhodne převážně sebevýběr, pouze s mírnou korekcí experimentátora. V neposlední řadě je nutné zmínit, že posouzení věrohodnosti studenty zřejmě nebude dosahovat kvality posudku soudním znalcem i navzdory tomu, že budou studenti v metodě CBCA proškoleni.

Výsledky dále mohou ovlivnit efekty, které jsou spojené s osobností a aktuální náladou posuzovatelů. Osobnostní předpoklady jsou zahrnuty už v samotném výběru studentů, lze tedy předpokládat, že ani v tomto aspektu nebude výběr reprezentativní. Intervenující proměnné spojené s aktuální náladou se výzkum pokouší eliminovat tím, že je práce rozdělena do několika dní.

Kvótní výběr, pomocí kterého bude kontrolní skupina svědků trestné činnosti vybrána, zohlední věk, pohlaví a vzdělání. Nelze ovšem vyloučit vliv dalších proměnných (např. inteligence, abzús alkoholu a drog, rodinné zázemí), které zohledněny nejsou.

Je také možné předpokládat, že jedinci s PPO se už z podstaty své diagnózy častěji účastní interpersonálních konfliktů a častěji poskytují lživou výpověď. Tyto skutečnosti by mohly systematicky posunout faktor celkové věrohodnosti svědků s PPO. Eliminaci těchto nežádoucích proměnných by zajistil experimentální výzkum, při kterém by byly získány čtyři skupiny výpovědí. Věrohodné a nevěrohodné u jedinců s diagnózou PPO a bez ní. Taková data by však bylo obtížné získat z reálných výpovědí, což by mohlo nepříznivě ovlivnit aplikovatelnost na posuzování věrohodnosti u násilné trestné činnosti.

Z návrhu výzkumu byly vyňaty výpovědi pachatelů a obětí, u kterých se předpokládá, že bude věrohodnost výpovědi zatížena vědomou snahou lhát. I přes toto opatření ale nemáme jistotu, že jsou výpovědi zcela neutrální, protože je není možné konfrontovat s realitou. Do budoucna by však bylo zajímavé zopakovat výzkum s výpověďmi pachatelů a obětí násilných trestných činů. V takovém výzkumu bude navíc přidán faktor záměrně lživé výpovědi, s čímž bude muset počítat i výzkumný design.

Dalším možným výzkumným pokračováním v této oblasti by mohlo být posouzení věrohodnosti ostatních poruch osobnosti. K tomuto účelu by byla zvláště vhodná

histrionická porucha osobnosti. Zajímavé výsledky by mohl přinést i výzkum u hraniční poruchy osobnosti, která je ovšem ve svých projevech velmi proměnlivá, což by mohlo ovlivnit výsledky.

Závěr

Diagnostikovaných specifických poruch osobnosti v klinické praxi stále přibývá. U jedinců s touto poruchou je navíc pravděpodobnější než u zdravých jedinců, že se dostanou do situace, kdy budou muset podat výpověď. Tato skutečnost plyne přímo z projevů jejich poruchy. Z projevů ovšem plynou i specifické vzorce pro zpracovávání informací, kvůli kterým jsou jedinci s poruchou osobnosti považováni za obecně nevěrohodné.

Cílem této práce bylo konkrétně popsat symptomy u jednotlivých poruch osobnosti a pokusit se odhadnout, ve kterých aspektech by mohly věrohodnost výpovědi ovlivnit a případně jakým způsobem. Ač jsou podklady vědecky podložené, jedná se pouze o hypotézy, které je nutno empiricky ověřit.

Návrh výzkumu se týkal svědectví paranoidní poruchy osobnosti, protože je dosud jednou z nejméně zkoumaných a předpokládá se, že tito jedinci nebudou mít motivaci záměrně svou výpověď zkreslovat. Výzkum pracuje s reálnými výpověďmi, aby šlo následně co nejpříměji aplikovat výsledky do praxe.

Seznam použité literatury

- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy, 24*(3), 357-376.
- Alden, L. E., Laposa, J. M., Taylor, C. T., & Ryder, A. G. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of personality disorders, 16*(1), 1-29.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Alpert, J. E., Uebelacker, L. A., McLean, N. E., Nierenberg, A. A., Pava, J. A., Worthington III, J. J., ... & Fava, M. (1997). Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychological Medicine, 27*(3), 627-633.
- Amado, B. G., Arce, R., Farina, F., & Vilarino, M. (2016). Criteria-Based Content Analysis (CBCA) reality criteria in adults: A meta-analytic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(2), 201-210.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ansell, E. B., Pinto, A., Crosby, R. D., Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(3), 275-281.
- Apt, C., & Hurlbert, D. F. (1994). The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *Journal of sex & marital therapy, 20*(2), 125-134.
- Baker, J. D., Capron, E. W., & Azorlosa, J. (1996). Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*(1), 82-87.

- Beblo, T., Driessen, M., Mertens, M., Wingenfeld, K., Piefke, M., Rullkoetter, N., ... & Markowitsch, H. J. (2006). Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder. *Psychological medicine*, 36(6), 845-856.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1213-1225.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Publications.
- Bentall, R. P., & Taylor, J. L. (2006). Psychological processes and paranoia: implications for forensic behavioural science. *Behavioral sciences & the law*, 24(3), 277-294.
- Berenson, K. R., Downey, G., Rafaeli, E., Coifman, K. G., & Paquin, N. L. (2011). The rejection–rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 681.
- Berman, M. E., Fallon, A. E., & Coccaro, E. F. (1998). The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 651.
- Bernstein, D. & Useda, J. (2007). Paranoid personality disorder. In W. O'Donohue & K. A. Fowler & S. O. Lilienfeld *Personality disorders: Toward the DSM-V* (41-62). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Bettencourt, B., Talley, A., Benjamin, A. J., & Valentine, J. (2006). Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 132(5), 751.
- Beyer, F., Münte, T. F., Göttlich, M., & Krämer, U. M. (2014). Orbitofrontal cortex reactivity to angry facial expression in a social interaction correlates with aggressive behavior. *Cerebral cortex*, 25(9), 3057-3063.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS spectrums*, 8(10), 737-754.

- Blagov, P. S., & Westen, D. (2008). Questioning the coherence of histrionic personality disorder: Borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(11), 785-797.
- Blair, T., & Frith, U. (2000). Neurocognitive explanations of the antisocial personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health, 10*(1), 66-81.
- Bogaard, G., Meijer, E. H., Vrij, A., Broers, N. J., & Merckelbach, H. (2014). Contextual Bias in Verbal Credibility Assessment: Criteria-Based Content Analysis, Reality Monitoring and Scientific Content Analysis. *Applied Cognitive Psychology, 28*(1), 79-90.
- Bogaerts, S., Daalder, A., Vanheule, S., Desmet, M., & Leeuw, F. (2008). Personality disorders in a sample of paraphilic and nonparaphilic child molesters: A comparative study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 52*(1), 21-30.
- Bolton, J. M., Belik, S., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2008). Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal Of Clinical Psychiatry, 69*(7), 1139-1149.
- Bornstein, R. F. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: An integrative review. *Journal of Personality Disorders, 9*(4), 286-303.
- Bornstein, R. F. (1996). Sex differences in dependent personality disorder prevalence rates. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*(1), 1-12.
- Bornstein, R. F. (1998). Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic personality disorders. *Journal of Personality Assessment, 71*(1), 1-14.
- Bornstein, R. F. (2011). Reconceptualizing personality pathology in DSM-5: Limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes. *Journal Of Personality Disorders, 25*(2), 235-247.
- Bornstein, R. F. (2012a). From dysfunction to adaption: An interactionist model of dependency. *Annual Review Of Clinical Psychology, 8*, 291-316.

- Bornstein, R. F. (2012b). Illuminating a neglected clinical issue: Societal costs of interpersonal dependency and dependent personality disorder. *Journal of clinical psychology, 68*(7), 766-781.
- Burgess JW. (1992). Neurocognitive impairment in dramatic personalities: histrionic, narcissistic, borderline, and antisocial disorders. *Psychiatry research, 42*(3), 283-290.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2015). Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of personality assessment, 97*(1), 90-99.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports, 15*(1), 335.
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Advances in psychiatric treatment, 15*(1), 40-48.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2008). Personality disorders. In *The medical basis of psychiatry* (471-483). Humana Press.
- Combs, D. R., & Penn, D. L. (2004). The role of subclinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research, 69*(1), 93-104.
- Connolly, A. J., Cobb-Richardson, P., & Ball, S. A. (2008). Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of personality disorders, 22*(6), 573-588.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry, 47*(3), 178-184.
- Crawford, T. N., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., First, M. B., Gordon, K., & Brook, J. S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 30-52.
- Čírtková, L. (2004). *Forezní psychologie*. Plzeň : Aleš Čeněk.
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K., & Ruocco, A. C. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 43*(9), 1953-1963.

- Davidson, M., Humphreys, M. S., Johnstone, E. C., & Owens, D. G. C. (1995). Prevalence of psychiatric morbidity among remand prisoners in Scotland. *The British Journal of Psychiatry*, *167*(4), 545-548.
- de Reus, R. J., & Emmelkamp, P. M. (2012). Obsessive–compulsive personality disorder: a review of current empirical findings. *Personality and Mental Health*, *6*(1), 1-21.
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: Evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *The Journal of clinical psychiatry*, *70*(11), 1551-1556.
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive–compulsive personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, *17*(2), 2.
- Dinn, W. M., & Harris, C. L. (2000). Neurocognitive function in antisocial personality disorder. *Psychiatry research*, *97*(2-3), 173-190.
- Disney, K. L. (2013). Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1184-1196.
- Dolan, M., & Fullam, R. (2005). Memory for emotional events in violent offenders with antisocial personality disorder. *Personality and Individual Differences*, *38*(7), 1657-1667.
- Dolan, M., & Park, I. (2002). The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological medicine*, *32*(3), 417-427.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ... & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, *54*(11), 1284-1293.
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Huckabee, H. C., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, *85*(3), 315-326.

- Dreessen, L., Arntz, A., Hendriks, T., Keune, N., & van den Hout, M. (1999). Avoidant personality disorder and implicit schema-congruent information processing bias: A pilot study with a pragmatic inference task. *Behaviour Research and Therapy*, 37(7), 619-632.
- Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkoetter, N., Silva-Saavedra, A., ... & Lange, W. (2004). Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 55(6), 603-611.
- Dutton, D. G., & Kerry, G. (1999). Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4), 287-299.
- Echeburúa, E., De Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol and Alcoholism*, 40(4), 323-326.
- 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.
- Emmelkamp, P. M., & Kamphuis, J. H. (2013). *Personality disorders*. London: Psychology Press.
- Falkum, E., Pedersen, G., & Karterud, S. (2009). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, paranoid personality disorder diagnosis: a unitary or a two-dimensional construct?. *Comprehensive psychiatry*, 50(6), 533-541.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*, 359(9306), 545-550.
- Furnham, A. (2018). A Big Five facet analysis of sub-clinical dependent personality disorder (Dutifulness). *Psychiatry research*, 270, 622-626.
- Fernandez-Montalvo, J., & Echeburua, E. (2008). Personality disorders and psychopathy in men convicted for severe intimate partner violence. *Psicothema*, 20(2), 193-198.

- Frick, C., Lang, S., Kotchoubey, B., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Berger, M., ... & Barnow, S. (2012). Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PLOS one*, 7(8), 41650.
- Gabbard, G. O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 9(1), 1.
- Glaser, J. P., Van Os, J., Thewissen, V., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 125-134.
- Gould, C. S. (2011). Why the histrionic personality disorder should not be in the DSM: A new taxonomic and moral analysis. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1), 26-40.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W., & Pickering, R. P. (2004a). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & 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.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004b). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(4), 361-368.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., Breetz, A. A., & Lejuez, C. W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 304.

- Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Stout, R. L., Shea, M. T., ... & McGlashan, T. H. (2004). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive-compulsive personality disorder: a 2-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(1), 64-68.
- Gude, T., Hoffart, A., Hedley, L., & Rø, Ø. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *18*(6), 604-610.
- Gudjonsson, G. H., & Main, N. (2008). How are personality disorders related to compliance?. *Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology*, *19*(2), 180-190.
- Haghighatfard, A., Andalib, S., Amini Faskhodi, M., Sadeghi, S., Ghaderi, A. H., Moradkhani, S., ... & Ghadimi, Z. (2018). Gene expression study of mitochondrial complex I in schizophrenia and paranoid personality disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *19*(3), 133-146.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., ... & Plotnicov, K. H. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(4), 371-374.
- Hamburger, M. E., Lilienfeld, S. O., & Hogben, M. (1996). Psychopathy, gender, and gender roles: Implications for antisocial and histrionic personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *10*(1), 41-55.
- 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.
- Hart, S. D., Dutton, D. G., & Newlove, T. (1993). The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *Journal of personality disorders*, *7*(4), 329-341.
- Head, S. B., Baker, J. D., & Williamson, D. A. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *5*(3), 256-263.
- Heretik, A. (2004). *Forezná psychológia*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá.

- Heretik, A., & Heretik Jr, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 815.
- Herpertz, S. C., Schwenger, U. B., Kunert, H. J., Lukas, G., Gretzer, U., Nutzman, J., ... & Sass, H. (2000). Emotional responses in patients with borderline as compared with avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 14*(4), 339-351.
- Hummelen, B., Pedersen, G., Wilberg, T., & Karterud, S. (2015). Poor validity of the DSM-IV schizoid personality disorder construct as a diagnostic category. *Journal of personality disorders, 29*(3), 334-346.
- Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüscher, N., Leonhart, R., ... & Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(3), 391-402.
- Janík, A., & Dušek, K. (1987). *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum
- Jiang, W., Liu, H., Liao, J., Ma, X., Rong, P., Tang, Y., & Wang, W. (2013). A functional MRI study of deception among offenders with antisocial personality disorders. *Neuroscience, 244*, 90-98.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Robert Cloninger, C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(6), 756-764.
- Kim, J. J., & Fanselow, M. S. (1992). Modality-specific retrograde amnesia of fear. *Science, 256*(5057), 675-677.
- Koenigsberg, H. W., Denny, B. T., Fan, J., Liu, X., Guerrerri, S., Mayson, S. J., ... & Siever, L. J. (2014). The neural correlates of anomalous habituation to negative emotional pictures in borderline and avoidant personality disorder patients. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 82-90.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 784-788.

- Kosson, D. S., Blackburn, R., Byrnes, K. A., Park, S., Logan, C., & Donnelly, J. P. (2008). Assessing interpersonal aspects of schizoid personality disorder: Preliminary validation studies. *Journal of Personality Assessment*, *90*(2), 185-196.
- Kremers, I. P., Spinhoven, P., Van der Does, A. J. W., & Van Dyck, R. (2006). Social problem solving, autobiographical memory and future specificity in outpatients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(2), 131-137.
- Lataster, T., van Os, J., Drukker, M., Henquet, C., Feron, F., Gunther, N., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(6), 423-428.
- Lee, R. J. (2017). Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, *4*(2), 151-165.
- Leible, T. L., & Snell Jr, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, *37*(2), 393-404.
- Leising, D., Sporberg, D., & Rehbein, D. (2006). Characteristic interpersonal behavior in dependent and avoidant personality disorder can be observed within very short interaction sequences. *Journal of Personality Disorders*, *20*(4), 319-330.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *62*(6), 553-564.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461.
- Liu, Y., Shen, X., Zhu, Y., Xu, Y., Cai, W., Shen, M., ... & Wang, W. (2007). Mismatch negativity in paranoid, schizotypal, and antisocial personality disorders. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, *37*(2), 89-96.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., & Jackson, D. N. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal of personality disorders*, *4*(2), 131-140.

- Loas, G., Cormier, J., & Perez-Diaz, F. (2011). Dependent personality disorder and physical abuse. *Psychiatry research, 185*(1-2), 167-170.
- Lobbestael, J., & Arntz, A. (2010). Emotional, cognitive and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorder. *Behaviour research and therapy, 48*(2), 116-124.
- Lobbestael, J., Cima, M., & Arntz, A. (2013). The relationship between adult reactive and proactive aggression, hostile interpretation bias, and antisocial personality disorder. *Journal of personality disorders, 27*(1), 53-66.
- Lobbestael, J., & McNally, R. J. (2016). An empirical test of rejection-and anger-related interpretation bias in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 30*(3), 307-319.
- Loranger, A. W. (1996). Dependent personality disorder: Age, sex, and Axis I comorbidity. *The Journal of nervous and mental disease, 184*(1), 17-21.
- Lowe, J., Edmundson, M., & Widiger, T. A. (2009). Assessment of dependency, agreeableness, and their relationship. *Psychological Assessment, 21*(4), 543-553.
- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(5), 469-477.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*(4), 197-204.
- Martens, W. H. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *The European Journal of Psychiatry, 24*(1), 38-45.
- McCloskey, M. S., New, A. S., Siever, L. J., Goodman, M., Koenigsberg, H. W., Flory, J. D., & Coccaro, E. F. (2009). Evaluation of behavioral impulsivity and aggression tasks as endophenotypes for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research, 43*(12), 1036-1048.

- Meyer, B. (2002). Personality and Mood Correlates of Avoidant Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(2), 174-188.
- Meyer, B., & Carver, C. S. (2000). Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: A study of avoidant personality disorder features in college students. *Journal of Personality Disorders, 14*(3), 233-248.
- Minzenberg, M. J., Fisher-Irving, M., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Reduced self-referential source memory performance is associated with interpersonal dysfunction in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 20*(1), 42-54.
- Mittal, V., Kalus, O., Bernstein, D. & Siever, L. (2007). Schizoid personality disorder. In W. O'Donohue, K. A. Fowler & S. O. Lilienfeld *Personality disorders: Toward the DSM-V* (63-80). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry, 158*(11), 1783-1793.
- Moran, P., & Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 30*(4), 791-802.
- Moroni, F., Procacci, M., Pellicchia, G., Semerari, A., Nicolò, G., Carcione, A., ... & Colle, L. (2016). Mindreading dysfunction in avoidant personality disorder compared with other personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease, 204*(10), 752-757
- Mudrack, P. E. (2004). Job involvement, obsessive-compulsive personality traits, and workaholic behavioral tendencies. *Journal of Organizational Change Management, 17*(5), 490-508.
- Mullen, P. E., & Lester, G. (2006). Vexatious litigants and unusually persistent complainants and petitioners: From querulous paranoia to querulous behaviour. *Behavioral Sciences & the Law, 24*(3), 333-349.
- Mullen, P. E. (1995). Jealousy and violence. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 5*, 18.
- Netík, K., Netiková, D., & Hájek, S. (1997). *Psychologie v právu: úvod do forenzní psychologie*. Praha: CH Beck.

- Ng, H. M., & Bornstein, R. F. (2005). Comorbidity of dependent personality disorder and anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 395-406.
- Niedtfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S. C., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Affect regulation and pain in borderline personality disorder: a possible link to the understanding of self-injury. *Biological psychiatry*, 68(4), 383-391.
- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems—Their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 813-821.
- Overholser, J. C. (1991). Categorical assessment of the dependent personality disorder in depressed inpatients. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 243-255.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N. N. Y., Schwartz, G., Steiger, H., & Nair, N. P. V. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 121(3), 239-252.
- Park, S., Hong, J. P., Lee, H. B., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Chung, H. Y., ... & Nestadt, G. (2012). Relationship between personality disorder dimensions and verbal memory functioning in a community population. *Psychiatry research*, 196(1), 109-114.
- Pavlát, J. (2018). Porucha osobnosti a její posouzení v opatrovnických znaleckých posudcích. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 114(2), 71-77.
- Pavlát, J., & Matoušek, O. (2016). Opatrovnické znalecké posudky – doporučení, námítky a úskalí. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(2), 82-87.
- Petry, N. M. (2002). Discounting of delayed rewards in substance abusers: relationship to antisocial personality disorder. *Psychopharmacology*, 162(4), 425-432.
- Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Weber, E. U., & Simpson, H. B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biological psychiatry*, 75(8), 653-659.

- Pollak, J. (1987). Obsessive-compulsive personality: Theoretical and clinical perspectives and recent research findings. *Journal of Personality Disorders, 1*(3), 248-262.
- Prehn, K., Schulze, L., Rossmann, S., Berger, C., Vohs, K., Fleischer, M., ... & Herpertz, S. C. (2013). Effects of emotional stimuli on working memory processes in male criminal offenders with borderline and antisocial personality disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry, 14*(1), 71-78.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in behavioral neuroscience, 4*, 182.
- Ptáček, R., Čírtková, L. (2012). Posuzování specifické věrohodnosti výpovědi prostřednictvím metody "Statement Validity Assessment". *Česká a slovenská psychiatrie, 108*(6), 305-310.
- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, M. M. W. J., Pickering, M. R. P., ... & Grant, B. F. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry, 69*(1), 12.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrlé, S., LaCasse, L., & Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of general psychiatry, 57*(2), 119-127.
- Raza, G. T., DeMarce, J. M., Lash, S. J., & Parker, J. D. (2014). Paranoid personality disorder in the United States: the role of race, illicit drug use, and income. *Journal of ethnicity in substance abuse, 13*(3), 247-257.
- Reich, J. (2010). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *In Social Anxiety. (207-222)* Academic Press.
- Reich, J., Noyes, R., & Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *The American journal of psychiatry, 144*(3), 323-326.

- Rettew, D. C., Zanarini, M. C., Yen, S., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Shea, M. T., ... & Gunderson, J. G. (2003). Childhood antecedents of avoidant personality disorder: A retrospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(9), 1122-1130.
- Rienzi, B. M., & Scrams, D. J. (1991). Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychological Reports, 69*(3), 976-978.
- Ritzl, A., Csukly, G., Balázs, K., & Égerházi, A. (2018). Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry research, 270*, 154-159.
- Robinson, D. J. (2002). *Poruchy osobnosti podľa DSM-IV-vysvetlené*. Žilina: Vydavateľstvo F.
- Rosenthal, M. Z., Kim, K., Herr, N. R., Smoski, M. J., Cheavens, J. S., Lynch, T. R., & Kosson, D. S. (2011). Speed and accuracy of facial expression classification in avoidant personality disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(4), 327.
- Rubio, G., Jiménez, M., Rodríguez-Jiménez, R., Martínez, I., Iribarren, M. M., Jiménez-Arriero, M. A., ... & Ávila, C. (2007). Varieties of impulsivity in males with alcohol dependence: the role of cluster-B personality disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(11), 1826-1832.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(3), 161.
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., ... & Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour research and therapy, 46*(7), 836-844.
- Sanislow, C. A., Bartolini, E., & Zoloth. (2012). Avoidant Personality Disorder. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior, 2nd Ed.* (257-266) Academic Press: San Diego.

- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive–compulsive disorder, obsessive–compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 647-669.
- Shahar, G., Scotti, M. A., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Hypomanic symptoms predict an increase in narcissistic and histrionic personality disorder features in suicidal young adults. *Depression and anxiety*, 25(10), 892-898.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: integratingscience and practice. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350e1365.
- Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Vermetten, E., Sanislow, C., McGlashan, T. H., & Bremner, J. D. (2003). Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 54(2), 142-151.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., ... & Sanislow, C. A. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M., & Schulz, S. C. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of personality disorders*, 29(6), 828-838.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Sorokowski, P., Sorokowska, A., Frackowiak, T., Karwowski, M., Rusicka, I., & Oleszkiewicz, A. (2016). Sex differences in online selfie posting behaviors predict histrionic personality scores among men but not women. *Computers in Human Behavior*, 59, 368-373.
- Spurný, J. (2003). *Psychologie výslechu*. Praha: Portál.
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 275-283.

- Steenkamp, M. M., Suvak, M. K., Dickstein, B. D., Shea, M. T., & Litz, B. T. (2015). Emotional functioning in obsessive-compulsive personality disorder: Comparison to borderline personality disorder and healthy controls. *Journal of Personality Disorders, 29*(6), 794-808.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y., & Lavallée, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *The Canadian Journal of Psychiatry, 31*(8), 714-719.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., & Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders, 40*(3), 46-51.
- Svrakic, D. M., Whitehead, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of general psychiatry, 50*(12), 991-999.
- Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S. D., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2009). Trait impulsivity and response inhibition in antisocial personality disorder. *Journal of psychiatric research, 43*(12), 1057-1063.
- Taylor, C. T., Lapsa, J. M., & Alden, L. E. (2004). Is avoidant personality disorder more than just social avoidance?. *Journal of Personality Disorders, 18*(6), 571-594.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of personality disorders, 26*(6), 919-926.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders, 27*(6), 795-805.
- van der Wal, S. J., Bienvenu III, O. J., Romanoski, A. J., Eaton, W. W., Nestadt, G., & Samuels, J. (2018). Longitudinal relationships between personality disorder dimensions and depression in a community sample. *Neurology, Psychiatry and Brain Research, 30*, 56-61.

- Vassileva, J., Gonzalez, R., Bechara, A., & Martin, E. M. (2007). Are all drug addicts impulsive? Effects of antisociality and extent of multidrug use on cognitive and motor impulsivity. *Addictive Behaviors, 32*(12), 3071-3076.
- Villemarette-Pittman, N. R., Stanford, M. S., Greve, K. W., Houston, R. J., & Mathias, C. W. (2004). Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Behavioral Disinhibition. *The Journal of psychology, 138*(1), 5-22.
- Vrabel, K. R., Hoffart, A., Rø, Ø., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of abnormal psychology, 119*(3), 623.
- Vrij, A. (2008). *Detecting lies and deceit: pitfalls and opportunities*. Chichester: Wiley.
- Vyas, A., & Khan, M. (2016). Paranoid personality disorder. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal, 11*(01), 9-11.
- Watson, C. G., Barnett, M., Nikunen, L., Schultz, C., Randolph-Elgin, T., & Mendez, C. M. (1997). Lifetime prevalences of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *The Journal of nervous and mental disease, 185*(10), 645-647.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports, 18*(3), 29.
- Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(4), 305.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Urnes, Ø. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(5), 390-396.
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Geneva: Author.

- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & Zanarini, M. C. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease, 190*(8), 510-518.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry, 6*(4), 201-207.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry, 147*(1), 57.
- Zeier, J. D., Baskin-Sommers, A. R., Hiatt Racer, K. D., & Newman, J. P. (2012). Cognitive control deficits associated with antisocial personality disorder and psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(3), 283.
- Zvolský, P., & Raboch, J. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.