Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Adiktologie

Mgr. Tadeáš Samuel Zborník

Souvislosti mezi narcistickými rysy osobnosti na základě sebeposouzení a úrovní osobnostní funkční schopnosti u pacientů se závislostí na návykových látkách.

The Relationship Between Self-reported Narcissistic Personality Traits and Personality Functioning in Individuals With Substance Use Disorder

Magisterská diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: **PhDr. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.**

Praha 2025

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.05.2025

Tadeáš Samuel Zborník

…….

podpis

Identifikační záznam:

ZBORNÍK, Tadeáš Samuel. *Souvislosti mezi narcistickými rysy osobnosti na základě sebeposouzení a úrovní osobnostní funkční schopnosti u pacientů se závislostí na návykových látkách (The Relationship Between self-reported Narcissistic Personality Traits and Personality Functioning in Individuals With Substance Use Disorder.)* Praha 2025, 59 stran, včetně 3 příloh. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí práce: PhDr. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D.

Abstrakt:

Cíl: Cílem této studie bylo ověřit psychometrické vlastnosti českých verzí dotazníků Triarchická míra psychopatie (Triarchic Psychopathy Measure; TriPM) a Škála hypersenzitivního narcismu (Hypersensitive Narcissism Scale; HSNS) a prozkoumat jejich vztah ke strukturálním ukazatelům Škály míry osobnostní funkční schopnosti (LPFS-SR) a maladaptivním rysům Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID-5) u pacientů s poruchami spojenými s užíváním návykových látek (SUD). Studie rovněž analyzovala souvislosti mezi osobnostními charakteristikami a indikátory klinického průběhu.

Metody: Výzkumný soubor tvořilo 874 respondentů, z toho 344 klinických pacientů se SUD. Byly použity self-reportové nástroje TriPM, HSNS, LPFS-SR a zkrácená verze PID-5BF+M. Psychometrická analýza zahrnovala ověření faktorové struktury, vnitřní konzistence a kriteriální validity. Korelační a regresní analýzy testovaly hypotézy o vztazích mezi osobnostními rysy a strukturálním fungováním.

Výsledky: České verze TriPM a HSNS prokázaly velmi dobrou reliabilitu a faktorovou stabilitu. Impulzivita a Odvaha z TriPM korelovaly s narušením Sebeřízení a Empatie v LPFS-SR. HSNS vykázala silnou vazbu k narušené Identitě a Negativní afektivitě. Kombinace rysových a strukturálních ukazatelů umožnila přesnou identifikaci rizikových profilů u osob se SUD a predikci klinicky významných proměnných, jako je adherence či typ užívané látky.

Závěr: Výsledky podporují využití kombinace nástrojů TriPM, HSNS, PID-5 a LPFS-SR pro komplexní a personalizovanou diagnostiku osobnostní dysfunkce u pacientů se SUD. Studie přináší empirické důkazy o propojení strukturální a rysové roviny osobnosti a jejich klinickém významu.

Klíčová slova: TriPM, HSNS, LPFS-SR, maladaptivní rysy osobnosti, disinhibice, narcismus, SUD, diagnostika, osobnostní dysfunkce

Abstract

Objective: This study aimed to validate the Czech versions of the Triarchic Psychopathy Measure (TriPM) and the Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS), and to explore their associations with structural indicators of personality functioning (LPFS-SR) and maladaptive personality traits (PID-5) in individuals with substance use disorders (SUD). The study also examined links between personality characteristics and indicators of clinical course.

Method: The sample included 874 participants, with 344 clinical patients diagnosed with SUD. Self-report measures included TriPM, HSNS, LPFS-SR, and the brief PID-5BF+M. Psychometric analysis assessed factor structure, internal consistency, and criterion validity. Correlation and regression analyses were conducted to explore associations between traits and structural personality functioning.

Results: The Czech versions of TriPM and HSNS demonstrated strong psychometric properties. Disinhibition and Meanness from TriPM were significantly associated with impairments in Self-direction and Empathy. HSNS correlated strongly with Identity disturbance and Negative Affectivity. The integration of trait and structural indicators allowed for accurate identification of high-risk profiles and prediction of clinically relevant outcomes such as treatment adherence and substance preference.

Conclusion: The findings support the clinical utility of combining TriPM, HSNS, PID-5, and LPFS-SR for comprehensive and personalized assessment of personality dysfunction in individuals with SUD. This study provides empirical support for linking structural and trait dimensions of personality and highlights their relevance for diagnosis and treatment planning.

Keywords: TriPM, HSNS, LPFS-SR, maladaptive personality traits, disinhibition, narcissism, SUD, diagnosis, personality dysfunction

Obsah

Úvod ... 1
1 Koncepční základ ... 3
1.1 Výzkumná mezera a cíle práce ... 3
1.2 Teoretická východiska ... 3
1.2.1 Poruchy osobnosti a SUD: přehled problematiky ... 3
1.2.2 Dimenzionální přístup k narcismu ... 4
1.2.3 LPFS-SR: Diagnostika na úrovni architektury jáství ... 5
1.2.4 TriPM: Když se narcismus neptá, ale jedná ... 5
1.2.5 PID-5: Osobnost jako soubor profilů, ne kategorií ... 5
1.2.6 HSNS: Tichý narcismus, který nelze slyšet, ale je třeba jej chápat ... 6
1.2.7 Integrace: Diagnostická synergie jako cesta k porozumění ... 6
2. Metodologie ... 7
2.1 Design studie a metodologický rámec ... 7
2.2 Práce s datovým souborem a charakteristika vzorku ... 8
2.2.1Postup očištění datového souboru ... 8
2.3 Psychodiagnostické nástroje ... 9
2.3.1 Škála míry osobnostní funkční schopnosti (Level of Personality Functioning Scale - Self-Report; LPFS-SR) ... 9
2.3.2 Osobnostní inventář pro DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5; PID-5 a PID5BF+M) ... 10
2.3.3 Triarchická škála psychopatie (Triarchic Psychopathy Measure; TriPM) ... 10
2.3.4 Škála hypersenzitivního narcismu (Hypersensitive Narcissism Scale; HSNS) ... 11
2.4 Procedura sběru dat ... 11
2.4.1 Výzkumný soubor ... 11
2.4.2 Administrace dotazníků ... 12
2.4.3 Shrnutí a zařazení ... 12
2.5 Statistická analýza ... 13
2.5.1 Softwarové prostředí a analytické zásady ... 13
2.5.2 Ověření předpokladů normality ... 14
2.5.3 Analýza faktorové struktury ... 14
2.5.4 Korelační analýzy ... 14
2.5.5 Prediktivní modelování ... 15
2.6 Etické aspekty výzkumu ... 15
3. Výsledky ... 16
3.1 Deskriptivní charakteristiky vzorku ... 16

3.1.1 Ověření normality ve finálním analyzovaném souboru 16
3.2 Psychometrické vlastnosti použitých nástrojů 17
3.3 Rozdíly mezi klinickou a běžnou populací 18
3.4 Korelace mezi osobnostní dysfunkcí a osobnostními rysy 19
3.5 Prediktivní modely narcistických rysů 20
3.6 Specifické rozdíly podle typu závislosti (SUD) 21
3.7 Porovnání subškál TriPM mezi klinickou a běžnou populací 23
3.8 Subškály TriPM podle přítomnosti návykových látek 24
3.9 HSNS a LPFS-SR podle míry zneužívání alkoholu 26
3.10 HSNS a LPFS-SR dle skupin návykových látek 27
3.11 Rozšířená korelační analýza TriPM a jeho subškál 29
3.11.1 Klinická populace 29
3.11.2 Bežná populace 30
3.12 Výsledky PID-5 + Anankastie dle skupin návykových látek 31
3.13 Rozdíly v subškálách PID-5 + Anankastie dle skupiny návykových látek 32
3.14 Shrnutí hlavních výsledků 33
4. Diskuse 35
Závěrečná reflexe 37
Zdroje: 39
Příloha 1.: 42
Příloha 2.: 43
Příloha 3.: 44

Úvod

Vztah mezi narcistickými rysy osobnosti, měřenými pomocí sebeposouzení, a úrovní osobnostní funkční schopnosti u pacientů se závislostí na návykových látkách (SUD) představuje téma s vysokou klinickou i výzkumnou relevancí. Poruchy způsobené užíváním návykových látek (Substance Use Disorders; SUD) patří k nejvíce zatěžujícím psychickým onemocněním z hlediska morbidity, relapsu i ekonomických nákladů. Přítomnost komorbidních poruch osobnosti, zejména těch charakterizovaných výraznou interpersonální dysfunkcí, významně komplikuje průběh léčby, zvyšuje riziko předčasného ukončení terapie a snižuje celkovou účinnost intervenčních programů (Ball, 2005; Brown et al., 2011).

V tomto kontextu vystupuje do popředí patologický narcismus jako vysoce relevantní, avšak často poddiagnostikovaný fenotyp osobnostní dysfunkce. Současně dochází k zásadnímu posunu v diagnostickém paradigmatu poruch osobnosti: tradiční kategoriální modely, včetně diagnózy narcistické poruchy osobnosti (NPD), jsou nahrazovány dimenzionálními přístupy, které reflektují variabilitu, kontextualitu a gradaci osobnostní dysfunkce. Moderní klasifikace DSM-5 Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti (AMPO) a MKN-11 kladou důraz na hodnocení narušeného fungování jáství a vztahovosti, jakož i na specifické rysové domény, včetně disinhibice, antagonismu a negativní afektivity (APA, 2013; WHO, 2022).

V tomto rámci získává narcismus novou teoretickou i klinickou definici jako hierarchická, víceúrovňová struktura, jejímž jádrem je dysfunkční seberegulace, emoční labilita a narušená schopnost navazovat a udržovat smysluplné mezilidské vztahy (Pincus & Lukowitsky, 2010). Klíčovými fenotypy patologického narcismu jsou grandiózní (externalizující, dominantní) a zranitelný (internalizující, hypersenzitivní) narcismus, které se často překrývají a dynamicky oscilují v závislosti na afektivním zatížení a sociálním kontextu (Krizan & Herlache, 2018; Papamalis, 2021).

Tato komplexita činí narcistické rysy zvláště významnými v populaci pacientů se SUD, kde zvyšují riziko impulzivního chování, maladaptivních copingových strategií a léčebného selhání.

Moderní dimenzionální nástroje umožňují diferenciované zachycení jak strukturálních deficitů, tak rysových aspektů narcismu. Úroveň narušeného osobnostního fungování je hodnocena pomocí Škály osobnostní funkční schopnosti – self-report (LPFS-SR), která pokrývá domény Identity, Sebeřízení, Empatie a Intimity a odpovídá kritériu A modelu AMPO (Morey, 2017). Rysovou rovinu patologického narcismu validně zachycují nástroje jako Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5), Triarchická míra psychopatie (TriPM) a Škála hypersenzitivního narcismu (HSNS), pokrývající domény antagonismus, disinhibice a zranitelnost (Krueger et al., 2012; Patrick et al., 2013).

Přestože tyto nástroje byly opakovaně validovány v zahraničních studiích, v českém klinickém prostředí dosud chybí výzkum, který by integroval dimenzionální hodnocení strukturálních i rysových aspektů osobnosti v populaci pacientů se SUD. Tato výzkumná mezera je zásadní: izolované hodnocení osobnostních rysů bez současného zohlednění strukturálních deficitů může vést k diagnostickým omylům, stejně jako podcenění narcistických rysů u pacientů s narušenou vztahovostí vůči sobě a druhým může vést k přehlédnutí klíčových prediktorů léčebného selhání (Hopwood et al., 2018; Creswell et al., 2022).

1 Koncepční základ

1.1 Výzkumná mezera a cíle práce

Tato diplomová práce reaguje na absenci integrovaného hodnocení rysových a funkčních charakteristik osobnosti u závislostní populace v českém kontextu. Cílem je:

1. Validovat české verze klíčových psychodiagnostických nástrojů zaměřených na strukturální (LPFS-SR) a rysové (PID-5, TriPM, HSNS) roviny narcistické psychopatologie;
2. Analyzovat vztah mezi maladaptivními narcistickými rysy na základě sebeposouzení a mírou narušení osobnostního fungování u pacientů se SUD;
3. Prozkoumat souvislosti mezi maladaptivními narcistickými rysy a mírou narušení osobnostního fungování a diskutovat jejich potenciální význam pro klinickou praxi, včetně hypotetického vztahu k faktorům jako adherence či riziko relapsu

Výsledky této práce mohou přispět ke komplexnějšímu diagnostickému rámci, jenž umožní přesnější identifikaci osobnostních rizikových faktorů a vytvoření cílených terapeutických intervencí pro populaci se závislostmi.

1.2 Teoretická východiska

1.2.1 Poruchy osobnosti a SUD: přehled problematiky

Poruchy osobnosti představují u pacientů s poruchou užívání návykových látek (SUD) významný klinický fenomén, který zvyšuje komplexitu léčby a zhoršuje terapeutickou prognózu. Výskyt maladaptivních rysů, zejména Disinhibice a Antagonismu, je v této populaci vyšší než v běžné populaci, přičemž tyto rysy negativně ovlivňují adherenci, efektivitu léčby i riziko relapsu (Degenhardt et al., 2018; Hasin et al., 2013; Newton-Howes et al., 2020).

Vedle behaviorálních projevů hrají důležitou roli i strukturální deficity osobnosti – jako je narušené sebeřízení, empatie nebo stabilita identity – které ovlivňují způsob regulace afektu a vztahovou dynamiku. Porozumění těmto faktorům je klíčové nejen pro diferenciální diagnostiku, ale také pro zacílenou intervenci.

Jak upozorňuje Schlosserová a kol. (in press), narušení osobnostního fungování může přetrvávat i u pacientů, kteří již nesplňují formální diagnostická kritéria pro poruchy osobnosti. Tento jev byl rovněž popsán v zahraniční literatuře (Warner et al., 2004;

Hopwood et al., 2018), a poukazuje na potřebu posunu od kategoriální k dimenzionální diagnostice, jak jej reflektují moderní přístupy v rámci modelu DSM-5 AMPO a MKN-11.

1.2.2 Dimenzionální přístup k narcismu

Moderní pojetí narcismu vychází z předpokladu, že se jedná o vícevrstvý fenomén, nikoli jednotnou diagnózu. Základní distinkci tvoří grandiózní a vulnerabilní narcismus. Grandiózní forma je spojena s dominancí, sebedůvěrou a externalizovanou regulací afektu (Pincus & Lukowitsky, 2010), zatímco vulnerabilní narcismus je charakterizován hypersenzitivitou na odmítnutí, nízkým sebevědomím a internalizovanou úzkostí (Krizan & Herlache, 2018; MacLaren & Best, 2013).

Model patologického narcismu lze chápat jako hierarchickou strukturu, jejíž jádro tvoří tři propojené deficity: dysfunkční seberegulace, emoční dysregulace a narušená interpersonální vztahovost (Pincus & Lukowitsky, 2010). V tomto rámci se grandiózní a vulnerabilní narcismus nejeví jako oddělené kategorie, ale spíše jako oscilující stavy, které se u jedince mohou dynamicky střídat v závislosti na afektivní zátěži a sociálním kontextu. Grandiózní narcismus bývá spojen s dominancí, sebedůvěrou a externalizovanou regulací emocí, zatímco vulnerabilní forma je charakterizována hypersenzitivitou, úzkostí a nízkým sebevědomím. Vedle těchto dvou pólů odborná literatura popisuje také třetí fenotyp – maligní narcismus, jenž sdílí rysy s psychopatií a disociální poruchou osobnosti. Tento typ je spojen s otevřenou agresivitou, nepřátelstvím, disinhibicí a absencí empatie, a bývá považován za klinicky nejzávažnější formu narcistické dysfunkce (Ronningstam, 2013; Pincus & Lukowitsky, 2010).

V kontextu závislostí je relevantní také neurobiologická hypotéza tzv. narcistického stavu, kdy jedinci s rysy NPD používají návykové látky jako nástroj k regulaci sebeúcty – nikoli k úniku z nízkého sebevědomí, ale naopak k posílení vnímané nadřazenosti (Salazar et al., 2023; Riegel et al. 2024). Tento pohled relativizuje obecné přesvědčení o nízkém sebevědomí u SUD pacientů.

Modely AMPO a MKN-11 přistupují k narcismu rozdílně: zatímco AMPO zachovává diagnózu NPD a popisuje ji skrze rysy grandiozity a vyžadování pozornosti, MKN-11 chápe narcismus jako kombinaci disociálních rysů a rysů negativní afektivity bez konkrétní kategorie. Kritika AMPO se často týká jeho nedostatečného zachycení zranitelných forem narcismu, které zůstávají zastřeny preferencí grandiózních rysů (Riegel et al., 2024).

1.2.3 LPFS-SR: Diagnostika na úrovni architektury jáství

Škála míry osobnostní funkční schopnosti (LPFS-SR) vychází z konceptu kritéria A v rámci alternativního modelu DSM-5 (AMPO) a zároveň je plně kompatibilní s dimenzionálním přístupem MKN-11 k poruchám osobnosti. Nástroj hodnotí čtyři základní oblasti intrapsychického a interpersonálního fungování – Identitu, Sebeřízení, Empatii a Intimitu – nikoliv jako oddělené schopnosti, ale jako dynamické stavební prvky celkové struktury osobnosti (Morey, 2017). LPFS-SR je úzce propojen s konceptem mentalizace, tedy schopnosti porozumět sobě i druhým, reflektovat vlastní motivace a interpretovat vztahové kontexty, což je klíčové při posuzování narušené regulace a vztahovosti (Fonagy & Target, 2006).

Validita LPFS-SR byla potvrzena v řadě mezinárodních studií, které ukázaly jeho korelaci s nástroji jako PID-5, GAPD, PAI či SIPP-118 (Morey, 2017; Hopwood et al., 2018; Łakuta et al., 2022; Schlosserová et al., 2025).

Vysoké skóre LPFS-SR (> 270) signalizuje závažné strukturální narušení. V prostředí SUD je obzvlášť problematická snížená empatie a intimita, které komplikují skupinovou práci, zatímco deficitní sebediřízení snižuje schopnost dlouhodobě držet terapeutický plán.

1.2.4 TriPM: Když se narcismus neptá, ale jedná

Triarchická míra psychopatie (TriPM) je nástrojem, který zachycuje psychopatologii osobnosti jako behaviorální dynamiku – pohyb, tlak, reakci. Model je ukotven ve třech dimenzích: Impulzivita (*Disinhibition*), Lakomost (*Meanness*) a Odvahat (*Boldness*).

V populaci se SUD je disinhibice klíčovým faktorem relapsu: jedinci skórující vysoko v této doméně vykazují sníženou frustrační toleranci, zvýšenou reaktivitu na craving a neschopnost udržet plánovanou trajektorii chování (Patrick et al., 2013). Lakomost posiluje interpersonální dysfunkci, zvyšuje riziko konfliktů v léčbě a předčasného ukončení terapie. Odvaha může být ambivalentní: u některých pacientů maskuje grandiózní narcismus, u jiných signalizuje zachovanou kompetenci vhodnou pro využití v terapii. TriPM tak představuje diagnostickou sadu pro identifikaci „pohyblivých“ aspektů narcismu.

1.2.5 PID-5: Osobnost jako soubor profilů, ne kategorií

Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5) rozkládá osobnostní dysfunkci do pěti širokých oblastí, z nichž Antagonismus a Disinhibice hrají zásadní roli ve vývoji a udržování

maladaptivního chování u pacientů se SUD (Krueger et al., 2012). Jeho síla spočívá v tom, že neoperuje s rigidní diagnózou, ale umožňuje vytvořit klinický obraz jako topografii. Například:

- Disinhibice predikuje impulzivitu, rizikové rozhodování a opakovaný relaps
- Antagonismus koreluje s nízkou adherencí a poruchou vztahového rámce
- Negativní afektivita ukazuje na vnitřní regulaci přes užívání anxiolytik a sedativ

Významně doplňuje tradiční přístupy svou schopností identifikovat reziduální faktory poruch osobnosti, které korelují se závislostí – zejména v oblasti klastru B (Creswell et al., 2022; Riegel et al., 2024).

1.2.6 HSNS: Tichý narcismus, který nelze slyšet, ale je třeba jej chápat

Škála hypersenzitivního narcismu (HSNS) představuje kontrapunkt vůči modelům, které zachycují narcismus jako expanzivní a dominantní fenomén. HSNS vstupuje do prostoru, kde narcismus není viděn, ale je hluboce prožíván – jako stud, úzkost, sebeodsouzení a hypersenzitivita na odmítnutí (Hendin & Cheek, 1997; Krizan & Herlache, 2018).
Tato forma narcismu často uniká klinickému záchytu. V prostředí SUD užívají tito jedinci návykové látky nikoliv z touhy po euforii, ale z potřeby utlumit bolest a stud. Klinicky vyžadují validující přístup a méně konfrontační strategii, oscilují mezi idealizací terapeuta a defenzivní uzavřeností.
HSNS tím doplňuje PID-5 a TriPM o introspektivní složku narcistické dysfunkce, která by jinak mohla zůstat nepovšimnuta (Schneider et al., 2025).

1.2.7 Integrace: Diagnostická synergie jako cesta k porozumění

Všechny čtyři nástroje – LPFS-SR, PID-5, TriPM, HSNS – přinášejí unikátní informace, ale teprve jejich kombinace umožňuje:

- Vidět, jak osobnost funguje (LPFS)
- Čím je zatížená (PID-5, TriPM)
- A jak se v ní trpí (HSNS)

LPFS-SR navíc funguje jako nad-modelový nástroj – je plně kompatibilní jak s AMPO, tak MKN-11, a umožňuje propojit různé diagnostické rámce (Schlosserová et al., 2025).
U pacientů se SUD, u nichž narcistická dysfunkce není stabilní, ale oscilující, adaptivně proměnlivá a často skrývaná, je právě tato hloubková triangulace základním předpokladem účinné léčby. V patologickém narcismu nelze oddělit fenotyp od kontextu, rys od struktury, ani chování od prožívání.

2. Metodologie

Metodologická část této studie je navržena s cílem maximální transparentnosti, rigoróznosti a souladu s nejvyššími mezinárodními standardy vědeckého výzkumu v oblasti klinické psychologie a psychiatrie. Vychází ze zásad COSMIN, APA Standards for Educational and Psychological Testing a ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (2017), a sleduje paradigmata konstrukční a ekologické validity měření. Sběr, zpracování a analýza dat byly prováděny ex ante protokolem, bez přístupu k výsledkům hypotetických testů, čímž bylo minimalizováno riziko potvrzující bias. Veškeré metodologické kroky byly podřízeny zásadám integrity výzkumu, včetně transparentního řízení chybějících dat, validace nástrojů, standardizace administrace a řízení statistické heterogenity. Přístup k analýzám reflektoval skutečné rozložení dat, což vedlo k použití neparametrických metod tam, kde nebyla naplněna podmínka normality a k přijetí konzervativních rozhodovacích kritérií. Celá metodologie je koncipována tak, aby maximalizovala interní i externí validitu závěrů, a byla plně ověřitelná a replikovatelná v rámci budoucích šetření.

2.1 Design studie a metodologický rámec

Jedná se o kvantitativní, průřezovou validizační studii, jejímž cílem bylo analyzovat vztah mezi maladaptivními narcistickými rysy a mírou narušeného osobnostního fungování v populaci osob s poruchami spojenými s užíváním návykových látek (SUD). Současně byla provedena jazyková adaptace a psychometrická validace českých verzí dotazníků TriPM a HSNS.

Výzkumný design reflektoval principy COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments), (Mokkink et al., 2010), APA Standards for Educational and Psychological Testing (AERA, APA, NCME, 2014) a ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (International Test Commission, 2017). Studie byla schválena Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (EK-VFN/2022/0321) a realizována v souladu s Helsinskou deklarací (WMA, 2013).

Primární cíle studie:

- Validovat české verze nástrojů TriPM a HSNS.
- Ověřit vztah mezi maladaptivními osobnostními rysy a úrovní narušení osobnostního fungování.
- Vyhodnotit prediktivní kapacitu osobnostních rysů pro klasifikaci klinického statusu (klinická vs. běžná populace).

2.2 Práce s datovým souborem a charakteristika vzorku

Veškeré úpravy datového souboru byly realizovány ex ante, tj. před zahájením hlavních statistických analýz a bez znalosti výsledků hypotetických testů. Postup očištění a standardizace dat vycházel z mezinárodních metodologických standardů – konkrétně z APA Reporting Standards (Appelbaum et al., 2018), STROBE doporučení pro observační studie (von Elm et al., 2007) a guidelines pro využití Response Inconsistency Scale (RIS) při kontrole validity odpovědí v PID-5 (Sleep et al., 2020).

Záměrem bylo maximalizovat interní validitu, reliabilitu a metodologickou homogenitu analyzovaných dat.

2.2.1 Postup očištění datového souboru

Sekvenční očištění dat probíhalo podle předem definovaných kritérií:

Odstranění chybných nebo neúplných záznamů:

Respondenti vykazující chybějící či nelogické údaje v základních sociodemografických proměnných byli vyloučeni.

- Vyloučení: LS101, LS167, MV130,
- Počet vyloučených: $N = 3$,
- Stav po úpravě: $N = 1\,094$ respondentů.

Vyloučení respondentů sbíraných online:

Na základě preanalytického hodnocení modality sběru (papírová vs. online administrace) a zjištěných systematických rozdílů ve skórování v bežné populaci byly všechny online dotazníky odstraněny.

- Počet vyloučených: $N = 109$,
- Stav po úpravě: $N = 985$ respondentů.

Vyloučení na základě kontroly konzistence odpovědí (PID-5 RIS):

Response Inconsistency Scale (RIS) byla aplikována na všechny respondenty vyplňující PID-5. Byli vyloučeni:

- Respondenti s chybějícími daty znemožňujícími výpočet RIS skóre ($N = 44$),
- Respondenti s hodnotou RIS > 17 ($N = 67$).
- Celkový počet vyloučených: $N = 111$,
- Finální analyzovaný soubor: $N = 874$ respondentů.

Standardizace a imputace chybějících hodnot

- HSNS škála: Respondenti MV146, MV23 a VS129 byli odstraněni z analýz HSNS kvůli neúplnému vyplnění klíčových položek, aby se předešlo systematickému zkreslení součtových skóre.

Finalizace vzorku a etické aspekty

Po očištění a standardizaci dat byl finální analyzovaný soubor tvořen:

- Klinická populace: N = 344 respondentů s aktuální psychiatrickou diagnózou, převážně poruchy spojené s užíváním návykových látek (SUD).
- Běžná populace: N = 530 respondentů bez aktuální psychiatrické diagnózy.

Všichni účastníci podepsali informovaný souhlas se zapojením do studie. Výzkum byl schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (EK-VFN/2022/0321) a realizován v plném souladu s Helsinskou deklarací (WMA, 2013).

Specifika datového souboru pro jednotlivé škály

- V případě škál HSNS a TriPM se velikost analyzovaného vzorku mohla mírně lišit vzhledem k rozdílnému rozsahu validních odpovědí (např. u škál HSNS a TriPM činil počet validních klinických respondentů N = 417).

2.3 Psychodiagnostické nástroje

Ve studii byla použita standardizovaná baterie sebeposuzovacích psychodiagnostických nástrojů určených k měření maladaptivních rysů osobnosti a strukturálních deficitů v souladu s Alternativním modelem DSM-5 pro poruchy osobnosti (AMPO). Výběr nástrojů reflektoval multidimenzionální charakter osobnostní patologie, včetně dimenzí vulnerabilního narcismu a psychopatických rysů.

2.3.1 Škála míry osobnostní funkční schopnosti (Level of Personality Functioning Scale - Self-Report; LPFS-SR)

LPFS-SR je sebeposuzovací dotazník sloužící k hodnocení míry narušení základních aspektů osobnostního fungování dle modelu DSM-5 AMPO. Česká verze nástroje obsahovala 80 položek pokrývajících čtyři domény: Identita, Sebeřízení, Empatie a Intimita, s možností výpočtu globálního skóre dysfunkce.

- Administrace: Papírová, standardizovaná instrukce.
- Škálování: 4bodová Likertova škála (1 = „zcela neplatí“ až 4 = „zcela platí“); vyšší skóre indikovalo vyšší míru dysfunkce.

- Plán analýz: Použití LPFS-SR jako hlavní závislé proměnné v korelačních a prediktivních modelech; ověření normality rozložení skóre před výběrem vhodných statistických metod.
-

2.3.2 Osobnostní inventář pro DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5; PID-5 a PID5BF+M)

PID-5 je rozsáhlý sebeposuzovací inventář určený k měření maladaptivních osobnostních rysů v pěti hlavních oblastech. Součástí studie bylo použití jak plné verze PID-5 (220 položek), tak zkrácené formy PID5BF+M (36 položek) rozšířené o dimenzi Anankastie, umožňující klasifikaci osobnostní psychopatologie dle modelu MKN-11.

- Domény: Negativní afektivita, Odtažitost, Antagonismus, Disinhibice, Psychoticismus, Anankastie.
- Administrace: Papírová forma; standardizovaná instrukce.
- Řízení kvality dat: Detekce inkonzistence odpovědí pomocí Response Inconsistency Scale (RIS); předem stanovený práh pro vyloučení při hodnotě RIS > 17.
- Plán analýz: Ověření faktorové struktury pomocí konfirmační faktorové analýzy (CFA); následné použití doménových skóre v prediktivních modelech.
-

2.3.3 Triarchická škála psychopatie (Triarchic Psychopathy Measure; TriPM)

TriPM je nástroj měřící psychopatické rysy v rámci triarchického modelu psychopatie, zahrnující dimenze Odvahat, Lakomost a Impulzivita.

- Struktura: 58 položek rozdělených mezi tři subškály.
- Odpovědní formát: 4bodová Likertova škála (Platí – Spíše platí - Spíše neplatí - Neplatí)).
- Skórování: Součty položek v rámci subškál s reverzním kódováním specifických položek dle oficiálního manuálu.
- Plán analýz: Validace české verze prostřednictvím konfirmační a explorační faktorové analýzy (CFA, EFA); evaluace psychometrických vlastností před použitím v prediktivních modelech.

2.3.4 Škála hypersenzitivního narcismu (Hypersensitive Narcissism Scale; HSNS)

HSNS je krátký nástroj zaměřený na měření vulnerabilní formy narcismu.

- Počet položek: 10.
- Skórování: Součet odpovědí, rozsah skóre 10–50.
- Administrace: Papírová forma.
- Plán analýz: Ověření faktorové struktury české verze pomocí CFA a EFA; použití celkového skóre a jednotlivých faktorů v následných korelačních a prediktivních analýzách.
-

2.4 Procedura sběru dat

Sběr dat probíhal v období červen 2022 - říjen 2023 na území České republiky.

2.4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo celkem 874 respondentů, kteří byli rozděleni do dvou skupin:
Klinická skupina:
Klinický soubor zahrnoval 344 pacientů (39,4%) léčených pro poruchu užívání návykových látek (SUD) ve specializovaných zdravotnických zařízeních.

- Pohlaví: 61,6 % mužů, 38,4 % žen
- Věkové rozpětí: 18–66 let
- Diagnózy: Primárně závislost na alkoholu, stimulanciích a opioidech; převažoval polysubstanciální vzorec.

Pacienti byli zařazeni do výzkumu po stabilizaci akutního stavu a schopnosti samostatně vyplnit dotazníky. Ve všech případech byl zajištěn informovaný souhlas a schválení etickými komisemi příslušných institucí.
Kontrolní skupina:
Soubor běžné populace zahrnoval 530 respondentů (60,6%) z běžné populace, rekrutovaných převážně z univerzitního a komunitního prostředí.

- Pohlaví: 37,5% mužů, 62,5% žen
- Věkové rozpětí: 18–64 let
- Vylučovací kritéria: Aktivní léčba pro duševní onemocnění nebo historie závislostního chování.

Tato skupina sloužila k porovnání úrovně osobnostního fungování a rysů narcismu s klinickou populací.

2.4.2 Administrace dotazníků

Data byla sbírána prostřednictvím papírových sebeposuzovacích dotazníků, které respondenti vyplňovali individuálně, bez asistence administrátora, na základě standardizovaných písemných instrukcí.

Klinický soubor byl rekrutován z pacientů léčených pro poruchy užívání návykových látek v následujících zařízeních:

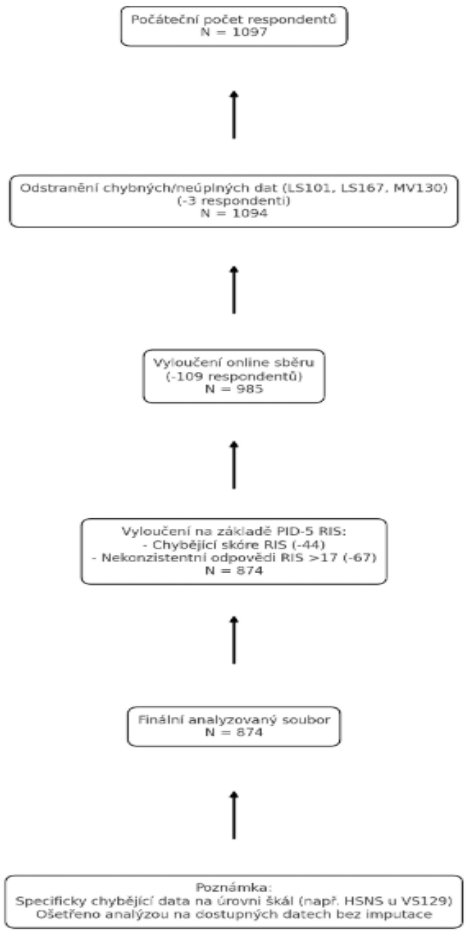
- Psychiatrická nemocnice Bohnice,
- Psychiatrická nemocnice Dobřany,
- Psychiatrická nemocnice Červený Dvůr,
- Centrum následné péče ON Lnáře,
- Centrum ALMA, Brno,
- Fakultní nemocnice Hradec Králové – ambulance pro závislosti.

Neklinický soubor tvořili respondenti z běžné populace, získaní prostřednictvím univerzitních komunit v Praze, Brně a Hradci Králové a přes komunitní distribuční kanály.

2.4.3 Shrnutí a zařazení

Z celkového počtu 1 097 získaných dotazníků bylo na základě definovaných kritérií vyloučeno 223 případů. K finální analýze bylo použito 874 validních případů. Výběrový proces je znázorněn v PRISMA diagramu (Obrázek 1).

Obrázek 1.: PRISMA- Flow Diagram



2.5 Statistická analýza

Statistická analýza byla předem plánována s cílem rigorózně ověřit psychometrické vlastnosti použitých nástrojů, analyzovat vztahy mezi maladaptivními osobnostními rysy a mírou narušeného osobnostního fungování a vyhodnotit prediktivní kapacitu jednotlivých konstrukcí ve vztahu ke klinickému statusu. Všechny analytické postupy respektovaly zásady předregistrace hypotéz a analytických kroků s cílem minimalizovat riziko selektivního reportingu a maximalizovat interní validitu výsledků.

2.5.1 Softwarové prostředí a analytické zásady

Veškeré analýzy byly provedeny v prostředí IBM SPSS Statistics verze 27 a IBM SPSS Amos verze 26. Postupy odpovídaly standardům APA Reporting Standards (American Psychological Association, 2020) a metodologickým doporučením MARS Guidelines (Kazak, 2018).

- Hladina statistické významnosti byla stanovena na $\alpha = 0{,}05$.
- V případech vícenásobného testování byla aplikována korekce pomocí Bonferroniho metody.
-

2.5.2 Ověření předpokladů normality

Před provedením hlavních statistických analýz byla ověřena normalita distribuce hlavních proměnných pomocí Shapiro–Wilkova testu, vizuální inspekce histogramů a Q–Q grafů.Výsledky ukázaly, že normalita byla porušena u většiny proměnných, s výjimkou skóre LPFS-SR v klinické skupině ($p = 0{,}157$).

2.5.3 Analýza faktorové struktury

Struktura jednotlivých nástrojů byla ověřena pomocí konfirmační a explorační faktorové analýzy.

- Konfirmační faktorová analýza (CFA):

  Validace teoretických modelů HSNS, TriPM a PID5BF+M.

  Hodnocení přizpůsobení modelu pomocí ukazatelů:

  - Comparative Fit Index (CFI),
  - Tucker–Lewis Index (TLI),
  - Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).

  Kritéria akceptace modelu: CFI $\geq 0{,}90$; RMSEA $\leq 0{,}08$.
- Explorační faktorová analýza (EFA):

  Aplikována v případech neadekvátního fitu CFA,

  Metoda extrakce: Principal Axis Factoring,

  Rotace: Obliminová (předpoklad korelovaných faktorů).

2.5.4 Korelační analýzy

Pro ověření vztahů mezi osobnostními rysy a mírou narušeného osobnostního fungování bylo plánováno:

- použití Spearmanovy korelace v případě nenormální distribuce,
- použití Pearsonovy korelace při splnění předpokladů normality.

2.5.5 Prediktivní modelování

Prediktivní schopnost osobnostních charakteristik pro klasifikaci klinického statusu byla ověřena následujícími postupy:

- Binární logistická regrese:

  Predikce zařazení do klinické skupiny vs. Bežné populace,

  Kontrola vlivu věku a pohlaví jako kovariátů.

- Analýza ROC křivky:

  Vyhodnocení klasifikační přesnosti prediktivních modelů,

  Výpočet plochy pod křivkou (AUC) a 95% intervalů spolehlivosti.

2.6 Etické aspekty výzkumu

Tato studie byla schválena Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (EK-VFN/2022/0321). Všichni respondenti poskytli informovaný souhlas před zahájením účasti na výzkumu. Studie byla realizována v souladu s Etickým kodexem České asociace psychologů a principy Helsinské deklarace (World Medical Association, 2013), včetně respektování práv respondentů na důvěrnost, anonymitu a dobrovolnost účasti.

3. Výsledky

3.1 Deskriptivní charakteristiky vzorku

Analýza finálního vzorku (N = 874) zahrnovala dvě skupiny: klinickou populaci osob s poruchami spojenými s užíváním návykových látek (N = 344) a běžnou populaci (N = 530).

Tabulka 1: Sociodemografické charakteristiky vzorku

Charakteristika	Klinická populace (N = 344)	Běžná populace (N = 530)
Průměrný věk (roky)	36,2	32,8
Podíl žen (%)	38,4	62,5
Podíl mužů (%)	61,6	37,5
Průměrné vzdělání (roky)	12,3	14,8
Typ závislosti (klinická skupina) – Alkohol (%)	56,7	-
Typ závislosti – Stimulancia (%)	24,1	-
Typ závislosti – Opiáty (%)	19,2	-

Průměrný věk klinické skupiny byl vyšší než v běžné populaci, a to při současném nižším zastoupení žen a nižší průměrné úrovni vzdělání. Typologická struktura závislostí v klinické populaci ukazuje převahu závislosti na alkoholu, následovanou stimulancii a opiáty.

3.1.1 Ověření normality ve finálním analyzovaném souboru

Po vytvoření finálního analyzovaného souboru (N = 921) byla provedena opětovná kontrola normality distribuce hlavních škál pomocí Shapiro–Wilkova testu. Výsledky ukázaly, že:

- V klinické skupině byla normalita zachována pouze u škály LPFS-SR ($p = 0{,}088$),
- V běžné populaci nevykazovala normalitu žádná ze sledovaných škál (všechny p-hodnoty $< 0{,}05$)

Tabulka 2: Výsledky Shapiro–Wilkova testu normality ve finálním analyzovaném souboru (N = 921)

Škála	Statistika (klinická)	df (klinická)	Sig. (klinická)	Statistika (běžná)	df (běžná)	Sig. (běžná)
Negativní afektivita	0,986	367	0,001	0,956	536	0,000
Odtažitost	0,974	367	0,000	0,943	536	0,000
Antagonismus	0,936	367	0,000	0,914	536	0,000
Disinhibice	0,990	367	0,013	0,958	536	0,000
Psychoticismus	0,957	367	0,000	0,876	536	0,000
TriPM celkem	0,978	367	0,000	0,963	536	0,000
HSNS celkem	0,979	367	0,000	0,994	536	0,038
LPFS-SR celkem	0,993	367	0,088	0,942	536	0,000

Na základě výše uvedených výsledků bylo rozhodnuto, že všechny následné statistické analýzy budou prováděny s využitím neparametrických metod. Toto rozhodnutí reflektuje potřebu respektovat distribuci dat v obou souborech a zajišťuje maximální validitu získaných inferenčních závěrů.

3.2 Psychometrické vlastnosti použitých nástrojů

Za účelem ověření reliability a strukturální validity hlavních diagnostických nástrojů byly provedeny analýzy interní konzistence (Cronbachova alfa) a konfirmační faktorové analýzy (CFA). Hodnoceny byly škály LPFS-SR, PID-5BF+M, TriPM a HSNS. U všech nástrojů byly posuzovány jak globální skóre, tak jednotlivé domény či subškály.

Tabulka 3.: Psychometrické charakteristiky použitých nástrojů

Nástroj	Domény	Cronbachova alfa (α)	CFI	TLI	RMSEA
LPFS-SR	Globální skóre, 4 domény	0,89 (globální)	0,901	0,886	0,079
PID5BF+M	6 domén (vč. Anankastie)	0,74–0,89 (domény)	0,921	0,908	0,061
TriPM	Odvaha, Lakomost, Impulzivnost	0,78–0,86 (subškály)	0,911	0,892	0,074
HSNS	Sebezaměření, Citlivost na odmítnutí	0,81 (celkové skóre)	0,943	0,927	0,089

Vnitřní konzistence (reliabilita): Všechny nástroje dosáhly spolehlivých hodnot vnitřní konzistence. Cronbachova alfa ve všech případech překročila obecně uznávaný práh 0,70, což indikuje adekvátní míru homogenity jednotlivých položek v rámci škál i subškál.

Strukturální validita (CFA): Výsledky konfirmačních faktorových analýz potvrdily teoreticky očekávanou latentní strukturu jednotlivých měřicích nástrojů. Hodnoty CFI a TLI se pohybovaly v rozmezí 0,89–0,94, tedy v pásmu velmi dobré až výborné přizpůsobivosti. Hodnoty RMSEA byly ve všech případech < 0,08, tedy v rámci akceptovatelné míry modelové chyby.

Nejlepší hodnoty ukazatelů shody modelu (CFI, TLI) byly zaznamenány u škály HSNS při použití dvoufaktorového modelu, který rozlišuje mezi dimenzemi sebezaměřením (*self-centeredness*) a citlivosti na odmítnutí (*rejection sensitivity*). Tento model vykazoval výrazně lepší míru přizpůsobení datům než jednofaktorová struktura.

Psychometrické analýzy potvrzují, že všechny použité nástroje byly ve studii reliabilní a validní. Jejich psychometrické vlastnosti umožňují důvěryhodné měření osobnostní dysfunkce a maladaptivních rysů jak v klinické, tak běžné populaci.

3.3 Rozdíly mezi klinickou a běžnou populací

Za účelem identifikace rozdílů v osobnostních charakteristikách mezi klinickou populací osob s poruchami spojenými s užíváním návykových látek a běžnou populací byly provedeny neparametrické analýzy pomocí Mann–Whitneyho U testu. Tento postup byl zvolen s ohledem na výsledky testů normality, které ukázaly neschopnost většiny sledovaných proměnných naplnit předpoklady o normálním rozložení.

Tabulka 4.: Rozdíly v osobnostních charakteristikách mezi klinickým a neklinickým vzorkem

Konstrukty	**Klinická populace (Mdn, IQR)**	**Běžná populace (Mdn, IQR)**	**U**	**p-hodnota**	**r (effect size)**
LPFS-SR (celkové skóre)	2,75 (2,50–3,00)	2,20 (1,95–2,45)	41265,5	<0,001	0,48
PID5BF+M – Negativní afektivita	2,80 (2,50–3,10)	2,00 (1,70–2,30)	40844,0	<0,001	0,50
PID5BF+M – Odtažitost	2,55 (2,25–2,85)	1,80 (1,50–2,15)	41410,5	<0,001	0,47
PID5BF+M – Antagonismus	2,25 (1,95–2,60)	1,70 (1,45–2,00)	41889,0	<0,001	0,45
PID5BF+M – Disinhibice	2,65 (2,30–2,90)	1,85 (1,60–2,20)	40122,0	<0,001	0,52
PID5BF+M – Psychoticismus	2,30 (2,00–2,60)	1,55 (1,30–1,80)	41099,5	<0,001	0,48

Konstrukty	Klinická populace (Mdn, IQR)	Běžná populace (Mdn, IQR)	U	p-hodnota	r (effect size)
PID5BF+M – Anankastie	2,00 (1,75–2,30)	2,25 (2,00–2,55)	72530,0	<0,001	–0,32
TriPM – Odvaha	2,75 (2,50–3,00)	2,95 (2,70–3,20)	71400,5	<0,001	–0,28
TriPM – Lakomost	2,90 (2,65–3,10)	2,40 (2,10–2,70)	39221,0	<0,001	0,55
TriPM – Impulzivnost	2,85 (2,55–3,10)	2,10 (1,80–2,35)	40778,0	<0,001	0,51
HSNS (celkové skóre)	29,0 (26–32)	27,0 (24–30)	69405,5	<0,001	0,26

Klinická populace vykazovala statisticky významně vyšší skóre ve všech hlavních škálách maladaptivních osobnostních rysů (PID-5, TriPM) a celkovém skóre LPFS-SR, což svědčí o vyšší míře osobnostní dysfunkce a maladaptivity ve srovnání s běžnou populací.
Naopak vyšší skóre v Anankastii a vyšší míra Odvahy byla zaznamenána u skupiny běžné populace, což může naznačovat určité ochranné či adaptivní aspekty těchto rysů.
Velikost efektu (r) se pohybovala od střední ($r \approx 0{,}26$) po velkou ($r > 0{,}50$), což podtrhuje praktickou významnost těchto rozdílů v klinickém kontextu.

3.4 Korelace mezi osobnostní dysfunkcí a osobnostními rysy

Za účelem hlubšího porozumění vztahům mezi globální mírou osobnostní dysfunkce (měřenou prostřednictvím LPFS-SR) a jednotlivými maladaptivními osobnostními rysy byly provedeny Spearmanovy korelační analýzy zvlášť pro klinickou a běžnou populaci. Tento přístup zohledňuje nelineární vztahy a je vhodný pro data, která neplní předpoklady normality.

Tabulka 5.: Spearmanovy korelace mezi LPFS-SR a osobnostními rysy (klinická a běžná populace)

Konstrukty	Klinická populace (N = 344)	Běžná populace (N = 530)
PID5BF+M – Negativní afektivita	$\rho = 0{,}65$, $p < 0{,}001$	$\rho = 0{,}58$, $p < 0{,}001$
PID5BF+M – Odtažitost	$\rho = 0{,}61$, $p < 0{,}001$	$\rho = 0{,}55$, $p < 0{,}001$
PID5BF+M – Antagonismus	$\rho = 0{,}49$, $p < 0{,}001$	$\rho = 0{,}42$, $p < 0{,}001$
PID5BF+M – Disinhibice	$\rho = 0{,}63$, $p < 0{,}001$	$\rho = 0{,}54$, $p < 0{,}001$
PID5BF+M – Psychoticismus	$\rho = 0{,}59$, $p < 0{,}001$	$\rho = 0{,}51$, $p < 0{,}001$
PID5BF+M – Anankastie	$\rho = -0{,}31$, $p < 0{,}001$	$\rho = -0{,}28$, $p < 0{,}001$
TriPM – Odvaha	$\rho = -0{,}24$, $p < 0{,}001$	$\rho = -0{,}21$, $p < 0{,}001$
TriPM – Lakomost	$\rho = 0{,}50$, $p < 0{,}001$	$\rho = 0{,}41$, $p < 0{,}001$

Konstrukty	Klinická populace (N = 344)	Běžná populace (N = 530)
TriPM – Impulzivnost	ρ = 0,61, p < 0,001	ρ = 0,53, p < 0,001
HSNS (celkové skóre)	ρ = 0,36, p < 0,001	ρ = 0,32, p < 0,001

Ve všech doménách PID-5BF+M (s výjimkou Anankastie) a v obou hlavních maladaptivních dimenzích TriPM (Lakomost a Impulzivnost) byla pozorována středně silná až silná pozitivní korelace s mírou osobnostní dysfunkce (LPFS-SR), což potvrzuje teorii propojení mezi maladaptivními rysy a funkčním poškozením.

Anankastie byla v obou skupinách negativně korelovaná s LPFS-SR, což naznačuje její ochranný charakter nebo odlišnou povahu v rámci konstruktu maladaptivní osobnosti.

Korelace mezi HSNS a LPFS-SR byly pozitivní, ale slabší než u ostatních rysů, což může naznačovat specifičtější, nepřímý vliv hypersenzitivního narcismu na globální dysfunkci.

Rys Odvaha byl konzistentně negativně korelován s LPFS-SR, což podporuje hypotézu, že některé aspekty tohoto rysu mohou být spojeny s vyšší mírou psychologické resilience nebo sníženého vnímání dysfunkčnosti.

3.5 Prediktivní modely narcistických rysů

Za účelem predikce příslušnosti ke klinické populaci na základě osobnostních charakteristik byla provedena binární logistická regrese, jejímž cílem bylo vyhodnotit diskriminační schopnost vybraných osobnostních rysů – zejména dimenzí narcismu – a úrovně globální osobnostní dysfunkce.

Do modelu byly simultánně zařazeny následující prediktory:

- TriPM – Lakomost
- TriPM – Impulzivnost
- HSNS (celkové skóre)
- LPFS-SR (globální skóre)
- Věk
- Pohlaví (referenční kategorie: žena)
-

Tabulka 6.: Logistická regrese predikující příslušnost ke klinické populaci

Proměnná	B (SE)	Wald χ^2	p-hodnota	OR (95% CI)
LPFS-SR (celkové skóre)	**1,78 (0,22)**	**65,60**	**<0,001**	**5,93 (3,86–9,10)**
TriPM – Lakomost	**0,94 (0,15)**	**39,34**	**<0,001**	**2,56 (1,93–3,41)**
TriPM – Impulzivnost	**1,11 (0,17)**	**42,87**	**<0,001**	**3,03 (2,16–4,26)**

Proměnná	B (SE)	Wald χ^2	p-hodnota	OR (95% CI)
HSNS (celkové skóre)	0,32 (0,09)	12,46	<0,001	1,38 (1,15–1,66)
Věk	0,03 (0,01)	6,98	0,008	1,03 (1,01–1,06)
Pohlaví (muž)	0,41 (0,18)	5,19	0,023	1,51 (1,06–2,14)

LPFS-SR představuje nejsilnější prediktor – každé jednotkové zvýšení skóre zvyšuje pravděpodobnost příslušnosti ke klinické populaci téměř šestinásobně.

Dimenze Impulzivnost a Lakomost (TriPM) jsou rovněž významnými prediktory, zvyšující pravděpodobnost klinického statusu přibližně 3× a 2,5×.

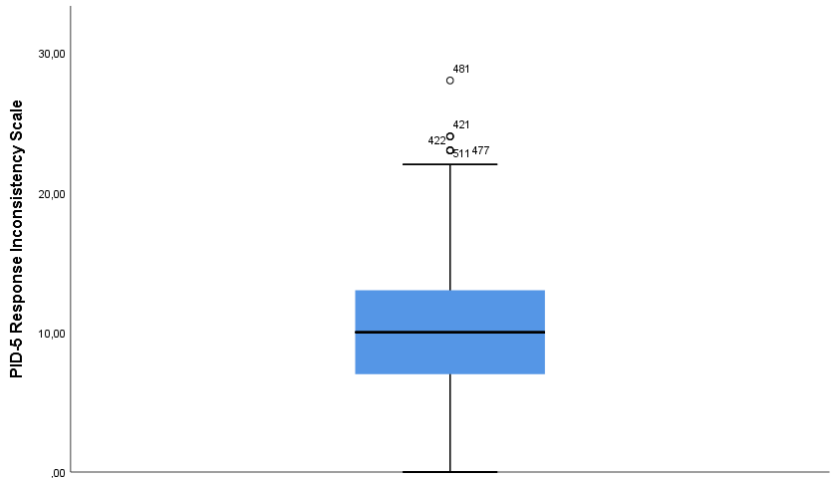
HSNS skóre, odrážející míru hypersenzitivního narcismu, představuje nezávislý a statisticky signifikantní prediktor, i když s mírnějším efektem.

Věk a mužské pohlaví byly rovněž signifikantními demografickými prediktory, a to i po kontrole osobnostních charakteristik.

Modelová výkonnost a klasifikační přesnost: Kvalita modelu byla dále ověřena pomocí ROC analýzy. Výsledná plocha pod křivkou (AUC) přesáhla hodnotu 0,89, což značí vynikající diskriminační schopnost mezi klinickými respondenty a respondenty z běžné populace.

.

Obrázek 2.: ROC křivky prediktivních modelů klinického statusu



3.6 Specifické rozdíly podle typu závislosti (SUD)

Za účelem identifikace specifických rozdílů v osobnostní dysfunkci a maladaptivních rysech mezi typy závislostí v klinické populaci byla provedena neparametrická analýza

rozptylu pomocí Kruskal–Wallisova testu, s následnými post hoc analýzami pomocí párových Mann–Whitneyho U testů (s Bonferroniho korekcí).

Skupiny byly rozděleny podle hlavní diagnostikované substance:

- Závislost na alkoholu (N = 195),
- Závislost na stimulanciích (N = 83),
- Závislost na opiátech (N = 66).
-

Tabulka 7.: Rozdíly v osobnostních charakteristikách podle typu závislosti

Konstrukty	Alkohol (N = 195)	Stimulancia (N = 83)	Opiáty (N = 66)	H(2)	p-hodnota
LPFS-SR (celkové skóre)	2,70 (2,45–2,90)	2,85 (2,60–3,05)	2,95 (2,65–3,15)	8,92	0,012
PID5BF+M – Negativní afektivita	2,75 (2,50–3,00)	2,90 (2,65–3,15)	3,00 (2,75–3,20)	7,64	0,022
PID5BF+M – Odtažitost	2,50 (2,20–2,75)	2,70 (2,40–2,95)	2,80 (2,55–3,00)	6,38	0,041
TriPM – Odvaha	2,80 (2,50–3,10)	2,60 (2,30–2,90)	2,55 (2,25–2,80)	5,21	0,074
TriPM – Lakomost	2,85 (2,60–3,10)	3,00 (2,75–3,20)	3,10 (2,80–3,30)	9,77	0,008
TriPM – Impulzivnost	2,80 (2,55–3,05)	2,95 (2,65–3,20)	3,05 (2,75–3,30)	8,44	0,015
HSNS (celkové skóre)	29,0 (26–31)	29,5 (26–32)	30,0 (27–33)	2,18	0,337

Respondenti závislí na opiátech vykazovali konzistentně vyšší míru osobnostní dysfunkce (LPFS-SR) a maladaptivních rysů (Negativní afektivita, Lakomost, Impulzivnnost) než respondenti závislí na alkoholu.

Skóre v oblasti TriPM – Odvaha bylo nejnižší u skupiny s opiátovou závislostí, nicméně rozdíl nedosáhl statistické významnosti (p = 0,074).

Hypersenzitivní narcismus (HSNS) nevykazoval signifikantní rozdíly napříč skupinami podle typu substance (p = 0,337).

Výsledky potvrzují, že typ závislosti významně moduluje úroveň osobnostní dysfunkce a maladaptivních rysů, přičemž závislost na opiátech je spojena s nejvyššími úrovněmi psychopatologického zatížení. Mezi jednotlivými skupinami byl pozorován zejména výrazný gradient v oblasti afektivní dysregulace (Negativní agektivita) a impulzivity

(Impulzivita), přičemž účastníci závislí na alkoholu vykazovali obecně nižší úrovně maladaptivních rysů.

3.7 Porovnání subškál TriPM mezi klinickou a běžnou populací

Ve všech třech subškálách nástroje TriPM – Lakomost, Odvaha a Impulzivnost – byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi klinickou a běžnou populací.

- Odvaha: Klinická skupina dosahovala signifikantně nižších hodnot (M = 26,04; Me = 26,00) než skupina běžné populace (M = 27,63; Me = 27,00); rozdíl byl statisticky významný (p = 0,009).
- Lakomost: Klinická skupina vykazovala výrazně vyšší skóre (M = 15,50; Me = 14,00) než běžná populace (M = 9,76; Me = 8,00); rozdíl byl vysoce statisticky významný (p < 0,001).
- Impulzivnost: Skóre bylo rovněž výrazně vyšší u klinické skupiny (M = 27,37; Me = 26,00) ve srovnání s běžnou populací (M = 11,45; Me = 10,00); rozdíl opět vysoce významný (p < 0,001).
-

Tabulka 8.: Porovnání skóre v subškálách TriPM mezi klinickou a běžnou populací

Skupina		Odvaha	Lakomost	Impulzivnost	TriPM
Klinická	Median	26,00	14,00	26,00	66,00
	Mean	26,04	15,50	27,37	68,91
	Std. Deviation	9,566	9,662	12,179	22,647
	N	421	421	421	421
Běžná	Median	27,00	8,00	10,00	47,00
	Mean	27,63	9,76	11,45	48,84
	Std. Deviation	8,241	7,160	7,393	15,625
	N	567	567	567	567
Mann-Whitney U		107777,500	73638,000	31605,500	54922,500
Wilcoxon W		196608,500	234666,000	192633,500	215950,500
Z		-2,612	-10,318	-19,794	-14,529
p-hodnota		0,009	<0,001	<0,001	<0,001

Klinická populace vykazuje výrazně vyšší úrovně Lakomosti a Impulzivnosti, zatímco Odvaha je vyšší v běžné populaci.

Celkové skóre TriPM bylo významně vyšší v klinické skupině, což potvrzuje souvislost psychopatických rysů s klinickým statusem.

Rozdíly ve všech subškálách byly statisticky významné, s výjimkou Odvahy, kde byl efekt sice menší, ale stále signifikantní.

3.8 Subškály TriPM podle přítomnosti návykových látek

Před zahájením analýz byli vyloučeni respondenti s chybějícími údaji o přítomnosti závislosti:

- 4 pacienti s chybějícími údaji o závislosti na alkoholu
- 3 pacienti s chybějícími údaji o závislosti na drogách

Kódování skupin: Respondenti byli rozděleni do čtyř kategorií podle přítomnosti závislosti na alkoholu a/nebo drogách:

Tabulka 9.: Kódování skupin

	Alkohol	Drogy	Celkem ve skupině
Obojí	1	1	94
Pouze alkohol	1	2	244
Pouze drogy	2	1	62
Ani jedno	2	2	581

Tabulka 10.: Rozdělení respondentů dle skupin užívání návykových látek

		Skupina návykových látek				Celkem
		obojí	pouze alkohol	pouze drogy	Ani jedno	
Skupina	Klinická	89 (21,2 %)	225 (53,7 %)	14 (3,3 %)	91 (21,7 %)	419 (100 %)
	Běžná	5 (0,9 %)	19 (3,4 %)	48 (8,5 %)	490 (87,2 %)	562 (100 %)
Celkem		94 (9,6 %)	244 (24,9 %)	62 (6,3 %)	581 (59,2 %)	981 (100 %)

Klinická populace vykazuje výrazně vyšší zastoupení uživatelů návykových látek – 78,2 % má pozitivní anamnézu. V běžné populaci převažuje skupina bez závislosti (87,2 %).

Rozdíly v subškálách TriPM mezi skupinami: pro každou subškálu TriPM byly porovnány výsledky podle skupin užívání návykových látek samostatně pro klinickou a běžnou populaci.

Tabulka 11.: Skóre subškál TriPM podle skupiny návykových látek (klinická a běžná populace)

Skupina návykových látek		Neohroženost		Bezohlednost		Disinhibice		TriPM	
		Klinická	Běžná	Klinická	Běžná	Klinická	Běžná	Klinická	Běžná
Obojí	Median	24,00	37,00	12,00	10,00	22,00	18,00	61,00	62,00
	Mean	25,00	35,20	14,52	10,00	24,35	19,00	63,87	64,20
	Std. Deviation	10,564	8,643	10,478	6,745	12,292	6,205	23,193	8,258
	N	89	5	89	5	89	5	89	5
Pouze alkohol	Median	25,00	26,00	14,00	14,00	26,00	17,00	65,00	55,00
	Mean	25,37	24,11	14,76	14,79	27,26	19,58	67,40	58,47
	Std. Deviation	9,112	7,738	8,925	9,589	11,905	10,018	20,745	19,100
	N	225	19	225	19	225	19	225	19
Pouze drogy	Median	30,00	26,00	18,50	8,50	31,50	11,00	81,00	44,50
	Mean	29,00	27,19	18,29	10,13	29,43	12,77	76,71	50,08
	Std. Deviation	10,525	9,364	10,809	8,128	14,130	8,873	27,541	19,263
	N	14	48	14	48	14	48	14	48
Ani jedno	Median	28,00	27,00	16,00	8,00	32,00	10,00	78,00	47,00
	Mean	28,31	27,68	17,92	9,51	30,33	10,92	76,56	48,11
	Std. Deviation	9,220	8,088	10,159	6,914	11,943	6,912	24,200	14,992
	N	91	490	91	490	91	490	91	490
Celkem	Median	26,00	27,00	14,00	8,00	26,00	10,00	66,00	47,00
	Mean	26,05	27,59	15,52	9,75	27,38	11,44	68,95	48,78
	Std. Deviation	9,572	8,232	9,679	7,169	12,193	7,408	22,693	15,654
	N	419	562	419	562	419	562	419	562

Tabulka 12.: Kruskal–Wallisův test odhalil významné rozdíly v jednotlivých subškálách TriPM:

Subškála	Kruskal–Wallis H	df	p-hodnota
Odvaha	9,980	3	0,019
Lakomost	8,910	3	0,031
Impulzivnost	12,591	3	0,006
TriPM celkem	18,122	3	<0,001
Odvaha	7,072	3	0,070
Lakomost	7,244	3	0,065
Impulzivnost	25,682	3	<0,001
TriPM Celkem	14,358	3	0,002

Klinická populace vykazuje statisticky významné rozdíly mezi skupinami návykových látek ve všech subškálách TriPM.
Běžná populace vykazuje významné rozdíly pouze v Impulzivnosti a TriPM celkové skóre. Rozdíly jsou konzistentně výraznější u klinických respondentů, zejména v subškálách Lakomost a Impulzivnost.

3.9 HSNS a LPFS-SR podle míry zneužívání alkoholu

Byly analyzovány rozdíly ve skóre HSNS a jednotlivých domén LPFS-SR mezi respondenty s mírnějším (alcohol misuse 1) a těžším (alcohol misuse 2) zneužíváním alkoholu. Analýzy byly provedeny zvlášť pro klinickou a běžnou populaci s využitím Mann–Whitneyho U testu.
Klinická populace:
V klinickém souboru vykazovali respondenti s těžším zneužíváním alkoholu statisticky významně nižší skóre na škále HSNS ($p = 0{,}030$), což může naznačovat nižší míru hypersenzitivních narcistních rysů, jako je přecitlivělost na odmítnutí, potřeba ujištění nebo ostýchavost.
Naopak v žádné z domén škály LPFS-SR – tedy Identitě, Sebeřízení, Empatii ani Intimitě – nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi skupinami (všechny $p > 0{,}05$). Tato zjištění naznačují, že u klinických pacientů se závažnější misuse alkoholu neprojevuje vyšší mírou narušení osobnostního fungování podle LPFS-SR, ale může souviset se sníženou přítomností hypersenzitivních narcistních tendencí.
Běžná populace:
V běžné populaci byly zjištěny rozdíly jak v oblasti narcistních rysů, tak v osobnostním fungování. Respondenti s vyšší mírou misuse alkoholu vykazovali:

- signifikantně nižší skóre HSNS ($p = 0{,}015$),
- nižší skóre v doménách: Identita ($p = 0{,}002$), Sebeřízení ($p = 0{,}003$) a Empatie ($p = 0{,}011$),
- a také nižší celkové skóre LPFS-SR ($p = 0{,}003$).

Rozdíl v doméně Intimity nebyl statisticky významný ($p = 0{,}192$).
Nižší skóre v těchto oblastech naznačuje vyšší úroveň adaptivního osobnostního fungování u respondentů s vyšším misuse alkoholu. Tento nález je překvapivý a může odrážet specifika běžné populace – například mladší věk, vyšší vzdělání či socioekonomický status – které mohou působit jako ochranné faktory. Alternativně lze

uvažovat o obranných nebo externalizačních strategiích, které u některých jedinců umožňují zachovat relativně stabilní osobnostní fungování navzdory rizikovému chování.

Tabulka 13.: Rozdíly v HSNS a LPFS-SR dle míry zneužívání alkoholu

Alcohol misuse		Klinická						Běžná					
		HSNS	Identita	Sebeřízení	Empatie	Intimita	LPFS_SR	HSNS	Identita	Sebežízení	Empatie	Intimita	LPFS_SR
1	Median	33,00	92,500	67,500	47,500	73,250	281,250	30,00	79,500	56,000	42,500	57,000	234,000
	Mean	32,70	93,736	66,658	48,046	74,836	283,275	31,83	85,739	60,957	43,739	62,978	253,413
	Std. Deviation	5,636	24,0365	19,3340	13,0539	20,5529	68,3580	6,597	23,1216	21,8377	14,6286	19,9012	70,0217
	N	312	314	314	314	314	314	23	23	23	23	23	23
2	Median	32,00	91,000	62,000	49,500	74,500	277,500	28,00	68,000	45,750	35,000	53,500	201,500
	Mean	31,24	94,195	65,952	48,733	75,690	284,571	28,26	71,416	48,896	36,558	56,843	213,714
	Std. Deviation	5,957	23,7787	19,6540	12,8482	20,4174	68,1843	5,539	19,8272	14,2576	9,8466	15,3960	53,3562
	N	104	105	105	105	105	105	532	536	536	536	536	536
Mann-Whitney U		13925,5	16430,0	16036,0	15951,5	15899,0	16424,5	4292,5	3858,0	3922,5	4244,5	5175,5	3881,5
Wilcoxon W		19385,5	65885,0	21601,0	65406,5	65354,0	65879,5	146070,5	147774,0	147838,5	148160,5	149091,5	147797,5
Z		-2,169	-0,051	-0,418	-0,497	-0,546	-0,056	-2,428	-3,040	-2,956	-2,531	-1,303	-3,009
p-hdonota		0,030	0,959	0,676	0,619	0,585	0,955	0,015	0,002	0,003	0,011	0,192	0,003

Poznámka: Hodnoty představují průměry. Statistická významnost testována pomocí Mann–Whitneyho U testu.

3.10 HSNS a LPFS-SR dle skupin návykových látek

Byly analyzovány rozdíly ve skóre škály hypersenzitivního narcismu (HSNS) a jednotlivých domén škály LPFS-SR mezi skupinami respondentů podle typu užívaných návykových látek (alkohol, drogy, obojí, žádná závislost). Analýzy byly provedeny odděleně pro klinickou a běžnou populaci s využitím Kruskal–Wallisova testu.

Klinická populace:

Ve vzorku klinické populace byl zaznamenán statisticky významný rozdíl v doméně Sebeřízení ($p = 0,036$). Post hoc analýza ukázala významný rozdíl mezi skupinou respondentů užívajících pouze drogy a skupinou bez uvedené závislosti ($p = 0,042$), přičemž první skupina vykazovala vyšší skóre.

V dalších škálách – HSNS, Identita, Empatie, Intimita a celkové skóre LPFS-SR – nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly (všechny $p > 0,05$).

Běžná populace:

V běžné populaci byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinami ve škále HSNS ($p = 0,006$), a dále v doménách Identita ($p = 0,002$), Sebeřízení ($p = 0,001$), Empatie ($p = 0,003$) a celkovém skóre LPFS-SR ($p = 0,001$).

V doméně Intimita rozdíly statisticky významné nebyly ($p = 0,167$).

Tabulka 14.: Kruskal–Wallisův test rozdílů v HSNS a LPFS-SR dle skupin návykových látek – klinická populace:

Škála	Kruskal-Wallis H	df	p-hodnota
HSNS	5,694	3	0,127
Identita	3,042	3	0,385
Sebeřízení	8,521	3	0,036*
Empatie	5,605	3	0,133
Intimita	5,137	3	0,162
LPFS-SR celkový skór	5,572	3	0,134

*Poznámka: *p < 0,05. Test proveden pomocí Kruskal–Wallisova testu; proměnná: Skupina návykových látek.*

Běžná populace:

Výsledky Kruskal–Wallisova testu ukázaly:

- Statisticky významné rozdíly byly nalezeny u všech škál kromě Intimity.
- Významné rozdíly (p < 0,05) byly zjištěny u:
    - HSNS
    - Identita
    - Sebeřízení
    - Empatie
    - LPFS-SR celkových výsledků

Tabulka 15.: Kruskal–Wallisův test rozdílů v HSNS a LPFS-SR dle skupin návykových látek – běžná populace

Škála	Kruskal-Wallis H	df	p-hodnota
HSNS	12,626	3	0,006**
Identita	14,681	3	0,002**
Sebeřízení	16,676	3	0,001**
Empatie	13,938	3	0,003**
Intimita	5,073	3	0,167
LPFS-SR celkový skór	16,860	3	0,001

*Poznámka: **p < 0,01. Test proveden pomocí Kruskal–Wallisova testu; proměnná: Skupina návykových látek.*

3.11 Rozšířená korelační analýza TriPM a jeho subškál

Byla provedena podrobná korelační analýza mezi:

- celkovým skóre TriPM,
- jeho subškálami (Odvaha, Lakomost a Impulzivita),
- souvisejícími konstrukty (HSNS celkovým skórem, LPFS-SR celkovým skórem a jednotlivými doménami LPFS-SR).

Analýza byla provedena odděleně pro klinickou a běžnou populaci.

3.11.1 Klinická populace

Hlavní zjištění:

- TriPM celkový skór koreluje silně pozitivně s Lakomostí (r = 0,839, p < 0,001) a Impulzivitou (r = 0,757, p < 0,001).
- Odvaha vykazuje středně silnou pozitivní korelaci s TriPM celkovým skórem (r = 0,557, p <0,001).
- Odvaha a Impulzivost nekorelují (r = –0,004, p = 0,941), což ukazuje na relativní nezávislost těchto dimenzí.

Tabulka 16.: Korelační matice TriPM celkovým skřem a jeho subškál – klinická populace

		TriPM	Odvaha	Lakomost	Impulzivnost
TriPM celkový skór	Pearson's r	—			
	p-value	—			
Odvaha	Pearson's r	0.557 ***	—		
	p-value	< .001	—		
Lakomost	Pearson's r	0.839 ***	0.319 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
Impulzivnost	Pearson's r	0.757 ***	-0.004	0.516 ***	—
	p-value	< .001	0.941	< .001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Další korelace:

- HSNS koreluje slabě pozitivně s Impulzivností (r = 0,315, p < 0,001) a negativně s Odvahou (r = –0,260, p < 0,001).
- LPFS-SR celkový skór vykazuje silné pozitivní korelace s Lakomostí, Impulzivivností a HSNS (r > 0,5).
- Všechny subškály LPFS-SR (Identita, Sebeřízení, Empatie, Intimita) vykazují silnou vnitřní konzistenci (r > 0,85) a pozitivní korelace mezi sebou.

Tabulka 15.: Celá korelační matice pro klinickou populaci

Viz příloha 1.

3.11.2 Bežná populace

Hlavní zjištění:

- TriPM celkový skór koreluje silně pozitivně s Lakomostí (r = 0,838, p < 0,001) a Impulzivností (r = 0,689, p < 0,001).
- Odvaha vykazuje středně silnou pozitivní korelaci s TriPM celkovým skórem (r = 0,549, p < 0,001).
- Odvaha a Impulzivnost jsou slabě negativně korelovány (r = –0,120, p = 0,004).

Tabulka 16.: Korelační matice TriPM celkový skór a jeho subškál – běžná populace

		TriPM celkový skór	Odvaha	Lakomost	Impulzivnost
TriPM celková skórl	Pearson's r	—			
	p-value	—			
Odvaha	Pearson's r	0.549***	—		
	p-value	< .001	—		
Lakomost	Pearson's r	0.838***	0.172***	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
Impulzivnost	Pearson's r	0.689***	-0.120**	0.610***	—
	p-value	< .001	0.004	< .001	—

*Poznámka: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.*

Další korelace:

- HSNS koreluje negativně s Odvahou (r = –0,385, p < 0,001) a pozitivně s Impulzivností (r = 0,471, p < 0,001).

- LPFS-SR celkový skór a jeho domény vykazují vysoké korelace mezi sebou (r > 0,85) a významné pozitivní asociace s maladaptivními rysy (Impulzivnost, Lakomost).

Tabulka 17.: Celá korelační matice pro běžnou populaci
Viz příloha 2.

- Lakomost a Impulzivita dominují vztahu k TriPM celkovému skóru v obou vzorcích.
- Odvaha se ukazuje jako relativně nezávislá dimenze, zejména ve vztahu k Impulzivitě.
- HSNS je částečně propojen s maladaptivními rysy, zejména Impulzivitou a nižší mírou Odvahy.
- LPFS-SR subškály potvrzují vysokou strukturální integritu osobnostní dysfunkce jak v klinickém, tak v běžném vzorku.

3.12 Výsledky PID-5 + Anankastie dle skupin návykových látek

Byla provedena analýza skóre na škálách PID-5 a Anankastie v závislosti na typu návykové látky (alkohol, drogy, obojí, ani jedno), samostatně pro klinickou a běžnou populaci.

- Klinická populace skórovala konzistentně výše na všech škálách v porovnání s běžnou populací.
- Nejvyšší skóre napříč škálami dosahovala skupina pacientů se závislostí na obojím (alkohol i drogy).
- U běžné populace byla skóre výrazně nižší, zejména u škál Disinhibice a Psychoticismu.

Tabulka 18. Skóre na škálách PID-5 a Anankastia dle skupiny návykových látek – klinická a běžná populace
Viz příloha 3.

Klinická populace vykazuje konzistentně vyšší skóre na všech dimenzích ve srovnání s běžnou populací.
Nejvyšší míry maladaptivity jsou patrné u klinických pacientů se současnou závislostí na alkoholu i drogách.

Substance misuse významně ovlivňuje závažnost maladaptivních osobnostních rysů a patologických osobnostních struktur.

Kombinovaná závislost (alkohol + drogy) souvisí s nejvyšší úrovní narušené osobnosti napříč všemi dimenzemi.

U běžné populace se i při přítomnosti užívání návykových látek zachovává relativně nižší skórování maladaptivních rysů.

3.13 Rozdíly v subškálách PID-5 + Anankastie dle skupiny návykových látek

Byla analyzována rozdílnost skóre v jednotlivých subškálách PID-5 a Anankastie mezi skupinami dle typu užívaných návykových látek (alkohol, drogy, obojí, ani jedno), a to odděleně pro klinickou a běžnou populaci.

Klinická populace:

- V klinické populaci nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinami návykových látek v žádné z analyzovaných subškál.
- Všechny p-hodnoty přesáhly hladinu významnosti 0,05.

Tabulka 19.: Výsledky Kruskal–Wallisova testu – klinická populace

	Negativní afektivita	Odtažitost	Desinhibice	Antagonismus	Psychoticismus	ANANKASTIE
Kruskal-Wallis H	4,820	2,971	2,325	4,009	2,468	3,528
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,185	,396	,508	,260	,481	,317

Běžná populace:

- V běžné populaci byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi skupinami návykových látek: pouze alkohol, pouze drogy, obojí, ani jedno a celkem.
- Negativní afektivita, Odtažitost, Disinhibice a Psychoticismus vykazovaly významné rozdíly ($p < 0,05$),
- Antagonismus a Anankastie rozdíly nevykázaly ($p > 0,05$).

Tabulka 20. Výsledky Kruskal–Wallisova testu – běžná populace

	Negativní afektivita	Odtažitost	Desinhibice	Antagonismus	Psychoticismus	ANANKASTIE
Kruskal-Wallis H	9,415	7,904	19,477	3,851	15,486	,803
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,024	,048	,000	,278	,001	,849

Klinická populace: Typ užívané návykové látky nemá statisticky významný vliv na skóre v žádné z analyzovaných subškál.

Běžná populace: Typ návykové látky významně ovlivňuje skóre v:

- Negativní afektivitě,
- Odtažitosti,
- Disinhibici,
- Psychoticismu.

3.14 Shrnutí hlavních výsledků

a) Studie poskytla soubor robustních zjištění vztahujících se k osobnostní dysfunkci, maladaptivním rysům a užívání návykových látek v klinickém a neklinickém kontextu.

b) Klinická skupina byla starší, méně vzdělaná a s vyšším zastoupením mužů. Vyznačovala se vyšší prevalencí užívání alkoholu, stimulancií a opiátů.

c) Psychometrické vlastnosti všech nástrojů byly vynikající, s potvrzením strukturálních modelů (LPFS-SR, TriPM, PID5BF+M, HSNS).

d) Klinická populace dosahovala vyšších skóre LPFS-SR a maladaptivních rysů, s výjimkou Anankastie a Odvahy, které byly mírně vyšší u neklinické populace. Odvaha se ukázala jako oddělený konstrukt s ambivalentní klinickou funkcí.

e) LPFS-SR skóre bylo pozitivně asociováno s Disinhibicí, Negativní afektivitou a Grandiozitou. Odvaha a Anankastie vykazovaly negativní korelace, což naznačuje jejich odlišnou roli.

f) Klinický status predikovaly Disinhibice, Negativní afektivita a věk. HSNS koreloval negativně s klinickým statusem, ale nebyl dominantním prediktorem.

g) V neklinické populaci byla vyšší míra zneužívání spojena se sníženým HSNS a zvýšeným skóre v doménách LPFS-SR (Identita, Sebeřízení, Empatie), což odpovídá nižší míře hypersenzitivního narcismu a lepšímu osobnostnímu fungování.
h) Lakomost a Impulzivnost byly klíčovými prediktory TriPM skóre. Odvaha tvořila autonomní dimenzi, negativně asociovanou s HSNS i Impulzivností.
i) Klinická populace skórovala vyšší hodnoty PID-5 a Anankastie napříč doménami. V běžné populaci zneužívání látek ovlivnilo selektivně Negativní afektivitu, Staženost, Disinhibici a Psychoticismus.

4. Diskuse

Tato studie se zaměřila na ověření psychometrických vlastností českých verzí čtyř diagnostických nástrojů sloužících k hodnocení strukturální (LPFS-SR) a rysové (PID-5, TriPM, HSNS) roviny osobnostní dysfunkce v rámci modelu DSM-5 AMPO. Zvláštní pozornost byla věnována maladaptivním formám narcistické psychopatologie u pacientů s poruchou užívání návykových látek (SUD). Sekundárně byly zkoumány asociace mezi těmito rysy a mírou narušení osobnostního fungování a diskutovány jejich možné implikace pro predikci klinického průběhu, zejména ve vztahu k adherenci a riziku relapsu.

Psychometrické analýzy potvrdily, že české verze všech čtyř nástrojů vykazují adekvátní strukturální soudržnost i vnitřní konzistenci. Konfirmační faktorová analýza zkrácené verze PID-5 potvrdila teoreticky očekávanou pětifaktorovou strukturu. Doplnění o doménu Anankastie nevedlo ke zhoršení fitu modelu, čímž byla podpořena strukturální validita tohoto rozšíření v českém jazykovém a kulturním kontextu (Rowiński et al., 2019). Hodnoty vnitřní konzistence (Cronbachovo α) se pohybovaly v rozsahu 0,74–0,89; exploratorně zařazená doména Anankastie dosáhla hodnoty α = 0,613, kterou lze považovat za akceptovatelnou pro výzkumné účely.

LPFS-SR, hodnotící úroveň narušení osobnostní struktury v doménách Identity, Sebeřízení, Empatie a Intimity, prokázal stabilní psychometrické vlastnosti napříč klinickými i neklinickými skupinami, čímž navazuje na obdobné zahraniční validace (Ląkuta et al., 2022). Také česká verze Triarchického měření psychopatie (TriPM) vykázala dobrou reliabilitu ve všech třech dimenzích (Odvaha, Lakomost, Impulzivnost), což dokládá její vhodnost pro identifikaci behaviorálních aspektů maladaptivního narcismu. V neposlední řadě, HSNS reflektující zranitelnou formu narcismu, potvrdila konzistentní dvoudimenzionální strukturu, kompatibilní s aktuálními modely hypersenzitivního narcismu (Schneider et al., 2025).

Z hlediska druhého výzkumného cíle, tedy vztahu mezi maladaptivními narcistickými rysy a strukturální dysfunkcí, se ukázalo, že vyšší skóre v HSNS je konzistentně asociováno s narušením v oblastech negativní emocionality, interpersonální distance a impulzivity. Tento výsledek je v souladu s poznatky o vnitřní zranitelnosti, emoční dysregulaci a vztahovém deficitu jako charakteristických znacích hypersenzitivního narcismu (Wright et al., 2013). Dílčí dimenze TriPM vykazovaly odlišné vztahy k LPFS-SR: Lakomost a Impulzivnost byly pozitivně asociovány s mírou narušení, což odráží externalizační fenotyp maladaptivního

narcismu, spojený s impulzivitou, absencí empatie a porušováním sociálních norem (Fossati et al., 2016). Naproti tomu Odvaha vykazovala inverzní vztah k LPFS-SR, což může indikovat zachovanou autonomii, psychologickou odolnost a adaptivní formu sebedůvěry (Patrick et al., 2009).

Ve vztahu k třetímu cíli, tedy prediktivní relevanci zmíněných rysů pro klinický průběh, je třeba zdůraznit, že vzhledem k průřezovému designu nebylo možné přímo testovat souvislosti s relapsem či adherencí. Interpretace těchto souvislostí tedy zůstává hypotetická. Na základě asociací s Impulzivností a Lakomostí lze ale spekulovat, že tyto rysy mohou predikovat horší adherenci a vyšší riziko relapsu, jak naznačují také jiné studie zaměřené na osobnostní rizikové faktory u SUD (Day et al., 2024). V obdobném směru lze interpretovat i vysoké skóre HSNS jako potenciální marker emoční dysregulace, defenzivity a nižší schopnosti udržet terapeutický vztah v zátěžových situacích (Day et al., 2020).

Z klinické perspektivy tato data podporují využití alternativního modelu DSM-5 v diagnostice poruch osobnosti u pacientů se SUD, kde tradiční kategoriální systémy mnohdy selhávají ve schopnosti zachytit komplexní fenotypy maladaptivního narcismu. Integrace strukturálního hodnocení (LPFS-SR) s rysovými měřeními (PID-5, TriPM, HSNS) umožňuje diferencované klinické porozumění pacientovu fungování a nabízí podklad pro personalizovanou intervenci s ohledem na významové konfigurace osobnostních charakteristik.

Závěrečná reflexe

Zpracování této práce pro mě představovalo nejen odbornou výzvu, ale rovněž významný mezník v mém profesním i osobnostním zrání. Již od počátku jsem směřoval k výzkumu, jehož ambicí bylo spojit teoretickou relevanci s konkrétní klinickou užitečností. Výběr tématu zaměřeného na poruchy osobnosti v kontextu poruch užívání návykových látek (SUD) tuto ambici naplnil ve všech ohledech – a přinesl poznatky, které považuji za klinicky významné i osobně obohacující.

Během práce jsem měl možnost proniknout do hlubších vrstev psychopatologie osobnosti a detailně porozumět tomu, jak se strukturální a rysové aspekty – měřené nástroji LPFS-SR, PID-5, TriPM a HSNS – promítají do konkrétního klinického obrazu. Tato integrace mi umožnila nahlížet na osobnostní rysy nikoli jako statické entity, ale jako dynamické determinanty ovlivňující afektivní regulaci, identitní soudržnost a vztahové fungování. Uvědomil jsem si, jak obtížně zachytitelné rysy, jako je hypersenzitivní narcismus nebo maladaptivní disinhibice, formují nejen průběh léčby, ale i motivaci, spolupráci a kapacitu ke změně.

Proces empirické práce, sběru a analýzy dat byl ve své komplexnosti náročný, ale zároveň podnětný. Přinesl mi cennou zkušenost s interpretací kvantitativních dat ve světle klinických hypotéz a rozšířil mé kompetence v oblasti validace psychodiagnostických nástrojů. Klíčová byla pro mě spolupráce s Mgr. Luciou Schlosserovou, jejíž metodická preciznost, odborná integrita a schopnost zachovat vysoký standard práce i ve vypjatých fázích výzkumu byly inspirativní nejen po stránce odborné, ale i lidské.

Mimořádně si vážím také vedení ze strany doc. Karla Dobroslava Riegela, Ph.D., jehož odborná erudice, trpělivé vedení a schopnost propojit vědeckou přísnost s empatickým přístupem byly pro tuto práci neocenitelné. Svým přístupem mi poskytl nejen odborný rámec, ale i lidské zázemí pro samostatné myšlení, reflexi a systematický rozvoj tématu.

Osobní přínos této práce sahá za hranice akademické zkušenosti. Studium fenoménů, jako je vulnerabilní narcismus, strukturální narušení jáství nebo maladaptivní impulzivita, mě vedlo k hlubšímu pochopení lidské křehkosti a komplexity. Získané poznatky mě utvrdily v přesvědčení, že výzkum osobnosti má zásadní význam nejen pro psychoterapii, ale i pro širší porozumění mezilidským vztahům a fungování člověka ve světě.

Tuto práci nevnímám jako závěr, ale jako začátek nové výzkumné a klinické kapitoly. Získané zkušenosti chci dále rozvíjet – ať již v oblasti dimenzionálních modelů, aplikované psychopatologie nebo personalizované intervence v práci s klienty. Věřím, že právě propojení teorie, výzkumu a klinické praxe představuje cestu k porozumění, které je nejen odborné, ale i lidsky smysluplné.

Zdroje:

1. American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). https://doi.org/10.1037/0000165-000
2. Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M., & Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *The American psychologist*, *73*(1), 3–25. https://doi.org/10.1037/amp0000191
3. Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 84–102. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.008
4. Brown, S. A., Glasner-Edwards, S. V., Tate, S. R., McQuaid, J. R., & Granholm, E. L. (2011). Personality disorder and substance use disorder comorbidity in an adolescent inpatient sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 373–381. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.12.002
5. Consensus. (2024). *Consensus 4.0 (verze 4.0) [software pro ověřování vědeckých dat]*. Dostupné z https://consensus.app
6. Creswell, K. G., Bachrach, R. L., & Chung, T. (2022). Trait-based models of personality and substance use: Implications for intervention. *Addictive Behaviors Reports*, 15, 100414. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100414
7. Day, N. J. S., Townsend, M. L., & Grenyer, B. (2020). *Living with pathological narcissism: a qualitative study*. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 7, Article 19. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00132-8
8. Day, N., Green, A., Denmeade, G., Bach, B., & Grenyer, B. F. S. (2024). Narcissistic personality disorder in the ICD-11: Severity and trait profiles of grandiosity and vulnerability. *Journal of Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1002/jclp.23701
9. Degenhardt, L., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C. W., ... & Kessler, R. C. (2018). Association of cohort and individual substance use disorder with personality disorders. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 124–135. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3130
10. Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self-pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544
11. Fossati, A., Pincus, A. L., Borroni, S., Munteanu, A. F., & Maffei, C. (2014). Are pathological narcissism and psychopathy different constructs or different names for the same thing? A study based on Italian nonclinical adult participants. *Journal of personality disorders*, *28*(3), 394–418. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_127
12. Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2013). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830–842. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830
13. Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 588–599. https://doi.org/10.1006/jrpe.1997.2204
14. Hopwood, C. J., Zimmermann, J., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2018). Connecting personality structure and function in the DSM-5 alternative model. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 171–193. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_297
15. Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2018). DSM-5 Pathological Personality Traits and the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. Journal of Abnormal Psychology, 127(6), 567–575. https://doi.org/10.1037/abn0000365
16. International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests (Second edition)*. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf

17. Kazak, A. E. (2018). Editorial: Reporting standards for research in psychology. *American Psychologist, 73*(1), 1–2. https://doi.org/10.1037/amp0000263
18. Krizan, Z., & Herlache, A. D. (2018). The Narcissism Spectrum Model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22(1), 3–31. https://doi.org/10.1177/1088868316685018
19. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. https://doi.org/10.1017/S0033291711002674
20. Łakuta, P., Błachnio, A., & Wąsowicz, J. (2022). Personality functioning and maladaptive traits: A Polish validation of the LPFS-SR. *Psychiatry Research*, 312, 114554. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114554
21. MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2013). Nonsuicidal self-injury, emotional dysregulation, and interpersonal difficulties in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 402–412. https://doi.org/10.1007/s10964-012-9790-1
22. Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research, 19*(4), 539–549. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8
23. Morey, L. C. (2017). Development and psychometric evaluation of the Level of Personality Functioning Scale–Self-Report. *Journal of Personality Assessment*, 99(6), 545–552. https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1236340
24. Morey, L. C. (2017). Personality Assessment Inventory (PAI) and related measures. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment* (2nd ed., pp. 287–303). Oxford University Press.
25. Newton-Howes, G., Horwood, J., & Mulder, R. (2020). Personality disorder and the outcome of depression: A 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 164–169. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.181
26. Papamalis, F. (2021). Narcissistic traits and substance use: Toward a new explanatory model. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 1016–1029. https://doi.org/10.1007/s11469-019-00203-2
27. Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913–938. https://doi.org/10.1017/S0954579409000492
28. Patrick, C. J., Kramer, M. D., Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2013). Optimizing efficiency of psychopathology assessment through quantitative modeling: Development of a brief form of the Triarchic Psychopathy Measure. *Psychological Assessment*, 25(1), 225–243. https://doi.org/10.1037/a0030029
29. Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421–446. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
30. Riegel, K. D., Schlosserova, L., & Zbornik, T. S. (2022). Self-reported narcissistic traits in patients with addiction through the lens of the ICD-11 model for personality disorders. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 1041480. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1041480
31. Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus, 11*(2), 167–177. https://doi.org/10.1176/APPI.FOCUS.11.2.167

32. Salazar, J., Artime, T. M., & Gold, S. N. (2023). Self-esteem, narcissism, and substance use: Narcissistic vulnerability as a risk factor. *Substance Use & Misuse*, 58(4), 567–579. https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2175598
33. Schlosserová, L., Rosová, L., Zborník, T. S., & Riegel, K. D. (in press). *Personality functioning in addiction patients and the general population: Psychometric evaluation of the Czech version of the LPFS-SR*. Manuscript submitted for publication to *ALPHAPSY*.2025
34. Schneider, S., Spormann, S. S., Morf, C., Back, M. D., Mokros, A., & Jauk, E. (2025). The Hypersensitive Narcissism Scale: Updated and extended construct validation in community samples using a newly constructed German version. *Psychological Assessment, 37*(1-2), 17–32. https://doi.org/10.1037/pas0001354
35. von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLOS Medicine, 4*(10), e296. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296
36. Warner, R. M., Morey, L. C., Finch, J. F., & Gunderson, J. G. (2004). The quality of personality disorder diagnoses in community mental health settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 845–850. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.845
37. World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (11th Revision). https://icd.who.int/

Příloha 1.:

Tabulka 15.: Celá korelační matice pro klinické pacienty (*Note.* * p < .05, ** p < .01, *** p < .001)

		TriPM celkový skór	Odvaha	Lakomost	Impulzivnost	HSNS celkový skór	LPFS-SR celkový skór	Identita	Sebeřízení	Empatie	Intimita
TriPM celkový skór	Pearson's r	—									
	p-value	—									
Odvaha	Pearson's r	0.557***	—								
	p-value	< .001	—								
Lakomost	Pearson's r	0.839***	0.319***	—							
	p-value	< .001	< .001	—							
Impulzivnost	Pearson's r	0.757***	-0.004	0.516***	—						
	p-value	< .001	0.941	< .001	—						
HSNS celkový skór	Pearson's r	0.094	-0,260 ***	0.081	0.315***	—					
	p-value	0.056	< .001	0.097	< .001	—					
LPFS-SR celkový skór	Pearson's r	0.261***	-0,280***	0.271***	0.490***	0.545***	—				
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—				
Identita	Pearson's r	0.229***	-0,263***	0.198***	0.476***	0.561***	0.915***	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
Sebeřízení	Pearson's r	0.197***	-0.340***	0.221***	0.458***	0.408***	0.895***	0.778***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
Empaie	Pearson's r	0.237***	-0.159**	0.252***	0.365***	0.476***	0.856***	0.714***	0.703***	—	
	p-value	< .001	0.001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Intimita	Pearson's r	0.265***	-0,203***	0.302***	0.412***	0.470***	0.872***	0.690***	0.681***	0.716***	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Příloha 2.:

Tabulka 17.: Celá korelační matice pro běžnou populaci (*Note.* * p < .05, ** p < .01, *** p < .001)

		TriPM celkový skór	Odvaha	Lakomost	Impulzivnost	HSNS celkový skór	LPFS-SR celkový skór	Identita	Sebeřízení	Empatie	Intimita
TriPM celkový skór	Pearson's r	—									
	p-value	—									
Odvaha	Pearson's r	0.549***	—								
	p-value	< .001	—								
Lakomost	Pearson's r	0.838***	0.172***	—							
	p-value	< .001	< .001	—							
Impulzivnost	Pearson's r	0.689***	-0,120**	0.610***	—						
	p-value	< .001	0.004	< .001	—						
HSNS celkový skór	Pearson's r	0.093*	-0.385***	0.201***	0.471***	—					
	p-value	0.029	< .001	< .001	< .001	—					
LPFS-SR celkový skúor	Pearson's r	0.297***	-0.283***	0.376***	0.618***	0.551***	—				
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—				
Identita	Pearson's r	0.235***	-0.293***	0.285***	0.584***	0.543***	0.929***	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
Sebeřízení	Pearson's r	0.280***	-0.274***	0.342***	0.602***	0.449***	0.904***	0.809***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
Empatie	Pearson's r	0.331***	-0.177***	0.411***	0.527***	0.471***	0.860***	0.705***	0.741***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Intimita	Pearson's r	0.255***	-0.239***	0.354***	0.494***	0.495***	0.882***	0.733***	0.688***	0.743***	—
	p-vale	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Příloha 3.:

Tabulka 18. Skóre na škálách PID-5 a Anankastia dle skupiny návykových látek – klinická a běžná populace

Skupina návykových látek		Negativní afektivita		Odtažitost		Desinhibice		Antagonismus		Psychoticismus		ANANKASTIE	
		klinická	běžná	klinická	běžná	klinická	běžná	klinická	běžná	klinická	běžná	klinická	běžná
Obojí	Median	1,17	0,83	0,92	0,50	1,00	0,92	0,50	0,67	0,75	0,67	0,92	0,83
	Mean	1,27	0,88	1,01	0,79	1,16	0,96	0,71	0,88	0,81	1,00	0,95	1,00
	Std. Deviation	0,738	0,498	0,637	0,832	0,653	0,285	0,644	1,003	0,633	0,782	0,574	0,451
	N	76	4	76	4	76	4	76	4	76	4	76	4
Pouze alkohol	Median	1,17	1,00	0,83	0,50	1,17	1,17	0,67	0,50	0,83	0,67	1,00	1,25
	Mean	1,28	1,02	0,90	0,68	1,22	1,09	0,79	0,56	0,87	0,74	1,09	1,15
	Std. Deviation	0,710	0,503	0,577	0,501	0,676	0,604	0,665	0,459	0,625	0,602	0,613	0,580
	N	187	19	187	19	187	19	187	19	187	19	187	18
Pouze drogy	Median	1,25	0,92	1,00	0,58	1,42	0,83	0,67	0,50	0,92	0,50	0,83	1,17
	Mean	1,27	0,93	1,07	0,69	1,43	0,77	0,87	0,58	1,08	0,56	0,97	1,20
	Std. Deviation	0,639	0,633	0,663	0,559	0,584	0,478	0,661	0,596	0,498	0,462	0,592	0,471
	N	10	44	10	44	10	44	10	44	10	44	10	44
Ani jedno	Median	1,00	0,67	0,67	0,33	1,25	0,50	0,83	0,33	0,83	0,33	1,00	1,17
	Mean	1,06	0,74	0,85	0,49	1,25	0,61	0,90	0,43	0,87	0,41	1,12	1,16
	Std. Deviation	0,657	0,598	0,574	0,449	0,620	0,473	0,671	0,448	0,604	0,425	0,630	0,573
	N	70	461	70	461	70	461	70	461	70	461	70	460

Total	Median	1,17	0,67	0,83	0,50	1,17	0,50	0,67	0,33	0,83	0,33	1,00	1,17
	Mean	1,23	0,77	0,92	0,52	1,22	0,64	0,80	0,45	0,86	0,44	1,06	1,17
	Std. Deviation	0,706	0,600	0,593	0,467	0,657	0,487	0,661	0,470	0,618	0,445	0,609	0,564
	N	343	528	343	528	343	528	343	528	343	528	343	526