Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

Adaptace a pilotní validizace české verze dotazníku HiTOP-SR

Czech Adaptation and Preliminary Validation of the HiTOP-SR Questionnaire

Bc. Agáta Hájková

Vedoucí práce: PhDr. Nikola Doubková, Ph.D.
Studijní program: Psychologie
Studijní obor: Psychologie

2025

Odevzdáním této diplomové práce na téma Adaptace a pilotní validizace české verze dotazníku HiTOP-SR potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28.11. 2025

Moc děkuji své vedoucí práce PhDr. Nikole Doubkové, Ph.D. za její laskavý přístup, odborné rady a veškerý čas, který mé práci věnovala. Děkuji všem, kteří se do výzkumu zapojili.

Velké díky patří Lindě, Báruš a Rozáliji – vy víte. Dále děkuji Báře za společné zvládnutí celého studia. Děkuji všem svým nejbližším. Anně za nekonečno podpory.

ABSTRAKT

Dimenzionální přístupy k psychopatologii se jeví jako reliabilnější a validnější alternativa k současnému kategoriálnímu chápání duševních poruch. Jedním z těchto přístupů je dynamicky se vyvíjející Hierarchická taxonomie psychopatologie (HiTOP), která chápe psychopatologii jako kontinuum, vychází z empirických poznatků a jedná se o daty podložený přístup. Jedním z hlavních cílů v rámci konsorcia HiTOP je v posledních letech vývoj dotazníku HiTOP-Self Report (HiTOP-SR), který má snahu pokrýt všechny oblasti modelu HiTOP. Tím by byla podpořená aplikovatelnost HiTOP a jeho klinická užitečnost. Cílem práce je představit východiska a vývoj HiTOP-SR a popsat adaptační proces dotazníku do českého jazyka. Výzkum je zaměřen na pilotní ověření psychometrických vlastností dotazníku HiTOP-SR a zkrácené verze B-HiTOP-SR, která je jeho součástí. Empirická část práce představuje kvantitativní výzkum, ke kterému byla využita dotazníková baterie složená z HiTOP-SR, B-HiTOP-SR, LPFS-BF 2.0, PID5BF+M a WHODAS 2.0. Výzkum se skládal ze dvou měření (T1 a T2) pro ověření časové stability. Do první části sběru dat se zapojilo 54 osob z běžné populace. Druhé části, jejíž podmínkou byla účast v T1, se zúčastnilo 25 osob z běžné populace. Výsledky ukázaly, že většina škál a subškál HiTOP-SR i jeho zkrácené verze B-HiTOP-SR prokázala vnitřní konzistenci a časovou stabilitu, ačkoli ne všechny ukazatele stanovené předpoklady potvrdily. U B-HiTOP-SR byla podpořena souběžná validita s jinými nástroji, ačkoli některé námi očekáváné korelace se neprojevily. Byly nalezeny rozdíly ve skórování na škálách B-HiTOP-SR na základě některých demografických charakteristik.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adaptace, B-HiTOP-SR, časová stabilita, dimenzionální pojetí psychopatologie, HiTOP, HiTOP-SR, psychometrické vlastnosti, souběžná validita, vnitřní konzistence

ABSTRACT

Dimensional approaches to psychopathology appear to be more reliable and valid alternatives to the current categorical understanding of mental disorders. One such approach is the dynamically evolving Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), which conceptualises psychopathology as a continuum, is based on empirical findings, and represents a data-driven framework. One of the main goals of the HiTOP consortium in recent years has been the development of the HiTOP-Self Report (HiTOP-SR) questionnaire, which aims to cover all areas of the HiTOP model. This would support the applicability of HiTOP and its clinical usefulness. The aim of this thesis is to present the background and development of HiTOP-SR and to describe the process of adapting the questionnaire into the Czech language. The research focuses on the pilot assessment of the psychometric properties of the HiTOP-SR questionnaire and its shortened version, B-HiTOP-SR. The empirical part of the thesis represents quantitative research, for which a questionnaire battery consisting of HiTOP-SR, B-HiTOP-SR, LPFS-BF 2.0, PID5BF+M, and WHODAS 2.0 was used. The research consisted of two measurements (T1 and T2) to verify temporal stability. In total, 54 individuals from the general population participated in the first part of the data collection. The second part, which required participation in T1, involved 25 individuals from the general population. The results showed that most of the scales and subscales of HiTOP-SR and its shortened version, B-HiTOP-SR, demonstrated internal consistency and temporal stability, although not all indicators confirmed our assumptions. The concurrent validity of B-HiTOP-SR with other instruments was supported, although some of the expected correlations were not observed. Some demographic characteristics showed differences in scoring on the B-HiTOP-SR scales.

KEYWORDS

Adaptation, B-HiTOP-SR, concurrent validity, dimensional concept of psychopathology, HiTOP, HiTOP-SR, internal consistency, psychometric properties, temporal stability

Obsah

Úvod 12

Teoretická část 14

1 Hierarchická taxonomie psychopatologie (HiTOP) 14

1.1 Vývoj taxonomie 14

1.2 HiTOP přístup k psychopatologii 15

1.3 Spektra v HiTOP 16

1.3.1 Superspektrum emoční dysfunkce 18

1.3.2 Superspektrum psychózy 18

1.3.3 Externalizující superspektrum 19

1.3.4 P-faktor 20

2 Dimenzionální pojetí v současných kategoriálních klasifikacích 21

3 Aplikace HiTOP v klinické praxi a její limity 23

3.1 HiTOP diagnostický postup 23

3.2 Přechod mezi DSM/MKN a HiTOP 24

4 Vývoj HiTOP sebeposuzovacího nástroje 25

4.1 Fáze 1 – Substanční validita 25

4.2 Fáze 2 – Strukturální validita 26

4.3 Fáze 3 – Externí validita 26

4.4 Struktura dotazníku 27

4.5 Psychometrické vlastnosti 28

4.6 Adaptační proces HiTOP-SR do českého jazyka 28

4.6.1 Fáze 1 – Sestavení týmu 29

4.6.2 Fáze 2 – Nezávislý překlad do českého jazyka 29

4.6.3 Fáze 3 – Nezávislý zpětný překlad 29

4.6.4 Fáze 4 – Test srozumitelnosti položek 30
4.6.5 Fáze 5 – Vznik první verze českého překladu 30
4.6.6 Fáze 6 – Posouzení psychometrických charakteristik verze 1 31
4.6.7 Fáze 7 – Úpravy na základě výsledků 31
4.6.8 Fáze 8 – Posouzení psychometrických charakteristik verze 2 31
4.6.9 Fáze 9 – Vznik finální verze 32
5 Možná omezení HiTOP 33
6 Cíle výzkumu a výzkumné otázky 35
Praktická část 37
7 Metodika 37
7.1 Výzkumný soubor v T1 37
7.2 Výzkumný soubor v T2 40
7.3 Použité metody 41
7.4 Procedura 43
8 Popis analýzy dat 45
9 Výsledky 47
9.1 Deskriptivní statistika HiTOP-SR 47
9.2 Deskriptivní statistika B-HiTOP-SR 48
9.3 Vnitřní konzistence škál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR v T1 50
9.4 Vnitřní konzistence škál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR v T2 51
9.5 Test-retest stabilita HiTOP 52
9.5.1 Spektrum Odtažitost 52
9.5.2 Spektrum Externalizující-Anankastie 53
9.5.3 Spektrum Externalizující-Antagonismus 53
9.5.4 Spektrum Externalizující-Antisociální 54

9.5.5 Spektrum Externalizující-Disinhibice 55
9.5.6 Spektrum Internalizující-Distres 55
9.5.7 Internalizující spektrum-Poruchy příjmu potravy 57
9.5.8 Internalizující spektrum-Strach 57
9.5.9 Spektrum Internalizující-Sexuální problémy 59
9.5.10 Spektrum Internalizující a Poruchy myšlení-Mánie 60
9.5.11 Spektrum Somatoformní 60
9.5.12 Spektrum Poruchy myšlení 61
9.6 Test-retest stabilita B-HiTOP-SR 61
9.7 Souběžná validita 62
9.7.1 Souvislost B-HiTOP-SR a LPFS-BF 2.0 63
9.7.2 Souvislost škál B-HiTOP-SR a maladaptivních rysů PID5BF+M 64
9.7.3 Souvislost škál B-HiTOP-SR a WHODAS 2.0 64
9.7.4 Souvislost s demografickými charakteristikami 65
10 Diskuse 68
10.1 Deskriptivní statistika HiTOP-SR 68
10.2 Deskritpivní statistika B-HiTOP-SR 69
10.3 Vnitřní konzistence HiTOP-SR a B-HiTOP-SR 69
10.4 Test-retest stabilita 72
10.5 Souběžná validita 73
10.6 Limity a budoucí studie 77
Závěr 80
Seznam zkratek 83
Seznam použitých informačních zdrojů 84
Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence 95

Seznam Příloh..... 96

Úvod

Dimenzionální pojetí psychopatologie se jeví jako spolehlivější oproti v současnosti využívaným kategoriálním klasifikačním systémům (Kotov et al, 2017, 2021; Kupfer et al., 2002). Mezi dynamicky vyvíjející se přístupy zohledňující dimenzionalitu zdraví a poruch spadá Hierarchická taxonomie psychopatologie (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP), která svým pojetím čelí limitům kategoriálních klasifikací Diagnostického a statistického manuálu duševního onemocnění (DSM, American Psychiatric Association, 2013) a Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN, World Health Organization, 2019). Stále se aktualizující model, který reaguje na aktuální empirické poznatky, je svou flexibilitou a daty podloženým přístupem k psychopatologii zajímavou alternativou k současným klasifikačním systémům (Forbes et al., 2024; Kotov et al., 2017, 2021). Klinická užitečnost však prozatím zůstává nejasná. Existence psychodiagnostického nástroje, který by byl v souladu s modelem HiTOP, byla dlouhou dobu velkým omezením pro naplnění podmínek validity modelu. Od roku 2017 je vyvíjen dotazník HiTOP-Self Report (HiTOP-SR) pokrývající všechny oblasti modelu, a který má za cíl zlepšení klinické využitelnosti a zefektivnění psychodiagnostické praxe (Cicero et al., 2024; Simms et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Nyní se dotazník nachází v procesu ověřování a adaptací do dalších jazyků (Faulkenberry et al., 2025; Zimmermann et al., 2024).

Tato diplomová práce je zaměřena na představení teoretických východisek pro vznik dotazníku HiTOP-SR (a B-HiTOP-SR) a adaptační proces do českého jazyka.

Teoretická část práce se věnuje vývoji HiTOP modelu a dimenzionálnímu přístupu k psychopatologii, který nabízí. Částečně se tak vymezuje vůči některým limitům vyplývajících z charakteru kategoriálních klasifikačních systémů. V práci je podrobně popsaných šest hlavních spekter modelu (Somatoformní, Internalizující, Poruchy myšlení, Odtažitost (Detachment), Externalizující Disinhibice a Externalizující Antagonismus) jakožto relativně široké, zastřešující oblasti nacházející se vysoko v celé hierarchii. Představen je také obecný p-faktor, pomyslný vrchol modelu, který je ve své obecnosti zastoupen ve všech poruchách a prostupuje jednotlivými spektry. Dále práce poukazuje na dimenzionální přístup k poruchám osobnosti, který je součástí současných kategoriálních klasifikací DSM a MKN a naznačuje propojení s plně dimenzionálním přístupem, který nabízí HiTOP. Blíže je v teoretické části představena aplikace HiTOP v klinické praxi s následným představením sebeposuzovacího nástroje HiTOP-SR a s jeho dosud zjištěnými

psychometrickými vlastnostmi. V práci jsou shrnuty jednotlivé fáze vývoje nástroje, který byl vyvíjen tak, aby bylo dosaženo konstruktové validity po vzoru Jane Loevinger (1957, jak je citováno v Simms et al., 2022). Následně je představen adaptační proces HiTOP-SR do českého jazyka. Uvedeny jsou rovněž některé limity modelu HiTOP.

Empirická část práce se věnuje pilotnímu ověřování psychometrických vlastností dotazníku HiTOP-SR a B-HiTOP-SR, který vznikl jeho zkrácením. Cílem výzkumu bylo představit deskriptivní zhodnocení položek, ověřit vnitřní konzistenci škál v čase T1 a T2. Následně byla ověřována časová stabilita škál a subškál, a to zvlášť pro HiTOP-SR a pro B-HiTOP-SR. Posuzována byla souběžná validita pomocí nástrojů měřící předpokládané stejné oblasti jako B-HiTOP-SR a koncepčně odpovídají přístupu HiTOP. Zahrnuty byly dotazníky zjišťující narušení funkčních schopností osobnosti, maladaptivní rysy osobnosti a úroveň funkčního postižení/omezení. Součástí byl také demografický dotazník. Výzkumu se zúčastnilo 54 osob z běžné populace při prvním měřením ve věku 18-60 let ovládající český jazyk na úrovni rodilých mluvčích. Do druhého šetření, jehož podmínkou bylo vyplnění v čase T1, se zapojilo 25 osob ovládající český jazyk na úrovni rodilých mluvčích. Ve druhém souboru byli lidé ve věku 19-60 let.

Výzkum provedený v této diplomové práci je součástí širšího projektu podpořeného Grantovou agenturou České republiky (GAČR), do kterého jsem zapojena díky podílení se na adaptaci, překladu, sběru dat a provádění analýz pro pilotní ověření některých psychometrických vlastností české verze nástroje HiTOP-SR a zkrácené verze B-HiTOP-SR. Projekt *Podklady transdiagnostických dimenzí a klinických cílů u psychopatologie: role osobnosti a emocí,* registrační číslo GAČR 25-16291O, je realizován v Národním ústavu duševního zdraví, Klecany a na Vrije Universiteit Brussel.

Teoretická část

1 Hierarchická taxonomie psychopatologie (HiTOP)

Současně využívané klasifikační systémy Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM, American Psychiatric Association, 2013) a Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, World Health Organization, 2019) dlouhodobě čelí kritice vyplývající z kategoriálního pojetí zdraví a nemoci. Mezi hlavní problematické aspekty těchto klasifikací spadá v první řadě validita kategoriálního pojetí psychopatologie, na kterou upozornilo již hlavní autorstvo těchto klasifikací (Kupfer et al., 2002). V rámci kategoriálních klasifikací je duševní porucha chápána jako jasně vymezená diagnostická jednotka, kterou jedinec buď splňuje, nebo nesplňuje. Hranice mezi psychopatologií a normalitou jsou tak stanoveny arbitrárně, v důsledku čehož se objevuje častá heterogenita projevů stejné diagnostické kategorie u různých jedinců s častými komorbiditami. Takto definované poruchy jsou navíc diagnosticky nestabilní v čase. Problematické je také to, že tyto klasifikace nedokáží zachytit případy, které nenabývají takové závažnosti, aby naplnily konkrétní diagnostickou jednotku, ovšem stále byly významné (Kotov et al., 2020). Vznikají proto nové modely psychopatologie, které mají snahu o překonání nedostatků kategoriálních klasifikací (Cuthbert, 2014; Kotov et al., 2017) a vycházejí z předpokladu, že psychopatologie se nachází na kontinuu (Haslam et al., 2012).

1.1 Vývoj taxonomie

Jedním v současnosti nejpropracovanějších alternativních modelů psychopatologie je Hierarchická taxonomie psychopatologie (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP). HiTOP se začal formovat v roce 2015, kdy byl poprvé představen konsorciem složeným z desítek osob z výzkumného i klinického prostředí psychologie a psychiatrie. V současnosti funguje již jako odborná společnost, přičemž od doby vzniku se značně rozrostl. Konsorcium dnes tvoří několik pracovních skupin, které se zaměřují na průběžné rozvíjení a revidování modelu dle nových empirických poznatků, na kterých je HiTOP postaven. V HiTOP konsorciu podporují transparentní, daty podložený přístup ke klasifikaci psychopatologie spolu s vývojem standardizovaných nástrojů pro měření dimenzí v rámci modelu (Kotov et al., 2017, 2021). Zvláště je kladený důraz na diverzitu a využitelnost napříč různými populacemi. Vzhledem k tomu, že je model flexibilní a průběžně

aktualizovaný, začleňování opomíjených témat, která mohou ovlivňovat vznik i průběh duševních poruch, je kruciální pro další rozvoj (Rodriguez-Seijas et al., 2023).

Hlavním cílem HiTOP je v rámci hierarchie zlepšení celkové organizace, popisu a měření psychopatologie. To by následně mělo vést k reliabilnější klinické diagnostice. Definované psychiatrické nosologické jednotky v sobě zahrnují chápání psychopatologie skrze epistemické iterace, tedy skrze poznávání opakujících se procesů v měnícím se kontextu (Forbes et al., 2024). Pro zajištění klinické využitelnosti modelu je testována vnější validita se snahou predikovat rizika vzniku poruch, průběh onemocnění a možnou léčbu (HiTOP Quantitative Methods Workgroup, n.d.). Tím HiTOP reaguje na nedostatky současných kategoriálních klasifikací nemocí (MKN-11, DSM-5) (Galatzer-Levy & Bryant, 2013).

Ve srovnání s DSM a MKN je struktura HiTOP dynamičtější a počítá s rozšiřováním a aktualizací na základě nově vzniklých empirických důkazů, které pomáhají k pochopení souvislostí mezi psychologickými symptomy, znaky a rysy. Empirické analýzy by měly být založeny na výzkumech s velkými a reprezentativními vzorky, přičemž následné revize modelu jsou možné na základě standardizovaného a publikovaného postupu konsorcia HiTOP (Forbes et al., 2024; Jonas et al., 2021).

1.2 HiTOP přístup k psychopatologii

HiTOP představuje fenotypickou hierarchii psychopatologie. Zjištěné kovariance mezi psychologickými symptomy, znaky a rysy skrze faktorové analýzy jsou klíčové pro konstrukci dimenzionálních syndromů, které seskupují symptomy a zajišťují tím homogenitu konstruktů. Pokud se syndromy často vyskytují společně, v rámci kvantitativního přístupu jsou spojeny do širších spekter. To vede k hierarchicky strukturovanému modelu psychopatologie od symptomů a znaků, přes syndromy k vyšším spektrům a superspektrům až k nejobecnějšímu tzv. p-faktoru. Obecný faktor p pak představuje obecnou zranitelnost k psychopatologii a vysvětluje korelace mezi nižšími dimenzemi. Lze tak postupovat od velice specifických příznaků, které se nacházejí v hierarchii nejníže až k nejvyšší úrovni p-faktoru (Obrázek 1). Takto dimenzionálně a hierarchicky nahlížená psychopatologie, reaguje na arbitrární hranice kategoriálních klasifikací (Kotov et al., 2017; 2021; Rodriguez-Seijas et al., 2023). Psychopatologie je v HiTOP chápána a definována na kontinuu normativní – maladaptivní v rámci každé úrovně a jedná se o extrémy normálních psychických funkcí. Může se jednat například o dimenzi

vnímání sociální interakce. V rámci této dimenze se bude jednat o bezproblémové zvládání sociální interakce až po vnímaný distres téměř ve všech sociálních situacích (Kotov et al., 2017; 2021).

Na nejnižší úrovni hierarchie se pak nacházejí diagnostické kategorie odpovídající současným klasifikačním systémům (DSM, MKN). V HiTOP jsou tyto nosologické jednotky chápány jako konkrétní manifestace širších dimenzí psychopatologie, nikoli jako kvalitativně odlišné kategorie, a mají především sloužit k porovnání. Dimenzionální povaha syndromů v HiTOP se tak nemusí plně překrývat s tradičními diagnostickými poruchami vyobrazenými na nejnižší úrovni modelu (Obrázek 1) (Cicero et al., 2024; Kotov et al., 2021). I z toho důvodu byla v rámci konsorcia vytvořena tabulka převádějící konstrukty modelu HiTOP (tzv. *crosswalk)* na kódy MKN s doporučením, jak tyto kódy přiřazovat. Tento převodník propojuje dimenze HiTOP s odpovídajícími kódy MKN, a to pro účely vykazování péče a úhradu zdravotním pojišťovnám, postavených na přesně definovaných diagnostických kategoriích. V praxi je tak možné zachovat popis vycházející z modelu HiTOP a současně zůstat v souladu s kategoriemi MKN jako dočasná fáze před plnou klinickou implementací modelu (Cicero et al., 2024a; Kotov et al., 2022; Ruggero et al., 2019). Konkrétní diagnostické kategorie vycházející ze současných klasifikačních systémů jsou pro přehlednost využity rovněž v popisu hlavních spekter modelu v následující podkapitole.

1.3 Spektra v HiTOP

Současný model HiTOP zahrnuje šest hlavních spekter (Obrázek 1), mezi které spadá: Somatoformní, Internalizující, Poruchy myšlení, Odtažitost (Detachment), Externalizující Disinhibice, Externalizující Antagonismus. Teoreticky se tyto hlavní dimenze psychopatologie následně v hierarchii shlukují do superspekter Emoční dysfunkce (Internalizující a Somatoformní spektrum), Psychóza (Poruchy myšlení a Odtažitost) a Externalizující (Disinhibice a Antagonismus) (Kotov et al., 2017; 2020; Krueger et al., 2021; Watson et al., 2022).

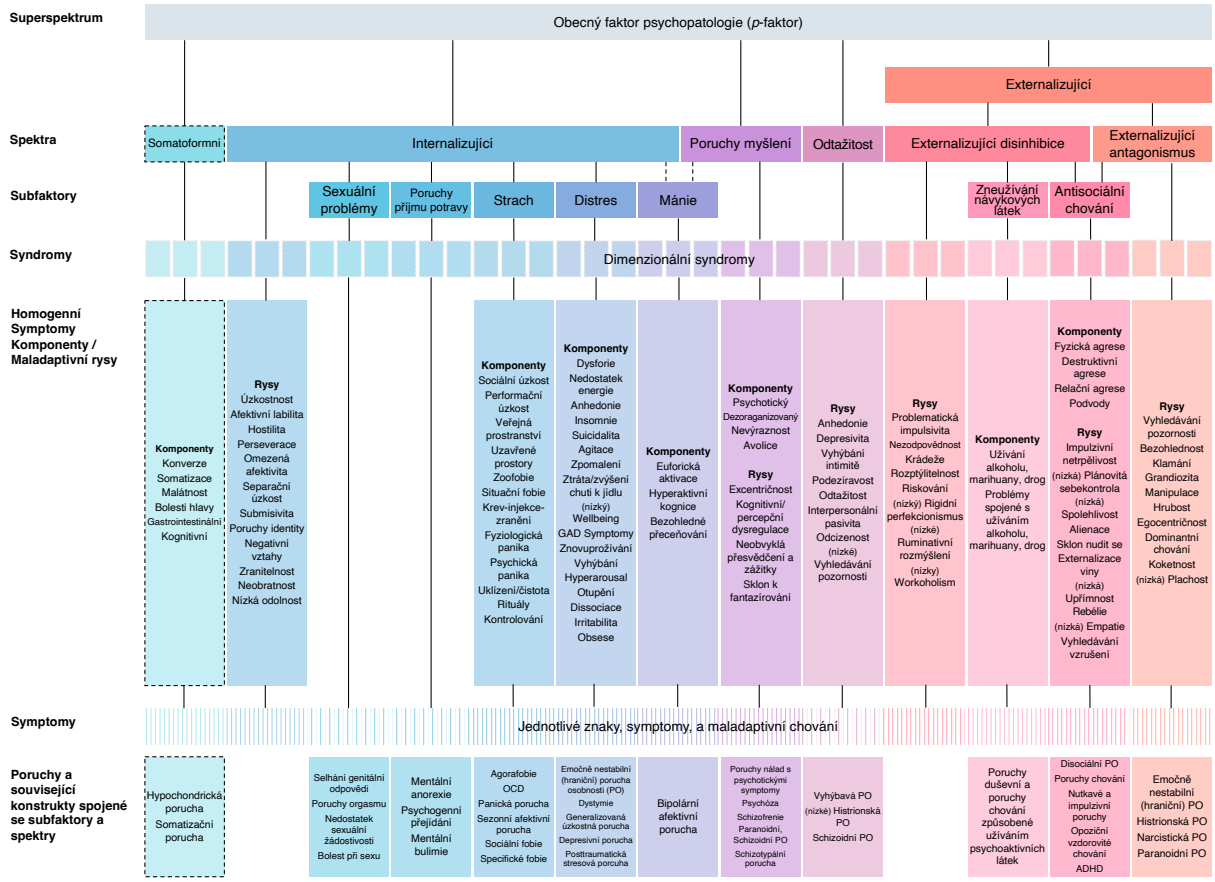
Spektra v sobě zahrnují maladaptivní rysy i symptomy. Zatímco příznaky poukazují na současný stav (akutní a přechodné problémy), tak rysy popisují typické vzorce chování v dlouhodobějším časovém měřítku a bývají chronické. Kotov et al. (2020) jako příklad uvádí dezorganizaci jako symptom, který znamená aktuální poruchu v myšlení nebo zvláštním chování. Vedle toho podivínství jakožto rys označuje podobný problém, ale

v delším časovém úseku. Tyto maladaptivní rysy se mění v průběhu času pomaleji oproti symptomům. Rysy navíc pokrývají širší spektrum individuálních rozdílů, kde jsou zahrnuti jak zdraví jedinci, tak ohrožení a symptomatičtí, což nabízí důležité informace pro určení vzniku poruchy i predikci vývoje, které doplňují symptomatické, aktuální hodnocení (Kotov et al., 2020; Wright et al., 2015).

Oproti tradičním diagnostickým nosologickým jednotkám dokazují všechna spektra s nadřazenými superspektry výrazně vyšší spolehlivost, větší explanační a prediktivní sílu a vyšší přijatelnost ze strany kliniků (Kotov et al., 2020; Krueger et al., 2021; Watson et al., 2022). To zdůrazňuje potřebu rozvíjet diagnostické metody, které vycházejí z těchto poznatků a umožňují spolehlivější a validnější popis psychopatologie s následnou užitečnější psychodiagnostikou v klinické praxi.

Obrázek 1

HiTOP model (Doubková & Rossi, 2025)



1.3.1 Superspektrum emoční dysfunkce

Superspektrum emoční dysfunkce zachycuje rysy, které jsou společné pro Internalizující a Somatoformní spektrum. Internalizující spektrum v sobě zahrnuje rysy a symptomy jako například úzkostnost, sociální úzkost, dysforie či anhedonie, které jsou specifické pro celou řadu psychopatologií. Jednotlivé rysy a symptomy v rámci Internalizujícího spektra následně související s depresivními a úzkostnými poruchami, obsedantně-kompulzivními, poruchami vyvolanými traumatem a stresem, poruchami příjmu potravy, ale rovněž také poruchami osobnosti. Subfaktory Distres, Mánie, Strach, Poruchy příjmu potravy a Sexuální problémy, které se vážou na Internalizující spektrum, zastřešují rozsáhlou škálu symptomů a rysů týkajících se těchto psychopatologií (Watson et al., 2022).

Přerušované ohraničení Somatoformního spektra (viz. Obrázek 1) naznačuje menší ustálenost v rámci modelu HiTOP. Dřívější studie naznačovaly, že somatoformní psychopatologie spadají pod Internalizující spektrum, neboť somatizace, hypochondrie a neurastenie souvisejí s depresí a úzkostí v rámci širšího internalizačního faktoru, který spojuje různorodé emoční poruchy (Simms et al., 2012). Nicméně i když mohou existovat podobnosti mezi těmito spektry, další výzkumy upozorňují, že se liší a jsou na sobě nezávislé (Forbes et al., 2017), hlubší empirické důkazy jsou z toho důvodu zapotřebí (Watson et al., 2022). Pod vyčleněné Somatoformní spektrum v současném HiTOP modelu spadají ukazatele tělesných distresových příznaků, malátnosti, bolestí, únavy, neurologických příznaků, gastrointestinálních a kardiopulmonálních obtíží

1.3.2 Superspektrum psychózy

Některé charakteristiky spektra Poruchy myšlení a spektra Odtažitost jsou sdílené, což naznačuje prozatím hypotetickou existenci nadřazeného superspektra Psychóz (Kotov et al., 2020).

Spektrum Poruch myšlení zahrnuje maladaptivní rysy excentricity, neobvyklá přesvědčení a zkušenosti a sklony k fantazii. Přiřazovány jsou symptomové dimenze psychotičnosti, dezorganizace, nevýraznosti a avolice. Spektrum Poruch myšlení tak zahrnuje některé příznaky poruch ze schizofrenního okruhu, schizoafektivní poruchy, paranoidní poruchy osobnosti a v rámci DSM-5 také příznaky schizotypální poruchy osobnosti. Subfaktor mánie, který se v modelu váže na spektrum Poruchy myšlení, se rovněž pojí s Internalizujícím spektrem (Kotov et al., 2017, 2020).

Spektrum Odtažitosti na úrovni maladaptivních rysů obsahuje emoční odloučení, anhedonii, sociální stažení, romantický nezájem, stejně tak symptomové dimenze neprojevování emocí a apatii. Toto spektrum je tak spojováno s příznaky a symptomy poruch: schizoidní porucha osobnosti, vyhýbavá porucha osobnosti poruchy ze schizofrenního okruhu a opět schizotypální porucha osobnosti, které se nachází v DSM-5 (Kotov et al., 2020).

1.3.3 Externalizující superspektrum

Externalizující superspektrum se v rámci HiTOP modelu dále dělí na Externalizující spektrum Disinhibice a Antagonismus. Disinhibice v sobě zahrnuje tendence jednat impulzivně bez zohledňování možných následků a empiricky se váže k zakázanému společenskému chování, které stojí v centru tohoto spektra. Ukazuje se, že Disinhibice předpovídá další maladaptivní chování a je klíčovou doménou u mnoha poruch. Váže se například k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, kdy je zohledňování budoucích následků omezeno. Subfaktor Zneužívání návykových látek (viz. Obrázek 1) se přímo váže k tomuto spektru (Krueger et al., 2021; Mullins-Sweatt et al., 2019).

Spektrum Externalizující Antagonismus je zaměřeno na tendence v chování, kdy jsou sociální situace řešeny především prostřednictvím konfliktů, s nízkou empatií a s úmyslem ubližovat druhým. Tento rys je považován za protipól přívětivosti a pojí se s externalizujícím chováním charakteristickým nemorálností a konfliktností, jako je tomu u antisociálního chování, které je průnikem Antagonismu i Disinhibice (Krueger et al., 2021; Lynam & Miller, 2019).

Obě tato spektra se skládají z maladaptivních rysů, které jsou trvalejší, tak i časově omezenějších symptomů souvisejících spíše s aktuálním stavem. Existují tak specificky disinhibované projevy chování, které mohou být vyvolány konkrétní životní situací, ale nemusí se jednat o typický rys dané osobnosti. Může se jednat o problémy s návykovými látkami, hyperaktivní nepozornost a poté symptomy vycházející z antisociálního chování, které je společné oběma spektrům, a které tvoří samostatný subfaktor Antisociální chování (viz. Obrázek 1). Sem spadají dimenzionální symptomy agrese, ničení majetku, podvody a krádeže. V případě, že takové chování přetrvává v čase a neváže se jen na konkrétní situaci jedince, stává se trvalejším rysem poukazujícím na disinhibičnost či antagonismus osobnosti. Konkrétně se jedná o rysy impulzivity, nezodpovědnosti, rozptýlenosti, dezorganizace, rizikové chování, nízký perfekcionismus a nízká pracovní angažovanost

v rámci spektra Disinhibice. Spektrum Antagonismus v sobě nese maladaptivní rysy jako manipulovatelnost, neupřímnost, bezcitnost, grandiozita, agresivita, hrubost, panovačnost a podezíravost (Krueger et al., 2021). Projevy v rámci těchto dvou spekter se často vyskytují společně a tvoří konzistentní vzorce, pro které je zastřešující široké superspektrum Externalizace.

1.3.4 P-faktor

Již zmiňovaný p-faktor představuje zastřešující dimenzi nad spektry a superspektry, která zachycuje míru, v jaké se u člověka překrývají příznaky napříč celou hierarchií. Jedná se o tzv. obecnou tendenci k psychopatologii stojící na vrcholu celého HiTOP. Ve své obecnosti vysvětluje, proč jsou všechny spektra a nižší dimenze u jedince propojené a proč se narušení mohou vyskytovat v komorbiditách (Cicero et al., 2024; Kotov et al., 2017, 2021).

Obecný p-faktor byl popisovaný nejen v rámci HiTOP struktury a vznikal na základě exploratorních a konfirmatorních faktorových analýz symptomů napříč psychopatologií. Vyšší p-skór naznačuje výraznější funkční znevýhodnění a vyšší zranitelnost k psychickým potížím (Caspi et al., 2014; Lahey et al., 2012), čímž se promítá do celkového narušení běžného fungování. Dotazník WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) (Üstün et al., 2010) byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a představuje ukazatel omezení funkčního fungování v každodenním životě v důsledku zdravotního stavu. Jelikož není vázán na konkrétní diagnózu, umožňuje transdiagnostické zhodnocení dopadů obtíží i u běžné populace a tím reflektovat míru celkové psychopatologické zátěže reprezentovanou p-faktorem. Z tohoto důvodu bude využit v empirické části práce.

2 Dimenzionální pojetí v současných kategoriálních klasifikacích

I současné kategoriální klasifikace se v určitých ohledech přibližují dimenzionálnímu pojetí. Konkrétně je tomu tak u poruch osobnosti v DSM-5, kde v sekci 3 *„Nové přístupy, modely a posuzovací metody“* je představen alternativní model poruch osobnosti (AMPO). Oproti předchozím vydáním DSM, jsou zde poruchy osobnosti, ačkoli stále řazeny kategoricky, posuzovány skrze míru narušení osobnostního fungování (Widiger & McCabe, 2020).

AMPO vychází z podobných teoretických předpokladů jako faktorové modely osobnosti, a proto se v mnoha ohledech koncepčně přibližuje modelu HiTOP. AMPO se skládá ze dvou komponent. Kritérium A je zaměřené na funkční schopnosti osobnosti (Levels of Personality Functioning, LPFS), kde je posuzováno celkové narušení a také narušení ve vztahu k sobě (Self) a k druhým (Interpersonální). Tyto funkční schopnosti osobnosti zastupují méně trvalé prožívání (Doubková et al., 2022). Jak uvádí Widiger et al. (2019), kritérium A by se navíc mohlo setkávat s model HiTOP na nejvyšší úrovni, jelikož by se mělo překrývat s p-faktorem. AMPO považuje kritérium A za klíčový ukazatel osobnostní patologie, což by odpovídalo konceptualizaci p-faktoru, který proniká do všech nižší vrstev model dle HiTOP. Druhou součástí AMPO je kritérium B, reprezentující model maladaptivních rysů, kam spadají rysy Negativní afektivita, Odtažitost, Antagonismus, Disinhibice a Psychoticismus. Tyto naopak trvalejší rysy odpovídají maladaptivním variantám osobnostních rysů dle Big Five (Widiger & McCabe, 2020). Ačkoli HiTOP spektra nejsou plně ekvivalentní, existuje zde vzájemná shoda. Předpokládá se hypotetické sladění Internalizujícho spektra a Negativní afektivity, Spektra Odtažitosti s Odtažitostí, Externalizující Antagonismus spektrum s Antagonismem (neboli Disociálností) a Externalizující spektrum Disinhibice spolu s Disinhibicí (Widiger et al., 2019). Rysy v sekci 3 v DSM-5, kam AMPO spadá, ukazují vysokou stabilitu, což odpovídá definici poruch osobnosti. Dále byla prokázána prediktivní hodnota psychosociálního fungování a jsou dynamicky spojeny s tímto fungováním v čase (Wright et al., 2015). AMPO se tak navíc s HiTOP shoduje v rozlišování méně trvalého prožívání a trvalejších rysů, které oba modely zohledňují.

Posun ke zcela dimenzionálnímu pojetí nabízí 11. revize MKN u poruch osobnosti. Zcela zde mizí jednotilvé kategorie jako paranoidní či závislá porucha osobnosti a jsou plně nahrazeny popisem dle závažnosti v pěti úrovních (od žádné poruchy po těžkou poruchu).

Dále se tato závažnost posuzuje s ohledem k jednotlivým rysům (Negativní afektivita, Odtažitost, Dissociálnost, Disinihibice, Ananakastie) (World Health Organization, 2021). Přístup k poruchám osobnosti v MKN-11 se na úrovni těchto rysů překrývá s AMPO kritériem B popisovaném výš, kdy čtyři maladaptivní rysy jsou společné, čímž obdobně hypoteticky odpovídá HiTOP spektrům (Bach, 2017). Ačkoli AMPO nadále zachovává šest typů poruch osobnosti, čímž zůstává hybridním modelem, s MKN-11 se shodují v definování poruch osobnosti jak skrze narušené fungování Self a mezilidských vztahů, tak skrze patologické rysy osobnosti.

Na základě předpokladů AMPO byly vyvinuty dva diagnostické nástroje. Pro posuzování LPFS, kritéria A, byla vyvinuta stejnojmená škála i s následnou zkrácenou verzí (Levels of Personality Functioning Brief Form 2.0, LPFS-BF 2.0) pro screeningové účely (Bach & Hutsebaut, 2018). Kritérium B je posuzováno prostřednictvím sebeposuzovacího Osobnostního inventáře pro DSM-5 (Personality Inventory for DSM 5, PID-5) (Krueger et al., 2012) a zkrácenou modifikovanou verzí (Modificated Personality Inventory for DSM 5 Brief Form, PID5BF+M). Jelikož tato zkrácená verze byla doplněna o maladaptivní rysy z dimenze Anankastie, nabízí hodnocení celkem šest maladaptivních rysů (Negativní afektivita, Odtažitost, Psychoticismus, Antagonismus, Disnihibice a Anankastie) vycházejících jak z DSM-5, tak MKN-11. (Bach et al., 2020; Kerber et al., 2020). Oba tyto nástroje odpovídají principům modelu HiTOP a budou proto použity k ověření souběžné validity v praktické části práce.

3 Aplikace HiTOP v klinické praxi a její limity

Posuzování klinické užitečnosti je jedním z diskutovaných témat při navrhování jakékoliv nové klasifikace psychopatologie a je tomu tak i u HiTOP. Psychologické vyšetření s následným plánováním léčby v současné době obvykle probíhá na úrovni identifikace symptomů, na které se léčba zaměřuje. Například u depresivní poruchy je léčba zaměřena na jednotlivé symptomy, nikoliv na samotný heterogenní syndrom (Cicero et al., 2024). Složitý klinický obraz totiž často naplňuje kritéria pro řadu poruch společně, což poukazuje na nedostatečnou diskriminační validitu kategoriálních diagnóz, které neodpovídají přirozené struktuře psychopatologie. To následně vede k nadměrné komorbiditě a velmi omezené praktické hodnotě v klinické praxe (Ruggero et al., 2019).

3.1 HiTOP diagnostický postup

Dimenzionalita a hierarchie modelu HiTOP nabízí v rámci klinického postupu odlišný přístup nahrazující konceptualizace tradičních kategoriálních diagnóz založených na přítomnosti či nepřítomnosti nemoci. Současné diagnostické klasifikace hodnotí míru distresu a funkčního narušení v rámci každé diagnózy, v HiTOP se fungování a jeho zhoršení posuzuje odděleně od symptomů. Diagnostický postup a plánování léčby se v HiTOP nahlíží skrze závažnost symptomů a rysů v jednotlivých dimenzi, čímž vytváří individualizovaný profil napříč všemi dimenzemi hierarchie. Posuzování závažnosti probíhá hierarchicky kaskádovitým, „trychtýřovitým“ přístupem, kde screening začíná u relevantních konstruktů vyšších řádů (superspekter) a postupuje se k detailnějšímu hodnocení nižších spekter a subfaktorů. Hierarchický obraz symptomů umožnuje určit, které dimenze jsou dominantněji narušené. Efektivnější a přesnější hodnocení je možné díky takto flexibilní struktuře, která navíc umožňuje hodnocení jen relevantních oblasti, čímž se přizpůsobuje individuálním potřebám pacientstva (Cicero et al., 2024).

Nejedná se jen o potenciální zpřesnění samotné diagnostiky, ale rovněž následné léčby a monitorování progresu onemocnění u pacientstva. Z výzkumů vyplývá se, že v klinické psychologii obecně preferují diagnostiku stojící na dimenzionálním pojetí oproti kategoriálnímu (Bornstein & Natoli, 2019; Samuel & Widiger, 2006). Balling et al. (2023) ve své studii poukázali na preferenci HiTOP v porovnání s DSM v klinické praxi z důvodu užitečnosti v komunikaci s pacientstvem, komprehenzivnímu popisu psychopatologie a popisu celkového fungování jednotlivců. Vedle toho ale stojí závěry ze studie zaměřené na preferenci kategoriálních modelů u jednotlivců s hraniční poruchou osobnosti, jejich rodin a

u vysokoškolských studujících, z nichž vyplývá, že výsledky v podobě kategoriálních diagnóz byly upřednostňovány z důvodu větší srozumitelnosti (Cano & Sharp, 2023). Tento nesoulad zdůrazňují nutnost ověřovat využitelnost HiTOP v praxi a jeho potenciál pro klinickou relevanci, nejen pro klinické pracovnictvo, ale také pro samotné osoby využívající péči.

3.2 Přechod mezi DSM/MKN a HiTOP

Hlavní překážkou pro implementace HiTOP do klinické praxe je absence komplexní metody vycházející z tohoto modelu. Prvním krokem pro překonání této překážky a k usnadnění klinické integrace HiTOP proto bylo představení přehledu diagnostických dimenzionálních metod běžně používaných v klinické praxi, které byly shromážděny v digitální databázi HiTOP-DAT (HiTOP-Digital Assessment and Tracker). Tato baterie s nástroji zaměřenými na některá spektra modelu byla zamýšlena jako provizorní krok před přechodem k jednotnému nástroji vycházejícímu ze struktury HiTOP. HiTOP-DAT však plně nepokrývá všechna spektra a jednotlivé nástroje se ve svém zaměření překrývají (Cicero et al., 2024; Kotov et al., 2022).

Vedle DATu konsorcium pro účely klinické praxe rovněž zveřejnilo tzv. *crosswalk* mezi HiTOP a DSM/MKN, zmiňovaný již v předchozí kapitole, a seznam již existujících kompatibilních nástrojů s HiTOP. Jedná se o nástroje odpovídající konceptuálnímu rámci HiTOP. Hodnocení psychopatologie skrze takové nástroje je v souladu s předpoklady modelu, avšak žádný z nástrojů opět nepokrývá model jako celek, ale zaměřuje se pouze na jednotlivé oblasti (Cicero et al., 2024; Ruggero et al., 2019; Simms et al., 2022). V českém prostředí se v současnosti nejčastěji využívá Osobnostní inventář pro DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5, PID-5), jenž vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (Riegel et al., 2017). Mezi další kompatibilní nástroje spadá také Computerized Adaptive Test of Persoality Disorder či Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (HiTOP Consortium, n.d.), jejichž české verze jsou nyní v přípravě (Doubková & Rossi, 2025).

4 Vývoj HiTOP sebeposuzovacího nástroje

Mezi klíčové cíle HiTOP konsorcia patřilo zvýšení celkové validity modelu prostřednictvím jeho aplikace v klinickém kontextu a vytvoření standardizovaných nástrojů vycházejících z jeho teoretických základů. Výzkumná pracovní skupina (Measures Development Workgroup) z HiTOP od roku 2017 vyvíjí dotazník, tzv. HiTOP-Self Report (HiTOP-SR), který pokrývá celý model. Cílem nástroje je zvýšení efektivity a usnadnění klinické využitelnosti, zvýšení diskriminační validity a minimalizace redundance mezi doménami HiTOP v porovnání s nástroji měřícími každou doménu samostatně. Souběžně je kladen důraz na vývoj kratších verzí dotazníku (Brief HiTOP-Self Report, B-HiTOP-SR), strukturovaných rozhovorů a formulářů pro informanty (Cicero et al., 2024; Simms et al., 2022).

Vývoj sebeposuzovacího nástroje HiTOP-SR, označovaného také jako HiTOP-PRO (Patient Reported Outcome), byl realizován ve třech fázích, aby bylo docíleno konstrukčně validního nástroje po vzoru Jane Loevinger (1957, jak je citováno v Simms et al., 2022), která jako první systematicky popsala teorií řízený přístup k tvorbě psychodiagnostických škál postavených na konstruktové validitě. Loevinger vymezila tři klíčové složky tohoto procesu – substanční (substantive), strukturální (structural) a externí (external) validitu. HiTOP při vývoji sebeposuzovacího dotazníku využil principů vývoje škál s důrazem na konstruktovou validitu, na němž jsou vybudované obecné postupy měření v rámci HiTOP (Simms et al., 2022, 2023).

4.1 Fáze 1 – Substanční validita

V první fázi bylo cílem vyvinout konstruktový seznam a konceptové definice, sestavit položkový itinerář, sesbírat odpovědi a vyvinout předběžné škály. Předběžné škály byly vyvíjeny v pěti odlišných týmech, kdy každý tým měl na starost jiné spektrum nebo superspektrum. Konkrétně se jednalo o spektra Poruchy myšlení, Odtažitost, Externalizující spektrum, které v sobě zahrnovalo Antagonismus a Disinhibici, Internalizující spektrum a Somatoformní spektrum (Cicero et al., 2022; Mullins-Sweatt et al., 2022; Sellbom et al., 2022; Watson, Forbes, et al., 2022; Zimmermann et al., 2022).

Fáze jedna zahrnovala čtyři hlavní kroky. Nejprve jednotlivé týmy seskupily položky do homogenních položkových kompozitů – skupiny položek, které byly racionálně konstruovány k měření předem definovaných konstruktů – a provedly jejich faktorovou

analýzu s cílem identifikovat latentní faktory v každé z domén. Tyto faktory následně utvořily základ pro škálový vývoj. Druhým krokem byla položková faktorová analýza v již identifikovaných faktorech s cílem vytvořit předběžné soubory škál. Ta byla prováděna například pomocí polychorických korelačních matic a robustních metod vážených nejmenších čtverců. Mezi požadované kroky následně spadalo provedení šikmé rotace. Týmy provedly paralelní analýzy a určily, kolik faktorů bude zachováno. Položky pro každý faktor byly ponechány, pokud měly primární faktorové zatížení ≥ .40. V případě významného sekundárního zatížení musel být rozdíl mezi primárním a sekundárním faktorovým zatížením ≥ .20 pro určení diskriminace položky. Třetí volitelný krok se zabýval ověřováním diskriminační validity mezi škálami. Položky s příliš vysokou korelací s nerelevantními škálami byly vyřazeny. Nicméně právě zde se lišily postupy jednotlivých skupiny. Některé skupiny zvolily ověřování vnitřní validity na vlastních škálách, zatímco jiné se zaměřily na externí validitu porovnáním s již existujícími standardizovanými metodami (Simms et al., 2022; Watson et al., 2022; Zimmermann et al., 2022). V posledním kroku každý z týmů upřesnil předběžné škály a vymezil ty, které vyžadovaly doplnění novými položkami. Každá z předběžných škál měla obsahovat 8-10 validních a spolehlivých položek. V případě více než 10 položek na škálu týmy posuzovaly McDonaldovu Omegu a informační křivky teorie odpovědi na položku (IRT) (Simms et al., 2022).

4.2 Fáze 2 – Strukturální validita

Ve fázi dva šlo o příčnou validizaci v nových vzorcích, finalizaci škál a strukturální validitu. Předběžné škály z první fáze byly analyzovány centrálně pod odborným dohledem na různých výzkumných vzorcích (psychiatrické pacientstvo, dospělí z komunit, vysokoškolské studentstvo). Finalizace škál zahrnovala iterativní zvažování obsahové validity, vnitřní konzistence, faktorové struktury, IRT a zpětné vazby od analytického týmu. Analytický tým se tak neustále vracel ke kritériím, testoval je a následně na základě nových výsledků optimalizoval a upravoval položky. Fáze dva měla zajistit, že pro finalizaci všech škál budou použity identické postupy pro zajištění minimalizace redundance napříč doménami (Cicero et al., 2024; Simms et al., 2022).

4.3 Fáze 3 – Externí validita

Vývoj se v současnosti nachází v poslední třetí fázi, kdy se zaměřuje na externí validizaci, sestavení reprezentativních norem, adaptace do dalších jazyků a klinické využití (Cicero et al., 2024; Simms et al., 2022; Zimmermann et al., 2024). V této fázi se vývoj

soustředí na ekvivalenci měření napříč demografickými faktory jako rasa, etnicita, pohlaví nebo gender a věk. Podporovány jsou překlady dotazníku do jiných jazyků s následným zjišťováním externí validity, kam spadá: hodnocení klinické užitečnosti, sledování předpokládaného zlepšení klinických výsledků (nebo alespoň zda použití HiTOP-SR vede ke klinickým výsledkům srovnatelným s výsledky dosaženými při použití kategoriálních diagnóz), sledování efektivity a flexibility léčby (zda povede HiTOP-SR k lepším léčebným plánům či efektivnějšímu výběru symptomů jako cíle léčby), zda použití HiTOP-SR sníží míru předčasného ukončování terapie, zda redukuje stigmatizaci pacientstva a v neposlední řadě, zda povede ke zlepšení kvality života pacientstva. Na závěr je v této fázi pozornost upřena k paralelnímu vývoji kratších screeningových forem HiTOP-SR a souběžně je vyvíjeno, jak budou strukturovány rozhovory, které se mají stát nedílnou součástí HiTOP diagnostického postupu (Cicero et al., 2024; Simms et al., 2022; Zimmermann et al., 2024).

4.4 Struktura dotazníku

HiTOP-SR je sebeposuzovacím dotazníkem, který má obsáhnout celou hierarchii symptomů a rysů psychopatologie zahrnutých v HiTOP modelu (Simms, 2022, 2023). Dotazník zahrnuje 405 výroků rozřazených do 76 škál a 17 subškál popisujících běžné a neobvyklé myšlenky, pocity a chování, které mohou naznačovat psychopatologii. Každá škála je zastoupena minimálně třemi položkami s průměrem 5,3 položek na škálu a s průměrem 3,9 položek na subškálu. Navíc byl vyvinut modul zaměřen na zneužívání návykových látek s šesti přidanými škálami, který v tuto chvíli zůstává v přípravě pro ověřování (Cicero et al., 2024; Simms, 2023; Zimmermann et al., 2024).

Respondentstvo je žádáno, aby posoudilo, do jaké míry se jich jednotlivé výroky týkaly v uplynulých 12 měsících, a to na Likertově škále od 1 = vůbec ne, po 4 = hodně. Výroky jsou převážně formulovány tak, aby naznačovaly problémy s duševním zdravím. Některé jsou naopak formulovány s absencí těchto potíží. Konkrétně se jedná o popis well-beingu s pěti položkami a romantického nezájmu s jednou položkou (musí být kódováno reverzně). Výsledkem je tak již zmiňovaný profil napříč dimenzemi, kdy vyšší průměrný skór na škálu poukazuje na vyšší úroveň psychopatologických projevů.

Autorský tým dotazníku HiTOP-SR nabízí racionální mapování škál a subškály dotazníku na jednotlivá spektra modelu. Prozatím však nejsou dostupné empiricky platné informace o tom, zda a jakým způsobem by se tato spektra měla v dotazníku skórovat. Autorstvo prozatím také nepracuje se souhrnným skóre, které by odpovídalo tzv. faktoru p.

V zahraničním preprintu zaměřeném na validitu dotazníku však byla provedena sekvenční hierarchická faktorová analýza („bass-ackwards“), která prokázala strukturu s jedním globálním faktorem na vrcholu hierarchie s dalšími nižšími dimenzemi (Faulkenberry et al., 2025).

Z HiTOP-SR byla vytvořena zkrácena verze s 46 tvrzeními. Tato zkrácená verze dotazníku zahrnuje 6 škál (Antagonismus, Disinhibice, Internalizující, Odtažitost, Poruchy myšlení, Somatoformní), které přímo odpovídají hlavním spektrům z modelu HiTOP (Obrázek 1). Opět je zde odpovídáno s ohledem na uplynulých 12 měsíců na čtyřbodové Likertově škále od 1 = vůbec ne, po 4 = hodně. I zde po zprůměrování položek na škálu dostaneme skór dané oblasti.

4.5 Psychometrické vlastnosti

Pilotní výsledky originální anglické verze dotazníku (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Society, 2024) poukázaly na velmi dobrou průměrnou vnitřní konzistenci škál Cronbachova $\alpha = .83$, kdy hodnot $\geq .80$ dosahovalo 64 škál (84 %). Stejně tak velmi dobrou průměrnou vnitřní konzistenci dosahovaly subškály ($\alpha = .82$), přičemž celkem 13 subškál dosahovalo hodnot $\geq .80$ (76 %). Pouze dvě škály (Purgativní chování a Trichotilománie) vykázaly hodnoty $\alpha < .70$. Velmi dobré vnitřní konzistence hodnocené opět Cronbachovo α, dosáhly všechny škály ve zkrácené verzi dotazníku B-HiTOP ($\alpha = .82$-$.86$) měřené na vývojovém vzorku. Na nezávislém validačním vzorku se hodnoty Cronbachovy α pohybovaly v rozmezí .82-.90.

V německé adaptaci dosáhla vnitřní konzistence obdobných hodnot. Medián Cronbachovy α byl při posuzování škál .82 (Zimmermann et al., 2024). V preprintu posuzujícím vnitřní strukturu a konstruktovou validitu HiTOP-SR v porovnání s MMPI-3 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3) byl odvozen medián Cronbachovy α pro 76 primárních škál .80 (Faulkenberry et al., 2025).

4.6 Adaptační proces HiTOP-SR do českého jazyka

HiTOP konsorcium podporuje adaptaci do dalších jazyků a napříč různorodými kulturami a populacemi. Vytváření české verze dotazníku HiTOP-SR a její zkrácené verze B-HiTOP-SR následovaly standardizovaný postup. Adaptační proces do českého jazyka postupuje dle deseti kroků HiTOP konsorcia (Ruggero et al., 2023). Česká verze byla konsorciem schválena a v současné době probíhá sběr pro ověření psychometrických

vlastností v běžné populaci. Předběžné výsledky poukazují na dobrou průměrnou vnitřní konzistenci Cronbachova α = .81 pro HiTOP-SR; α = .82 pro B-HiTOP-SR v běžné populaci (Doubková & Rossi, 2025).

4.6.1 Fáze 1 – Sestavení týmu

V prvním kroku byl sestaven tým zodpovědný za adaptaci do českého jazyka s adekvátními jazykovými, kulturními, odbornými a psychometrickými zkušenostmi. Tým je složen z těchto členek a členů: PhDr. Nikola Doubková, Ph.D., Mgr. Markéta Hovorková, Bc. Agáta Hájková, Eva Dreyfus, MSc., doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

4.6.2 Fáze 2 – Nezávislý překlad do českého jazyka

Ve druhém kroku adaptačního procesu se jednalo o první překlad dotazníku, kterému se věnovaly dvě členky týmu nezávisle na sobě. Překlad měl za cíl zachovat význam pro každou z položek originální anglické verze. Použitá slova měla být co nejjednodušší tak, aby odpovídaly běžné každodenní slovní zásobě. Překlad měl dále za cíl zachovat význam a celkové vyznění pro každou z položek originální anglické verze a měl zůstat konzistentní v průběhu celého dotazníku včetně užívání specifických termínů. Instrukce dotazníku měly rovněž zůstat na úrovni originálního nástroje. Dva výsledné nezávislé překlady byly porovnány, míra souhlasu mezi jednotlivými překlady byla ohodnocena (od 0 = identické do 3 = významný rozdíl) a veškeré nesrovnalosti byly na základě tohoto hodnocení diskutovány mezi dvěma překladatelkami a nezávislým členem týmu, který nebyl zapojen do překladu ani zpětného překladu. Na základě konsenzu byla vytvořena první verze překladu. Pokud ani po diskusi nebylo dosaženo shody u některých z položek, byly do další fáze ponechány obě varianty.

4.6.3 Fáze 3 – Nezávislý zpětný překlad

Třetím krokem byl nezávislý zpětný překlad. Vzhledem k délce dotazníku jej prováděly dvě nezávislé překladatelky. Položky byly rozděleny na polovinu, zároveň však bylo náhodně vybráno 40 položek, které překládaly obě překladatelky pro posouzení shody. Do tohoto kroku jsem se zapojila také já, kdy jsem nezávisle překládala položky zpět do angličtiny bez předchozí znalosti položek a bez přístupu k původnímu anglickému znění.

Následně vedoucí týmu zdokumentovala rozdíly mezi přímým a zpětným překladem a vytvořila dokument obsahující přehled všech překladů k posouzení celým adaptačním týmem. Vedoucí týmu hodnotila nesoulad mezi původním a zpětným překladem následovně:

0=identický překlad originálu a zpětného překladu, 1= drobné/zanedbatelné rozdíly (např. synonymum), 2=mírné rozdíly (např. drobné změny v uspořádání, doplnění nebo zkrácení, použití frází podobných, ale jasně odlišných od originálu), 3= významné rozdíly, významné úpravy (např. použity jsou fráze, které mohou mít jiný význam).

4.6.4 Fáze 4 – Test srozumitelnosti položek

Krok čtyři, který byl dle HiTOP konsorcia dobrovolný, spočíval v malém pilotním testu srozumitelnosti položek v běžné i klinické populaci. V rámci tohoto kroku jsem se podílela na oslovování respondentstva.

Účastnictvo bylo požádáno, aby posoudilo srozumitelnost jednotlivých položek, tedy jak dobře jim rozumí, na škále: 0 = Položka je jasná a dá se na ni snadno odpovědět, 1 = Myslím, že položce rozumím, ale pro některé lidi může být obtížné na ni odpovědět, 2 = Položku jsem si musel/a několikrát přečíst, abych na ni dokázal/a odpovědět, 3 = Položce nerozumím. Celkem dotazník tímto způsobem posoudilo 13 osob, z nichž 5 mělo zkušenost s psychiatrickou hospitalizací či léčbou. Šlo o 6 mužů a 7 žen ve věku od 18 do více než 65 let. Byly zastoupeny různé stupně nejvyššího dokončeného vzdělání od středoškolského bez maturity po Ph.D.

Data týkající se srozumitelnosti přeložených položek sloužila jako podklad k následné týmové diskusi pro vytvoření první finální verze české adaptace.

4.6.5 Fáze 5 – Vznik první verze českého překladu

V páté fázi proběhlo setkání adaptačního týmu. Sešli jsme se po individuálním prostudování hlavního dokumentu vytvořeného v předchozích krocích a doplňovali jsme komentáře zaměřené na nesrovnalosti a návrhy řešení. Současně jsme v týmu hodnotili všechny položky z hlediska věcné přesnosti a ekvivalence k původnímu obsahu, přijatelnosti pro cílovou populaci, a potenciálního rizika vyvolání zkreslení. Následně tým probral individuální návrhy a byla zvolena výsledná podoba znění u problematických položek. Klíčové bylo, aby rozhodnutí bylo výsledkem diskusí mezi všemi členkami a členy týmu.

Výsledný dokument, který obsahoval celý tento proces a zahrnoval všechny změny, předmět týmových diskuzí a další komentáře, byl zaslán k posouzení odborníkovi z HiTOP konsorcia (Johannes Zimmermann, University of Kassel, Německo). Ten poskytl své poznámky, na jejichž základě byly po další týmové diskuzi některé položky upraveny a kvůli

zachování nezávislosti, zpětně přeloženy do angličtiny překladačem DeepL. Po těchto úpravách byla výsledná verze překladu schválena k použití.

Výsledkem páté fáze procesu byl návrh určený pro testování. Důležité je brát v úvahu, že testování takto rozsáhlé dotazníkové baterie může být časově náročný proces, i proto byla první verze vypracována s velkou pečlivostí a překlad každé položky byl konzultován s celým týmem.

4.6.6 Fáze 6 – Posouzení psychometrických charakteristik verze 1

Testování prvního konsenzuálního návrhu probíhá ve fázi 6, jehož součástí je i vzorek zahrnutý v této diplomové práci (N=54). Celkem bude první verze české adaptace administrována vzorku N > 300 z běžné populace.

Psychometrické charakteristiky položek a škál (např. deskriptivní statistika, vnitřní konzistence) budou vyhodnoceny a porovnány s výsledky původního validačního vzorku anglické verze a jiných dostupných kulturních a jazykových adaptací.

Sběr dat bude probíhat příležitostným výběrem. Zahrnuty budou česky mluvící osoby z běžné populace (≥ 18 let). V rámci tohoto vzorku bude hodnocena faktorová struktura HiTOP-SR, analyzována míra zatížení položek v rámci subškál a zatížení subškál na spektra. Bude posouzena vnitřní konzistence a statistickými metodami budou identifikovány problematické položky. Vzhledem k délce nástroje HiTOP-SR bude externí validace omezena na krátké nástroje, kterými jsou: LPFS-BF 2.0, PID5BF+M a WHODAS 2.0. Dále bude využitý demografický dotazník

4.6.7 Fáze 7 – Úpravy na základě výsledků

Druhé setkání týmu k projednání návrhů na základně prvního psychometrického testování se uskuteční ve fázi 7. Budou formulovány komentáře k problematickým položkám a položkám doporučeným k vyřazení, v případě potřeby budou vytvořeny nové alternativní položky. Na základě diskuse se připraví konsenzuální verze 2, na které se bude podílet celý tým.

4.6.8 Fáze 8 – Posouzení psychometrických charakteristik verze 2

Konsenzuální verze 2 bude z hlediska doporučení HiTOP konsorcia administrována na klinickém vzorku cílové populace (N > 300). Psychometrické charakteristiky položek a škál (např. deskriptivní statistiky položek, vnitřní konzistence) budou opět vyhodnoceny a porovnávány s analogickými vzorky.

Jedná se o nejnáročnější část procesu. Kromě potřeby získat kompletní vyplnění nástroje HiTOP-SR od relativně vysokého počtu lidí z klinické populace, je třeba také získat další data pro ověření jejich klinického statusu. Pro tento sběr již byla domluvena spolupráce s Národním ústavem duševního zdraví (NUDZ) a dalšími institucemi poskytujícími péči v oblasti duševního zdraví.

4.6.9 Fáze 9 – Vznik finální verze

Členstvo adaptačního procesu opět individuálně prostuduje hlavní dokument vytvořený z předchozích kroků, formuluje komentáře k položkám doporučeným k vyřazení, k problematickým položkám a opět k možnostem pro vytvoření nových alternativních položek. Následně se prodiskutují takové položky a rozhodne se o jejich zařazení či vyřazení. Diskutují se také možná další potřebná testování, nebo zda je již verze připravena k publikaci. V případě potřeby se kroky 8-10 opakují do té doby, dokud není shoda na finální verzi.

Převádění moderních diagnostických metod do České republiky nepodporuje pouze zájmy HiTOP a převádění nástrojů z něj vycházejících do dalších jazyků. V České republice je dlouhodobě rozsáhlý problém s diagnostickými nástroji, které často mívají zastaralé normy či nové metody u nás nebyly nikdy standardizované (Urbánek, 2013). Nové zcela dimenzionální pojetí, které nabízí HiTOP, by mohlo částečně přispět ke změně pohledu na duševní zdraví také u nás, především by se však mohlo jednat o moderní diagnostický nástroj založených na aktuálních poznatcích a transdiagnostickém přístupu.

5 Možná omezení HiTOP

Model v rané fázi implementace do klinické praxe čelí nejen otázkám týkajícím se platnosti modelu, ale také využitelnosti HiTOP-SR. Část kritiky směřuje na to, zda model skutečně komplexně dokáže postihnout celou šíři psychopatologie. Významným nedostatkem je například to, že do modelu dosud nebyly zahrnuty některé neurovývojové a neurokognitivní poruchy. Zařazení kognitivních funkcí do HiTOP modelu však nedávno dostalo meta-analytickou podporu. Doporučena je celková revize psychotického superspektra, do nějž by měly být zahrnuty exekutivní funkce, rychlost zpracování a vizuálně prostorové schopnosti (Ringwald & Abramovitch, 2025), jelikož se dlouhodobě kognitivní funkce ukazují jako klíčová patologie u psychotických onemocnění (Elvevag & Goldberg, 2000; McCleery & Nuechterlein, 2019; Rapoport et al., 2012). Největším rozdílem mezi sledováním kognitivní dysfunkčnosti a dalšími psychopatologiemi v rámci modelu HiTOP je jejich měření. HiTOP je doposud založen výhradně na faktorové analýze symptomů hodnocených prostřednictvím dotazníků a interview (Kotov et al., 2021). Takové měření je vhodné pro zjišťování maladaptivních vzorců myšlení, prožívání či chování. Oproti tomu kognitivní schopnosti ukazují na výkon člověk za optimálních podmínek. V HiTOP jsou zahrnuty informace týkající se jen jedné strany, a sice toho, jak člověk obvykle přemýšlí, jak se cítí nebo jak se chová. Měření schopnosti, v tomto případě těch kognitivních, zahrnuto doposud není, a tak se nabízí otázka o úplnosti obrazu duševního zdraví na základě struktur HiTOP (Ringwald & Abramovitch, 2025).

Dále se diskutuje deskriptivní povaha modelu HiTOP s přílišným spoléháním na faktorovou analýzu a nedostatečným důrazem na etiologii (Haeffel et al., 2021; Haeffel et al., 2022). Podle zastánců HiTOP je mylnou představou, že systém má sloužit ke klasifikaci lidí. Zdůrazňují, že se jedná o klasifikaci příznaků na základě organizace do hierarchie dimenzí. Lidé jsou tak popisování, ne zařazování do jedné a více kategorií. Výsledným profilem je skór napříč všemi dimenzemi v hierarchii a ukazuje výraznost různých aspektů psychopatologie u daného jedince. DSM či MKN oproti tomu lidi klasifikuje do vzájemně se vylučujících kategorií, což ale vzhledem k charakteristikám daných kategorií vede k heterogenitě uvnitř kategorií a komorbiditě napříč kategoriemi. HiTOP nemá za cíl komorbiditu odstranit, ale naopak přesně popsat a formalizovat za pomoci vyšších úrovní hierarchie, spekter, v nichž jsou tyto vzorce komorbidity reprezentovány. HiTOP je tak možné na základě dat falzifikovat a revidovat s cílem vytvořit komplexní nosologii užívanou

v praxi (DeYoung et al., 2022; Kotov et al., 2021). Vůči argumentům zaměřeným na nedostatečně zahrnutou etiologii v rámci hierarchie se zastánci HiTOP opět vymezují. Současné znalosti etiologie jsou omezené, a tak nedovolují sestavení hierarchie založené jen na příčinách, ačkoli takový model by byl ideální. HiTOP struktura je v souladu se známými etiologickými faktory, i když celý model není odvozen z etiologie. Dimenze a spektra zachycují informace o společné genetice, rizikových faktorech (jako například trauma v dětství), biomarkerech a reakcích na léčbu. Ačkoli se tedy v rámci klinického užití HiTOP užívá popisně, jeho výsledná, daty řízená hierarchie překvapivě dobře odpovídá tomu, co víme o příčinách a biologických korelátech různých psychopatologií (Waszczuk et al., 2020).

Model je dále kritizován z důvodu, že data použitá pro vývoj HiTOP nereprezentují globální diverzitu a pocházejí z „WEIRD“ (západních, vzdělaných, industrializovaných, bohatých a demokratických) zemí. Tedy není možné zachytit kulturně specifické projevy psychopatologie (Haeffel et al., 2021). Dle DeYoung et al. (2022) jsou tato tvrzení nepřesná. Ačkoli západní vzorky jsou v HiTOP studiích nadreprezentovány, odmítají, že by důkazy byly omezeny pouze na „WEIRD“ populace. Původní přehled literatury, ze kterého HiTOP vzešel, zahrnoval velké množství mezikulturních studií a také studií napříč věkovým spektrem. HiTOP navíc v rámci své pracovní skupiny pro diverzitu, rovnost a inkluzi aktivně vyhledává data z různých populací pro zpřesnění modelu (DeYoung et al., 2022; Rodriguez-Seijas et al., 2023). Pro potvrzení platnosti modelu je i nadále zapotřebí sbírat robustnější data pro zvýšení kulturní a demografické aplikovatelnosti, k čemuž také přispívá překlad HiTOP-SR do dalších jazyků.

6 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této diplomové práce je pilotně ověřit validitu české adaptace dotazníku Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Self Report (HiTOP-SR) a jeho zkrácené verze (B-HiTOP-SR). Dotazník slouží k hodnocení širokého spektra psychopatologických projevů podle dimenzí modelu HiTOP.

Výzkumná část se zaměří na ověření vnitřní konzistence škál a deskriptivní zhodnocení položek dotazníku HiTOP-SR a B-HiTOP-SR. Dalším z cílů je posouzení časové stability hlavních škál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR přibližně po jednom měsíci (T1 a T2), tedy test-retest reliability z důvodu ověření, zda česká adaptace poskytuje reprodukovatelné výsledky nezávisle na náhodných výkyvech či chybách měření, zejména s ohledem na to, že dotazník hodnotí projevy psychopatologie v průběhu posledních 12 měsíců. Vzhledem k omezenému rozsahu souboru a vysokému počtu škál HiTOP-SR (celkem 76) se analýzy kriteriální (souběžné) validity budu zaměřovat pouze na škály zkrácené verze dotazníku B-HiTOP-SR, které odpovídají spektrům HiTOP modelu. Zkoumána bude souvislost s nástroji zjišťujícími úroveň osobnostního fungování, maladaptivní osobnostní rysy dle DSM-5 a MKN-11 a funkční stav jedince v důsledku jeho fyzických nebo duševních potíží. Dalším cílem práce je ověřit, zda se skóry škál B-HiTOP-SR liší v závislosti na demografických charakteristikách (věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, zkušenost s duševními obtížemi).

Předpokládám, že jednotlivé škály HiTOP-SR i B-HiTOP-SR budou vykazovat vnitřní konzistenci Cronbachovy α, McDonaldovy $\omega \geq .70$. Test-retestová reliabilita po přibližně jednom měsíci bude vysoká ($\rho \geq .70$, ICC $\geq .75$), tedy výsledky budou stabilní v čase.

Předpokládám také, že B-HiTOP-SR bude vykazovat vysokou souběžnou validitu s vybranými nástroji LPFS-BF 2.0, PID5BF+M a WHODAS 2.0. Tedy, že zvýšený skór na škálách B-HiTOP-SR bude pozitivně korelovat s horším celkovým osobnostním fungováním. Konkrétně pak, že skór Internalizující škály bude pozitivně korelovat s horším fungováním v oblasti LPFS Self a skóry Extrenalizujících škál budou pozitivně korelovat s horším osobnostním fungováním v oblasti LPFS Interpersonální. Psychopatologické projevy odpovídající jednotlivým škálám B-HiTOP-SR budou pozitivně korelovat s mírou maladaptivních osobnostních rysů dle DSM-5 a MKN-11, tedy s vyššími skóry v jednotlivých dimenzí (rysů) PID5BF+M. Očekávám pozitivní souvislost škály Antagonismu a rysem Antagonismus, škály Odtažitost a rysem Odtažitost, Internalizující škály a rysem Negativní afektivita, škály Poruchy myšlení a rysem Psychoticismu, škály

Antagonismus a rysem Disinihibice. Dále očekávám negativní korelaci mezi škálou Disinihibice s rysem Anankastie. Předpokládám také, že vyšší skóry jednotlivých škál B-HiTOP-SR budou pozitivně souviset s vyšší mírou funkčního postižení posuzovaným WHODAS 2.0. Výsledky škál B-HiTOP-SR se také mohou lišit v závislosti na demografických charakteristikách.

Praktická část

7 Metodika

7.1 Výzkumný soubor v T1

Inkluzivními kritérii v první fázi výzkumného projektu byl věk minimálně 18 let, znalost českého jazyka na úrovni rodilých mluvčí a dokončení celého dotazníku HiTOP-SR s vyplněním alespoň 85 % položek. V dotazníkové baterii byly náhodně rozmístěny tři položky na kontrolu pozornosti (tj. respondentstvo bylo žádáno, aby odpovědělo předepsaným způsobem), jedna položka kontroly konzistence (tj. pohlaví na začátku a na konci baterie) a jedna položka přímo zjišťující míru pravdivosti odpovídání. Byl také měřen čas potřebný k vyplnění. Exkluzivními kritérii bylo nesplnění kterékoliv položky kontrolující pozornost, konzistenci a pravdivost, či čas vyplnění odpovídající méně než 3 s na položku. Na základě těchto kritérií bylo ze souboru vyloučeno celkem 45 osob. Data byla analyzována u 54 osob z běžné populace.

Respondentstvo bylo ve věku 18-60 let (M=28.37, SD=9.13, medián=26). Výzkumný soubor tvořilo 25 mužů (46.30 %) a 29 žen (53.70 %). Celkem 26 osob se ztotožnilo s genderovou identitou žena (48.10 %), 26 osob s genderovou identitou muž (48.10 %) a 2 s nebinární genderovou identitou (3.70 %) (Tabulka 1). U obou odpovědí bylo možné vybrat *„nepřeji si odpovídat“,* ale nikdo tak neučinil. U kategorie genderu byl dále prostor pro otevřenou jinou odpověď, kterou nikdo ze souboru nezvolil.

Celkem 47 osob uvedlo jako své místo narození Českou republiku (87 %), 5 osob Slovensko (9.30 %) a USA 2 osoby (3.70 %). Následující otázka se týkala současného místa pobytu, pokud se lišilo od místa narození. V současnosti žilo v České republice 45 osob (83.30 %) a jiné místo pobytu, než je místo narození uvedlo celkem 9 osob (16.70 %) (Tabulka 1). V této otevřené odpovědi uvedla 1 osoba Belgii, Českou republiku 5 osob a Dánsko 1 osoba.

V současné době studovalo celkem 29 lidí (53.7 %). Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo základní vzdělání 6 osob (11.10 %), středoškolské bez maturity 1 osoba (1.90 %), středoškolské s maturitou 15 (27.80 %), vyšší odborné 2 osoby (3.70 %), vysokoškolské bakalářského stupně 13 lidí (24.10 %), vysokoškolské magisterského stupně 16 (29.60 %) a 1 osoba uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání postgraduální studium (1.90 %) (Tabulka 1). Pro účely analýzy byly dle nejvyššího dosaženého vzdělání osoby sloučeny do dvou

kategorií na nižší a vyšší vzdělání. Lidé s nedokončeným základním vzděláním až se středoškolským s maturitou byli zařazeni do kategorie nižší (*n* = 22). Do kategorie vyšší vzdělání (*n* = 32) byli zařazeni ti, kteří uvedli vyšší odborné až postgraduální studium.

Momentálně pracovalo celkem 40 osob (74.10 %) a v minulosti bylo někdy zaměstnáno 51 lidí (94.40 %). Svobodných bylo 29 osob (35.20 %), s partnerem či partnerkou (nesezdaní) uvedlo 27 lidí (50.0 %), ženatých, vdaných nebo v registrovaném partnerství bylo 7 osob (13.00 %) a stav rozvedený nebo rozvedená (zrušené registrované partnerství) uvedl 1 člověk (1.90 %). Pro následné porovnání skupin v analýzách byly osoby Svobodné a Rozvedené zařazeny do skupiny Svobodní (*n* = 20) a do skupiny Zadaní (*n* = 34) osoby, které uvedly stav s partnerem či partnerkou, ženatí, vdané nebo registrované partnerství. Celkem 46 osob (85.20 %) z výzkumného souboru uvedlo, že nemá žádné dítě, a jedno a více dětí mělo 8 osob (14.80 %) (Tabulka 1).

Poslední část demografického šetření byla zaměřena na duševní zdraví. Zkušenost s nějakými duševními obtížemi mělo 42 osob (77.80 %), žádnou zkušenost nemělo 11 lidí (20.40 %) a 1 osoba zvolila možnost nepřeji si odpovídat (1.90 %). Odbornou pomoc při duševních potížích vyhledalo 37 lidí (88.10 %) a 17 osob (11.90 %) uvedlo, že žádnou odbornou pomoc nevyhledalo. V další otázce na vyhledaný druh léčby bylo možné vybrat jednu či více odpovědí. Z celkového počtu (*n* = 37) lidí, kteří uvedli, že odbornou pomoc vyhledali, vybralo 9 osob krizové centrum, 17 osob psychiatrickou ambulanci, léky s psychoaktivním účinkem. tj. ovlivňující psychiku (např. antidepresiva, antipsychotika aj.) zvolilo 17 lidí, individuální psychoterapii 30 lidí, skupinovou terapii 5 osob, hospitalizaci 3 osoby a možnost jiné rovněž 3 osoby (Tabulka 1).

Tabulka 1
Deskriptivní statistika demografických údajů v T1

		n	% z celku	kumulativní %
		54	100.0	100.0
Pohlaví				
	Muž	25	46.3	46.3
	Žena	29	53.7	100.0
Gender				
	Žena	26	48.1	48.1
	Muž	26	48.1	48.1
	Nebinární	2	3.7	100.0
Místo narození				
	Česká republika	47	87.0	87.0

	Slovensko	5	9.3	96.3
	USA	2	3.7	100.0
Současné bydliště				
	Česká republika	45	83.3	83.3
	Jiné (než místo narození)	9	16.7	100.0
Studium v současnosti				
	Ne	25	46.3	46.3
	Ano	29	53.7	100.0
Nejvyšší dosažené vzdělání				
	Základní	6	11.1	11.1
	Středoškolské bez maturitou	1	1.9	13.0
	Středoškolské s maturitou	15	27.8	40.7
	Vyšší odborné	2	3.7	44.4
	VŠ bakalářské	13	24.1	68.5
	VŠ magisterské	16	29.6	98.1
	VŠ postgraduální	1	1.9	100.0
Zaměstnání v současnosti				
	Ne	14	25.9	25.9
	Ano	40	74.1	100.0
Někdy zaměstnán/a				
	Ne	3	5.6	5.6
	Ano	51	94.4	100.0
Rodinný stav				
	Svobodný	29	35.2	35.2
	S partnerem/partnerkou	27	50.0	85.2
	Ženatý/vdaná, v registrovaném partnerství	7	13.0	98.1
	Rozvedený/á, zrušené registrované partnerství	1	1.9	100.0
Děti				
	Žádné	46	85.2	85.2
	Jedno a více dětí	8	14.8	100.0
Zkušenost s duševními obtížemi				
	Ne	11	20.4	20.4
	Ano	42	77.8	98.1
	Nepřeji si odpovídat	1	1.9	100.0
Vyhledaná pomoc specialisty/ky				
	Ne	17	11.9	11.9
	Ano	37	88.1	100.0
Druh léčby*		***n***		
		37		

Krizové centrum	9	-	-
Psychiatrická ambulance	17	-	-
Léky s psychoaktivním účinkem	17	-	-
Individuální psychoterapie	30	-	-
Skupinová psychoterapie	5	-	-
Hospitalizace	3	-	-
Jiné	3	-	-

**Odpovídající mohli zaškrtnout 1 a více odpovědí*

7.2 Výzkumný soubor v T2

Inkluzivním kritériem bylo dokončení první části výzkumu, minimální věk 18 let, znalost českého jazyka na úrovni rodilého mluvčího a vyplnění dotazníku HiTOP-SR s vyplněním alespoň 85 % položek. Aplikovaná byla stejná exkluzivní kritéria jako v T1, tzn. byla kontrolována pozornost při odpovídání, konzistence a pravdivost odpovídání, byl měřen čas potřebný na položku. Na základě těchto kritérií bylo ze souboru vyloučeno 7 lidí. Pro posouzení časové stability po přibližně jednom měsíci (v průměru 40 dnů mezi vyplněními) byla využita data od 25 osob. Celková míra úbytku byla 53.70 %. Respondentstvo ve výzkumném souboru T2 bylo ve věku 19-60 let (M = 29.68, SD = 11.32, medián = 26 let). Výzkumný vzorek tvořilo 19 žen (76 %) a v souboru bylo 18 osob ztotožňující se s genderovou identitou žena (72 %), 6 osob ztotožňujících se s genderovou identitou muž (24 %) a 1 osoba ztotožňující se s nebinární identitou (4 %).

V současnosti stále studovalo 14 lidí (56 %). Nejvyšší dosažené vzdělání v T2 bylo postgraduální (4 %) a nejvíce osob uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské bakalářského stupně (32 %), 8 % osob uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní.

V současnosti pracovalo 16 osob (64 %) a 9 lidí uvedlo, že nyní práci nemá (36 %). Zkušenost s prací v minulosti mělo ovšem 24 osob (96 %).

Z výzkumného souboru 6 osob (24 %) uvedlo jako svůj rodinný stav svobodný/á, 13 osob uvedlo stav s partnerem či partnerkou (52 %), stav ženatý/vdaná/registrované partnerství zvolilo 5 osob (20 %) a stav rozvedený uvedla jedna osoba (4 %). Bezdětný stav uvedlo 20 lidí ze vzorku (80 %).

V České republice se narodilo 22 osob (88 %), 2 osoby (8 %) uvedly jako místo narození USA a 1 osoba (4 %) Slovensko, všichni v současnosti žili v místě narození (22, 88 %).

Celkem 20 osob (80 %) uvedlo, že má zkušenost s duševními obtížemi a 18 lidí vyhledalo odbornou pomoc (72 %), 5 lidí si zvolilo na tuto položku neodpovídat (20 %).

Celkové změny oproti T1 ukazují, že byl pozorován lehce vyšší průměrný věk (M = 29.68; SD = 11.32) Největší rozdíl byl zaznamenaný při posuzovaní pohlaví, přičemž u T2 převažovaly ženy (76 % oproti 53.70 %v T1) a dále se lišilo zastoupení osob s nejvyšším dosaženým vzděláním, kdy v T2 bylo mírně vyšší (68 % oproti 59 % v T1). Oproti tomu byl mírný pokles zaměstnaných (64 % oproti 74.10 % v T1). U dalších sledovaných demografických charakteristik se zastoupení příliš neměnilo (rodinný stav, bezdětnost, místo narození). Stejně tak tomu bylo u proměnných vztahujících se k duševnímu zdraví, ačkoli u T2 bylo nižší zastoupení osob, které někdy vyhledaly odbornou pomoc (72 % oproti 88.10 % v T1).

7.3 Použité metody

Dotazník **HiTOP-SR** a jeho zkrácená verze **B-HiTOP-SR** jsou podrobně popsány v úvodní části této práce. HiTOP-SR obsahuje 405 položek, které jsou během zadání randomizovány. Položky posilují celkem 76 škál a 17 subškál (podrobně všechny viz Příloha 1). Dotazované osoby odpovídají na Likertově škále od 1 = vůbec ne, po 4 = hodně. Dotazník **B-HiTOP-SR**, zahrnuje 46 tvrzení z HiTOP-SR, které postihují šest hlavních škál: Antagonismus, Disinhibice, Internalizující, Odtažitost, Poruchy myšlení, Somatoformní. Tato tvrzení, položky, jsou součástí dotazníku HiTOP-SR, které je možné vyhodnotit nezávisle na HiTOP-SR. Respondentstvo se tedy opět ztotožňuje s jednotlivými výroky s ohledem na posledních 12 měsíců a odpovídá na Likertově škále od 1 = vůbec ne, po 4 = hodně. Pro účely této práce bylo těchto 46 tvrzení zadaných na začátku dotazníkového šetření v randomizovaném pořadí.

Demografický dotazník zadávaný na úvod šetření zjišťoval věk, gender, pohlaví, úroveň nejvyššího vzdělání, zaměstnání (současné a zda v minulosti někdy mělo respondentstvo placenou práci), rodinný stav, počet dětí, národnost a současné místo pobytu. Tři otázky se týkaly duševního zdraví (zda osoba měla někdy obtíže s duševním zdravím, zda vyhledala pomoc odborníka a specifikování druhu léčby, který vyhledala).

Dotazník funkčních schopností osobnosti (Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0, LPFS-BF 2.0; Bach & Hutsebaut, 2018) screeningově hodnotí závažnost patologie osobnosti na základě AMPO, kritéria A v rámci DSM-5. Samotná škála se dělí na dvě části – škálu Self (dimenze Identity a Sebeřízení) a Interpersonální škála (dimenze Empatie a Intimita). Obsahuje 12 položek. Položky 1-6 posilují škálu Self a položky 7-12 škálu Interpersonální. Respondentstvo vybírá z odpovědí na čtyřbodové Likertově škále od 1 = velmi/často nepravdivé po 4 = velmi/často pravdivé a uvádí tím, do jaké míry výroky v tuto chvíli platí. Po sečtení položek je dán výsledný skór s maximálním počtem 48, přičemž vyšší skór poukazuje na vyšší míru narušení funkčních schopností osobnosti. Vedle toho je výsledkem skór v oblasti Self a Interpersonální oblasti. Jelikož se jedná o méně trvalé rysy osobnosti, výsledek poukazuje na aktuálně snížené funkční schopnosti osobnosti, ne na nutnou přítomnost psychopatologie. McDonaldova ω se v české adaptaci pohybovala od .78--.88 (Doubková et al., 2022).

V analyzovaném souboru obě škály i celková škála dosáhly dobré vnitřní konzistence, kdy se McDonaldova ω pohybovala od .89 do .89 a Cronbachova α od .80 do .86. Průměrná inter-položkovou korelací (aIC) byla větší než požadovaných .15 (Clark & Watson, 1995).

Modifikovaná zkrácená verze osobnostního inventář pro DSM-5 a MKN-11 (Modified Version of the Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form, PID5BF+M) je zaměřen na hodnocení maladaptivních rysů v rámci AMPO v DSM-5 (Bach et al., 2020; Kerber et al., 2022). Do 6 oblastí osobnostních rysů je rozděleno 36 položek. Jedná se o Negativní afektivitu (emoční labilita, úzkostnost, nejistota z odloučení), Odtažitost (sociální stažení, anhedonie a vyhýbání se intimitě), Antagonismus (manipulativnost, prolhanost, grandiozita), Disinhibice (nezodpovědnost, impulzivita, těkavost pozornosti), Psychoticismus (neobvyklé představy a prožitky, výstřednost, dysregulace myšlení a vnímání) a Anankastie (perfekcionismus, rigidita, pořádnost). Tato zkrácená a modifikovaná verze dotazníku je obohacena o oblast osobnostních rysů Anankastie vycházející z MKN-11. Na čtyřbodové Likertově škále od zcela/často nepravdivé po zcela/často pravdivé se respondentstvo ztotožňuje s pozitivně formulovanými výroky. Po zprůměrování položek patřících do příslušné z 6 oblastí, dostaneme skór dané oblasti. Vyšší skór poukazuje na silnější projevy maladaptivních rysů osobnosti. V české adaptaci nabývala každá z dimenzí vnitřní konzistence Cronbachovy α v rozmezí .56-.75. Doména Disinhibice v tomto případě

dosahovala nižší vnitřní konzistence a autorstvo doporučilo další ověření (Riegel et al., 2021).

Vnitřní konzistence byla v analyzovaném souboru ověřena Cronbachovo α, McDonaldovo ω a aIC. V souboru T1 se Cronbachova α pohybovala v rozmezí .71-.80 a dosahovala přijatelných hodnot. McDonaldova ω nabývala dobré, až vynikající vnitřní konzistence od .86 do .90 a aIC přesahovala požadovaných .15 u všech škál.

Dotazník Světové zdravotnické organizace k hodnocení disability (World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0) je sebeposuzovací metoda vytvořená Světovou zdravotnickou organizací (Üstün et al., 2010; Saltychev et al., 2019). Česká adaptace s 12 otázkami pro sebeposuzování (Sládková, b.r.), která byla využita v rámci této diplomové práce, je zaměřena na potíže vznikající v důsledku zdravotních problémů, do kterých spadají fyzické i psychické, krátkodobé i dlouhodobé. Zkrácený dotazník je určen ke screeningu úrovně funkčního fungování a omezení. Respondetstvo odpovídá na otázky s ohledem na posledních 30 dnů. Na čtyřbodové škále od žádné po extrémní/vůbec nemohu provést zaznamenává, jak velké potíže nastaly v uváděných činnostech. V dalších třech otázkách respondentstvo uvádí počet dní, kdy byly potíže přítomny, kdy jedinec nebyl schopen vykonávat své obvyklé aktivity nebo práci, kdy musel částečně omezit své obvyklé aktivity nebo práci. Výsledný skór je vypočten pomocí oficiálního online kalkulátoru zveřejněného Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS-ČR, 2025), kde suma bodů z jednotlivých položek byla automaticky převedena na procentuální skór v rozsahu 0-100 %. Vyšší procentuální hodnota znamená vyšší úroveň postižení a zhoršené fungování.

V zahraniční psychometrické studii zaměřené na verzi s 12 položkami bylo dosaženo Cronbachovy α v rozmezí .81-.96 (Saltychev et al., 2019).

V rámci této práce dosahovala škála dobré vnitřní konzistence (α = .85). Vnitřní konzistence byla dále posouzena McDonaldovou ω, kdy dosáhla škála vynikající spolehlivosti ω = .90, a aIC, kde bylo dosaženo požadovaných hodnot (aIC > .15).

7.4 Procedura

Tato studie byla schválena etickou komisí Národního ústavu duševního zdraví, Klecany (č.j. 56/24 a 123/24). Data byla sesbírána v období od 15.2. 2025 do 6.10. 2025. Respondenstvo bylo oslovováno kombinací metody příležitostného výběru a sněhové koule.

Všichni respondenti dotazníky vyplnili online prostřednictvím platformy Qualtrics. K vyplnění dotazníkové baterie bylo respondentstvo vyzváno převážně skrze sociální sítě (Instagram, Facebookové skupiny). Další respondentstvo bylo zahrnuto do studie pomocí sněhové koule, kdy již zúčastněné osoby doporučily další vhodné participantstvo. Inkluzivním kritériem účasti na této studii byl minimální věk 18 let a znalost českého jazyka na úrovni rodilého mluvčí. Do výzkumného souboru nebyly zahrnuty osoby mladší 18 let nebo osoby, které vyplnily pouze druhou část výzkumu.

Před zahájením dotazníkového šetření bylo podmínkou potvrdit Informovaný souhlas, skrze který všichni byli předem obeznámeni o účelech výzkumu v rámci této diplomové práce bez nároku na finanční odměnu. Jelikož se výzkum skládá ze dvou částí (pro zjištění test-retest reliability), v případě, že osoby uvedly v úvodu svoji e-mailovou adresu, byl jim po měsíci od vyplnění první části (T1) zaslán e-mail s žádostí k zapojení do druhé části výzkumu (T2). V případě nevyplnění byl po týdnu zaslán e-mail s upomínkou. Vyplnění e-mailové adresy nebylo povinné. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná s možností stáhnutí souhlasu s výzkumem během jakékoli jeho části, a to bez udání důvodu. S údaji a získanými daty je v rámci této diplomové práce nakládáno v souladu s platnými zákony České republiky o ochraně osobních údajů, s čímž bylo účastnictví obeznámeno rovněž v informovaném souhlasu.

Respondentstvo následně vyplňovalo dotazníkovou baterii skládající se ze 6 dotazníků (HiTOP-SR (a B-HiTOP-SR, která je součástí); LPFS-BF 2.0; WHODAS 2.0; PID5BF+M) spolu s demografickým dotazníkem. Osobám, které uvedly svůj kontaktní údaj, byla po měsíci odeslána výzva k vyplnění druhé části dotazníkového šetření. V této fázi vyplňovaly osoby tři otázky zaměřené na duševní zdraví a svou genderovou identitu a následně byly zadány opakovaně dotazníky HiTOP-CZ, B-HiTOP-CZ, LPFS-BF 2.0 a WHODAS 2.0. V online formuláři byla nastavena povinnost odpovědět na všechny položky. Současně však byla u každé položky dostupná možnost odpověď přeskočit, pokud se respondent rozhodl na danou otázku nereagovat.

8 Popis analýzy dat

Data byla analyzována ve statistickém programu JASP (JASP Team, 2025, verze 0.95.2) mimo výpočet vnitřní konzistence položek, který byl proveden za použití programu R (verze 4.4.3). V rámci deskriptivní statistiky byly u všech škál a subškál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR vypočteny průměrné hodnoty (M), směrodatné odchylky (SD), minima a maxima zvlášť pro měření T1 u celého souboru (N = 54), T1 u části souboru, která dokončila T2 (N = 25) a T2 (N = 25). Průměrná hodnota skóre byla vypočtena pro každou škálu zvlášť. U hodnot blížících se dolní hranici (M < 2.00) a s nízkou variabilitou (SD < 0.50) byl identifikován podlahový efekt, naznačující nízkou prevalenci. Normalita byla zjišťována pomocí Shapiro-Wilk testu u T1 (N = 54; N = 25) a T2 (N = 25). Deskriptivní údaje jsou k nalezení v Přílohách.

Vnitřní konzistence jednotlivých škál dotazníků byla posouzena pomocí Cronbachovy α a McDonaldovy ω. Ačkoli je Cronbachovo α v psychologickém výzkumu stále nejčastěji používaným ukazatelem interní konzistence, jeho předpoklady bývají v praxi často porušovány, což může vést k podhodnoceným hodnotám. McDonaldovo ω v současnosti představuje vhodnější a přesnější odhad vnitřní konzistence (McNeish, 2018). U α i ω hodnoty nad .70 byly považovány za ukazatel přijatelné vnitřní konzistence (Tavakol & Dennick, 2011; Stensen & Lydersen, 2022). Dále byla monitorována aIC pro posouzení homogenity a efektivity škál, jejíž optimální rozsah se pohybuje mezi .15 a .50 (Clark & Watson, 1995). U škál, kde nebyly splněny podmínky vnitřní konzistence nejen dle Cronbachovy α, ale také dle McDonalodv ω a/nebo aIC byla analyzována frekvence odpovědí na položku.

Pro zjištění test-retestové stability mezi dvěma měřeními T1 a T2 s odstupem přibližně 1 měsíce byly provedeny korelační analýzy u vzorku respondentstva s kompletními daty v obou časových měřeních (N = 25). Pro analýzu korelace mezi proměnnými byl využit neparametrický Spearmanův koeficient pořadové korelace (ρ) z důvodu ordinální povahy dat a nenaplnění předpokladu normality, kdy rozdělení bylo zešikmeno směrem k nižším hodnotám. Rozmezí hodnot Spearmanova ρ bylo odvozeno od Ali Abd Al-Hameed (2022) a v této práci interpretovány následovně: .01-.49 = nízká, slabá souvislost; .50-.69 = střední, dobrá souvislost; .70-.79 silná souvislost; .80-.89 velmi silná souvislost; ≥ .90 vynikající souvislost. Absolutní shoda mezi T1 a T2 byla ověřena pomocí analýzy intratřídního korelačního koeficientu (ICC) vypočteného dle dvoucestného modelu se smíšenými efekty

a měřením konzistence (ICC (3,1)). Přičemž hodnoty ICC < .50 byly považovány za nedostatečné. Intervaly spolehlivosti (95 % CI) s dolní hranicí pod .50 byly také interpretovány jako známka nedostatečné stability. S ohledem na malou velikost vzorku, a tím potenciálně široké CI, byla hranice ICC ≥ .75 považovány za dostatečně stabilní (Koo & Li, 2016).

Pro ověření souběžné validity byly využity korelační porovnávací analýzy. Vztahy byly hodnoceny pomocí Spearmanových korelací z důvodu nenaplnění podmínek normality vždy alespoň u jedné sledované proměnné. Souběžná validita byla ověřována skrze posouzení korelace mezi skórem B-HiTOP-SR a skóry nástrojů měřících teoreticky související konstrukty (osobnostní fungování, maladaptivní rysy a funkční omezení). Korelace byly prováděny pouze mezi škálami B-HiTOP-SR, u nichž se dle modelu HiTOP předpokládala souvislost s oblastmi využitých nástrojů. Tento cílený přístup byl zvolen kvůli omezení počtu vztahů vzhledem k omezené velikosti souboru, přehlednější interpretaci výsledků a snížení rizika nalezení náhodných asociací. Hladina statistické významnosti byla určena na α =.05. Jelikož bylo prováděno více testů současně, byly *p* hodnoty korigovány s cílem kontrolovat chybu 1. druhu, a to pomocí Holmovy korekce (Holm, 1979) následujícím způsobem:

$$p_{(\mathrm{i})} \leq \frac{\alpha}{\mathrm{m} - \mathrm{i} + 1}$$

Kdy $p_{(i)}$ je i-tá nejmenší *p* hodnota, *m* je celkový počet testů a α je původní hladina významnosti.

Pro nalezení rozdílu mezi dvěma skupinami dle demografických údajů byl použit při splnění podmínky normality rozložení dle Shapiro Wilk testu a splnění homogenity rozptylů (p> .05) pomocí Leveneho F-testu k porovnání průměrů parametrický Studentův T-test (velikost efektu dána hodnotou Cohenova *d*). Při narušení normality nebo u skupiny s nerovnoměrným rozložením byl zvolen neparametrický Mann-Whitney U pořadový test (velikost účinku dána rank biserální korelací r_{rb}).

9 Výsledky

Při prezentování výsledků vycházím z oficiální navržené racionální organizace škál a subškál na spektra a subfaktory dle autorstva HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Society, 2024). Tato organizace se jen minimálně odlišuje od oficiálního grafického zobrazení v teoretické části práce viz Obrázek 1.

9.1 Deskriptivní statistika HiTOP-SR

Základní deskriptivní statistiky (M, SD, min, max) byly vypočteny u 93 škál a subškál HiTOP i 6 škál B-HiTOP pro celý soubor respondentstva při měření T1 (N = 54). Deskriptivní údaje naznačují, že průměrné hodnoty všech škál a subškál v HiTOP pohybovaly mezi M = 1.04-2.88 se směrodatnými odchylkami SD = 0.13-1.01. Minimální a maximální hodnoty škál ukázaly, že účastnictvo využívalo celé spektrum odpovědí Likertovy škály s minimální hodnotou 1 a maximální hodnotou 4, a to u 56 škál a subškál. U většiny škál a subškál se se průměr pohyboval v nižším pásmu (M <2.00). To se potvrdilo u 61 škál a subškál. Rozpětí SD se pohybovalo v rozmezí od 0.13 do 1.01. U tří subškál: Zkreslené vnímání reality-Bludy, Zkreslené vnímání reality-Halucinace, Index specifických fobií-Fobie z injekcí či krve; a dvanácti škál: Antisociální chování, Uklízení, Konverzní symptomy, Počítání, Hazardní hráčství (gambling), Parafilie, Purgativní chování, Zkreslené vnímání reality, Sexuálně vztažené užívání omamných látek, Sociální agrese a Index specifických fobií, byl současně zaznamenán nižší průměr (M <2.00) i omezená variabilita (SD <0.50). Podrobné hodnoty jednotlivých škál a subškál jsou uvedeny v Příloze 1.

Průměrné hodnoty škál a subškál se při první měření T1 (N = 25) pohybovaly v rozmezí M = 1.01-2.77 se směrodatnými odchylkami v rozmezí SD = 0.04-1.12. Přičemž 66 škál a subškál se pohybovalo v nižším rozmezí průměru (M <2.00). Takto nízký průměr současně s nízkou směrodatnou odchylkou (SD<0.50) byl nalezen 3 subškál: Neupřímnost-Manipulace, Zkreslené vnímání reality-Bludy, Zkreslené vnímání reality-Halucinace; a 15 škál: Antisociální chování, Uklízení, Konverzní symptomy, Počítání, Hazardní hráčství (gambling), Hráčství (gaming), Opozičnost, Parafilie, Předčasný orgasmus, Purgativní chování, Zkreslené vnímání reality, Sexuálně vztažené užívání omamných látek, Sociální agrese, Index specifických fobií a Trichotilománie. Podrobné hodnoty jednotlivých škál a subškál jsou uvedeny v Příloze 2.

Při měření T2 (N = 25) byly průměrné hodnoty škál a subškál mezi M = 1.02-2.79 se směrodatnými odchylkami v rozmezí SD = 0.06-1.08. Celkem 68 škála a subškál vykázalo průměr M < 2.00. Takto nízkého průměru a zároveň omezené variabilitu (SD < 0.50) dosáhly 4 subškály: Neupřímnost-Manipulace, Zkreslené vnímání reality-Bludy, Zkreslené vnímání reality-Halucinace, Index specifických fobií-Fobie z injekcí či krve; a 24 škál: Antisociální chování, Bezohlednost, Uklízení, Konverzní symptomy, Počítání, Neupřímnost, Dezorganizace, Disociace, Nárokování, Hazardní hráčství (gambling), Hráčství (gaming), Hromadění, Manická energie, Opozičnost, Parafilie, Předčasný orgasmus, Purgativní chování, Zkreslené vnímání reality, Neklid, Riskování, Rizikové sexuální chování, Sexuálně vztažené užívání omamných látek, Index specifických fobií a Trichotilománie. Podrobné hodnoty jednotlivých škál a subškál jsou uvedeny v Příloze 3.

Porovnání průměrů mezi T1 a T2 (N = 25) ukázalo na minimální změny mezi měřeními, s rozdílem M (T2-T1) v rozmezí -0.27 až 0.31 a s rozdílem SD (T2-T1) v rozmezí -0.26 až 0.23.

9.2 Deskriptivní statistika B-HiTOP-SR

Zkrácená verze B-HiTOP vykázala obdobné rozptyly průměrů i variability ve všech třech případech posuzování.

Při prvním měření T1 (N = 54) se průměrné skóry jednotlivých škál pohybovaly v rozmezí M = 1.57-2.54 se směrodatnou odchylkou v rozmezí SD = 0.52-0.77. Ačkoli se průměrné skóry tři škál (Antagonismus, Somatoformní, Poruchy myšlení) pohybovaly v nižším rozmezí pod M < 2.00, všechny škály prokázaly dostatečnou variabilitu odpovědí (SD > 0.50) (Tabulka 2).

Tabulka 2
Základní deskriptivní údaje B-HiTOP-SR škál v T1 (N=54)

					Shapiro-Wilk	
T1 (N=54)	M	SD	Minimum	Maximum	W	*p*
Antagonismus	1.79	0.61	1.00	3.33	.93	.004
Disinhibice	2.13	0.52	1.22	3.44	.95	.029
Internalizující	2.54	0.77	1.12	3.75	.95	.021
Odtažitost	2.07	0.75	1.00	4.00	.96	.042
Poruchy myšlení	1.57	0.65	1.00	3.67	.83	< .001

T1 (N=54)					Shapiro-Wilk	
	M	SD	Minimum	Maximum	W	*p*
Somatoformní	2.15	0.65	1.00	3.75	.97	.132

U subsouboru respondentstva, které absolvovalo i opakované měření (N = 25), se průměrné hodnoty škál při T1 pohybovaly M = 1.61-2.52 (SD = 0.42-0.83), přičemž 3 škály (Antagonismus, Disinhibice, Poruchy myšlení) byly v nižším průměru (M < 2.00), přičemž u škály Disinhibice se navíc projevila nízká variabilita (SD < 0.50). U druhého měření (T2) se průměrné skóry pohybovaly v rozmezí M = 1.32-2.39 (SD = 0.38-0.80). Opět u tří škál (Antagonismus, Disinihibice a Poruchy myšlení) byl nalezeny průměrné skóry pod hodnotou M < 2.00, přičemž v tomto měření všechny tři škály projevily souběžně omezenou variabilitu (SD < 0.50) (Tabulka 3).

Tabulka 3
Základní deskriptivní údaje B-HiTOP-SR škál v T1 a v T2 (N=25)

T1					Shapiro-Wilk	
	M	SD	Minimum	Maximum	W	*p*
Antagonismus	1.75	0.58	1.00	3.11	.94	.177
Disinhibice	1.97	0.45	1.33	3.22	.92	.061
Internalizující	2.52	0.78	1.25	3.75	.94	.135
Odtažitost	2.13	0.83	1.00	3.80	.94	.154
Poruchy myšlení	1.61	0.71	1.00	3.67	.82	< .001
Somatoformní	2.16	0.67	1.00	3.75	.97	.583
T2						
Antagonismus	1.57	0.42	1.00	2.33	.94	.134
Disinhibice	1.82	0.38	1.11	3.00	.92	.041
Internalizující	2.39	0.68	1.00	3.88	.98	.918
Odtažitost	2.08	0.80	1.00	4.00	.91	.024
Poruchy myšlení	1.35	0.39	1.00	3.67	.83	< .001
Somatoformní	2.02	0.67	1.00	3.62	.96	.404

Po porovnání průměrů a směrodatných odchylek obou měření T1 a T2 došlo jen k minimálnímu poklesu těchto hodnot s rozdílem M (T2-T1) v rozmezí -0.27 až -0.05 a s rozdílem SD (T2-T1) v rozmezí -0.32 až 0.00.

9.3 Vnitřní konzistence škál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR v T1

Na základě porovnání ukazatelů vnitřní konzistence většina škál HiTOP-SR dosahovala požadovaných hodnot. U těchto škál se Cronbachova α pohybovala v souboru T1 mezi .71-.95 a McDonaldova ω od .73 do .97. Škály, které nedosahovaly v souboru T1 požadovaných hodnot vnitřní konzistence (α, ω < .70), ukazuje Tabulka 4. Dle ukazatele McDonaldova ω byly z počtu 76 škál vnitřně nekonzistentní 4. Požadovanou hodnotu aIC nesplnily 2 škály (aIC < .15).

U T1 (N = 54) byla analyzována frekvence odpovědí na jednotlivé položky u škál s nejnižší vnitřní konzistencí. Bylo zjištěno, že u škály Sexuálně vztažené užívání omamných látek volilo průměrně 87 % respondentstva nejnižší možnost 1 = vůbec ne. U Konverzních symptomů byla nejnižší možnost zvolena průměrně u 86 %. U Rizikového sexuálního chování nejnižší možnost 1 = vůbec ne zvolilo 56 % a druhou nejnižší možnost 2 = trochu 22 %. U Purgativního chování byla nejnižší hodnota na položky volena průměrně 91 % účastnictva. Tyto údaje ukazují omezenou variabilitu odpovědí u těchto škál.

McDonaldova ω se u všech škál B-HiTOP pohybovala v rozmezí .76-.90 a všechny škály dosahovaly aIC > . 15. Požadovaných hodnot dle Cronbachovy α (> .70) dosahovalo pět škál v B-HiTOP-SR, jejichž vnitřní konzistence se pohybovala v rozmezí α = .78-.86. Cronbachova α u škály Disinhibice dosáhla hodnoty .64. Další ukazatele vnitřní konzistence byly u této škály v požadované normě. U položek z této škály byly analyzovány frekvence odpovědí, které ukázaly, že na jednu z položek odpovědělo nejnižší hodnotou 1 = vůbec ne 81 % z odpovídajících. Jednalo se o položku zaměřenou na suicidalitu.

Tabulka 4
Reprezentativní tabulka vnitřní konzistence HiTOP-SR škál v T1 (N=54)

	Cronbachova α	McDonaldova ω	aIC	M	M SD
Grandiozita	.69	.81	.27	1.77	0.84
Předčasný orgasmus	.68	.77	.35	1.6	0.94
Parafilie	.67	.78	.29	1.28	0.58
Hazardní hráčství (gambling)	.63	.73	.36	1.07	0.27
Antisociální chování	.59	.79	.17	1.08	0.33

	Cronbachova α	McDonaldova ω	aIC	M	M SD
Rigidita	.59	.73	.22	2.03	0.89
Sexuálně vztažené užívání omamných látek	.53	.56	.27	1.23	0.52
Konverzní symptomy	.50	.56	.13	1.18	0.45
Rizikové sexuální chování	.45	.53	.17	1.75	0.92
Purgativní chování	.16	.28	.06	1.14	0.46

9.4 Vnitřní konzistence škál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR v T2

U výzkumného souboru T2 (N = 25) pouze 4 škály nesplnily podmínky požadované vnitřní konzistence při posouzení McDonaldovy ω (ω < .70). Zbylé škály se pohybovaly v rozmezí ω .75-.97. Celkem 63 škál dosahovalo požadované vnitřní konzistence dle Cronbachovy α, která se u těchto škál pohybovala v rozmezí .72-.96. Škály (Parafilie, Antisociální chování, Hazardní hráčství (gambling)) nesplnily podmínky ani při zohlednění aIC (< .15). Škály, které nesplnily podmínky dle některého z ukazatelů, jsou k nalezení v Tabulce 5.

Při T2 (N = 25) byly frekvence odpovědí analyzovány u škál Ztráty chuti k jídlu, kdy volilo nejnižší možnost 1 = vůbec ne v průměru 54 % respondentstva, u Antisociálního chování 96 %, u Parafilií 88.50 % a u Hazardního hráčství (gambling) dokonce 98.50 %.

McDonaldova ω se u B-HiTOP-SR pohybovala v rozmezí .78-.96 a Cronbachova α v rozmezí .71-.89. Všechny škály dosahovaly aIC > .15.

Tabulka 5
Reprezentativní tabulka vnitřní konzistence HiTOP-SR škál v T2 (N=25)

	Cronbachova α	McDonaldova ω	aIC	M	M SD
Suicidalita	.695	.86	.36	1.52	0.77
Předčasný orgasmus	.68	.81	.34	1.34	0.66
Hromadění	.66	.85	.24	1.59	0.77
Obtíže s dosahováním orgasmu	.66	.82	.39	2.02	1.04
Sociální úzkost	.65	.75	.27	2.13	0.94
Panika	.61	.81	.24	1.76	0.92
Počítání	.58	.87	.22	1.43	0.75
Konverzní symptomy	.57	.86	.18	1.25	0.57

	Cronbachova α	McDonaldova ω	aIC	M	M SD
Uklízení	.55	.79	.17	1.3	0.57
Ztráta chuti k jídlu	.39	.57	.17	1.64	0.74
Parafilie	.28	.55	.09	1.17	0.44
Antisociální chování	.25	.63	.08	1.12	0.47
Hazardní hráčství (gambling)	-.08		-.04	1.04	0.19

9.5 Test-retest stabilita HiTOP

Dotazník HiTOP-SR obsahuje celkem 76 škál, které autorstvo racionálně organizuje do šesti spekter s devíti subfaktory. Pro zvýšení přehlednosti budou výsledky jednotlivých škál prezentovány v rámci těchto spekter a subfaktorů.

9.5.1 Spektrum Odtažitost

Test-retestová stabilita škál v rámci spektra Odtažitosti byla hodnocena porovnáním měření v čase T1 a T2 (N = 25). Škály Omezená afektivita, Nezájem o romantické vztahy, Sociální odtažitost a Well-being vykazovaly silnou až velmi silnou časovou stabilitu v rozmezí ρ = .72-.89. U škál Sociální úzkost a Submisivita se korelační koeficienty pohybovaly v rozmezí ρ = .53-.58, což odpovídá dobré časové stabilitě. Všechny korelace byly pozitivní a statisticky významné ($p < .05$), přičemž většina dosáhla $p < .001$ (Tabulka 6).

U škál ze spektra Odtažitosti se hodnoty ICC pohybovaly v rozmezí od .59 do .86, což svědčí o střední až dobré stabilitě. Nejnižší hodnoty ICC vykazovaly škály Sociální úzkost (ICC = .59, 95% CI [.26; .79], Submisivita (ICC = .65, 95% CI [.35; .83]) a Well-being (ICC = .71, 95% CI [.44; .86]). Ačkoli se tyto výsledky nacházejí v pásmu střední, přijatelné stability, intervaly CI byly poměrně široké (Tabulka 6).

Tabulka 6
Časová stability škál HiTOP-SR v rámci spektra Odtažitost

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Omezená afektivita	-	Omezená afektivita	.79	< .001	.85	.70	.93
Nezájem o romantické vztahy	-	Nezájem o romantické vztahy	.89	< .001	.86	.71	.94
Sociální odtažitost	-	Sociální odtažitost	.75	< .001	.79	.59	.90
Sociální úzkost	-	Sociální úzkost	.53	.006	.59	.26	.79

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Submisivita	-	Submisivita	.58	.003	.65	.35	.83
Well-being	-	Well-being	.72	< .001	.71	.44	.86

9.5.2 Spektrum Externalizující-Anankastie

Časová stabilita v rámci Externalizujícího spektra se subfaktorem Anankastie byla hodnocena porovnáním výsledků měření T1 a T2 (N = 25). Koeficienty se zde pohybovaly v rozmezí ρ = .76-.88, což poukazuje na silnou až velmi silnou časovou stabilitu měření. Všechny korelace mezi T1 a T2 byly pozitivní a statisticky významné ($p < .001$) (Tabulka 7).

Obdobnou test-retestovou stabilitu v čase naznačují u těchto škál hodnoty ICC, které se pohybovaly u 4 škál v rozmezí od .76 do .89. Tyto koeficienty poukazují na dobrou stabilitu v čase. Škála Workoholismus oproti zbytku vykázala střední, přijatelnou stabilitu s hodnotami ICC = .71, přičemž intervaly spolehlivosti byly relativně široké (95% CI [.47; .87]) (Tabulka 7).

Tabulka 7
Časová stability škál HiTOP-SR v rámci Externalizujícího spektra-Anankastie

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Přehnané rozmýšlení	-	Přehnané rozmýšlení	.83	< .001	.83	.64	.92
Perfekcionismus	-	Perfekcionismus	.85	< .001	.89	.76	.95
Rigidita	-	Rigidita	.78	< .001	.76	.53	.89
Averze k riziku	-	Averze k riziku	.88	< .001	.87	.73	.94
Workoholismus	-	Workoholismus	.76	< .001	.72	.47	.87

9.5.3 Spektrum Externalizující-Antagonismus

Test-retestová stabilita škál Externalizujícího spektra se subfaktorem Antagonismu byla hodnocena porovnáním výsledků měření T1 a T2 (N = 25). Celkově se hodnoty korelační koeficientů pohybovaly v rozmezí ρ = .69-.88, přičemž všechny korelace byly pozitivní a statisticky významné ($p < .001$). To poukazuje na dobrou až velmi silnou stabilitu v čase (Tabulka 8).

Hodnoty ICC byly u jednotlivých škál v rozmezí od .67 do .88. Většina škál vykázala dobrou spolehlivost (ICC > .75), což ukazuje na stabilní výsledky v čase. Nejnižší hodnoty ICC vykázaly škály Grandiozita (ICC = .67, 95% CI [.39; .84]) a Nárokování (ICC = .71,

95% CI [.45; .86]), což poukazuje na pásmo střední stability, kde intervaly spolehlivosti byly poměrně široké (Tabulka 8).

Tabulka 8
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Externalizujícího spektra – Antagonismus

T1		T2	ρ	p	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Bezohlednost	-	Bezohlednost	.79	< .001	.78	.57	.90
Neupřímnost	-	Neupřímnost	.88	< .001	.88	.75	.95
Neupřímnost-Klamání	-	Neupřímnost – Klamání	.83	< .001	.84	.66	.92
Neupřímnost – Manipulace	-	Neupřímnost – Manipulace	.88	< .001	.86	.70	.93
Dominantní chování	-	Dominantní chování	.85	< .001	.83	.64	.92
Nárokování	-	Nárokování	.78	< .001	.71	.45	.86
Exhibicionismus	-	Exhibicionismus	.86	< .001	.86	.71	.94
Grandiozita	-	Grandiozita	.69	< .001	.67	.39	.84
Sociální agrese	-	Sociální agrese	.88	< .001	.87	.73	.94

9.5.4 Spektrum Externalizující-Antisociální

Na základě porovnání měření T1 a T2 (N = 25) byla ověřována test-retestová stabilita škál Externalizujícího spektra se subfaktorem Antisociální. Koeficienty se pohybovaly v rozmezí ρ = .52-.68, což poukazuje na dobrou časovou stabilitu. Vztahy byly pozitivní a statistický významné (p = .007 a < .001) (Tabulka 9).

Hodnota ICC u škály Antisociální chování dosáhla .49 (95% CI [.12; .74), což naznačuje nízkou test-retest reliabilitu. Interval spolehlivosti se zde pohyboval v poměrně širokém rozpětí. Škála Opozičnosti oproti tomu vykázala dobrou stabilitu v čase (ICC > .75) (Tabulka 9).

Tabulka 9
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Externalizujícího spektra – Antisociální

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Antisociální chování	-	Antisociální chování	.52	.007	.49	.12	.74
Opozičnost	-	Opozičnost	.68	< .001	.77	.55	.89

9.5.5 Spektrum Externalizující-Disinhibice

Pro zjištění test-retestové stability škál Externalizujícího spektra se subfaktorem Disinhibice byla porovnána měřeni T1 a T2 (N = 25). Korelační koeficienty škál Hazardní hráčství (gambling), Neschopnost vytrvat, Neklid a Riskování se pohybovaly v rozmezí ρ = .61-.69, čímž dosáhly dobré stability v čase. Korelace byly pozitivní a statisticky významné ($p \leq 001$). Silné až velmi silné stability měření dosáhly škály Dezorganizace, Hráčství (gaming), Neschopnost plánovat a Problematické nakupování, kdy se korelační koeficient pohyboval v rozmezí ρ = .71-.81. Vztahy zde byly pozitivní a statisticky významné ($p < .001$) (Tabulka 10).

U poloviny škál dosáhla hodnota ICC nad .75, což svědčí o dobré stabilitě. U škál Hazardní hráčství (gambling), Hráčství (gaming), Neschopnost vytrvat a Riskování se hodnoty ICC pohybovaly v rozmezí od .66 do .71. Ačkoli tyto škály vykázaly střední spolehlivost v čase, intervaly spolehlivosti byly poměrně široké (Tabulka 10).

Tabulka 10
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Externalizujícího spektra – Disinhibice

T1		T2	ρ	p	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Dezorganizace	-	Dezorganizace	.71	< .001	.78	.57	.90
Hazardní hráčství (gambling)	-	Hazardní hráčství (gambling)	.69	< .001	.66	.36	.83
Hráčství (gaming)	-	Hráčství (gaming)	.79	< .001	.71	.44	.86
Neschopnost vytrvat	-	Neschopnost vytrvat	.61	.001	.68	.39	.84
Neschopnost plánovat	-	Neschopnost plánovat	.81	< .001	.78	.57	.90
Problematické nakupování	-	Problematické nakupování	.78	< .001	.79	.58	.90
Neklid	-	Neklid	.67	< .001	.78	.55	.89
Riskování	-	Riskování	.65	< .001	.70	.42	.85

9.5.6 Spektrum Internalizující-Distres

Test-retestová stabilita škál v rámci Internalizujícího spektra se subfaktorem Distres byla hodnocena porovnáním měřením v časech T1 a T2 (N = 25). Většina škál zde dosáhla silné až velmi silné stability (ρ = .72-.88). Škály Kognitivní problémy a Distres a Dysforie-Nedostatek energie, jejichž hodnoty korelačních koeficientů se pohybovaly v rozmezí

ρ = .65-.69, čímž dosáhly dobré stability. Všechny korelace byly pozitivní a prokázaly statistickou významnost ($p < .001$) (Tabulka 11).

U většiny škál bylo dosaženo dobré časové stability (ICC ≥ .75). U škál Kognitivní problémy, Distres a dysforie-Úzkostné obavy, Distres a dysforie-Depresivní nálada, Distres a dysforie-Nedostatek energie, Emocionalita-Zlostná hostilita, kde bylo dosaženo střední test-retestové stability s hodnotami ICC v rozmezí od .57 do .74, intervaly spolehlivosti byly zároveň široké (Tabulka 11).

Tabulka 11
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Internalizujícího spektra – Distres

T1		T2	ρ	p	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Kognitivní problémy	-	Kognitivní problémy	.69	< .001	.57	.23	.78
Distres a dysforie	-	Distres a dysforie	.82	< .001	.81	.62	.91
Distres a dysforie – Anhedonie	-	Distres a dysforie – Anhedonie	.81	< .001	.83	.66	.92
Distres a dysforie – Úzkostné obavy	-	Distres a dysforie – Úzkostné obavy	.72	< .001	.73	.48	.87
Distres a dysforie – Depresivní nálada	-	Distres a dysforie – Depresivní nálada	.74	< .001	.74	.49	.87
Distres a dysforie – Nedostatek energie	-	Distres a dysforie – Nedostatek energie	.65	< .001	.64	.33	.82
Distres a dysforie – Stud/Vina	-	Distres a dysforie – Stud/Vina	.77	< .001	.76	.53	.89
Emocionalita	-	Emocionalita	.88	< .001	.87	.73	.94
Emocionalita – Afektivní labilita	-	Emocionalita – Afektivní labilita	.85	< .001	.85	.69	.93
Emocionalita – Zlostná hostilita	-	Emocionalita – Zlostná hostilita	.79	< .001	.71	.44	.86
Emocionalita – Iritabilita	-	Emocionalita – Iritabilita	.79	< .001	.80	.59	.90
Insomnie	-	Insomnie	.75	< .001	.75	.51	.88
Noční můry	-	Noční můry	.85	< .001	.81	.61	.91
Automutilace bez suicidálního úmyslu	-	Automutilace bez suicidálního úmyslu	.81	< .001	.91	.81	.96
Suicidalita	-	Suicidalita	.81	< .001	.87	.73	.94

9.5.7 Internalizující spektrum-Poruchy příjmu potravy

Test-retestová stabilita škál Internalizujícího spektra, subfaktoru Poruchy příjmu potravy, byla zjišťována porovnáním měření T1 a T2 (N = 25). Velmi silné až vynikající stability v čase dosáhly škály Záchvatovité přejídání, Nespokojenost s vlastním tělem, Zaměření na vlastní tělo, Dietní omezování, Vybíravost v jídle, Budování svalové hmoty, Purgativní chování a Omezené stravování, jejichž korelační hodnoty se pohybovaly v rozmezí ρ = .81-.95. Korelační koeficienty škál Ztráta chuti k jídlu a Excesivní cvičení dosáhly hodnot v rozmezí ρ = .57-.65, což odpovídá dobré stabilitě. Všechny korelace byly pozitivní a statisticky významné; většina škál měla $p < .001$, zatímco jedna korelace dosáhla $p = .003$ (Tabulka 12).

Celkem 8 škál vykázalo dobrou stabilitu, kde se hodnoty ICC pohybovaly od .78 do .93. Škála Ztráta chuti k jídlu (ICC = .68, 95% CI [.39; .84]) a Záchvatovité přejídání (ICC = .69, 95% CI [.42; .85]) se pohybovaly v pásmu střední stability. U těchto škál byly zjištěny široké intervaly spolehlivosti (Tabulka 12).

Tabulka 12
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Internalizujícího spektra – Poruchy příjmu potravy

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Ztráta chuti k jídlu	-	Ztráta chuti k jídlu	.65	< .001	.68	.39	.84
Záchvatovité přejídání	-	Záchvatovité přejídání	.83	< .001	.69	.42	.85
Nespokojenost s vlastním tělem	-	Nespokojenost s vlastním tělem	.83	< .001	.82	.63	.92
Zaměření na vlastní tělo	-	Zaměření na vlastní tělo	.95	< .001	.93	.85	.97
Dietní omezování	-	Dietní omezování	.90	< .001	.89	.78	.95
Excesivní cvičení	-	Excesivní cvičení	.57	.003	.78	.56	.90
Vybíravost v jídle	-	Vybíravost v jídle	.86	< .001	.80	.60	.91
Budování svalové hmoty	-	Budování svalové hmoty	.91	< .001	.91	.80	.96
Purgativní chování	-	Purgativní chování	.81	< .001	.81	.62	.91
Omezené stravování	-	Omezené stravování	.82	< .001	.85	.69	.93

9.5.8 Internalizující spektrum-Strach

Časová stabilita škál Internalizujícího spektra se subfaktorem Strachu byla hodnocena porovnáním časových měření T1 a T2 (N = 25). Škály Agorafobie, Index specifických fobií a Reakce na trauma prokázaly vynikající časovou stabilitu (ρ = .91-.93). U většiny škály se

hodnoty koeficientů pohybovaly v rozmezí ρ = .71-.85, což odpovídá silné až velmi silné stabilitě. Dobré stability dosáhly 4 škály, jejichž korelační koeficienty nabývaly hodnot ρ = .62-.69. Všechny korelace zde byly pozitivní a statisticky významné (p < .001) (Tabulka 13).

Hodnoty ICC se zde u jednotlivých škál pohybovaly mezi .53 a .92. Devět škál vykázalo dobrou až vynikající test-retest spolehlivost (ICC > .75). U škál Kontrolování, Uklízení, Počítání, Index specifických fobií-fobie z injekcí/krve a Trichotilománie, které se pohybovaly v pásmu střední stability (ICC mezi .50-.75) byly zjištěny relativně široké intervaly spolehlivosti (Tabulka 13).

Tabulka 13
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Internalizujícího spektra – Strach

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Agorafobie	-	Agorafobie	.93	< .001	.89	.77	.95
Kontrolování	-	Kontrolování	.63	< .001	.62	.30	.81
Uklízení	-	Uklízení	.68	< .001	.56	.21	.78
Počítání	-	Počítání	.69	< .001	.72	.46	.87
Exkoriace	-	Exkoriace	.62	< .001	.86	.71	.94
Hromadění	-	Hromadění	.74	< .001	.81	.62	.91
Hypervigilance	-	Hypervigilance	.79	< .001	.79	.58	.90
Panika	-	Panika	.84	< .001	.86	.70	.93
Index specifických fobií	-	Index specifických fobií	.92	< .001	.92	.83	.97
Index specifických fobií – fobie ze zvířat/hmyzu	-	Index specifických fobií – fobie ze zvířat/hmyzu	.81	< .001	.92	.82	.96
Index specifických fobií – fobie z injekcí/krve	-	Index specifických fobií – fobie z injekcí/krve	.72	< .001	.73	.48	.87
Index specifických fobií – situační fobie	-	Index specifických fobií – situační fobie	.85	< .001	.87	.72	.94
Reakce na trauma	-	Reakce na trauma	.91	< .001	.89	.78	.95
Trichotilománie	-	Trichotilománie	.71	< .001	.53	.18	.76

9.5.9 Spektrum Internalizující-Sexuální problémy

Časová stabilita škál v rámci Internalizujícího spektra se subfaktorem Sexuální problémy, byla posuzována porovnáním měření z časových úseků T1 a T2 (N = 25). Čtyři škály zde dosahovaly dobré stability v čase, přičemž hodnoty korelačního koeficientu se pohybovaly v rozmezí ρ = .53-.61. Tyto škály poukázaly na pozitivní a statisticky významnou souvislost ($p < .01$). Škála Nízká sexuální vzrušivost vykázala nízkou pozitivní korelaci v čase bez dosažení statistické významnosti ($p = .139$). U zbylých škál se korelační koeficient pohyboval v rozmezí ρ = .71-.89, což poukazuje na silnou až velmi silnou stabilitu. Korelace byly pozitivní a statisticky významné ($p < .001$) (Tabulka 14).

ICC hodnoty se pohybovaly v širokém rozmezí od .29 do .94. Pět škál vykázalo dobrou až vynikající spolehlivost s ICC hodnotami v rozmezí .76 až .94. Škály Obtíže s dosahováním orgasmu a Rizikové sexuální chování vykázaly střední stabilitu (ICC mezi .50-.75), přičemž intervaly spolehlivosti byly poměrně široké. Výrazně nízkou stabilitu vykazovala škála Nízká sexuální vzrušivost (ICC = .29, 95% CI [-.11; .61]) s negativní dolní hranící CI a škála Parafilie (ICC = .41, 95% CI [.02; .69]) s rovněž relativně širokým intervalem spolehlivosti (Tabulka 14).

Tabulka 14
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Internalizujícího spektra – Sexuální problémy

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Obtíže s dosahováním orgasmu	-	Obtíže s dosahováním orgasmu	.61	.002	.61	.29	.81
Nízká sexuální vzrušivost	-	Nízká sexuální vzrušivost	.30	.139	.29	-.11	.61
Nízký sexuální zájem	-	Nízký sexuální zájem	.84	< .001	.81	.61	.91
Parafilie	-	Parafilie	.53	.006	.41	.02	.69
Předčasný orgasmus	-	Předčasný orgasmus	.54	.006	.78	.56	.90
Rizikové sexuální chování	-	Rizikové sexuální chování	.86	< .001	.70	.43	.86
Sexuálně vztažené užívání omamných látek	-	Sexuálně vztažené užívání omamných látek	.59	.002	.80	.59	.91
Sexuální distres	-	Sexuální distres	.89	< .001	.94	.86	.97
Bolest při sexu	-	Bolest při sexu	.71	< .001	.76	.53	.89

9.5.10 Spektrum Internalizující a Poruchy myšlení-Mánie

Test-retestová stabilita v rámci Internalizujícího spektra a spektra Poruch myšlení, kam spadá subfaktor Mánie, byla posuzována porovnáním měření dvou časových měření T1 a T2 (N = 25). Byla zjištěna pozitivní a statisticky významná souvislost ($p < .001$) u škály Manická energie, která dosáhla dobré stability v čase (ρ =.63) (Tabulka 15).

Ačkoli bylo dosaženo pásma střední stability (ICC = .59), interval spolehlivosti byl široký (Tabulka 15).

Tabulka 15
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Internalizujícího spektra a spektra Poruch myšlení – Mánie

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Manická energie	-	Manická energie	.63	< .001	.59	.26	.80

9.5.11 Spektrum Somatoformní

Test-retestová stabilita v rámci Somatoformního spektra byla ověřována porovnáním časových měření T1 a T2 (N = 25). Hodnoty korelačních koeficientů se pohybovaly u většiny škál v rozmezí ρ = .62-.76, což odpovídá dobré až silné stabilitě. Škála Tělesný distres dosáhla velmi silné stability (ρ =.85). V rámci tohoto spektra bylo dosáhnuto pozitivní a statisticky významné korelace napříč všemi škálami ($p < .001$) (Tabulka 16).

U většiny škály se ICC hodnoty pohybovaly od .75 do .85, což svědčí o dobré test-retest spolehlivosti. U škály Konverzní symptomy bylo dosaženo hodnoty ICC .66. Ačkoli se tyto výsledky nacházejí v pásmu střední stability, interval spolehlivosti je u této škály poměrně široký (Tabulka 16).

Tabulka 16
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci Somatoformního spektra

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Úzkost ohledně zdraví	-	Úzkost ohledně zdraví	.69	< .001	.82	.62	.91
Zaujetí somatickou stránkou	-	Zaujetí somatickou stránkou	.75	< .001	.75	.51	.88
Konverzní symptomy	-	Konverzní symptomy	.76	< .001	.66	.36	.83
Přesvědčení o onemocnění	-	Přesvědčení o onemocnění	.62	< .001	.77	.54	.89
Tělesný distres	-	Tělesný distres	.85	< .001	.85	.69	.93

9.5.12 Spektrum Poruchy myšlení

Časová stabilita v rámci spektra Poruch myšlení byla zjišťována porovnáním měření T1 a T2 (N = 25). Korelační koeficienty se u většiny škál pohybovaly v rozmezí ρ = .78-.89, což poukazuje na silnou až velmi silnou stabilitu v čase. U těchto škál byla zjištěna pozitivní korelace a statistická významnost ($p < .001$). U škál Disociace, Zkreslené vnímání reality, Zkreslené vnímání reality-Bludy, Zkreslené vnímání reality-Halucinace bylo dosaženo pouze dobré stability (ρ = .53-.65), přičemž korelace byly pozitivní a statistický významné ($p = .006$ až $p < .001$) (Tabulka 17).

Byla nalezena značná variabilita, jelikož se hodnoty ICC v rámci spektra Poruch myšlení pohybovaly v rozmezí od .45 do .88. Většina škál dosáhla dobré test-retest stability (ICC ≥ .75). Nízkou reliabilitu vykazovala škála Disociace (ICC = .45) s velmi vysokým intervalem spolehlivosti (95% CI [.08; .71]). Škály Zkreslené vnímání reality, Zkreslené vnímání reality-Bludy a Zkreslené vnímání reality-Halucinace dosáhly střední stability (ICC mezi .50-.65) s širokými intervaly spolehlivosti (Tabulka 17).

Tabulka 17
Časová stabilita škál HiTOP-SR v rámci spektra Poruchy myšlení

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Disociace	-	Disociace	.61	.001	.45	.08	.71
Excentričnost	-	Excentričnost	.89	< .001	.85	.68	.93
Sklon k fantazírování	-	Sklon k fantazírování	.78	< .001	.79	.57	.90
Nedůvěra	-	Nedůvěra	.88	< .001	.88	.75	.95
Nedůvěra – Cynismus	-	Nedůvěra – Cynismus	.84	< .001	.87	.72	.94
Nedůvěra – podezíravost	-	Nedůvěra – podezíravost	.79	< .001	.78	.56	.90
Zkreslené vnímání reality	-	Zkreslené vnímání reality	.58	.003	.52	.17	.76
Zkreslené vnímání reality – Bludy	-	Zkreslené vnímání reality – Bludy	.53	.006	.65	.35	.83
Zkreslené vnímání reality – Halucinace	-	Zkreslené vnímání reality – Halucinace	.65	< .001	.50	.14	.75

9.6 Test-retest stabilita B-HiTOP-SR

Test-retest stabilita škál B-HiTOP byla hodnocena porovnáním dvou časových úseků T1 a T2 (N = 25). Korelační koeficienty se u škál Disinhibice, Somatoformní a Poruchy myšlení pohybovaly v rozmezí ρ = .57-67, čímž dosáhly dobré střední stability. Škály

korelovaly pozitivně a byly statisticky významné (v rozmezí *p* od .003 do < .001). Škály Internalizující, Odtažitost, Antagonismus dosahovaly silné až velmi silné stability v čase (ρ = .73-.85, *p* < .001) (Tabulka 18).

Hodnoty ICC se u jednotlivých škál B-HiTOP-SR pohybovaly v rozmezí od .44 do .80. Polovina škál vykazovala dobrou časovou stabilitu (ICC ≥ .75). Ačkoli škála Disinhibice a Internalizující škála dosáhly střední test-retest stability, intervaly spolehlivosti byly relativně široké (dolní hranice CI pod .50). Škála Poruch myšlení vykázala nízkou, respektive špatnou stabilitu v čase (ICC = .44, 95% CI [.06; .71]) (Tabulka 18).

Tabulka 18
Časová stabilita škál B-HiTOP-SR

T1		T2	ρ	*p*	ICC (3,1)	Dolní 95% CI	Horní 95% CI
Antagonismus	-	Antagonismus	.85	< .001	.80	.59	.91
Odtažitost	-	Odtažitost	.77	< .001	.78	.57	.90
Disinhibice	-	Disinhibice	.57	.003	.69	.41	.85
Internalizující	-	Internalizující	.73	< .001	.73	.47	.87
Somatoformní	-	Somatoformní	.67	< .001	.75	.52	.88
Poruchy myšlení	-	Poruchy myšlení	.59	.002	.44	.06	.71

9.7 Souběžná validita

Deskriptivní údaje využitých dotazníků pro posouzení souběžné validity B-HiTOP-SR ukazuje Tabulka 19.

Tabulka 19
Základní deskriptivní údaje využitých dotazníků (N=54)

					Shapiro-Wilk	
	M	SD	Minimum	Maximum	W	*p*
PID5 – Negativní afektivita	1.15	0.71	0.00	2.50	.96	.048
PID5 – Odtažitost	0.79	0.58	0.00	2.00	.94	.007
PID5 – Antagonismus	0.64	0.63	0.00	2.67	.88	< .001
PID5 – Disinihibice	1.07	0.61	0.00	2.33	.96	.062
PID5 – Psychoticismus	0.76	0.78	0.00	2.33	.92	.002
PID5 – Anankastie	0.98	0.66	0.00	2.50	.95	.015

LPFS – Total*	24.96	7.54	13.00	44.00	.94	.013
LPFS – Self*	13.64	4.34	7.00	23.00	.95	.028
LPFS – Interpersonální*	11.00	4.23	6.00	23.00	.92	.001
WHODAS	18.64	13.90	0.00	66.67	.93	.002

*Poznámka: *N=53; PID5=Osobnostní maladaptivní rysy dle PID5BF+M; LPFS=Úroveň funkčních schopností osobnosti dle LPFS-BF 2.0; WHODAS=úroveň funkčního omezení dle WHODAS 2.0*

9.7.1 Souvislost B-HiTOP-SR a LPFS-BF 2.0

Posuzována byla souvislost mezi škálami LPFS-BF 2.0 a jednotlivými škálami B-HiTOP-SR. Po aplikaci Holmovy korekce bylo šest z devíti vztahů shledáno statisticky významnými s původními *p*-hodnotami mezi $p < .001$ a $p = .022$. Spearmanův korelační koeficient poukázal na slabé až silné pozitivní vztahy ($\rho = .40$-$.71$).

Slabé, pozitivní korelace bylo dosaženo mezi celkovým skorem LPFS-BF 2.0 a B-HiTOP-SR škálou Antagonismus ($\rho = .31$), LPFS-BF 2.0 Interpersonální škálou a B-HiTOP-SR škálou Antagonismu ($\rho = .30$) a Interpersonální škálou a B-HiTOP-SR škálou Disinhibice ($\rho = .23$). Po korekci tyto vztahy nedosáhly statistické významnosti (Tabulka 20).

Tabulka 20
Spearmanův korelační koeficient mezi škálami B-HiTOP-SR a LPFS-BF 2.0 (N = 53)

			ρ	*p*
LPFS – Total	-	BHiTOP – Odtažitost	.50	< .001*
LPFS – Total	-	BHiTOP – Internalizující	.71	< .001*
LPFS – Total	-	BHiTOP – Somatoformní	.62	< .001*
LPFS – Total	-	BHiTOP – Poruchy myšlení	.50	< .001*
LPFS – Total	-	BHiTOP – Disinhibice	.40	.003*
LPFS – Total	-	BHiTOP – Antagonisus	.31	.022
LPFS – Self	-	BHiTOP – Internalizující	.68	< .001*
LPFS – Interpersonální		BHiTOP – Antagonismus	.30	.031
LPFS – Interpersonální		BHiTOP – Disinhibice	.23	.091

			ρ	*p*

*Poznámka: * p*-hodnoty zůstaly statisticky významné po aplikaci Holmovy korekce; *LPFS=Úroveň funkčních schopností osobnosti dle LPFS-BF 2.0 (Total=celkový skór LPFS-BF 2.0); BHiTOP=B-HiTOP-SR-zkrácená verze dotazníku HiTOP-SR*

9.7.2 Souvislost škál B-HiTOP-SR a maladaptivních rysů PID5BF+M

Spearmanův korelační koeficient poukázal na střední až silnou pozitivní souvislost většiny škál B-HiTOP-SR s maladaptivními rysy PID5BF+M (ρ = .53-.63; $p < .001$). Tyto vztahy zůstaly i po aplikaci Holmovy korekce statisticky významné. Škála Odtažitost s rysem Odtažitost poukázala na pozitivní slabou, ale statisticky významnou korelaci. Vztah mezi škálou Antagonismus a rysem Disinhibice (ρ = .21) a škálou Disinhibice a rysem Anankastie (ρ = .22) dosáhl pozitivní slabé souvislosti. Statistické významnosti zde nebylo dosaženo ani před korekcí (Tabulka 21).

Tabulka 21
Spearmanův korelační koeficient mezi škálami B-HiTOP a rysy PID5BF+M (N=54)

			ρ	*p*
PID5 – Antagonismus	-	BHiTOP – Antagonismus	.63	< .001*
PID5 – Odtažitost	-	BHiTOP – Odtažitost	.48	< .001*
PID5 – Negativní afektivita	-	BHiTOP – Internalizující	.61	< .001*
PID5 – Psychoticismus	-	BHiTOP – Poruchy myšlení	.54	< .001*
PID5 – Disinhibice	-	BHiTOP – Disinhibice	.53	< .001*
PID5 – Anankastie	-	BHiTOP – Disinhibice	.22	.107
PID5 – Disinhibice	-	BHiTOP – Antagonismus	.21	.120

* *p*-hodnoty zůstaly statisticky významné po aplikaci Holmovy korekce
Poznámka: PID5= Osobnostní maladaptivní rysy dle PID5BF+M; BHiTOP=B-HiTOP-SR-zkrácená verze dotazníku HiTOP-SR

9.7.3 Souvislost škál B-HiTOP-SR a WHODAS 2.0

Při posuzování vztahu mezi B-HiTOP-SR škálami a WHODAS 2.0 celkem pět korelací dosáhlo statistické významnosti. *P*-hodnoty těchto korelací se pohybovaly mezi $p < .001$ a $p = .012$ a všechny zůstaly významné i po aplikaci Holmovy korekce. Spearmanův korelační koeficient se zde pohyboval v rozmezí ρ = .34-.48, což poukazuje na slabý až střední pozitivní vztah. Škály B-HiTOP-SR Antagonismus a WHODAS 2.0 vykázaly

zanedbatelný, pozitivní vztah (ρ = .16), který nebyl statisticky významný ani před aplikací Holmovy korekce (Tabulka 22).

Tabulka 22
Spearmanův korelační koeficient mezi škálami B-HiTOP a WHODAS 2.0 (N=54)

			ρ	*p*
WHODAS	-	BHiTOP – Odtažitost	.48	< .001*
WHODAS	-	BHiTOP – Internalizující	.54	< .001*
WHODAS	-	BHiTOP – Somatoformní	.46	< .001*
WHODAS	-	BHiTOP – Poruchy myšlení	.43	.001*
WHODAS	-	BHiTOP – Disinhibice	.34	.012*
WHODAS	-	BHiTOP – Antagonismus	.16	.239

*Poznámka: * p-hodnoty zůstaly statisticky významné po aplikaci Holmovy korekce; WHODAS=úroveň funkčního omezení dle WHODAS 2.0; BHiTOP=B-HiTOP-SR-zkrácená verze dotazníku HiTOP-SR*

9.7.4 Souvislost s demografickými charakteristikami

Deskriptivní statistiky a rozdíly mezi muži a ženami v jednotlivých škálách B-HiTOP-SR jsou uvedeny v Tabulce 23. Pět testů nepoukázalo na statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami ve skórování na jednotlivých škálách. Velikost pozorovaného účinku (r_{rb}) se u Mann-Whitney U pohybovala v rozmezí od zanedbatelného po slabý negativní účinek (r_{rb} = -.04 až -.22). Velikost efektu (*d)* se u Studentova T-testu pohybovala od středního negativního efektu po zanedbatelný pozitivní efekt (d = -0.59 až 0.16). Studentův T-test potvrdil jeden statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami ve výsledcích v rámci Somatoformní škály se střední velikostí účinku; $t(52)$ = -2.17, p = .035, d = -0.59.

Tabulka 23
Výsledky t-testů pro rozdíly mezi muži a ženami na škálách B-HiTOP-SR (N = 54)

	Skupina	*n*	M	Medián	SD	SE	Testy rozdílů
Antagonismus	muži	25	1.89	1.78	0.594	0.119	U = 441.50; p = .172, r_{rb} = -.22
	ženy	29	1.71	1.44	0.623	0.116	
Odtažitost	muži	25	2.15	2.20	0.621	0.124	U=406.50; p = .448, r_{rb} = -.12
	ženy	29	2.03	2.00	0.848	0.157	
Disinhibice	muži	25	2.17	2.22	0.574	0.115	

	Skupina	*n*	M	Medián	SD	SE	Testy rozdílů
Internalizující	ženy	29	2.09	2.00	0.468	0.087	$t(52) = 0.57$; $p = .573$, $d = 0.16$
	muži	25	2.42	2.25	0.812	0.162	$t(52) = -1.06$; $p = .296$, $d = -0.29$
Somatoformní	ženy	29	2.64	2.75	0.734	0.136	
	muži	25	1.95	1.75	0.676	0.135	$t(52) = -2.17$, $p = .035$, $d = -0.59$
Poruchy myšlení	ženy	29	2.32	2.38	0.593	0.110	
	muži	25	1.57	1.50	0.583	0.117	U = 376.50; $p = .812$, $r_{rb} = -.04$
	ženy	29	1.56	1.17	0.711	0.132	

Při posuzování souvislosti mezi věkem a šesti škálami B-HiTOP-SR se Spearmanův korelační koeficient (ρ) pohyboval v rozmezí od -.25 po -.13, což poukazuje zanedbatelný až slabý negativní vztah. Všechny korelace se ukázaly jako negativní a statisticky nevýznamné ($p > .05$).

Další analyzovanou proměnou bylo vzdělání. Porovnání skupin s Nižším ($n = 22$) a Vyšším ($n = 32$) vzděláním neprokázalo žádné statisticky významné rozdíly u žádné ze škál B-HiTOP-SR ($p > .05$).

Porovnání dle rodinného stavu skupiny Svobodní ($n = 20$) a Zadaní ($n = 34$) prokázalo statisticky signifikantní rozdíl se střední velikostí účinku u škály Odtažitost; $t(52) = 2.31$, p=.025, d=0.65. Přičemž svobodné osoby dosahovaly v průměru vyššího skóre. Přestože výsledek u škály Internalizující nedosáhl konvenční statistické významnosti ($p = .05$), byla zjištěna střední věcná významnost mezi Svobodnými a Zadanými; $t(52) = 2.00$, p=.051, d=0.56, kdy i zde Svobodné osoby dosahovaly vyššího průměru. Zbylé škály B-HiTOP-SR nepoukázaly na statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami a věcná významnost poukazovala jen na malé rozdíly.

Výsledky rozdílu u skupiny Bez zkušenosti s duševními obtížemi ($n = 11$) a skupiny Se zkušeností s duševními obtížemi ($n = 42$) ukázaly statisticky významné rozdíly u škál Odtažitost, U = 109; $p = .007$, $r_{rb} = .53$; Disinhibice, U=133; $p = .032$, $r_{rb} = .42$; Internalizující, U = 53; $p < .001$, $r_{rb} = .77$.; Somatoformní, U=100; $p = .004$, $r_{rb} = .57$; Poruchy myšlení U = 105; $p = .005$, $r_{rb} = .54$; a jednalo se o střední až velkou věcnou významnost. Osoby Se zkušenosti s duševními obtížemi dosáhly vyšších mediánů než osoby, které uvedly, že

nemají zkušenost s duševními obtížemi. Rozdíl u škály Antagonismus nebyl statisticky významný.

10 Diskuse

Cílem práce bylo popsat proces adaptace dotazníku HiTOP-SR (a B-HiTOP-SR) do českého jazyka. Do tohoto procesu jsem byla zapojena od samého počátku a podílela jsem se na překladu dotazníku. V návaznosti tak bylo hlavním cílem pilotní ověření základních psychometrických vlastností těchto dotazníků. Výzkumný soubor se skládal z 54 osob (53.70 % žen) ve věku 18-60. Pro ověření test-retest stability v čase T1 a T2 byl výzkumný soubor složen z 25 osob (76 % žen) ve věku 19-60 let, které se zúčastnily obou měření. Celková míra úbytku činila 53.70 %. Výsledky práce potvrdily, že i přes celkově nižší skóry napříč škálami a částečně omezenou variabilitu u některých škál obou dotazníků, bylo dosaženo u většiny požadované vnitřní konzistence a většina škál ukázala na pořadovou i absolutní shodu v čase v průměru 40 dnů mezi měřeními. Tím dotazníky poukázaly na časovou stabilitu. Na závěr výsledky částečně potvrdily očekávanou souběžnou validitu B-HiTOP-SR. Jednotlivé škály se pojily s očekávanými funkčními schopnostmi osobnosti, maladaptivními rysy i omezeným funkčním fungováním. Demografické faktory ukázaly jen omezený vliv.

10.1 Deskriptivní statistika HiTOP-SR

Deskriptivní údaje HiTOP ukazují, že v běžné populaci (N = 54) byly průměrné hodnoty škál a subškál převážně nízké (M = 1.04-2.88), přičemž z celkového počtu 93 škál a subškál, nižšího pásma průměru pod 2.00 dosáhlo 61 z nich. Tyto výsledky odpovídají očekáváním, že výskyt symptomů psychopatologie u běžné populace je spíše omezený a potvrzují jej rovněž závěry ze zahraničních preprintů zaměřených na validizaci HiTOP-SR (Faulkenberry et al., 2025; Zimmermann et al., 2024). Rozsahy hodnot (Min = 1, Max = 4) potvrzují, že nástroj pokrývá celé možné spektrum odpovědí u většiny škál i subškál, a to u 56 z nich. Některé škály a subškály nevyužily celé rozpětí odpovědí a měly nízkou variabilitu, což může odrážet omezený výskyt symptomů v běžné populaci. Tyto výsledky odráží dimenzionální charakter škál vycházejících z HiTOP modelu, které umožňují zachycení i nižší míry narušení. Tím by měly být schopné rozlišovat individuální rozdíly bez nutnosti výskytu psychopatologie (Cicero et al., 2024; Kotov et al., 2017).

Ověřování stability měření v čase je důležitým aspektem reliability, neboť ukazuje, zda dotazník poskytuje konzistentní a nenáhodné výsledky napříč opakovanými měřeními (Reiterová, 2008). Pro posouzení stability v čase byly průměrné hodnoty a rozptyly porovnány mezi měřením T1 a T2 u respondentstva, které se účastnilo obou měření (N = 25).

Tato skupina představovalo přibližně polovinu původního souboru a demograficky zde byly zaznamenány mírné změny v zastoupení některých skupin oproti původnímu souboru, kdy největším rozdílem bylo zvýšené zastoupení žen.

Deskriptivní údaje tohoto měření ukázaly, že rozdíly průměrů mezi T1 a T2 byly relativně malé (rozdíl M = -0.27 až 0.31), což poukazuje na poměrně srovnatelné odpovídání napříč měřením. Směrodatné odchylky se rovněž pohybovaly v obdobném rozmezí (rozdíl SD = -0.26 až 0.23). U několika škál a subškál byl napříč měřeními zaznamenán omezený rozptyl hodnot, což může naznačovat, že v běžné populaci se tyto symptomy vyskytují jen zřídka a zároveň to může odrážet omezenou velikost souboru (N = 25) pro zachycení dostatečné rozptylu. Jelikož se tento efekt objevil u obou měření, může spíše souviset s nízkou variabilitou u takto malého vzorku než s nestabilitou nástroje.

10.2 Deskritpivní statistika B-HiTOP-SR

U B-HiTOP-SR se při prvním měření T1 (N = 54) některé ze škál pohybovaly v nižším průměru a bylo tak nutné zohlednit podlahový efekt u následných analýz. V T1 však žádná ze škál neprojevila současně nízký průměr a nízkou variabilitu.

U menšího souboru (N = 25), který se účastnil jak T1 tak T2, se u škál Antagonismus, Disinihibice a Poruchy myšlení ukázal nejen celkově nižší průměr, ale projevila se také omezená variabilita. Rozdíly mezi měřeními u tohoto souboru ovšem byly minimální. Nízká variabilita snižuje korelační koeficienty, což má za následek podhodnocování test-retest spolehlivosti, který je tak nutné brát s opatrností s ohledem na tyto závěry (Cohen et al., 2003).

Celkově lze konstatovat, že v průměru respondenstvo odpovídalo relativně konzistentně a výsledky potvrzují, že většina škál a subškál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR zachovává obdobné rozložení odpovědí i po opakovaném měření. Nižší průměrné hodnoty odpovídají očekávané stabilitě u souboru běžné populace.

10.3 Vnitřní konzistence HiTOP-SR a B-HiTOP-SR

Posuzování vnitřní konzistence je klíčové pro ověření, zda položky v rámci škály měří tentýž konstrukt. Vnitřní konzistence škál byla hodnocena zvlášť pro měření T1 (N = 54) a T2 (N = 25) a u většiny škál byla na přijatelné úrovni dle všech tří ukazatelů (α, ω, aIC). Při prvním měření HiTOP-SR se hodnoty u většiny škál pohybovaly nad požadovaných $\alpha, \omega \geq 70$, což potvrzuje, že položky vztahující se k daným škálám měří konstrukt

konzistentně. Poslední dobou více využívaná McDonaldova ω, která se ukazuje jako realističtější alternativa ke Cronabchovo α (McNeish, 2018), projevila nižší než požadovanou hodnotu ω (< .70) pouze u 4 škál (Sexuálně vztažené užívání omamných látek; Konverzní symptomy; Rizikové sexuální chování; Purgativní chování). U dvou z těchto škál (Konverzní sympotomy; Purgativní chování) nebyla splněna ani podmínka aIC (> .15), což poukázalo na nižší homogenitu položek u těchto škál. Nicméně u položek spadajících pod tyto škály převládaly nejnižší odpovědi, tzn. 1 = vůbec ne, tedy existovala zde velmi nízká variabilita v odpovědích.

Při posuzovaní vnitřní konzistence B-HiTOP-SR u T1 (N = 54) vykázaly všechny škály dobrou vnitřní konzistenci dle McDonaldovy ω a aIC. U škály Disinhibice však hodnoty Cronbachovy α ukázaly na nižší vnitřní konzistenci. U této škály byl zaznamenán omezený rozptyl odpovědí při posuzování deskriptivní statistiky, což mohlo hodnoty vnitřní konzistence snížit. Analýza frekvencí odpovědí u této škály dále prokázala u jedné z položek převahu nejnižší odpovědi 1 = vůbec ne. Jednalo se o položku zaměřenou na suicidalitu, tedy omezený výskyt u běžné populace není překvapivý. Vzniklý podlahový efekt mohl přispět k nízké vnitřní konzistenci dle α, která je na omezený rozptyl citlivá.

Pro porovnání a následné testování test-retest stability byla vnitřní konzistence HiTOP-SR posuzována i u menšího vzorku při měření T2 (N = 25). Ačkoli bylo opět u většiny škál dosaženo vnitřní konzistence dle McDonaldovy ω a aIC, vzhledem k deskriptivní statistice jsou omezení při měření vnitřní konzistence u T2 rozsáhlejší. Škály Antisociální chování, Parafilie a Hazardní hráčství (gambling) nesplnily kritéria žádného z ukazatelů využitých v této práci. Analýza frekvencí odpovědí na položku ukázala dominanci nejnižších odpovědi při hodnocení těchto škál. Nižší vnitřní konzistence při druhém měření tak může být dána velikostí a charakteristikou souboru spolu s vlivem podlahového efektu. U B-HiTOP-SR byly splněny podmínky všech tří ukazatelů vnitřní konzistence pro všechny škály.

Jelikož Cronbachova α má tendenci podhodnocovat krátké škály a je citlivá na počet položek a jejich homogenitu (Cronbach, 1951), může být nižší oproti dalším ukazatelům využitých v této práci. Nižší hodnoty Cronbachovy α u některých škál, mohou souviset s podlahovým efektem a nízkou variabilitou odpovědí, kterou je možné v běžné populaci očekávat. Oproti tomu McDonaldova ω posuzuje vnitřní konzistenci dle faktorové struktury (Dunn et al., 2014) a je v této práci doplněna informací o průměrné korelaci mezi položkami

skrze aIC. Oba tyto ukazatele mohou vyjadřovat přijatelnou vnitřní konzistenci i u těch škál s nižší Cronbachovou α, což se potvrdilo rovněž v rámci této studie.

Ačkoli většina škál HiTOP-SR a B-HiTOP-SR i přes omezení daná velikostí a charakteristikou souboru ukázala dobrou vnitřní konzistenci při měření T1 i T2, byly objeveny škály HiTOP-SR, které vykazovaly trend nízké konzistence napříč měřením v čase. Tím poukázaly na možnou problematičnost, která může být způsobena nekoherentními položkami, nízkým počtem položek, ale také charakteristikou samotných škál. Jednalo se o škály Parafilie, Antisociální chování a Hazardní hráčství (gambling). Jak z názvu škál vyplývá, roli mohla hrát sociální desirabilita či neochota odpovídat na položky týkající se citlivých či nepříjemných témat (Krumpal, 2013; Tourangeau & Yan, 2007). U škály Parafilie měly osoby tendenci u prvního i druhé měření některé z položek přeskakovat. Přeskakování se projevilo i u škály Hazardní hráčství (gambling) při prvním měření. Dále škály Parafilie, Antisociální chování a Hazardní hráčství (gambling) obsahovaly projevy chování, které lze považovat za extrémní, tedy méně očekávatelné u běžné populace. U škály Antisociálního chování se jednalo například o projevy ubližování, krádeží a vyhrožování. U škály Hazardní hráčství (gambling) byly položky zaměřené již na problémové či patologické hraní (například pokračování v hraní hazardních her či sázení i přes působení negativního vlivu na vztahy), které je u běžné populace vzácnější oproti běžnému hraní hazardních her (Calado & Griffiths, 2016). Obdobně tomu tak bylo u škály Parafilie, kdy některé položky částečně odrážely chování způsobující utrpení či poškození druhé osoby. Omezený výskyt těchto psychopatologií v takto malém souboru běžné populace, není překvapivý.

Přestože v preprintu od Faulkenberryho et al. (2025) zamřeném na validizaci HiTOP-SR u běžné populace Nového Zélandu (N = 775) vyšla u škál Antisociální chování a Parafilie Cronbachova $\alpha < .50$, v německém preprintu zaměřeném na validizaci HiTOP-SR v německém jazyce (N = 1049) (Zimmermann et al., 2024) dosahovaly tyto škály požadovaných hodnot $\alpha > .70$. Nicméně také Zimmermann et al. (2024) škály Antisociální chování a Hazardní hráčství (gambling) reportuje mezi škálami s nejvýraznější nula-inflací a extrémně nízkým rozptylem odpovědí, což odpovídá i našim zjištěním. Jelikož v německé validizaci i přes omezenou variabilitu odpovědí a nízké průměry bylo dosaženo požadované vnitřní konzistence, výsledky ze zahraniční nejsou prozatím zcela jednotné. Opakované ověření těchto škál na větším vzorku z české populace tak považuji za nezbytné.

10.4 Test-retest stabilita

Vzhledem k dosažení požadovaných hodnot vnitřní konzistence u většiny škál, byla dále posouzena stabilita v čas mezi T1 a T2 u osob, které se zúčastnily obou měření (N = 25). Jak již bylo zmíněno, nejprve byla posouzena stabilita průměrného skóre a směrodatných odchylek škál a subškál, přičemž rozdíly mezi měřeními byly minimální. Následná test-retest stabilita hodnocená pomocí Spearmanových korelací ukázala, že většinově škály a subškály dosahují dobré až silné a velmi silné pořadové stability, přičemž žádná ze škál nevykazovala nízkou či slabou stabilitu ($\rho < .50$). Relativní pořadí respondentstva tak bylo zachováno. ICC poskytující robustnější odhady shody u většina škál a subškál trend stability v čase potvrdily. Celkem 60 z 93 škál a subškál splnilo přísné kritérium ICC $\geq .75$. S ohledem na relativně malý vzorek, a v určitých případech omezenou variabilitu odpovědí s podlahovým efektem, který byl očekáván u běžné populace, je však nutné brát výsledky test-retest stability s opatrností. Omezená variabilita mohla přispět k širším intervalům spolehlivosti a nízkému ICC mezi měřeními T1 a T2.

Největší slabinou se ukázaly být škály Antisociální chování, Nízká sexuální vzrušivost, Parafilie a Disociace, které byly pod kritickou hladinou ICC < .50. Ačkoli pozorované výsledky mohou naznačovat potenciální problém s nadřazeným konstruktem nebo samotnými položkami, je třeba opět připomenout malou velikost vzorku. Pozorovaná omezená variabilitu odpovědí u těchto škál spolu s podlahovým efektem pravděpodobně přispěla k nízké časové stabilitě výsledků. Odpovědi byly u těchto škál kompletní, s výjimkou škály Nízká sexuální vzrušivost, kde tři osoby přeskočily jednu z položek. To obecně spíše vylučuje výrazné zkreslení způsobené neochotou odpovídat u těchto škál, nicméně vedle vlivu malého vzorku je nutné zvážit roli sociální žádoucnosti (Tourangeau & Yan, 2007). Nízká variabilita odpovědí právě u škál Antisociální chování, Parafilie či Disociace napříč běžnou populací je z mého pohledu očekávatelná. Zejména u škál Antisociální chování a Parafilie, jejichž položky byly diskutovány vzhledem k jejich nízké vnitřní konzistenci, není nízká hladina ICC tolik překvapivá. Ačkoli škály pracující s dimenzionálním pojetím na základě modelu HiTOP (Kotov et al., 2017), který předpokládá kontinuum zdraví a patologie, zdá se, že náš vzorek byl příliš homogenní, aby zachytil dostatečnou variabilitu u těchto dimenzí. Pro spolehlivou validaci nástroje a zpřesnění odhadu ICC je více než nezbytné ověření psychometrických vlastností dotazníku i na klinické populaci. Heterogenní vzorek by měl nabídnout dostatečnou variabilitu pro všechny škály, a odpovídal by celému rozsahu kontinua HiTOP modelu.

Škály pohybující se s hodnotami ICC ve středním pásmu mezi .50 až .74 jsou rozloženy napříč spektry a nedostatečná stabilita není koncentrována jen v jedné oblasti. Většina škál z každého spektra naopak prokázala požadovanou stabilitu (ICC ≥ .75) jak bylo předpokládáno. Škály Obtíže s dosahováním orgasmu a Nízká sexuální vzrušivost spadající do subfaktoru Sexuální problémy se projevily střední časovou stabilitou (ICC = .50-.75). U těchto škál může nedostatečná absolutní stabilita souviset s náhodnou chybou způsobenou neochotou odpovídat na citlivá témata. V rámci subfaktoru Sexuální problémy celkem 4 škály nedosáhly požadované ICC ≥ .75. Neochota odpovídat či sociální desirabilita mohly hrát klíčovou roli zkreslení u osob, které se účastnily opakovaného měření a nemusely tak odpovídat konzistentně (Tourangeau & Yan, 2007).

Jelikož jsou nižší hodnoty ICC heterogenní a týkají se škál napříč spektry a subfaktory dle modelu HiTOP, předpokládám, že nižší než požadovaná stabilita u škál byla zapříčiněna souhrou faktorů nízké variability ve vzorku, vyšší chybovosti měření díky sociální žádoucnosti, a především malé velikosti vzorku, která vedla ke zhoršené přesnosti odhadu ICC.

Test-retest stabilita B-HiTOP-SR škál, která reprezentují hlavní spektra HiTOP modelu, prokázala, že ačkoli všechny škály dosahovaly dobré až velmi silné pořadové stability s koeficienty Spearmanova ρ přesahujícími .50, 3 škály ze 6 (Disinhibice, Internalizující a Poruchy myšlení) nesplnily kritérium pro absolutní stabilitu (ICC ≥ .75). Škála Poruchy myšlení navíc klesla pod kritických ICC < .50, což naznačuje velké limity zkrácené verze dotazníku. Na jedné straně tyto nálezy mohou být důsledkem malého vzorku, kdy nebylo možné zaznamenat dostatečně přesné odhady stability a intervaly spolehlivosti byly široké. Na druhé straně není možné vyloučit vyšší míru náhodné chyby v odpovědích, například drobné odchylky jednotlivých osob nebo vynechání položek mohlo ovlivnit rozptyl skóre. Jelikož se průměry škál u obou verzí dotazníku výrazně nelišily napříč měřeními, lze v rámci tohoto výzkumu předpokládat spíše vysokou náhodnou chybovost než systémovou chybu. Opakované zhodnocení položek spadajících do zmíněných škál může pomoci objasnit, zda nižší časová stabilita je způsobena vlastnostmi položek či náhodnou chybou.

10.5 Souběžná validita

Celkově výsledky podporují souběžnou validitu B-HiTOP-SR, ačkoli je tyto závěry nutné brát s opatrností vzhledem k velikosti souboru (N = 54). Z velké části se potvrdily

námi očekávané korelace B-HiTOP-SR škál s narušenými funkčními schopnostmi osobnosti dle LPFS-BF 2.0, s výrazněji manifestovanými maladaptivními rysy dle PID5BF+M a s celkovým funkčním omezením dle WHODAS 2.0. Tyto jsou analogické závěrům od Faulkenberryho et al. (2025), kde byly prováděny korelační analýzy HiTOP-SR škál se škálami MMPI-3.

Hodnocení souběžné validity dotazníku B-HiTOP-SR s dotazníkem LPFS-BF 2.0 z části potvrdilo námi očekávaný vztah mezi funkčními schopnostmi osobnosti a dimenzemi HiTOP modelu. LPFS-BF 2.0 vychází z AMPO kritéria A, kde je uplatňován dimenzionální přístup k poruchám osobnosti v rámci DSM-5. Osobnostní fungování je zde posuzováno celkově a dále skrze domény Self a Interpersonální fungování (Doubková et al., 2022). Takové dimenzionální pojetí koresponduje s modelem HiTOP. Nejen, že domény LPFS-BF 2.0 odrážejí hlavní spektra modelu, kde se nachází Internalizující a Externalizující spektrum, ale také celkové narušení byl mělo být odráženo v zastřešujícím p-faktoru, jakožto latentní dimenzi celkové psychopatologie (Kotov et al., 2017, Kotov et al.,2021; Widiger et al., 2019).

Celkové narušení funkčních schopností osobnosti významně pozitivně souviselo se škálami Odtažitosti, Internalizující, Somatoformní, Poruchy myšlení a Disinihibice, a to i po provedení Holmovy korekce významnosti. Vyšší psychopatologická zátěž napříč škálami reprezentující spektra HiTOP se pojí s horším celkovým osobnostním fungováním.

Souvislost Internalizujcí škály a dimenze Self potvrdila intrapsychický předpoklad obou konstruktů, tedy že rysy, symptomy a syndromy, pro které je nadřazené Internalizující spektrum, jsou v souladu s úrovní narušení Self, charakterizovanou oslabením v oblasti identity a sebeřízení (Doubková et al., 2022). Naopak předpokládána souvislost Interpersonální škály se škálami Antagonismus a Disinihbice (Externalizující spektrum dle modelu HiTOP) se nepotvrdila. To může na jednu stranu naznačovat, že takové externalizující rysy a symptomy je obtížnější zachytit u běžné populace, kde je jejich výskyt spíše nižší. Na druhou stranu to může být také v souladu s tvrzením, že metody měřící osobnostní fungování dle DSM-5 a MKN-11 jsou pravděpodobně zkresleny směrem k zachycování internalizujících forem psychopatologie, a naopak neadekvátně zachycují její externalizujcí projevy (Zimmermann et al., 2023).

Analýza souběžné validity mezi B-HiTOP-SR a PID5BF+M poukázala u většiny škál na střední až silné pozitivní korelace. Tím potvrdila předpoklad, že škály B-HiTOP-SR,

jakožto hlavní spektra modelu HiTOP, se pozitivně pojí s maladaptivními rysy osobnosti vycházejícími z AMPO, tentokrát z kritéria B. Tyto maladaptivní rysy vycházejí z pětifaktorových modelů osobnosti a reflektující dimenzionální pojetí osobnosti, čímž se svým pojetím promítají do hlavních spekter modelu HiTOP (Widiger et al., 2019; Widiger & McCabe, 2020). Statisticky významné vztahy po provedení Holmovy korekce významnosti se ukázaly mezi škálou Antagonismus a rysem Antagonismus, škálou Odtažitost a rysem Odtažitosti, Internalizující škálou a rysem Negativní afektivity, škálou Poruchy myšlení a rysem Psychoticismu a škálou Disinihbice s rysem Disinhibice, což je v souladu s námi očekávanému koncepčnímu a empirickému propojení spekter HiTOP a maladaptivních rysů PID5BF+M. Neprokázala se očekávaná negativní korelace mezi škálou Disinhibice a rysem Anankastie, jakožto pomyslnými protipóly. Stejně tak se neprokázala pozitivní souvislost škály Antagonismu s rysem Disinhibice, ačkoli v HiTOP struktuře dvě stejnojmenné dimenze spadají k Externalizujícímu spektru, na základě čehož bylo očekáváno, že by tyto maladaptivní projevy mohly být provázané.

Výsledky porovnání škál B-HiTOP-SR s dotazníkem WHODAS 2.0, jakožto ukazatelem celkového narušení fungování, částečně podpořily stanovené předpoklady o souběžné validitě nástroje. Obecná tendence k psychopatologii, respektive vyšší narušení v rámci jednotlivých škál, je v souladu s předpokladem celkového narušení fungování, jakožto projevu p-faktoru. P-faktor představuje obecnou zranitelnost vůči psychopatologii a je nejvýše postaven v modelu HiTOP. Tím v sobě nese zastřešující oblasti pro všechna nižší spektra (Cicero et al., 2024; Kotov et al., 2017; 2021) . Ačkoli v tuto chvíli neexistuje jednotný skór, který by přímo reprezentoval p-faktor, lze předpokládat, že zvýšení na jednotlivých škálách, respektive spektrech, může nepřímo odrážet tuto obecnou zranitelnost vůči psychopatologii, která je spojena s narušením běžného fungování (Caspi et al., 2014). Korelace s tímto nástrojem přispívají ke klinické užitečnost zkrácené verze dotazníku a naznačují možnost jeho predikční validity. Předložená data ukazují, že všechny škály kromě škály Antagonismus pozitivně korelují s celkovou mírou omezení fungování dle WHODAS 2.0. Jelikož WHODAS 2.0 zachycuje primárně omezení ve zvládání každodenních aktivit, mobilitě, či sebeobsluze (Ustün et al., 2010), vyšší míra škály Antagonismus nemusí přímo narušovat takové oblasti. Dopady antagonismu se spíše projevují v interpersonálním fungováním a kvalitě interakcí (Vize et al., 2021), což sebehodnotící povaha WHODAS 2.0 nemusí zachytit.

Dále byla provedena analýza souvislostí vybraných demografických charakteristik se škálami B-HiTOP-SR. Nebyly odhaleny rozdíly ve skórování mezi muži a ženami u většiny škál. Ženy vykazovaly mírně vyšší skóre na škále Somatoformní, kdy velikost efektu byla ve středním pásmu. Což je v souladu s předchozí studií, která ukazuje, že ženy mají větší tendenci reportovat tělesné symptomy oproti mužům (Barsky et al., 2001). Vliv věku ani rozdíly dle úrovně vzdělání nebyly statisticky významné, což naznačuje, že skrze B-HiTOP-SR je možné zachytit dimenzionální psychopatologické projevy u běžné populace nezávisle na těchto demografických faktorech.

U škály Odtažitost a Internalizující škály dosahovaly svobodné osoby o něco vyšších skórů než osoby zadané. Velikost účinku se pohybovala ve středním pásmu a může tak z části odrážet odlišnost v interpersonálním fungováním u těchto dvou skupin. Ze studií vyplývá, že svobodné osoby vykazovaly nižší emoční pohodu a více duševních potíží spojených s depresivními symptomy (Grundström et al., 2021; Staff & Vuolo, 2024). Zjištění této práce je v souladu s těmito závěry, jelikož vyšší skórování na Internalizující škále a škále Odtažitosti u svobodných osob odráží tendence internalizujících forem psychopatologie spolu s vyhýbáním se interpersonálním vztahům.

U škály Disinihibice, Internalizující, Odtažitost, Somatoformní a Poruchy myšlení byly nalezeny rozdíly mezi osobami, které uvedly, že mají zkušenost s duševními obtížemi a osobami, které uvedly, že tuto zkušenost nemají. Lidé se zkušeností vykazovaly vyšší mediány na těchto škálách. Takové závěry mohou souviset s tendencí upřímněji referovat o psychických obtížích a obecné větší otevřenosti k problematice duševního zdraví u osob, které mají vlastní zkušenost. Obecná vulnerabilita reprezentována p-faktorem, který zastřešuje škály B-HiTOP-SR, je v souladu s těmito závěry. U osob se zkušeností s duševními obtížemi, u které je možné očekávat zvýšenou maladaptivitu, se ukázala zvýšená zátěž napříč spektry. Výjimkou byla škála Antagonismus, která neprokázala významný rozdíl mezi skupinami. To může být způsobeno obecnou problematičností, jak zjišťovat sebeposuzovacími dotazníky negativní projevy externalizujícího chování, které je sociálně nežádoucí (Martin et al., 2025). Navíc, jak již bylo zmiňováno, projevy sociálně nežádoucích jevů má respondentstvo tendenci podhodnocovat díky sociální desirabilitě (Krumpal, 2013; Tourangeau & Yan, 2007).

I přes absenci rozdílů mezi skupinami u většiny porovnání na základě demografických charakteristik v této práci, není možné vyloučit skutečnou nepřítomnost rozdílů z důvodu

omezeného souboru. Budoucí výzkum by se měl soustředit na ověření invariancí B-HiTOP-SR a HiTOP-SR napříč skupinami, tedy zda dotazník měří stejné konstrukty stejným způsobem napříč různorodými skupinami. Tím by byla podpořena ekvivalentní funkčnost nástroje HiTOP-SR napříč populacemi i s ohledem na diverzifikované a podhodnocované skupiny (Rodriguez-Seijas et al., 2023).

Ověřování souběžné validity zkrácené verze B-HiTOP-SR je klíčovým krokem fáze 3 vývoje nástroje HiTOP-SR, která je zaměřená na externí validitu, měření invariancí a klinickou užitečnost (Zimmermann et al., 2024). Pilotní ověření psychometrických vlastností nástroje HiTOP-SR (a B-HiTOP-SR) v této práci je v souladu s postupy konsorcia a navazuje na studii, kde bylo provedeno pomocí faktorové analýzy ověření struktury dotazníku HiTOP-SR a jeho konstruktové validity proti MMPI-3 škálám (Faulkenberry et al., 2025).

10.6 Limity a budoucí studie

Tento výzkum má několik limitů, které považuji za nezbytné zohlednit při budoucí validizaci nástroje HiTOP-SR (a B-HiTOP-SR). V první řadě se limity týkají velikosti a charakteristik souboru v této práci. Již sběr dat, kdy se jednalo převážně o příležitostný výběr skrze oslovování přes sociální sítě, zcela jistě ovlivnil, jaké osoby se do sběru dat zapojily. Nízká reprezentativnosti některých skupin v tomto souboru mohla v analýzách zvýšit riziko zkreslení. Délka vyplňování dotazníkového šetření, následné opakované měření po přibližně jednom měsíci a dobrovolnost účasti bez nároku na finanční odměnu jsou klíčovými faktory, které ovlivnily, které osoby se výzkumu zúčastnily a pravděpodobně mohly zapříčinit nízkou variabilitu vzorku. V německé adaptaci HiTOP-SR byly podobně jako v případě této práce průměrné skóry škál nižší, jak je očekávatelné u běžné populace, nicméně jejich variabilita byla kompenzována velikostí výzkumného souboru (Zimmermann et al., 2024). Celková velikost souboru v této práci činila 54 osob při prvním měření, kdy poměr žen a mužů byl vcelku vyrovnaný. U druhého měření jsme mohli pozorovat vysokou míru výpadku participantstva, které pokleslo o 53.70 % a navíc zde převažoval podíl žen. Takový pokles mohl ještě více ovlivnit variabilitu představeného souboru, tedy následně mohl výrazně přispět k náchylnosti k chybám při měření a ovlivnit výsledky. Také z těchto důvodů je obtížné generalizovat závěry této práce a je nutné nahlížet na ně s opatrností.

Dále bylo pozorováno, že celkem 45 osob bylo vyloučeno na základě exkluzivních kritérií, což přisuzuji primárně délce dotazníku. Délka prvního vyplnění trvala přibližně

hodinu až hodinu a půl a v druhé části sběru dat byl odhadovaný čas přibližně třičtvrtě hodiny, tudíž pro dokončení celého šetření bylo vyžadováno velké množství času. Tím mohla být motivace u osob jinak otevřeným k účasti na dobrovolných výzkumech ovlivněna. Současně se na faktu dokončení mohlo podílet to, o jak zajímavé a relevantní téma se pro běžnou populaci jedná.

I přes tento možný vliv na finální podobu souboru a zkreslení ve prospěch žen byla většina předpokladů potvrzena. U většiny škály HiTOP-SR i B-HiTOP-SR byla prokázána vnitřní konzistence, časová stabilita a korelace B-HiTOP-SR s dalšími nástroji, čímž byla podpořena souběžná validita zkrácené verze dotazníku. Vliv demografických charakteristik neměl více méně zásadní vliv na vyplňování B-HiTOP-SR, tedy bylo podpořeno potenciální využití napříč demografickými skupinami. Měření invariancí v dalších studiích nicméně zůstává prioritou pro aplikovatelnost nástrojů dle HiTOP zásad (Rodriguez-Seijas et al., 2023).

Další limity se týkají překryvu škál HiTOP-SR a struktury HiTOP modelu, který se dynamicky i nadále vyvíjí. Materiály k adaptacím dotazníku jsou oficiálně konsorciem zveřejněné a volně dostupné na webových stránkách (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Society, 2024) a ve velké míře jsou schvalovány další jazykové adaptace. Stále ovšem není dostupná oficiální publikovaná studie ani manuál k využití dotazníku. V tuto chvíli zatím neexistuje empiricky podložený návod, jak racionální překryvy všech škál a subškál převádět na spektra a subfaktory modelu a zda se jednotlivé škály, které dle mapování utvářejí jednotlivá spektra, mohou skórovat samostatně. V důsledku toho mohly být ovlivněny také interpretace výsledků této práci. Za důležité považuji také zmínit, že nadále dochází k úpravám samotného modelu, kdy například počet subfaktorů vymezených v modelu HiTOP (viz Obrázek 1) neodpovídá počtu subfaktorů v dotazníku HiTOP-SR. I přes tyto nuance, se potvrzuje, že strukturální základy jsou pevné a odpovídají základům, na kterých byl HiTOP založen (Forbes et al., 2025), nicméně výsledky této studie je třeba vnímat v kontextu pokračujícího vývoje dotazníku HiTOP-SR i teoretického rámce celého modelu. S ohledem na uvedené nejasnosti ohledně byla pro porovnání s jinými dotazníky měřícími hypoteticky stejné oblasti využita zkrácená verze, v níž škály přímo odpovídají hlavním spektrům HiTOP modelu.

V dalších studií je nezbytné zaměřit se na ověření faktorové struktury dotazníku v české adaptaci, která vzhledem k omezené velikosti souboru nebyla v této práci prováděna.

I přestože v německé verzi zůstala většina škál HiTOP-SR konzistentní s předběžnými výsledky originální anglické verze, byly nalezeny škály s omezenou homogenitou a nedostatečnou distinktivností (Zimmermann et al., 2024). Takové závěry ze zahraničí podporují nutnost ověřování vlastností dotazníku i do budoucna.

Navzdory malé velikosti souboru, tato práce poskytuje vhled do psychometrických vlastností dotazníku, které by mohly poskytnout určité nasměrování pro budoucí výzkum zamřený na validitu HiTOP-SR a B-HiTOP-SR. Snaha přinášet a adaptovat nové nástroje do České republiky celkově přispívá ke zlepšení psychodiagnostiky také u nás. Podporovat tento dimenzionální přístup k psychopatologii může přispět k celkovému zlepšení diagnostického procesu a zefektivnění léčby.

Závěr

Tato diplomová práce představuje dimenzionální přístup ke klasifikaci nemocí HiTOP a z něj vycházející dotazník HiTOP-SR spolu s jeho zkrácenou verzí B-HiTOP-SR. Práce shrnuje vývoj této taxonomie a její přístup k psychopatologii spolu s jednotlivými oblastmi modelu. Dále se kapitoly věnují dimenzionálnímu pojetí poruch osobnosti v současných kategoriálních klasifikacích DSM-5 a MKN-11 a jejich koncepčnímu protnutí s modelem HiTOP. Součástí práce byly diskutovány určité limity HiTOP. Další kapitoly se podrobněji věnují možnostem aplikace HiTOP v klinické praxi a popisu sebeposuzovacího nástroje HiTOP-SR (a B-HiTOP-SR), který z modelu vychází. V teoretické části práce je popsán vývoj HiTOP-SR a jeho psychometrické vlastnosti. Dále je přiblížen adaptační proces HiTOP-SR do českého jazyka, na kterém jsem se podílela.

Cílem práce bylo poskytnou pilotní ověření psychometrických vlastností dotazníku HiTOP-SR a B-HiTOP-SR u běžné populace. Výsledky výzkumu ukázaly, že i přes omezenou velikost a variabilitu souboru (N = 54), většina škál prokázala dobrou vnitřní konzistenci. U většiny škál a subškál byla potvrzena dobrá časová stabilita mezi měřeními T1 a T2, kterého se zúčastnilo 25 osob z běžné populace. Z velké části byly potvrzeny předpoklady o souběžné validitě zkrácené verze nástroje B-HiTOP-SR s nástroji LPFS-BF 2.0, PID5BF+M a WHODAS 2.0.

Deskriptivní statistika poukázala na značná omezení díky velikosti a charakteristikám souboru. Výsledky deskriptivní statistiky ukázaly, že většina škál a subškál se pohybovala u nižšího pásma průměru. U některých škál byl souběžně prokázán podlahový efekt spolu s omezenou variabilitou, a to jak při posuzování výsledků u měření T1 (N = 54), tak u souboru (N = 25), který se zúčastnil měření v čase T1 i T2. Rozdíly průměrů a SD mezi měřením T1 a T2 poukázaly na minimální rozdíly a respondentstvo tak odpovídalo relativně konzistentně. Obdobné výsledky byly nalezeny u zkrácené verze dotazníku. Takové výsledky však nebyly překvapivé vzhledem k souboru z běžné populace.

Většina škál HiTOP-SR se prokázala jako vnitřně konzistentní při měření T1 (N = 54) a rovněž při měření T2 (N = 25). McDonaldova ω, jakožto ukazatele robustnějšího odhadu reliability, spolu s aIC poukázaly až na výjimky na dostatečnou vnitřní konzistenci škál. Cronbachova α v některých případech dosahovala nižších než požadovaných hodnot. Jelikož α mohla být v případě této práce citlivější na omezenou variabilitu, velikost souboru, a tím vnitřní konzistenci podhodnocovat, závěry dle McDonaldova ω a aIC potvrdily ve velké

míře očekávanou vnitřní konzistenci HiTOP-SR. Škály Parafilie, Antisociální chování a Hazardní hráčství (gambling) projevily nestabilitu napříč měřením, čímž poukázaly na možnou problematičnost samotných škál bez ohledu na velikost souboru. V případě B-HiTOP-SR byla u všech škál prokázána vnitřní konzsitence dle ω a aIC v obou časech měření.

Výzkumná část práce dále ukázala, že většina škál a subškál HiTOP-SR byla potvrzena jejich stabilita v čase mezi T1 s T2 s průměrnou délkou 40 dnů mezi měřeními na souboru dat 25 osob z běžné populace. Až na výjimky výsledky naznačily pořadovou i absolutní stabilitu HiTOP-SR. Nejslabší stránkou při posuzování test-retest absolutní stability se ukázaly škály Antisociální chování, Nízká sexuální vzrušivost, Parafilie a Disociace, kdy mohla hrát roli nejen velikost souboru a méně očekávaná variabilita odpovědí u běžné populace, ale rovněž také vliv sociální žádoucnosti. U B-HTOP-SR i přes dosažení pořadové stability u všech škál, nedosáhly škály Disinihibice, Internalizující a Poruchy myšlení požadované absolutní stability.

V empirické části byla zjišťována souběžná validita B-HiTOP-SR s nástroji LPFS-BF 2.0, PID5BF+M a WHODAS 2.0. Výsledky ukázaly, že jednotlivé škály B-HiTOP-SR pozitivně souvisely s celkovou vyšší úrovní funkčních schopností osobnosti, s výjimkou škály Antagonismus. Byla potvrzena pozitivní souvislost Internalizující škály a dimenze Self. Naopak nebyla nalezena pozitivní souvislost mezi škálami Antagonismus a Disnihibice s narušeným Interpersonálním fungováním. Předpokládané pozitivní souvislosti jednotlivých škál B-HiTOP-SR s vybranými maladaptivními rysy byly potvrzeny. Byla nalezena pozitivní souvislost mezi škálou Antagonismus a rysem Antagonismus, škálou Odtažitost a rysem Odtažitosti, Internalizující škálou a rysem Negativní afektivity, škálou Poruchy myšlení a rysem Psychoticismus a škálou Disinhibice a rysem Disinihibice. Nebyla nalezena očekávaná negativní korelace škály Disinihibice spolu s rysem Anankastie. Dále se neukázalo, že škála Antagonismus a rys Disnihibice spolu pozitivně souvisejí, jak bylo předpokládáno. Bylo potvrzeno, že jednotlivé škály B-HiTOP-SR pozitivně souvisejí s celkovou mírou funkčního omezením s výjimkou škály Antagonismus. S ohledem na tyto závěry, které ve velké míře splnily stanovená očekávání, je na místě další ověřování škály Anatagonismus a její schopnosti pokrývat externalizující projevy psychopatologie, případně zohlednit, jak je tyto projevy možné pomocí sebeposuzovacích nástrojů, kterým B-HiTOP-SR je, lépe zachytit.

Zvážení možných souvislostí s demografickými charakteristikami nepoukázalo na překvapivé závěry. Nebyl nalezen vliv věku ani vzdělání na výsledky B-HiTOP-SR. V souladu s předešlými výzkumy jsou závěry, že ženy o něco výše skórovaly na škále Somatoformní v porovnání se skupinou mužů, a že svobodné osoby skórovaly výše než osoby zadané na škálách Odtažitost a Internalizující. Dále se ukázalo, že osoby, které uvedly, že mají zkušenost s duševními obtížemi, hodnotily škály Disinihibice, Internalizující, Odtažitost, Somatoformní a Poruchy myšlení vyššími skóry než osoby uvádějící absenci zkušenosti s duševními obtížemi.

Celkově lze uvést, že výzkumná část práce prokázala uspokojivé vlastnosti dotazníku HiTOP-SR a B-HiTOP-SR, kdy byly většinově potvrzeny stanovené předpoklady. S ohledem na omezenou velikost a charakteristiky souboru je nutné brát všechny závěry s opatrností a pokračující výzkum v této oblasti je nezbytný. Práce ovšem nabízí základní vhled do psychometrických vlastností nástroje a jeho zkrácené verze, čímž přispívá k adaptaci moderních nástrojů v České republice.

Seznam zkratek

aIC – průměrná inter-položková korelace

AMPO – Alternativní model pro poruchy osobnosti

B-HiTOP-SR – Zkrácená verze dotazníku HiTOP-Self Report

CI – Intervaly spolehlivosti

DSM – Diagnostický a statistický manuál

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál, 5. vydání

HiTOP – The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology

HiTOP-DAT – HiTOP-Digital Assessment and Tracker

HiTOP-SR – dotazník HiTOP-Self Report

ICC – Intratřídní korelační koeficient

LPFS-BF 2.0 – Levels of Personality Functioning Scale – Brief Form, úroveň narušení fungování osobnosti

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MKN-11 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize

MMPI-3 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3

PID-5 – Inventář osobnosti pro DSM-5

PID5BF+M – Inventář osobnosti pro DSM-5 zkrácená a modifikovaná verze

WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Seznam použitých informačních zdrojů

Ali Abd Al-Hameed, K. (2022). Spearman's correlation coefficient in statistical analysis. *International Journal of Nonlinear Analysis and Applications*, *13*(1), 3249-3255. http://dx.doi.org/10.22075/ijnaa.2022.6079

Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0: Utility in capturing personality problems in psychiatric outpatients and incarcerated addicts. Journal of Personality Assessment, 100(6), 660-670. https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428984

Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S. E. S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J.-P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A. G. C., & Zimmermann, J. (2020). International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. Psychopathology, 53(3– 4), 179–188. https://doi.org/10.1159/000507589

Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: Initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(1), 108-117. https://doi.org/10.1111/acps.12748

Balling, C. E., South, S. C., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2023). Clinician perception of the clinical utility of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) system. *Clinical Psychological Science,* *11*(6), 1108–1121. https://doi.org/10.1177/21677026221138818

Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. Journal of general internal medicine, 16(4), 266–275. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x

Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10, 479–490. https:// doi.org/10.1037/per0000365

Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of behavioral addictions*, *5*(4), 592–613. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073

Cano, K., & Sharp, C. (2023). A consumer perspective on personality diagnostic systems: One size does not fit all. *Journal of Personality Disorders*, *37*(3), 263-284. https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.3.263

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119–137. https://doi.org/10.1177/2167702613497473

Cicero, D. C., Jonas, K. G., Chmielewski, M., Martin, E. A., Docherty, A. R., Berzon, J., Haltigan, J. D., Reininghaus, U., Caspi, A., Graziolplene, R. G., & Kotov, R. (2022). Development of the thought disorder measure for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Assessment*, *29*(1), 46–61. https://doi.org/10.1177/10731911211015355

Cicero, D. C., Ruggero, C. J., Balling, C. E., Bottera, A. R., Cheli, S., Elkrief, L., Forbush, K. T., Hopwood, C. J., Jonas, K. G., Jutras-Aswad, D., Kotov, R., Levin-Aspenson, H. F., Mullins-Sweatt, S. N., Johnson-Munguia, S., Narrow, W. E., Negi, S., Patrick, C. J., Rodriguez-Seijas, C., Sheth, S., Simms, L. J., … Thomeczek, M. L. (2024). State of the Science: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Behavior therapy*, *55*(6), 1114–1129. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.05.001

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309

Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., & Aiken, L.S. (2003). Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences (3rd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203774441

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.

Doubková, N., Heissler, R., & Preiss, M. (2022). Hodnocení funkčních schopností osobnosti v běžné a klinické populaci [Personality functioning assessment in general and clinical population]. *Česká a Slovenská Psychiatrie, 118*(3), 112–119.

Doubková, N., & Rossi, G. (2025). Hierarchická taxonomie psychopatologie (HiTOP): Nový pohled na strukturu psychopatologie [Hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A new perspective on the structure of psychopathology]. *Psychiatrie*, 29(3)

Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British journal of psychology*, *105*(3), 399-412. https://doi.org/10.1111/bjop.12046

Elvevag, B., & Goldberg, T. E. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. *Critical Reviews in Neurobiology*, *14*(1). https://doi.org/10.1615/critrevneurobiol.v14.i1.10

Faulkenberry, Rachel & Lee, Ka Yan & Linscott, Richard & Forbes, Miriam & Kaczkurkin, Antonia & Naragon-Gainey, Kristin & Markon, Kristian & Sellbom, Martin. (2025). Validation of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – Self Report (HiTOP-SR): Internal Structure and Construct Validity against the MMPI-3 in a Community Sample. https://doi.org/10.31234/osf.io/nqwe3_v1

Forbes, M. K., Kotov, R., Ruggero, C. J., et al. (2017). Delineating the joint hierarchical structure of clinical and personality disorders in an outpatient psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry, 79*, 19 30. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.05.008

Forbes, M. K., Pham, T., Roberts, M., & Johnco, C. (2025, November 4). Rebuilding HiTOP from the ground up: Symptom-level analyses and a revised mapping to the DSM. https://doi.org/10.31234/osf.io/8tm6c_v1

Forbes, M. K., Ringwald, W. R., Allen, T., Cicero, D. C., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Eaton, N., Kotov, R., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Martin, E. A., Naragon-Gainey, K., Ruggero, C. J., Waldman, I. D., Brandes, C., Fried, E. I., Goghari, V. M., Hankin, B., Sperry, S., … Wright, A. G. C. (2024). Principles and procedures for revising the hierarchical taxonomy of psychopathology. Journal of Psychopathology and Clinical Science, 133(1), 4–19. https://doi.org/10.1037/abn0000886

Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. Perspectives on psychological science, 8(6), 651-662.

Grundström, J., Konttinen, H., Berg, N., & Kiviruusu, O. (2021). Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. *SSM – population health,* 14, 100774. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100774

Haeffel, G. J., Jeronimus, B. F., Fisher, A. J., Kaiser, B. N., Weaver, L. J., Vargas, I., Goodson, J. T., Soyster, P. D., & Lu, W. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) Is Not an Improvement Over the DSM. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 285–290. https://doi.org/10.1177/21677026211068873

Haeffel, G. J., Jeronimus, B. F., Kaiser, B. N., Weaver, L. J., Soyster, P. D., Fisher, A. J., Vargas, I., Goodson, J. T., & Lu, W. (2021). Folk Classification and Factor Rotations: Whales, Sharks, and the Problems With the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). C*linical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 259–278. https://doi.org/10.1177/21677026211002500

Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine,* 42(5), 903–920. https://doi.org/10.1017/S0033291711001966

Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Society. (2024). The HiTOP self-report measures. Retrieved November 3, 2025, from https://www.hitop-system.org/hitop-self-report-measures

HiTOP Measures Development Workgroup. (n.d.). *Measures Development Workgroup*. Hierarchická taxonomie psychopatologie. Retrieved February 15, 2025, from https://www.hitop-system.org/measures-development-workgroup

HiTOP Quantitative Methods Workgroup. (n.d.). *Quantitative Methods Workgroup*. Hierarchická taxonomie psychopatologie. Retrieved February 15, 2025, from https://www.hitop-system.org/quantitative-methods-workgroup

Holm, S. (1979). A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, *6*(2), 65–70. http://www.jstor.org/stable/4615733

JASP Team (2025). *JASP* (Verze 0.95.2)[Počítačový software].]. Retrieved October 1, 2025, from https://jasp-stats.org/

Jonas, K., Stanton, K., Simms, L., Mullins-Sweatt, S., Gillett, D., Dainer, E., … Ruggero, C. (2022, April 30). HiTOP Digital Assessment and Tracker (HiTOP-DAT) Manual. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/8HNGD

Kerber, A., Schultze, M., Müller, S., Rühling, R. M., Wright, A. G. C., Spitzer, C., Krueger, R. F., Knaevelsrud, C., & Zimmermann, J. (2022). Development of a short and ICD-100 11 compatible measure for DSM-5 maladaptive personality traits using Ant colony optimization algorithms. *Assessment,* 29(3), 467–487. https://doi.org/10.1177/1073191120971848

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155–163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Kotov, R., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Dombrovski, A., Eaton, N. R., First, M. B., Forbes, M. K., Hyman, S. E., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Li, J. J., Nelson, B. D., Regier, D. A., Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Skodol, A. E., . . . Wright, A. G. C. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine, 52*(9), 1666–1678. https://doi.org/10.1017/S0033291722001301

Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K., Reininghaus, U., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., Zald, D. H., Krueger, R. F., Watson, D., & HiTOP Utility Workgroup (2020). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *19*(2), 151–172. https://doi.org/10.1002/wps.20730

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based

on Consensus of Evidence. *Annual review of clinical psychology*, 17, 83–108. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., … Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, *126*(4), 454–477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (Eds.). (2002). Introduction. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. xv–xxiii). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. https://doi.org/10.1017/S0033291711002674

Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M., Bornovalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., … Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(3), 282–293. https://doi.org/10.1002/wps.20566

Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology, 47*(4), 2025–2047. https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9

Lahey, B. B., Applegate, B., Hakes, J. K., Zald, D. H., Hariri, A. R., & Rathouz, P. J. (2012). Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood?. *Journal of abnormal psychology*, *121*(4), 971–977. https://doi.org/10.1037/a0028355

Marek, R. J., Anderson, J. L., Tarescavage, A. M., Martin-Fernandez, K., Haugh, S., Block, A. R., Heinberg, L. J., Jimenez, X. F., & Ben-Porath, Y. S. (2020). Elucidating somatization in a dimensional model of psychopathology across medical

settings. *Journal of abnormal psychology,* 129(2), 162–176. https://doi.org/10.1037/abn0000475

Martin, R., Sellbom, M., & Bach, B. (2025). Validation of the Personality Disorder Severity for ICD-11 (PDS-ICD-11) Scale in a Danish Mixed Clinical and Prison Treatment Sample. *Personality and mental health*, *19*(4), e70039. https://doi.org/10.1002/pmh.70039

McCleery, A., & Nuechterlein, K. H. (2019). Cognitive impairment in psychotic illness: prevalence, profile of impairment, developmental course, and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(3), 239-248. https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/amccleery

McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, 23(3), 412–433. https://doi.org/10.1037/met0000144

Mullins-Sweatt, S. N., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Clark, L. A., Corona Espinosa, A., Jonas, K., Keyes, K. M., Lynam, D. R., Michelini, G., Miller, J. D., Min, J., Rodriguez- Seijas, C., Samuel, D. B., Tackett, J. L., & Watts, A. L. (2022). Hitop assessment of externalizing antagonism and disinhibition. *Assessment*, *29*(1), 34–45. https://doi.org/10.1177/10731911211033900

R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. https://www.r-project.org/

Rapoport, J. L., Giedd, J. N., & Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: Update 2012. Molecular Psychiatry, 17(12), 1228–1238. https://doi.org/10.1038/mp.2012.23

Reiterová, E. (2008). *Základy psychometrie* (2. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého.

Riegel, K. D., Ksinan, A. J., & Schlosserova, L. (2021). Psychometric properties of the independent 36-Item PID5BF+M for ICD-11 in the Czech-Speaking Community sample. Frontiers in Psychiatry, 12, 643270. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643270

Rodriguez-Seijas, C., Li, J. J., Balling, C., Brandes, C., Bernat, E., Boness, C. L., ... & Eaton, N. R. (2023). Diversity and the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Nature Reviews Psychology*, *2*(8), 483-495. https://doi.org/10.1038/s44159-023-00200-0

Ruggero, C., Cicero, D., Gonzalez Zapata, D., Kim, H., Kotov, R., Martin, L., Pasion, R., Reininghaus, U., Simms, L. J., & Zimmermann, J. (2023, February 10). *Adaptation guidelines for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Self-Report (HiTOP-SR)*. HiTOP Consortium.

Saltychev, M., Katajapuu, N., Bärlund, E., & Laimi, K. (2021). Psychometric properties of 12-item self-administered World Health Organization disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0) among general population and people with non-acute physical causes of disability – systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *43*(6), 789–794. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1643416

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2006). Clinicians' judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV and fivefactor models. Journal of Abnormal Psychology, 115(2), 298–308. https://doi.org/10.1037/e594562007-001

Sellbom, M., Forbush, K. T., Gould, S. R., Markon, K. E., Watson, D., & Witthöft, M. (2022). Hitop assessment of the somatoform spectrum and eating disorders. *Assessment*, *29*(1), 62–74. https://doi.org/10.1177/10731911211020825

Simms, L. J. (2023). *Updates from the Measures Development Workgroup: Introducing the HiTOP-SR and discussion of next steps* [online]. Retrieved October 4, 2025, from https://www.3plab.org/hitop

Simms, L. J., Wright, A. G. C., Cicero, D., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Sellbom, M., Watson, D., Widiger, T. A., & Zimmermann, J. (2022). Development of Measures for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Collaborative Scale Development Project. *Assessment*, *29*(1), 3–16. https://doi.org/10.1177/10731911211015309

Sládková, P. (b.r.). *Manuál k českému překladu WHODAS 2.0.* Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Retrieved November 3, 2025, from https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule#publikace

Staff, J., & Vuolo, M. (2024). Time-Varying Correlates of Adult Singlehood: Education, Work, Living Arrangements, and Mental Health. *Research in human development*, *21*(1), 88–104. https://doi.org/10.1080/15427609.2024.2345543

Stensen, K., & Lydersen, S. (2022). Internal consistency: from alpha to omega. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *142*(12), 10-4045.

Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53. https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Toman, J. (2017). *Emergentní jev zóny a jeho vztah k emocím: Experimentální postup pro počítačové zpracování záznamu pohybu* (Disertační práce, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie).

Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys: A look at the data and the methods. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859

Urbánek, T. (2013). Hodnocení kvality psychodiagnostických metod ve světě a u nás. *TESTFÓRUM,* 2, 28–31

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2025). *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) [online kalkulátor]*. https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule

Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M., Pull, C., & WHO/NIH Joint Project (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823. https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231

Vize, C. E., Ringwald, W. R., Edershile, E. A., & Wright, A. G. C. (2021). Antagonism in Daily Life: An Exploratory Ecological Momentary Assessment Study. *Clinical Psychological Science*, 10(1), 90-108. https://doi.org/10.1177/21677026211013507

Waszczuk, M. A., Eaton, N. R., Krueger, R. F., Shackman, A. J., Waldman, I. D., Zald, D. H., Lahey, B. B., Patrick, C. J., Conway, C. C., Ormel, J., Hyman, S. E., Fried, E. I., Forbes, M. K., Docherty, A. R., Althoff, R. R., Bach, B., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Forbush, K. T., Hallquist, M., … Kotov, R. (2020). Redefining phenotypes to advance psychiatric genetics: Implications from hierarchical taxonomy of psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, *129*(2), 143–161. https://doi.org/10.1037/abn0000486

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063–1070. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063

Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., ... & Kotov, R. (2022). The development of preliminary HiTOP internalizing spectrum scales. *Assessment*, *29*(1), 17-33. https://doi.org/10.1177/10731911211003976

Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey,L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Samuel, D. B.,Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., Wright, A.G. C., Zimmermann, J., Bagby, R. M., Cicero, D. C., Conway, C. C., De Clercq, B., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Haltigan, J. D., Ivanova, M.Y., Latzman, R. D., Lynam, D. R., Markon, K. E., Reininghaus, U., & Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP**.** *Journal of Personality Assessment,* 101, 345-355 https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431

Widiger, T. A., & McCabe, G. A. (2020). The alternative model of personality disorders (AMPD) from the perspective of the five-factor model. *Psychopathology,* 53(3), 149-156. https://doi.org/10.1159/000507378

World Health Organization. (2021). ICD-11: International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization.

Wright, A. G. C., Calabrese, W. R., Rudick, M. M., Yam, W. H., Zelazny, K., Williams, T. F., Rotterman, J. H., & Simms, L. J. (2015). Stability of the DSM-5 Section III pathological personality traits and their longitudinal associations with psychosocial functioning in personality disordered individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(1), 199–207. https://doi.org/10.1037/abn0000018

Zimmermann, J., Falk, C. F., Wendt, L., Spitzer, C., Fischer, F., Bach, B., Sellbom, M., & Müller, S. (2023). Validating the German version of the Personality Disorder Severity-ICD-11 Scale using nominal response models. Psychological Assessment, 35(3), 257–268. https://doi.org/10.1037/pas0001199

Zimmermann, J., Wendt, L. P., Edelhoff, H., Wierzba, E., Fleck, L., Cicero, D. C., & Reininghaus, U. (2024). Development and Initial Evaluation of the German Version of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Self-Report (HiTOP-SR). https://doi.org/10.31234/osf.io/dc8u6

Zimmermann, J., Widiger, T. A., Oeltjen, L., Conway, C. C., & Morey, L. C. (2022). Developing preliminary scales for assessing the HiTOP detachment spectrum. *Assessment*, *29*(1), 75-87. https://doi.org/10.1177/10731911211015313

Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence

Umělá inteligence (ChatGPT) byla v této práci využita zejména k úpravě stylistických a gramatických chyb. Dále byla použita jako asistence při překladu vybraných částí studií z anglického jazyka. Nástroj byl využit jako podpora vlastního psaní tak, aby vždy byla zachována originalita textu. Veškeré návrhy AI byly vždy kriticky zhodnoceny a dále upravovány. V praktické části práce byl nástroj využit k percentuálnímu porovnání dvou skupin a ke kontrole správnosti výpočtů Holmovy korekce. Zapojení AI probíhalo v souladu s Etickým kodexem Univerzity Karlovy a vnitřními předpisy fakulty.

Seznam Příloh

Příloha č. 1 – Deskriptivní údaje škál a subškál HiTOP-SR v T1 (N = 54)

					Shapiro-Wilk	
	M	SD	Min	Max	W	*p*
Neupřímnost – Klamání	2.07	0.72	1.00	4.00	.96	.051
Neupřímnost – Manipulace	1.53	0.62	1.00	3.75	.82	< .001
Distres a dysforie – Anhedonie	2.26	0.96	1.00	4.00	.93	.003
Distres a dysforie – Úzkostné obavy	2.86	0.94	1.00	4.00	.91	< .001
Distres a dysforie – Depresivní nálada	2.63	0.95	1.25	4.00	.91	< .001
Distres a dysforie – Nedostatek energie	2.88	0.93	1.00	4.00	.9	< .001
Distres a dysforie – Stud/Vina	2.53	0.99	1.00	4.00	.92	.002
Emocionalita – Afektivní labilita	2.06	0.89	1.00	4.00	.91	< .001
Emocionalita – Zlostná hostilita	1.87	0.72	1.00	4.00	.89	< .001
Emocionalita – Iritabilita	2.38	0.74	1.00	4.00	.97	.111
Nedůvěra – Cynismus	1.83	0.73	1.00	4.00	.88	< .001
Nedůvěra – Podezíravost	1.68	0.64	1.00	3.25	.88	< .001
Zkreslené vnímání reality – Bludy	1.14	0.29	1.00	2.40	.55	< .001
Zkreslené vnímání reality – Halucinace	1.30	0.45	1.00	2.83	.71	< .001
Index specifických fobií – Fobie ze zvířat či hmyzu	1.50	0.57	1.00	3.20	.81	< .001
Index specifických fobií – Fobie z injekcí či krve	1.25	0.45	1.00	3.00	.64	< .001
Index specifických fobií – Situační fobie	1.63	0.60	1.00	3.25	.89	< .001
Agorafobie	1.50	0.62	1.00	3.40	.8	< .001
Antisociální chování	1.07	0.17	1.00	1.75	.5	< .001
Ztráta chuti k jídlu	1.69	0.86	1.00	4.00	.79	< .001
Záchvatovité přejídání	2.02	0.75	1.00	4.00	.94	.009
Tělesný distres	2.08	0.72	1.00	3.33	.94	.01
Nespokojenost s vlastním tělem	2.60	0.91	1.00	4.00	.93	.002
Zaměření na vlastní tělo	2.21	0.86	1.00	4.00	.94	.01
Bezohlednost	1.63	0.55	1.00	3.33	.9	< .001
Kontrolování	2.35	0.67	1.00	3.80	.98	.406
Uklízení	1.31	0.45	1.00	3.00	.71	< .001
Kognitivní problémy	2.51	0.68	1.00	4.00	.97	.222
Konverzní symptomy	1.18	0.25	1.00	2.14	.74	< .001
Počítání	1.38	0.44	1.00	3.00	.83	< .001
Dietní omezování	1.99	0.74	1.00	3.80	.93	.002
Obtíže s dosahováním orgasmu	1.84	0.90	1.00	4.00	.83	< .001
Přesvědčení o onemocnění	1.69	0.74	1.00	3.50	.85	< .001
Neupřímnost	1.81	0.59	1.00	3.88	.94	.006
Dezorganizace	2.07	0.64	1.14	3.57	.94	.006
Disociace	1.69	0.76	1.00	4.00	.8	< .001
Distres a dysforie	2.63	0.81	1.31	4.00	.95	.035
Dominantní chování	1.95	0.66	1.00	3.50	.96	.049

Exentričnost	1.74	0.64	1.00	3.40	.92	.001
Emocionalita	2.11	0.67	1.00	3.91	.97	.191
Nárokování	1.94	0.56	1.00	4.00	.93	.005
Excesivní cvičení	1.29	0.55	1.00	3.40	.6	< .001
Exkoriace	1.67	0.83	1.00	4.00	.79	< .001
Exhibicionismus	1.80	0.67	1.00	3.40	.92	.001
Sklon k fantazírování	1.95	0.70	1.00	3.50	.94	.009
Vybíravost v jídle	1.71	0.83	1.00	4.00	.82	< .001
Hazardní hráčství (gambling)	1.04	0.13	1.00	1.60	.37	< .001
Hráčství (gaming)	1.42	0.60	1.00	3.25	.73	< .001
Grandiozita	1.77	0.53	1.00	3.17	.95	.031
Úzkost ohledně zdraví	1.91	0.79	1.00	4.00	.89	< .001
Hromadění	1.71	0.57	1.00	3.17	.9	< .001
Přehnané rozmýšlení	2.28	0.71	1.00	4.00	.98	.578
Hypervigilance	2.14	0.66	1.00	3.83	.98	.412
Insomnie	2.31	0.92	1.00	4.00	.94	.009
Nízká sexuální vzrušivost	1.79	0.70	1.00	4.00	.9	< .001
Nízký sexuální zájem	1.97	0.77	1.00	3.67	.91	< .001
Manická energie	1.50	0.53	1.00	2.86	.86	< .001
Nedůvěra	1.76	0.65	1.00	3.62	.88	< .001
Budování svalové hmoty	1.76	0.71	1.00	3.40	.88	< .001
Automutilace bez suicidálního úmyslu	1.46	0.72	1.00	3.50	.69	< .001
Noční můry	2.04	0.86	1.00	4.00	.89	< .001
Neschopnost vytrvat	2.30	0.72	1.20	4.00	.94	.011
Neschopnost plánovat	2.15	0.61	1.00	3.80	.95	.037
Opozičnost	1.70	0.62	1.00	3.67	.9	< .001
Panika	1.76	0.61	1.00	4.00	.9	< .001
Parafilie	1.29	0.40	1.00	3.20	.72	< .001
Pefekcionismus	2.35	1.01	1.00	4.00	.92	.001
Předčasný orgasmus	1.58	0.67	1.00	3.75	.82	< .001
Problematické nakupování	1.69	0.77	1.00	3.75	.82	< .001
Purgativní chování	1.14	0.29	1.00	2.33	.55	< .001
Zkreslené vnímání reality	1.23	0.34	1.00	2.55	.68	< .001
Neklid	1.77	0.67	1.00	3.20	.9	< .001
Omezená afektivita	1.97	0.67	1.00	3.80	.9	< .001
Omezené stravování	1.67	0.86	1.00	4.00	.78	< .001
Rigidita	2.03	0.55	1.00	3.00	.96	.101
Averze k riziku	2.21	0.83	1.00	3.83	.94	.011
Riskování	1.66	0.60	1.00	3.00	.89	< .001
Rizikové sexuální chování	1.74	0.57	1.00	3.25	.94	.006
Nezájem o romantické vztahy	1.94	0.82	1.00	4.00	.92	< .001
Sexuálně vztažené užívání omamných látek	1.17	0.30	1.00	2.25	.65	< .001
Sexuální distres	1.98	0.83	1.00	4.00	.92	.001
Bolest při sexu	1.42	0.56	1.00	4.00	.72	< .001
Sociální agrese	1.52	0.48	1.00	3.00	.86	< .001

Sociální odtažitost	2.33	0.79	1.00	4.00	.96	.092
Sociální úzkost	2.30	0.77	1.00	3.80	.96	.072
Zaujetí somatickou stránkou	2.22	0.76	1.00	4.00	.96	.077
Index specifických fobií	1.48	0.39	1.00	2.50	.92	.002
Submisivita	1.96	0.73	1.00	4.00	.92	.002
Suicidalita	1.66	0.80	1.00	3.75	.78	< .001
Reakce na trauma	2.07	0.84	1.00	4.00	.92	.001
Trichotilománie	1.18	0.54	1.00	4.00	.38	< .001
Well-being	2.53	0.82	1.00	4.00	.96	.095
Workoholismus	2.09	0.91	1.00	4.00	.91	< .001

Příloha č. 2 – Deskriptivní údaje škál a subškál HiTOP-SR v T1 (N = 25)

					Shapiro-Wilk	
	M	SD	Min	Max	W	*p*
Neupřímnost – Klamání	1.92	0.66	1.00	3.25	.95	.223
Neupřímnost – Manipulace	1.45	0.47	1.00	2.50	.85	.002
Distres a dysforie – Anhedonie	2.13	0.91	1.00	4.00	.9	.019
Distres a dysforie – Úzkostné obavy	2.77	1.01	1.00	4.00	.91	.024
Distres a dysforie – Depresivní nálada	2.49	0.93	1.25	4.00	.91	.026
Distres a dysforie – Nedostatek energie	2.72	0.85	1.00	4.00	.93	.066
Distres a dysforie – Stud/Vina	2.36	0.90	1.00	4.00	.94	.171
Emocionalita – Afektivní labilita	1.97	0.93	1.00	4.00	.89	.011
Emocionalita – Zlostná hostilita	1.69	0.56	1.00	3.25	.86	.002
Emocionalita – Iritabilita	2.32	0.65	1.25	3.75	.93	.085
Nedůvěra – Cynismus	1.67	0.68	1.00	3.75	.86	.003
Nedůvěra – Podezíravost	1.67	0.62	1.00	3.25	.9	.02
Zkreslené vnímání reality – Bludy	1.14	0.32	1.00	2.40	.52	< .001
Zkreslené vnímání reality – Halucinace	1.31	0.47	1.00	2.67	.71	< .001
Index specifických fobií – Fobie ze zvířat či hmyzu	1.47	0.61	1.00	3.20	.75	< .001
Index specifických fobií – Fobie z injekcí či krve	1.40	0.57	1.00	3.00	.74	< .001
Index specifických fobií – Situační fobie	1.61	0.64	1.00	3.00	.86	.002
Agorafobie	1.46	0.61	1.00	3.00	.78	< .001
Antisociální chování	1.07	0.19	1.00	1.75	.42	< .001
Ztráta chuti k jídlu	1.63	0.82	1.00	3.67	.77	< .001
Záchvatovité přejídání	1.99	0.83	1.00	3.67	.92	.048
Tělesný distres	2.13	0.71	1.00	3.33	.96	.354
Nespokojenost s vlastním tělem	2.41	0.90	1.00	4.00	.93	.07
Zaměření na vlastní tělo	2.26	0.88	1.00	4.00	.94	.181
Bezohlednost	1.59	0.61	1.00	3.00	.86	.003
Kontrolování	2.28	0.69	1.00	3.80	.97	.524
Uklízení	1.25	0.30	1.00	2.00	.78	< .001
Kognitivní problémy	2.38	0.67	1.60	3.80	.9	.019
Konverzní symptomy	1.18	0.24	1.00	1.71	.78	< .001
Počítání	1.38	0.41	1.00	2.20	.83	< .001
Dietní omezování	2.07	0.88	1.00	3.80	.91	.034

Obtíže s dosahováním orgasmu	1.75	0.84	1.00	4.00	.82	< .001
Přesvědčení o onemocnění	1.50	0.63	1.00	3.25	.8	< .001
Neupřímnost	1.69	0.50	1.00	2.75	.95	.216
Dezorganizace	1.88	0.57	1.14	3.43	.93	.065
Disociace	1.63	0.73	1.00	3.67	.78	< .001
Distres a dysforie	2.50	0.76	1.44	3.94	.94	.164
Dominantní chování	1.81	0.63	1.00	3.00	.92	.046
Exentričnost	1.68	0.59	1.00	3.00	.91	.038
Emocionalita	2.00	0.57	1.09	3.36	.96	.489
Nárokování	1.89	0.53	1.00	3.33	.95	.26
Excesivní cvičení	1.30	0.58	1.00	3.40	.56	< .001
Exkoriace	1.67	0.93	1.00	4.00	.73	< .001
Exhibicionismus	1.72	0.68	1.00	3.40	.9	.023
Sklon k fantazírování	1.93	0.66	1.00	3.50	.96	.426
Vybíravost v jídle	1.62	0.81	1.00	3.50	.78	< .001
Hazardní hráčství (gambling)	1.01	0.04	1.00	1.20	.2	< .001
Hráčství (gaming)	1.18	0.27	1.00	2.00	.71	< .001
Grandiozita	1.81	0.58	1.00	3.17	.89	.012
Úzkost ohledně zdraví	1.92	0.82	1.00	4.00	.87	.004
Hromadění	1.71	0.53	1.00	3.17	.91	.035
Přehnané rozmýšlení	2.41	0.73	1.00	4.00	.98	.883
Hypervigilance	2.27	0.70	1.17	3.83	.97	.661
Insomnie	2.15	0.85	1.00	4.00	.93	.099
Nízká sexuální vzrušivost	1.66	0.62	1.00	3.00	.89	.009
Nízký sexuální zájem	1.93	0.80	1.00	3.67	.91	.024
Manická energie	1.60	0.64	1.00	2.86	.84	.001
Nedůvěra	1.67	0.62	1.00	3.50	.89	.013
Budování svalové hmoty	1.85	0.79	1.00	3.40	.86	.003
Automutilace bez suicidálního úmyslu	1.47	0.81	1.00	3.50	.65	< .001
Noční můry	2.07	0.85	1.00	4.00	.91	.023
Neschopnost vytrvat	2.17	0.67	1.20	4.00	.93	.074
Neschopnost plánovat	1.91	0.50	1.00	3.20	.94	.178
Opozičnost	1.49	0.49	1.00	2.50	.86	.003
Panika	1.76	0.63	1.00	4.00	.83	< .001
Parafilie	1.17	0.19	1.00	1.60	.8	< .001
Pefekcionismus	2.44	1.12	1.00	4.00	.88	.008
Předčasný orgasmus	1.29	0.46	1.00	2.75	.69	< .001
Problematické nakupování	1.67	0.67	1.00	3.75	.86	.003
Purgativní chování	1.19	0.36	1.00	2.33	.6	< .001
Zkreslené vnímání reality	1.24	0.37	1.00	2.55	.66	< .001
Neklid	1.53	0.61	1.00	3.20	.82	< .001
Omezená afektivita	1.92	0.69	1.00	3.00	.86	.003
Omezené stravování	1.64	0.85	1.00	4.00	.78	< .001
Rigidita	1.95	0.65	1.00	3.00	.94	.16
Averze k riziku	2.25	0.92	1.00	3.83	.91	.032

Riskování	1.51	0.58	1.00	3.00	.83	< .001
Rizikové sexuální chování	1.67	0.56	1.00	2.75	.91	.023
Nezájem o romantické vztahy	2.04	0.88	1.00	4.00	.92	.052
Sexuálně vztažené užívání omamných látek	1.14	0.26	1.00	2.00	.61	< .001
Sexuální distres	1.80	0.79	1.00	4.00	.88	.008
Bolest při sexu	1.44	0.65	1.00	4.00	.66	< .001
Sociální agrese	1.49	0.47	1.00	2.83	.88	.008
Sociální odtažitost	2.26	0.84	1.00	4.00	.95	.308
Sociální úzkost	2.20	0.74	1.00	3.80	.97	.585
Zaujetí somatickou stránkou	2.29	0.89	1.00	4.00	.93	.075
Index specifických fobií	1.50	0.44	1.00	2.33	.89	.013
Submisivita	1.86	0.64	1.00	3.75	.89	.012
Suicidalita	1.52	0.73	1.00	3.50	.67	< .001
Reakce na trauma	2.13	0.79	1.00	3.60	.92	.042
Trichotilománie	1.13	0.42	1.00	2.67	.36	< .001
Well-being	2.58	0.86	1.00	4.00	.95	.271
Workoholismus	2.12	0.91	1.00	4.00	.91	.028

Příloha č. 3 – Deskriptivní údaje škál a subškál HiTOP-SR v T2 (N = 25)

					Shapiro-Wilk	
	M	SD	Min	Max	W	*p*
Neupřímnost – Klamání	1.97	0.61	1.00	3.50	.94	.165
Neupřímnost – Manipulace	1.40	0.46	1.00	2.25	.8	< .001
Distres a dysforie – Anhedonie	2.08	0.94	1.00	4.00	.9	.02
Distres a dysforie – Úzkostné obavy	2.79	0.86	1.00	4.00	.95	.268
Distres a dysforie – Depresivní nálada	2.48	0.78	1.00	3.75	.94	.116
Distres a dysforie – Nedostatek energie	2.59	0.80	1.00	4.00	.94	.151
Distres a dysforie – Stud/Vina	2.32	0.89	1.00	4.00	.93	.103
Emocionalita – Afektivní labilita	1.96	0.74	1.00	3.33	.93	.09
Emocionalita – Zlostná hostilita	1.74	0.51	1.00	2.75	.93	.089
Emocionalita – Iritabilita	2.26	0.68	1.25	3.50	.95	.207
Nedůvěra – Cynismus	1.72	0.75	1.00	3.75	.86	.003
Nedůvěra – Podezíravost	1.75	0.75	1.00	4.00	.87	.005
Zkreslené vnímání reality – Bludy	1.07	0.19	1.00	1.80	.45	< .001
Zkreslené vnímání reality – Halucinace	1.21	0.31	1.00	2.00	.71	< .001
Index specifických fobií – Fobie ze zvířat či hmyzu	1.45	0.55	1.00	3.40	.77	< .001
Index specifických fobií – Fobie z injekcí či krve	1.31	0.49	1.00	3.00	.68	< .001
Index specifických fobií – Situační fobie	1.57	0.64	1.00	3.25	.84	< .001
Agorafobie	1.41	0.62	1.00	3.00	.71	< .001
Antisociální chování	1.03	0.09	1.00	1.38	.47	< .001
Ztráta chuti k jídlu	1.63	0.57	1.00	3.00	.88	.007
Záchvatovité přejídání	1.91	0.75	1.00	4.00	.92	.051
Tělesný distres	2.07	0.72	1.00	3.50	.94	.184
Nespokojenost s vlastním tělem	2.37	0.88	1.00	4.00	.95	.239

Zaměření na vlastní tělo	2.20	0.94	1.00	4.00	.89	.012
Bezohlednost	1.49	0.45	1.00	2.50	.89	.013
Kontrolování	2.26	0.63	1.00	3.40	.96	.487
Uklízení	1.29	0.31	1.00	2.00	.84	.001
Kognitivní problémy	2.18	0.56	1.20	3.40	.96	.355
Konverzní symptomy	1.18	0.28	1.00	2.00	.7	< .001
Počítání	1.40	0.46	1.00	2.60	.83	< .001
Dietní omezování	2.12	0.91	1.00	3.80	.89	.013
Obtíže s dosahováním orgasmu	2.00	0.80	1.00	3.00	.84	.002
Přesvědčení o onemocnění	1.45	0.56	1.00	2.75	.78	< .001
Neupřímnost	1.68	0.47	1.00	2.50	.93	.066
Dezorganizace	1.69	0.49	1.00	3.14	.92	.04
Disociace	1.39	0.49	1.00	2.50	.79	< .001
Distres a dysforie	2.45	0.74	1.12	3.88	.97	.523
Dominantní chování	1.68	0.54	1.00	2.67	.91	.038
Exentričnost	1.62	0.56	1.00	3.20	.87	.004
Emocionalita	1.99	0.55	1.18	3.00	.95	.228
Nárokování	1.75	0.44	1.00	2.67	.92	.06
Excesivní cvičení	1.42	0.69	1.00	3.60	.68	< .001
Exkoriace	1.55	0.85	1.00	4.00	.7	< .001
Exhibicionismus	1.52	0.54	1.00	3.00	.86	.002
Sklon k fantazírování	1.79	0.64	1.00	3.50	.93	.089
Vybíravost v jídle	1.56	0.67	1.00	3.25	.82	< .001
Hazardní hráčství (gambling)	1.02	0.06	1.00	1.20	.31	< .001
Hráčství (gaming)	1.16	0.29	1.00	2.00	.62	< .001
Grandiozita	1.65	0.58	1.00	3.17	.85	.002
Úzkost ohledně zdraví	1.84	0.83	1.00	4.00	.83	< .001
Hromadění	1.54	0.39	1.00	2.50	.9	.016
Přehnané rozmýšlení	2.27	0.91	1.00	4.00	.93	.094
Hypervigilance	2.11	0.71	1.00	3.67	.96	.462
Insomnie	1.92	0.77	1.00	4.00	.92	.047
Nízká sexuální vzrušivost	1.97	0.85	1.00	4.00	.92	.041
Nízký sexuální zájem	1.89	0.79	1.00	3.33	.88	.007
Manická energie	1.45	0.48	1.00	2.71	.86	.002
Nedůvěra	1.74	0.72	1.00	3.88	.87	.004
Budování svalové hmoty	1.83	0.85	1.00	3.40	.85	.002
Automutilace bez suicidálního úmyslu	1.46	0.71	1.00	3.83	.69	< .001
Noční můry	1.80	0.76	1.00	3.33	.88	.009
Neschopnost vytrvat	2.02	0.71	1.00	3.60	.96	.359
Neschopnost plánovat	1.93	0.50	1.00	3.00	.95	.245
Opozičnost	1.47	0.46	1.00	2.67	.88	.008
Panika	1.73	0.59	1.00	3.20	.92	.048
Parafilie	1.13	0.21	1.00	1.80	.67	< .001
Pefekcionismus	2.45	1.08	1.00	4.00	.89	.012
Předčasný orgasmus	1.27	0.40	1.00	2.50	.72	< .001

Problematické nakupování	1.62	0.83	1.00	4.00	.73	< .001
Purgativní chování	1.12	0.41	1.00	3.00	.33	< .001
Zkreslené vnímání reality	1.15	0.22	1.00	1.82	.69	< .001
Neklid	1.46	0.45	1.00	2.60	.89	.011
Omezená afektivita	1.86	0.71	1.00	3.20	.91	.032
Omezené stravování	1.69	0.78	1.00	3.75	.84	.001
Rigidita	1.99	0.68	1.00	3.20	.94	.15
Averze k riziku	2.24	0.89	1.00	3.83	.94	.127
Riskování	1.38	0.42	1.00	2.50	.81	< .001
Rizikové sexuální chování	1.47	0.48	1.00	3.00	.84	.001
Nezájem o romantické vztahy	2.00	0.92	1.00	4.00	.9	.015
Sexuálně vztažené užívání omamných látek	1.10	0.23	1.00	1.75	.5	< .001
Sexuální distres	1.74	0.79	1.00	4.00	.85	.002
Bolest při sexu	1.45	0.68	1.00	3.67	.71	< .001
Sociální agrese	1.55	0.52	1.00	3.00	.86	.003
Sociální odtažitost	2.20	0.87	1.00	4.00	.93	.077
Sociální úzkost	2.06	0.58	1.20	3.40	.95	.2
Zaujetí somatickou stránkou	2.10	0.82	1.00	4.00	.9	.023
Index specifických fobií	1.46	0.43	1.00	2.75	.87	.005
Submisivita	1.95	0.72	1.25	4.00	.86	.003
Suicidalita	1.45	0.56	1.00	3.25	.75	< .001
Reakce na trauma	1.94	0.82	1.00	3.40	.88	.007
Trichotilománie	1.13	0.33	1.00	2.33	.47	< .001
Well-being	2.46	0.87	1.20	4.00	.93	.109
Workoholismus	2.23	0.91	1.00	4.00	.94	.165