

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Osobnostní psychopatologie měřená alternativním modelem pro DSM-V
Personality psychopathology measured by alternative model of DSM-V

Bc. et Bc. Martina Halmlová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.
Studijní program: Psychologie
Studijní obor: Psychologie

Praha 2018

Odevzdáním této diplomové práce na téma Osobnostní psychopatologie měřená alternativním modelem pro DSM-V potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 11.7.2018

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, doc. PhDr. Marku Preissovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, za veškerou pomoc a rady, a za čas, který mi při zpracování práce věnoval. Dále bych ráda poděkovala všem kolegům z Národního ústavu duševního zdraví, kteří se mnou práci konzultovali, za supervizi při jednotlivých vyšetřeních a za cenné rady a připomínky k vylepšení práce.

ABSTRAKT

Součástí alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti je Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5), který zkoumá 25 specifických osobnostních rysů v 5 zastřešujících doménách. Cílem práce bylo zhodnotit metodu a její klinický přínos, zejména srovnáním s metodou strukturovaného rozhovoru IPDE na výzkumném souboru N=29 psychiatricky léčených pacientů. Kvantitativní analýza výsledků obou metod poukázala na četné statisticky významné korelace mezi dimenzionálními skóry IPDE a jednotlivými rysy odpovídajících poruch dle PID-5. U shodně vymezených poruch spolu skór a jednotlivé rysy korelovaly v nadpoloviční většině. Vzhledem k celkově nízké prevalenci prokazatelných poruch osobnosti ve výzkumném souboru byla provedena i kvalitativní analýza 11 vybraných případů. Tato analýza poukázala na překryv zjištěných osobnostních rysů u obou metod v 10 z těchto 11 případů. Metody se liší v přiřazení specifické poruchy osobnosti jako diagnózy, což je však způsobeno zejména odlišným teoretickým vymezením metod. Celkově byla metoda PID-5 zhodnocena jako klinicky přínosná, se slibnou budoucností a širokou možností využití v klinické praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

poruchy osobnosti, diagnostika, PID-5, IPDE

ABSTRACT

The DSM-5 Alternative Personality Disorder Model includes Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) that assess 25 specific personality traits in 5 domains. The aim of this thesis was to evaluate the method and its clinical benefits, especially by comparing it with the IPDE structured interview method on a sample of $N = 29$ psychiatric patients. Quantitative analysis of the results of both methods revealed a number of statistically significant correlations between the IPDE dimensional scores and the individual PID-5 traits of corresponding disorders. For disorders equally defined by both approach, the IPDE dimensional scores and PID-5 individual traits correlated by majority. Due to the overall low prevalence of undisputed personality disorder diagnosis in the sample, a qualitative analysis of 11 selected cases was performed. This analysis revealed the overlapping of the personality traits derived from both methods in 10 of these 11 cases. The methods differ in the assignment of a specific personality disorder as a diagnosis, but this is due in particular to a different theoretical definition of the methods. Overall, the PID-5 method has been evaluated as clinically beneficial, with a promising future and wide use in clinical practice.

KEYWORDS

Personality disorders, diagnostics, PID-5, IPDE

Obsah

Úvod	6
1 Vymezení poruch osobnosti	8
2 Etiologie, prevalence	10
3 Klasifikace poruch osobnosti	12
3.1 Specifické poruchy osobnosti dle MKN	13
3.2 Alternativní model pro poruchy osobnosti dle DSM-V	24
3.3 Srovnání vymezení dle MKN-10 a alternativního modelu pro DSM-V	33
3.4 Využití alternativního modelu poruch osobnosti	35
4 Diagnostika poruch osobnosti	38
4.1 Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE)	38
4.2 Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5)	39
5 Cíl práce	42
5.1 Výzkumné otázky	42
6 Metoda	43
6.1 Design výzkumu	43
6.2 Výzkumný soubor	43
6.3 Použité nástroje	45
6.3.1 Strukturovaný rozhovor IPDE	45
6.3.2 Dotazník PID-5	46
6.4 Analýza dat	48
7 Výsledky	50
7.1 Výsledky kvantitativní analýzy	50
7.2 Případové studie	60
8 Diskuze	83
Závěr	87
Seznam použitých informačních zdrojů	88

Úvod

Prevalence poruch osobnosti je udávána mezi 6-15 % v obecné populaci a podíl osob s poruchou osobnosti mezi psychiatricky léčenými pacienty je až 50 % (Praško, 2003). Jedná se tedy o velice častou psychiatrickou diagnózu, která vyžaduje správnou diagnostiku. Klasifikace a adekvátní diagnostika poruch osobnosti je však jednou z nejobtížnějších a nejkontroverznějších oblastí klinické psychologie. Hranice mezi normalitou a poruchou osobnosti je často nejasná, stejně jako je často obtížné rozlišení mezi poruchou osobnosti a jiným duševním onemocněním. Jednotlivé poruchy osobnosti vymezené kategoriálním přístupem Mezinárodní klasifikace nemocí se často překrývají a jejich vymezení je nejednoznačné.

V reakci na tyto a další často zmiňované nedostatky byl v rámci pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí DSM-V představen i Alternativní model diagnostiky poruch osobnosti. Tento model změnil způsob nahlížení na poruchy osobnosti snahou upustit od kategoriálního vymezení a nahradit diagnostiku poruch osobnosti dimenzionálním přístupem. Empiricky založený alternativní model osobnostní patologie je měřený pomocí stupnice zachycující narušení úrovně funkční schopnosti (LPFS) a Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID-5). Tyto nové nástroje hodnotí míru narušení funkčních schopností osobnosti a patologické osobnostní rysy. Řada studií podpořila psychometrické vlastnosti LPFS i PID-5, avšak užitečnost těchto nástrojů při klinickém hodnocení nebývá napříč výzkumy hodnocena. Cílem této práce bylo zhodnotit klinickou užitečnost tohoto alternativního modelu poruch osobnosti a to zejména za pomoci nástroje PID-5.

V první části práce je kromě základního vymezení poruch osobnosti a jejich kategoriální klasifikace popsán i alternativní model poruch osobnosti, stejně jako s ním spojená metoda PID-5. Výsledky PID-5 jsou v této práci porovnávány s výsledky strukturovaného rozhovoru IPDE, vycházejícího z Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. V práci jsou obě tyto metody a jejich teoretická východiska představeny a popsány.

V další části práce je představen samotný výzkum, který jsem za účelem zhodnocení přínosnosti metody PID-5 v klinické praxi provedla. Výzkumu

se zúčastnilo 29 pacientů Národního ústavu duševního zdraví, se kterými jsem vedla strukturované rozhovory IPDE a kterým byla administrována metoda PID-5. Empirická část práce popisuje design a cíle výzkumu a zejména pak kvantitativní i kvalitativní analýzu získaných dat. Výsledky obou analýz jsou na závěr diskutovány a srovnávány s výsledky jiných studií.

1 Vymezení poruch osobnosti

Pojem osobnost v psychologii popisuje a vysvětluje především variabilitu a integritu duševního dění. Jde o hypotetický konstrukt, který nemá zcela jednotné pojetí (Nakonečný, 1998). Allport v roce 1937 vymezil přibližně padesát různých definic osobnosti a položil základy psychologie osobnosti jako samostatného oboru. I dnes existují různá pojetí osobnosti, vycházející z odlišných vědeckých a filozofických základů, která předkládají vlastní definice pojmu osobnosti a vyjadřují základní rozdíly v přístupu k celému oboru psychologie osobnosti a k předmětu jejího zájmu. Napříč všemi přístupy pojem osobnost vyjadřuje určitou vnitřní organizaci, jednotu a dynamiku, která se projevuje chováním a funguje v závislosti na změnách jak subjektivních individuálních tak na změnách sociálního a životního prostředí (Nakonečný, 1998).

Osobnost tvoří především temperament, charakter a inteligence, kdy temperament představuje biologickou stránku osobnosti, charakter sociální a psychologickou a inteligence tyto složky osobnosti modifikuje (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Dle Praška (2003) je osobnost tvořena souborem duševních i tělesných vlastností, které se formují v průběhu života a projevují se ve všech rovinách života včetně sociálních vztahů. Jde tedy jak o vrozené, tak i získané vlastnosti, které tvoří jedinečnou osobnostní strukturu specifickou pro každého jednotlivce. Höschl, Libiger & Švestka (2002) uvádí, že zhruba 50 % variance osobnostních rysů je určeno geneticky. Přestože je ale trvalost osobnostní struktury důležitým rysem, osobnost není stále stejná, může být dotvářena okolnostmi a přechodně se měnit.

Poruchy osobnosti jdou dle Praška (2003) takové formy charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od běžných rysů u většiny lidí. Jsou to přetrvávající vzorce chování, které zahrnují stereotypní reakce na různé osobní a sociální situace, tedy nejsou vázané na konkrétní spouštěcí situaci, ale projevují se napříč různými oblastmi. Höschl, Libiger & Švestka (2002) uvádějí, že na rozdíl od psychóz, poruch nálady nebo úzkosti nejsou poruchy osobnosti nemocí, jsou spíše extrémní formou povahových a charakterových rysů, které vedou k poruchám sociální

adaptace. Obzvláště důležité v diagnóze poruch osobnosti jsou koncepty adaptivní rigidity, začarovaných kruhů a nízké stability či nedostatku pružnosti, odolnosti a přizpůsobivosti. Dle Smolíka (1996) představují poruchy osobnosti významné odchylky od způsobů, jakým průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a utváří vztahy s ostatními lidmi. Tyto vzorce jsou stabilní a často jsou spojeny s problémy v sociální adaptaci, s dosahováním osobních cílů ale i se subjektivní tísní.

2 Etiologie, prevalence

Odhady četnosti poruch osobnosti všeobecně se liší s ohledem na zdroj. Smolík (1996) uvádí, že celková prevalence specifických poruch osobnosti je udávána mezi 6 – 9 %, ve stejném poměru u mužů a žen. Praško (2003) cituje i další výzkumy (Clarkin, 1998; Norton, 1992; Weissmanová 1993), kde se prevalence pohybuje od 10 do 15 %. Dle autora se podíl osob s poruchou osobnosti ve všeobecné ambulantní péči pohybuje mezi 20 až 30 % a u psychiatricky léčených pacientů je prevalence dokonce 30 – 50 %. U hospitalizovaných pacientů je zhruba 15 % pacientů léčeno primárně pro poruchu osobnosti a až polovina hospitalizovaných pacientů má komorbidní poruchu osobnosti. Některé výzkumy však uvádějí ještě vyšší čísla.

U konkrétních poruch uvádí Praško (2003) prevalenci 0,5 – 2,5 % u paranoidní, 0,5 – 1 % u schizoidní, 0,2 – 9,4 % u disociální, 2 – 3 % u emočně nestabilní, v širokém pásmu 6 – 45 % u histrionské, 6 – 8 % u anankastické, 1 % u vyhybavé a „častou“ prevalenci u závislé poruchy osobnosti.

Co se týče pohlaví, dle Höschla, Libigera a Švestky (2002) je u mužů častěji diagnostikována paranoidní, schizoidní, antisociální, narcistická a obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti. U žen je pak častěji diagnostikována hraniční, histrionská, vyhybavá a závislá porucha osobnosti.

Poruchy osobnosti nemají jednoduchou biologickou či výchovnou příčinu, jejich etiologie je multifaktoriální (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Představuje komplexní kombinaci genetických a dalších biologických faktorů, vývojových a environmentálních faktorů (Praško, 2003). Opět pak záleží na přístupu a teoretické orientaci, se kterou je k poruchám přistupováno. Podle některých pojetí je etiologie spíše biologická a genetická, podle jiných je pak čistě psychologická. Mezi biologické faktory patří genetická zátěž, prenatální či perinatální poškození, úrazy hlavy, infekční či jiná onemocnění mozku v dětství. Lidé s různými poruchami osobnosti vykazují jisté odchylky v biologických faktorech, jako je zvýšená hladina testosteronu a jiných pohlavních hormonů, odchylky v sledování očních pohybů, vyšší hladiny endorfinů a další (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Praško (2003) uvádí, že predispozice k rozvoji poruchy osobnosti je pravděpodobně dána především geneticky, ale může

souviset i s prenatálním vývojem, kdy vliv může mít zátěž matky, jako je stres či onemocnění.

Tyto biologické faktory se kombinují s psychologickými faktory, kterými jsou zejména vlivy rodinného prostředí a výchovy. Psychosociální vlivy jako neúplná rodina, konfliktní prostředí, příliš přísná, restriktivní výchova nebo naopak nadměrné rozmazlování, zneužívání, týrání či incest hrají významnou roli při formování postojů (Praško, 2003). Dochází pak k fixování patologických obranných mechanismů, které se přenášejí do dospělosti. K dalším faktorům patří temperamentové, kulturní a environmentální vlivy (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

3 Klasifikace poruch osobnosti

Klasifikace poruch osobnosti je jednou z nejobtížnějších a nejkontroverznějších v rámci psychiatrické klasifikace. Evropský model dle MKN-10 se drží kategoriální klasifikace, která je převážně fenomenologická a vychází z popisu dlouhotrvajících rysů osobnosti. Pro účely třídění pak vyděluje několik kategorií poruch osobnosti, které můžeme definovat a vzájemně diferencovat. Existuje však i alternativní přístup dimenzionální klasifikace, který vychází z předpokladu, že poruchy osobnosti se vzájemně prolínají a přecházejí neznatelně do normy (Smolík, 1996).

Klasifikace poruch osobnosti se potýká s problémy. Jako ty nejpodstatnější uvádí Höschl, Libiger & Švestka (2002) zejména nejasné vymezení a hranice mezi poruchou osobnosti a normalitou, která je daná spíše kvalitativně než kvantitativně a není tedy jasně dán přelom mezi normalitou a poruchou. Stejně tak uvádí nejasné vymezení mezi patologickým stavem a poruchou osobnosti. Porucha osobnosti se může vyskytovat zároveň se závažným duševním onemocněním, může k němu jedince predisponovat, ale i naopak. Velice obtížná je často diferenciální diagnostika a určení, jestli jde o poruchu osobnosti či jinou psychiatrickou diagnózu. Dalším problémem je pak nejasnost mezi poruchami rysů osobnosti a situačními poruchami. Stabilita je důležitým rysem poruch osobnosti, ale některé patologické projevy chování se mohou vázat na určité situace a přesto se projevovat opakovaně a nabízí se tedy otázka, jestli jde o poruchu přizpůsobení či poruchu osobnosti. Nejasné hranice jsou i mezi jednotlivými poruchami osobnosti. Specifické poruchy osobnosti se navzájem často překrývají a diagnostikovat čistě jednu specifickou poruchu osobnosti je často obtížné. Právě tyto a další problémy jako je různá úroveň definice jednotlivých poruch, problém s generalizací kritérií poruch osobnosti, ego-syntonicita, kterou lidé s poruchou osobnosti pocítují a stěžují tak diagnostiku, či validita diagnózy poruchy osobnosti, přispívají k tomu, že klasifikace poruch osobnosti je velice obtížná.

3.1 Specifické poruchy osobnosti dle MKN

Specifické poruchy osobnosti jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 zahrnuty v oddíle F60-F69 „Poruchy osobnosti a chování u dospělých“. Tento oddíl zahrnuje i další poruchy, které jsou charakteristické dlouhodobostí a v osobnosti hluboce zakotvenou poruchou chování.

Tabulka 1 – F60-F69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých dle MKN-10

F60	SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F61	SMÍŠENÉ A JINÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F62	PŘETRVÁVAJÍCÍ ZMĚNY OSOBNOSTI, KTERÉ NELZE PŘISOUDIT POŠKOZENÍ NEBO NEMOCI MOZKU
F63	NUTKAVÉ A IMPULZIVNÍ PORUCHY
F64	PORUCHY POHLAVNÍ IDENTITY
F65	PORUCHA SEXUÁLNÍ PREFERENCE
F66	PORUCHY PSYCHICKÉ A CHOVÁNÍ SOUVISEJÍCÍ SE SEXUÁLNÍM VÝVOJEM A ORIENTACÍ
F68	JINÉ PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH
F69	NEURČENÁ PORUCHA OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

Mezinárodní klasifikace nemocí používá ke klasifikaci specifických poruch osobnosti kategoriální systém, tedy vychází z popisu dlouhodobých rysů osobnosti, na základě kterých třídí osobnosti od několika kategorií, které jsou definované a vzájemně se od sebe liší. Jednotlivé typy poruch se mohou v některých svých charakteristikách překrývat a jednotlivé poruchy se vzájemně nevylučují (Praško, 2003)

Podle MKN-10 se poruchy osobnosti projevují jako „*vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým.*“ (MKN-10, 2009) Specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti a trvalé změny osobnosti jsou dle klasifikace MKN-10 „*hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný*

člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování.“ (MKN-10, 2009)

Dle obecných diagnostických kritérií se tyto odchylky od normality projevují v několika oblastech a to v poznávání, způsobu vnímání a interpretaci věcí, lidí a událostí, včetně přístupu k sobě a ostatním; v emotivitě, ať už v jejím rozsahu, intenzitě nebo přiměřenosti; v ovládnání svých impulzů a v uspokojování potřeb; a ve způsobu chování k ostatním a zvládnání interpersonálních situací. Všechny tyto odchylky se dle manuálu musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní, dysfunkční chování v rámci různých sociálních situací, neváží se pouze na konkrétní události a toto chování způsobuje osobní obtíže, má nepříznivý dopad na vztahy, sociální prostředí. Důležitá je dlouhodobost a stálost takového chování, které se většinou projevuje již v dětství či adolescenci (MKN-10, 2009).

Tabulka 2 - Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F60 - Specifická porucha osobnosti

- G1 Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od "normy"). Tato odchylka se musí projevovat ve více než v jedné z následujících oblastí:
1. poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních;
 2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);
 3. ovládnání svých impulzů a uspokojování potřeb;
 4. způsob chování k ostatním a zvládnání interpersonálních situací.
- G2 Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický "spouštěcí" moment nebo na specifickou situaci.
- G3 Způsob chování podle kritéria G2 je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky.
- G4 Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.
- G5 Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílu F00-F59 nebo F70-F79.

G6 Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku. (Pokud lze prokázat organickou příčinu, měla by být použita kategorie F07.)

Další diagnostická kritéria potom MKN-10 specifikuje pro jednotlivé specifické poruchy osobnosti. Poruchy, které MKN-10 vymezuje v oddílu specifických poruch osobnosti, jsou paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní (vyhýbavá) a závislá porucha osobnosti. Dále pak vymezuje oddíl „Jiné specifické poruchy osobnosti“, kde je konkrétně uvedena osobnost excentrická, nezdrženlivá, nezralá, narcistická, pasivně-agresivní a psychoneurotická. Samostatnou kategorií jsou pak „Smíšené a jiné poruchy osobnosti“, do které můžeme zařadit osobnosti, které vykazují rysy několika specifických poruch zároveň.

Tabulka 3 - Specifické poruchy osobnosti v klasifikaci MKN-10

F60	SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI
F60.0	Paranoidní porucha osobnosti
F 60.1	Schizoidní porucha osobnosti
F 60.2	Disociální porucha osobnosti
F 60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti
F 60.4	Histrionská porucha osobnosti
F60.5	Anankastická porucha osobnosti
F60.6	Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti
F60.7	Závislá porucha osobnosti
F60.8	Jiné
F61	SMÍŠENÉ A JINÉ PORUCHY OSOBNOSTI

Paranoidní porucha osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti se vyznačuje výraznou nedůvěrou k ostatním lidem, nadměrnou citlivostí k nezdarům, k osobní urážce, podezřavostí, tendencí k desinterpetaci chování ostatních jako nepřátelské a opovážlivé. Jde o osoby rigidní,

hypersenzitivní a podezřívavé, se sklony k žárlivosti, závisti. Jsou citliví na kritiku, na nezdar, odmítnutí a urážku. Typicky tvrdě bojují za vlastní práva. Časté jsou i konfliktní vztahy s okolím, zejména kvůli jejich podezřívavosti a tendencím ke kontrolujícímu chování. Může se objevit i tendence k vyzdvihování vlastní významnosti a nadměrná sebechvála (Smolík, 1996; Praško, 2003).

Lidé s paranoidní poruchou osobnosti bývají nadměrně citliví na dodržování řádu a pořádku. Mohou se u nich projevovat i adaptační poruchy, depresivní stavy a úzkostné stavy, sociální fobie a agorafobie, obsedantně-kompulzivní porucha nebo závislost na návykových látkách. Důležitá je diferenciální diagnostika pro odlišení paranoidní poruchy osobnosti od paranoidní schizofrenie, poruchy s bludy a od jiných specifických poruch osobnosti. Podobné rysy se objevují zejména u hraniční, schizoidní, schizotypní a narcistické poruchy osobnosti. U všech těchto osobností se může projevovat paranoidní zpracování informací, ale většinou je spojeno se zátěžovými situacemi a odeznívá, zatímco u paranoidní poruchy přetrvává. Zatímco u paranoidní poruchy se může projevovat asociální chování motivované snahou po odplatě, u disociální poruchy je motivováno dosažením zisku (Praško, 2003).

Tabulka 4 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní poruchu osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být přítomny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. nadměrná citlivost k odstrkování a odbývání;
 2. tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, bezpráví a zlehčování a uražená ješitnost;
 3. podezřívavost a sklon k překrucování a chybné interpretaci neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské nebo pohrdavé;
 4. bojovný a úporný smysl pro osobní práva bez ohledu na bezprostřední situaci;
 5. opakované neoprávněné podezírání manželského nebo jiného sexuálního partnera ze sexuální nevěry;
 6. sklon ke zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já;
 7. zabývání se nepodloženým "konspiračním" vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec.
-

Schizoidní porucha osobnosti

Pro schizoidní poruchu osobnosti je typický hluboký defekt ve schopnosti vytvářet vztahy s druhými lidmi. Vyznačuje se tendencí ke stažení, samotářství, sociální izolaci, plachosti, introverzi, odtržení od reality, netečnosti, emoční chladnosti, přecitlivělosti a zranitelností (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Tyto osoby mají problémy ve vztazích, často jim kontakt s ostatními lidmi vadí, obtěžuje je. Bývají vnímáni jako excentrické osobnosti a samotáři. Jejich chování pro okolí může být bizarní. Působí chladně, odtažitě a málo prožívají příjemné aktivity, stejně jako těžko vyjadřují vřelé emoce (Praško, 2003; Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Lidé se schizoidní poruchou osobnosti většinou vyhledávají zaměstnání s co nejmenším kontaktem s ostatními, preferují spíše kontakt s věcmi, technické obory. Tato porucha osobnosti bývá spojována se schizofrenií, podle Höschla, Libigera & Švestky (2002) se její projevy velmi podobají staré diagnóze simplexní schizofrenie či vleklé poruše s bludy. Častá je dle autorů komorbidita s paranoidní, schizotypální (dle DSM-V) a vyhýbavou poruchou osobnosti.

Tabulka 5 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro schizoidní poruchu osobnosti

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
- B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
1. málo činností, pokud vůbec nějaká skýtá potěšení;
 2. emoční chlad, odstup nebo oploštělá emotivita;
 3. omezená schopnost vyjadřovat vřelé, něžné city nebo zlobu vůči jiným lidem;
 4. zjevná lhostejnost ke chvále nebo kritice;
 5. malý zájem o sexuální zážitky s jinou osobou (ve srovnání s jinými stejného věku);
 6. téměř trvalá obliba samotářských činností;
 7. nadměrná pozornost věnovaná fantazii a introspekci;
 8. nedostatek blízkých přátel nebo důvěrných vztahů (nebo jenom jeden) a nedostatek touhy po takových vztazích;
 8. výrazná necitlivost k převládajícím společenským normám a konvencím.
-

Disociální porucha osobnosti

Smolík (1996) definuje disociální poruchu osobnosti jako lhostejnost ke společenským pravidlům a závazkům, nedostatek citu a chladný nezájem o ostatní. Typický je nezájem o práva a zájmy druhých lidí a časté porušování pravidel. Chybí empatie, schopnost milovat, častá je naopak agresivita a sadismus. Lidé s disociální poruchou osobnosti mají tendenci ke klamání, dokáží se prezentovat vyrovnaně, klidně, až šarmantně. Ve skutečnosti jsou však ve střehu a napjatí, nepřátelští, vztekli a chronicky podráždění (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

V anamnéze lidí s poruchou osobnosti jsou časté problémy již od útlého věku, kdy se objevují krádeže, lhaní, šikana, týrání zvířat, záškoláctví, problémové chování, potíže s autoritami. V dospělosti se pak často projevuje promiskuita, kriminální chování a zneužívání druhých. Výskyt lidí s disociální poruchou je zvýšený ve vězeňské populaci. Mohou se však objevit i na psychiatrii pro přidruženou aktuální poruchu, jako je např. deprese či jiné potíže, často také na oddělení závislostí, jelikož disociální porucha je často spojená s abúzem návykových látek (Praško, 2003).

Tabulka 6 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro disociální poruchu osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících příznaků:

1. chladný nezájem o cítění druhých;
 2. hrubý a trvalý postoj nezodpovědnosti a bezohlednosti vůči společenským normám, pravidlům a závazkům;
 3. neschopnost udržet trvalé vztahy při nedotčené schopnosti takové vztahy bez obtíží vytvářet;
 4. velmi nízká tolerance k frustraci a nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí;
 5. neschopnost zakoušet vinu a poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu;
 9. výrazná tendence ke svádění viny na jiné nebo k uvádění racionálního vysvětlení pro chování, které jedince přivádí do konfliktu se společností.
-

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Pro emočně nestabilní poruchy osobnosti je typická výrazná tendence jednat impulzivně bez uvážení následků, doprovázených emotivní nestálostí. Vymezeny jsou dvě podskupiny: Hraniční typ a Impulzivní typ (Smolík, 1996).

Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje zejména výraznou afektivní nestálostí, labilitou, tendencí jednat impulzivně, bez uvážení následků (Praško, 2003). Projevuje se neschopností plánování do budoucna, silné emotivní výbuchy, které mohou vést k násilí a explozivnímu chování. Impulzivní typ poruchy se projevuje emoční nestálostí a neschopností kontrolovat impulzivitu. Časté jsou výbuchy zlosti, zejména když je impulzivní chování okolím kritizováno. U hraničního typu převažuje emoční nestálost a narušené sebevnímání, představy o vlastních cílech, směřování a vnitřních preferencích. Typické jsou chronické pocity prázdnoty a tendence k sebepoškozování. Příčinou emočních krizí bývají nestálé a intenzivní interpersonální vztahy.

Tabulka 7 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti:

Impulzivní typ:

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jedním z nich musí být (2)

1. zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků;
2. zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní
3. konání někým přerušeno nebo kritizováno;
4. sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování;
5. obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk;
6. nestálá a nevypočitatelná nálada.

Hraniční typ:

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících:

1. narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních;

2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;
 3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;
 4. opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození;
 5. chronické pocity prázdnoty.
-

Histrionská porucha osobnosti

Typickými vlastnostmi charakterizujícími histrionskou poruchu osobnosti jsou mělká a labilní emotivita, dramatizace, teatrálnost, nadměrné vyjadřování emocí, sugestibilita, koketérie, egocentričnost, neustálá touha po ocenění, vzrušení a pozornosti (Smolík, 1996). Osoby s touto poruchou bývají snadno excitované, emocionální a chovají se dramaticky, afektovaně, teatrálně a okázale, snaží se strhnout na sebe pozornost a domáhají se uznání, ale i odsouzení, jelikož nenávidí ostatních je jim přednější než bezvýznamnost (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Typickou vlastností je také neustálé zabývání se vlastním vzhledem. Snaží se působit atraktivně jak vzhledem, tak v chování, tedy často flirtují a strhují na sebe pozornost (Praško, 2003).

Tabulka 8 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro histrionskou poruchu osobnosti

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
 - B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
 1. sebedramatizace, teatrálnost, přehnané projevy emocí;
 2. (sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi);
 3. mělká a labilní emotivita;
 4. neustálé vyhledávání vzrušení a činností, při kterých je jedinec středem pozornosti;
 5. nepřiměřená koketérie ve vzhledu nebo chování;
 6. nadměrná pozornost věnovaná vlastní fyzické přitažlivosti.
-

Anankastická porucha osobnosti

Smolík (1996) definuje člověka s anankastickou poruchou osobnosti jako obsedantně-kompulzivní osobnost charakteristickou pocity osobního ohrožení a pochybností, které vedou k nadměrné svědomitosti, umíněnosti, opatrnosti a strnulosti.

Pocity osobního ohrožení a pochybností vedou k nadměrné svědomitosti, puntičkářství, umíněnosti, rigidní morálce, opatrnosti a strnulosti a častí jsou pocity obav, pochybností a starostí. Jsou proto stále ve střehu a kontrolují nejen věci, ale i sebe a své emoce a druhé lidi. Mají nutkavou potřebu vytvářet seznamy, plány, kontrolovat sebe i druhé a moralizovat. Zabývají se detaily a jsou perfekcionista. Často jsou tyto projevy spjaty s vnitřní nejistotou a strachem z propuknutí agrese. Potřeba kontroly a dodržování pravidel a pořádku také často vede k narušeným interpersonálním vztahům a sníženým výkonům (Praško, 2003)

Tabulka 9 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro anankastickou poruchu osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. pocity přehnaných pochyb a opatrnosti;
 2. přehnané zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem;
 3. perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu;
 4. přehnaná svědomitost a puntičkářství;
 5. přehnané zabývání se produktivitou na úkor spokojenosti a interpersonálních vztahů;
 6. přehnané pedantství a tendence k sociální konvenčnosti;
 7. rigidita a paličatost;
 8. nerozumné vyžadování, aby se jiní přesně podřizovali způsobu práce jedince nebo nerozumný odpor ke způsobu práce druhých.
-

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Vyhýbavá porucha osobnosti je charakterizována pocity napětí a obav, nebezpečí a méněcennosti. Typická je touha být oblíben a přecitlivělost vůči kritice a odmítnutí. Strach z odmítnutí vede k tendenci vyhýbat se určitým aktivitám, zejména z důvodu zveličování potenciálního nebezpečí a rizik (Smolík, 1996).

Dané osoby trpí pocitem méněcennosti, jsou plaší, Zároveň je ale přítomná touha po lidských vztazích a společnosti. Většinou však mají chudé vztahy a málo přátel, právě kvůli jejich plachosti a vyhýbavosti. Po lidech vyžadují vyjádření nekritického přijetí z důvodu vlastní nejistoty a obav z odmítnutí. Často o sobě mluví negativně a chování ostatních chybně interpretují jako zesměšňující. Extrémní citlivost k odmítnutí může vyústit až v sociální izolaci a vyhýbání se kontaktu s lidmi (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Tabulka 10 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro vyhýbavou poruchu osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. trvalé a pronikavé pocity napětí a obav;
 2. přesvědčení o vlastní sociální neobratnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo vlastní neschopnosti ve srovnání s jinými;
 3. nadměrné zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích;
 4. nechť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben;
 5. omezení životního stylu kvůli potřebě fyzické jistoty;
 6. vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, pro něž jsou významné meziosobní kontakty, ze strachu z kritiky, nesouhlasu nebo odmítnutí.
-

Závislá porucha osobnosti

U závislé poruchy je nejvýraznějším rysem nadměrná a přetrvávající potřeba být opečovávan, která vede k oddanému podřízenému chování, k obavě z odloučení a k interpersonální závislosti (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Takový člověk touží po tom, aby se o něj druzí starali. To vede k submisivnímu chování a podlézavosti.

Typicky je pasivní a spoléhá na druhé osoby, nechává jim na starosti svá rozhodnutí. Má strach z odmítnutí a pocit bezmocnosti (Praško, 2003).

Typické je nízké sebevědomí a strach ze samoty. Raději činí věci pro ostatní a vyhledávají osoby, na kterých mohou záviset. Interpersonální vztahy proto bývají často narušené touto potřebou. Často se snaží druhým zalíbit, lichotí jim, obdivují je a slouží jim, což vede k jejich zneužívání. Bývají to osoby spíše pesimistické, se sklony k depresivitu (Praško, 2003). Podle Höschla, Libigera a Švestky (2002) je u osob s touto poruchou zvýšené riziko deprese, úzkostných poruch, sociální fobie, poruch přizpůsobení a dalších poruch osobnosti, zvláště histrionské, vyhýbavé a hraniční.

Tabulka 11 - Diagnostická kritéria MKN-10 pro závislou poruchu osobnosti

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. vybízení jiných lidí nebo dovolování jim, aby za jedince přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí;
 2. podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je jedinec závislý, a přílišné vyhovování jejich přáním;
 3. neochota vznášet i rozumné požadavky na osoby, na nichž je jedinec závislý;
 4. pocity, že není ve své kůži, neboť trpí obavami, že nebude schopen postarat se sám o sebe;
 5. stále obavy, že bude opuštěn osobou, ke které má těsný vztah a že se bude muset starat sám o sebe;
 6. omezená schopnost dělat běžná rozhodnutí, aniž by se poradili nebo si je nechali schválit.
-

3.2 Alternativní model pro poruchy osobnosti dle DSM-V

Klasický kategoriální přístup DSM-V víceméně odpovídá vymezení dle manuálu MKN-10. Pro účely této práce nebudu tento kategoriální model DSM-V popisovat a srovnávat, ale budu se zabývat především alternativním modelem pro poruchy osobnosti, který je uveden v další části DSM-V.

Součástí DSM-V je i alternativní model přístupu k poruchám osobnosti. V něm jsou poruchy osobnosti definovány především stupněm narušení funkční schopnosti osobnosti a zároveň patologickými rysy. Konkrétně vymezuje antisociální, vyhubavou, hraniční, narcistickou, obsedantně-kompulzivní a schizotypní poruchu osobnosti. Navíc pak pracuje s poruchou osobnosti se specifickými rysy PD-TS, která je stanovena při zjevné poruše osobnosti, ale zároveň nesplňuje kritéria jmenovaných poruch.

Obdobně jsou vymezena obecná diagnostická kritéria, která musí být splněna u každé poruchy osobnosti. Diagnóza poruchy osobnosti vyžaduje především splnění dvou hlavních kritérií, a to narušení funkčních schopností a projev patologických rysů osobnosti. Obě tato kritéria pak musí být relativně neměnná a pervazivní v širokém spektru osobních a sociálních situací. Projevy lze vysledovat již v adolescenci nebo v časně dospělosti a nemohou být dostatečně popsány jinou duševní poruchou, projevem účinků látek nebo somatického onemocnění, nejsou běžné v daném vývojovém stádiu jedince a nejsou běžné v jeho sociokulturním prostředí.

Tabulka 12 - Obecná kritéria poruchy osobnosti dle alternativního modelu DSM-V

- A. Středně těžké nebo těžké narušení funkčních schopností osobnosti jedince jak ve vztahu k sobě samému (self), tak ve vztahu k druhým (interpersonální).
- B. Jeden nebo více patologických rysů osobnosti.
- C. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou poměrně neměnné a pervazivní v širokém spektru osobních a sociálních situací.
- D. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou relativně stálé, neměnné v čase. Projevy narušení mohou být vysledovány přinejmenším v adolescenci nebo v časně dospělosti.

- E. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů se nedají dostatečně popsat pomocí jiné duševní poruchy.
 - F. Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů není možné připsat pouze účinkům látek nebo jinému somatickému onemocnění (např. těžkému poranění hlavy).
 - G. Narušení funkční schopnosti osobnosti jedince a individuální projevy osobnostních rysů nelze dostatečně chápat jako běžné pro vývojové stadium jedince anebo pro jeho sociokulturní prostředí.
-

Úroveň narušení funkčních schopností je posuzována jak ve vztahu k self jedince tak ve vztahu k druhým a tvoří jádro poruchy osobnosti. Funkční schopnosti zahrnují identitu a sebeřízení, interpersonální funkční schopnosti zahrnují empatii a intimitu. Úroveň narušení je v alternativním modelu posuzována na kontinuu a rozlišuje se 5 úrovní narušení od malého či žádného, k mírnému, středně těžkému, těžkému a velmi těžkému narušení, přičemž pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je vyžadován stupeň středně těžký a vyšší.

Patologické rysy osobnosti jsou rozděleny do oblasti negativní afektivity, odtažitosti (detachmentu) antagonismu, desinhibice a psychoticismu. V rámci těchto oblastí je uvedeno 25 specifických aspektů osobnostních rysů, jmenovitě negativní afektivita zahrnuje: emoční labilitu, úzkostnost, nejistotu z odloučení, poddajnost, hostilitu, perserveraci, depresivitu, podezíravost, omezenou afektivitu; odtažitost zahrnuje: sociální stažení, vyhýbání se intimitě, anhedonii, depresivitu, omezenou afektivitu, podezíravost; antagonismus zahrnuje: manipulativnost, prolhanost, grandiozitu, vyžadování pozornosti, bezohlednost, hostilitu; desinhibice zahrnuje: nezodpovědnost, impulzivitu, těkavost pozornosti, riskování, rigidní perfekcionismus; a psychoticismus zahrnuje: neobvyklé představy a prožitky, výstřednost a dysregulaci myšlení a vnímání. Pro přehlednost je v rámci této práce vytvořena přehledová tabulka (Tabulka 13) s přiřazením jednotlivých rysů ke konkrétním poruchám osobnosti a jejich popis dle DSM-V.

Antisociální porucha osobnosti

Pro antisociální poruchu osobnosti je typická neschopnost přizpůsobit se pravidlům a normám etického chování dané společnosti, egocentrický a bezohledný nedostatek zájmu o druhé, prolhanost, nezodpovědnost, manipulativnost a riskování. Typické jsou potíže s identitou v podobě egocentrismu, kdy sebeúctu získává z vlastního majetku, osobní moci nebo z uspokojení v zábavách. Narušené sebeřízení se projevuje jako určování cílů založené na osobním uspokojení, chybějí vnitřní prosociální normy, což souvisí s neschopností dodržovat pravidla, a kulturní normy etického chování. Narušení empatie se projevuje nezájmem o pocity, potřeby nebo o utrpení druhých lidí; nepocituje výčitky poté, kdy jiným lidem ublížil nebo se k nim špatně choval. Narušená intimita se projevuje nedostatečnou kapacitou pro vzájemné intimní vztahy, protože využívání druhých, včetně podvádění a nátlaku, je hlavním způsobem, kterým k lidem přistupuje a k ovládnutí druhých používá převahu nebo zastrašování (Goldmann, Soukupová, 2015).

Co se týče vymezených rysů osobnosti, nejsilněji jsou přítomny rysy antagonismu a desinhibice. Podle diagnostických kritérií musí být přítomno alespoň šest ze sedmi patologických rysů osobnosti a to manipulativnost, bezohlednost, prolhanost, hostilita, riskování, impulzivita, nezodpovědnost (viz tabulka 13).

Vyhýbavá porucha osobnosti

Pro vyhýbavou poruchu osobnosti je typické vyhýbání se sociálními situacemi a zábrany v interpersonálních vztazích. Často se objevují pocity neschopnosti a nedostatečnosti, úzkostné zabývání s negativním hodnocením, odmítnutím a strach z posměšků a rozpaků. Jedinci mají zjevné potíže s identitou, ve formě nízké sebeúcty, která souvisí s přesvědčením o vlastní sociální neobratnosti, neatraktivnosti nebo podřadnosti, má nadměrné pocity studu. Narušené sebeřízení se projevuje jako nereálné normy pro chování, které jsou spojené s neochotou držet se cílů, riskovat nebo se zapojovat do nových činností, které vyžadují mezilidský kontakt. Empatie může být narušená v nadměrné zaměřenosti a citlivosti na kritiku a na odmítnutí vlastní osoby, což je spojeno se zkresleným usuzováním na negativní postoje druhých lidí. Narušená

intimita spočívá v neochotě navazovat vztahy s lidmi, pokud nemá jistotu, že bude ostatními oblíben. Jeho vzájemnost v intimních vztazích je nízká z obavy ze zahanbení nebo zesměšnění (Goldmann, Soukupová, 2015).

Zároveň se vyskytují specifické maladaptivními znaky v oblastech negativní afektivity a odtažitosti. Konkrétně musí osoba vykazovat alespoň tři z rysů úzkostnosti, sociálního stažení, anhedonie a vyhýbání se intimitě, přičemž jedním z nich musí být právě úzkostnost (viz tabulka 13).

Hraniční porucha osobnosti

U hraniční poruchy se projevuje zejména nestabilita ve vnímání vlastní osoby, v osobních cílech, v interpersonálních vztazích a v afektech. Tato nestabilita je často doprovázená impulzivitou, riskováním, hostilitou. Osoby mají zjevné potíže s identitou, projevující se jako výrazně narušený, nedostatečně vyvinutý nebo nestabilní sebeobraz, který je často spojený s přílišnou sebekritičností. Mívají chronické pocity prázdnoty, ve stresu mají disociativní stavy. Potíže se sebeřízením se projevují jako nestálost v cílech, tužbách, hodnotách nebo plánech v pracovní oblasti. Narušená empatie se projevuje sníženou schopností rozpoznat pocity a potřeby druhých, která se pojí s hypersenzitivitou v mezilidských vztazích, druhé vnímá se selektivním důrazem na jejich negativní vlastnosti nebo zranitelnosti. Intimita je narušená prostřednictvím intenzivních, nestabilních a konfliktně prožívaných blízkých vztahů poznamenaných nedůvěrou, strádáním a úzkostnými obavami ze skutečného nebo domnělého opuštění. Blízké vztahy často bývají krajně idealizovány nebo znehodnocovány a střídá se oddanost s odchody (Goldmann, Soukupová, 2015).

Dále se projevují rysy zejména z oblasti negativní afektivity, antagonismu a desinhibice. Těmito rysy jsou emoční labilita, úzkostnost, nejistota z odloučení, depresivita, impulzivita, riskování a hostilita. Pro prokazatelnou diagnózu musí osobnost vykazovat alespoň 4 z těchto rysů a jedním z nich musí být impulzivita, riskování nebo hostilita (viz tabulka 13).

Narcistická porucha osobnosti

Narcistická porucha osobnosti typicky zahrnuje proměnlivou a zranitelnou sebeúctu. Typické je vyžadování pozornosti a ocenění a grandiozita, která může být jak zjevná tak skrytá.

Zjevné potíže s identitou se projevují jako nadměrné odkazování se na druhé, k získání sebepotvrzení a regulaci sebeúcty. Sebehodnocení je přehnaně nabubřelé, nebo se vyskytuje pocit pokořenosti, nebo se pohybuje mezi těmito krajnostmi. Regulování emocí odráží výkyvy v sebeúctě. Narušené sebeřízení se projevuje ve stanovování si cílů, jimiž je získáváno ocenění od druhých. Člověk s narcistickou poruchou osobnosti má zbytečně vysoké normy na to, aby byl vnímán jako výjimečný, nebo příliš nízké, založené na osobním nároku. Často si neuvědomuje vlastní motivaci. V oblasti empatie se narušení projevuje jako snížená schopnost rozpoznat pocity a potřeby druhých lidí nebo se s nimi ztotožnit. Daný člověk je přehnaně naladěný na reakce druhých lidí, ale jen pokud vnímá, že se ho týkají a přeceňuje nebo podceňuje dopad vlastního chování na druhé. Narušená intimita vede k vytváření povrchních vztahů, které slouží k regulaci a vzájemnost je ve vztahu omezena kvůli malému zájmu o to, co druzí prožívají, a kvůli převaze vlastní potřeby zisku (Goldmann, Soukupová, 2015).

Objevují se také typické rysy v oblasti antagonismu. Těmito rysy je grandiozita a vyžadování pozornosti. Oba tyto rysy musí být přítomné pro přiřazení diagnózy (viz tabulka 13).

Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti

Pro obsedantně-kompulzivní poruchu osobnosti jsou typické potíže s vytvářením i udržením blízkých vztahů. Stejně tak je typický rigidní perfekcionismus, nepružnost a omezený projev emocí. Vedle zjevných potíží s identitou, kdy vztah k sobě se odvíjí převážně od pracovního výkonu nebo od vlastní výkonnosti a prožívání a projevování silných emocí je stažené, je narušeno i sebeřízení, které se projevuje potížemi s plněním úkolů a uskutečňováním cílů, což souvisí s rigidními, neúměrně vysokými a nepružnými vnitřními normami chování a

přehnaně zásadovými a moralizujícími postoji. Narušená empatie se projevuje potížemi chápat a oceňovat nápady, pocity nebo chování druhých lidí. Narušení intimity způsobuje vnímání vztahů jako druhořadých vzhledem k práci a výkonnosti, rigidita a tvrdohlavost negativně ovlivňují vztahy k druhým lidem (Goldmann, Soukupová, 2015).

Dále se vyskytují typické rysy v oblastech negativní afektivity a odtažitosti, konkrétně rysy rigidního perfekcionismu, perseverace, vyhýbání se intimitě a omezené afektivity. Musí se vyskytovat alespoň tři z těchto rysů a rigidní perfekcionismus musí být přítomen vždy (viz tabulka 13).

Schizotypní poruchy osobnosti

Pro schizotypní poruchu osobnosti je typické narušení kapacity pro navazování sociálních a blízkých vztahů. Objevují se výstřednosti v myšlení, vnímání a chování, které souvisejí se zkresleným vnímáním sebe sama a s nesoudržnými osobními cíli a jsou doprovázené podezíravostí a omezeným projevem emocí. Typické jsou potíže s identitou kdy hranice mezi sebou samým a ostatními jsou nejasné, je narušené sebepojetí, emoční projev není často shodný s kontextem či vnitřním prožitkem. Narušení sebeřízení se projevuje jako nereálné nebo nesoudržné cíle a chybějící jasný soubor vnitřních norem. Narušená empatie vede k výrazným potížím chápat důsledky, které má chování na ostatní, často je špatně vysvětlována motivace a chování druhých lidí. Narušená intimita se projevuje jako výrazné narušení utváření blízkých vztahů, což souvisí s nedůvěrou a úzkostností (Goldmann, Soukupová, 2015).

Výše uvedené projevy jsou spojené s typickými znaky v oblasti psychoticismu a odtažitosti. Konkrétními rysy jsou dysregulace myšlení a vnímání, neobvyklé představy a prožitky, výstřednost, omezená afektivita, sociální stažení, podezíravost. Musí se vyskytovat alespoň čtyři z těchto rysů osobnosti (viz tabulka 13).

Porucha osobnosti se specifickými rysy

Poslední vymezenou poruchou osobnosti je PD-TS. Pro přidělení diagnózy je opět nutné středně těžké až těžké narušení funkční schopnosti osobnosti, které se projevuje alespoň v jedné z oblastí identity, sebeřízení, empatie a intimity.

Dle diagnostických kritérií musí být přítomna jedna nebo více oblastí s výskytem patologických rysů osobnosti, nebo musí být přítomno více specifických patologických rysů, které se projevují ve všech oblastech negativní afektivity, odtažitosti, antagonismu, desinhibice a psychoticismu (viz tabulka 13).

Specifické rysy se proto u této poruchy mohou výrazně lišit a mohou se objevovat kterékoliv z uvedených 25 rysů (viz tabulka 13). Alternativní model DSM-V nevymezuje konkrétní podtypy poruchy PD-TS, uvádí právě popis jednotlivých oblastí a rysů, které umožní bližší orientaci v diagnostických kritériích.

Tabulka 13 - Rysy konkrétně vymezených poruch a jejich popis dle alternativního modelu DSM-V

<i>Specifická porucha</i>	<i>Rysy</i>	<i>Popis rysů</i>
<i>antisociální</i>	manipulativnost	Využití lsti k ovlivnění nebo ovládání druhých; Využití svádění, osobního šarmu nebo lichotek k dosažení svých cílů.
	bezohlednost	Nezajímají ho pocity nebo problémy druhých, necítí vinu nebo výčitky svědomí kvůli negativním nebo škodlivým důsledkům svého jednání pro ostatní.
	prolhanost	Neupřímnost a podvádění; vydávání se za někoho jiného; přikrašlování a vymýšlení si v rozporu s realitou.
	hostilita	Trvalé nebo časté pocity hněvu; hněv nebo podrážděnost v reakci na mírné podněty a urážky; ošklivé, sprosté, nebo pomstychtivé chování.
	riskování	Bez ohledu na důsledky se zbytečně zapojuje do riskantních a potenciálně sebepoškozujících aktivit; nedbá na vlastní limity a popírá reálnou možnost osobního ohrožení; nezodpovědně se žene za cíli bez ohledu na míru rizika, které je toho součástí.
	impulzivita	Chová se impulzivně v reakci na bezprostřední podněty; jedná okamžitě, bez plánu nebo zvážení důsledků; potíže se stanovením plánu a jeho plněním: v důsledku emočního stresu dochází k pocitům tísně a k sebepoškozujícímu jednání.
	nezodpovědnost	Ignoruje nebo neuznává finanční a další povinnosti a závazky; nerespektuje a nedodržuje dohody a sliby; nedbalost k majetku druhých.

<i>vyhýbavá</i>	úzkostnost	Pocity nervozity, napětí, nebo paniky v reakci na různé situace; často si dělá starosti o negativních důsledcích nepříjemných událostí z minulosti a o negativních událostech, které se mohou stát v budoucnosti; cítí se nejistý a vlivem toho ustrašený a úzkostlivý; očekává, že se stane jen to nejhorší.
	sociální stažení	Raději sám než s ostatními; v sociálních situacích je složený; vyhýbá se sociálním kontaktům a činností; chybí iniciativa při navazování sociálních kontaktů.
	anhedonie	Netěší se ze života, nezapojuje se do života, chybí mu životní energie; deficit ve schopnosti pocítit radost a zájem o ostatní věci.
	vyhýbání se intimitě	Vyhýbá se blízkým nebo romantickým vztahům, interpersonální náklonnosti a intimním sexuálním vztahům.
<i>hraniční</i>	emoční labilita	Nestabilita emocí a nálady; snadné vyvolání emocí, které jsou silné a nepřiměřené událostem a okolnostem.
	úzkostnost	Pocity nervozity, napětí, nebo paniky v reakci na různé situace; často si dělá starosti o negativních důsledcích nepříjemných událostí z minulosti a o negativních událostech, které se mohou stát v budoucnosti; cítí se nejistý a vlivem toho ustrašený a úzkostlivý; očekává, že se stane jen to nejhorší.
	nejistota z odloučení	Strach z toho, že zůstane sám, a z odloučení od blízkých lidí, který je založen na chybějící jistotě, že se dokáže sám o sebe fyzicky a emocionálně postarat.
	depresivita	Cítí se bez nálady, mizerně, a cítí beznaděj; má potíže se z těchto nálad vymanit; je pesimistický ohledně budoucnosti; přetrvává pocit studu a viny; pocit méněcennosti; myšlenky na sebevraždu a suicidální jednání.
	impulzivita	Chová se impulzivně v reakci na bezprostřední podněty; jedná okamžitě, bez plánu nebo zvážení důsledků; potíže se stanovením plánu a jeho plněním: v důsledku emočního stresu dochází k pocitům tísně a k sebepoškozujícímu jednání.
	riskování	Bez ohledu na důsledky se zbytečně zapojuje do riskantních a potenciálně sebepoškozujících aktivit; nedbá na vlastní limity a popírá reálnou možnost osobního ohrožení; nezodpovědně se žene za cíli bez ohledu na míru rizika, které je toho součástí.
	hostilita	Trvalé nebo časté pocity hněvu; hněv nebo podrážděnost v reakci na mírné podněty a urážky; ošklivé, sprosté, nebo pomstychtivé chování.
<i>narcistická</i>	grandiozita	Je přesvědčen, že je lepší než ostatní a že si zaslouží zvláštní zacházení; sobeckost: dělá si i neoprávněné nároky; povýšenost vůči ostatním.
	vyžadování pozornosti	Chová se tak, aby přitahoval pozornost; chce se stát středem pozornosti a chce být obdivován.

<i>obsedantně-kompulzivní</i>	rigidní perfekcionismus	Rigidně vyžaduje, aby bylo všechno dokonalé, perfektní a bez chyb nebo nedostatků včetně vlastního výkonu a výkonu ostatních; svůj čas věnuje tomu, aby se ujistil, že je každý detail správný; je přesvědčený, že existuje jen jeden správný způsob jak věci dělat; má potíže měnit nápady nebo názory; zaměřuje se na detaily, organizaci a pořádek. Tato chybějící škála je znakem nízké míry desinhibice
	perseverace	Přetrvává určitý způsob chování, kterým provádí různé činnosti, a to i dlouho poté, co toto chování přestalo být funkční a efektivní; pokračuje ve stejném chování i přes opakované neúspěchy, nebo přes jasné důvody s daným chováním přestat.
	vyhýbání se intimitě	Vyhýbá se blízkým nebo romantickým vztahům, interpersonální náklonnosti a intimním sexuálními vztahům.
	omezená afektivita	Téměř žádná nebo chybějící reakce na situace, které vyvolávají emoce; omezené prožívání emocí a omezení v jejich vyjadřování; lhostejnost a nezájem při zapojování se do běžných činností. Tato chybějící škála je znakem nízké míry negativní afektivity.
<i>schizotypní</i>	dysregulace myšlení	Podivínské nebo neobvyklé myšlení a prožívání včetně depersonalizace, derealizace a disociativního prožívání: zkušenosti na pomezí spánku a bdění (mixed sleep-wake state experiences); zkušenost s kontrolou, případně ovládnutím mysli.
	Neobvyklé představy a prožitky	Je přesvědčen o svých mimořádných schopnostech, jako je čtení myšlenek, telekineze, neobvyklé prožívání skutečnosti včetně prožitků podobných halucinacím.
	výstřednost	Podivínské, neobvyklé nebo bizarní chování, vystupování nebo řeč; podivné a nepředvídatelné myšlenky; říká neobvyklé nebo nevhodné věci.
	omezená afektivita	Téměř žádná nebo chybějící reakce na situace, které vyvolávají emoce; omezené prožívání emocí a omezení v jejich vyjadřování; lhostejnost a nezájem při zapojování se do běžných činností. Tato chybějící škála je znakem nízké míry negativní afektivity.
	sociální stažení	Raději sám než s ostatními; v sociálních situacích je složený; vyhýbá se sociálním kontaktům a činnostem; chybí iniciativa při navazování sociálních kontaktů.
<i>PD_TS</i>	podezřavost	Očekává a je citlivý vůči náznakům špatných úmyslů nebo ublížení v interpersonálních vztazích; pochybuje o loajalitě a věrnosti druhých; má dojem, že s ním druzi špatně zacházejí, využívají ho a pronásledují.
	negativní afektivita	Časté a silné prožívání širokého okruhu velmi silných negativních emocí (např. úzkost, deprese, vina a stud, starosti, hněv) a jejich projevů v chování (např. sebepoškozování) a interpersonálních projevů (např. závislost).

odtažitost	Vyhýbá se socioemočnímu prožívání a stahuje se z interpersonální komunikace (od běžné všední komunikace až po přátelství a intimní vztahy), prožívání a projevy emocí jsou omezené, zejména schopnost prožívat radost a potěšení.
antagonismus	Chování, které ho přivádí do situací nekompatibilních s ostatními lidmi včetně přehnaného pocitu vlastní důležitosti, doprovázeného očekáváním že se mu dostane zvláštního zacházení. Bezohledná antipatie vůči druhým včetně toho, že si neuvědomuje potřeby a pocity druhých lidí; připravenost využít ostatní k vlastnímu prospěchu.
desinhibice	Zaměřen na okamžité uspokojení svých potřeb, což vede k impulzivnímu chování, na základě okamžitých myšlenek, pocitu a vnějších podnětů bez ohledu na zkušenosti, které má z minulosti, nebo bez ohledu na důsledky.
psychoticismus	Projevuje se široký okruh chování a myšlení, které se neslučují s kulturním kontextem a které jsou podivínské, výstřední nebo neobvyklé z hlediska psychického procesu (např. vnímání, disociace) i z hlediska psychického obsahu (např. přesvědčení).

Zdroj: DSM-V, Raboch a kol. 2015

Nezařazené rysy:

těkavost - Potíže se soustředěním a zaměřením na úkoly, pozornost je snadno odvrácená vnějším podnětem; potíže s plněním cílů včetně plánování a dokončení činností.

poddajnost - adaptace vlastního chování na reálné nebo domnělé zájmy, potřeby a přání druhých, přestože je to v rozporu s jeho vlastními zájmy, potřebami a přáními.

3.3 Srovnání vymezení dle MKN-10 a alternativního modelu pro DSM-V

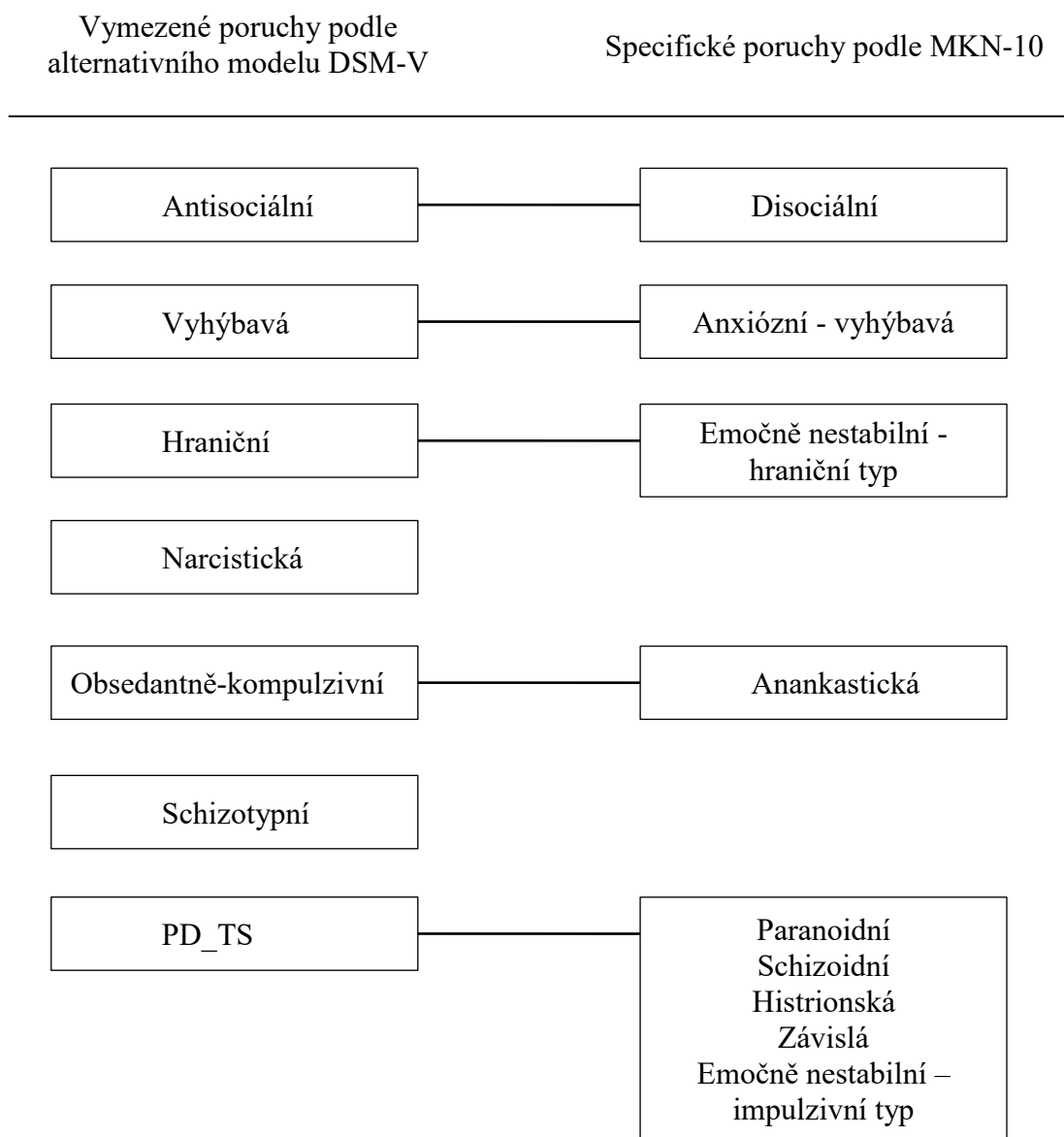
MKN-10 vymezuje v oddílu specifických poruch osobnosti paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionskou, anankastickou, anxiózní (vyhýbavou) a závislou poruchu osobnosti. Dále pak vymezuje oddíl Jiné specifické poruchy osobnosti, zde je uvedena osobnost excentrická, nezdrženlivá, nezralá,

narcistická, pasivně-agresivní a psychoneurotická. Samostatnou kategorií jsou pak Smíšené a jiné poruchy osobnosti.

Alternativní model poruch osobnosti v DSM-V vymezuje diagnostická kritéria pro šest specifických poruch osobnosti. Jedná se o antisociální, vyhýbavou, hraniční, narcisistickou, obsesivně-kompulzivní a schizotypální poruchu. Těchto šest poruch bylo vyčleněno na základě empirického výzkumu a klinické významnosti. Další poruchy osobnosti, které nejsou v modelu konkrétně vymezeny, jako porucha osobnosti paranoidní, schizoidní, histrionská, závislá a impulzivní, jsou diagnostikovány jako porucha osobnosti se specifickými rysy (PD-TS). U diagnózy PD-TS jsou namísto zastřešených kategorií uvedeny specifické klinicky významné znaky osobnosti, které dále specifikují diagnózu (např. PD-TS s podezřívavostí, omezenou aktivitou a hostilitou může být diagnostikována jako paranoidní porucha osobnosti). Cílem této diagnózy je eliminovat problém diagnózy nespecifické poruchy osobnosti tím, že tato diagnóza může být použita v mnoha případech pacientů, kteří dobře nezapadají do dostupných kategorií poruch osobnosti (Waugh et al., 2017). U každé posuzované osoby můžeme dle alternativního modelu blíže specifikovat významné rysy a použít je i jako specifikátory k naplnění poruše osobnosti.

Pro přehlednost uvádím v tabulce, které poruchy osobnosti jsou uvedeny v obou manuálech, a kde tedy dochází k překryvu. V alternativním modelu pro DSM-V jsou navíc oproti MKN-10 vymezeny poruchy narcistická a schizotypní. Narcistická porucha osobnosti je v MKN-10 pouze zmíněna v Jiných specifických poruchách osobnosti, není však blíže specifikována a vymezena. Schizotypní porucha osobnosti není v MKN-10 vymezena, její popis však nejvíce odpovídá paranoidní a schizoidní poruše osobnosti dle MKN-10.

Obrázek 1 - Přehled vymezených poruch dle MKN-10 a alternativního modelu DSM-V



3.4 Využití alternativního modelu poruch osobnosti

Běžně využívaný kategoriální diagnostický systém poruch osobnosti bývá kritizován pro svoje nedostatky. Podle Kruegera a kol. (2013) jsou hlavními problémy, se kterými se tradiční přístup k diagnostice a kategorizaci poruch osobnosti potýká to, že osobnost nemá jednoduchou strukturu, jednotlivé osobnostní rysy se nedají hierarchicky strukturovat, projevy a rysy a díky tomu i diagnózy se vzájemně

překrývají. Stejně tak tyto modely nepracují s rozsahem a zejména polaritou jednotlivých osobnostních rysů.

Z těchto důvodů byl vytvořen validní a klinicky využitelný přístup, který zahrnuje hodnocení narušení funkční schopnosti osobnosti a dimenzionální model osobnostních rysů. Kromě dosavadní kategoriální klasifikaci tedy DSM-V představuje alternativní model, v sekci III manuálu, který má za cíl odstranit nedostatky stávající diagnostiky. Dimenzionální přístup k diagnostice poruch osobnosti je považován mnohými studii za reliabilnější a užitečnější (Riegel, 2016; Verheul, 2005; Bernstein et al., 2007, Morey et al., 2014).

Alternativní model poruch osobnosti spojuje dvě koncepční roviny osobnostní psychopatologie. První rovina sleduje narušení funkční schopnosti v oblasti self a interpersonální, druhá rovina sleduje maladaptivní osobnostní rysy. Obě tyto roviny jsou odvozeny z empirické zkušenosti a z tradičního psychologického posuzování osobnosti. Jedná se tedy o přístup vycházející z klinického hodnocení, přesto však ateoretický, tudíž by jeho využití mělo být univerzální a snadné pro každého klinického psychologa (Waugh et al., 2017).

Výhodou multidimenzionálního modelu osobnostních rysů je zaměření na různé oblasti projevů každého jednotlivce. Hodnoceno je pět širokých oblastí osobnosti – negativní afektivita, odtažitost, antagonismus, desinhibice a psychoticismus. Model takto vymezených osobnostních rysů je operacionalizovaný v Osobnostním inventáři pro DSM-V (PID-5). Tento dotazník může být vyplněn pacienty jako sebeposuzovací, nebo může být hodnocen jinými respondenty, kteří jsou s posuzovanou osobou v blízkém vztahu, např. rodiči nebo partnerem. Zhodnoceno je všech konkrétních, již výše zmíněných 25 osobnostních rysů (DSM-V)

Další velkou výhodou oproti klasickému, kategoriálnímu přístupu k poruchám osobnosti, je použití PID-5 k posouzení rysů osobnosti i u osob, které nesplňují kritéria pro poruchu osobnosti (Riegel, 2016). Hodnocení za pomoci PID-5 je poměrně obsáhlé a poskytuje nám podrobný popis zkoumané osoby a jejich vlastních specifických rysů.

Alternativní model poruch osobnosti lze využívat spolehlivě a s minimálním specifickým výcvikem. Umožňuje přenositelnost známých testů a běžných, široce využívaných interpretačních rámců (Waugh et al., 2017). Samotná kapitola věnující se alternativnímu modelu v DSM-V poskytuje široký přehled, je dobře uspořádaná a uvádí tabulky, které usnadňují orientaci v klasifikaci. Využití a bližší specifikaci přístupu se pak věnují mnozí autoři jako např. Morey et al. (2015); Krueger a Markon (2014) a Widiger (2015).

4 Diagnostika poruch osobnosti

Při diagnostice poruch osobnosti je klíčové provést kvalitní psychologické vyšetření a diferenciální diagnostiku. Je nutné zvážit poruchy nálady a úzkostné poruchy, u některých poruch osobnosti i psychotická onemocnění. Obtížná je i diferenciální diagnostika při závislosti na psychoaktivních látkách (Hoschl, Libiger & Švestka, 2002).

Při diagnostice jsou často využívány různá strukturovaná vyšetření a rozhovory i psychologické testy. Kromě strukturovaného rozhovoru International personality disorder examination (IPDE) existuje mnoho dalších využívaných rozhovorů jako je Structured Interview of Personality Organization (STIPO) nebo poměrně nově vzniklý Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM–5 (STiP-5.1).

Struktura osobnosti bývá rovněž posuzována za pomoci testů jako je Milion Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), NEO osobnostní inventář (NEO-PI-R), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), 16 Personality Factor Questionnaire (Catell-16PF), California Personality Inventory (CPI), Personality Assessment Inventory (PAI), Cloningerův trojrozměrný dotazník (TPQ) a mnoho dalších. Nápomocné mohou být při diagnostice poruch osobnosti i projektivní testy, které bývají na našem území často využívané, zejména Rorschachův test (ROR) či Tematicko apercpeční test (TAT). U těchto metod však není zajištěna reliabilita a umožňují různé interpretace vyšetřujícího psychologa.

Jaké nástroje budou při diagnostice využívány, víceméně rozhoduje zaměření a vlastní zkušenost konkrétního psychologa provádějícího diagnostiku. V ČR jsou často využívány projektivní metody, dotazníkové metody a méně pak strukturované rozhovory (Riegel, 2017).

4.1 Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE)

Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE) je upraven pro použití jak s MKN-10 tak se starší verzí DSM-III. V této studii byla používána česká úprava metody, tedy modul vycházející z MKN-10. Je určen k dotazování chování a životní

zkušenosti týkající se více než 150 kritérií použitých při vytváření diagnostiky poruch osobnosti. Obsahuje předepsanou sadu pečlivě vybraných a zkoumaných otázek, které jsou doplněny o dostatečné klinické vyšetření pacienta, vysvětlení a potvrzující příklady a detaily. Manuál definuje rozsah a význam každého kritéria a poskytuje pokyny a kotevní body pro bodování kritérií (Loranger, 1994).

Psychometrické vlastnosti rozhovoru byly řadou výzkumníků posuzovány. Sám autor provedl studii, při které bylo vyšetřeno 716 pacientů, 243 reexaminováno a 141 z rozhovorů hodnoceno pozorovatelem. Stanovení validity semistrukturovaných rozhovorů je však problematické. Strukturovaný rozhovor ale poskytuje více replikovatelných a užitečných odpovědí na otázky o etiologii, průběhu a léčbě než hodnocení poskytovaná klinickými lékaři. Kliničtí pracovníci, kteří ve studii nástroj využívali, ho hodnotili jako klinicky validní (Loranger, 1994).

Existují kulturní rozdíly v tom, co je považováno za maladaptivní chování. Loranger (1994) dospěl k závěru, že IPDE je nástroj použitelný napříč kulturami. Přeložen je do skotštiny, francouzštiny, němčiny, japonštiny, kanadštiny, norštiny, svahilštiny a tamilštiny. IPDE byl kliniky hodnocen pozitivně a prokázal také dostatečnou mezitřídní reliabilitu a časovou stabilitu I při administraci velkým množstvím klinických pracovníků napříč mezinárodní psychiatrickou obcí a v rámci různorodých kultur a v různých jazycích. (Loranger, 2006).

Struktura rozhovoru, jeho administrace a způsob vyhodnocování jsou blíže popsány v empirické části práce, v kapitole 6.3.1.

4.2 Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5)

Po zveřejnění pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) byl představen alternativní model osobnostních poruch založených na osobnostní dysfunkci a patologických osobnostních rysech. Inventář osobnosti pro model DSM-5 (PID-5) je inventář 220 vlastností, který je určen k posouzení osobnostních vlastností tohoto modelu.

Dotazníkem PID-5 se zabývá řada studií na různých výzkumných souborech. Dle Van den Broecka et al. (2013) je většina osobnostních rysů dle PID-5 spolehlivě měřena bez ohledu na věk respondenta. Další výzkumy porovnávají PID-5 s pětifaktorovými modely osobnosti jako je NEO-PI nebo BFI a považují PID-5 za adekvátně zachycující patologické rysy vycházející z pětifaktorového modelu (Gore, 2013; Thomas et al. 2013; Thimm, 2016). Jiné studie srovnávají výsledky PID-5 s dalšími nástroji jako je Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 Restructured Form (MMPI-2-RF) a dokazují, že PID-5 efektivně zachycuje rysy konkrétních poruch, zejména narcistické a hraniční (Anderson et al. 2014).

Užitečnost alternativního přístupu k poruchám osobnosti a metody PID-5 hodnotí řada výzkumníků. Bach (2015) hodnotí klinickou užitečnost alternativního modelu rozborem 6 případů konkrétních pacientů. Jako zvlášť přínosný hodnotí právě model 25 osobnostních rysů, které fungují jako srozumitelné deskriptory k popisu jedinečné osobnostní struktury pacientů. Jak prokázal na 6 případech, identifikace osobnostních vlastností je obzvlášť užitečná i při plánování individuální léčby. Stejně tak Al-Dajani et al. (2016) hodnotí PID-5 jako slibný nástroj, který vykazuje dobré psychometrické vlastnosti a má potenciál ke zkvalitňování a zpřesňování osobnostní diagnostiky.

Nástroj je využíván na mnoha různých výzkumných souborech. Somma et al. (2016) zadávali PID-5 85 italským adolescentům s cílem získat předběžné údaje o spolehlivosti PID-5 a klinické využitelnosti u dospívajících. Dle jejich výzkumu prokázaly všechny škály PID-5 adekvátní vnitřní konzistenci (tj. Cronbachovy hodnoty α alespoň 0,70, většinou větší než 0,80). Dle jejich výzkumu se zdá, že je PID-5 vhodně využitelný nástroj i pro populaci adolescentů.

Pocnet et al. (2018) porovnává alternativní dimenzionální model s ohledem na kategorie osobnostní poruchy a normální dimenzi osobnosti na výzkumném souboru 537 respondentů, kteří absolvovali dotazník PID-5, tak i screeningový dotazník předcházející Mezinárodnímu rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE) a dotazník NEO-FFI-R (NEO-Five Inventory Inventory). Multifaktorová analýza ukázala vztahy mezi PID-5 a IPDE a NEO-FFI-R. Tyto vztahy byly podrobněji analyzovány a

zjištěním bylo, že normální a abnormální osobnosti mají společnou základní strukturu. Výsledky naznačují, že PID-5 může být kvalitní alternativou pro dostatečný popis symptomů poruch osobnosti.

Struktura inventáře a způsob jeho vyhodnocování jsou blíže popsány v empirické části práce, v kapitole 6.3.2.

5 Cíl práce

Cílem práce je srovnat metodu vycházející z alternativního modelu diagnostiky poruch osobnosti dle manuálu DSM-V, tedy metodu PID-5, s metodou strukturovaného rozhovoru IPDE vycházejícího evropského modelu klasifikace nemocí MKN-10. Kromě vymezení podobností a rozdílů jednotlivých metod a jejich teoretického zázemí je cílem práce zhodnotit kvalitu diagnostiky za pomoci dotazníku PID-5 analyzováním jeho výsledků v porovnání s výsledky strukturovaného rozhovoru. Práce se zaměřuje jak na kvantitativní srovnání výsledků, tak na kvalitativní analýzu jednotlivých diagnostických případů a jejich podrobný rozbor. Cílem je tedy zhodnocení metody PID-5 a jejího přínosu pro diagnostiku v klinické praxi.

5.1 Výzkumné otázky

Výzkumnou otázkou je, jestli se diagnostika dle jednotlivých metod shoduje, tedy jestli je u jednotlivých případů možné dle obou metod vymežit shodující se diagnózu. Vzhledem k teoretickému vymezení se některé specifické poruchy osobnosti nepřekrývají. Další výzkumnou otázkou tedy je, jak bude vymezena diagnóza v případě, že druhá metody danou poruchu nevyčleňuje či je shoda nejistá.

6 Metoda

6.1 Design výzkumu

Výzkum probíhal od ledna do listopadu 2017 a byl prováděn za pomoci rozhovorů a dotazníkových metod. Během tohoto období jsem prováděla celkem 29 strukturovaných rozhovorů za pomoci Mezinárodního rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE) s pacienty Národního ústavu duševního zdraví. Účast pacientů ve výzkumu byla dobrovolná a všichni pacienti byli informováni o výzkumných účelech mého vyšetření. Všechny rozhovory probíhaly pod supervizí vedoucího práce a ve spolupráci s ošetřujícím psychologem, jako součást psychologického vyšetření daného pacienta. Následně byl všem vyšetřovaným pacientům zadán dotazník PID-5 k samostatnému vyplnění. Cílem bylo srovnání obou metod a jejich výsledků.

Výběr respondentů byl tedy záměrný, na základě dostupnosti. Všichni respondenti byli indikováni k provedení diferenciální diagnostiky za účelem posouzení, zda se jedná o poruchu osobnosti či poruchy nálady nebo jinou psychiatrickou diagnózu. Vhodné pacienty tedy vybíral ošetřující psychiatr a psycholog, dle jejich anamnézy a projevů. Ve všech případech se jednalo o klinické pacienty a rozhovory byly prováděny během jejich léčby.

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor zahrnuje $N=29$ osob s průměrným věkem 36 let (rozptyl 20-54, $SD=10,75$). Ženy tvoří 69% souboru, $N=20$ a muži 31%, $N=9$. Dvě osoby měly základní vzdělání, tři středoškolské bez maturity, jedenáct středoškolské s maturitou a dvanáct osob mělo vysokoškolské vzdělání.

Všichni účastníci byli pacienti Národního ústavu duševního zdraví a byli hospitalizováni nebo docházeli do denního stacionáře. Šlo o pacienty s poruchami nálady a úzkostnými poruchami. U všech těchto pacientů existovalo před vyšetřením podezření na poruchu osobnosti jako primární či sekundární diagnózu.

Pro přehled o složení souboru z hlediska psychiatrických diagnóz slouží tabulka č. 14 níže. U sedmi pacientů byla po dalších psychologických vyšetřeních konstatována diagnóza poruchy osobnosti. Z celého výzkumného souboru tedy prokazatelnou poruchu osobnosti mělo pouze 24,14 % pacientů. Pouze v jednom případě se jednalo o samotnou diagnózu poruchy osobnosti, v dalších případech šlo o komorbiditu s jinou psychiatrickou diagnózou.

Tabulka 14 - Přehled psychiatrických diagnóz výzkumného souboru

č. pacienta	Přidělená psychiatrická diagnóza
1	F50.0 Mentální anorexie F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
2	F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
3	F32.1 Středně těžká depresivní fáze
4	F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
5	F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
6	F32.1, Středně těžká depresivní fáze (Osobnost s rysy histriónskými a narcistními)
7	F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů
8	F40.0 Agorafobie F45.2 Hypochondrická porucha
9	F32.1 Středně těžká depresivní fáze
10	F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
11	F32.2, Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků F61 Smíšená porucha osobnosti s akcentovanými rysy histriónskými a emočně nestabilními
12	F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
13	F41.2, Smíšená úzkostná a depresivní porucha F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
14	F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese
15	F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha F40.0 Agorafobie
16	F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
17	F32.2, Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
18	F61 Smíšená porucha osobnosti F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
19	F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
20	F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená
21	F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
22	F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha
23	F61, Smíšená porucha osobnosti F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

24	F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
25	F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká F42.0 Obsedantně-nutková porucha – Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace
26	F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká
27	F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy
28	F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
29	F42.0 Obsedantně-nutková porucha - Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace F32.0 Lehká depresivní fáze F40.1 Sociální fobie

6.3 Použité nástroje

6.3.1 Strukturovaný rozhovor IPDE

Rozhovor IPDE se snaží nalézt rovnováhu mezi klinickým rozhovorem a standardizovanou metodou. Rozhovor je vhodné uvést počáteční instrukcí ve znění:

„Otázky, na které se Vás budu ptát, se týkají většiny Vašeho života. Zajímám se o to, co je pro celý Váš život typické, nejen pro současnost. Jestli jste se změnil/a a některé odpovědi platí jen pro část Vašeho života, určitě mi řekněte.“

Otázky jsou poskládány do přirozeného sledu a uspořádány do kapitol Základní informace, Práce, Self, Mezilidské vztahy, Afekty, Testování reality, Kontrola impulsů a Skórování chování. Kolem těchto tematických kapitol jsou uspořádány jednotlivé otázky, které jsou vzájemně provázané. V úvodu jednotlivých kapitol jsou obvykle otevřené otázky, které dávají příležitost hovořit volně o tématu a zmapovat tak celou oblast. Následuje různé množství otázek v každém okruhu. Otázky se vždy zaměřují na konkrétní diagnostické kritérium u vybrané specifické poruchy osobnosti, na kterou se zaměříme. Celkově je tedy v rozhovoru 67 otázek, ke kterým je uvedeno několik pod-otázek. Rozhovor IPDE se zaměřuje na identifikaci chování relevantního pro zjištění kritérií poruch osobnosti tak, jak jsou definovány v klasifikačním systému MKN-10.

Součástí metody je i skórovací příručka, ve které jsou záznamové listy k jednotlivým poruchám. U každého diagnostického kritéria je uvedeno, které otázky odpovídají daným kritériím. Každé kritérium je možné skórovat od 0 do 2, dle

uvedeného návodu a podle usouzení vyšetřujícího psychologa. Následně je možné stanovit definitivní, pravděpodobnou nebo negativní diagnózu každé poruchy osobnosti. Obdobně se stanovuje počet diagnostických kritérií a specifický dimenzionální skór u každé poruchy, bez ohledu na to, zda byla naplněna kritéria pro diagnózu poruchy, což kategoriální diagnózu doplňuje.

U každého skórovaného kritéria postupuje posuzující psycholog dle instrukcí v manuálu. Pacientova výpověď je tedy skórována dle uvedených popisů (např. skór 1 u kritéria Trvalých a pronikavých pocitů napětí a obav u Anxiózní (vyhýbavé) poruchy je popsán následovně: “Častá zkušenost trvalých a pronikavých buď pocitů napětí nebo obav (ale ne obojí) se zřejmým vlivem na pacientův život nebo příležitostná zkušenost trvalých a pronikavých pocitů napětí a obav se zřejmým vlivem na pacientův život”).

Chování by mělo být přítomno dlouhodobě, dle manuálu by mělo trvat alespoň 5 let. Alespoň jedno kritérium by se mělo manifestovat před 25. rokem života, aby mohlo být uvažováno o diagnóze.

6.3.2 Dotazník PID-5

Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5) je 220 položková sebesuzovací škála hodnocení osobnostních rysů pro dospělé od 18 let. Hodnotí 25 aspektů osobnostních rysů, konkrétně: Anhedonii, Úzkostnost, Vyžadování pozornosti, Bezohlednost, Prolhanost, Depresivitu, Těkavost, Výstřednost, Emoční labilitu, Grandiozitu, Hostilitu, Impulzivitu, Vyhýbání se intimitě, Nezodpovědnost, Manipulativnost, Dysregulaci myšlení a vnímání, Perseveraci, Omezenou afektivitu, Rigidní perfekcionismus, Riskování, Nejistotu z odloučení, Poddajnost, Podezíravost, Neobvyklé představy nebo prožitky a Sociální stažení. Každý z aspektů sestává ze 4 až 14 položek. Aspekty mohou být kombinovány do pěti oblastí a to Negativní afektivita, Odtazitost (detachment), Antagonismus, Desinhibice a Psychoticismus (zdroj: PID-5).

Každá měřitelná položka je měřena čtyřbodovou stupnicí respondentů. Kategorie odpovědí položek jsou 0 = zcela nepravdivé nebo často nepravdivé; 1 = někdy nebo částečně nepravdivé; 2 = někdy nebo částečně pravdivé; 3 = Totálně pravdivé nebo často pravdivé. Některé položky jsou pak znovu hodnoceny.

Odpovědi se zprůměrují pro každý z aspektů osobnostních rysů. Skóry pro pět oblastí osobnostních rysů se vypočítají zprůměrováním skóru daných aspektů. Autory dotazníku je doporučeno do výpočtů zahrnout pouze tři psychometricky nejrelevantnější aspekty dané oblasti (PID-5; Riegel, 2017). Oblast Negativní afektivita je průměrem aspektů emoční labilita, úzkostnost a nejistota z odloučení; oblast Odtazítost je průměrem aspektů sociální stažení, vyhýbání se intimitě a anhedonie; oblast Antagonismus je průměrem aspektů manipulativnost, prohanost a grandiozita; oblast Desinhibice je průměrem aspektů těkavost, impulzivita a nezodpovědnost; oblast Psychoticismus je průměrem aspektů výstřednost, dysregulace myšlení a vnímání a neobvyklé představy a prožitky (Riegel, 2017).

Podle instrukcí autora znamená vyšší průměrné skóre vyšší stupeň dysfunkce v konkrétním aspektu nebo oblasti osobnostních rysů. (PID-5) Riegel a kol. (2017) vytvořil standard české verze PID-5 ve vzorku klinické a neklinické populace. Ve své práci shrnul hraniční skóre stanovenou analýzou ROC, aby poskytl přesnější představu o schopnosti daného aspektu nebo oblasti přiřadit zkoumanou osobu kontrolní nebo klinické skupině.

V klasifikaci DSM-V ani v rámci samotné metody PID-5 není specifikováno, jak určit hladinu významnosti jednotlivých rysů. Racionální rozhodnutí a konvence (Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas & Ruggero, 2013) naznačují, že hodnocení od stupně 2 (někdy nebo částečně pravdivé) má klinický význam.

6.4 Analýza dat

V první části výzkumu byla data analyzována kvantitativně za pomoci programu SPPS-23. U dotazníku PID-5 byly vypočítány průměrné hodnoty pro všechny proměnné u všech respondentů podle výše popsaných pokynů v záznamovém archu. Tato data byla převedena do tabulek.

U každého respondenta je tedy vypočítán průměrný skóre všech 25 osobnostních rysů a 5 osobnostních dimenzí. Pro každou proměnnou, tedy jednotlivý osobnostní rys dle alternativního modelu poruch osobnosti dle DSM-V je také vypočítán průměrný skóre všech respondentů.

U strukturovaného rozhovoru IPDE bylo nutné hodnoty převést do obdobného formátu. Vzhledem k tomu, že přístup je kategoriální a postupuje systémem naplnění či nenaplnění dostatečného počtu kritérií, což neodpovídá přístupu PID-5, bylo nutné pracovat s vyšší dimenzionální skóre jako předního ukazatele síly daných patologických rysů. Dimenzionální skóre je i v manuálu metody zmiňován jako důležitý ukazatel (Loranger, 2006). U každého respondenta byl tedy sečten dimenzionální skóre jednotlivých poruch osobnosti. Obdobně byl vypočítán i průměrný dimenzionální skóre jednotlivých poruch u všech respondentů.

Hlavní metodou použitou při statistické analýze dat byly korelace mezi dimezionálními skóre poruch podle IPDE a jednotlivými osobnostními rysy podle PID-5. Pomocí Spearmanova rho bylo zjišťováno, jak korelují jednotlivé rysy PID-5 s tradičně vnímanými kategoriemi poruch osobnosti dle IPDE u klinického výzkumného souboru.

V tabulce 14 jsem uvedla, jak si jednotlivé poruchy odpovídají a v tabulce 13 jsou uvedeny jednotlivé rysy, jak jsou přiřazeny odpovídajícím poruchám dle manuálu DSM-V. Z tohoto rozřazení jsem primárně vycházela při statistické analýze dat. Zajímalo mě tedy, jak spolu koreluje dimenzionální skóre poruchy dle IPDE s konkrétními rysy přiřazenými odpovídající poruše dle DSM-V.

Dalším krokem bylo zjistit, jestli dimenzionální skóry korelují i s dalšími rysy, které nejsou přiřazeny odpovídající poruše, tedy srovnat dimenzionální skór IPDE se všemi proměnnými dle PID-5.

Co se týče ověřování psychometrických kvalit nástroje PID-5, v rámci mé studie jsem vycházela z poznatků předchozích studií, zejména z výzkumu Riegela a kolegů (2017), kteří nástroj PID-5 ověřovali v českém prostředí jak na souboru běžné populace, tak na klinickém souboru. Autory byla provedena ROC analýza všech aspektů a oblastí PID-5, na základě které byly stanoveny kritické (cut-off) skóry s minimálním možným počtem falešně negativních a falešně pozitivních případů. Průměrné hodnoty Cronbachova koeficientu alfa byly ve studii autorů 0,82 (0,85) pro soubor z běžné populace a 0,84 (0,87) pro klinický soubor. Průměrný skór napříč 25 aspekty pro soubor z běžné populace byl $M = 0,72$, $SD = 0,56$, zatímco pro klinický soubor $M = 1,14$, $SD = 0,69$. Tento rozdíl byl statisticky signifikantní, $t(48) = 2,39$, $p = 0,021$ (Riegel, 2017). Jelikož výzkumný soubor této studie je klinický, za směrodatné hodnoty se dá považovat spíše průměr klinického souboru.

Vzhledem k malé velikosti mého výzkumného souboru jsem v rámci svého výzkumu neověřovala vnitřní reliabilitu nástrojů a spoléhám na jejich ověřenou reliabilitu, která byla testována předchozími studii.

Kvůli malé velikosti výzkumného souboru a díky tomu i zkresleným výsledkům statistické analýzy jsem se rozhodla provést i kvalitativní rozbor jednotlivých případů. U jednotlivých pacientů byla tedy posouzena diagnostika dle rozhovoru IPDE a diagnostika dle PID-5. Cílem bylo zjistit, jestli u konkrétních případů oba nástroje odhalily podobné osobnostní rysy a jak by mohli být jednotliví pacienti diagnostikováni za pomocí obou metod. Kvalitativní rozbor vycházel z případové studie, tedy šlo o detailní studie několika případů s cílem zachytit složitost případů, popis vztahů v jejich celistvosti (Hendl, 2016). Jednotlivé případy byly detailně analyzovány a porovnávány.

7 Výsledky

7.1 Výsledky kvantitativní analýzy

Skóry jednotlivých oblastí PID-5 (negativní afekt, odstup, nepřátelství, nezdrženlivost a psychoticismus) nemají dle Shapiro-Wilkova testu normální rozložení ($p < 0,05$), proto byl k analýze dat zvolen výpočet neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu.

V prvním kroku byl zjišťován vztah mezi součtem dimenzionálních skóre v rozhovoru IPDE, tedy celkovým dimenzionálním skórem IPDE a jednotlivými oblastmi PID-5 (negativní afekt, odstup, nepřátelství, nezdrženlivost a psychoticismus). Tyto hodnoty mohou vypovídat o celkové úrovni patologie osobnosti. Předpokladem je, že vyšší celkový skór v IPDE poukazuje na nějakou formu patologie osobnosti. Z výsledků je patrné, že celkový skór IPDE koreluje pouze s oblastí negativního afektu $r = 0,400$ ($p < 0,05$) a s oblastí psychoticismu $r = 0,558$ ($p < 0,05$). U zbylých oblastí nebyly nalezeny statisticky významné korelace.

Tabulka 15 - Spearmanův korelační koeficient celkového dimenzionálního skóru IPDE a oblastí PID-5

	<i>Celkový dimenzionální skór IPDE</i>
<i>Negativní afekt</i>	0,400*
<i>Odstup</i>	0,361
<i>Nepřátelství</i>	0,032
<i>Nezdrženlivost</i>	0,348
<i>Psychoticismus</i>	0,558*

* $p < 0,05$

Metoda IPDE vychází z klasického kategoriálního přístupu a vymezuje 10 specifických poruch osobnosti. Pro každou z těchto vymezených kategorií (poruch) získáme vyhodnocením rozhovoru dimenzionální skór. Čím vyšší je dimenzionální skór, tím pravděpodobnější je přítomnost dané poruchy osobnosti. Hodnotu jednotlivých dimenzionálních skóre jsem tedy korelovala s průměrnými hodnotami jednotlivých rysů PID-5. Nejprve jsem zjišťovala, zda existuje vztah mezi dimenzionálním skórem poruchy dle IPDE a rysy, které jsou dle alternativního modelu

vymezeny jako rysy odpovídající poruchy osobnosti. Jak se jednotlivé poruchy dle MKN-10 a alternativního modelu DSM-V překrývají je uvedeno na Obrázku 1. Poté jsem zjišťovala, jestli existuje vztah mezi dimenzionálním skórem jednotlivých poruch IPDE a některými z dalších 25 osobnostních rysů dle PID-5.

Disociální porucha osobnosti dle MKN-10 odpovídá antisociální poruše osobnosti dle alternativního modelu DSM-V. Dimenzionální skór IPDE pro disociální poruchu byl tedy korelován s rysy antisociální poruchy dle PID-5, což je manipulativnost, bezohlednost, nečestnost, hostilita, rizikové chování, impulsivita a nezodpovědnost. Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu jsou uvedeny v Tabulce 16. Dimenzionální skór disociální poruchy osobnosti koreluje s manipulativností $r = 0,413$ ($p < 0,05$), hostilitou $r = 0,375$ ($p < 0,05$), impulsivitou $r = 0,401$ ($p < 0,05$) a nezodpovědností $r = 0,418$ ($p < 0,05$). Dále bylo zjišťováno, jestli existuje vztah i mezi jinými rysy a skórem disociální poruchy osobnosti. Ze všech dalších rysů existuje statisticky významný korelační vztah mezi skórem disociální poruchy a domáháním se pozornosti $r = 0,400$ ($p < 0,05$) a submisivitou $r = 0,409$ ($p < 0,05$). U žádného dalšího rysu nebyl nalezen statisticky významný korelační vztah. Diagnostika disociální/antisociální poruchy osobnosti se tedy u obou metod překrývá.

Tabulka 16 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru disociální PO a rysů antisociální PO

	<i>Dimenzionální skór disociální PO</i>
<i>Manipulativnost</i>	0,413*
<i>Bezohlednost</i>	0,361
<i>Nečestnost</i>	0,311
<i>Hostilita</i>	0,375*
<i>Rizikové chování</i>	0,279
<i>Impulsivita</i>	0,401*
<i>Nezodpovědnost</i>	0,418*

* $p < 0,05$

Tabulka 17 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru disociální PO a ostatních rysů

	<i>Dimenzionální skór disociální PO</i>
<i>Domáhání se pozornosti</i>	0,400*
<i>Submisivita</i>	-0,409*

* $p < 0,05$

Vyhýbavá porucha osobnosti je vymezena oběma manuály. Dimenzionální skór vyhýbavé poruchy dle IPDE byl proto korelován s rysy vyhýbavé poruchy dle PID-5, což je anhedonie, úzkostnost, vyhýbání se intimitě a sociální stažení. Spearmanův korelační koeficient poukazuje na statisticky významnou korelaci vyhýbavé poruchy dle IPDE a úzkostnosti $r = 0,475$ ($p < 0,05$) a sociálního stažení $r = 0,511$ ($p < 0,05$). S dalšími rysy (anhedonie, vyhýbání se intimitě) nebyl prokázán statisticky významný korelační vztah.

Tabulka 18 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru vyhýbavé PO a rysů a vyhýbavé PO

	<i>Dimenzionální skór vyhýbavé PO</i>
<i>Anhedonie</i>	0,339
<i>Úzkostnost</i>	0,475*
<i>Vyhýbání se intimitě</i>	0,264
<i>Sociální stažení se</i>	0,511*

* $p < 0,05$

Tabulka 19 uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu s dalšími osobnostními rysy vymezenými PID-5, které nejsou dle alternativního modelu vymezeny jako rysy vyhýbavé poruchy. Dimenzionální skór vyhýbavé poruchy dle IPDE statisticky významně koreluje s dalšími 4 rysy a to s depresivitou $r = 0,460$ ($p < 0,05$), hostilitou $r = 0,382$ ($p < 0,05$), perseverací $r = 0,413$ ($p < 0,05$) a podezíravostí $r = 0,516$ ($p < 0,05$). Vyhýbavá porucha vymezená dle IPDE tedy spíše souvisí s jinými rysy, než s těmi, které uvádí PID-5 jako rysy vyhýbavé poruchy.

Tabulka 19 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru vyhýbavé PO a ostatních rysů

	<i>Dimenzionální skór vyhýbavé PO</i>
<i>Depresivita</i>	0,460*
<i>Hostilita</i>	0,382*
<i>Perseverace</i>	0,413*
<i>Podezíravost</i>	0,516*

* $p < 0,05$

Hraniční poruchu osobnosti taktéž vymezují oba manuály. Rysy hraniční poruchy osobnosti dle alternativního modelu DSM-V jsou úzkostnost, depresivita, emoční labilita, hostilita, impulsivita, rizikové chování a separační nejistota. Z těchto rysů s dimenzionálním skórem IPDE hraniční poruchy osobnosti koreluje úzkostnost $r = 0,413$ ($p < 0,05$), hostilita $r = 0,375$ ($p < 0,05$), rizikové chování $r = 0,401$ ($p < 0,05$) a separační nejistota $r = 0,418$ ($p < 0,05$). Zbylé rysy hraniční poruchy s dosaženým dimenzionálním skórem v IPDE nekorelují. Stále však koreluje více jak polovina rysů hraniční poruchy dle alternativního modelu.

Tabulka 20 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru hraniční PO a rysů a hraniční PO

	<i>Dimenzionální skór hraniční PO</i>
<i>Úzkostnost</i>	0,413*
<i>Depresivita</i>	0,361
<i>Emoční labilita</i>	0,311
<i>Hostilita</i>	0,375*
<i>Impulsivita</i>	0,279
<i>Rizikové chování</i>	0,401*
<i>Separační nejistota</i>	0,418*

* $p < 0,05$

Z dalších osobnostních rysů PID-5, které neodpovídají přímo hraniční poruše osobnosti, koreluje s dosaženým dimenzionálním skórem IPDE rys podivínství $r = 0,499$ ($p < 0,05$), percepční deregulace $r = 0,412$ ($p < 0,05$), podezíravosti $r = 0,458$

($p < 0,05$), neobvyklých přesvědčení a zážitků $r = 0,400$ ($p < 0,05$) a sociálního stažení $r = 0,542$ ($p < 0,05$). Všechny tyto rysy jsou dle alternativního modelu rysy schizotypní poruchy osobnosti. Zdá se tedy, že se diagnostika hraniční poruchy osobnosti dle IPDE spíše překrývá s diagnostikou schizotypní poruchy osobnosti dle PID-5, která není v MKN-10 vymezena (schizoidní poruše ve svých kritériích neodpovídá).

Tabulka 21 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru vyhýbavé PO a ostatních rysů

	<i>Dimenzionální skór hraniční PO</i>
<i>Podivinství</i>	0,499*
<i>Percepční deregulace</i>	0,412*
<i>Podezřivost</i>	0,458*
<i>Neobvyklá přesvědčení a zážitky</i>	0,400*
<i>Stažení se</i>	0,524*

* $p < 0,05$

Anankastická porucha osobnosti dle MKN-10 odpovídá obsedantně-kompulzivní poruše osobnosti dle alternativního modelu DSM-V. Dimenzionální skór IPDE anankastické poruchy byl proto korelován s rysy obsedantně kompulzivní poruchy dle PID-5 což jsou rysy vyhýbání se intimitě, perseverace, omezené afektivity a rigidního perfekcionismu. Z těchto rysů koreluje dle Spearmanova korelačního koeficientu statisticky významně pouze rigidní perfekcionismus $r = 0,542$ ($p < 0,05$). Ani u ostatních osobnostních rysů se nenašel žádný statisticky významný korelační vztah s dosaženým dimenzionálním skórem IPDE. Zdá se tedy, že anankastickou poruchu osobnosti předpovídá pouze rys rigidního perfekcionismu, což by byl velice úzký osobnostní profil.

Tabulka 22 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru anankastické PO a rysů obsedantně-kompulzivní PO

	<i>Dimenzionální skór anankastické PO</i>
<i>Vyhýbání se intimitě</i>	- 0,088
<i>Perseverace</i>	0,211

<i>Omezená afektivita</i>	0,165
<i>Rigidní perfekcionismus</i>	0,542*

* $p < 0,05$

Paranoidní porucha osobnosti není v alternativním modelu dle DSM-V vymezena. Dimenzionální skór IPDE byl proto korelován se všemi 25 osobnostními rysy PID-5. Statisticky významně koreluje s rysy domáhání se pozornosti $r = 0,437$ ($p < 0,05$), podivínství $r = 0,483$ ($p < 0,05$), emoční labilita $r = 0,490$ ($p < 0,05$), hostilita $r = 0,458$ ($p < 0,05$), impulsivita $r = 0,474$ ($p < 0,05$), vyhýbání se intimitě $r = 0,441$ ($p < 0,05$), percepční deregulace $r = 0,448$ ($p < 0,05$), podezíravosti $r = 0,469$ ($p < 0,05$), neobvyklých přesvědčení a zážitků $r = 0,558$ ($p < 0,05$). Opět jsou to především rysy odpovídající schizotypní poruše osobnosti dle alternativního modelu, domáhání pozornosti je rys narcistické poruchy osobnosti. Jednotlivé rysy jsou však v souladu s kritérii, podle kterých je hodnocena přítomnost narcistické poruchy osobnosti.

Tabulka 23 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru paranoidní PO a rysů dle PID-5

	<i>Dimenzionální skór paranoidní PO</i>
<i>Domáhání se pozornosti</i>	0,437*
<i>Podivínství</i>	0,483*
<i>Emoční labilita</i>	0,490*
<i>Hostilita</i>	0,458*
<i>Impulsivita</i>	0,474*
<i>Vyhýbání se intimitě</i>	0,441*
<i>Percepční deregulace</i>	0,448*
<i>Podezíravost</i>	0,469*
<i>Neobvyklá přesvědčení a zážitky</i>	0,558*

* $p < 0,05$

Schizoidní porucha osobnosti není v alternativním modelu pro DSM-V vymezena. Její dimenzionální skór v IPDE byl proto opět korelován se všemi osobnostními rysy PID-5. Neexistuje žádná statisticky významná korelace mezi těmito

proměnnými. Dimenzionální skór schizoidní poruchy nesouvisí s žádným rysem PID-5. To může být způsobeno i tím, že vzhledem k velikosti vzorku a výskytu této poruchy osobnosti i v rámci klinické populace pacientů oddělení úzkostných a afektivních poruch, je průměrný dimenzionální skór schizoidní poruchy ve výzkumném souboru nízký ($M=0,55$).

Obdobně u histrionské poruchy, která taktéž není v alternativním modelu vymezena, byly korelovány všechny osobnostní rysy PID-5 s dimenzionálním skórem IPDE. Statisticky významně koreluje s rysy domáhání se pozornosti $r = 0,563$ ($p<0,05$), emoční labilita $r = 0,426$ ($p<0,05$) a impulsivita $r = 0,453$ ($p<0,05$). Všechny tři tyto rysy jsou v souladu s diagnostickými kritérii histrionské poruchy osobnosti, které zmiňují jak vyžadování pozornosti, tak labilitu i impulsivitu. Dle alternativního modelu se jedná o rys narcistické poruchy osobnosti v případě domáhání se pozornosti, impulsivita a emoční labilita by pak pravděpodobně značila hraniční poruchu osobnosti dle alternativního modelu.

Tabulka 24 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru histrionské PO a rysů dle PID-5

	<i>Dimenzionální skór histrionské PO</i>
<i>Domáhání se pozornosti</i>	0,563*
<i>Emoční labilita</i>	0,426*
<i>Impulsivita</i>	0,453*

* $p<0,05$

Dimenzionální skór závislé poruchy osobnosti, která taktéž není alternativním modelem vymezena, koreluje ze všech 25 osobnostních rysů dle PID-5 pouze s rysem separační nejistoty $r = 0,658$ ($p<0,05$). S žádným dalším rysem nebyla prokázána statisticky významná korelace. Separační nejistota odpovídá kritériím závislé poruchy osobnosti, avšak pouze jeden rys je velice úzká specifikace na to, abychom mohli ověřit vztah mezi závislou poruchou a profilem osobnostních rysů.

V manuálu MKN-10 je vyčleněna jako podtyp emočně nestabilní poruchy osobnosti impulsivní porucha osobnosti. V alternativním modelu poruch osobnosti pro DSM-V se pracuje pouze s hraniční poruchou, proto jsem dimenzionální skór impulsivní poruchy osobnosti korelovala opět se všemi 25 osobnostními rysy PID-5. Dimenzionální skór impulsivní poruchy osobnosti významně koreluje s rysy emoční lability $r = 0,551$ ($p < 0,05$), hostility $r = 0,405$ ($p < 0,05$), impulsivity $r = 0,482$ ($p < 0,05$), vyhýbání se intimitě $r = 0,401$ ($p < 0,05$), perseverace $r = 0,377$ ($p < 0,05$), podezíravosti $r = 0,466$ ($p < 0,05$) a sociálního stažení $r = 0,437$ ($p < 0,05$). Impulsivní porucha dle IPDE tak nejvíce koreluje s rysy hraniční poruchy a schizotypní poruchy osobnosti dle PID-5.

Tabulka 25 - Spearmanův korelační koeficient dimenzionálního skóru impulsivní PO a rysů dle PID-5

	<i>Dimenzionální skór impulsivní PO</i>
<i>Emoční lability</i>	0,551*
<i>Hostilita</i>	0,405*
<i>Impulsivita</i>	0,482*
<i>Vyhýbání se intimitě</i>	0,401*
<i>Perseverace</i>	0,377*
<i>Podezíravost</i>	0,466*
<i>Stažení se</i>	0,437*

* $p < 0,05$

Navíc oproti MKN-10 vymezuje alternativní model poruch osobnosti pro DSM-V narcistickou a schizotypní poruchu. Jejich rysy jsem tedy korelovala se všemi dimenzionálními skóry jednotlivých poruch dle IPDE, abych zjistila, kterým klasicky vymezeným poruchám osobnosti nejvíce odpovídají. Výsledky korelací jsou uvedeny v tabulce 26 pro rysy narcistické poruchy osobnosti a v tabulce 27 pro rysy schizotypní poruchy osobnosti.

Tabulka 26 - Spearmanův korelační koeficient rysů narcistické PO a dimenzionálních skóre jednotlivých poruch

<i>Dimenzionální skór:</i>	<i>Rysy narcistické PO</i>	
	Grandiozita	Domáhání se pozornosti
<i>Impulzivní PO</i>	-0,058	0,110
<i>Závislá PO</i>	-0,111	0,071
<i>Vyhýbavá PO</i>	-0,129	0,059
<i>Disociální PO</i>	0,347	0,400*
<i>Hraniční PO</i>	-0,222	0,079
<i>Anankastická PO</i>	0,101	-0,024
<i>Paranoidní PO</i>	0,094	0,437*
<i>Schizoidní PO</i>	-0,229	-0,022
<i>Histrionská PO</i>	0,158	0,563*

* $p < 0,05$

Rys grandiozity nekoreluje s žádnou poruchou vymezenou dle IPDE. Může to být způsobeno i tím, že průměrná hodnota rysu grandiozity v celém souboru je pouze $M = 0,45$, tedy je velice nízká. Pouze 5 z 29 pacientů má průměrný skór grandiozity vyšší než 1 a nikdo z pacientů nemá hodnoty vyšší než 2, které lze považovat za klinicky významné. Výsledky proto mohou být zkresleny, protože daný rys prakticky není ve výzkumném souboru přítomen. Rys domáhání se pozornosti koreluje s disociální $r = 0,400$ ($p < 0,05$), paranoidní $r = 0,437$ ($p < 0,05$) a nejsilněji s histrionskou poruchou osobnosti $r = 0,563$ ($p < 0,05$), což odpovídá předpokladům, vzhledem k diagnostickým kritériím daných poruch. Narcistická porucha osobnosti by tedy nejvíce souvisela s uvedenými 3 poruchami osobnosti dle MKN-10, ovšem výsledky jsou zkreslené, protože jsou založené pouze na přítomnosti jednoho rysu.

Tabulka 27 - Spearmanův korelační koeficient rysů schizotypní PO a dimenzionálních skóru jednotlivých poruch

Dimenzionální skór:	Rysy schizotypní PO					
	Podivinství	Percepční deregulace	Omezená afektivita	Podezíravost	Neobvyklá přesvědčení a zážitky	Stažení se
<i>Impulzivní PO</i>	0,346	0,316	-0,087	0,466*	0,310	0,437*
<i>Závislá PO</i>	0,087	0,285	-0,178	0,008	0,019	0,054
<i>Vyhýbavá PO</i>	0,320	0,217	0,059	0,516*	0,117	0,511*
<i>Disociální PO</i>	0,082	0,163	-0,123	0,049	0,230	0,131
<i>Hraniční PO</i>	0,499*	0,412*	-0,013	0,458*	0,400*	0,524*
<i>Anankastická PO</i>	0,114	-0,111	0,165	0,232	-0,071	0,079
<i>Paranoidní PO</i>	0,483*	0,448*	0,080	0,469*	0,558*	0,293
<i>Schizoidní PO</i>	0,346	0,160	0,177	0,325	0,278	0,352
<i>Histrionská PO</i>	0,305	0,364	-0,195	0,090	0,255	0,143

* $p < 0,05$

Korelace schizotypních rysů osobnosti s jednotlivými poruchami dle IPDE jsou uvedeny v tabulce 27. Nejvíce rysů (4) koreluje s paranoidní a (5) s hraniční poruchou osobnosti. Schizotypní porucha osobnosti by tak nejvíce odpovídala diagnóze hraniční poruchy osobnosti dle klasického kategoriálního přístupu.

U všech provedených korelací se hodnoty korelačního koeficientu pohybují mezi $r = 0,375$ a $r = 0,658$. U Spearmanova korelačního koeficientu nejsou jasné vymezeny hranice pro určení síly korelace. Cohen (1998) vymezuje sílu korelací pro Pearsonův korelační koeficient, kdy korelační koeficient vyšší než 0,3 a nižší než 0,5 je považován za mírnou až střední sílu korelace a vyšší než 0,5 je považován za silnou korelaci. Spearmanovy korelační koeficienty bývají nižší než Pearsonovy, je proto možné považovat dosažené korelace za středně silné až silné.

7.2 Případové studie

Kvantitativní analýza prokázala, že mezi skóry jednotlivých poruch dle IPDE a rysy PID-5 existují vztahy. U některých poruch byly výsledky přesvědčivé a korelace odpovídaly u většiny rysů, u některých poruch však nebyly nalezeny žádné vztahy. Vzhledem k nepřesvědčivým výsledkům, které mohou být způsobeny i nedostatečnou velikostí výzkumného souboru, jsem se rozhodla provést hlubší analýzu jednotlivých případů a srovnat, jak vypadá získaný profil konkrétního pacienta dle obou metod a jak se tyto informace překrývají, doplňují či si odporují.

Pro analýzu konkrétních případů jsem vybrala 11 pacientů, u kterých alespoň jedna z metod hovořila o prokazatelně patologických rysech. U některých z těchto pacientů se profil získaný za pomoci obou metod značně shodoval, naopak u některých se obě metody rozcházely.

Případ 1 (pacientka 1)

Pacientce je 23 let a žije s oběma rodiči a mladší sestrou. Dále má staršího bratra, který již nežije ve společné domácnosti. Má dosažené střední vzdělání ukončené maturitou, kterou absolvovala ve 21 letech, od té doby byla několikrát zaměstnaná v kavárnách jako obsluha, momentálně je nezaměstnaná. Pacientka byla již v minulosti psychiatricky léčena pro poruchu příjmu potravy, momentálně přijata pro úzkosti, které vedly v suicidální pokus.

Při rozhovoru se pacientka jevila sklesle, úzkostně, nervózně. Především popisovala problémy ve vztahu s matkou potažmo s dalšími členy domácnosti. Má pocit, že přebírá zodpovědnost za chod domácnosti a stará se o ostatní. S matkou vede časté hádky a mají bouřlivý, ambivalentní vztah. Pacientka při rozhovoru spolupracovala, odpovědi ji nečinily problémy, byla koncentrovaná a nad odpověďmi přemýšlela.

Při vyhodnocení rozhovoru se ukázalo, že pacientka naplnila jedno kritérium pro schizoidní poruchu (dimenzionální skór 4) a to nadměrné zaměstnávání se fantazií a introspekci. Dále pak bylo naplněno jedno kritérium pro závislou poruchu osobnosti

(dimenzionální skór 5), podřizování vlastních potřeb jiným osobám a přílišné vyhovování jejich přání. Pacientka popisuje vztah se svojí matkou jako silně závislý, říká, že se jí zcela přizpůsobuje, matka za ní přebírá zodpovědnost při rozhodování (výběr školy, zaměstnání atd.). Výrazněji pacientka naplnila kritéria pro emočně nestabilní poruchu hraničního typu, kde byla zcela naplněna dvě kritéria, opakované hrozby nebo jednání vedoucí k sebepoškozování a chronické pocity prázdnoty. Dále částečně naplňuje kritéria hádavosti, udržování bouřlivých vztahů a excesivních pokusů vyhnout se opuštěnosti (dimenzionální skór 7). Nejvíce naplněných kritérií pak odpovídá anankastické poruše osobnosti a anxiózní poruše osobnosti. U obou těchto poruch pacientka naplnila 3 kritéria. Pro anankastickou poruchu naplňuje kritéria nadměrného zabývání se detaily, pravidly, seznamy a pořádkem, nadměrné svědomitosti a nadměrné svědomitosti projevující se na úkor radosti a vztahů s jinými lidmi (celkový dimenzionální skór je 8). Pacientka se popisuje jako velmi rigidně dodržující pravidla a pořádek, na každý den si pečlivě vytváří plán, který pak dodržuje, tento postup dodržuje i v práci a při všech činnostech. Je velice pečlivá až puntičkářská, což jí odvádí pozornost od celku. U anxiózní poruchy pacientka naplňuje kritéria trvalých a pronikavých pocitů napětí a obav, přesvědčení o vlastní nešikovnosti a osobní nepřitažlivosti a nadměrného zabývání se tím, že bude kritizována nebo odmítnuta v sociálních situacích (celkový dimenzionální skór 7).

Po sečtení kritérií se tedy jedná o nespecifikovanou poruchu osobnosti (počet naplněných kritérií 10 = jistá), převažují však rysy anankastické a anxiózní poruchy osobnosti a dále pak rysy emočně nestabilní poruchy hraničního typu.

V sebeposuzovacím dotazníku PID-5 měla pacientka nejvyšší hodnoty u rysů úzkostnosti (2,89), rigidního perfekcionismu (2,0), separační nejistoty (2,29) a submisivity (2,25). U těchto rysů byly průměrné hodnoty vyšší než 2, což můžeme hodnotit jako klinicky významné a usuzovat na nějakou formu patologie. Mírně zvýšené pak byly skóry depresivity (1,57) a stažení se (1,6).

Úzkostnost, separační nejistota a depresivita jsou rysy přítomné u hraniční poruchy osobnosti, dle vymezení alternativního modelu. Pro uvažování o diagnóze však pacientka nenaplnuje dostatek kritérií.

Výrazným rysem je u pacientky dle PID-5 i rigidní perfekcionismus, což je rys obsedantně-kompulzivní poruchy a poddajnost, což je rys, který není přiřazen k žádné vymezené poruše. U klasického přístupu by nejvíce svědčil o rysech závislé poruchy. Celkově tedy profil pacientky dle PID-5 vypovídá o zvýšené oblasti negativní afektivity (2,2). Vzhledem k nevyhraněným rysům by se dalo uvažovat o poruše osobnosti se specifickými rysy PD-TS. Bylo by nutné posoudit narušení funkční schopnosti osobnosti pro přidělení jisté diagnózy.

Výsledky obou metod se u pacientky značně překrývají. Z rozhovoru IPDE vyplývalo, že jsou u pacientky patrné rysy závislé, anankastické i emočně nestabilní hraniční, což by se dalo říct i o rysech vyplývajících z PID-5. Z obou metod je ale spíše patrné, že projevy pacientky nejsou jasně zařaditelné a spíše se jedná o nespecifickou poruchu osobnosti, v případě alternativního modelu pak o PD-TS.

Případ 2 (pacient 6)

Pacientovi je 29 let, žije v domácnosti s přítelkyní. Z rodičů žije již jen matka, otec spáchal sebevraždu, když bylo pacientovi 8 let, od té doby vychováván matkou a babičkou, mezi nimiž byly časté spory.

Vystudoval SŠ, kterou ukončil před 2 roky, zároveň již několik let pracuje na různých pozicích (projektant, asistent vedení atd.), zaměstnání několikrát střídal, zároveň plánuje studium VŠ, ale není rozhodnut jakého zaměření. V současnosti je hospitalizován pro deprese a úzkosti, ambulantně léčen od září, předtím v minulosti nebyl psychiatricky léčen.

Při rozhovoru pacient spolupracoval, jevil se klidně a soustředěně. Jako problém popisoval především nejistotu ohledně vlastního směřování, pocity prázdnoty, které přirovnával k „jízdě na autopilota“ a vztahové problémy s rodinou.

Z vyhodnocení rozhovoru je patrné, že jsou akcentované především rysy emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu (dimenzionální skór 6), u které pacient zcela naplňuje 2 kritéria a to zřejmě a dobře dokumentovaná stálá nejistota o sobě samém a chronické pocity prázdnoty. Dále pak částečně naplňuje kritéria nesnázi vydržet u činnosti, která nenabízí okamžitou odměnu a excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti, které se u pana pacienta projevují především v pasivní snaze vyhovět ve všech požadavcích rodinným příslušníkům tak, aby se jim zavděčil a neztratil je. Vztah s matkou nepopisuje jako vyloženě bouřlivý, přesto však je patrná jistá ambivalence vztahu, matka je pro něho důležitá a má ji rád, přesto se cítí být využíváný a vztah ho vyčerpává.

Dále pak jsou u pacienta patrné rysy anankastické osobnosti (dimenzionální skór 7). Zde bylo zcela naplněno 1 kritérium a to pocity nadměrných obav a opatrnosti. Dále pak částečně byla naplněna kritéria nadměrného zabývání se detaily, pravidly a pořádkem, perfekcionismu na úkor plnění úkolů, nadměrné svědomitosti a skrupulantství a rigidita a paličatost.

Závěr vyšetření je pravděpodobná emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu. Projevuje se především chronickými pocity prázdnoty, nejistotou ohledně vlastního směřování, které se projevuje jak v pracovním, tak v osobním životě. Sám pacient se cítí být vyčerpaný, má problém vyznat se ve vlastních emocích a sdílet je s blízkým okolím a má komplikované vztahy s rodinou.

Výsledky dotazníku PID-5 poukazují na nejvýraznější rysy anhedonie (2,0), úzkostnosti (2,11), omezené afektivity (2,43) a submisivity (2,25), kde jsou hodnoty vyšší než 2 a může tudíž být usuzováno o patologii.

Úzkostnost a anhedonie, spolu s rysy vyhýbání se intimitě a sociálního stažení se, které má pacient také mírně zvýšené (1,67 a 1,70) jsou kritérii pro diagnózu vyhýbavé poruchy dle alternativního modelu. Je nutné, aby byly přítomny nejméně 3 z těchto rysů. U pacienta jsou prokazatelné 2 a další 2 jsou mírné, proto se nedá o poruše mluvit jako o jisté, ale její rysy jsou patrné.

Z rozhovoru IPDE bylo u pacienta spíše usuzováno na hraniční poruchu osobnosti, zejména kvůli projevům emociální lability, chronickým pocitům prázdnoty a nejistotě ohledně cílů a vlastního směřování. Rysy, které by těmto projevům v PID-5 odpovídaly, však nejsou zvýšené. Rys emoční lability má u pacienta průměrný skóre 0,70 což je dle cut-off skóre vycházejících z orientačních norem pro českou populaci přesně na hranici zvýšené hodnoty (Riegel, 2017), avšak stále je to skóre který nevypovídá o patologii. Diagnostika se tedy u pacienta mírně rozchází, zatímco z rozhovoru bylo spíše usuzováno na emočně nestabilní poruchu hraničního typu, PID-5 spíše vypovídá o rysech vyhýbavé poruchy osobnosti.

Případ 3 (pacient 8)

Pacientovi je 23 let, žije v domácnosti s matkou a nevlastním otcem, vlastní otec zemřel, když byly pacientovi 4 roky. Má 2 starší, nevlastní sourozence se kterými vychází bez problémů. Má velice úzký vztah se svojí matkou, vztah s nevlastním otcem popisuje jako bezproblémový. V minulosti se psychiatricky neléčil, současně se léčí pro psychosomatické obtíže (zvedání žaludku), pravděpodobně související s úzkostmi.

V průběhu rozhovoru pacient aktivně spolupracoval, odpovědi byly detailní a přemýšlel nad nimi. Rozhovor mu nedělal problémy.

Z výsledku vyšetření vyplývá, že se u pacienta nejsilněji projevují rysy histrionské poruchy osobnosti. Pacient zcela naplnil 3 kritéria poruchy a to trvalé vyhledávání činností, při kterých je pacient středem pozornosti a kontinuální vyhledávání vzrušení, nepatřičná svůdnost ve zjevu nebo chování a nadměrné soustředění na fyzickou přitažlivost. Dále pak částečně byla naplněna kritéria sebedramatizace, teatrálnost, přehnaný projev emocí, sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi a mělká a labilní emotivita. Všechna kritéria histrionské poruchy osobnosti tedy pacient naplnil zcela nebo alespoň částečně.

Pacient se v minulosti na profesionální úrovni věnoval fotbalu, s čímž spojuje hédonistický životní styl, uvádí stálou potřebu být středem pozornosti, popisuje se jako

„třídniho šaška“, baviče. Když se mu pozornosti nedostává, tak ji aktivně vyžaduje a domáhá se jí. V poslední době se však údajně diametrálně změnil jeho postoj a vyhýbá se společnosti z obavy, že se objeví somatické obtíže (zvedání žaludku). Pozornost a obdiv mu však velice chybí.

Vznik jeho problémů nedokáže časově ukotvit v souvislosti s událostmi v životě, ale z rozhovoru vyplývá, že se obtíže objevily nedlouho poté, co ukončil profesionální kariéru kvůli zranění a tudíž i změnil životní styl. Stejně tak je možné spojit začátek obtíží s problémy s tehdejší přítelkyní, se kterou pacient prožíval intenzivní vztah.

Velmi blízký vztah má pacient i se svou matkou, nelze však mluvit o závislé poruše osobnosti, protože pacient se matce nijak nepodřizuje, spíše naopak vyžaduje pomoc od ní.

U ostatních poruch osobnosti jsou dimenzionální skóry nízké a nelze usuzovat na jinou patologii osobnosti. Závěrem tedy z vyšetření vyplývá, že pacient naplnil 3 kritéria pro histrionskou PO (dimenzionální skór 9) a lze tedy dle vyhodnocení usuzovat o pravděpodobné diagnóze histrionské poruchy. Doporučila bych však pacienta k dalšímu vyšetření a to na narcistickou PO, která není součástí IPDE. Z rozhovoru se však domnívám, že by kritéria pacientem naplněná u histrionské PO odpovídala i narcistické PO, která by možná lépe odpovídala pacientově osobnosti.

PID-5 poukazuje na rysy manipulativnosti (2,80), emoční lability (2,14), nečestnosti (2,40), domáhání se pozornosti (2,38) a úzkostnosti (2,78). Domáhání se pozornosti je rys narcistické poruchy osobnosti, avšak pro uvažování o narcistické poruše je nutné, aby pacient vykazoval zároveň i rys grandiozity. Ta je však u pacienta pouze 0,83, což je nižší než u klinické populace dle cut-off skóru Riegela (2017). Zatímco vyžadování pozornosti je pacientův silný rys, grandiozita u pacienta není patrná.

Rysy emoční lability a úzkostnosti by spíše poukazovaly na hraniční poruchu osobnosti. Nejsou však patrné další rysy nutné pro uvažování o této poruše. Pacient

vykazuje mírné rysy hostility (1,5) a impulsivity (1,5), ale pro uvažování o hraniční poruše nejsou tyto rysy dostačující.

Kromě silných rysů manipulativnosti a nečestnosti a již zmíněných mírných rysů hostility a impulsivity je u pacienta i mírně akcentován rys nezodpovědnosti (1,87). Všechny tyto rysy připomínají kritéria antisociální poruchy dle alternativního modelu. Kritéria u pacienta nejsou dostatečná, ale je zjevné, že se projevují některé její rysy.

Alternativní model nevymezuje histrionskou poruchu osobnosti, která byla pravděpodobná z vyšetření IPDE, avšak zmiňuje, že tato porucha odpovídá poruše osobnosti se specifickými rysy PD-TS. O této poruše by vzhledem k výše popsaným rysům mohlo být uvažováno po posouzení narušení funkčních schopností pacienta. Diagnostika dle obou přístupů se tedy u pacienta poměrně dost překrývá, bylo by možné uvažovat o odpovídajících si diagnózách a pacient se nijak zvlášť neodlišuje ve svých projevech ani v jedné metodě. PID-5 spíše popisuje širší škálu rysů pacienta.

Případ 4 (pacientka 14)

Pacientce je 29 let, žije v dvougeneračním domě s matkou a jejím manželem, s otcem v kontaktu příležitostně. Má středoškolské vzdělání s maturitou, momentálně je v částečném ID, v minulosti pracovala jako obchodní zástupce v několika různých společnostech a jako personalistka.

V péči psychiatra je zhruba 3 roky, dle pacientky je u ní diagnostikována BAP, deprese, generalizovaná úzkostná porucha, hospitalizována je poprvé.

Výsledky IPDE nepoukazují na žádnou prokazatelnou poruchu, avšak u pacientky jsou poměrně výrazné rysy emočně nestabilní poruchy hraničního typu (dimenzionální skóre 9). Zcela naplněno bylo kritérium afektivní nestálosti a náchylnosti k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích. Pacientka popisuje výrazné změny nálady, zejména do velké podrážděnosti, nervozity a deprese. Tyto změny podle ní trvají krátce a jsou intenzivní. Náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých vztazích uvádí pacientka zejména ve

spojitosti se vztahem k matce a dále pak s partnerskými vztahy. Uvádí, že v partnerských vztazích má problémy se sexualitou, avšak nevyhraněnost orientace popírá.

Stejně tak bylo částečně naplněno kritérium výrazné tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků, nesnází vydržet s činností, která nenabízí okamžitou odměnu, zřejmé a dobře dokumentované stálé nejistoty o sobě samé, excesivních pokusů vyhnout se opuštěnosti a chronických pocitů prázdnoty. Pacientka sama sebe popisuje jako impulzivní osobnost, stěžuje si na netrpělivost a zbrkllost. Pocity prázdnoty uvádí jako časté, avšak sama tvrdí, že to nepovažuje za její největší problém, který by vedl k maladaptivnímu chování. Popírá jakoukoliv formu suicidálního nebo sebepoškozujícího jednání, sebevraždou nikdy nevyhrožovala, ale má suicidální myšlenky.

U jiné poruchy než emočně nestabilní nebyla zcela naplněna žádná kritéria a dimenzionální skóry u ostatních poruch jsou nízké. Dle skórovací příručky IPDE není prokazatelná žádná porucha osobnosti, avšak u hraniční poruchy jsou skóry těsně pod hranicí pravděpodobné diagnózy.

Z výsledků PID-5 jsou patrné rysy anhedonie (2,00), úzkostnosti (2,6), depresivity (2,00), emoční lability (2,86), vyhýbání se intimitě (2,00) a separační nejistoty (2,00). Z těchto rysů by se dalo usuzovat na hraniční poruchu osobnosti, jsou přítomny 4 ze 7 vymezených rysů – emoční labilita, úzkostnost, separační nejistota, depresivita, avšak u pacientky není patrná impulzivita ani riskování ani hostilita. Jeden z těchto rysů musí být přítomen pro stanovení diagnózy. Všechny tyto rysy však u pacientky nejsou patrné, nejvyšší hodnoty dosahuje impulzivita, avšak pouze 1,17. Všechny tyto rysy však odpovídají emoční nestabilitě a jsou tak ve shodě s předpoklady o diagnóze a projevech v rámci rozhovoru IPDE.

Úzkostnost, anhedonie a vyhýbání se intimitě, které jsou u pacientky patrné, ale odpovídají i kritériím vyhýbavé poruchy osobnosti. Zde jsou tak přítomny 3 požadované rysy a mohlo by být uvažováno o pravděpodobné vyhýbavé poruše osobnosti. Diagnostika dle obou metod se tak značně překrývá, zjištěné rysy jsou

podobné, ale u každé metody je díky nim usuzováno spíše na jinou poruchu. Nijak zvlášť se však obě metody ve výsledcích nerozcházejí.

Případ 5 (pacient 16)

Pacientovi je 28 let, žije v domácnosti s otcem. S matkou má velmi špatné vztahy, má dva mladší sourozence. Má základní vzdělání, uvádí, že rok studoval konzervatoř a od ukončení základní školy vystřídal několik různých zaměstnání, vždy pouze krátkodobě. V současnosti je hospitalizován pro deprese a úzkosti, v nepravdělné psychiatrické péči od 15 let.

Při rozhovoru pacient spolupracoval, s utlumenou náladou až anhedonií a výrazně pomalým psychomotorickým tempem, na otázky odpovídal stručně a často nedokázal odpověď opřít o dostatečné příklady, což se může odrážet ve skórování odpovědí.

Z výsledků tedy nelze usuzovat na přidělení diagnózy, přesto však jsou u pacienta poměrně výrazné rysy paranoidní a emočně nestabilní PO impulzivního typu. U paranoidní PO pacient zcela naplnil kritéria tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, uraženou ješitnost, bezpráví a zlehčování a podezřívavosti a sklonu překrucovat a chybně interpretovat neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské nebo pohrdavé. Pacient uvádí, že si je jist, že několikrát zažil nějaké spiknutí proti němu, uvádí, že ho často fyzicky napadají lidé, že si na něho zasedávají učitelé, často se uráží, dlouhou dobu odmítá mluvit s přáteli a zejména s rodinou. Dále pak částečně byla naplněna kritéria nadměrné citlivosti k odstrkování a odbytí, opakovaného neoprávněného podezřívání pokud jde o sexuální věrnost sexuálního partnera, sklonu k zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já a zabývání se nepodloženým, "konspiračním" vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec. *(Právě vztahovačnost všeho k vlastnímu já byla u pacienta zřejmá, zajímavé mi přišlo, že na otázku jací lidé jsou pro něho v životě důležití, odpověděl „já“ a až potom uváděl další osoby, včetně svého zemřelého psa.)* Pacient sám sebe popisuje jako „přecitlivělého, vztahovačného,

nenávistného“, zároveň však uvádí, že je to „jak kdy“ a jindy je přátelský a má chuť do života a velké plány, které však nikdy neuskuteční.

To souvisí i s další PO, u níž pacient poměrně vysoce skóroval, což je emočně nestabilní PO impulzivního typu. Zde bylo zcela naplněno kritérium výrazné tendence jednat zlostně nebo násilně bez uvážení následků. Pacient uvádí, že dostává záchvaty vzteku, při kterých je schopen ničit věci a neovládá se, dostává se i do fyzických potyček. Dále pak bylo částečně naplněno kritérium výrazné tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků, výrazné tendence k hádavosti a ke konfliktům s druhými, zvláště když jiní impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví a afektivní nestálosti. Jak již byl řečeno, pacient sám uvádí, že jeho nálada je nestálá, dochází u něj k náhlým změnám a dostává se do konfliktů, má problém s autoritami. U dalších kritérií odpovídajících hraniční PO pak pacient částečně naplnil kritérium pocitů prázdnoty.

Výrazněji pak pacient skóroval ještě u anxiózně vyhýbavé PO, kde bylo zcela naplněno kritérium nadměrného zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích a částečně pak přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k druhým, nechť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben a vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím.

Dle skórovací příručky IPDE nebylo dosaženo kritérií pro přidělení PO, u pacienta však výrazně převažují rysy zejména paranoidní a dále pak rysy impulzivní emočně nestabilní.

Výsledky PID-5 poukazují na rysy anhedonie (2,50), úzkostnosti (2,44), depresivity (2,43), roztěkanosti (2,44), emoční lability (2,71), hostility (2,20), impulsivity (2,00), podezíravosti (2,71) a stažení se (2,30).

Přítomnost rysů úzkostnosti, stažení se a anhedonie splňuje podmínky projevu alespoň 3 ze 4 rysů pro usuzování na vyhýbavou poruchu osobnosti. I v případě IPDE

pacient skóroval v několika kritériích anxiózně vyhýbavé poruchy osobnosti, proto se dá říct, že se v tomto diagnostika shoduje.

Emoční labilita, úzkostnost, depresivita, impulsivita a hostilita jsou rysy hraniční poruchy osobnosti. U pacienta je tedy přítomno 5 z vymezených 7 rysů a může tedy být uvažováno o hraniční poruše osobnosti. Z rozhovoru IPDE bylo usuzováno na emočně nestabilní poruchu, ale spíše impulsivního typu. Tento podtyp alternativní model nevymezuje, avšak pacient v PID-5 vykazuje silný rys impulsivity a hostility. Dá se tedy říct, že se diagnostika překrývá.

Paranoidní poruchu osobnosti alternativní model nevymezuje a odpovídá poruše osobnosti se specifickými rysy PD-TS. V tomto případě však pacient splňuje kritéria spíše hraniční poruchy osobnosti a není proto nutné zařazení do PD-TS. PID-5 tedy podává obdobný obraz o pacientovi jako metoda rozhovoru IPDE.

Případ 6 (Pacientka 17)

Pacientce je 39 let, je rozvedená a má 3 děti, momentálně žije s přítelem a jeho 2 dalšími dětmi. Má VŠ vzdělání, většinu života pracovala jako učitelka. V současnosti je hospitalizována pro deprese a suicidální pokusy. V minulosti již byla hospitalizována a dochází ambulantně k psychiatrovi.

Pacientka se při rozhovoru jevila velice sklesle, mluvila velice tiše, ale aktivně spolupracovala a na otázky odpovídala poměrně detailně.

Pacientka skórovala poměrně vysoko u několika dílčích PO. Z výsledků IPDE vyplývá, že jsou u pacientky akcentované histrionské rysy osobnosti. U histrionské PO pacientka zcela naplnila kritérium sugestibility snadno ovlivnitelné jinými lidmi nebo okolnostmi a dále pak částečně bylo naplněno kritérium sebedramatizace, teatrálnosti a přehnaných projevů emocí, trvalé vyhledávání činností, při kterých je pacientka středem pozornosti a kontinuální vyhledávání vzrušení, nadměrné soustředění na fyzickou přitažlivost a nepatřičná svůdnost, přičemž poslední dvě kritéria se objevovala u pacientky především v minulosti, ostatní rysy přetrvávají doteď.

U anxiózní poruchy osobnosti pacientka zcela naplnila kritérium přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k druhým a nadměrného zabývání se tím, že bude kritizována nebo odmítnuta v sociálních situacích, částečně pak kritéria trvalých a pronikavých pocitů napětí a obav, nechť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíbena a vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím. Pacientka uvádí silné pocity méněcennosti, říká, že se před svými kolegy a dalšími lidmi cítí jako dítě, má pocit, že se jí lidé posmívají a styku s lidmi mimo práci se vyhýbá, neuvádí ani takřka žádné přátelské vztahy. To souvisí i se skóry, které pacientka naplnila u paranoidní PO - nadměrná citlivost k odstrkování a odbytí, bojovný a úporný smysl pro osobní práva, bez ohledu na bezprostřední situaci a především sklon k zdůrazňování důležitosti vlastní osoby, projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já, kdy pacientka má pocit, že se o ní lidé baví, posmívají se jí atd.

Nejvýrazněji se však u pacientky projevují rysy emočně nestabilní poruchy hraničního typu. Pacientka zcela naplnila 4 kritéria a to kritérium výrazné tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků, výrazné tendence jednat zlostně nebo násilně bez uvážení následků, náchylnosti k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích a opakovaných hrozeb nebo jednání vedoucího k sebepoškození. Dvě z těchto kritérií spadají pod PO impulzivního typu, kde pacientka také vysoce skórovala.

Všechna další kritéria byla naplněna částečně, tedy výrazná tendence k hádavosti, nesnáze vydržet s činností, která nenabízí okamžitou odměnu, afektivní nestálost, excesivní okusy vyhnout se opuštěnosti i chronické pocity prázdnoty.

Závěrem vyšetření tedy může být pravděpodobně uvažováno na emočně nestabilní poruchu osobnosti spíše hraničního typu. Pacientka však má i výrazné anxiózní rysy (pronikavé pocity méněcennosti a nadměrné zabývání se kritikou).

Metoda PID-5 poukazuje na výrazné rysy úzkostnosti (2,44), depresivity (2,50), emoční lability (2,71), submisivity (2,00) a stažení se (2,30). Emoční labilita,

úzkostnost a depresivita jsou rysy odpovídající hraniční poruše osobnosti dle alternativního modelu. Kritéria však pacientka nenaplnuje dostatečně pro uvažování o diagnóze. Rysy však odpovídají zjištěním z vyšetření metodou IPDE. V obou metodách byly zjištěny rysy emoční lability a depresivity.

Úzkostnost a stažení se jsou také rysy vyhýbavé poruchy osobnosti dle alternativního modelu. Opět není splněn dostatečný počet kritérií pro stanovení diagnózy, ale vyhýbavé rysy se u pacientky jasně projevují u obou metod posuzování.

Z obou metod je tedy patrné, že se u pacientky projevují rysy zejména emoční lability a úzkostnosti, spojené s depresivitou a sociálním stažením. Patrná je i submisivita, která odpovídá kritériu sugestibility snadno ovlivnitelné jinými lidmi nebo okolnostmi z IPDE. Dá se proto říct, že výsledky obou metod se u pacientky shodují a PID-5 podává o pacientce obdobný obraz jako metoda rozhovoru IPDE.

Případ 7 (pacientka 18)

Pacientce je 45 let, je vdaná a má 2 dospělé děti, momentálně bydlí sama. Rodiče žijí, je s nimi v kontaktu, stejně tak se starším bratrem. Má VŠ vzdělání, pracovala celý život jako učitelka na ZŠ.

Nyní je hospitalizována pro deprese a úzkosti. Má pocit vyhoření a rodinné problémy, především s manželem, ale i s dětmi. V minulosti abúzus alkoholu, léčena, nyní 3 roky abstinguje. V minulosti již byla hospitalizována, ambulantně psychiatr i psychoterapeut.

Výsledky IPDE nepoukazují na žádnou prokazatelnou PO. U pacientky se však objevují rysy emočně nestabilní PO hraničního typu (dimenzionální skóre 5). Zde bylo částečně naplněno kritérium afektivní nestálosti, náchylnosti k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích a chronických pocitů prázdnoty. Zcela bylo naplněno kritérium opakovaných hrozeb nebo jednání vedoucího k sebepoškození. Pacientka uvádí opakovaně suicidální pokusy především pro upoutání pozornosti, jako volání o pomoc.

Angažovanost v intenzivních, bouřlivých vztazích vztahuje zejména ke vztahu s manželem a dětmi, rodinné vztahy popisuje jako vyčerpávající, časté hádky. Právě vztahy s rodinou pacientka velice špatně prožívá, uvádí, že vztah s manželem ji dohnal k alkoholu, cítí se být přehlížena a nemilována. Uvádí, že se cítí být zraněná, přehlížená a méněcenná.

U žádné další PO nebyla naplněna žádná kritéria, dimenzionální skóry všech ostatních poruch jsou nízké. Druhý nejvyšší dimenzionální skór je u závislé PO (dimenzionální skór 3), kde byla částečně naplněna kritéria povzbuzování jiných lidí nebo dovolování jim, aby za ni přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí, podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je závislá a přílišného vyhovování jejich přáním a stálých obav, že bude opuštěna osobou, ke které má těsný vztah a že se bude muset starat sama o sebe. Všechna tato kritéria popisovala pacientka zejména ve vztahu k manželovi a dětem.

Závěrem vyšetření je tedy nepřítomnost poruchy osobnosti, u pacientky jsou výraznější emočně nestabilní rysy odpovídající hraniční PO, zejména výše zmíněné. Nejsou však natolik silné, aby mohlo být uvažováno o poruše.

PID-5 poukazuje na přítomnost rysů anhedonie (2,63), úzkostnosti (3,00) depresivity (2,29) roztěkanosti (2,44), emoční lability (2,43), vyhýbání se intimitě (2,00), separační nejistoty (2,29) a submisivity (2,00). Zejména úzkostnost je u pacientky silným rysem, průměrný skór 3 je maximální možný a úzkostnost je proto silně akcentována.

Dle alternativního modelu jsou přítomny rysy vyhýbavé poruchy osobnosti, tedy úzkostnost, anhedonie a vyhýbání se intimitě. Mírně akcentovaný je i rys stažení se (1,70). Vyhýbavá porucha osobnosti je tedy možnou diagnózou. Z rozhovoru IPDE na vyhýbavé rysy nebylo uvažováno, zde se metody rozcházejí.

Z rozhovoru IPDE bylo usuzováno na hraniční poruchu osobnosti. Emoční lability, úzkostnost, separační nejistota a depresivita, odpovídají hraniční poruše. Není však přítomný nutný rys impulzivity, riskování nebo hostility v dostatečné síle. Z těchto rysů je u pacientky nejvýraznější rys impulzivity (1,67), ne však výrazně.

Dalo by se však říct, že zjištěné rysy se do značné míry překrývají s kritérii skórovanými v rozhovoru IPDE.

Z rozhovoru IPDE byly patrné i některé rysy závislé poruchy, což odpovídá rysům zjištěným v PID-5, tedy separační nejistotě a submisivitě. Celkově se tedy zjištěné projevy v obou metodách značně překrývají, i když za pomoci každé metody zvlášť by nejspíš bylo uvažováno i jiné specifické diagnóze.

Případ 8 (pacientka 20)

Pacientce je 46 let, je rozvedená a má 3 děti (2 z nich dospělé). Matka je po smrti, s otcem se stýká, stejně tak se 3 sestrami, z nichž ale se 2 nemá dobré vztahy. Vystudovala SŠ zdravotní, pracovala jako sestra v různých zařízeních celý život, momentálně je nezaměstnaná. Hospitalizována na psych. odd. je pacientka poprvé, v minulosti docházel ambulantně k psychiatrovi, od roku 1998 deprese, v roce 2012 údajně diagnostikována BAP.

Pacientka při vyšetření spolupracovala, projevovala se zjevná emocionální labilita, několikrát při rozhovoru brečela a vzápětí se smála, působila roztržitě, nervózně, přesto odpovídala přiléhavě, některé odpovědi však nedokázala opřít o dostatečné příklady.

Z výsledku vyplývá, že je možné uvažovat u pacientky o emočně nestabilní poruše impulzivního typu. Zde pacientka zcela naplnila 3 kritéria a to kritérium výrazné tendence k hádavosti a ke konfliktům s druhými, zvláště když jiní impulzivní jednání kritizují nebo se proti němu staví – pacientka uvádí, že do konfliktu se dostává velmi často, jak s rodinnými příslušníky, tak s kolegy v práci a dalšími lidmi, okolí ji prý často obviňuje, že je konfliktní, hádává osoba, dále pak kritérium výrazné tendence jednat zlostně nebo násilně bez uvážení následků – pacientka uvádí, že při konfliktech několikrát někoho napadla, udeřila, křičí a mlátí s věcmi. Uvádí, že i tento víkend doma došlo k potyčce se sestrou a vlivem impulzu v afektu ji uhodila násadou od vysavače do hrudníku. Dalším zcela naplněným kritériem je afektivní nestálost – pacientka

uvádí, že se jí nálady střídají často a mohou dle jejích slov trvat minuty, hodiny, dny, jak kdy.

Často se cítí napjatě a podrážděně, sama sebe popisuje jako „cholerika“ a nevypočitatelnou osobnost, jak již bylo uvedeno, tyto nálady prožívá intenzivně, mívá výbuchy vzteku. Ostatní kritéria byla naplněna částečně, tedy výrazná tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků – impulzivní jednání, které by pacientku přivádělo do potíží, podpírá příklady z pracovního prostředí, které ji ale neuvádělo do vážných potíží, spíše do konfliktů s lidmi a neudává takové chování často, stejně jako nesnáze vydržet s činností, která nenabízí okamžitou odměnu. Všechna kritéria pacientka uvádí jako „celoživotní“, tedy s nástupem již před 25. rokem.

U emočně nestabilní poruchy hraničního typu pak pacientka zcela naplnila kritérium náchylnosti k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích, kdy jako bouřlivé popisuje vztahy s přítelem (uvádí, že se rozchází a schází již 8 let) a rodinou (sestry, děti), říká, že k nim cítí silné emoce a vedou časté hádky. Částečně pak bylo naplněno kritérium zřejmé a dobře dokumentované stálé nejistoty o sobě samé – pacientka má nejisté vnímání sebe sama, neví, co od sebe může očekávat a jaká vlastně je povahově, ale tato nejistota se neprojevuje v narušené představě o svých cílech atd. Uvádí však, že se už od malička cítí být jiná než ostatní, ale neví proč, proto ji prý chybí i přátelé. Kritérium chronických pocitů prázdnoty bylo také naplněno částečně, pacientka uvádí takové pocity, jsou pro ni zřejmě distresující, ale z její výpovědi není zřejmé, že by vedly k maladaptivnímu chování.

Kromě emočně nestabilní poruchy pacientka naplnila dvě kritéria a to sebedramatizace, teatrálnost, přehnaný projev emocí a sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi. Pacientka uvádí, že své emoce dává najevo schválně silně, aby každý poznal, jak se cítí. Sugestibilitu pacientka dokládá tím, že přejímá názory ostatních a dostává se kvůli tomu do sporů, které nejsou její, způsobilo jí to opět potíže v práci.

Z výsledku lze tedy usuzovat na emočně nestabilní poruchu osobnosti impulzivního typu, diagnóza této poruchy je dle skórovací příručky „jistá“ (u emočně nestabilní poruchy hraničního typu diagnóza „pravděpodobná“).

Dle výsledků metody PID-5 jsou přítomné zejména rysy úzkostnosti (2,33), roztěkanosti (2,22), emoční lability (2,86), hostility (2,10) a impulsivity (2,17). Emoční lability, úzkostnost, hostilita i impulsivita jsou rysy hraniční poruchy osobnosti dle alternativního modelu. Jsou tedy přítomné 4 rysy nutné pro diagnostiku osobnosti a bylo by možné uvažovat o hraniční poruše osobnosti. Z rozhovoru IPDE bylo u pacientky usuzováno na emočně nestabilní poruchu osobnosti, ale spíše impulzivního typu. Takový typ není v alternativním modelu DSM-V vymezen. Vzhledem k tomu, že dalším rysem, který je u pacientky zjevný dle PID-5 je roztěkanost pozornosti, dalo by se hovořit o jisté formě impulsivity. Tento rys by byl dle alternativního modelu využit jako specifikátor hraniční poruchy osobnosti, která by dle výsledků PID-5 byla u pacientky pravděpodobná a diagnostikovatelná po posouzení stupně narušení funkčních schopností.

V tomto případě se tedy diagnostika dle obou metod překrývá. Metoda IPDE, vycházející z klasifikace MKN-10 by se spíše přiklonila k diagnóze emočně nestabilní poruchy impulzivního typu, zatímco alternativní model DSM-V specifikuje pouze hraniční typ. Z obou metod posouzení však vyplývají obdobná zjištění a u pacientky pozorují obdobné rysy. V tomto případě však považují profil pacientky v PID-5 za poněkud méně obsáhlý a rozhodně nutný doplnit dalším zkoumáním.

Případ 9 (Pacient č. 22)

Pacientovi je 23 let, svobodný, bez dětí. Momentálně žije v domácnosti s přítelkyní. Oba rodiče žijí, s otcem má spory kvůli domácímu násilí. Má dva starší sourozence. Nedokončil SŠ (vystřídal 3 školy), momentálně je nezaměstnaný, nikdy nepracoval. Momentálně je hospitalizován pro sociální fobii – problém s docházením do školy. Poprvé byl hospitalizován v 18 letech pro deprese, od té doby psychiatricky léčen. Při vyšetření spolupracoval, jevil se klidný, s dobrou náladou.

Z výsledků vyšetření není patrná žádná porucha osobnosti, ale objevují se rysy především emočně nestabilní PO hraničního typu, anxiózní PO, ale i paranoidní a schizoidní PO.

U emočně nestabilní PO hraničního typu pacient zcela naplnil kritérium opakovaných hrozeb nebo jednání vedoucího k sebepoškození – pacient uvádí, že několikrát vyhrožoval, že spáchá sebevraždu a opakovaně se poškozoval a o sebevraždu se pokoušel několikrát. Dále pacient částečně naplnil kritéria excesivních pokusů vyhnout se opuštěnosti – ve vztahu k bývalé přítelkyni, se kterou se rozcházel a opakovaně scházel 4x, náchylnosti k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích – opět vztah s bývalou přítelkyní byl velice bouřlivý, s opakovanými hádkami a rozchody, zřejmé a dobře dokumentované stálé nejistotě o sobě samém – projevuje se v rozhodování o budoucnosti, kariéře, atd. (zde je ale nutné přihlídnout k pacientově věku), afektivní nestálosti a nesnázi vydržet s činností, která nenabízí okamžitou odměnu.

U anxiózní PO pacient zcela naplnil kritérium přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo inferioritě vzhledem k druhým. Dále pak byla částečně naplněna kritéria trvalých a pronikavých pocitů napětí a obav, nadměrné zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích, Nechuť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben a vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, které zahrnují významný mezilidský styk, a to ze strachu před kritikou, nesouhlasem nebo odmítnutím.

Projevily se i některé rysy paranoidní a schizoidní PO (např. nadměrná citlivost k odstrkování, sklon k zdůrazňování vlastní osoby u paranoidní PO a malý zájem o sexuální zážitky vzhledem k pacientově věku, přednost samotářským činnostem a nadměrné zaměstnávání se fantazií), které ale mohou být spojené právě se sociální fobií.

Vzhledem k výsledkům vyšetření se nedá určit prokazatelná porucha osobnosti, avšak u pacienta jsou výraznější rysy emočně nestabilní PO hraničního typu, anxiózní a dále pak paranoidní a schizoidní PO.

Výsledky PID-5 poukazují na přítomnost zejména rysů anhedonie (2,13), depresivity (2,34), roztěkanosti (2,33), vyhýbání se intimitě (2,33), omezené afektivity (2,14), podezíravosti (2,29) a stažení se (2,60). Sociální stažení se, anhedonie a vyhýbání se intimitě jsou rysy svědčící o pravděpodobné přítomnosti vyhýbavé poruchy. Tendence ke stažení a vyhýbání se sociálním kontaktům se projevovali i v rozhovoru IPDE a celkově se u pacienta projevovaly obdobné rysy i při posouzení metodou IPDE. Dalo by se tedy říct, že se metody překrývají v posouzení vyhýbavých rysů.

Omezená afektivita a podezíravost, které jsou u pacienta zjevné, jsou rysy schizotypní poruchy. Další rysy této poruchy však pacient dle PID-5 nemá. Oba tyto rysy se však schodují s projevy zachycenými metodou IPDE. Z rozhovoru byly patrné některé rysy paranoidní a schizoidní poruchy jako je nadměrná citlivost k odstrkování, sklon k zdůrazňování vlastní osoby u paranoidní PO a malý zájem o sexuální zážitky vzhledem k pacientově věku, přednost samotářským činnostem a nadměrné zaměstnávání se fantazií. Dalo by se tedy říct, že se tyto rysy shodují.

Obě metody prokazují obdobné projevy a rysy. Jednotlivé diagnózy se u pacienta v závislosti na použité metodě liší. Zatímco z rozhovoru IPDE by bylo uvažováno spíše o hraniční poruše osobnosti, podle PID-5 by bylo spíše usuzováno na vyhýbavou poruchu osobnosti. Při bližším prozkoumání jednotlivých kritérií a rysů se však obě metody značně shodují v posouzení pacientova osobnostního profilu.

Případ 10 (pacientka 27)

Pacientce je 27 let, je svobodná, nemá děti. V domácnosti žije s rodiči. Má SŠ vzdělání, přerušenu VŠ, momentálně je bez práce, v minulosti vystřídala několik různých krátkodobějších zaměstnání. V současnosti je hospitalizována pro úzkosti a problémy v komunikaci s okolím.

Při rozhovoru se pacientka jevila mírně excitovaně, spolupracovala, na otázky odpovídala obsáhle a soustředěně.

Z výsledků je patrné, že u pacientky jsou výrazné zejména emočně nestabilní a histrionské osobnostní rysy.

U hraniční emočně nestabilní PO pacientka částečně naplnila kritéria afektivní nestálosti a opakovaných hrozeb nebo jednání vedoucího k sebepoškození. Zcela pak naplnila kritéria zřejmé a dobře dokumentované stálé nejistoty o sobě samé, náchylnosti k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích a chronických pocitů prázdnoty. Pacientka popisuje všechny dosavadní partnerské vztahy jako krátké, bouřlivé a emočně vypjaté. Nejistota o sobě samé je u pacientky zřejmá, není si jistá sebou ani vztahy s okolím, nedokáže vztahy udržet, dosud si nebyla jistá, koho mít za přátele. Stejně tak pacientka pocítuje pocity prázdnoty, které u ní vedou k maladaptivnímu chování, zejména k promiskuitnímu sexuálnímu chování. Sex pacientka popisuje jako útěk z reality, neví, dle svých slov, co od sebe při sexu očekávat, překvapuje jí to. Zároveň sex popisuje jako ne vždy příjemný, někdy až zraňující, bolest při sexu přirovnává k bolesti při sebepoškození (jako úleva od psychické bolesti).

U histrionské PO pacientka částečně naplnila kritéria mělké a labilní emotivity a trvalého vyhledávání činností, při kterých je pacientka středem pozornosti a kontinuálního vyhledávání vzrušení. Pacientka udává, že středem pozornosti je ráda a často, vyhledává pozornost, ráda na sebe upozorňuje. Zcela naplnila i kritéria nepatřičné svůdnosti ve zjevu nebo chování a nadměrného soustředění na fyzickou přitažlivost. Vyhledává pozornost mužů, ráda na sebe upozorňuje výrazným oblečením, využívá často svou fyzickou přitažlivost. Stejně tak bylo zcela naplněno kritérium sugestibility snadno ovlivnitelné jinými lidmi nebo okolnostmi.

Výrazněji pak pacientka skórovala i u závislé poruchy osobnosti, kde zcela byla zcela naplněna kritéria pocitů, že není ve své kůži, když je sama, následkem přehnaných obav, že není schopna starat se sama o sebe a stálých obav, že bude opuštěna osobou, ke které má těsný vztah a že se bude muset starat sama o sebe. Pacientka se cítí být závislá na rodičích, zejména kvůli prodělané nemoci. Usiluje však o osamostatnění.

Dle skórovací příručky je u pacientky pravděpodobná diagnóza histrionské poruchy osobnosti. Emočně nestabilní porucha hraničního typu vyšla dle příručky jako negativní, ale její rysy jsou u pacientky velmi výrazné. Domnívám se tedy, že u pacientky je pravděpodobná spíše kombinace histrionské a hraniční poruchy osobnosti.

Výsledky PID-5 poukazují na přítomnost rysů domáhání se pozornosti (2,75), separační nejistoty (2,86) a submisivity (2,25). Skóry ostatních rysů jsou poměrně nízké, což je vzhledem k profilu pacientky podle druhé metody překvapující.

Vyžadování pozornosti je dle alternativního modelu rys narcistické poruchy osobnosti. Tento rys byl zjevně patrný i dle metody IPDE, takže se dá říct, že v přítomnosti rysu se metody shodují, ne však v jeho zařazení.

Separální nejistota je rys hraniční poruchy osobnosti, avšak u pacientky je to dle metody PID-5 jediný rys, který by odpovídal této poruše. Dle rozhovoru IPDE byly u pacientky patrné některé projevy hraniční poruchy osobnosti jako emoční labilita, podle PID-5 však tyto rysy pacientka nemá, což se značně rozchází i s klinickým projevem pacientky. Separální nejistota a submisivita by však mohly být hodnoceny i jako rysy, které odpovídají kritériím závislé poruchy osobnosti, v tom by se tedy obě metody shodovaly.

Histrionská porucha osobnosti, jejíž kritéria byla u pacientky dle IPDE nejzjevnější, není v alternativním modelu vymezena. Rys domáhání se pozornosti však odpovídá kritériím trvalého vyhledávání činností, při kterých je pacientka středem pozornosti a nepatřičné svůdnosti. Dalo by se říct, že sugestibilita a snadná ovlivnitelnost, tedy kritérium histrionské PO, která byla hodnocena metodou IPDE, by mohla odpovídat i rysu submisivity.

Rysy, které jsou dle PID-5 u pacientky přítomné odpovídají projevům hodnoceným rozhovorem IPDE. Celkově je ale překvapivé, jak málo akcentovaných rysů se dle PID-5 u pacientky projevuje. Zatímco dle rozhovoru IPDE je u pacientky

pravděpodobná porucha osobnosti, kdyby byla pacientka hodnocena pouze za pomoci metody PID-5, nebylo by nejspíš usuzováno o kterékoliv poruše osobnosti.

Případ 11 (pacientka 12)

Pacientce je 39 let, žije s manželem a 2 dětmi (11, 12 let). Má středoškolské vzdělání, momentálně je v domácnosti, naposledy byla zaměstnaná před 7 lety jako vychovatelka při ZŠ, práce ji však nenaplňovala a neví, jakou kariéru by měla dělat, potřebuje dělat něco smysluplného. V současnosti je hospitalizována pro deprese. Psychiatricky léčena byla poprvé před 7 lety, kdy se bála, že v afektu ublíží dětem. Od té doby dochází ambulantně k psychiatrovi, v minulosti i k psychologovi, několikrát hospitalizována. Pacientka se při rozhovoru jevila klidně, aktivně spolupracovala a na otázky odpovídala obsáhle a detailně.

Z výsledku IPDE vyplývá, že jsou u pacientky akcentované histrionské rysy osobnosti. U histrionské PO pacientka zcela naplnila kritérium mělké a labilní emotivity a dále pak částečně bylo naplněno kritérium sugestibility snadno ovlivnitelné jinými lidmi nebo okolnostmi, trvalé vyhledávání činností, při kterých je pacientka středem pozornosti a kontinuální vyhledávání vzrušení, nadměrné soustředění na fyzickou přitažlivost a nepatřičná svůdnost, přičemž poslední dvě kritéria se objevovala u pacientky především v minulosti, ostatní rysy přetrvávají doteď. Uvádí, že má často silnou potřebu být středem pozornosti, když se jí pozornosti nedostává, tak si jí vymůže.

U závislé poruchy osobnosti pacientka zcela naplnila kritérium povzbuzování jiných lidí nebo dovolování jim, aby za něho přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí a částečně kritérium pocitů, že není ve své kůži, když je sama, následkem přehnaných obav, že není schopna starat se sama o sebe. Obě tato kritéria s nástupem po 25 roku věku, přičemž se tyto osobnostní rysy začaly u pacientky objevovat spíše v posledních několika letech.

Nejvýrazněji se však u pacientky projevují rysy emočně nestabilní poruchy hraničního typu. Pacientka zcela naplnila kritéria nesnáze vydržet s činností, která nenabízí okamžitou odměnu, afektivní nestálost, zřejmá a dobře dokumentovaná stálá

nejistota o sobě samém a opakované hrozby nebo jednání vedoucí k sebepoškození. Dále pak částečně byla naplněna kritéria výrazná tendence jednat impulzivně a bez uvážení následků, výrazná tendence jednat zlostně nebo násilně bez uvážení následků a chronické pocity prázdnoty. Sama pacientka popisuje svoji povahu jednoslovně jako „chaos“, popisuje se jako nevyrovnanou a nevyzpytatelnou osobnost. Uvádí, že pocituje silnou emoční labilitu, velice rychle a často se jí střídají nálady a má nejisté sebepojetí, není si jistá kdo vlastně je a má pocit „že sem nepatří“ (myšleno na tento svět), což spouští suicidální úvahy. Neuvádí bouřlivé, ambivalentní vztahy se svými blízkými, například vztah s rodiči považuje od dětství za výborný, přesto však dodává, že se s blízkými často dohaduje a že si na její povahu musí okolí zvyknout.

Výsledky PID-5 u pacientky nepoukazují na žádný rys, který by byl akcentován do patologické míry. Žádný z 25 osobnostních rysů, které dotazník PID-5 hodnotí, nedosahoval průměrné hodnoty 2, která odpovídá hodnocení „někdy nebo částečně pravdivé“ a jako taková má klinický význam. Jediným rysem, který byl alespoň mírně zvýšen byla emoční labilita (1,57). I tento rys však nedosahuje klinicky významné hodnoty. Tyto výsledky jsou u pacientky velice překvapivé. Zatímco z rozhovoru IPDE bylo patrné, že se u pacientky projevuje emoční labilita, afektivní nestálost, nejistota o sobě samém vedoucí až k tendencím k sebepoškozováním, žádné takové rysy z PID-5 nejsou zjevné. Neprojevují se ani rysy impulsivity, ani sugestibility nebo submisivity, nic z rysů, které byly uváděny v hodnocení IPDE. V tomto případě se obě metody silně rozcházejí. Může to být způsobeno sebehodnocením pacientky, kdy sama popisovala sebe jako chaotickou. Dalo by se tedy uvažovat o zkreslení výpovědní hodnoty při sebesuzovací metodě. Pacientka mohla být ovlivněna momentální náladou, zkresleným viděním sebe samé. I tak je ale překvapivé, že PID-5 nevypovídá o žádných akcentovaných rysech a diagnostika pomocí obou metod se tak v tomto případě diametrálně liší.

8 Diskuze

Z výsledků kvantitativní analýzy je patrné, že celkový skór IPDE koreluje z oblastí PID-5 pouze s oblastí negativního afektu a psychoticismu. S oblastí nepřátelství, odstupu a nezdrženlivosti nebyly prokázány statisticky významné korelace. Podobný problém zaznamenal ve své studii i Riegel a kol. (2017), který na stejný problém poukazuje i u zahraničních výzkumů (Zimmermann et al. 2014; Qulity et al. 2013). V případě mého výzkumu mohou být tyto výsledky do značné míry způsobeny malým výzkumným souborem a minimálním zastoupením respondentů, u kterých se oblasti nepřátelství, odstupu a nezdrženlivosti projevovaly.

U jednotlivých specifických poruch osobnosti byly nalezeny četné statisticky významné korelace. U poruch, které vymezují oba přístupy, koreloval dimenzionální skór IPDE s nadpoloviční většinou rysů odpovídajících dané poruše dle PID-5, tedy u disociální/antisociální poruchy, vyhýbavé poruchy a hraniční poruchy osobnosti. Naopak u anankastické poruchy koreloval skór IPDE pouze s jedním rysem odpovídajícím obsedantně-kompulzivní poruše a u schizoidní poruchy osobnosti nebyla nalezena žádná statisticky významná korelace. To může být způsobeno nedostatečným zastoupením dané osobnostní patologie ve výzkumném souboru a celkově i nedostatečnou velikostí výzkumného souboru. U všech ostatních specifických poruch byly nalezeny alespoň nějaké statisticky významné korelační vztahy.

Obdobná zjištění uvádí i Pocnet a kol. (2018), kteří zkoumali vztah mezi PID-5 a screeningovým dotazníkem, který je využíván před samotným rozhovorem IPDE, na výzkumném souboru 537 respondentů. Multifaktorová analýza prokázala, že dvě hlavní dimenze vyššího řádu popisují vztahy mezi PID-5 a screeningovým dotazníkem IPDE. Další analýzou bylo prokázáno, že normální a patologické osobnosti sdílejí společnou základní strukturu. Autoři prokázali vztah mezi PID-5 a IPDE a naznačují, že PID-5 nabízí perspektivní alternativní přístup kvalitně popisující patologické osobnostní rysy.

Celkově mnou provedená studie poukazuje na to, že průměrné skóry většiny oblastí patologických rysů jsou napříč výzkumným souborem poměrně nízké, což

může také způsobit zkreslení výsledků kvantitativní analýzy. Ačkoliv byl výběr respondentů záměrný, s podezřením na osobnostní patologii, ne všichni respondenti diagnózu poruchy osobnosti naplnili. Autoři jako Morey et al. (2011) v této souvislosti poukazují na fakt, že největší míra osobností patologie je přítomna u antisociální a schizotypní poruchy osobnosti, která však v mém souboru byla zastoupena minimálně.

Vzhledem k tomu, že velikost výzkumného souboru nezajistila přesvědčivé výsledky, přistoupila jsem v dalším kroku ke kvalitativní analýze vybraných případů. Pro případovou studii jsem vybrala 11 konkrétních pacientů, u kterých byly prokazatelné patologické rysy a projevy. U těchto pacientů jsem srovnávala, jaký obraz podávají jednotlivé metody. Z analýzy případů jsem zjistila, že kromě jedné pacientky, u které se obě metody zcela rozcházejí, se popis pacientů značně překrývá. Diagnóza, která by byla pacientovi na základě jedné či druhé metody přiřazena, by byla ve většině případů mírně odlišná, což je způsobeno i jiným vymezením poruch, se kterými každý model pracuje. Ve všech 10 případech však byly projevy pacientů obdobné jako rysy, které dle PID-5 pacienti manifestovali.

K obdobným zjištěním dospěli i autoři jako Bach a kol. (2015), kteří administrovali PID-5 i metodu LPFS psychiatrickým pacientům s diagnózou poruchy osobnosti a jinými psychiatrickými diagnózami vyjma psychóz. Zkoumali osobnostní profil šesti pacientů u nichž zkoumali uvedené problémy, historii pacientů a jejich diagnózu. Za pomoci obou metod byli schopni všech šest případů smysluplně popsat a přiřadit k odpovídající poruše osobnosti dle alternativního modelu. Jejich hodnocení obecně podpořilo klinické využití alternativního modelu, zároveň však identifikovali některé oblasti vhodné pro zdokonalení. Klinická aplikace, vyhodnocování a interpretace vlastností za pomoci PID-5 je hodnocena jako logická a intuitivní. Obzvlášť kladně je autory hodnocen rozsah 25 osobnostních rysů, které fungují jako srozumitelné deskriptory jedinečného osobnostního uspořádání. PID-5 považují za nástroj, který poskytuje širokou škálu informací.

Stejně tak Pincus (2016) se zaměřuje na hodnocení nástroje PID-5 v použití diagnostiky narcistické poruchy osobnosti. Dle autorů umožňuje identifikovat patologickou grandiozitu ve všech klinických projevech – zjevných i skrytých.

V kritériích B, tedy v osobnostních rysech spojují narcismus s negativní afektivitou. Dle autorů poskytují alternativní model poruch osobnosti klinicky významný obraz o závažnosti narušení osobnosti, ze kterého lze vycházet při plánování další léčby. Právě diagnostika narcistické poruchy osobnosti v mé studii nebyla prokazatelná. I vzhledem k malému zastoupení pacientů, kteří by vykazovali narcistické rysy, nebylo možné provést dostatečné posouzení o adekvátním zachycení této poruchy metodou PID-5.

Jak jsem již zmiňovala, mnou provedená studie měla nedostatky zejména v celkově malém výzkumném souboru, který neumožňuje dostatečnou kvantitativní analýzu s přesvědčivými výsledky. Stejně tak se ukázalo, že přestože byli pacienti vybíráni s podezřením na osobnostní psychopatologii, průměrné hodnoty patologických rysů PID-5 i dimenzionálních skóreů IPDE jsou poměrně nízké. Nejednalo se tedy vždy o pacienty s poruchou osobnosti, ale spíše o nespecifikovaný klinický výzkumný soubor. Jak již bylo zmíněno v popisu výzkumného souboru, konečná diagnóza poruchy osobnosti byla přiřazena pouze sedmi pacientům z celého výzkumného souboru. I zde se projevuje náročnost diagnostiky poruch osobnosti a složitá diferenciální diagnostika u psychiatricky léčených pacientů. Nabízí se otázka, jestli prevalence poruch osobnosti mezi psychiatrickými pacienty je opravdu tak vysoká, jako uvádí Praško (2003) a další autoři. Prevalence poruch osobnosti v mém výzkumném souboru byla totiž výrazně nižší, než bylo předpokládáno.

Další možnou limitací, kterou má metoda PID-5 je sebeposuzovací forma dotazníku. Domnívám se, že v případě výše zmíněné pacientky, u které se obě srovnávané metody zásadně rozcházely, mohlo jít právě o zkreslení způsobené vlastním posouzením pacientky. Považuji tedy za nezbytné, aby byla metoda PID-5 doplněna o další kvalitní diagnostickou metodu. Je také možné vyžádat si posouzení od třetí osoby, blízké danému pacientovi. Osobně se však domnívám, že nejvhodnější je metodu PID-5 kombinovat s klinickým rozhovorem, ať už se samotnou metodou IPDE či s jiným rozhovorem vedeným zkušeným psychologem.

Zkušenost psychologa, který metody administruje, je další limitace mé studie. Rozhovor IPDE i vyhodnocení metody PID-5 je určeno zkušeným klinickým praktikům, kteří mají vhodný výcvik a jsou obeznámeni s metodou, jak upozorňuje

mnoho autorů, např. Loranger (2006) či Pincus (2016). Já jako autorka nemohu být považována za zkušeného klinika, tudíž jsem se tento nedostatek snažila kompenzovat přísnou supervizí vedoucího práce a spolupracujících psychologů. Všechny rozhovory IPDE a jejich skórování probíhalo pod supervizí zkušených klinických psychologů a vždy bylo přihlíženo k jejich posouzení.

I přes některé nedostatky považuji metodu PID-5 a celkově alternativní model poruch osobnosti za velice přínosný v klinické praxi. Metoda PID-5 je volně dostupná, časově nenáročná a její administrace i vyhodnocení je intuitivní. Metoda dle mého názoru široce popisuje osobnostní profil respondenta a adekvátně zachycuje patologické osobnostní rysy. Vzhledem k povaze metody ji však považuji za ideální jako první krok vyšetření doplněný o klinický rozhovor, který podá objektivní obraz o pacientovi. V alternativním dimenzionálním přístupu však stejně jako jiní výše citovaní autoři vidím slibnou budoucnost a pokrok.

Závěr

Práce si kladla za cíl zhodnotit metodu vycházejícího z alternativního modelu diagnostiky poruch osobnosti dle manuálu DSM-V, tedy Osobnostní inventář pro DSM-V (PID-5). Výsledky této metody byly srovnávány s výsledky strukturovaného rozhovoru IPDE u výzkumného souboru N=29 pacientů.

Kvantitativní analýza výsledků obou metod prokázala četné statisticky významné korelace mezi dimenzionálními skóry IPDE a rysy odpovídajících poruch dle PID-5. U většiny shodně vymezených poruch spolu skór a jednotlivé rysy korelovaly v nadpoloviční většině. Mezi jednotlivými poruchami vymezenými dle kategoriálního modelu MKN-10 a alternativním modelem pro DSM-V tedy u uvedeného výzkumného souboru existují korelační vztahy. Některé specifické poruchy osobnosti však v souboru nejsou zastoupeny a nelze proto hodnotit jejich výsledky. Celkově je průměrná hodnota patologie ve výzkumném souboru nízká, jelikož u všech pacientů nebyla prokazatelná diagnóza poruchy osobnosti.

Vzhledem k velikosti souboru a nedostatečné prevalenci poruch osobnosti ve výzkumném souboru, byla provedena i kvalitativní analýza 11 konkrétních případů. Vybráni byli pacienti, u kterých alespoň jedna z metod prokázala patologické osobnostní rysy. Analýza těchto případů prokázala, že u 10 z 11 případů se zjištěné osobnostní rysy dle PID-5 překrývaly s naplněnými diagnostickými kritérii dle IPDE. Ačkoliv přiřazená diagnóza by v některých případech byla odlišná, což je způsobeno i odlišným teoretickým vymezením obou metod, popisovaný klinický obraz byl u obou metod obdobný.

Metoda PID-5 byla teda zhodnocena jako klinicky přínosná. Její vlastnosti ji předurčují k širokému využití a při vhodné kombinaci dalších diagnostických metod se jeví jako ideální k adekvátnímu popisu osobnostního profilu klinického pacienta.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Al-Dajani, N.; M. Gralnick, T.; Bagby, R. (2016). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current Status and Future Directions. *Journal of Personality Assessment*. 98;1. 62-81.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, V.A.: American Psychiatric Association, 2013; 991.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L. C., Chmielewski, M., & Bagby, R. M. (2015). Associations Between DSM-5 Section III Personality Traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2–Restructured Form (MMPI-2-RF) Scales in a Psychiatric Patient Sample. *Psychological Assessment*.
- Bach, Bo & Markon, Kristian & Simonsen, Erik & F Krueger, Robert. (2015). Clinical Utility of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders: Six Cases from Practice. *Journal of psychiatric practice*. 21. 3-25.
- Bernstein DP, Iscan C, Maser J. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders. *J Personal Disord* 2007; 21: 536–551.
- Clarkin, J. F. (1998): Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice*, 4, s. 91-102.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York, NY: Psychology Press.
- Goldmann, P., Soukupová, T. (2015): Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti. In: Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R.

- (Eds.), Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání: DSM-5 (první české vydání). Praha, Hogrefe-Testcentrum, 801-823.
- Gore, Whitney L. (2013). The DSM-5 Dimensional Trait Model and the Five Factor Model" Theses and Dissertations-Psychology. Paper 12. Director: Dr. Thomas A. Widiger.
 - Hendl, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.
 - Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Tegis.
 - Krueger, Robert F. & E Markon, Kristian. (2013). The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. *Annual review of clinical psychology*. 10. 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.
 - Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the *DSM-5* personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
 - Loranger, Armand W. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Archives of General Psychiatry*. 51. 215. 10.1001/archpsyc.1994.03950030051005.
 - Loranger, Armand W. (2006) Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti - IPDE: verze pro MKN-10. úprava české verze M. Preiss, S. Rothanzlová, L.Krámská. 1.vyd. Brno : Psychodiagnostika.
 - *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009.* (2008-) (2., aktualiz. vyd). Praha: Bomton Agency. Retrieved from

<http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>

- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93, 347-353.
- Morey LC, Skodol AE, Oldham JM. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2014; 123: 1–8.
- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality disorders in *DSM–5*: Emerging research on the alternative model. *Current Psychiatry Reports*, 17, 558. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>
- Nakonečný, M. (1998). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, Praha.
- Norton, K (1992): Health of nation: personality disorders. *British Medical Journal*, 304, s. 255-256.
- Pincus, Aaron & A. Dowgwillo, Emily & S. Greenberg, Liora. (2016). Three Cases of Narcissistic Personality Disorder Through the Lens of the DSM–5 Alternative Model for Personality Disorders. *Practice Innovations*. 1. [10.1037/pri0000025](https://doi.org/10.1037/pri0000025).
- Pocnet, Cornelia & Antonietti, Jean-Philippe & Handschin, Philippe & Massoudi, Koorosh & Rossier, Jérôme. (2018). The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five-factor model. *Personality and Individual Differences*. 121. 11-18.
- Praško, J. (2003) *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., Bagby, M. (2013): The psychometric properties of the Personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Journal of Personality Assessment*, 20, 1-8.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P. A Ptáček, R. ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- Riegel KD, Preiss M, Harsa P. (2016) Užitečnost Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. *Psychiatrie* 2016; 20(2): 74–81.
- Riegel, K., Preiss, M., Kšiňan, A., Michalec, J., Šamánková, D., & Harsa, P. (2017). Psychometrické vlastnosti české verze Osobnostního inventáře pro DSM-5: vnitřní konzistence, validita a rozlišovací schopnost nástroje. *Československá Psychologie*, 61(2), 128-143.
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M., & Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in *DSM-5*. *Assessment*, 20, 353–361. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191113486182>
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Somma, A.; Fossati, A.; Terrinoni, A.; Williams, R.; Ardizzone, I.; Fantini, F.; Borroni, S.; Krueger, R. F.; E. Markon, K.; Ferrara, M. (2016). Reliability and Clinical Usefulness of the Personality Inventory for DSM-5 in Clinically Referred Adolescents: A Preliminary Report in a Sample of Italian Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 70.
- Thimm, Jens & Jordan, Stian & Bach, Bo. (2016). The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): Psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychology*. 4.

- Thomas K. M., Yalch M. M., Krueger R. F., et al. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Journal of personality assessment*. 20: 308–311.
- Van den Broeck, Joke & Bastiaansen, Leen & Rossi, Gina & Dierckx, Eva & De Clercq, Barbara & Hofmans, Joeri. (2013). Hierarchical Structure of Maladaptive Personality Traits in Older Adults: Joint Factor Analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *Journal of personality disorders*. 28. 10.1521/pedi_2013_27_114.
- Verheul R. (2005) Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*. 19: 283–302.
- Waugh, Mark & Hopwood, Christopher & Krueger, Robert & Morey, Leslie & Pincus, Aaron & Wright, Aidan. (2017). Psychological Assessment With the DSM–5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional Psychology Research and Practice*. 48. 79-89.
- Weissman, M. M. (1993): The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorder*, 7, s. 44-62.
- Widiger, Thomas A. (2015). Assessment of DSM–5 Personality Disorder. *Journal of personality assessment*. 97. 1-11.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J. et al. (2014): The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders*, 28, 1-23.