

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ŠESTIFAKTOROVÝ MODEL
OSOBNOSTI (HEXACO)
A PORUCHY OSOBNOSTI

SIX-FACTOR PERSONALITY MODEL (HEXACO) AND
PERSONALITY DISORDERS



Diplomová práce

Autor: **Bc. Nikola Wenclová**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.**

Olomouc

2020

Touto formou bych ráda vyjádřila mé upřímné poděkování za podporu – odbornou i lidskou stojící za vznikem této práce. Můj vděk patří mé vedoucí práce Mgr. Zuzaně Vaculčíkové Sedláčkové, Ph.D; MUDr. Zdeňce Staňkové; PhDr. Ivě Wittnerové; PhDr. Ludmile Langrové; MUDr. Davidu Hynčíkovi; PhDr. Haně Čákové; Mgr. Radku Karchňákovi; MUDr. Vilmě Knetlové; MUDr. Štěpánce Machové; MUDr. Leoši Válkovi a Mgr. Karlu Rečkovi. Tímto děkuji i všem respondentům. Právě Vám patří veškerá zjištění, kterých se nám podařilo dosáhnout.

Věnováno mým rodičům, prarodičům, bratru Lukášovi a příteli Danielovi.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Šestifaktorový model osobnosti (HEXACO) a poruchy osobnosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20.3.2020

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	4
TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1 Poruchy osobnosti	6
1.1 Klasifikace poruch osobnosti	8
1.2 Prevalence poruch osobnosti	12
1.3 Etiologie poruch osobnosti	15
1.4 Diagnostika poruch osobnosti	16
1.5 Léčba poruch osobnosti	18
1.6 Specifické poruchy osobnosti.....	22
2 Problematika osobnostních rysů.....	26
2.1 Rysové modely osobnosti.....	29
2.2 Šestifaktorový model osobnosti	33
3 Poruchy osobnosti a faktorové modely osobnosti	37
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	41
4 Výzkumný problém.....	42
4.1 Formulace hypotéz ke statistickému testování	44
5 Typ výzkumu a použité metody	46
5.1 Testové metody	46
5.2 Přehled užitých zkratk a symbolů.....	54
6 Sběr dat a výzkumný soubor.....	55
6.1 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	60
7 Práce s daty a její výsledky	61
7.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	61
7.2 Platnost stanovených hypotéz.....	68
8 Diskuze	70
9 ZÁVĚR.....	79
10 SOUHRN.....	80
LITERATURA.....	82
PŘÍLOHY	90

ÚVOD

Diplomová práce, nesoucí název – Šestifaktorový model osobnosti (HEXACO) a poruchy osobnosti, si klade za cíl identifikovat úroveň dimenzí šestifaktorového konceptu u souboru mužů a žen s diagnózou specifické poruchy osobnosti a ověřit jejich souvislost k diagnostické kategorii – konkrétně k Inventáři stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI). Mimo to se budeme zabývat i rozdílem ve srovnání s kontrolní skupinou. Ta je v našem případě zastoupena jedinci bez přítomnosti psychického onemocnění.

Kritika soudobých klasifikačních systémů a jim relevantního kategorického přístupu vyústila v potřebu vhodné dimenzionální alternativy. Adekvátními se v tomto směru jeví zejména faktorové modely osobnosti. My jsme se rozhodli pro model šestifaktorový. V této souvislosti uvádíme dva důvody – dosavadní zaměření výzkumů směrem ke konceptu Big five a výhrady, pro které není pětifaktorový model zcela přijímán. Závěrem upozorňujeme i na tematickou návaznost diplomové práce autorky na práci bakalářkou – Vztah mezi dimenzemi šestifaktorového a prosociálního modelu osobnosti (Wenclová, 2018). V rámci druhé kapitoly („Problematika osobnostních rysů“) jsme se tak rozhodli pouze pro menší úpravu textu. Díl teoretické části věnujeme i samotným poruchám osobnosti – tzn. jejich klasifikaci, prevalenci, etiopatogenezi, diagnostice a léčbě. Na propojení obou konceptů se zaměříme ve třetí kapitole práce. Důraz zde bude kladen zejména na referenční studie relevantní našemu tématu. Samotný výzkumný problém blíže formulujeme v empirické části práce. Stejně jako testové metody, hypotézy, sběr dat, výzkumný soubor a statistickou analýzu. V diskuzi se pak zaměříme na interpretaci našich výsledků, jejich komparaci se zjištěními vtažných výzkumů a kritickou analýzu teoretických východisek a výzkumného designu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY OSOBNOSTI

Ačkoliv je samotná existence poruch osobnosti jen stěží datovatelná, relevantní danému tématu se jeví rok 1987. V zásadě můžeme v této souvislosti uvažovat o dvou pomyslných milnících – oddíl poruch osobnosti se stává součástí 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, známé též pod zkratkou MKN-10 (1992; in Cakirpaloglu, 2012) a zároveň stěžejním předmětem zájmu mnoha výzkumů. Ty se pak zaměřovaly, a v současné době stále zaměřují, především na poruchu osobnosti hraniční, respektive emočně nestabilní¹. Zavedení nové diagnostické skupiny bylo zapříčiněno především snahou o destigmatizaci, a tedy odstranění dřívějšího označení „psychopatie“, potažmo „sociopatie“. Jak uvádí Grambal (2015), jedinci s poruchou osobnosti, bez ohledu na formu, jsou stigmatizováni nejen pro charakteristické projevy svého onemocnění, ale již přidělenou diagnostickou nálepkou. Antagonistický postoj ze strany společnosti má pak často za následek zvýšenou rezistenci vůči léčebnému působení, a tedy i upevnění obtěžujících symptomů.

MKN-10 (2000, str. 194) vymezuje poruchy osobnosti jako *„hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako neměnné odpovědi na široký rozsah osobních a sociálních situací. Představují extrémní nebo významné odchytky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí, a zvláště utváří vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologických projevů. Jsou často, i když ne vždy, sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské aktivitě a v dosahování žádoucích cílů“*. V souladu s předloženou definicí tak lze poruchy osobnosti pojímat jako extrémní varianty vrozených osobnostních rysů – tedy rysů temperamentových a charakterových, projevujících se v našem chování, a to ve smyslu relativně neměnných vzorců (Praško, 2009). Dle Johnsona (1994; in Preiss, Rothanzlová, Krámská, Ernest, & Štěpánková, 2006) a dalších, analyticky orientovaných, teoretiků se však podstata poruch osobnosti nachází v osobnostní skladbě, charakteristické pro svou nevyzrálou a jednoduchou. Tento primitivní profil má

¹ Odlišné, avšak komplementární, pojmenování se odvíjí od volby konkrétního klasifikačního systému. Mimo již zmíněnou MKN-10 (2000), lze rozlišit i 5. verzi Diagnostického a statistického manuálu, neboli DSM-5 (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015).

pak za následek sníženou snášenlivost vůči hněvu, tenzi, vášním atp. Mimo osobnost lze příčiny onemocnění hledat i v narušených interpersonálních vztazích.

Poněkud jiné vymezení poruch osobnosti nám nabízí DSM-5 (Raboch et al., 2015, str. 677). Ten nám říká, že „*porucha osobnosti je trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince, je pervazivní a nepružný, nastupuje v dospívání nebo rané dospělosti, má stabilní průběh a vyvolává nepohodu nebo narušení*“. Oproti prvotně uvedené definici tak získáváme informaci o vzniku, vývoji a průběhu onemocnění. Mimo to lze o poruše osobnosti mluvit pouze v případě neflexibilních a nepřizpůsobivých osobnostních rysů. Ty jsou pak příčinou vnitřního napětí a nepříjemnosti, které jedinec prožívá. V souladu s negativně laděným subjektivním rozpoložením se opětovně navracíme k vymezení dle MKN-10 (2000) – ve smyslu možného důsledku, kterým je narušení interpersonálních vztahů. Nejsou to však jen mezilidské vztahy, v rámci kterých se poruchy osobnosti projevují. Praško, Kosová, Pašková a Prašková (2001) dále uvádějí kontrolu a naplňování individuálních potřeb, adekvátnost emočního prožívání, způsob vykládání rozličných situací atp. V případě samotného jedince s poruchou osobnosti se jeho onemocnění odráží ve striktních postojích vůči vlastní osobě (Kasalová, Praško, & Jadlovec, 2015). Je zřejmé, že chronická maladaptivní osobnost, jak bývá porucha osobnosti zástupně nazývána (Cakirpaloglu, 2012), bude mít i nemalý vliv na rodičovství, manželství a případné rozvodové řízení. Dle Quintona a Ruttera (1984; in Pavlát, 2018) se v případě dětí těchto rodičů opakovaně prokazuje procentuálně vyšší výskyt poruch chování a emoční lability. Vzájemné vztahy, nejen mezi partnery a manžely, jsou často zasaženy útočnými tendencemi – ve smyslu slovním i tělesném, a častými konflikty. To vše vlivem problematických komunikačních stereotypů (Kasalová et al., 2015). Jak uvádí Grambal (2015), jedinci s poruchou osobnosti většinou prožívají svůj život s obtížemi, význačnými pro jejich konkrétní typ onemocnění.

1.1 Klasifikace poruch osobnosti

V následujícím textu bude čtenář seznámen s jednou z nejnáročnějších klasifikací, s jakou se, v rámci psychiatrie, lze vůbec setkat. Před touto skutečností nás do jisté míry varuje již MKN-10 (2000). Ta nám říká, že ačkoliv je její součástí poměrně detailní vyobrazení jednotlivých forem poruch osobnosti, není tento popis sebe vylučující se. Jinými slovy, při našem pokusu o jasné určení diagnostické subkategorie může dojít, a ve velké míře skutečně dochází, k překryvu s jiným typem poruchy osobnosti. V rámci diagnostické kategorie F60, nesoucí zastřešující název „Specifické poruchy osobnosti“, lze rozlišit následující formy:

- paranoidní poruchu osobnosti (F60.0),
- schizoidní poruchu osobnosti (F60.1),
- disociální poruchu osobnosti (F60.2),
- emočně nestabilní poruchu osobnosti (F60.3),
 - impulzivní typ (F60.30),
 - hraniční typ (F60.31),
- histriónskou poruchu osobnosti (F60.4),
- anankastickou poruchu osobnosti (F60.5),
- anxiózní (vyhýbavou) poruchu osobnosti (F60.6),
- závislou poruchu osobnosti (F60.7),
- jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8),
- poruchu osobnosti nespecifikovanou (F60.9).

Obecně lze říci, že toto rozdělení na jednotlivé kategorie a subkategorie pramení z jim relevantních charakteristik a tomu, jak se projevují v chování pacienta. Pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je pak stěžejním aspektem intenzita, se kterou se daná vlastnost projevuje. MKN-10 konkrétně mluví o tzv. prahu závažnosti a diagnostických kritériích. Identifikace onemocnění přitom vyžaduje průkazné naplnění alespoň tří z jmenovaných vodítek (MKN-10, 2000, str. 195):

- výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnující obvykle několik oblastí funkcí, např. afektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem,

- abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění,
- vzorec abnormálního chování ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu osobních a sociálních situací,
- shora uvedené projevy se vždy objevují během dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti,
- porucha vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu,
- porucha je obvykle, ale ne vždy, sdružena s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.

V případě DSM-5 (Raboch et al., 2015) je situace poněkud jiná. Poruchy osobnosti jsou zde distribuovány do tří skupin, respektive klastrů:

- **klastru A**, zahrnujícího:
 - paranoidní poruchu osobnosti (F60.0),
 - schizoidní poruchu osobnosti (F60.1),
 - schizotypní poruchu osobnosti (F21),
- **klastru B**, zahrnujícího:
 - antisociální poruchu osobnosti (F60.2),
 - hraniční poruchu osobnosti (F60.3),
 - histriónskou poruchu osobnosti (F60.4),
 - narcistickou poruchu osobnosti (F60.81),
- **klastru C**, zahrnujícího:
 - vyhubavou poruchu osobnosti (F60.6),
 - závislou poruchu osobnosti (F60.7),
 - obsedantně-kompulzivní poruchu osobnosti (F60.5).

Mimo to lze každé z jmenovaných kategorií přisoudit další relevantní specifika – znaky, společné všem zastoupeným formám onemocnění. V případě klastru A je to nevšednost a výstřednost. Emoční labilita a teatrálnost charakterizují kategorii B, zatímco bázlivost a tenze klastr C (Raboch et al., 2015).

V následujícím textu uvádíme již jen dvě diagnostická kritéria poruch osobnosti dle DSM-5 (Raboch et al., 2015, str. 679). Důvodem je existující podobnost mezi diagnostickými znaky soudobých klasifikačních systémů.

- Trvalý vzorec (prožívání a chování, lišící se od většinové společnosti) nelze lépe objasnit coby projev nebo důsledek jiné duševní poruchy.
- Trvalý vzorec nelze přičíst fyziologickým účinkům žádné látky (např. abúzu drog) ani jinému somatickému onemocnění (např. úrazu hlavy).

Klasifikace poruch osobnosti, tak jak je prezentována v MKN-10 a DSM-5, je sice cenná, jak ale uvádí Tyrer, Crawford a Mulder (2011), zralá na reformu. Studie, zaměřené na oblast patologie osobnosti, opakovaně prokazují, že prototypy, na nichž jsou založeny současné systémy klasifikace poruch osobnosti, neexistují. Jinými slovy, v případě MKN-10 a DSM-5 můžeme mluvit o tzv. kategoriálním přístupu – tedy přístupu, v rámci kterého jsou poruchy osobnosti pojímány jako kategoricky oddělené entity (Widiger, Clark, & Livesley, 2009). Ten se však jeví problematickým hned z několika důvodů. Shedler a Westen (2004) v této souvislosti uvádějí existující kontinuitu mezi normální a patologickou osobností. Hajdúk, Heretik a Heretik (2016) zmiňují další stěžejní nedostatek, a sice častý překryv diagnostických kritérií – tedy znevažování individuality projevu, respektive individuálních odlišností, na úkor striktního zařazení do jedné z vymezených kategorií. Riegel, Preiss a Harsa (2016) tento výčet završují a nevýhody kategorického přístupu doplňují o ne příliš přesvědčivou vnitřní konzistenci diagnostických znaků a proměnlivost duševních poruch v čase. V souvislosti s kategorickým pojetím nás Pečeňák (2014) rovněž varuje před stigmatizujícím charakterem přidělených diagnostických nálepek.

Možným řešením je přístup dimenzionální, zastávající argument o normální distribuci osobnostních rysů v populaci (Shedler & Westen, 2004). V této souvislosti je třeba upozornit na stále pokračující vývoj klasifikačních systémů a na Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti² (2013; in Riegel et al., 2016). Ten je jakýmsi pozvolným přechodem mezi kategorickým³ a dimenzionálním přístupem. Poruchy osobnosti jsou zde vymezeny na základě dvou stěžejních kritérií – narušením funkční schopnosti jedince a patologickými rysy. Zachováno zde bylo šest forem poruch osobnosti, a sice porucha osobnosti narcistická, antisociální, hraniční, obsedantně-kompulzivní, vyhubávací a schizotypní. Závěrem je třeba upozornit, že ani dimenzionální přístup není přijímán bez výhrad. V současnosti tak své zastánce nachází i integrativní pojetí obou prezentovaných pohledů (Hajdúk et al., 2016).

² Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti je součástí III. sekce manuálu (Raboch et al., 2015).

³ Kategorický přístup pro poruchy osobnosti, tak jak byl prezentován v předchozí části textu, byl i přes vytvořený alternativní model zachován – v rámci II. sekce manuálu (Raboch et al., 2015).

Jak uvádí Höschl (2014), i přes možné nedostatky je přechod k dimenzionálnímu přístupu nejlepší volbou a v současnosti představuje jeden ze stěžejních úkolů psychiatrie.

1.2 Prevalence poruch osobnosti

Prevalence poruch osobnosti představuje jeden z dalších problematických aspektů a kapitol této práce. Důvodem je diagnostická důslednost, respektive nedůslednost, s jakou je výskyt poruch osobnosti zaznamenáván. Po mnoho let byla porucha osobnosti považována za sekundární diagnózu, která se v přítomnosti dalšího duševního onemocnění, může jevit jako méně podstatná. Příčiny prevalenční různorodosti, ve smyslu odlišných hodnot, lze rovněž hledat ve stigmatizujícím charakteru poruchy. Jak uvádí Tyrer (2018), situace se ovšem začíná měnit – pokud se nám podaří onemocnění destigmatizovat, pozitivní dopad lze očekávat nejen vzhledem k exaktnější prevalenci, ale zejména v péči poskytované psychiatrickým pacientům.

V souvislosti s prevalencí poruch osobnosti, tak jak ji uvádí DSM-5 (Raboch et al., 2015), upomínáme na předešlou kapitolu a existující klastry. V případě klastru A dosahuje celosvětová prevalence hodnoty 5,7 %, a to bez ohledu na konkrétní formu – tedy paranoidní, schizoidní nebo schizotypní poruchu osobnosti. Podobné úrovně dosahují i poruchy osobnosti, obsažené v klastru C – konkrétně 6 %. V případě klastru B je situace opačná, ve smyslu nižší prevalence – 1,5 %.

V zásadě lze, v rámci celosvětových studií a výzkumů zaměřených na problematiku prevalence, rozlišit dvě kategorie, respektive populace – populaci klinickou, zastoupenou psychiatrickými pacienty a populaci běžnou. Lze usuzovat, že v případě první skupiny bude četnost výskytu poruch osobnosti o něco vyšší. Tuto skutečnost nám potvrzuje Gawdová (2018), která uvádí rozpětí 30–70 % psychiatrických pacientů, léčených pro diagnózu poruchy osobnosti. Současný výskyt několika forem není přitom nijak výjimečným⁴. Jak uvádí Zimmerman, Rothschild a Chelminski (2005; in Gawda, 2018), nejčastěji diagnostikovanou formou je pak porucha osobnosti hraniční. V běžné populaci je porucha osobnosti, bez ohledu na konkrétní typ, zastoupena u 4–10 %. Lamont a Brunero (2009) ovšem upozorňují, že posouzení prevalence je u běžné populace poměrně problematické, a to z důvodu nízké epidemiologické přísnosti – mnoho studií pracovalo pouze s nereprezentativním výzkumným souborem. Na tyto metodologické nedostatky reagovala například norská studie, realizovaná Torgersenem, Kringlenem a Cramerovou (2001), a to s počtem 2053 účastníků výzkumu. Prevalence zde dosáhla hodnoty 13,4 % – s nejvyšší

⁴ DSM-5 (Raboch et al., 2015) upozorňuje na častý překryv jednotlivých forem poruch osobnosti, a to napříč všemi klastry.

četností výskytu v případě poruchy osobnosti vyvíjivé (5 %)⁵. O něco nižší hodnoty dosahuje prevalence u švédských občanů ($n = 557$), kde byla porucha konstatována přibližně u 11 % jedinců (Ekselius, Tillfors, Furmark, & Fredrikson, 2001). Gawda a Czubak (2017), pracující s počtem 1460 polských obyvatel, poukázali na přítomnost alespoň jedné poruchy osobnosti u 8,9 % z nich. Nejrozšířenějším typem se ukázala obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti – s četností výskytu 9,6 %⁶. Závěrem uvádíme epidemiologickou studii uskutečněnou ve Velké Británii, a to pro poměrně nízkou prevalence hodnotu – 4,4 %. Nízkou četnost výskytu však lze do určité míry přisoudit nereprezentativnosti výzkumného souboru, který v daném případě čítal 626 jedinců (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006). V případě Evropských zemí je situace srovnatelná se Severní Amerikou – konkrétně s USA (Gawda, 2018).

Prevalence poruch osobnosti v rámci České republiky se jeví být méně jasnou. Do určité míry lze čerpat z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (Nechanská et al., 2017, 2018). Přesná hodnota výskytu je však zkreslena, a to z důvodu slučování specifických poruch osobnosti (F60) a dalších diagnostických kategorií – smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61), přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku (F62), nutkavé a impulzivní poruchy (F63), jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých (F68), neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých (F69). Pro hrubou představu uvádíme alespoň následující čísla – 26 814 (počet ambulantních pacientů léčených pro onemocnění z diagnostické kategorie F60–F63 a F68–F69 za rok 2016) a 25 647 (počet ambulantních pacientů léčených pro onemocnění z diagnostické kategorie F60–F63 a F68–F69 za rok 2017).

Pro vysokou rozmanitost prezentovaných údajů, a tedy zvýšení přehlednosti, předkládáme následující tabulku. Jejím obsahem je souhrn četností výskytu pro jednotlivé formy poruch osobnosti, tak, jak je uvádí DSM-5 (Raboch et al., 2015):

⁵ Prevalence ostatních forem poruch osobnosti se ukázala být následující (Torgersen et al., 2001): paranoidní porucha osobnosti (2,4 %), histriónská porucha osobnosti (2 %), obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti (2 %), schizoidní porucha osobnosti (1,7 %), pasivně agresivní porucha osobnosti (1,7 %), závislá porucha osobnosti (1,5 %), narcistická porucha osobnosti (0,8 %), antisociální porucha osobnosti (0,7 %), hraniční porucha osobnosti (0,7 %), schizotypní porucha osobnosti (0,6 %).

⁶ Jako další nejrozšířenější typ se jeví porucha osobnosti narcistická a hraniční. V obou případech dosáhla četnost výskytu hodnoty 7 %. V případě histriónské poruchy osobnosti se prevalence ukázala být naopak nejnižší – 1,15 % (Gawda & Czubak, 2017).

Tab. 1 Prevalence poruch osobnosti dle DSM-5

Porucha osobnosti – název	Prevalence	Poznámka
Paranoidní porucha osobnosti	4,4 %	
Schizoidní porucha osobnosti	3,1 %	
Schizotypní porucha osobnosti	Klinická populace: 3,9 % Běžná populace: 0–1,9 %	
Antisociální porucha osobnosti	0,2–3,3 %	Vyšší prevalence zjištěna u mužů, abúzu alkoholu, vězeňské populace.
Hraniční porucha osobnosti	Běžná populace: 1,6–5,9 % Ambulantní pacienti: 10 % Hospitalizovaní pacienti: 20 %	Četnost výskytu klesá s věkem.
Histriónská porucha osobnosti	1,84 %	
Narcistická porucha osobnosti	0–62 %	
Vyhýbavá porucha osobnosti	2,4 %	
Závislá porucha osobnosti	0,49 %	
Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti	2,1–7,9 %	Jedna z nejčastěji se vyskytujících forem.

1.3 Etiologie poruch osobnosti

Najít a přisoudit vznik poruch osobnosti konkrétní příčině je poměrně problematické. Tento méně jasný původ je důsledkem komplexního sloučení většího množství faktorů, které za jejich genezí s největší pravděpodobností stojí. V této souvislosti pak můžeme uvažovat o poměrně široké paletě, zahrnující jak vlivy temperamentové, tak charakterové. Konkrétní poměr jejich zapříčinění je ovšem spíše neurčitý a více méně variabilní v závislosti na jednotlivých formách poruch osobnosti (Praško, 2009). Vraťme se nyní k základnímu pojetí poruch osobnosti – tedy že jejich podstatou jsou vyhraněné osobnostní rysy. Právě ty nám v porozumění etiologii poskytují opěrný bod, kterým je heritabilita. Jak uvádí Coolidge, Thede a Jang (2001), v minulosti byl jejich dědičný základ již několikrát prokázán. Tímto základem je 40–50 % celkového rozptylu. Je tedy nasnadě uvažovat o vlivu dědičnosti i v případě poruch osobnosti. Posouzení jejího vlivu je však dle Reichborn-Kjenneruda (2010) poměrně problematické. Ačkoliv se zařazením poruch osobnosti do klasifikačních systémů zvýšila pozornost odborníků o tuto diagnostickou kategorii, předmět jejich zájmu se vztahoval na poněkud jiné souvislosti, než jakou je etiologie. I přes tuto skutečnost jsou nám některá fakta známa. Významným zdrojem informací se pak v této souvislosti stala dvojčata. Těch ve svém výzkumu využili i Torgersen et al. (2000) – konkrétně 92 monozygotních dvojčat a 129 dvojčat dizygotních. Svými výsledky potvrdili naše předpoklady, ve smyslu silné genetické podmíněnosti poruch osobnosti, a to z 60 %. Heritabilita se pak ukazuje být nejvlivnější v rámci klastru C (62 %), naopak nejméně vlivnou v případě klastru A (37 %). Míra vlivu dědičnosti se však pro jednotlivé formy ukázala být značně rozdílnou. Příčinu této variace lze hledat v působení dalších faktorů, jakými jsou nepříznivé rodinné zázemí, direktivně vedená výchova či naopak výchova hypersenzitivní, školní a referenční skupina atp. Tuto skutečnost potvrzuje například norská studie uskutečněná Kendlerem et al. (2008). Výzkumný soubor zde čítal 2794 dvojčat. Ačkoliv nové výsledky genetický základ poruch osobnosti nepopírají, jeho podíl zde se neukazuje být natolik rozhodujícím.

1.4 Diagnostika poruch osobnosti

Ačkoliv lze od padesátých let minulého století pozorovat zvýšený zájem o poruchy osobnosti a jejich exaktní diagnostiku, mnozí odborníci se k této oblasti staví skepticky až odmítavě. Jak uvádí Preiss (2005), jejich postoj je zapříčiněn hned dvěma skutečnostmi – „neléčitelným“ charakterem onemocnění a nechťným přisuzováním diagnostické „nálepky“. Svě zastánce nicméně nachází i argument vyzdvihující různorodost onemocnění, a to zejména v případě emočně nestabilní poruchy osobnosti. Jinými slovy, její projevy jsou natolik rozličné a heterogenní, že v úvahu přichází otázka, zda má diagnostika poruch osobnosti svůj smysl a je vůbec možná (Preiss et al., 2006). Nelze ovšem popřít, že diagnostika poruch osobnosti skutečně představuje jeden z nejnáročnějších úkolů soudobé psychiatrie. Konkrétní obtíže lze nalézt na straně pacienta (egosyntonie, předstírání, popírání, zveličování), výzkumníka (osobnostní a odborné kompetence, profesní zaměření), použitých metod (validita, reliabilita) i situace (akutní stav) (Preiss, Rodriguez, & Houbová, 2003). I přes tyto skutečnosti zůstává diagnostika poruch osobnosti nedílnou součástí klinické praxe. Namísto odmítavého postoje bychom měli usilovat o zvýšení její exaktnosti, a to hned z několika důvodů (Preiss, 2005):

- poruchy osobnosti představují diagnostickou kategorii Mezinárodní klasifikace nemocí,
- odpověď na otázku, zda je porucha osobnosti u pacienta skutečně přítomna, se ukazuje být nezbytnou vzhledem ke správně nastavené léčbě,
- česká psychiatrie by se neměla bránit využívání standardizovaných metod, jakými jsou IPDE (Mezinárodní strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti)⁷, TCI (Dotazník temperamentu a charakteru)⁸ nebo MCMI-III (Millonův klinický víceosý dotazník pro poruchy osobnosti)⁹.

⁷ Metoda se do povědomí české klinické psychologie dostává až roku 2004, a to na základě jejího využití ve studii Preisse, Novákové, Bareše, Klose a Krámské (2004). Obecně lze říci, že podstatou a obsahem jednotlivých položek jsou diagnostická kritéria – na základě souhlasných a nesouhlasných odpovědí klienta, soudíme na jejich přítomnost v jeho životě. Nezanedbatelnou předností strukturovaného rozhovoru jsou bezesporu i konkrétní příklady, které pacient v rámci každé položky uvádí (Kulišťák, 2017; Preiss et al., 2003).

⁸ Jak uvádí Preiss a Klose (2001), oprávněnost vztahu mezi poruchami osobnosti a TCI, není již v dnešní době zpochybňována. Porucha osobnosti je zde konstatována na základě nízkých hodnot dosažených v dimenzi SD (sebeřízení) a CO (spolupráce).

⁹ Pro svou skladbu vykazuje Millonův dotazník vysokou podobnost s metodou MMPI. Jeho podstatou je 24 klinických škál a 4 škály validizační. Porucha osobnosti je zde identifikována dosažením pevně stanovené hodnoty váženého skóru. Lze samozřejmě dosáhnout i nižší úrovně – v takovém případě však mluvíme o rysu, ne o poruše (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017).

V případě poruch osobnosti lze využít několika diagnostických možností (Faldyna, 2005):

- strukturovaného rozhovoru, společně s osobní, rodinnou a sociální anamnézou,
- objektivní anamnézy, ve smyslu získání relevantních informací od blízkých osob pacienta,
- testové baterie, zahrnující jak dotazníkové metody (např. TCI), tak metody projektivní (např. ROR, TAT).

Klasifikační systémy – MKN-10 (2000) a DSM-5 (Raboch et al., 2015) se v souvislosti s diagnostikou poruch osobnosti shodují v jednom stěžejním aspektu – identifikace poruchy osobnosti vyžaduje dlouhodobý kontakt, tedy několik rozhovorů v delším časovém úseku. Připomínáme, že o poruchách osobnosti mluvíme pouze v případě vyhraněných osobnostních rysů stabilních v čase a napříč rozličnými situacemi. Závěrem uvádíme některá doporučení, tak, jak je předkládají Preiss et al. (2003):

- výsledky strukturovaného rozhovoru se, v porovnání s dotazníkovými metodami, jeví být daleko přesnějšími – v případě rozdílných závěrů by tak měly být preferovány,
- v případě opakovaného měření totožnými metodami, a nižší úrovně naměřených hodnot, lze první vyšetření považovat za chybné,
- nelze opomíjet žádnou z diagnostických možností – přijatelné validity dosáhneme pouze v případě využití dotazníkových i projektivních metod.

1.5 Léčba poruch osobnosti

„Neléčitelný“ charakter poruch osobnosti zde byl již několikrát zmíněn. Z hlediska uvozovek je zřejmé, že se nejedná o obecně přijímaný fakt. V této souvislosti nicméně nelze opomíjet některé z faktorů, které případnou léčbu stěžují a činí nejistou ve výsledku. Praško et al. (2001) uvádějí především nedostatečnou odezvu pacientů vůči základním formám léčby – farmakoterapii i psychoterapii. Zapomenout bychom neměli ani na silnou stigmatizaci psychiatrické péče. Nedůvěřivý a odmítavý postoj ze strany pacientů má často za následek jejich zanevření na celý další průběh. Dle DSM-5 (Raboch et al., 2015) jsou to především ego-syntonní projevy onemocnění, pro které, jeho léčba představuje jeden z nejnáročnějších úkolů soudobé psychiatrie. Jedinci s poruchou osobnosti často postrádají potřebný náhled. Otázkou tedy zůstává, co je nakonec přiměje k vyhledání odborné pomoci? V této souvislosti lze samozřejmě předpokládat, že iniciativa nemusí vycházet od samotných pacientů, a to z důvodu častého narušení interpersonálních vztahů. Mimo jejich nejbližší okolí lze rozlišit další dva významné motivy – projevy jiného psychiatrického onemocnění, ve smyslu komorbidit, a selhání obranných reakcí (Faldyna, 2005). Tyto skutečnosti mohou ve výsledku vyústit ve tři léčebné záměry, respektive cíle – krizovou intervenci, krátkodobou léčbu komorbidního psychického onemocnění a dlouhodobou terapii samotné poruchy osobnosti (Praško, Grambal, & Vyskočilová, 2014). Ty jsou pak naplňovány prostřednictvím individuální kombinace farmakoterapie a psychoterapie. V případě farmakoterapie však nelze uvažovat o komplexním pokrytí všech symptomů – léčebné působení je často zacíleno na jeden z projevů maladaptivního fungování. Využívána jsou antipsychotika (např. impulzivita, intruzivní myšlenky), antidepresiva (např. stranění se) a stabilizátory nálady (např. zvýšená agresivita). V případě poruch osobnosti je však farmakoterapie spíše krátkodobého rázu – dlouhodobá medikace je volena za přítomnosti některého z komorbidních psychických onemocnění, např. u poruch příjmu potravy (Faldyna, 2005; Praško et al., 2001). V rámci psychoterapie lze v zásadě rozlišit mezi dvěma zastřešujícími typy – psychoterapií podpůrnou a expresivní. Pořadí jejich výčtu naznačuje i posloupnost jejich využití, kdy expresivní formu terapie indikujeme až po vytvoření bezpečného psychoterapeutického vztahu a dosažení základní stability klienta (Faldyna,

2005). Obecně je pak využíváno psychoterapie psychoanalytické¹⁰, skupinové a kognitivně behaviorální (KBT),¹¹ (Praško et al., 2014).

Na léčbu specifických poruch osobnosti – konkrétně **hraniční**, se zaměřila například Heretiková Marsalová (2016). Ta uvádí, že vzhledem k proměnlivému charakteru onemocnění, je nezbytné pamatovat především na problematiku suicidalitu a agresivity – vůči okolí i vlastní osobě. Jsou to zejména pevně stanovené hranice, které určují úspěšnost léčby. Své opodstatnění zde má psychoterapie psychodynamická, kognitivně behaviorální, katatymně imaginativní nebo procesově orientovaná.

Vysoké nároky na terapeuta nicméně klade i **anankastická porucha osobnosti**. Často musí pracovat s pacientovou nedůvěrou, jeho tendencí k odporu, proti argumentaci a zpochybňování. Kontraproduktivně působí zejména klientovo přesvědčení o jeho schopnosti vypořádat se s onemocněním bez vnější pomoci. Vysoce ceněnou je tak možnost spolupráce na léčebném procesu – například formou domácí přípravy. Jako účinná se jeví především terapie psychodynamická a kognitivně behaviorální. Léčení prostřednictvím farmak není v této souvislosti příliš využíváno (Sedláčková, Praško, Ocisková, Kamarádová, & Látalová, 2016).

Pacienti se **závislou poruchou osobnosti** obvykle vyhledávají pomoc lékaře pro komorbidní přítomnost depresivní či úzkostné poruchy. V porovnání s předcházejícími formami se zde setkáváme s intenzivní ochotou ke spolupráci, a to v souladu se samotnou podstatou onemocnění – terapeut je často nucen vyrovnat se se značnou závislostí klienta vůči vlastní osobě, jako i s jeho nelibostí a nevlí k ukončení terapie. Mimo anxiolytika je dominantním léčebným prostředkem psychoterapie – konkrétně KBT. Jejím cílem je především zvýšit samostatnost a nezávislost klienta. Zároveň by však neměla být narušena jeho schopnost navazovat intimní a blízké vztahy k druhým lidem (Houbová, Praško, & Preiss, 2004a).

V případě **narcistické poruchy osobnosti** jsou motivy k podstoupení léčby poměrně variabilní – Houbová, Praško, Preiss a Herman (2005) uvádějí takové okolnosti, jakými jsou abúzus návykových látek, depresivní a úzkostná porucha či interpersonální konflikty. V této

¹⁰ Problematicky může působit její nezávislost na obvyklých klasifikačních systémech (MKN-10 a DSM-5) – poruchy osobnosti jsou zde identifikovány na základě obranných mechanismů. Využíváno je především „Terapie zaměřené na přenos“ a „Mentalizační terapie“ (Praško et al., 2014).

¹¹ KBT se ukazuje být efektivní zejména pro poruchu osobnosti hraniční a vyhýbavou. Léčebného účinku je zde dosahováno skrze práci s jádrovými přesvědčeními a odvozenými schématy (Praško et al., 2014).

souvislosti je důležité si uvědomit, že již samotné rozhodnutí k vyhledání terapeutické péče, není pro osoby s narcistickou poruchou osobnosti jednoduché. Připuštění si potřeby pomoci je významným zásahem do jejich sebedůvěry. Před jejím případným reflektováním a konfrontací nás psychodynamický přístup důsledně varuje, a to z důvodu pacientovy vulnerability. Klíčovým prvkem by naopak měla být empatie a přijetí klienta terapeutem. Dalším využívaným přístupem je i KBT.

Pacienti s **vyhýbavou poruchou osobnosti** zprvu své potíže přisuzují sociální fóbii, případně depresivní poruše. Nejsou to ale anxiolytika, která jsou k jejich léčbě doporučována, nýbrž antidepressiva. Cílem psychoterapeutického působení je pak navrácení pacientovi důvěry v interpersonální vztahy, posílení jeho sebevědomí a získání nadhledu ke kritikám druhých lidí. Pro nácvik sociálních dovedností či metodu expozice, se jako vhodnou jeví KBT (Houbová, Praško, & Preiss, 2004b).

Další specifickou skupinou jsou i jedinci s **paranoidní poruchou osobnosti**, a to pro jejich typickou tendenci k podezíravosti, nedůvěře a ostražitosti. Příčiny svých případných neúspěchů a nezdarů přisuzují svému okolí – včetně terapeuta. Narušena tak bývá nejen samotná spolupráce a ochota k léčbě, ale i psychoterapeutický vztah. Jak uvádí Sedláčková, Ocisková a Praško (2015), charakteristické projevy paranoidní poruchy osobnosti mají často za následek kritický a odmítavý postoj terapeutů. I přes tyto aspekty se individuální forma terapie jeví být vhodnější.

Naopak je tomu u **schizoidní poruchy osobnosti**, kde skupina představuje pro pacienta neocenitelnou zkušenost. Důvodem k jeho časté izolaci a stranění se ostatních je strach z nepřijetí a zavržení. Úkolem terapie (např. kognitivně behaviorální) je tyto obavy korigovat (Praško, 2009).

Charakteristickým znakem **disociální poruchy osobnosti** je zneužívání a manipulativní chování vůči druhým lidem – terapeuta nevyjímaje. Možným řešením je přímý, přívětivý, avšak obezřetný přístup. Cílem psychoterapeutické léčby je dovést klienta k přijetí zodpovědnosti – za své chování, včetně možných důsledků a dopadů (Praško, 2009).

V případě **histriónské poruchy osobnosti** lze rozlišit mezi dvěma možnými typy pacientů – stabilními a labilními. První z nich se pak jeví být vhodnými pro kognitivně behaviorální a psychoanalytickou terapii, zatímco druzí pro psychoterapii podpůrnou. V obou případech je obecně doporučovanou individuální forma, a to pro její možnost

snižovat pacientovu tenzi prostřednictvím emoční podpory ze strany terapeuta (Praško, 2009).

1.6 Specifické poruchy osobnosti

Následující text je pouze stručným shrnutím základní charakteristiky jednotlivých forem poruch osobnosti – a to s ohledem na tematické zaměření této práce. Základním teoretickým východiskem se staly soudobé klasifikační systémy, tedy MKN-10 (2018) a DSM-5 (Raboch et al., 2015). První z nich nám mimo jiné poskytuje i obecné vymezení specifických poruch osobnosti – v následujícím znění (MKN-10, 2018, str. 235): *„jde o těžké narušení v charakterové konstituci a tendencích chování takového jedince; nerezultující přímo z nemoci, poškození nebo jiného porušení mozku nebo z jiné psychiatrické poruchy; obvyčejně postihují řadu oblastí osobnosti; téměř všechny jsou sdruženy se závažnou osobní tísní a sociálními poruchami.“*

Paranoidní porucha osobnosti je význačná zejména pro svou vysokou senzitivitu vůči nepřijetí druhými lidmi. Charakteristická je nicméně i neschopnost prominut případné křivdy a provinění, jakož i nadměrná nedůvěřivost, vztahovačnost a domýšlivost. Typickým bývá bezdůvodné podezřívání partnera z nevěry a chybná interpretace přátelských projevů, ve smyslu skrytých antagonistických úmyslů. To vše na základě nepodložené domněnky, že skutečným záměrem druhých lidí je dotyčného trýznit, manipulovat jím a klamat. Jedinec tak nepřestává hledat důkazy, kterými by své domněnky podpořil – obvyklým je tedy i neustálé pozorování chování druhých lidí, především pak přátel a spolupracovníků. Těch však nebývá mnoho – pro jedince s paranoidní poruchou osobnosti je nejen těžké navazovat blízké a intimní vztahy s druhými lidmi, ale i se jim následně svěřovat. Důvodem je samozřejmě předpoklad o neprodleném zneužití získaných informací. Za důležité a osobní jsou přitom považovány i skutečnosti neutrálního charakteru. Jejich reakce bývají bojovné a postoje otevřeně nepřátelské (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

V jistém smyslu lze za blízkou považovat **poruchu osobnosti schizoidní** – ani v tomto případě se neseťkáme s širokým okruhem přátel. Namísto sociálních interakcí je upřednostňována samota a jí relevantní činnosti. Introvertní ladění má mimo jiné dopad i na případný partnerský a sexuální život těchto jedinců. Smyslové podněty, vyvolávající v druhých lidech potěšení (např. poslech hudby), je povětšinou nechávají chladnými. Takto nevzrušivě se projevují i v případě hodnocení ze strany druhých lidí – negativního i pozitivního. Častým důsledkem je unáhlené označení dotyčného jako nepřilíš společensky obratného a schopného. Prožívání silných emocí – štěstí, hněvu atp., jim není vlastní (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

Ke stanovení **disociální poruchy osobnosti** (antisociální dle DSM-5) je zapotřebí dvou stěžejních kritérií – plnoletosti a přítomnosti poruch chování alespoň od patnáctého roku. Svým otevřeně antagonistickým vystupováním přicházejí jedinci s disociální poruchou osobnosti do časté konfrontace se sociálními normami a trestním zákonem – typické jsou krádeže, poškození cizí věci, či protiprávní jednání vůči druhé osobě. Uložené sankce však ve většině případů nemají za následek adaptivnější formu fungování. Opakovaně se dopouštějí manipulativního a klamavého chování za účelem dosažení vlastních cílů. Prudkou reakci přitom vyvolávají i podněty velmi nízké intenzity. Typická impulzivita má často za následek i nepříliš důkladné zvážení existenčních změn – odchod ze zaměstnání, rozchod s partnerem atp. Způsob jejich života lze charakterizovat jako rizikový a sebedestruktivní, postrádající smysl pro zodpovědnost – vůči práci, dětem, finančnímu zabezpečení (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

Impulzivitou a nevyzpytatelností lze charakterizovat i **emočně nestabilní poruchu osobnosti** (hraniční dle DSM-5). Dominantním znakem pro jedince s emočně nestabilní poruchou osobnosti je však strach z případného opuštění – ať už oprávněný, či nikoliv. Důsledkem je často velmi bouřlivá a afektivní reakce, včetně suicidálních pokusů. Typické je poměrně rychlé střídání sympatií a antipatií. Častá proměnlivost se podepisuje i na takových oblastech, jakými jsou vlastní sebeobraz, hodnoty, názory, studijní a profesní cíle, ale i přátelé či sexualita. V případě emočně nestabilní poruchy osobnosti, rozlišuje MKN-10 dva základní typy – **impulzivní**, význačný pro emoční labilitu a nízkou sebekontrolu, a typ **hraniční**. Ten je pak charakteristický narušením vlastního sebepojetí, osobních i profesních aspirací, interpersonálních vztahů a intenzivním pocitem prázdnoty. Je zřejmé, že i suicidální jednání je význačné právě pro tento typ (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

Do určité míry protikladnou je **porucha osobnosti histriónská** – alespoň ve smyslu afektivity. Ta je naopak povrchní, i když rovněž nestabilní. Dalšími typickými projevy jsou teatrálnost, sebestřednost, koketnost, vyzývavost, výstřednost, sugestibilita, orientace na vzrušení a pozornost druhých lidí. Svým bezprostředním vystupováním si zprvu získávají náklonost ostatních. Přetrvávající potřeba zájmu ostatních osob však zapříčiňuje poměrně rychlou ztrátu zájmu. Tu se snaží obnovit nejen nenadálým zvratem situace, večírku atp., ale i svým zevnějškem, který je charakteristický značnou nápadností (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

Další specifickou formou je i **porucha osobnosti anankastická** (obsedantně-kompulzivní dle DSM-5). Jak název napovídá, lze zde očekávat výskyt intruzivních

myšlenek a dalších podnětů. V porovnání s obsedantně-kompulzivní poruchou však nedosahují takové intenzity. Porucha je spojena s takovými projevy, jakými jsou nadměrné obavy týkající se vlastní osoby, pečlivost, sebekontrola, obezřetnost, nepoddajnost, orientace na pravidla a řád. Nadměrný perfekcionismus postihuje nejen jejich volný čas, ale i vztahy k blízkým lidem. V jejich podání se i relaxace mění ve vysoce produktivní činnost. Častá je i tendence ke shromažďování nepotřebných věcí – jejich vyhození se neslučuje s jejich orientací na možné využití v budoucnu. Případné námitky se setkávají se striktním zamítnutím, neboť existuje pouze jediný postup, který je třeba dodržovat ve všech bodech (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

S nadměrnými obavami je asociována i další forma poruch osobnosti – **anxiózní** neboli **vyhýbavá**. Rovněž je charakteristická častým prožitkem tenze, potřebou být akceptován a milován. Případné zavržení a kritika představují pro jedince s vyhýbavou poruchou osobnosti významný zdroj úzkosti. To vše na základě nízkého sebehodnocení a přesvědčení o vlastní bezvýznamnosti. Svým okolím jsou tak velmi často vnímáni jako osoby ostýchavé, nesmělé a málomluvné. Jelikož by se cokoliv řečeného mohlo stát předmětem negativního hodnocení, stávají se i sociální kontakty něčím, čemu je zapotřebí se vyhýbat. Jako zvláště rizikové jsou vnímány nové sociální situace, jako i potřeba pracovat ve skupině, či kariérní růst. Ten by totiž znamenal být společensky obratným, mít patřičný módní vkus – tedy vše, co jedinci s anxiózní poruchou osobnosti postrádají, alespoň ve svých očích (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

Do určité míry lze za opačnou označit **poruchu osobnosti závislou**, ve smyslu závislosti na druhých lidech a jejich péči. Právě na ně je často přenášena zodpovědnost za vlastní život a každodenní rozhodnutí, více či méně významná. Výběrem oblečení počínaje, profesním zaměřením konče. V této souvislosti je nezbytné nezapomínat na stěžejní diferencující kritérium – tedy že druh pomoci dalece přesahuje věk dotyčného a náročnost samotné situace. Proti možnému opuštění se jedinci se závislou poruchou osobnosti brání podřízeností, oddaností a bezprostředním schválením každého návrhu. V případě ztráty objektu závislosti, ať už je důvodem rozchod či smrt, okamžitě iniciují hledání nového vztahu. Ostatními jsou tak velmi často považováni za osoby nesmělé, plaché, nezpůsobilé a neschopné samostatného života (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

Závěr podkapitoly věnujeme **narcistické poruše osobnosti**. Tu lze charakterizovat silným pocitem vlastní velkoleposti, potřebou uznání a nízkou úrovní empatie. Výkony a úspěchy ostatních jsou naopak devalvovány. Častým přesvědčením je i nemožnost

docenění ze strany těchto osob – tedy že jedincům s narcistickou poruchou osobnosti může porozumět jen někdo stejně výjimečný, jako jsou oni sami. S daným onemocněním se mimo jiné pojí i specifické potřeby a vysoký standard jejich uspokojení, ve smyslu nejlepší lékařské péče, kosmetických služeb atp. Těmi nejlepšími se ovšem stávají zejména na základě idealizace – v okamžiku nevyhovění vysokým nárokům, je předešlá tendence střídána bagatelizací. Navzdory obecnému předpokladu o vysoké domýšlivosti těchto osob, je jejich sebevědomí povětšinou velmi nízké a křehké. Od ostatních je očekávána oddanost a vstřícnost vůči jejich potřebám. Ty však mohou mít i velmi bezohledný charakter (MKN-10, 2018; Raboch et al., 2015).

2 PROBLEMATIKA OSOBNOSTNÍCH RYSŮ

Úvodem upozorňujeme čtenáře na původ následující kapitoly, kterým je bakalářská práce autorky – Vztah mezi dimenzemi šestifaktorového a prosociálního modelu osobnosti (Wenclová, 2018). Vzhledem k tematické návaznosti na práci diplomovou jsme se rozhodli pouze pro menší úpravu textu.

Základním východiskem k porozumění osobnostním rysům je struktura osobnosti, vyjadřující její vnitřní seskupení. Za společný jmenovatel lze označit permanentní stav – tedy charakteristiku význačnou jak pro skladbu, tak i rysy osobnosti. Wigginsovo (1968) chápání struktury jako stabilní a relativně trvalé organizace osobnosti tak hovoří v souladu s jejím obecně přijímaným pojetím. Jak naznačuje přívlastek relativní, jisté změny jsou možné, ovšem za předpokladu jejich plynulosti a nenápadnosti. Struktura osobnosti tak může být charakterizována i svou dynamikou. Název kapitoly „Problematika osobnostních rysů“ nebyl zvolen bezdůvodně. Důvodem je terminologická nejednotnost. V této souvislosti lze rozlišit mezi dvěma pojmy – osobnostními rysy a psychickými vlastnostmi. Představme si osobu, která mimo to, že je pravidelným dárcem krve, také každoročně přispívá nemalou částkou na onkologicky nemocné děti a působí jako dobrovolník v domově pro seniory. Mohla by tedy být označena za prosociální. Podstatou psychických vlastností je tedy generalizace vnějších projevů. Otázkou však zůstává, co ji k takovému chování vede. Odpověď ve smyslu příčin nám mohou poskytnout právě osobnostní rysy. Je však zřejmé, že pro skrytý charakter lze jejich existenci pouze vyvozovat. Soudobé snahy o rozlišení základních faktorů¹² tak čelí i značné skepsi. Jinými slovy, v případě špatného pojmenování vnějších projevů – tedy psychických vlastností, nelze uvažovat ani o správnosti osobnostních rysů. Obecně však lze rozlišit mezi rysy vnějšími, charakterizujícími individuální rozdíly mezi lidmi, a vnitřními. Ty lze považovat za příčiny této různorodosti, a tedy i determinanty našeho chování (Hřebíčková, 2011; Vágnerová, 2010). V návaznosti na vše řečené, J. P. Guilford (1959; in Nakonečný, 2009, str. 137) chápe osobnostní rysy

¹² V návaznosti na výzkum Mlčáka a Záškové (2013), termínem faktor či dimenze označujeme osobnostní dispoziční, obsahově nadřazené dílčí charakteristikám. Jinými slovy, základní dimenze šestifaktorového modelu osobnosti jsou zastoupeny dílčími rysy (subškálami), jakými jsou opravdovost nebo čestnost. Jejich nadřazeným faktorem je však škála poctivost-pokora.

jako „*relativně trvalý způsob, jimž se jeden jedinec liší od druhého*“, neboť jde o jeho „*predispozici reagovat určitým způsobem v mnoha různých druzích situací*“.

Dle Nakonečného (2009), Šnýdrové (2008) a Vágnerové (2010), mohou být osobnostní rysy dále charakterizovány pro svou **soudržnost**, kdy je naše jednání spolupodmíněno vlivem hned několika faktorů. Charakteristika **obecnosti** se vztahuje k faktu, že naše chování není za všech okolností stejné – ať už je případná změna zapříčiněna naším vývojem, či působením aktuálně silnější vlastnosti. Pokud se tedy určitý osobnostní rys projeví v nižší intenzitě, naše chování je spíše závislé na okolnostech dané situace. Můžeme tak předpokládat, že vlastnosti vázané na temperament a naše dispozice – tedy vlastnosti stabilnější, se budou projevovat v daleko větším počtu různorodých situací. Poněkud kontroverzní se jeví charakteristika **univerzálnosti**. Důvodem je nemalý vliv idiograficky orientovaných teoretiků a jejich obav, že jde pouze o zjednodušený pohled na rysy individuální. Opozičně se k této otázce staví přístup psychometrický. Jeho předpokladem je naopak zastoupení základních faktorů u každého z nás. Otázkou však stále zůstává, který počet základních dimenzí, je tím pravým a validním. Napříč osmdesátými lety k současnosti se stále více teoretiků přiklání ke koncepci Big five a tedy k počtu pěti faktorů. Jak se ovšem ukazuje, ani ten není přijímán bez výhrad (Hřebíčková, 2010).

Skepse a spory o správnosti odvozených dimenzí vyústily počátkem 20. století ve snahu o exaktnější výzkum, a to prostřednictvím empirického přístupu. V zásadě lze rozlišit mezi dvěma druhy analýz – lexikální (lexikálně-taxonomickou) a dispoziční (dotazníkovou). Následujícím výzkumným krokem je statistické zpracování získaných dat – tedy faktorová analýza (Hřebíčková, 2011; Vágnerová, 2010):

- **lexikální analýza** vychází z předpokladu, že názvy vlastností, relevantní pro popis osobnosti, jsou součástí naší slovní zásoby, a tedy i příslušných jazykových slovníků. Jako problematické se tak jeví množství adjektiv, kterými je možné popsat rysy stabilní i stavy dočasné – tedy naše prožívání a chování. Nemluvě o existenci dalších synonymických alternativ. Úkolem většího počtu posuzovatelů je tak vytvořený seznam redukovat.
- V případě **dispozičního přístupu** jsou naopak využívány osobnostní dotazníky či posuzovací škály. Intenzita a zastoupení různorodých adjektiv jsou zde zjišťovány prostřednictvím jednoslovných přídavných jmen (agresivní, přátelský...) nebo souhrnných formulací, kdy posuzovaná osoba uvádí, nakolik souhlasí s výrokem, že ráda navozuje kontakt s neznámými lidmi atp. Daný přístup je typický zejména pro Costu a McCraeho, jejichž snaha vyústila v operacionalizaci pětifaktorového modelu

osobnosti – tedy konstrukci NEO osobnostních inventářů a formulování pětifaktorové teorie osobnosti.

- Mimo psychologickou identifikaci představuje **faktorová analýza** poslední fázi, jejímž cílem je nalézt obecnější kategorie – základní dimenze a tím stanovit strukturu osobnosti. Základním předpokladem je samozřejmě vzájemná korelace mezi dvěma druhy chování. V takovém případě lze usuzovat na jeden, jim společný, faktor. Na rozdíl od funkčně nejednotných projevů, vykazujících pouze nízké korelace.

2.1 Rysové modely osobnosti

V souvislosti s existencí vysokého množství rysových modelů se nabízejí hned dvě skutečnosti. Tou první je neustávající zájem o osobnost a její exaktní popis – nejen ze strany odborné veřejnosti. Potřeba poznat sám sebe je vlastní téměř každému z nás. V souvislosti s druhým faktem je však zřejmé, že není v možnostech nás, ani této práce, pokrýt každý z dosud vytvořených konceptů. Následující část textu tak věnujeme třem z nich – Cattellovu, Eysenckovu a pětifaktorovému modelu osobnosti.

Za východisko k porozumění Cattellovu (1946, str. 566), šestnáctifaktorovému, modelu lze považovat již autorovo chápání osobnosti. „*Osobnost se týká a vyplývá ze všech vztahů chování mezi organismem a jeho prostředím*“. Jinými slovy, osobnosti je „*to, co předpovídá chování v dané situaci*“. Mimo relativně stabilní osobnostní rysy se tak Cattell soustředil i na vlivy vnějšího prostředí a proměnlivé stavy osobnosti – tak aby bylo možné dosáhnout co nejpřesnější predikce chování. Základním předpokladem ke spolehlivému odhadu samozřejmě je v co největší míře postihnout variabilitu osobnosti, a to pomocí přiměřeného množství osobnostních rysů a faktorů. Cattell (1943; in Říčan, 2010; in Vágnerová, 2010) jako představitel psychometrického přístupu, vyšel z Allportova seznamu 4 500 adjektiv ztvárňujících osobnostní vlastnosti – později zredukovaných na 35 kategorií. Za využití dotazníků a posuzovacích škál tak byly odhaleny tzv. povrchové rysy, jakými jsou například kritický, bezstarostný, praktický atp. Následnou faktorovou analýzou dospěl Cattell k 16¹³ pramenným rysům neboli faktorům 1. řádu – ty se v povrchových rysech manifestují, neboť každý povrchový rys je výsledkem kombinace dvou a více rysů pramenných. Existující korelace mezi takto odvozenými rysy umožnily opětovné využití faktorové analýzy, která původně vyústila ve čtyři, později v pět¹⁴ faktorů 2. řádu – tedy další pramenné rysy.

Ačkoliv Eysenck (1946, 1960; in Nakonečný, 2009; in Říčan, 2010; in Vágnerová, 2010) identifikoval prostřednictvím faktorové analýzy dotazníků a posuzovacích škál pouze tři faktory, Cattellův model tímto nezpochybnil. Důvodem je Eysenckův výchozí materiál, kterým nebyl četný seznam relevantních adjektiv, ale již faktory prvního řádu. Následná

¹³ Bezprostřednost (A), inteligence (B), citová zralost (C), průbojnost (E), nadšenost (F), svědomitost (G), smělost (H), útlocitnost (I), podezřívavost (L), fantazijnost (M), zchytralost (N), nejistota (O), radikálnost (Q1), soběstačnost (Q2), sebevláda (Q3) a pudové napětí (Q4) (Říčan, 2010, str. 119).

¹⁴ Extraverze–introverze, úzkostnost–integrace, senzitivita–rozumovost, rezignace–vzdornost, inteligence–mentální tupost (Čakírpalglu, 2012, str. 38).

faktorová analýza tak vyústila ve tři faktory druhého řádu. První z nich, **extraverze–introverze**, se svými projevy vztahuje k našim vztahům k okolnímu prostředí. Extravert na rozdíl od introverta, který má rád svůj poklidný každodenní život, je naopak význačný pro svou aktivitu, společenskost, hovornost, bezstarostnost, nenucenost atp. V souvislosti s naším emočním prožíváním pak můžeme mluvit o dimenzi **neuroticismus (emoční labilita)–emoční stabilita**. Tu je možné charakterizovat obvyklými projevy neurotika, tzn. úzkostností, pocity méněcennosti, podrážděností atp. Na rozdíl od faktorů extraverze a neuroticismu, které odpovídají statisticky normálnímu rozložení v populaci, je křivka třetí dimenze – **psychoticismu**, asymetrická. Ta může být charakterizována sociální adaptibilitou–neadaptibilitou. Význačnou je zde zejména schopnost přizpůsobit se společnosti, a to na základě empatie, přátelskosti a citlivosti, charakterizující jedince s vysokou sociabilitou. Pro obsahovou podobnost by pravděpodobně tito lidé vykazovali i vysoké hodnoty v dimenzi přívětivost – tak, jak je definována v pětifaktorovém modelu osobnosti. V porovnání s předchozími faktory, je však existence psychoticismu méně průkazná.

S ohledem na odlišné přístupy ke zkoumání osobnostních rysů, lze rozlišit hned dva pětifaktorové modely. Vyústěním lexikálních studií se stalo pět obecně akceptovaných faktorů – potvrzených Martinou Hřebíčkovou (2011) i pro naši populaci. Jsou jimi extraverze, přívětivost, svědomitost, emocionální stabilita a intelekt. Odlišný výsledek zaznamenala shluková analýza Cattelova šestnáctifaktorového dotazníku, uskutečněna P. T. Costou a R. R. McCraem (1996; in Mlčák & Zášková, 2006), tedy představiteli dotazníkového přístupu. Ta původně odhalila pouze tři škály – neuroticismus, extraverzi a otevřenost vůči zkušenosti. Později se však na základě Golbergových lexikálních výzkumů rozhodli pro jejich doplnění – konkrétně o přívětivost a svědomitost. Rozdílný přístup ve výzkumu se projevil i v odlišném pojmenování. V zásadě tak lze rozlišit dva názvy – **Big Five**, zavedený Golbergem pro „lexikální“ pětifaktorový model, a **OCEAN**, představující složeninu. Východiskem se zde stala prvotní písmena anglických názvů dispozičně odvozených faktorů. Nemůžeme však předpokládat, že by posloupnost jednotlivých písmen vypovídala i o vzájemné robustnosti jednotlivých faktorů. Toto seřazení prostřednictvím římských číslic provedl až Norman – extraverze (I.), přívětivost (II.), svědomitost (III.), neuroticismus (IV.), otevřenost vůči zkušenosti (V.).

Charakteristikou jednotlivých dimenzí, zastoupených v NEO osobnostních inventářích, se zabývá například Hřebíčková (Hřebíčková, Urbánek, & Čermák, 2002; Hřebíčková, 2010, 2011):

1. **škála neuroticismu (N)** se vztahuje k individuálním rozdílům dosahovaných v dimenzi emocionální stabilita–neuroticismus (emocionální labilita), respektive k prožívání negativních emocí. Jedinci vykazující vysoké hodnoty neuroticismu jsou tak charakterističtí pro své obavy, nejistotu, strach, úzkost, smutek atp.,
2. **škála extraverze (E)** je svou charakteristikou poněkud odlišná od původního pojetí C. G. Junga. Aspekty sebereflexe a introspekce jsou v tomto případě součástí otevřenosti vůči zkušenosti. Aktivitou, společenskostí, hovorností, optimističností atp., můžeme charakterizovat jedince dosahujících v této dimenzi vysokých hodnot. Těmi jsou podle mnohých výzkumů například obchodníci. Nepřítomnost extraverze, jak by podle Costy a McCraeho měla být introverze vnímána, je naopak význačná pro svou zdrženlivost, ostýchavost, plachost, mlčenlivost atp.,
3. **škálu otevřenost vůči zkušenosti (O)** je možné charakterizovat mnoha prvky jiných osobnostních dotazníků. V těch ovšem netvoří samostatnou dimenzi. Mimo to představuje otevřenost vůči zkušenosti zřejmě nejkomplikovanější faktor. Důvodem je jeho nesnadná interpretace. Ta je zapříčiněna především možností alternativního označení – intelekt, imaginace a kultura. Jednotlivé protipóly mohou být odlišeny takovými adjektivy, jakými jsou chytrý, inteligentní, bystrý, vzdělaný, intelektuální vs. omezený, konvenční atp.,
4. **škála přívětivosti (P)** je pro své interpersonální zaměření poměrně blízkou extraverzi. Často se tak u jedinců, dosahujících vysokých hodnot na této škále, setkáváme s pochopením a pomocí, kterou projevují vůči druhým lidem. Na rozdíl od egocentricky a nepřátelsky orientovaných zástupců protipólných hodnot,
5. **škála svědomitosti (S)** se váže k naší schopnosti sebekontroly – ve smyslu dosahování vytýčených cílů, pro které je důležitá naše důkladnost, pečlivost, cílevědomost. V opačném případě, tedy nízkých hodnot, se setkáváme s chaotičností, nedbalostí, lhostejností atp.

Ačkoliv je pětifaktorový model osobnosti současnou psychologií již obecně akceptován, není přijímán bez námitek. Jak uvádějí Mlčák, Zášková (2006) a Hřebíčková (2010), kritici se zabývají především otázkou, zda je skutečně možné složitou determinaci

lidské zkušenosti a dynamický vývoj osobnosti zredukovat na počet pěti faktorů. Obecně však lze říci, že Golbergova záměru – postižení osobnosti na nejvyšším stupni abstrakce, je Velká pětka schopna dosáhnout. Především díky specifickým charakteristikám tvořícím jednotlivé dimenze. Opozičně se k této skutečnosti staví Eysenck (1992). Domnívá se, že počet pěti faktorů je naopak nadbytečným. V této souvislosti poukazuje především na svůj psychoticismus, korespondující s II. i III. dimenzi pětifaktorového modelu. Jinými slovy, Eysenckova třetí dimenze je ve skutečnosti výsledkem kombinace dvou faktorů – přívětivosti a svědomitosti¹⁵. Často kritizovanou je i faktorová analýza, a to zejména ze strany Pervina (1993; in Hřebíčková, 2011). Ten mluví o pouhé deskripci, nikoliv extrakci faktorů, a tedy určitým zjednodušení, kdy množství výchozího materiálu je pouze zredukováno. Své výhrady směřuje i k dalšímu zpracování výsledků, tedy k psychologické identifikaci. Zastánci dispozičně laděného přístupu se naopak odvolávají na genetickou podmíněnost většiny osobnostních rysů a jejich stabilitu v čase (Mlčák & Zášková, 2006).

¹⁵ Jako zajímavé se jeví okolnosti publikování – ze strany Eysencka (1992) šlo téměř o bezprostřední reakci na článek Costy a McCraeho. Ten nesl název „Four ways five factors are basic“ a jeho obsahem byl souhrn čtyř argumentů ve prospěch pětifaktorového modelu osobnosti – tedy jeho validity a oprávněnosti.

2.2 Šestifaktorový model osobnosti

Psychologii osobnosti, respektive její zaměření ve 20. století, přirovnávají Ashton a Lee (2008) k paletě barev. Jinými slovy, mimo osobnostní vlastnosti, jsme schopni rozlišit i velké množství barev. Ty jsou ovšem výsledkem nejrůznějších kombinací barev primárních, jejichž totožnost a počet není jednoznačný. V našem kontextu máme samozřejmě na mysli osobnostní rysy. Výsledkem snahy o řešení se tak stalo množství rysových modelů, lišících se právě v počtu základních dimenzí, a to v rozpětí od jedné k více než třiceti škálám. Kritika pětifaktorového modelu, nastíněna v předcházející kapitole, poukázala na skutečnost, že ani počet pěti faktorů není přijímán bez výhrad. Pozornost současné psychologie se tak stále ve větší míře obrací k šestifaktorovému modelu osobnosti – především pak v USA a Kanadě (Zášková & Dostál, 2016).

Šestifaktorová struktura byla poprvé identifikována v rámci maďarské lexikální studie, a to dvojicí autorů de Raad a Szirmaková (1994; in Hřebíčková, 2011). Ti však existenci šestého faktoru **integrita**, popisovaného v protipólných adjektivech důvěryhodný, poctivý, spravedlivý–pokrytecký, domýšlivý, nenasytný, přisoudili soudobé politické situaci v Maďarsku. Pokračující lexikální studie však obdobně charakterizované faktory rozpoznávaly i nadále – konkrétně důvěryhodnost v Itálii a pravdivost v Koreji. V době, kdy koncept Velké pětky představoval jedno z ústředních psychologických témat, se zájem o individuální rozdíly stal stěžejním i pro Michaela Ashtona a Kibeoma Lea (2008; Lee & Ashton, 2012). V návaznosti na dosavadní lexikální výzkumy, vycházejících vlivem nedostatečné výpočetní kapacity z nevelkého počtu anglických adjektiv, se začali zabývat existencí pěti faktorů také v nezápadních kulturách – konkrétně v Koreji, a to z důvodu znalosti tamějšího jazyka. Faktorová analýza, pracující s počtem 400 studentů, hodnotících se prostřednictvím 400 známých adjektiv, ve výsledku splnila jejich prvotní záměr – potvrdila nezápadní charakter pěti dimenzí. Následně však poukázala na nasycenost také šestého faktoru, a to v porovnání se sedmým a osmým, zastoupených pouze nevelkým počtem přídavných jmen.

Ashton, Lee a Son (2000) tak navrhli rozšíření stávajícího pětifaktorového modelu na šestifaktorový, a pojmenování nové dimenze jako poctivost-pokora (Honesty-Humility). Charakterizovat ji lze kontinuem sklon k využívání druhých–ostých ke zneužívání druhých lidí¹⁶. Prostřednictvím 1710 osobnostně relevantních anglických adjektiv byla její existence

¹⁶ Obecně lze říci, že cílem prvotních studií bylo empiricky prokázat vztah nového faktoru k takovým skutečnostem, jakými jsou machiavellismus či psychopatie. Korelační analýza měla na základě silných vztahů

následně ověřena, a společně s emocionalitou, extravertzí, svědomitostí a otevřeností vůči zkušenosti tak v současnosti tvoří šestifaktorovou strukturu – známou také jako HEXACO¹⁷. Jelikož je však myšlenka lexikální analýzy založena na zastoupení základních dimenzí v různých cizojazyčných slovnících, kvalitativní ověření se týkalo dalších sedmi jazyků – francouzštiny, polštiny, korejštiny, holandštiny, němčiny, italštiny a maďarštiny. Ty hovoří ve prospěch nejen samotného šestého faktoru, ale i jeho prvků – integrity, důvěryhodnosti a pravdivosti (Hřebíčková, 2010; Zášková & Dostál, 2016).

Pro ověření validity se rozhodl i de Raad et al. (2010), kdy kvantitativně srovnával adjektiva dvanácti jazyků, přeložených do angličtiny¹⁸. To mu dalo především možnost rozlišit přídavná jména se stejným významem. Svými výsledky ovšem prokázal existenci pouze tří faktorů – extraverte, přívětivosti a svědomitosti. Mezi jazyky, ve kterých se šestý faktor nepodařilo identifikovat, spadá mimo angličtinu a tagalštinu také čeština. Důvodem je pravděpodobně větší počet národnostních struktur, které de Raad do své studie zařadil, jako i rozdílný přístup v analýze (Hřebíčková, 2011).

Ačkoliv by se mohlo zdát, že nový model představuje pouhé rozšíření pětifaktorové podoby o novou dimenzi, daný předpoklad není správný. Dimenze extraverte¹⁹, svědomitosti²⁰ a otevřenosti vůči zkušenosti²¹ skutečně vykazují obsahovou podobnost. Mimo nový faktor poctivost-pokora jsou však rozdíly patrné i v případě přívětivosti a emocionality. Za podobné, nikoliv však totožné, lze označit dimenze neuroticismu (Big five) a emocionality (HEXACO). První z nich lze charakterizovat hněvem. Druhou naopak citlivostí. Subškála hněvu je však součástí i šestifaktorového konceptu – konkrétně přívětivosti. Ve své kladné podobě je naopak charakteristická tolerancí, shovívavostí, vyrovnaností a odpuštěním. (Baumgartner & Kopuničová, 2016; Zášková & Dostál, 2016).

poukázat na oprávněnost nové dimenze a potřebu jejího začlenění k pěti základním faktorům – ty naopak takto průkazných výsledků nedosahovaly (Ashton et al., 2000).

¹⁷ Podobně jako název OCEAN je i pojmenování šestifaktorové struktury mnemotechnickou pomůckou – **H**onesty-**H**umility, **E**motionality, **E**xtraversion, **A**greeableness, **C**onscientiousness, **O**penness to Experience (Zášková & Dostál, 2016).

¹⁸ Výchozím materiálem bylo celkem čtrnáct taxonomií. Jako příklad uvádíme klasifikaci Golberga, čítající 636 jedinců (hodnotících se prostřednictvím 540 přídavných jmen) a český datový soubor – ten byl zastoupen 397 osobami a 358 relevantními adjektivy (de Raad et al., 2010).

¹⁹ **Subškály** – sociální sebeúcta (X1), sociální směllost (X2), společenskost (X3), nadšení (X4) (Zášková & Plháková, 2012).

²⁰ **Subškály** – organizace (C1), pracovitost (C2), perfekcionismus (C3), rozvážnost (C4) (Zášková & Plháková, 2012).

²¹ **Subškály** – estetické prožívání (O1), zvědavost (O2), tvořivost (O3), nekonvenčnost (O4) (Zášková & Plháková, 2012).

Pro svou novost představuje **škála poctivost-pokora**²² frekventovanou oblast výzkumů. Poslední desetiletí poukázalo na její význam v našem přístupu k penězům, moci a druhým lidem. Lidé dosahující vysokých hodnot na této škále se zdráhají manipulace jako prostředku k dosažení osobního zisku. Neprojevují zájem o nadměrné bohatství ani sociální postavení. Ve vztahu k druhým lidem jsou autentičtí a skromní. Opakem jsou lidé, porušující pravidla, využívající lichotky k dosažení svých cílů – materiálního zisku apod. (Ashton & Lee, 2008; Baumgartner & Kopuničová, 2016; Lee & Ashton, 2009a). Jak poukazuje Zášková a Plháková (2012), dimenze poctivost-pokora dává šestifaktorovému modelu možnost rozmanitějšího uplatnění. Zejména pak v případě nečestných skutků či sexuálního obtěžování a asociálního jednání na pracovišti a jejich predikce. Vysoké hodnoty **škály emocionality**²³ zahrnují osoby s potřebou emoční podpory a empatie ze strany druhých lidí. K těm jsou pak emocionálně připoutáni. To vše vlivem životního stresu vedoucího k úzkosti a obavám z fyzického napadení. Nízké hodnoty jsou naproti tomu přisuzovány jedincům méně citlivým k fyzické bolesti či stresu, bez potřeby sdílení svých obav s ostatními. Zde je naopak charakteristické emocionální oddělení. **Škála přívětivost**²⁴ charakterizuje jedince s vysokými hodnotami jako osoby ochotné odpouštět křivdy, kterých se na nich druzí dopustili. Vůči případnému hodnocení jsou opatrní a zároveň tak schopni spolupracovat s ostatními. Opakem jsou osoby s odvahou postavit se těm, kteří jim ublížili. Na nedostatky ostatních reagují kriticky. Velice vytrvale zastávají vlastní úhel pohledu (Lee & Ashton, 2009a).

S rostoucím zájmem o postižení struktury osobnosti prostřednictvím šesti základních dimenzí, roste rovněž potřeba administrativně nenáročných metod. Vývoj vhodného inventáře zahájili Lee a Ashton (2009b) roku 2000. Tato snaha vyústila o dva roky později v první verzi se 108 položkami pokrývajícími široký obsah šesti škál – v této době ještě nerozčleněných. V další fázi již každá z šesti dimenzí obsahovala čtyři dílčí kategorie měřené osmi položkami. Plná verze tak byla zastoupena 192 položkami, zkrácená 96 – tvořících Osobnostní inventář HEXACO (HEXACO Personality Inventory – HEXACO-PI). Každá z úzce vymezených subškál byla v této fázi jednoznačně přidělena jedné z šesti širokých dimenzí. Nově přidané intersticiální škály se ovšem nacházely na pomezí dvou

²² **Subškály** – opravdovost (H1), čestnost (H2), vyhýbání se chamtivosti (H3), skromnost (H4) (Zášková & Plháková, 2012).

²³ **Subškály** – bázlivost (E1), úzkostnost (E2), závislost (E3), citlivost (E4) (Zášková & Plháková, 2012).

²⁴ **Subškály** – ochota promíjet (A1), shovívavost (A2), přizpůsobivost (A3), trpělivost (A4) (Zášková & Plháková, 2012).

a více faktorů – konkrétně jimi byl **altruismus (vs. nepřátelství)**, migrující mezi faktory poctivost-pokora, přívětivost, emocionalita, a **negativní sebehodnocení** (konstrukt nízké sebeúcty). Jako relevantní se zde jeví poměrně silný vztah k depresivitě. Jak Lee a Ashton uvádějí (2006), v této souvislosti lze uvažovat i o možné asociaci k poruchám osobnosti (Zášková & Dostál, 2016).

Důvodem k začlenění doplňkové škály **altruismus**²⁵ byla potřeba lepší predikce vzájemných interakcí mezi lidmi – konkrétně chování ve prospěch druhých, představující frekventovaný způsob jednání. Doplňková škála negativní sebehodnocení byla naopak z následné revidované verze (HEXACO-PI-R) odstraněna, a to společně se subškálou dimenze extraverte (expressiveness) – zejména pro její obtížné překlady do ostatních jazyků a nízkou korelaci s danou dimenzí. Tři subškály, zastupující dimenzi extraverte, byly následně doplněny o sociální sebeúctu. V této podobě byl dotazník Terezou Záškovou a Alenou Plhákovou (2012) přeložen rovněž do češtiny, a po opětovném překladu do angličtiny, odsouhlasen jeho autory. Dvacet pět kategorií (24 subškál a škála altruismus) je v současné době možné určit na základě dvou set položek v plné verzi a sta položek ve verzi poloviční. Rovněž lze rozlišit šedesáti položkový dotazník HEXACO-PI-R. Ten podrobněji popíšeme až v další části práce, pojednávající o výzkumných metodách (Lee & Ashton, 2009b; Zášková & Dostál, 2016).

²⁵ **Intersticiální škála altruismus (vs. nepřátelství)** hodnotí naši tendenci být soucitní a dobrosrdeční vůči ostatním. Jedinci, dosahující v této oblasti vysokých hodnot, reagují s velkodušností na ty, co potřebují pomoci. Zatímco jedinci s nízkou úrovní neznepokojuje možnost ublížení druhým a mohou tak být považováni za bezcitné (Lee & Ashton, 2009a).

3 PORUCHY OSOBNOSTI A FAKTOROVÉ MODEL Y OSOBNOSTI

Otázka, zda poruchy osobnosti pojímat jako kategoricky oddělené entity, či spíše jako kontinuum, je dlouhodobě diskutována. Kritika²⁶ soudobých klasifikačních systémů se však stala natolik frekventovanou, že dosavadní kategorický přístup přestává být nadále udržitelný. Řešením je přístup dimenzionální. Tedy systém, prostřednictvím kterého jsou poruchy osobnosti konceptualizovány jako maladaptivní varianty běžných osobnostních rysů. Takovým systémem jsou i faktorové modely osobnosti. Pokud byl koncept Big five vyvinut za účelem komplexního popisu univerzální struktury osobnosti a poruchy osobnosti jsou extrémní variantou jeho pěti dimenzí, lze stejný efekt očekávat i v případě maladaptivní osobnosti (Madsen, Parsons, & Grubin, 2006; Samuel & Widiger, 2008). Odpověď na otázku, na kolik je tato úvaha správná, můžeme najít v mnoha relevantních studiích. Včetně výzkumu samotných autorů pětifaktorového modelu osobnosti – Costy a McCraeho (1990). Výsledky mluví ve prospěch hned dvou skutečností – (1.): Velká pětka v sobě zahrnuje rozměry normální i abnormální osobnosti. (2.): patologie je zapříčiněna výskytem krajních osobnostních rysů. Daď derman a Kristiansson (2004) tato zjištění potvrzují a dodávají, že výskyt extrémních variant osobnostních rysů je vyšší právě u psychiatrické populace. Hodnoty přitom dosahovaly takové statistické významnosti, že nevhodnost kategorického přístupu, se stala obecně akceptovaným faktem (Kajonius & Daď derman, 2017). V aktuální verzi DSM-5 (Raboch et al., 2015) se tedy dočítáme, že poruchy osobnosti je nutné měřit na kontinuu – od zdraví až po silnou patologii. Jinými slovy, validní poznatky o struktuře osobnosti lze získat i ze zdravé populace. Dosavadní výzkumy přitom nabývaly zejména korelačního charakteru. Obecně lze říci, že jejich cílem bylo empiricky prokázat vztah diagnostické kategorie poruch osobnosti k pěti dimenzím. Pro vysokou četnost uvádíme pouze tři z nich.

²⁶ Existuje několik důvodů, pro které je kategorický přístup hodnocen jako problematický – existující kontinuita mezi normální a patologickou osobností, častý překryv diagnostických kritérií, nízká vnitřní konzistence diagnostických znaků, proměnlivost duševních poruch v čase a stigmatizace (Hajdúk et al., 2016; Pečeňák, 2014; Riegel et al., 2016; Shedler & Westen, 2004). Pro úplnost odkazujeme čtenáře na část textu, nesoucí název „Klasifikace poruch osobnosti“.

Výzkumný soubor Briegera, Sommera, Blöinka a Marnerosa (2000) čítal 229 respondentů – 149 bývalých pacientů a 80 jedinců zastupujících kontrolní skupinu. Využito zde bylo dvou metod – NEO-FFI (NEO pětifaktorového osobnostního inventáře) a IPDE (Mezinárodního strukturovaného rozhovoru pro poruchy osobnosti). Vícenásobná regresní analýza ukázala, že pětifaktorový koncept (operacionalizovaný prostřednictvím NEO-FFI) je schopen vysvětlit 5–32 % celkového rozptylu poruch osobnosti. Nejprůkaznějších výsledků bylo dosaženo v případě poruchy osobnosti vyhubavé. Klinická a kontrolní skupina se přitom ukázaly být téměř identické. Vysokými hodnotami neuroticismu lze charakterizovat poruchu osobnosti paranoidní, emočně nestabilní, histriónskou, anankastickou, anxiózní a závislou. Histriónskou a emočně nestabilní poruchu osobnosti lze rovněž specifikovat pro nízkou úroveň přívětivosti, jako i formu disociální. Nízkých hodnot extraverte naopak dosahovali jedinci s poruchou osobnosti schizoidní, vyhubavou a závislou. Na rozdíl od formy histriónské, která korelovala s vysokou úrovní extraverte.

S poněkud méně rozsáhlým výzkumným souborem ($n = 144$, pacienti diagnostikovaní pomocí IPDE) pracovala čtveřice autorů Morey, Gunderson, Quigley a Lyons (2000). Mimo potvrzení předešlých výsledků zde byla prokázána i další frekventovaná skutečnost – dimenze otevřenosti vůči zkušenosti se ve vztahu k poruchám osobnosti jeví být nejméně relevantní. Její hraniční hodnoty lze zaznamenat pouze u poruchy osobnosti paranoidní (nízká úroveň). Jako méně průkaznou hodnotí otevřenost vůči zkušenosti i O' Connor (2005; in Samuel & Widiger, 2008), a to na základě své analýzy třiceti tří dříve publikovaných datových souborů.

Třetí slíbenou studií je výzkum Trulla, Widigera a Burr (2001). Konkrétně se zde pracovalo s 232 dospělými jedinci – 46 ambulantními pacienty a 186 vysokoškolskými studenty. Nejenže došlo k potvrzení předchozích výsledků, ale korelační analýza rovněž ukázala na významné asociace mezi poruchami osobnosti a jednotlivými osobnostními rysy, respektive subškálami²⁷. Tuto skutečnost pokládáme za zvlášť hodnotnou, a to vzhledem ke kritice dosavadně realizovaných výzkumů. Ta byla založena na skutečnosti, že jednotlivé dimenze jsou přece jen příliš široké na to, aby byly jakkoliv diagnosticky přesné. Jak uvádějí Samuel a Widiger (2008), některé z poruch osobnosti mohou být navíc asociovány se stejnými dimenzemi. Respektování dílčích osobnostních rysů by se tak mělo odrazit i na

²⁷ Jako příklad uvádíme schizoidní poruchu osobnosti a její vztah k jednotlivým subškálám pěti základních dimenzí. Dimenze neuroticismu: hostilita (nízká úroveň), rozpačitost (nízká úroveň). Dimenze extraverte: vřelost (nízká úroveň), družnost (nízká úroveň), aktivnost (nízká úroveň), pozitivní emoce (nízká úroveň). Dimenze otevřenosti vůči zkušenosti: prožívání (nízká úroveň) (Trull et al., 2001).

lepší schopnosti diferenciaci. Obecně však lze říci, že nejlépe rozlišující dimenzí je škála extravertze (Saulsman & Page, 2004).

Vztah pěti dimenzí a poruch osobnosti je prokazován i nadále – nejen u klinické populace. S počtem 313 probandů pracovala dvojice australských autorů Butrus a Witenberg (2014). Poruchy osobnosti zde byly zjišťovány prostřednictvím 214 položkového sebeuposuzovacího inventáře (Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV). K měření osobnostních faktorů bylo využito NEO osobnostního inventáře (NEO-PI-R). Za nejvýznamnější lze považovat výsledky dimenze neuroticismu – nejenže byl prokázán její pozitivní vztah ke všem formám poruch osobnosti, ale hodnoty korelační analýzy se zde ukazují být, jako jedny z nejvyšších²⁸. Podobně je tomu i v případě faktoru přívětivost – ten však zaznamenává vztahy negativní²⁹.

Uvažovat o stejné provázanosti poruch osobnosti i v případě šestifaktorového konceptu je sice možné, ovšem pouze do určité míry. Je třeba mít na paměti, že HEXACO není pouhým rozšířením pětifaktorové struktury o nový faktor. V této souvislosti se však dostáváme k problému, kterým je absence výzkumů. Výsledkem námi provedené rešerše je pouze jedna relevantní studie – uskutečněná iránskou autorkou Amani (2015)³⁰. Hlavním cílem bylo prozkoumat predikční roli šestifaktorového modelu vůči diagnostické kategorii poruch osobnosti. Pro provedení studie bylo na základě náhodného výběru vybráno 116 jedinců s poruchou osobnosti. Ke stanovení diagnózy bylo využito strukturovaného rozhovoru SCID-II. Jako druhá metoda byla zvolena revize osobnostního inventáře HEXACO (HEXACO-PI-R). Vzhledem ke zvolenému jazyku práce – perštině, však není zřejmé o kolika položkovou verzi šlo. Shromážděna data byla analyzována statistickou metodou diskriminační analýzy. Z výsledků vyplynulo, že nejlepšími prediktory poruch osobnosti jsou dimenze emocionality, přívětivosti a svědomitosti. Správně identifikovat

²⁸ Hraniční porucha osobnosti ($r = 0,55$), vyhubavá porucha osobnosti ($r = 0,58$), závislá porucha osobnosti ($r = 0,46$), pasivně agresivní porucha osobnosti ($r = 0,39$) (Butrus & Witenberg, 2014).

²⁹ Paranoidní porucha osobnosti ($r = -0,41$), histriónská porucha osobnosti ($r = -0,31$), narcistická porucha osobnosti ($r = -0,41$), hraniční porucha osobnosti ($r = -0,37$), pasivně agresivní porucha osobnosti ($r = -0,38$) (Butrus & Witenberg, 2014).

³⁰ Vztah, kterému byla pozornost věnována doposud, není sice našemu tématu příliš vzdálen, nelze jej však považovat za totožný. Je jím souvislost mezi maladaptivními osobnostními rysy a šestifaktorovým modelem. Operacionalizována bývá prostřednictvím dvou osobnostních inventářů – PID-5 (osobnostní inventář pro DSM-5) a HEXACO-PI-R. Ve své studii jich využili např. Ashton Vries, Hendrickse a Born (2012). Výzkumný soubor zde čítal 378 Kanadčanů a 476 obyvatel Nizozemska. Jako nejméně průkaznou se jeví škála otevřenosti vůči zkušenosti. De Vries a Kampen (2010) uvádějí, že je to zejména dimenze poctivost-pokora, která zvyšuje množství vysvětleného rozptylu maladaptivních osobnostních rysů. Důvodem, proč tyto studie uvádíme spíše jako doplňkové je, že mimo typické charakteristiky existují samozřejmě i další nefunkční aspekty, které však poruchám osobnosti už vlastní nejsou.

a zařadit jednotlivé formy do příslušných klastrů byly schopny u 56 % případů. Je zřejmé, že opětovné prozkoumání vztahu mezi šestifaktorovou strukturou a poruchami osobnosti, je více než opodstatněné.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Troufáme si tvrdit, že obšírné argumentování ve prospěch prezentovaného vztahu – tedy poruch osobnosti a šestifaktorového modelu osobnosti, by znamenalo parafrázovat předcházející kapitolu. V následující kapitole si tak klademe za cíl vymežit výzkumný problém již jen na základě pěti bodů a jejich stručné charakteristiky.

1. **Kritika soudobých klasifikačních systémů (MKN-10, DSM-5) a kategorického přístupu k poruchám osobnosti:** prototypy, na nichž jsou založeny současné manuály neexistují (Tyrer et al., 2011). Poruchy osobnosti je nutné měřit na kontinuu (Raboch et al., 2015).
2. **Dimenzionální přístup k poruchám osobnosti:** neusiluje o striktní zařazení do jedné z vymezených kategorií. Respektuje individualitu projevu. Zachovává větší množství informací (Hajdúk et al., 2016; Madsen et al., 2006).
3. **Pětifaktorový model osobnosti:** výzkumy opakovaně prokazují, že Velká pětka v sobě zahrnuje rozměry normální i abnormální osobnosti. Podstatou patologie je extrémní varianta běžných osobnostních rysů (Costa & McCrae, 1990).
4. **Kritika pětifaktorového modelu osobnosti:** je skutečně možné složitou determinaci lidské zkušenosti a dynamický vývoj osobnosti zredukovat na počet pěti faktorů? Do značné míry se výsledek faktorové analýzy odvíjí od výchozího materiálu. Ten je v našem případě zastoupen osobnostně relevantními adjektivy. Postupný vývoj výpočetní techniky mimo jiné umožnil tento počet přídavných jmen navyšovat. Zvětšující se faktorový prostor se následně stal již natolik rozsáhlým, že došlo k identifikaci šestého faktoru a jeho pojmenování jako poctivost-pokora. V této souvislosti se jako nezbytné jeví zodpovědět otázku, zda je počet základních dimenzí úměrný počtu obsažených proměnných? V dílčích jazycích je skutečně možné sedmý, osmý nebo dokonce devátý a desátý faktor rozlišit. Podstatou lexikálních studií je však zastoupení základních dimenzí v různých kulturách a jim relevantních slovnících. Posledním počtem, který tento předpoklad splňuje je právě šest faktorů – tedy koncept HEXACO (Ashton & Lee, 2008; Hřebíčková, 2011).
5. **Šestifaktorový model osobnosti:** není to jen počet základních dimenzí, pro které bylo HEXACO shledáno jako tematicky relevantnější. Dalším důvodem je schopnost spolehlivější predikce, a to právě v oblastech blízkých poruchám osobnosti.

Konkrétně jimi jsou delikty uskutečněné v zaměstnání, ochota účastnit se neetických skutků (úplatkářství, škody na životním prostředí, sexuální obtěžování), materialismus, usilování o moc a sociální postavení. Příčinou těchto negativních důsledků je nízká úroveň na škále poctivost-pokora, případně její kombinace s dalšími osobnostními dimenzemi (Ashton & Lee, 2008).

Výzkumné cíle:

- zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v dimenzích HEXACO (šestifaktorový model osobnosti) a PSSI (Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti) z hlediska skupiny (klinické a kontrolní);
- zjistit, zda existují statisticky významné asociace mezi dimenzemi HEXACO (šestifaktorový model osobnosti) a PSSI (Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti).

S vymezením jednotlivých skupin, jakož i operacionalizací zastoupených konceptů, čtenáře seznámíme v následující části textu – pojednávající o použitých metodách a výzkumném souboru.

4.1 Formulace hypotéz ke statistickému testování

Následující hypotézy byly stanoveny na základě manuálu pro metodu PSSI (Švancara, 2002). Nutné je však poznamenat, že namísto šestifaktorového modelu osobnosti byl autory využit model pětifaktorový – operacionalizovaný pomocí NEO-FFI. Hypotézy tak bylo možné stanovit pouze pro dimenzi extraverze (X), svědomitosti (C) a otevřenosti vůči zkušenosti (O). Důvodem je obsahová podobnost těchto tří šestifaktorových škál s jejich pětifaktorovými alternativami. Na rozdíl od dimenzí poctivost-pokora (H), emocionalita (E) a přívětivosti (A), které za identické považovat nelze (Ashton & Lee, 2008).

Je zřejmé, že veškeré stanovené hypotézy se svou formulací vztahují ke druhému výzkumnému cíli. V případě cíle prvního nebylo možné hypotézy stanovit. V této souvislosti lze rozlišit hned tři důvody – v závislosti na vztažené dimenzi:

- **poctivost-pokora, emocionalita a přívětivost** – šestifaktorový model osobnosti nelze považovat za pouhé rozšíření pětifaktorové struktury. Dimenze poctivost-pokora, emocionalita a přívětivost se naopak ukazují jako jedinečné (Ashton & Lee, 2008). Námi provedená rešerše však identifikovala pouze jedinou studii zaměřující se na vztah poruch osobnosti k šestifaktorovému konceptu (Amani, 2015);
- **extraverze a svědomitost** – diagnostickou kategorií poruch osobnosti nelze charakterizovat jejich vysokou či nízkou úroveň. Ta se liší v závislosti na příslušné specifické poruše (např.: histriónská porucha osobnosti X schizoidní porucha osobnosti). Jinými slovy, dimenzi extraverze a svědomitosti lze přisoudit diskriminační funkci umožňující rozlišovat mezi jednotlivými typy onemocnění (Saulsman & Page, 2004). V možnostech našeho výzkumu však nebylo možné každou ze specifických poruch osobnosti zastoupit odpovídajícím počtem respondentů;
- **otevřenost vůči zkušenosti** – výzkumy pravidelně ukazují na její nízkou či žádnou souvislost k poruchám osobnosti (Rossier & Rigozzi, 2008; Saulsman & Page, 2004).

H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí intuitivní–schizotypní (PSSI).

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí příjemný–histriónský (PSSI).

- H3:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí nedůvěřivý–paranoidní (PSSI).
- H4:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí rezervovaný–schizoidní (PSSI).
- H5:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí kritický–negativistický (PSSI).
- H6:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí impulzivní–borderline (PSSI).
- H7:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí klidný–depresivní (PSSI).
- H8:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí otevřenost vůči zkušenosti (HEXACO-60) a dimenzí intuitivní–schizotypní (PSSI).
- H9:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí kritický–negativistický (PSSI).
- H10:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí impulzivní–borderline (PSSI).
- H11:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí klidný–depresivní (PSSI).

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro náš účel byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazníkového šetření – konkrétně diferenční (první výzkumný cíl) a korelační (druhý výzkumný cíl) studie. Prezentovaný design považujeme za adekvátní zejména ke skutečnosti, kterou je absence referenčních studií. V této souvislosti odkazujeme čtenáře na část textu nesoucí název „Poruchy osobnosti a faktorové modely osobnosti“.

5.1 Testové metody

Ke sběru dat bylo využito testové baterie obsahující úvodní oslovení, informovaný souhlas, vstupní dotazník vlastní konstrukce a čtyři druhy inventářů. Předně tak byl respondent seznámen s účelem výzkumu, potřebou jeho upřímných a pravdivých výpovědí. Zároveň byl upozorněn na nezbytnost jeho odpovědi v rámci každé položky. Ty měl uvést bez dlouhého přemýšlení, nikoliv však unáhleně – a to po pečlivém přečtení instrukce započínající každou z pěti částí testové baterie. V této souvislosti byl respondent seznámen i s důvodem své nutné pozornosti – tedy s možnou odlišností jednotlivých posuzovacích škál. Nechyběly zde informace o počtu položek (259) a přibližné době vyplnění (40 minut), jakož i ujištění o profesionálním a etickém přístupu. Ten podrobněji popíšeme v další části textu pojednávající o etickém hledisku a ochraně soukromí. Uspořádání následující části textu odpovídá posloupnosti dotazníku a jednotlivých inventářů v testové baterii.

Sociodemografický dotazník vlastní konstrukce

Pro účel charakteristiky výzkumného souboru byla sestavena sada otevřených a uzavřených otázek – a to na základě námi provedené rešerše. Respondent byl prostřednictvím sedmnácti položek dotazován na pohlaví (*muž–žena*); věk; dosažené vzdělání (*základní–učební obor–středoškolské s maturitou–vyšší odborné–vysokoškolské*); nynější stav (*studující–pracující–jiné: vypište*); rodinný stav (*svobodný/á–partner/ka–ženatý/vdaná–rozvedený/á–vdovec/vdova–jiné: vypište*); přítomnost psychického onemocnění v rodině (*ano–ne*); somatické onemocnění (*ne–ano: vypište*); věk, ve kterém bylo somatické onemocnění diagnostikováno; psychické onemocnění (*ne–ano: vypište*); věk, ve kterém bylo psychické onemocnění diagnostikováno; aktuální péči ambulantního psychologa (*ano–ne*); péči ambulantního psychologa v minulosti (*ano–ne*); aktuální péči

ambulantního psychiatra (*ano–ne*); péči ambulantního psychiatra v minulosti (*ano–ne*); aktuální hospitalizaci (*ano–ne*); hospitalizaci v minulosti (*ano–ne*) a současnou medikaci (*ne–ano*: *vypište*). Otázky zaměřující se na využívání odborné péče – ať už v současnosti či v minulosti, byly doplněny o upřesňující položku zjišťující délku jejího poskytování, případně její četnost (počet hospitalizací). Respondent byl v úvodu seznámen, jakým způsobem odpovídat na všechny typy položek, včetně možnosti svou původní odpověď změnit.

Vzhledem k cílové populaci a výzkumnému souboru, kterým jsou z části jedinci využívající psychologickou či psychiatrickou péči, jsme považovali za nezbytné testovou baterii rozšířit o metody zaměřující se na akutní stav respondenta. Jak uvádí Preiss et al. (2003), v jeho přítomnosti nelze vyloučit negativní zkreslení výsledků – a to zejména u šetření dotazníkového. Následující část textu tak věnujeme popisu dvou typů Beckových inventářů.

Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II (Beck Depression Inventory)

Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé – screeningová psychodiagnostická metoda vhodná pro účely výzkumu i psychoterapeutické praxe. Od roku 1961, kdy byla A. T. Beckem vytvořena, prošla několika revizemi – s úmyslem zvýšit její reliabilitu a validitu. V současné době tak můžeme rozlišit verzi zastoupenou 21 položkami. Jejich prostřednictvím lze dosáhnout dvou cílů – identifikovat přítomnost depresivních příznaků a posoudit jejich intenzitu. Ta je určována na základě čtyřbodové škály Likertova typu (0–3). Závažnost depresivních příznaků je prezentována součtem jednotlivých bodů. Umístit se tak lze hned v několika intervalech: 0–13 (minimální hloubka deprese), 14–19 (mírná hloubka deprese), 20–28 (střední hloubka deprese) a 29–63 (těžká hloubka deprese). Jednotlivé položky přitom pokrývají symptomy afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické – tak jak jsou prezentovány v rámci čtvrté revize DSM. Respondent je tak dotazován na takové skutečnosti, jakými jsou smutek, pesimismus, minulá selhání, ztráta radosti, pocity viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritika, sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, agitovanost, ztráta zájmu, nerozhodnost, pocit bezcennosti, ztráta energie, změna spánku, podrážděnost, změny chuti k jídlu, koncentrace, únava a ztráta zájmu o sex. Úvodní instrukcí je respondent vyzván k jejich pečlivému přečtení a následnému zaznačení své odpovědi – ta má být přitom volena tak, aby nejlépe odrážela jeho stav za poslední dva týdny. Respondenty jsou v tomto případě jedinci od 13 do 80 let.

Oblíbenou se metoda stala i pro rychlou administraci. Společně s vyhodnocením zpravidla nepřesáhne deset minut. Roku 1999 byl vytvořen i český překlad metody a manuálu, a to dvojicí autorů – Preiss a Vacíř (1999). Vzhledem k nepočetnému výzkumnému souboru ($n = 60$) však nelze mluvit i o následné standardizaci. Uspokojivě byla uskutečněna až Ptáčkem, Rabochem, Vňukovou, Hlinkou a Andersem (2016). Psychometrické vlastnosti (reliabilita a validita) byly ověřeny na 1027 respondentech – a to prostřednictvím vnitřní konzistence a faktorové analýzy. Cronbachova alfa zde dosahovala hodnoty 0,92–0,93. Pro náš výzkumný záměr – a zejména cílovou populaci, se jako nezbytné jeví stanovení odpovídajícího cut off skóre, respektive jeho navýšení. Doporučením manuálu je hodnota 18. Ta byla také zvolena.

Beckův inventář úzkosti BAI (Beck Anxiety Inventory)

Beckův inventář úzkosti – screeningová psychodiagnostická metoda vykazující hned několik totožných znaků s metodou předcházející. I v tomto případě je autorem A. T. Beck, zastoupeno je zde rovněž 21 položek a respondent má možnost využít čtyřbodovou škálu Likertova typu. Opět tak lze dosáhnout hodnoty z rozpětí 0–63 bodů. Tentokrát je však úkolem respondenta zhodnotit přítomnost somatických a psychických příznaků úzkosti. Ta má být prostřednictvím této metody diferencována od deprese. Položky jsou tak v tomto případě zaměřeny na takové skutečnosti, jakými jsou mrtvění nebo mravenčení, pocit horka, vratkost nohou, neschopnost odpočinku, strach z nejhorší události, závrať nebo pocit na omdlení, bušení srdce, zrychlený tep, neklid, zděšení, nervozita, pocit dušnosti, chvění rukou, třes, strach ze ztráty kontroly, namáhavé dýchání, strach ze smrti, panika, trávící potíže nebo bolesti břicha, malátnost, zarudnutí v obličeji a pocení. Respondent je úvodní instrukcí vyzván k jejich pečlivému přečtení a následnému zaznačení své odpovědi (0: symptom nebyl přítomen, 1: symptom obtěžoval „mírně“, 2: symptom obtěžoval „středně“, 3: symptom obtěžoval „vážně“). Ta má být přítom volena tak, aby nejlépe odrážela, na kolik byl respondent příznaky sužován za poslední týden. Metoda byla pro náš jazyk přeložena a následně validizována skupinou autorů – Kamarádovou et al. (2016). Výzkumný soubor byl zastoupen 789 pacienty a 284 jedinci zdravými. Cronbachova alfa zde dosahovala hodnoty 0,82–0,95 (v závislosti na diagnostické kategorii: F31–F33, F40–F45). I v tomto případě se jako nezbytné jeví stanovení odpovídajícího cut off skóre. Na doporučení autorů jsme se rozhodli pro hodnotu 17.

Osobnostní inventář HEXACO-60

Osobnostní inventář HEXACO-60 je metodou zkonstruovanou Leem a Ashtonem (2009b). Jejich úmyslem bylo poskytnout vhodný nástroj k měření osobnostních rysů – konkrétně pro případy, kdy nedostatek času nedovoluje použití jeho sto položkové varianty (HEXACO-PI-R). Daná verze je tak celkově zastoupena šedesáti položkami postihujícími šest základních dimenzí osobnosti – poctivost-pokoru, extraverci, emocionalitu, přívětivost, svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti. Měřeny jsou deseti položkami. Psychometrické vlastnosti (reliabilita a validita) byly ověřeny Baumgartnerem a Kopuničovou (2016) za využití vnitřní konzistence, faktorové a korelační analýzy. Výzkumný soubor byl zastoupen 590 vysokoškolskými studenty. Hodnoty Cronbachovy alfy pro každou dimenzi uvádí tabulka 2. Úvodní instrukcí je respondent vyzván k pečlivému přečtení každého výroku a zaznačení svého souhlasu, respektive nesouhlasu, prostřednictvím pěti bodové Likertovy škály (5 – zcela souhlasím; 4 – souhlasím; 3 – neutrální (ani tak, ani tak); 2 – nesouhlasím; 1 – zcela nesouhlasím). Příklady položek a jejich zařazení k příslušné dimenzi předkládá následující tabulka. Pro popis jednotlivých škál odkazujeme čtenáře na části textu nesoucí název „Faktorové modely osobnosti“ a „Šestifaktorový model osobnosti“. Závěrem opětovně upozorníme na bakalářskou práci autorky – Vztah mezi dimenzemi šestifaktorového a prosociálního modelu osobnosti (Wenclová, 2018). Vzhledem k využití totožného nástroje jsme se rozhodli pouze pro menší úpravu jeho popisu. Není to však zkušenost autorky, která rozhodla o znovu uplatnění zkrácené verze inventáře. Její vhodnost byla dlouhou dobu diskutována. Tou byla nakonec shledána na základě zvážení celkového rozsahu testové baterie a její náročnosti – zejména pro klinickou populaci.

Tab. 2 Příklad položek Osobnostního inventáře HEXACO-60

Škála	Ukázka položek	Cronbachova α
Poctivost-pokora	„Velmi by mě těšilo vlastnit drahé, luxusní zboží.“	0,74
Emocionalita	„Cítím silné emoce, když někdo mně blízký odjíždí na dlouhou dobu.“	0,73
Extraverze	„První věc, kterou vždy udělám na novém místě, je nalezení nových přátel.“	0,73
Přívětivost	„Můj postoj k lidem, kteří se mnou špatně jednali je – odpusť a zapomeň.“	0,75
Svědomitost	„Plánuji dopředu a organizuji věci, abych se vyvaroval/a honičce na poslední chvíli.“	0,76
Otevřenost vůči zkušenosti	„Těšilo by mě vytváření uměleckého díla, jako například románu, písně nebo malby.“	0,8

Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI (Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar)

J. Kuhl a M. Kazén (1997; in Klocek & Máchová, 2017) – autoři teorie interakcí systému osobnosti (PSI) a jí relevantní metody PSSI. Teorie je známá pro svou spletnost a komplexnost. Poskytnutí vhodného nástroje tak mělo být zejména snahou o její simplifikaci. Její podstatou je sjednocení afektivních a kognitivních aspektů osobnosti – konkrétně myšlení, cítění, intuitivního jednání a senzitivního vnímání. Pro každého z nás je také charakteristická určitá systémová konfigurace – uspořádání osmi prvků: seberegulace, orientace na kontakt, sebestředné orientace, fantazie, sebekontroly, sebeuposuzování, orientace na poznávání a plánování. V případě, že toto uskupení nabyde určité specifické podoby, mluví Kuhl a Kazén o tzv. osobnostním stylu. Ten je mimo jiné charakteristický i pro preferenci, se kterou jej člověk užívá – bez ohledu na konkrétní situaci. Je zřejmé, že pro optimální fungování ve společnosti je nezbytné naše nastavení adekvátně přizpůsobovat – modifikovat. Příkladem může být setkání se známou a cizí osobou. Podstatou osobnostního stylu tak není neschopnost mezi těmito situacemi rozlišovat, ale nezpůsobilost měnit své vystupování v okamžiku jejich rozpoznání. Teorie PSI však rozlišuje i další stupeň eskalace – tedy případ, kdy preference přejde ve fixaci specifické systémové konfigurace. Jinými slovy, kdy osobnostní styl vygraduje v poruchu osobnosti. Doposud jsme se s dimenzionálním charakterem setkali u faktorových modelů osobnosti. Kontinuum mezi normální a patologickou osobností je však patrné i zde. Ačkoliv by tedy inventář PSSI mohl být mylně pojímán jako nástroj určující patologii, jeho skutečným účelem je měření eskalace

– osobnostních stylů. V současné verzi metody lze rozlišit hned čtrnáct typů takových osobnostních stylů. Diferencovat je lze do dvou nadřazených skupin – temperamentové a motivační. Pro složitost teorie byla zpracována i její grafická podoba – známá jako cirkumplexový model STAR. Ten skutečně nabývá tvaru osmi cípé hvězdy. V této souvislosti připomínáme počet osmi systémových konfigurací. Podobně, jako člověk preferuje a následně se i fixuje na určité specifické nastavení, zužuje se i paprsek hvězdy – a to až do jednoho z typů poruch osobnosti. K její případné inklinaci je usuzováno na základě 140 položek. Na každý osobnostní styl tak připadá položek deset – negativně i pozitivně konotovaných. Reverzní charakter má však jen čtrnáct z nich. Úvodní instrukcí je respondent vyzván k posouzení nakolik ho jednotlivé výroky vystihují a následnému zaznačení své odpovědi – prostřednictvím čtyř bodové škály Likertova typu (0 – určitě ne; 1 – spíše ne; 2 – spíše ano; 3 – určitě ano). Švancarou (2002) byl inventář i manuál přeložen pro náš jazyk. Standardizační výzkumný soubor je pro tuto chvíli zastoupen 160 vysokoškolskými studenty. Český překlad se tak prozatím odvolává na standardizaci uskutečněnou v Německu, a to na 1026 studentech vysokých škol. Popis jednotlivých škál, ukázkou relevantních položek a hodnoty vnitřní konzistence znázorňuje tabulka 3. Volba konkrétní metody pro postižení diagnostické kategorie poruch osobnosti byla dlouho diskutována. Ve prospěch PSSI nakonec rozhodla tři kritéria – dimenzionální charakter, metoda kategorie B a relativně nízký počet položek³¹.

Tab. 3 Příklad položek Inventáře stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI

Styl–porucha (zkratka)	Popis škály a ukázka položek	Cronbachova α
Sebejistý–disociální (DS)	Typické je prosazování vlastních zájmů na úkor druhých – jejich bezdůvodné zraňování a devalvování. <i>Uspokojuji své potřeby i na úkor druhých.</i>	0,86
Nedůvěřivý–paranoidní (PN)	Nedůvěra vůči ostatním se projevuje častým ověřováním jejich loajality a snahou identifikovat skryté úmysly. <i>Když někdo ukáže slabost, mnozí lidé toho využijí.</i>	0,79
Rezervovaný–schizoidní (SZ)	Škála zachycuje výraznou indiferenci vůči interpersonálním kontaktům, upřednostňování individuálních činností a oploštělou afektivitu. <i>Zachovávám si vždy odstup vůči druhým lidem.</i>	0,81
Sebekritický–sebenejistý (SN)	Obava z negativního hodnocení zapříčiňuje typickou zdrženlivost a nejistotu v sociálních relacích. <i>Kritika se mě dotýká více než druhých.</i>	0,79

³¹ Metoda TCI (Temperament and Character Inventory): 238 položek (Preiss & Klose, 2001), metoda MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory): 175 položek (Grambal et al., 2017).

Styl–porucha (zkratka)	Popis škály a ukázka položek	Cronbachova α
Pečlivý–nutkavý (NT)	Význačným je všudypřítomný perfekcionismus. Ten se manifestuje v pracovních aktivitách, mezilidských vztazích i odpočinkových činnostech. <i>Jsem člověk s pevnými návyky.</i>	0,84
Intuitivní–schizotypní (ST)	Škála měří zvýšenou schopnost vnímání – často vůči skutečnostem, na které nelze aplikovat logické usuzování či dosavadní zkušenost. <i>Je mnoho věcí, které nejdou rozumem vysvětlit.</i>	0,85
Optimistický–rapsodický (RP)	Škálu lze charakterizovat větou – „všechno zlé je pro něco dobré“. Téměř chronickou se stává tendence devalvovat negativní stránku věci. Případné konflikty a další mezilidské problémy jsou prožívány o to úzkostněji. <i>Projevuji své city vůči ostatním velmi spontánně.</i>	0,84
Ctižádostivý–narcistický (NR)	Pocitem vlastní výjimečnosti, grandiozity a velkoleposti lze charakterizovat jedince s vysokou hodnotou na této škále. Svou jedinečnost dokládají excentrickou úpravou zevnějšku, vyhraněným uměleckým smyslem či poukazováním na společenské konexe. <i>Mám vyhraněný smysl pro vše zvláštní.</i>	0,76
Kritický–negativistický (NG)	Zvýšený práh dráždivosti vyvolává dojem netečnosti, lhostejnosti a nezájmu. Neoprávněný pocit přepracovanosti zapříčiňuje neplnění svěřených úkolů – případně jejich odkládání. <i>Často pocítuji, že mě druzí nechápou.</i>	0,75
Loajální–závislý (ZS)	Typická je výrazná submisivita, ochota upustit od vlastních záměrů a neschopnost činit jakákoliv rozhodnutí. To vše v důsledku nadměrné obavy z odmítnutí a opuštění. <i>Potřebuji mnoho projevů lásky a přijetí.</i>	0,83
Impulzivní–borderline (BL)	Emoce jsou prožívány intenzivně, nikoli však dlouhodobě. Osobnostní styl je charakteristický pro svou tendenci k nestálosti. Ta se projevuje vůči mezilidským vztahům i vlastní osobě. <i>Pocítuji často vnitřní prázdnotu.</i>	0,85
Příjemný–histrionský (HI)	Vlastní potřeby jsou zde prvořadě – konkrétně potřeby pozornosti, chvály a uznání. Těch je dosahováno teatrálním vystupováním, excentrickou úpravou zevnějšku, případně flirtem. <i>Mohu si lidi získat, když chci.</i>	0,84
Klidný–depresivní (DP)	Uzavřenost vůči pozitivním emocím se projevuje nadměrnou sebekritikou, znevažováním vlastní osoby, častou skleslostí a pesimistickým laděním. <i>Mám často pocit viny.</i>	0,81

Styl–porucha (zkratka)	Popis škály a ukázka položek	Cronbachova α
Ochotný–obětující se (OB)	Prvořadé jsou zde potřeby druhých. Prosociální aktivity jsou často uskutečňovány na úkor vlastní osoby. <i>Cítím se dobře, když mohu o někoho pečovat.</i>	0,80

5.2 Přehled užitých zkratk a symbolů

Pro zvýšení přehlednosti jsme se rozhodli pro souhrnné uvedení použitých zkratk a symbolů – a to v následující části textu pojednávající o výzkumném souboru a statistickém zpracování dat.

Tab. 4 Přehled užitých zkratk a symbolů

Symbol	Výklad
n	Počet respondentů
%	Relativní četnost
χ^2	Hodnota testu dobré shody (chí kvadrát)
df	Počet stupňů volnosti
p	Statistická významnost (p-hodnota)
M	Průměr
SD	Směrodatná odchylka
d	Ukazatel míry účinku – Cohenovo d
t	Hodnota t-testu
r	Hodnota Pearsonova korelačního koeficientu
KMO	Kaiser-Meyer-Olkinova míra
BDI-II	Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé
BAI	Beckův inventář úzkosti
HEXACO	Šesťfaktorový model osobnosti
H	Poctivost-pokora (škála HEXACO)
E	Emocionalita (škála HEXACO)
X	Extraverze (škála HEXACO)
A	Přívětivost (škála HEXACO)
C	Svědomitost (škála HEXACO)
O	Otevřenost vůči zkušenosti (škála HEXACO)
PSSI	Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti
DS	Sebejistý–disociální (škála PSSI)
PN	Nedůvěřivý–paranoidní (škála PSSI)
SZ	Rezervovaný–schizoidní (škála PSSI)
SN	Sebekritický–sebenejistý (škála PSSI)
NT	Pečlivý–nutkavý (škála PSSI)
ST	Intuitivní–schizotypní (škála PSSI)
RP	Optimistický–rapsodický (škála PSSI)
NR	Ctižádnostivý–narcistický (škála PSSI)
NG	Kritický–negativistický (škála PSSI)
ZS	Loajální–závislý (škála PSSI)
BL	Impulzivní–borderline (škála PSSI)
HI	Příjemný–histriónský (škála PSSI)
DP	Klidný–depresivní (škála PSSI)
OB	Ochotný–obětující se (škála PSSI)
MCM	Millon Clinical Multiaxial Inventory
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
IPDE	International Personality Disorder Examination
DIPD-R	Diagnostic Interview for Personality Disorders-Revised
PDQ-R	Personality Diagnostic Questionnaire-Revised
WISPI-IV	Wisconsin Personality Disorders Inventory
SCID-II	Structured Interview for Personality Disorders

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Cílovou populaci jsme se rozhodli vymežit z hlediska diagnostické kategorie poruchy osobnosti. Je zřejmé, že zvolené kritérium plní zároveň funkci diferenciací odlišující klinickou skupinu od té kontrolní. S ohledem na ně byly zvoleny i dvě metody sběru dat. V případě klinické skupiny jsme se rozhodli pro účelový výběr přes instituci, zatímco v případě skupiny kontrolní pro výběr příležitostný, následně i lavinový.

Samotnému oslovení a navázání spolupráce předcházela průzkum pracovišť adekvátních pro náš výzkumný účel. Z hlediska systematického pokrytí jsme využili krajského uspořádání České republiky – tzn. čtrnácti samosprávních krajů (včetně hlavního města Prahy). V této souvislosti jsme se rozhodli pro oslovení minimálně deseti soukromých poskytovatelů klinické psychologie a psychiatrie za každý kraj, všech Fakultních nemocnic³² a některých psychiatrických zařízení³³. Na základě doporučení jsme tento výčet následně rozšířili i o nestátní neziskovou organizaci Kaleidoskop. Ve výsledku tak bylo osloveno 326 potenciálních spolupracovníků, a to prostřednictvím emailu zřízeného výhradně pro účel výzkumu. Jeho založení mimo jiné doprovázelo i sepsání univerzální zprávy. Ta byla následně zasílána na vytipované emailové adresy. Jejím záměrem bylo navázání spolupráce prostřednictvím poskytnutí několika informací. Adresát byl seznámen s osobou výzkumnice, účelem kontaktování a metodologickým rámcem výzkumu. Ten zahrnoval především výzkumný problém a popis testové baterie (včetně úvodního oslovení respondenta). Další informace byly poskytovány již individuálně na základě obdržené odpovědi.

³² Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnice v Motole, Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Všeobecná Fakultní nemocnice v Praze.

³³ Národní ústav duševního zdraví, psychiatrická nemocnice Kosmonosy, psychiatrická nemocnice Jihlava, psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, psychiatrické oddělení Klatovské nemocnice, psychiatrická léčebna Lnáře, psychiatrická nemocnice Písek, psychiatrická léčebna Červený Dvůr, psychiatrické oddělení nemocnice Tábora, psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice, psychiatrické a psychoterapeutické oddělení nemocnice Ostrov, psychiatrická klinika fakultní nemocnice Hradce Králové, psychiatrické oddělení Albertinum – odborný léčebný ústav Žamberk, psychiatrická léčebna Štenberk, psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Olomouc, psychiatrická nemocnice v Opavě, psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, privátní psychiatrická a psychosomatická klinika v Třinci, psychiatrické oddělení nemocnice s poliklinikou Havířov, psychiatrická nemocnice v Kroměříži, psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Brno.

Ve výsledku byla spolupráce navázána s deseti poskytovateli klinické psychologie či psychiatrie – ve většině případů šlo o soukromou praxi. Případné upřesňování informací bylo často uskutečňováno přes několik emailových zpráv. V této souvislosti jsme se obávali opomenutí některého ze zásadních prvků výzkumu. Rozhodli jsme se tak pro vytvoření univerzálního manuálu sběru dat. Jeho předmětem byl především souhrn stanovených kritérií pro možné zařazení a nezařazení do studie. Vyžadována byla diagnóza poruchy osobnosti dle MKN-10 (F60.0–F60.9), plnoletost (tzn. 18 let), dlouhodobě stabilní psychický stav (tzn. absence potřeby krizové intervence, hospitalizace, úpravy medikace), zájem o výzkumnou studii (tzn. ochota vyplnit testovou baterii) a udělení souhlasu k nakládání s daty. V této souvislosti je však nutné poznamenat, že na základě diskuze a počátečního průběhu výzkumu, muselo být kritérium – diagnóza poruchy osobnosti dle MKN-10, upraveno. Porucha osobnosti byla i nadále vyžadována – nemusela být však nutně součástí anamnézy. Jinými slovy, diagnóza měla být identifikována ze strany samotných klinických psychologů a psychiatrů. Mimo potřebu krizové intervence, hospitalizace či úpravu medikace byla k vylučujícím kritériím zařazena i některá psychická onemocnění – konkrétně mentální retardace a psychotická porucha.

Námi zkonstruovaný manuál dále zahrnoval kontaktní údaje a předpokládaný termín ukončení výzkumu. Ten byl stanoven na 30.11.2019 – jak pro klinickou, tak i kontrolní skupinu. Sběr dat klinické skupiny byl započat počátkem března – zasláním dohodnutého počtu tištěné testové baterie (společně s manuálem) na smlouvenou adresu. Jeho trvání tak činí devět měsíců, v průběhu kterých byla sada inventářů administrována vytipovaným klientům – ze strany deseti klinických psychologů a psychiatrů. V případě jejich předčasného vyplnění byla zaslána další sada sjednaného počtu. Navrácení vyplněných baterií bylo realizováno opětovně za využití poštovních služeb. Náklady s nimi spojené byly uhrazeny bankovním převodem – pokud nedošlo k jejich prominutí. Tímto způsobem jsme obdrželi data od 65 respondentů. Čtrnáct testových baterií jsme však museli vyloučit – dvě z důvodu neúplného vyplnění a dalších dvanáct vzhledem k současné hospitalizaci. Jako vhodných tak bylo shledáno 51 respondentů zastupujících klinickou skupinu.

V této souvislosti se jako nezbytné jeví vyjádřit se ke kritériu – dlouhodobě stabilní psychický stav. Ten měl být zhodnocen nejen na základě úsudku klinických psychologů a psychiatrů, ale i prostřednictvím Beckových inventářů – BDI-II a BAI. Připomínáme, že cut off skóre bylo v případě Beckova inventáře deprese zvýšeno na hodnotu 18. U Beckova inventáře úzkosti jsme se rozhodli pro hodnotu 17. V případě akutního stavu respondentů

nás Preiss od diagnostiky osobnosti odrazuje – ve smyslu vysokého rizika negativního zkreslení výsledků. S počtem 51 respondentů jsme se tak rozhodli pracovat pouze při dosahování druhého výzkumného cíle. Ke zjišťování statisticky významných rozdílů v dimenzích HEXACO a PSSI (výzkumný cíl 1) – byli vybráni pouze jedinci stabilizovaní – s přijatelným skóre v Beckových inventářích ($n = 18$).

V souvislosti s kontrolní skupinou – tedy odlišnou cílovou populací bylo nezbytné stanovit i nová kritéria pro možné zařazení a nezařazení do studie. Vyžadována byla opět plnoletost, podepsání informovaného souhlasu, zájem o výzkumnou studii, absence psychiatrické diagnózy a celková hodnota Beckových inventářů nepřevyšující stanovené cut off skóre³⁴. Testová baterie byla i v tomto případě administrována formou tužka–papír, a to v průběhu tří měsíců. Kombinací příležitostného a lavinové výběru se nám podařilo kontrolní skupinu zastoupit počtem 75 vhodných respondentů – tři baterie byly vyřazeny pro neúplné vyplnění a další tři pro přítomnost psychického onemocnění. V této souvislosti lze rozlišit hned několik fází – prvotní vytipování potenciálních respondentů s důrazem na heterogenitu (věkovou, pohlavní, statusovou), jejich následné oslovení a samotnou administraci testové baterie. Ze strany těchto dobrovolníků nám byl následně zprostředkován kontakt s dalšími zájemci o výzkum.

³⁴ BDI-II: 13 (Preiss & Vacíř, 1999).

³⁴ BAI: 12 (Kamarádová et al., 2016).

Srovnání klinické a kontrolní skupiny z hlediska kategorických proměnných uvádí tabulka 7.

Tab. 5 Srovnání klinické a kontrolní skupiny z hlediska kategorických proměnných

Kategorické proměnné a jejich úrovně	Kontrolní skupina		Klinická skupina		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Pohlaví					0,03	1	0,861
Muž	25	33,3	18	35,3			
Žena	50	66,6	33	64,7			
Vzdělání					28,10	4	< 0,001
ZŠ	1	1,3	9	17,6			
SŠ bez maturity	10	13,3	17	33,3			
SŠ s maturitou	18	24,0	14	27,5			
VOŠ	6	8,0	4	7,8			
VŠ	40	53,3	7	13,7			
Status					36,25	2	< 0,001
Student	34	45,3	4	7,8			
Pracující	35	46,7	21	41,2			
Ostatní	6	8,0	26	51,0			
Rodinný stav					14,72	5	0,005
Svobodný/á	21	28,0	17	33,3			
Partner/ka	24	32,0	11	21,6			
Ženatý/vdaná	28	37,3	12	23,5			
Rozvedený/á	1	1,3	9	17,6			
Vdovec/vdova	1	1,3	1	2,0			
Ostatní	0	0,0	1	2,0			
Duševní porucha v rodinné anamnéze					11,05	1	0,001
Ne	62	82,7	29	56,9			
Ano	13	17,3	22	43,1			
Somatické onemocnění					6,14	1	0,013
Ne	62	82,7	32	62,7			
Ano	13	17,3	19	37,3			
Medikace					58,56	1	< 0,001
Ne	656	88,0	10	19,6			
Ano	9	12,0	41	80,4			
Péče psychologa v minulosti					30,61	1	< 0,001
Ne	65	86,7	20	60,8			
Ano	10	13,3	31	39,2			
Péče psychiatra v minulosti					45,10	1	< 0,001
Ne	73	97,3	23	45,1			
Ano	2	2,7	28	54,9			

Mimo prezentovaná data byli respondenti dotazováni i na svůj věk. Ten se ukázal být signifikantně vyšší u skupiny klinické ($M = 40,45$; $SD = 14,69$). V porovnání s kontrolní skupinou ($M = 33,41$; $SD = 13,91$) dosahoval rozdílu následující hodnoty: $t(124) = 2,72$; $p = 0,007$; $d = 0,49$. Další charakteristiky jsou již součástí tabulkového zobrazení. Z hlediska pohlaví vykazují obě skupiny podobné poměrové zastoupení – tzn. přibližně dvě třetiny žen. Proměnná vzdělání naproti tomu již vykazuje statisticky významný rozdíl – nejvyšším vzděláním ve skupině pacientů bylo základní, případně středoškolské bez maturity. Zatímco ve skupině kontrolní pozorujeme mnohem větší zastoupení

vysokoškoláků. Kontrolní skupinu lze mimo to charakterizovat i statisticky významnějším zastoupením studentů. V případě klinické skupiny byla nejvíce frekventovanou odpovědí možnost „ostatní“. Charakter této položky byl polouzavřený, tak aby měl respondent možnost svou odpověď blíže specifikovat. Uváděna byla mateřská dovolená, invalidní, starobní důchod a momentální nezaměstnanost. Co se týče rodinného stavu – skupina pacientů vykazuje signifikantně větší množství osob rozvedených. Tuto skupinu lze mimo jiné charakterizovat i přítomností somatického onemocnění (*obezita, artróza, hypertenze, diabetes, ischemická choroba srdeční, onemocnění pohybového aparátu, hypotyreóza, migréna, bolesti břicha, astma, psoriáza, porucha zraku, hypotenze, anémie*), užíváním medikace, dřívějším využíváním psychologické či psychiatrické péče a duševní poruchou v rodinné anamnéze. Farmakoterapie v případě kontrolní skupiny vždy souvisela s diagnózou některé tělesné dysfunkce.

Zaměříme-li se pouze na skupinu pacientů, 15 (29,4 %) osob uvedlo, že navštěvuje psychologa, 11 (21,6 %) osob, že navštěvuje psychiatra, a 25 (49,0 %) osob, že navštěvuje psychologa i psychiatra. Dále 33 (64,7 %) osob z klinické skupiny uvedlo, že v minulosti bylo hospitalizováno v psychiatrické nemocnici. Věk, ve kterém bylo duševní onemocnění diagnostikováno, se pohyboval od 14 do 64 let ($M = 30,32$; $SD = 11,96$). Výpočet relativní a absolutní četnosti uváděných psychiatrických diagnóz se však jeví jako málo vypovídající. Důvodem jsou nejasné odpovědi respondentů (např.: úzkosti), příliš vysoký stupeň zobecnění (např.: porucha osobnosti), polymorbidita (respondenti mnohdy vykazovali i několik úrovní této proměnné) a heterogenita (mimo samotnou kategorii poruch osobnosti nebylo žádné další duševní onemocnění uváděno opakovaně). Obecně však můžeme říci, že tou nejčastěji uváděnou diagnózou byla emočně nestabilní porucha osobnosti ($n = 12$). V odpovědích respondentů lze dále rozlišit i disociální a smíšenou poruchu osobnosti.

6.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

Vzhledem k tematickému zaměření a cílové populaci byla etické otázce věnována zvýšená pozornost. Za stěžejní v této souvislosti považujeme vstupní oslovení a informovaný souhlas. Předně byl klient seznámen s účelem výzkumu a potřebou jeho spolupráce. Ta z naší strany zahrnovala především profesionální a psychologický etický přístup. V případě jakýchkoliv nejasností či dotazů byl respondent vyzván k využití přiloženého kontaktu, kterým byl email zřízen výhradně pro potřeby výzkumu. Přístup k němu měla pouze autorka práce. Žádný z respondentů však této možnosti nevyužil. Tuto skutečnost hodnotíme pozitivně a pokládáme za ukazatel zdárného průběhu výzkumu a sběru dat. Jako nejrelevantnější však vnímáme zpětnou vazbu ze strany samotných psychologů a psychiatrů. Té se nám dostávalo skrze emailového a telefonického spojení – a to po celou dobu trvání výzkumu. V této souvislosti jsme rovněž předpokládali, že sběr dat přes instituci sníží riziko možné dekompenzace psychického stavu. Té jsme se snažili předejít i některými kritérii pro možné zařazení do studie – zejména dlouhodobě stabilním psychickým stavem. Vyžadováno bylo i podepsání informovaného souhlasu. Důraz zde byl kladen na anonymitu respondentů (nemožnost propojení výsledků s konkrétní osobou), dobrovolnou účast ve výzkumu, mlčenlivost výzkumnice a možnost od účasti ve výzkumu kdykoliv odstoupit. Podepsáním informovaného souhlasu nám účastníci výzkumu dali možnost prezentace anonymizovaných výsledků ve formě diplomové práce, článku, či příspěvku na konferenci.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Pro potřeby statistické analýzy byla získána data zpracována do podoby databáze – prostřednictvím Microsoft Office 365 Excel. V průběhu jsme mimo jiné dbali na náhodnou kontrolu minimálně deseti položek u každého respondenta – abychom tak snížili pravděpodobnost možné chyby při přepisu údajů z tištěných testových baterií. K samotnému zpracování dat bylo využito statistického softwaru IBM SPSS Statistics. V této souvislosti lze rozlišit hned několik fází a jím relevantní metody – ověření normality všech proměnných (histogramy, krabicové grafy), zjišťování statisticky významných rozdílů v aritmetických průměrech (nezávislé *t*-testy, krabicové grafy) a zjišťování signifikantních vztahů (Pearsonova součinná korelace)³⁵. Na základě získaných výsledků jsme se následně rozhodli pro rozšíření o faktorovou analýzu – její podstatu pro PSSI objasníme v další části textu. Uspořádání následující části textu odpovídá posloupnosti jednotlivých kroků při statistické práci s daty.

7.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

ČÁST 1.: identifikace statisticky významných rozdílů v dimenzích HEXACO z hlediska skupiny (výzkumný cíl 1)

V souvislosti s prvním výzkumným cílem opětovně upozorňujeme na nutnost snížit rozsah výzkumného souboru – konkrétně o ty respondenty, které z hlediska Beckových inventářů shledáváme jako nestabilizované ($n = 33$). Důvodem je zejména naše snaha o minimalizaci rizika negativního zkreslení výsledků při diagnostice osobnosti v akutním stavu.

Srovnávána tak byla skupina kontrolní ($n = 75$) se skupinou klinickou ($n = 18$) – prostřednictvím nezávislých *t*-testů nepředpokládajících shodu rozptylů. Výsledky ukazuje tabulka 6.

³⁵ Za statisticky významné považujeme hodnoty dosahující signifikance na hladině významnosti 0,05.

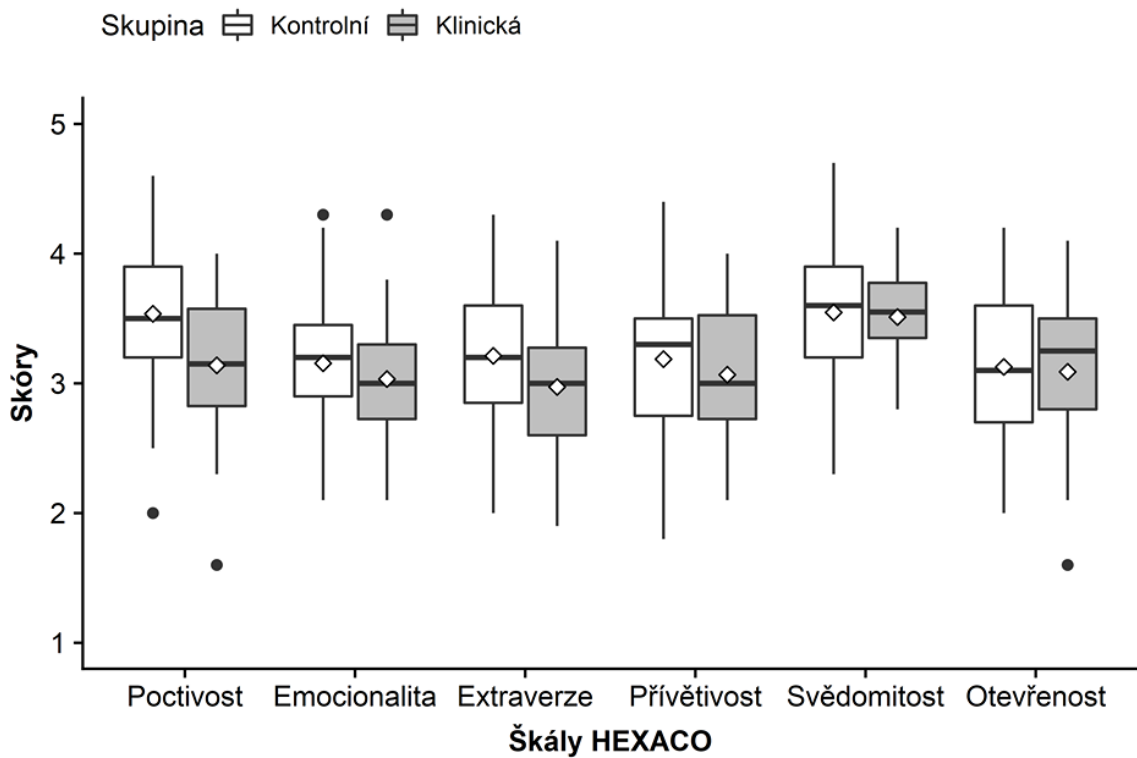
Tab. 6 Srovnání skupin ve škálách HEXACO

Škály HEXACO	Klinická skupina		Kontrolní skupina		Klinická skupina vs. Kontrolní skupina			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Poctivost-pokora	3,54	0,52	3,14	0,63	2,47	22,76	0,021	0,77
Emocionalita	3,15	0,49	3,03	0,54	0,87	24,06	0,393	0,25
Extraverze	3,21	0,52	2,97	0,58	1,60	23,87	0,122	0,46
Přívětivost	3,19	0,54	3,07	0,55	0,83	25,51	0,415	0,22
Svědomitost	3,55	0,52	3,51	0,44	0,30	29,53	0,770	0,07
Otevřenost vůči zkušenosti	3,13	0,55	3,09	0,70	0,21	22,26	0,834	0,07

Pozn.: kontrolní skupina ($n = 75$), klinická skupina ($n = 18$).

Jak můžeme vidět – jediný signifikantní rozdíl mezi kontrolní a klinickou skupinou byl shledán ve škále poctivost-pokora ($d = 0,77$), kde kontrolní skupina vykazovala vyšší průměrný skór. Grafické srovnání umožňuje obrázek 1.

Obrázek 1 Srovnání skupin ve škálách HEXACO – krabicové grafy



ČÁST 2.: identifikace statisticky významných vztahů mezi dimenzemi HEXACO a PSSI (výzkumný cíl 2)

V následující části textu lze rozlišit tři oblasti výsledků korelační analýzy dat:

1. korelaci mezi škálami HEXACO a celkovým skórem BDI-II a BAI (tabulka 7),
2. korelaci mezi škálami PSSI a celkovým skórem BDI-II a BAI (tabulka 8),
3. korelaci mezi škálami HEXACO a PSSI (tabulka 9).

Tab. 7 Korelace mezi škálami HEXACO a celkovým skórem BDI-II a BAI

Škály	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Poctivost-pokora							
2. Emocionalita	0,00						
3. Extraverze	0,08	-0,01					
4. Přívětivost	0,33	-0,21	0,05				
5. Svědomitost	0,21	-0,16	0,18	0,13			
6. Otevřenost vůči zk.	0,07	0,18	0,07	0,05	0,04		
7. BDI-II	-0,05	0,29	-0,43	-0,21	-0,17	0,10	
8. BAI	-0,07	0,38	-0,21	-0,21	-0,17	0,13	0,76

Pozn.: $n = 126$. Signifikanci na hladině významnosti 0,05 vykazují hodnoty od 0,18 a výše. Signifikanci na hladině významnosti 0,001 vykazují hodnoty od 0,29 a výše.

Jak můžeme vidět, škály HEXACO spolu korelovaly poměrně slabě – nejsilnější korelace se vyskytla mezi poctivostí-pokorou a přívětivostí ($r = 0,33$). S BDI-II nejsilněji korelovala extraverze ($r = -0,43$), zatímco s BAI emocionalita ($r = 0,38$). BDI-II a BAI spolu korelovaly silně ($r = 0,76$).

Tab. 8 Korelace mezi škálami PSSI a celkovým skórem BDI-II a BAI

Škály	DS	PN	SZ	SN	NT	ST	RP	NR	NG	ZS	BL	HI	DP	OB	BDI-II
PN	0,29														
SZ	0,17	0,59													
SN	-0,17	0,26	0,25												
NT	0,04	0,06	0,04	0,09											
ST	0,14	0,07	-0,04	-0,13	0,18										
RP	0,21	-0,51	-0,57	-0,37	0,16	0,36									
NR	0,51	0,04	-0,16	-0,01	0,09	0,25	0,34								
NG	0,33	0,65	0,47	0,42	0,05	0,09	-0,37	0,26							
ZS	0,04	0,21	-0,08	0,47	0,32	0,11	0,02	0,27	0,42						
BL	0,10	0,57	0,41	0,55	-0,03	0,13	-0,40	0,10	0,69	0,47					
HI	0,39	-0,20	-0,37	-0,42	0,10	0,42	0,71	0,50	-0,12	0,11	-0,19				
DP	-0,08	0,58	0,45	0,68	-0,05	-0,08	-0,68	-0,07	0,61	0,34	0,77	-0,52			
OB	-0,08	0,29	0,06	0,42	0,29	0,16	0,04	0,07	0,38	0,55	0,52	0,00	0,42		
BDI-II	-0,08	0,61	0,49	0,46	0,01	0,13	-0,47	-0,11	0,58	0,29	0,70	-0,29	0,74	0,51	
BAI	-0,04	0,50	0,36	0,40	0,01	0,25	-0,28	0,03	0,51	0,34	0,70	-0,07	0,57	0,46	0,76

Pozn.: $n = 126$. Korelace s absolutní hodnotou vyšší než 0,50 jsou vyznačeny tučně. Signifikanci na hladině významnosti 0,05 vykazují hodnoty od 0,18 a výše. Signifikanci na hladině významnosti 0,01 vykazují hodnoty od 0,23 a výše. Signifikanci na hladině významnosti 0,001 vykazují hodnoty od 0,29 a výše.

Jak můžeme vidět – s BDI-II a BAI nejsilněji korelovaly tyto škály PSSI: nedůvěřivý–paranoidní (PN), kritický–negativistický (NG), impulzivní–hraniční (BL) a klidný–depresivní (DP).

Tab. 9 Korelace mezi škálami HEXACO a PSSI

Škály PSSI	Škály HEXACO					
	H	E	X	A	C	O
DS	-0,37	-0,07	0,23	-0,39	-0,06	0,01
PN	-0,39	0,17	-0,39	-0,41	-0,12	0,13
SZ	-0,23	-0,04	-0,51	-0,19	0,04	0,00
SN	-0,05	0,45	-0,48	-0,16	-0,09	0,00
NT	0,10	0,20	0,15	-0,01	0,58	0,21
ST	0,08	0,11	0,29	0,15	0,04	0,29
RP	0,15	-0,05	0,69	0,21	0,12	0,13
NR	-0,28	0,02	0,37	-0,32	-0,02	0,08
NG	-0,37	0,22	-0,35	-0,42	-0,25	0,17
ZS	-0,01	0,50	-0,10	-0,14	-0,08	0,09
BL	-0,20	0,38	-0,38	-0,28	-0,23	0,13
HI	-0,07	0,04	0,73	-0,03	0,05	0,15
DP	-0,13	0,38	-0,59	-0,27	-0,18	0,08
OB	0,09	0,43	-0,09	-0,14	-0,04	0,20

Pozn.: $n = 126$. Signifikanci na hladině významnosti 0,05 vykazují hodnoty od 0,18 a výše. Signifikanci na hladině významnosti 0,01 vykazují hodnoty od 0,23 a výše. Signifikanci na hladině významnosti 0,001 vykazují hodnoty od 0,29 a výše.

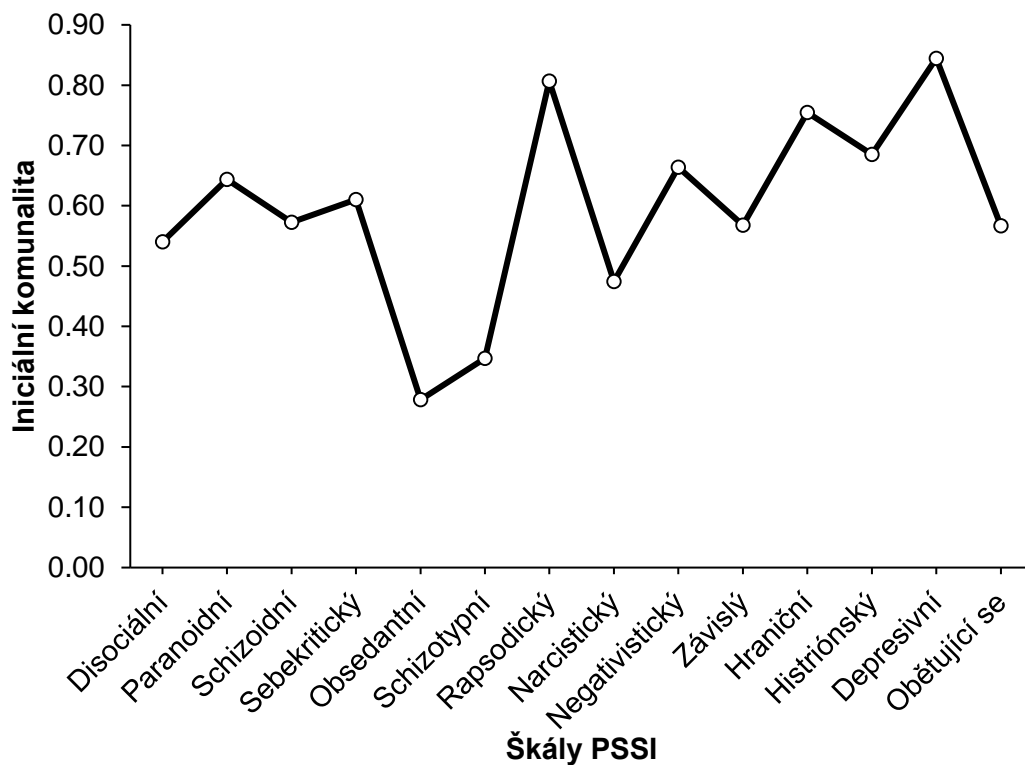
Jak můžeme vidět – s **poctivostí-pokorou** nejsilněji korelovaly škály DS: sebejistý–disociální ($r = -0,37$), PN: nedůvěřivý–paranoidní ($r = -0,39$) a NG: kritický–negativistický ($r = -0,37$); s **emocionalitou** škály SN: sebekritický–sebenejistý ($r = 0,45$), ZS: loajální–závislý ($r = 0,50$) a OB: ochotný–obětující se ($r = 0,43$); s **extraverzí** škály SZ: rezervovaný–schizoidní ($r = -0,51$), RP: optimistický–rapsodický ($r = 0,69$), HI: příjemný–histrionický ($r = 0,73$) a DP: klidný–depresivní ($r = -0,59$); s **přívětivostí** škály DS: sebejistý–disociální ($r = -0,39$), PN: nedůvěřivý–paranoidní ($r = -0,41$) a NG: kritický–negativistický ($r = -0,42$); se **svědomitostí** škála NT: pečlivý–nutkavý ($r = 0,58$) a s **otevřeností vůči zkušenosti** škála ST: intuitivní–schizotypní ($r = 0,29$).

ČÁST 3.: faktorová analýza škál PSSI

Protože inventář PSSI obsahuje poměrně velké množství škál a některé z nich spolu relativně silně korelovaly, byla provedena faktorová analýza – za účelem identifikace menšího množství latentních proměnných, které by mohly vysvětlit variabilitu škál PSSI.

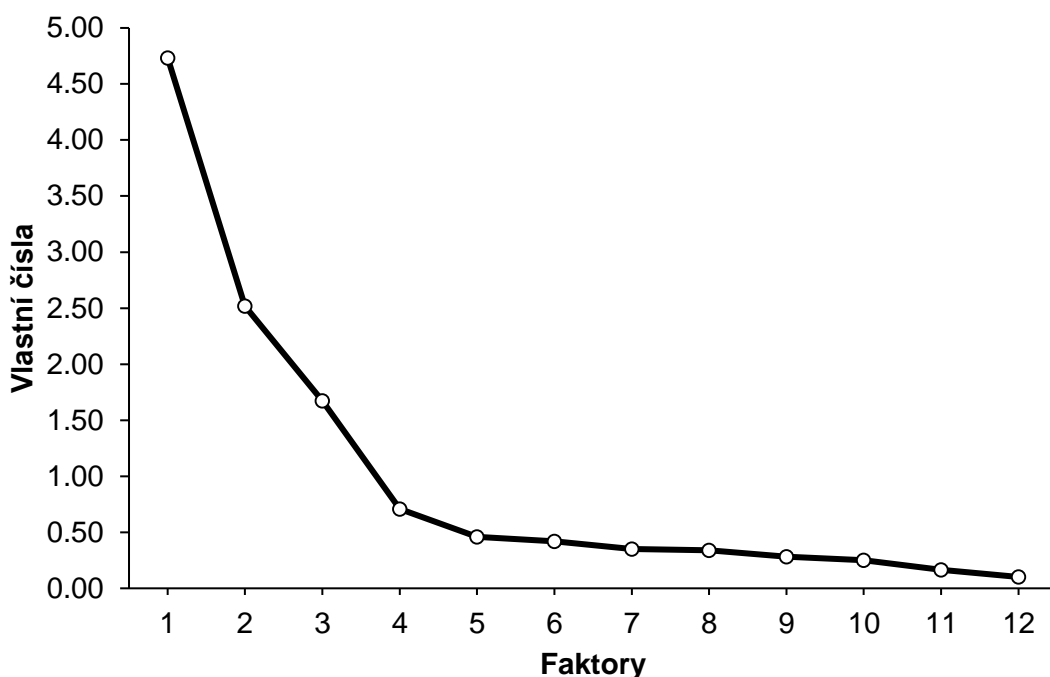
Aby bylo faktorové řešení stabilní, byly z faktorové analýzy vyřazeny škály intuitivní–schizotypní (ST) a pečlivý–nutkavý (NT) – ve srovnání s ostatními škálami vykazovaly podstatně nižší iniciální komunalitu³⁶, jak ukazuje obrázek 2. Sutinový graf vlastních čísel (obrázek 3) pak poměrně jasně nasvědčoval tří faktorovému řešení. Toto řešení bylo také zvoleno.

Obrázek 2 Iničiální komunalita škál PSSI



³⁶ Odpovídají podílu rozptylu vysvětlenému všemi ostatními škálami.

Obrázek 3 Sutinový graf vlastních čísel



K extrakci faktorů byla následně zvolena metoda maximum likelihood (maximální věrohodnost) s šikmou rotací faktorů direct oblmin. Korelace mezi faktory však byly poměrně nízké: $r = -0,11$ (korelace 1. a 2. faktoru), $r = 0,28$ (korelace 1. a 3. faktoru) a $r = 0,04$ (korelace 2. a 3. faktoru). Tabulka 10 ukazuje matici faktorových nábojů. Jak můžeme vidět, faktor 1 lze interpretovat jako nedůvěru (až pesimismus), faktor 2 jako sebeprosazení a faktor 3 jako poddajnost (až sebeznevažování).

Tab. 10 Explorační faktorová analýza škál PSSI – matice faktorových nábojů

Škály PSSI	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Nedůvěřivý–paranoidní	0,76	0,17	0,13
Rezervovaný–schizoidní	0,76	-0,03	-0,11
Optimistický–rapsodický	-0,73	0,51	0,04
Kritický–negativistický	0,62	0,27	0,40
Klidný–depresivní	0,55	-0,30	0,54
Sebejistý–disociální	0,36	0,75	-0,16
Příjemný–histriónský	-0,37	0,73	-0,01
Ctižádostivý–narcistický	-0,02	0,63	0,19
Ochotný–obětující se	-0,09	0,04	0,74
Loajální–závislý	-0,10	0,14	0,72
Sebekritický–sebenejistý	0,15	-0,32	0,65
Impulzivní–borderline	0,45	0,04	0,64
Součet čtverců faktorových nábojů	2,87	2,05	2,44

Pozn.: $n = 126$. $\chi^2(33) = 80,91, p < 0,001$. $KMO = 0,795$. Faktorové náboje vyšší než 0,50 jsou zvýrazněny tučně. Metoda extrakce: maximum likelihood. Metoda rotace: direct oblmin.

ČÁST 4: identifikace statisticky významných rozdílů v dimenzích PSSI z hlediska skupiny (výzkumný cíl 1)

Aby bylo možné skupiny porovnat, byly faktorové skóry uloženy jako nové proměnné (s $M = 0,00$ a $SD \approx 1,00$ pro celý vzorek). Srovnání kontrolní a klinické skupiny ukazuje tabulka 11.

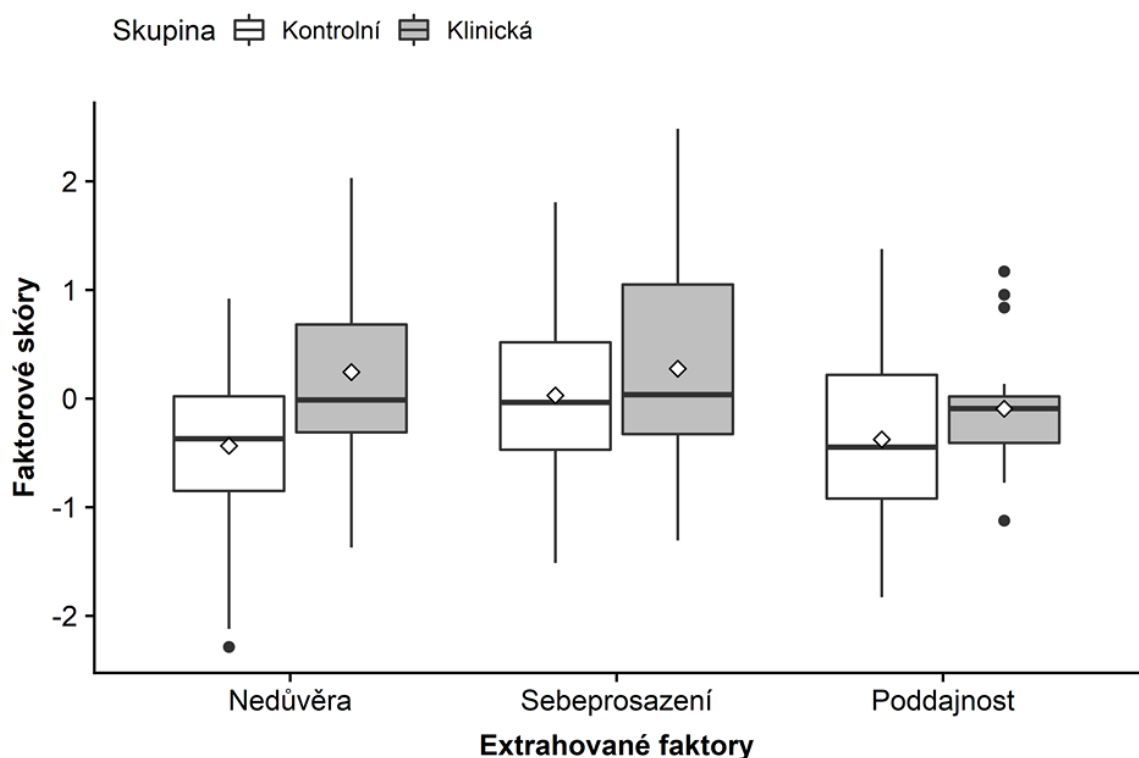
Tab. 11 Srovnání skupin ve vybraných škálách PSSI a faktorových skórech

PSSI	Kontrolní skupina		Klinická skupina		Kontrolní skupina vs. Klinická skupina			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Pečlivý–nutkavý	18,71	4,22	17,56	3,11	-1,31	33,79	0,200	-0,27
Intuitivní–schizotypní	14,43	5,19	12,61	5,74	-1,23	24,12	0,232	-0,35
Nedůvěra–pesimismus	-0,44	0,69	0,24	0,91	2,96	21,90	0,007	0,98
Sebeprosazení	0,03	0,73	0,28	1,03	0,96	21,26	0,348	0,34
Poddajnost–sebeznevažování	-0,38	0,76	-0,09	0,60	1,70	31,80	0,099	0,37

Pozn.: kontrolní skupina ($n = 75$), klinická skupina ($n = 18$).

Kontrolní a klinická skupina se signifikantně lišili pouze ve faktorovém skóru nedůvěry – tento rozdíl je však výrazný ($d = 0,98$). Grafické srovnání nabízí obrázek 4.

Obrázek 4 Srovnání skupin ve faktorových skórech PSSI



7.2 Platnost stanovených hypotéz

H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí intuitivní–schizotypní (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = 0,29$; $p = 0,000988$).

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí příjemný–histrionický (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = 0,73$; $p = < 0,00001$).

H3: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí nedůvěřivý–paranoidní (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,39$; $p = < 0,00001$).

H4: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí rezervovaný–schizoidní (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,51$; $p = < 0,00001$).

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí kritický–negativistický (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,35$; $p = 0,000059$).

H6: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí impulzivní–borderline (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,38$; $p = 0,000011$).

H7: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverze (HEXACO-60) a dimenzí klidný–depresivní (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,59$; $p = < 0,00001$).

H8: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí otevřenost vůči zkušenosti (HEXACO-60) a dimenzí intuitivní–schizotypní (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = 0,29$; $p = 0,000988$).

H9: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí kritický–negativistický (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,25$; $p = 0,004754$).

H10: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí impulzivní–borderline (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,23$; $p = 0,009574$).

H11: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí klidný–depresivní (PSSI).

Hypotézu přijímáme: ($r = -0,18$; $p = 0,04371$).

8 DISKUZE

Pro zvýšení přehlednosti jsme se rozhodli pro rozčlenění následující kapitoly na pět částí – jejich posloupnost koresponduje s kapitolou předcházející.

ČÁST 1.: identifikace statisticky významných rozdílů v dimenzích HEXACO z hlediska skupiny (výzkumný cíl 1)

Výsledky uvedené v tabulce 6 dokládají, že klinickou a kontrolní skupinu lze diferencovat z hlediska jediné dimenze. Tou je poctivost-pokora, kde kontrolní skupina vykázala vyšší průměrný skór. Lze tedy předpokládat, že těmi, kdo se budou zdráhat použít manipulaci jako prostředku k dosažení vlastních cílů, jsou jedinci zdraví (bez poruchy osobnosti). Charakterističtější je pro ně i určitá lhostejnost k majetku či společenskému postavení. V kontaktu s druhými lidmi se pak projevují pokorněji. Jejich vystupování je přirozenější (Ashton & Lee, 2008; Baumgartner & Kopuničová, 2016; Lee & Ashton, 2009a). Tuto skutečnost pokládáme za zvlášť hodnotnou a upozorňujeme na opodstatněnost šesté dimenze koncipující model HEXACO.

Relevantní se však škála jeví i k takovým skutečnostem jakými jsou delikty uskutečněné v zaměstnání či ochota účastnit se neetických skutků (úplatkářství, škody na životním prostředí, sexuální obtěžování). Ashton a Lee (2008) v této souvislosti upozorňují na možné příčiny protiprávního jednání, kterými jsou právě nízké hodnoty ve škále poctivost-pokora (Ashton & Lee, 2008). Vyšší pravděpodobnost násilného chování je ve vztahu k poruchám osobnosti pravidelně prokazována. V literatuře se lze dokonce setkat s pomyslným rovnítkem mezi diagnostickou kategorií a zločinem – zejména pak zločinem vykazujícím vysoký stupeň agrese (např.: vražda, znásilnění). Závažnější typ činů lze konkrétně přisoudit poruchám osobnosti clustru B – tzn. poruše osobnosti antisociální, hraniční a narcistické. 47–69 % pachatelů závažných trestných činů naplňuje diagnostická kritéria pro alespoň jeden z uvedených typů onemocnění. Nižší pravděpodobností spáchání trestného činu lze naopak charakterizovat poruchy osobnosti clustru C. Páchání násilných skutků lze však přisoudit jakékoliv specifické poruše osobnosti. Souhrn příznačných trestných činů pro jednotlivé typy onemocnění a podstatu jejich páchání uvádí tabulka 12 (Pastwa-Wojciechowska, 2017).

Tab. 12 Specifické poruchy osobnosti z hlediska páchané trestné činnosti

Poruchy osobnosti	Trestná činnost	Podstata trestné činnosti
Paranoidní porucha osobnosti	Masová vražda	Chybná interpretace a neadekvátní reakce na každodenní situace.
Schizoidní porucha osobnosti	Vražda	Lhostejnost k utrpení druhých lidí.
Disociální porucha osobnosti	Nedbalostní trestné činy (např.: zanedbání péče o dítě)	Bezohlednost a lhostejnost ke škodě způsobené ostatním.
Emočně nestabilní porucha osobnosti	Sexuální delikty	Strach z opuštění, narušení identity, emoční nestabilita, impulzivita.
Histriónská porucha osobnosti	Iniciace trestné činnosti páchané skupinou	Neschopnost přizpůsobit chování platným normám.
Anankastická porucha osobnosti	Násilí páchané na partnerech	Perfekcionismus a pečlivost.
Vyhýbavá porucha osobnosti	Sexuální delikty	Strach ze zesměšnění a odmítnutí. Trestná činnost plní funkci pomsty.
Závislá porucha osobnosti	Fyzické útoky, vražda	Nejistota, žárlivost, vztek.
Narcistická porucha osobnosti	Sexuální delikty	Přesvědčení, že ostatní lidé jsou pouhými nástroji k uspokojování potřeb.

V dalších pěti dimenzích nebyl signifikantní rozdíl mezi kontrolní a klinickou skupinou prokázán. V případě otevřenosti vůči zkušenosti je však výsledek v souladu s našimi očekávaními. V této souvislosti potvrzujeme zjištění referenčních studií (Rossier & Rigozzi, 2008; Saulsman & Page, 2004) – tedy nízký vztah této škály k poruchám osobnosti. Samuel a Widiger (2008) však tuto skutečnost zpochybňují a upozorňují na možné příčiny – způsob operacionalizace v jednotlivých metodách měření a okolnosti vzniku. Tedy, že otevřenost vůči zkušenosti byla zkonstruována s ohledem na optimální osobnost, nikoliv patologickou. Řešení vidí v modifikaci některých položek – ve smyslu jejich přetočení na maladaptivní variantu.

ČÁST 2.: identifikace statisticky významných vztahů mezi dimenzemi HEXACO a PSSI (výzkumný cíl 2)

V následující části textu si klademe za cíl zjistit, na kolik se naše výsledky shodují – případně rozcházejí, se zjištěními devíti referenčních studií. V této souvislosti odkazujeme čtenáře na třetí kapitolu této práce – Poruchy osobnosti a faktorové modely osobnosti, kde byly jednotlivé výzkumy blíže charakterizovány. Výsledky námi provedené komparace – včetně interpretace zjištěných vztahů, shrnuje tabulka 13.

Tab. 13 Interpretace výsledků a jejich komparace se zjištěními referenčních studií

Hypotéza	Shoda	Rozpor
H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí intuitivní–schizotypní (PSSI).		Costa a McCrae (1990); Brieger et al. (2000); Trull et al. (2001); Saulsman a Page (2004); Madsen et al (2006); Rossier a Rigozzi (2008); Samuel a Widiger (2008); Butrus a Witenberg (2014).
Interpretace: zvýšenou schopnost vnímání – často vůči skutečnostem, na které nelze aplikovat logické usuzování či dosavadní zkušenost lze přisoudit lidem společenským, smělým, nadšeným, optimistickým a energickým (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí příjemný–histriónský (PSSI).	Costa a McCrae (1990); Brieger et al. (2000); Morey et al. (2000); Saulsman a Page (2004); Madsen et al. (2006); Rossier a Rigozzi (2008); Samuel a Widiger (2008); Butrus a Witenberg (2014).	Trull et al. (2001).
Interpretace: společenské, smělé, nadšené, optimistické a energické jedince lze charakterizovat i neustálou potřebou pozornosti, chvály a uznání – jako i teatrálním vystupováním, excentrickou úpravou zevnějšku a tendencí ke koketnímu způsobu jednání (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H3: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí nedůvěřivý–paranoidní (PSSI).	Costa a McCrae (1990); Brieger et al. (2000); Morey et al. (2000); Trull et al. (2001); Saulsman a Page (2004); Rossier a Rigozzi (2008); Samuel a Widiger (2008); Butrus a Witenberg (2014).	Madsen et al. (2006).
Interpretace: u jedinců nespolečenských, nesmělých, lhostejných, pesimistických a pasivních lze očekávat i zvýšenou nedůvěru vůči ostatním – včetně ověřování jejich loajality a snahy identifikovat kryté úmysly (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H4: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí rezervovaný–schizoidní (PSSI).	Costa a McCrae(1990); Brieger et al. (2000); Morey et al. (2000); Trull et al. (2001); Saulsman a Page (2004); Rossier a Rigozzi (2008); Samuel a Widiger (2008); Butrus a Witenberg (2014).	
Interpretace: nespolečenským, nesmělým, lhostejným, pesimistickým a pasivním jedincům lze přisoudit i výraznou indiferenci vůči interpersonálním kontaktům, upřednostňování individuálních činností a oploštělou afektivitu (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí kritický–negativistický (PSSI).	Costa a McCrae (1990); Madsen et al. (2006); Butrus a Witenberg (2014).	
Interpretace: nespolečenské, nesmělé, lhostejné, pesimistické a pasivní jedince lze charakterizovat i netečností, nezájem a neplněním svěřených úkolů – případně jejich odkládáním (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		

Hypotéza	Shoda	Rozpor
H6: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí impulzivní–borderline (PSSI).	Trull et al. (2001); Saulsman a Page (2004); Rossier a Rigozzi (2008); Samuel a Widiger (2008); Butrus a Witenberg (2014).	Costa a McCrae (1990); Morey et al. (2000); Madsen et al. (2006).
Interpretace: nespolečenští, nesmělí, lhostejní pesimističtí a pasivní jedinci vykazují intenzivní, avšak nestálé prožívání (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H7: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí extraverte (HEXACO-60) a dimenzí klidný–depresivní (PSSI).	Madsen et al. (2006).	
Interpretace: u jedinců nespolečenských, nesmělých, lhostejných, pesimistických a pasivních lze očekávat i zvýšenou uzavřenost vůči pozitivním emocím, nadměrnou sebekritiku, znevažování vlastní osoby a častou skleslost (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H8: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi dimenzí otevřenost vůči zkušenosti (HEXACO-60) a dimenzí intuitivní–schizotypní (PSSI).	Costa a McCrae (1990); Morey et al. (2000); Trull et al. (2001); Samuel a Widiger (2008).	Saulsman a Page (2004); Madsen et al. (2006); Rossier a Rigozzi (2008); Butrus a Witenberg (2014).
Interpretace: zvědavým, tvořivým a nekonvenčním jedincům lze přisoudit i zvýšenou schopnost vnímání – často vůči skutečnostem, na které nelze aplikovat logické usuzování či dosavadní zkušenost (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H9: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí kritický–negativistický (PSSI).	Costa a McCrae (1990); Morey et al. (2000); Madsen et al. (2006); Butrus a Witenberg (2014).	
Interpretace: u chaotických, nečinných, nedbalých a nerozvážných jedinců se lze setkat s neplněním svěřených úkolů, případně jejich odkládáním (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H10: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí impulzivní–borderline (PSSI).	Costa a McCrae (1990); Trull et al. (2001); Saulsman a Page (2004); Madsen et al. (2006); Rossier a Rigozzi (2008); Samuel a Widiger (2008); Butrus a Witenberg (2014).	
Interpretace: nestálost a tendenci k impulzivnímu jednání lze očekávat u jedinců chaotických, nečinných a nerozvážných (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		
H11: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi dimenzí svědomitost (HEXACO-60) a dimenzí klidný–depresivní (PSSI).	Madsen et al. (2006).	
Interpretace: chaotické, nečinné, nedbalé a nerozvážné jedince lze charakterizovat i zvýšenou uzavřeností vůči pozitivním emocím, nadměrnou sebekritikou, znevažováním vlastní osoby, častou skleslostí a pesimistickým laděním (Lee & Ashton, 2009a; Švancara, 2002).		

Rozlišit lze hned tři typy výsledků – výsledky vykazující vysokou kongruenci s referenčními studii (hypotéza 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10 a 11); výsledky vykazující vysokou inkongruenci s referenčními studii (hypotéza 1) a výsledky vykazující shodu i nesoulad se závěry relevantních výzkumů (hypotéza 6 a 8). Dle O’Connora (2005) lze uvažovat hned

o několika příčinách zjištěného rozporu – odlišných testových metodách³⁷, výzkumných vzorcích³⁸ a postupech statistické analýzy. K tomuto odůvodnění se přikláníme a důraz klademe především na užití různorodých metod. Opětovně upozorňujeme, že není v možnostech PSSI měřit patologii. V této souvislosti lze uvažovat pouze o možné inklinaci k poruše osobnosti – na základě eskalace specifické systémové konfigurace (osobnostního stylu) (Klocek & Máchová, 2017). Jinými slovy, příčinu nejednotných výsledků sledujeme zejména ve způsobu, jakým jsou poruchy osobnosti operacionalizovány. Metaanalýza šestnácti empirických studií (osmnácti výzkumných vzorků; $n = 3207$) uskutečněná Samuelem a Widigerem (2008) tuto skutečnost potvrzuje – mimo obsedantně-kompulzivní a histriónskou poruchu osobnosti vykazuje nejvyšší oscilaci právě porucha osobnosti schizotypní (hypotéza 1 a 8). Morey et al. (2000) tento výčet rozšiřují – konkrétně o poruchu osobnosti vyhýbavou a hraniční (hypotéza 6). Lze tedy usuzovat, že jednotných zjištění by nebylo dosaženo ani v případě použití patologicky relevantnějšího nástroje.

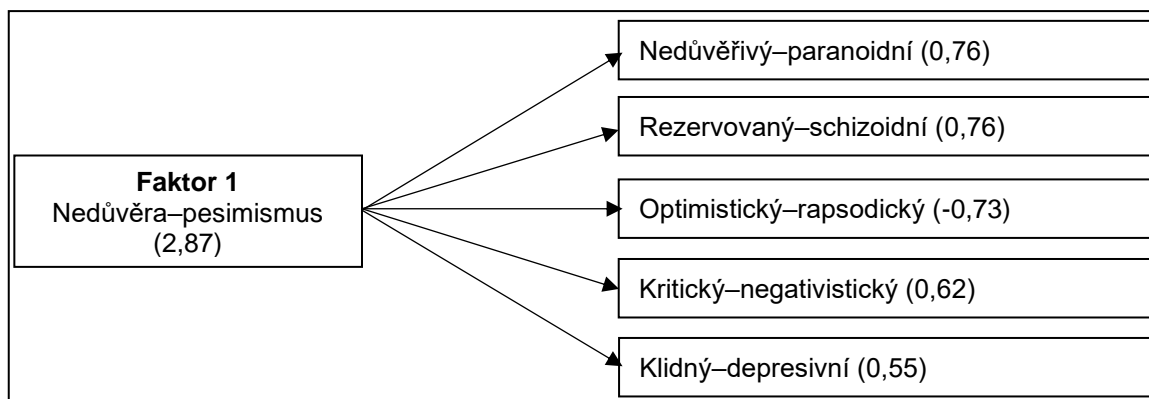
ČÁST 3.: faktorová analýza škál PSSI

V souvislosti se vztahem PSSI–HEXACO je nezbytné poukázat na rozsah korelační matice – a tedy i možnost falešně pozitivních výsledků. Ve snaze jim předejít jsme se rozhodli pro doplnění zjištěných vztahů o faktorovou analýzu PSSI – za účelem identifikace menšího množství latentních proměnných, které by mohly vysvětlit variabilitu škál PSSI. Grafickou podobu výsledků nabízí obrázek 5, 6 a 7.

³⁷ Costa a McCrae (1990): MCMI-I, MCMI-II, MMPI; Brieger et al. (2000): IPDE; Morey et al. (2000): DIPD-R; Trull et al. (2001): PDQ-R; Madsen et al. (2006): SCID-II; Rossier a Rigozzi (2008): IPDE; Butrus a Witenberg (2014): WISPI-IV.

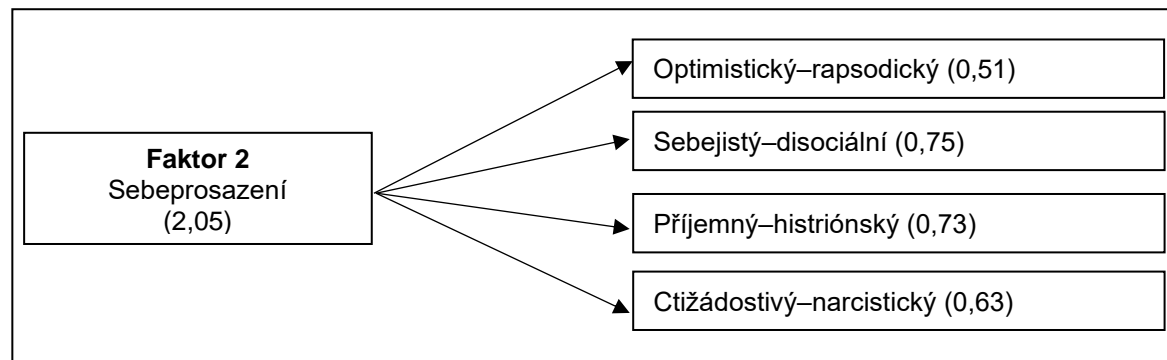
³⁸ Costa a McCrae (1990): dospělá populace a studenti vysokých škol ($n = 566$); Brieger et al. (2000): 149 bývalých pacientů a 80 zdravých jedinců; Morey et al. (2000): 144 pacientů s diagnózou poruchy osobnosti; Trull et al. (2001): 46 ambulantních pacientů a 186 vysokoškolských studentů; Madsen et al. (2006): 50 sexuálních delikventů; Rossier a Rigozzi (2008): 2014 obyvatel afrických zemí a 697 obyvatel Švýcarska; Butrus a Witenberg (2014): 313 zdravých jedinců.

Obrázek 5 Grafické schéma pro faktor 1



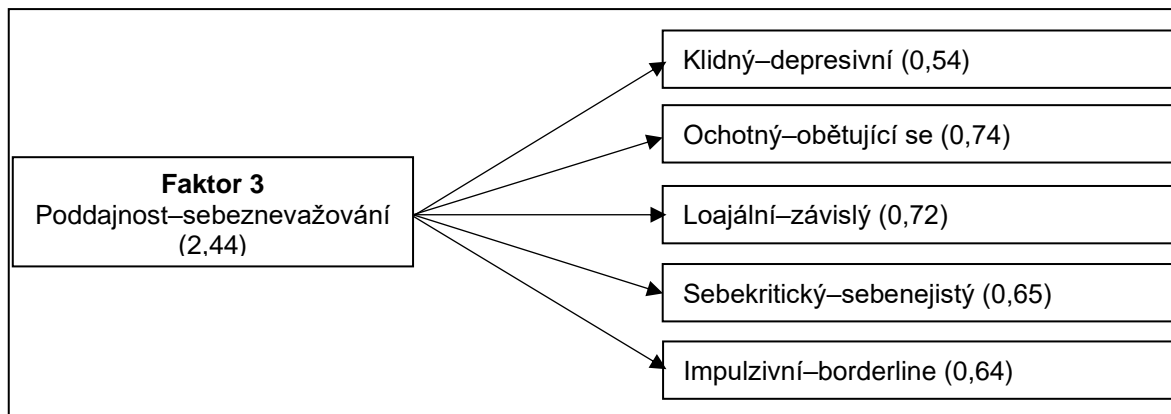
Pozn.: Schéma je doplněno o hodnoty faktorových nábojů (pravá strana) a hodnotu součtu čtverců faktorových nábojů (levá strana).

Obrázek 6 Grafické schéma pro faktor 2



Pozn.: Schéma je doplněno o hodnoty faktorových nábojů (pravá strana) a hodnotu součtu čtverců faktorových nábojů (levá strana).

Obrázek 7 Grafické schéma pro faktor 3



Pozn.: Schéma je doplněno o hodnoty faktorových nábojů (pravá strana) a hodnotu součtu čtverců faktorových nábojů (levá strana).

Následující tabulka uvádí komparaci výsledků faktorové analýzy – porovnávána jsou naše zjištění (levá strana) s manuálem pro metodu PSSI (Švancara, 2002).

Tab. 14 Komparace matic faktorových nábojů

Škály PSSI	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
PN	0,76					0,63	
SZ	0,76				-0,60		
RP	-0,73	0,51			0,84		
NG	0,62			0,59		0,64	
DP	0,55		0,54	0,79			
DS		0,75				0,75	
HI		0,73			0,85		
NR		0,63			0,52	0,51	
OB			0,74	0,67			
ZS			0,72	0,79			
SN			0,65	0,80			
BL			0,64	0,82			
ST					0,57		
NT							0,92

Pozn.: uvedeny jsou faktorové zátěže vyšší než 0,5/uvedeny jsou faktorové zátěže vyšší než 0,45.

Rozdíly lze pozorovat hned v několika skutečnostech – rozsahu výzkumného souboru ($n = 126/n = 712$), vyloučených škálách pro nižší iniciální komunalitu (2/0), metodě extrakce (metoda maximální věrohodnosti/metoda hlavních komponent), metodě rotace (direct oblmin/varimax), počtu identifikovaných faktorů (3/4) a jejich interpretaci (faktor 1: nedůvěra–pesimismus/orálně depresogenní styly; faktor 2: sebeprosazení/na kontakt kladně orientované styly; faktor 3: poddajnost–sebeznevažování/autonomie–sebeprosazování; faktor 4: samostatnost).

Troufáme si tvrdit, že je to právě naše řešení, které lze zaštitit i teoreticky – a to prostřednictvím cirkumplexového modelu STAR. Umístění dvou osobnostních stylů na protilehlé cípy hvězdy zároveň ukazuje na jejich antitetický charakter (Klocek & Machová, 2017). V případě čtyř faktorového řešení však vidíme, že jeden faktor sytí i zcela odlišné (proti sobě stojící) styly – např.: kritický–negativistický (NG)/impulzivní–borderline (BL). V našem případě k takovému rozporu – mezi nalezenými faktory a teorií, nedochází (Švancara, 2002).

ČÁST 4: identifikace statisticky významných rozdílů v dimenzích PSSI z hlediska skupiny (výzkumný cíl 1)

Je zřejmé, že pro jedinečnost extrahovaných faktorů, není komparace našich zjištění s výsledky referenčních studií, možná. Lze pouze konstatovat, že statisticky významný rozdíl mezi kontrolní a klinickou skupinou byl shledán v jediném faktorovém skóru –

nedůvěře–pesimismu (tabulka 11). V jeho případě lze uvažovat i alternativním pojmenování – např. obecné vnímání interpersonálních vztahů. Tuto skutečnost uvádíme do vztahu s vymezením poruch osobnosti dle MKN-10 (2000, str. 194): „*poruchy osobnosti představují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí, a zvláště utváří vztahy k druhým*“. Oblast mezilidských vztahů a jejich kvalitu zmiňuje i DSM-5 (Raboch et al., 2015) – ve smyslu diagnostického kritéria pro stanovení poruchy.

ČÁST 5.: kritická analýza práce

Závěr kapitoly věnujeme zhodnocení některých limitů této práce – s důrazem na teoretická východiska, použité metody a výzkumný design.

I přes kritiku soudobých klasifikačních systémů (MKN-10; DSM-5) a jim relevantního kategorického přístupu, není dimenzionální pojetí poruch osobnosti přijímáno bez výhrad. Kritici se zaměřují především na otázku extrémnosti – tedy zda podstatu patologie lze skutečně omezit pouze na vyhraněnost osobnostních rysů a základních dimenzí. Často vytýkaným je i několikanásobný vztah pětifaktorového konceptu k poruchám osobnosti – tedy, že jedna škála vykazuje silný vztah hned k několika specifickým poruchám. Madsen et al. (2006) upozorňuje na skutečnou schopnost Velké pětky – odlišit klinickou populaci od populace běžné, ne však diferencovat mezi jednotlivými typy onemocnění. Řešením je nelimitovat se pouze na základní dimenze ale respektovat jejich dílčí subškály. Ty by nám již mohly poskytnout ucelenější představu o patologii osobnosti (Butrus & Witenberg, 2014; Samuel & Widiger, 2008).

Za obecně akceptovaný nelze považovat ani šestifaktorový model osobnosti. Jak uvádí Zášková a Dostál (2016) – zejména interpretace nové dimenze (pocivost-pokora) se pro různé jazyky jeví jako problematická. Nezbytné je v této souvislosti poukázat na rozsah testové baterie a užití zkrácené verze inventáře HEXACO. Předpokládáme, že operacionalizace proměnných v plné verzi (HEXACO-PI-R) by se projevila diferencí některých zjištění. Jako nejvhodnější nevnímáme ani inventář PSSI – zejména pro jeho nižší validitu (Klocek & Máchová, 2017). Mimo to, některé z položek byly samotnými respondenty hodnoceny jako méně srozumitelné (např.: „*Věřím, že záření silně ovlivňuje myšlení a citění lidí*“). Rovněž sedmou položku sociodemografického dotazníku hodnotíme jako nesprávně formulovanou. Pro budoucí výzkumy doporučujeme spojení „somatické onemocnění“ nahradit onemocněním tělesným. Budoucí vývoj vnímáme zejména ve

studiích „nekorelačního“ charakteru – tedy např. ve využití statistické metody lineární regrese a odlišných metod měřících patologie. Pro nedostatečný rozsah a nereprezentativnost kriticky hodnotíme i výzkumný soubor. Apelovat si dovoluujeme zejména na zastoupení všech specifických poruch osobnosti adekvátním počtem respondentů. Závěrem je třeba konstatovat, že veškeré informace představují prvotní zjištění s nutností dalšího výzkumného přezkoumání.

9 ZÁVĚR

Empirickým studiem jsme prokázali relevantnost šestifaktorového modelu osobnosti (HEXACO) k poruchám osobnosti. Přijato bylo všech jedenáct stanovených hypotéz. V této souvislosti se jako nejvíce souvztažnou jeví dimenze extraverte – dosaženo zde bylo pozitivních (*sebejistý–disociální, intuitivní–schizotypní, optimistický–rapsodický, ctižádostivý–narcistický, příjemný–histrionický*) i negativních vztahů (*nedůvěřivý–paranoidní, rezervovaný–schizoidní, sebekritický–sebenejistý, kritický–negativistický, impulzivní–borderline, klidný–depresivní*). Ve vztahu k poruchám osobnosti tak lze usuzovat na její diskriminační funkci. Statisticky významné asociace však vykazuje i dalších pět škál – emocionalita (*pozitivní vztahy*), přívětivost (*negativní vztahy*), poctivost-pokora (*negativní vztahy*), svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti, kde byla zjištěna nejmenší četnost a síla signifikantních asociací.

Signifikantní rozdíl mezi klinickou a kontrolní skupinou byl identifikován v jediné dimenzi – poctivosti-pokoře. Tuto skutečnost pokládáme za zvlášť hodnotnou a upozorňujeme na opodstatněnost šesté dimenze. Šestifaktorový model osobnosti se ukazuje být vhodnou alternativou k současnému kategorickému přístupu k poruchám osobnosti. V této souvislosti však apelujeme na potřebu dalšího výzkumného přezkoumání. Směr návazných studií vidíme zejména v komparaci šestifaktorového a pětifaktorového modelu osobnosti – tedy v otázce, který z konceptů je patologicky relevantnější.

Možnost falešně pozitivních výsledků jsme se rozhodli eliminovat rozšířením statistického zpracování dat o faktorovou analýzu škál PSSI. Rozlišeny byly tři faktory vysvětlující jejich variabilitu – nedůvěra–pesimismus, sebeprosazení a poddajnost–sebeznevažování.

10 SOUHRN

Diplomová práce pojednává o vztahu dvou konceptů – šestifaktorového modelu osobnosti (HEXACO) k poruchám osobnosti. V teoretické části práce lze rozlišit tři stěžejní kapitoly zaměřující se na jejich charakteristiku. V případě diagnostické kategorie poruch osobnosti je čtenář postupně seznámen s historickými souvislostmi a vymezením dle soudobých klasifikačních systémů (MKN-10, DSM-5). Těch jsme využili i v další podkapitole – tzn. při třízení a výčtu diagnostických kritérií onemocnění. Důraz zde byl mimo jiné kladen na komparaci kategorického a dimenzionálního přístupu k poruchám osobnosti – ve smyslu jejich výhod a nevýhod. V této souvislosti lze obecně konstatovat, že prototypy, na nichž jsou založeny současné manuály neexistují (Tyrer et al., 2011) a poruchy osobnosti je nutné měřit na kontinuu (Raboch et al., 2015). Před návrhem vhodného pojetí – tedy faktorových modelů, jsme se však zaměřili i na takové skutečnosti, jakými jsou prevalence poruch osobnosti, jejich etiologii, diagnostiku a léčbu. V následující části textu jsme se pak soustředili na charakteristiku jednotlivých typů onemocnění – tedy specifických poruch osobnosti dle MKN-10 a DSM-5.

Úvod druhé kapitoly jsme opět věnovali vymezení a charakteristice – tentokrát osobnostních rysů. Ty lze považovat za základ všech faktorových modelů – bez ohledu na počet základních dimenzí. Pro vysokou četnost dosud vytvořených konceptů jsme blíže představili jen některé z nich: Cattelův, Eysenckův a pětifaktorový model sestávající se z pěti základních škál – neuroticismu, extraverte, přívětivosti, svědomitosti a otevřenosti vůči zkušenosti (Hřebíčková, 2011). Právě ten lze považovat za vhodnou alternativu soudobých klasifikačních systémů. Výzkumy opakovaně prokazují, že Velká pětka v sobě zahrnuje rozměry normální i abnormální osobnosti. Podstatou patologie je extrémní varianta běžných osobnostních rysů (Costa & McCrae, 1990). Koncept Big five však není přijímán bez výhrad. Mimo počet pěti škál je obecně kritizovaná i metoda jejich identifikace – tedy faktorová analýza. Jejím prostřednictvím byla následně rozlišena i šestá osobnostně relevantní dimenze, kterou je škála poctivost-pokora. Ta se svým vymezením ukazuje jako patologicky relevantní. Spojována je s takovými oblastmi, jakými jsou například delikty, ochota účastnit se neetických skutků, materialismus, usilování o moc a sociální postavení (Ashton & Lee, 2008). Charakteristice šestifaktorového modelu osobnosti jsme věnovali poslední část textu druhé kapitoly. Tou třetí jsme se již zaměřili na propojení obou konceptů.

Důraz zde byl mimo jiné kladen na referenční studie empiricky prokazující jejich vztah. Ten jsme se rozhodli ověřit i v našich podmínkách – prostřednictvím kvantitativního výzkumu a metody dotazníkového šetření.

Testová baterie se sestávala ze sedmnácti položkového sociodemografického dotazníku vlastní konstrukce, Beckovy sebesuzovací škály depresivity pro dospělé (BDI-II), Beckova inventáře úzkosti (BAI), Osobnostního inventáře HEXACO-60 a Inventáře stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI), kterými byly aplikované koncepty operacionalizovány. Stanoveno bylo jedenáct statistických hypotéz. K ověření jejich platnosti byly sestaveny dva výzkumné soubory – kontrolní ($n = 75$) a klinický ($n = 51$) – konkrétně prostřednictvím účelového výběru přes instituci, příležitostného a lavinového výběru. V případě klinické skupiny šlo o jedince s diagnózou specifické poruchy osobnosti – ta byla identifikována klinickým psychologem či psychiatrem.

Rozlišit lze hned dva výzkumné cíle a jim relevantní metody – zjišťování statisticky významných rozdílů mezi dimenzemi HEXACO a PSSI z hlediska skupiny (nezávislé t -testy, krabicové grafy) a zjišťování signifikantních asociací (Pearsonova součinná korelace). Ačkoliv poruchy osobnosti vykazují statisticky významnou spojitost ke všem škálám šestifaktorového konceptu – tou nejvíce relevantní se ukázala být dimenze extraverte. V souvislosti s poruchami osobnosti lze usuzovat na její diskriminační funkci – jako jediná vykázala pozitivní (*sebejistý–disociální, intuitivní–schizotypní, optimistický–rapsodický, ctižádostivý–narcistický, příjemný–histrionický*) i negativních vztahy (*nedůvěřivý–paranoidní, rezervovaný–schizoidní, sebekritický–sebenejistý, kritický–negativistický, impulzivní–borderline, klidný–depressivní*). Statisticky významné vztahy však vykazuje i dalších pět škál – emocionalita, přívětivost, poctivost-pokora, svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti, kde byla zjištěna nejmenší četnost a síla signifikantních asociací. Z důvodu rozsahu korelační matice jsme se následně rozhodli pro rozšíření statistického zpracování dat o faktorovou analýzu škál PSSI. Rozlišeny byly tři faktory vysvětlující jejich variabilitu – nedůvěra–pesimismus, sebesrazení a poddajnost–sebeznevažování.

Signifikantní rozdíl mezi klinickou a kontrolní skupinou byl identifikován v jediné dimenzi – poctivosti-pokoře. Tuto skutečnost pokládáme za zvlášť hodnotnou a upozorňujeme na opodstatněnost šesté dimenze. Šestifaktorový model osobnosti se ukazuje být vhodnou alternativou k současnému kategorickému přístupu k poruchám osobnosti. Závěrem je však třeba konstatovat, že veškeré informace představují prvotní zjištění s nutností dalšího výzkumného přezkoumání.

LITERATURA

- Amani, M. (2015). The Role of Six-Factor Model of Personality in Prediction of Personality Disorders Clusters. *Journal of Personality & Individual Differences*, 4(9), 133–153.
- Ashton, M.C., Lee, K., & Son, C. (2000). Honesty as the sixth factor of personality: Correlations with Machiavellianism, Primary Psychopathy, and Social Adroitness. *European Journal of Personality*, 14(4), 359–368. doi: 10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<359::AID-PER382>3.0.CO;2-Y
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2008). The HEXACO Model of Personality Structure and the Importance of the H Factor. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1952–1962. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00134.x
- Ashton, M. C., Lee, K., de Vries, R. E., Hendrickse, J., & Born, M. P. (2012). The Maladaptive Personality Traits of the Personality Inventory for DSM-5(PID-5) in Relation to the HEXACO Personality Factors and Schizotypy/Dissociation. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 641–659. doi: 10.1521/pedi.2012.26.5.641
- Baumgartner, F., & Kopuničová, V. (2016). Psychometrické charakteristiky osobnostného dotazníka HEXACO-60. In Pitel, L. (Ed.), *Sociálne procesy a osobnosť 2016* (30–37). Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV.
- Brieger, P., Sommer, S., Blöink, R., & Marneros, A. (2000). The Relationship Between Five-Factor Personality Measurements and ICD-10 Personality Disorder Dimensions: Results from a Sample of 229 Subjects. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 282–290. doi: 10.1521/pedi.2000.14.3.282
- Butrus, N., & Witenberg, R. T. (2014). The Relationships between Five-Factor Model Personality Traits and Personality Disorder Features in an Australian Non-Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 12–26. doi: 10.1007/s10862-014-9445-y
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Cattell, R. B. (1946). *Description and measurement of personality*. Yonkers, NY: World Book.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British journal of psychiatry*, 188, 423–431. doi: 10.1192/bjp.188.5.423

- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Jang, K. L. (2001). Heritability of Personality Disorders in Childhood: A Preliminary Investigation. *Journal of Personality Disorders, 15*(1), 33–40. doi: 10.1521/pedi.15.1.33.18645
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders, 4*(4), 362–371. doi: 10.1521/pedi.1990.4.4.362
- Dad' derman, A. M., & Kristiansson, M. (2004). Psychopathy-related personality traits in male juvenile delinquents: An application of a person-oriented approach. *International Journal of Law and Psychiatry, 27*, 45–64. doi: 10.1016/j.ijlp.2003.12.006
- De Raad, B., Barelds, D. P. H., Levert, E., Ostendorf, F., Mlačić, B., Blas, L. D., &... Katigbak, M. S. (2010). Only three factors of personality description are fully replicable across languages: A comparison of 14 trait taxonomies. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*(1), 160–173. doi: 10.1037/a0017184
- De Vries, R. E., & van Kampen, D. (2010). The HEXACO and 5DPT Models of Personality: A Comparison and Their Relationships With Psychopathy, Egoism, Pretentiousness, Immorality, and Machiavellianism. *Journal of Personality Disorders, 24*(2), 244–257. doi: 10.1521/pedi.2010.24.2.244
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences, 30*(2), 311–320. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00048-9
- Eysenck, H. J. (1992). Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences, 13*(6), 667–673. doi: 10.1016/0191-8869(92)90237-J
- Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti část I. Diagnostika. *Psychiatrie pro praxi, 1*, 48–21.
- Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychological Reports, 120*(3), 503–519. doi: 10.1177/0033294117692807
- Gawda, B. (2018). Cross-cultural studies on the prevalence of personality disorders. *Current Issues in Personality Psychology, 6*(4), 318–329. doi: 10.5114/cipp.2018.80200
- Grambal, A. (2015). Deset statečných – schizoidní porucha osobnosti. *Psychiatrie, 19*(Suppl.1), 41. doi: 10.3917/jfp.041.0019

- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
- Hajdúk, M., Heretik, A., & Heretik, A. (2016). Temperament, charakter a poruchy osobnosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(1), 24–30.
- Heretiková Marsalová, A. (2016). Terapie hraničnéj poruchy osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*, 17(4), 144–147.
- Houbová, P., Praško, J., & Preiss, M. (2004a). Závislá porucha osobnosti – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 55–59.
- Houbová, P., Praško, J., & Preiss, M. (2004b). Vyhybavá porucha osobnosti – diagnostika a kognitivně-behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 179–185.
- Houbová, P., Praško, J., Preiss, M., & Herman, E. (2005). Narcistická porucha osobnosti – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 18–25.
- Höschl, C. (2014). Výzvy v psychiatrii. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 21(3–4), 19–23.
- Hřebíčková, M., Urbánek, T., & Čermák, I. (2002). *Psychometrické charakteristiky NEO osobnostního inventáře (NEO-PI-R) pro sebeposouzení a posouzení druhého*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Hřebíčková, M. (2010). Nové přístupy ke zkoumání rysů: pětifaktorový model osobnosti. In Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I., *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy* (43–70). Praha: Grada Publishing.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada Publishing.
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalova, K., Panáčková, L., Švancara, J., Grambal, A., & ... Vrbová, K. (2016). Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(4), 153–158.
- Kasalová, P., Praško, J., & Jadlovec, F. (2015). Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu. *Psychiatrie pro praxi*, 16(1), 21–23.
- Kajonius, P. J., & Dağderman, A. M. (2017). Conceptualizations of Personality Disorders with the Five Factor Model-count and Empathy Traits. *International Journal of Testing*, 17, 141–157. doi: 10.1080/15305058.2017.1279164

- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., & ... Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for DSM-IV Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1438
- Klocek, A., & Máchová, J. (2017). PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti. Recenze metody. *Testforum*, 9, 39–48. doi: 10.5817/TF2017-9-180
- Kulišťák, P. (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Lamont, S., & Brunero, S. (2009). Personality Disorder Prevalence and Treatment Outcomes: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(10), 631–637. doi: 10.1080/01612840902995288
- Lee, K., & Ashton, M. C. (2006). Further assessment of the HEXACO Personality Inventory: Two new facet scales and an observer report form. *Psychological Assessment*, 18, 182–191. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.182
- Lee, K., & Ashton, M. C. (2009a). The HEXACO Personality Inventory - Revised: Scale Descriptions [Online]. Retrieved February 18, 2018, from <http://www.hexaco.org/scaledescriptions>.
- Lee, K., & Ashton, M. C. (2009b). The HEXACO Personality Inventory - Revised: History [Online]. Retrieved February 18, 2018, from <http://www.hexaco.org/history>. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8_900-1
- Lee, K., & Ashton, M. (2012). *The H Factor of Personality: Why Some People are Manipulative, Self-Entitled, Materialistic, and Exploitive—And Why It Matters for Everyone*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press.
- Madsen, L., Parsons, S., & Grubin, D. (2006). The relationship between the five-factor model and DSM personality disorder in a sample of child molesters. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 227–236. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.023
- Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* ([2000]). Praha: [Psychiatrické centrum].
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018.* (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Mlčák, Z., & Zášková, H. (2006). Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti u studentek pomáhajících oborů. *Zdravotně sociální vědy*, 2, 316–329. doi: 10.32725/kont.2006.051

- Mlčák, Z., & Zášková, H. (2013). *Prosociální charakteristiky osobnosti dobrovolníků*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta.
- Morey, L. C., Gunderson, J., Quigley, B. D., & Lyons, M. (2000). Dimensions and Categories: The “Big Five” Factors and the DSM Personality Disorders. *Assessment*, 7(3), 203–216. doi: 10.1177/107319110000700301
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Kudrna, K., Slábová, V., & Pašingerová, R. (2017). *Psychiatrická péče 2016*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Nechanská, B., Jann, J., Nováková, Z., Kudrna, K., Slábová, V., & Pašingerová, R. (2018). *Psychiatrická péče 2017*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 323–345. doi: 10.1002/jclp.20017
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2017). Personality disorders and the risk of violating legal norms – what we know about the complex nature of humans. *Current issues in personality psychology*, 5(3), 183–195. doi: 10.5114/cipp.2017.70143
- Pavlát, J. (2018). Porucha osobnosti a její posouzení v opatrovnických znaleckých posudcích. *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(2), 71–77.
- Pečeňák, J. (2014). *Klasifikácia v psychiatrii*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
- Praško, J., Kosová, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). Léčba poruch osobnosti I. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 25–29.
- Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Praško, J., Grambal, A., & Vyskočilová, J. (2014). „Léčit nebo neléčit, pokud ano, tak co a jak?“ aneb různé roviny intervence u pacientů trpících poruchou osobnosti. In Praško, J. (Ed.), *Psychiatrie pro praxi – XI. konference ambulantních psychiatrů* (23–25). Olomouc: Solen.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesposuzovací škála pro dospělé. BDI-II*. Brno: Psychodiagnostika.
- Preiss, M., Rodriguez, M., & Houbová, P. (2003). *Diagnostika psychopatologie osobnosti – vliv akutního stavu*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- Preiss, M., & Klose, J. (2001). Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C R Cloningera. *Psychiatrie, 4*, 226–331.
- Preiss, M., Nováková, S., Bareš, M., Klose, J., & Krámská, L. (2004). Diagnostika poruch osobnosti – využití strukturovaného rozhovoru IPDE. *Česká a slovenská psychiatrie, 3*, 158–162.
- Preiss, M. (2005). Diagnostika poruch osobnosti – chyby a omyly. *Sanquis, 38*, 17.
- Preiss, M., Rothanzlová, S., Krámská, L., Ernest, R., & Štěpánková, H. (2006). Odlišuje Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru osoby s poruchou osobnosti a bez nich lépe než jiné dotazníkové metody?. *Psychiatrie, 10*(3), 136–143.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie, 112*(6), 270–274.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Reichborn-Kjennerud, T. (2010). The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(1), 103–114. doi: 10.1002/9780470015902.a0022415
- Riegel, K. D., Preiss, M., & Harsa, P. (2016). Užitečnost Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. *Psychiatrie, 20*(2), 74–81.
- Rossier, J., & Rigozzi, C. (2008). Personality Disorders and the Five-Factor Model among French Speakers in Africa and Europe. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(8), 534–544. doi: 10.1177/070674370805300808
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada.
- Samuel, D., & Widiger, T. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review, 28*(8), 1326–1342. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.002
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1055–1085. doi: 10.1016/j.cpr.2002.09.001
- Sedláčková, Z., Ocisková, M., & Praško, J. (2015). Deprese a paranoidní porucha osobnosti. *Psychiatrie pro praxi, 16*(1), 36–43.
- Sedláčková, Z., Praško, J., Ocisková, M., Kamarádová, D., & Látalová, K. (2016). Anankastická porucha osobnosti a komorbidní depresivní porucha. *Psychiatrie pro praxi, 17*(1), 9–16.

- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, *161*(10), 1743–1754. doi: 10.1176/ajp.161.10.1743
- Šnýdrová, I. (2008). *Psychodiagnostika*. Praha: Grada.
- Švancara, J. (2002). *PSSI – inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., & ... Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(6), 416–425. doi: 10.1053/comp.2000.16560
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*(6), 590–596. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590
- Trull, T. J., Widiger, T. A., & Burr, R. (2001). A Structured Interview for the Assessment of the Five-Factor Model of Personality: Facet-Level Relations to the Axis II Personality Disorders. *Journal of Personality*, *69*(2), 175–198. doi: 10.1111/1467-6494.00141
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., & The ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. (2011). Reclassifying personality disorders. *The Lancet*, *377*(9780), 1814–1815. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61926-5
- Tyrer, P. (2018). Accurate recording of personality disorder in clinical practice. *BJPsych Bulletin*, *42*(4), 135–136. doi: 10.1192/bjb.2018.40
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Widiger, T. A., Clark, L. A., & Livesley, W. J. (2009). An Integrative Dimensional Classification of Personality Disorder. *Psychological Assessment*, *21*(3), 243–255. doi: 10.1037/a0016606
- Wenclová, N. (2018). *Vztah mezi dimenzemi šestifaktorového a prosociálního modelu osobnosti*. Nepublikovaná bakalářská práce. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Wiggins, J. S. (1968). Personality structure. *Annual Review of Psychology*, *19*, 293–350. doi: 10.1146/annurev.ps.19.020168.001453
- Zášková, T., & Plhánková, A. (2012). Sociální inteligence ve vztahu k šesti dimenzím osobnosti. In Heller, D., Kotrlová, J., & Sobotková, I. (Eds.), *Psychologické dny 2012* (477–489). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Zášková, T., & Dostál, D. (2016). Šestifaktorový model osobnosti a psychometrické vlastnosti Revidovaného osobnostního inventáře HEXACO. *Psychologie a její kontexty*, 7(2), 31–42.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas
2. Seznam obrázků
3. Seznam tabulek
4. Abstrakt v českém jazyce
5. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu „Šestifaktorový model osobnosti (HEXACO) a poruchy osobnosti“ a prezentováním anonymizovaných výsledků ve formě diplomové práce, článku, příspěvku na konferenci apod., a to v takové formě, kdy nepůjde žádným způsobem spojit uvedená zjištění s Vaší osobou. Vaše spolupráce bude spočívat ve vyplnění sady dotazníků. Vaše odpovědi budou vyhodnoceny a statisticky analyzovány Bc. Nikolou Wenclovou. Jiná osoba nebude mít k uvedeným datům přístup.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) anonymitu informantů;**
- (2) dobrovolnou účast ve výzkumu (což znamená, že nebudu schopna identifikovat výsledky dotazníku s Vaší osobou);**
- (3) mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s anonymizovaným výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já);**
- (4) jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmito informacím a tímto Vás žádám o vyjádření písemného souhlasu s výše uvedeným.

Udělují souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu, poskytnutím výzkumného materiálu a s prezentací výzkumných zjištění v anonymizované podobě.

V..... dne.....

Podpis.....

Příloha 2

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Srovnání skupin ve škálách HEXACO – krabicové grafy	62
Obrázek 2 Iniciální komunalita škál PSSI	65
Obrázek 3 Sutinový graf vlastních čísel	66
Obrázek 4 Srovnání skupin ve faktorových skórech PSSI	67
Obrázek 5 Grafické schéma pro faktor 1	75
Obrázek 6 Grafické schéma pro faktor 2	75
Obrázek 7 Grafické schéma pro faktor 3	75

Příloha 3

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Prevalence poruch osobnosti dle DSM-5	14
Tab. 2 Příklad položek Osobnostního inventáře HEXACO-60.....	50
Tab. 3 Příklad položek Inventáře stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI.....	51
Tab. 4 Přehled užitých zkratk a symbolů	54
Tab. 5 Srovnání klinické a kontrolní skupiny z hlediska kategorických proměnných	58
Tab. 6 Srovnání skupin ve škálách HEXACO.....	62
Tab. 7 Korelace mezi škálami HEXACO a celkovým skórem BDI-II a BAI.....	63
Tab. 8 Korelace mezi škálami PSSI a celkovým skórem BDI-II a BAI.....	63
Tab. 9 Korelace mezi škálami HEXACO a PSSI	64
Tab. 10 Explorační faktorová analýza škál PSSI – matice faktorových nábojů.....	66
Tab. 11 Srovnání skupin ve vybraných škálách PSSI a faktorových skórech	67
Tab. 12 Specifické poruchy osobnosti z hlediska páchané trestné činnosti	71
Tab. 13 Interpretace výsledků a jejich komparace se zjištěními referenčních studií	72
Tab. 14 Komparace matic faktorových nábojů.....	76

Příloha 4

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Šestifaktorový model osobnosti (HEXACO) a poruchy osobnosti

Autor práce: Bc. Nikola Wenclová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 86 stran, 164 416 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 88

Abstrakt: diplomová práce pojednává o vztahu šestifaktorového modelu osobnosti (HEXACO) k poruchám osobnosti. Jejím cílem je identifikovat úroveň dimenzí koncipujících Osobnostní inventář HEXACO-60 a Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI) – u souboru mužů a žen s diagnózou poruchy osobnosti ($n = 51$), zjistit statisticky významné rozdíly v porovnání se zdravými jedinci ($n = 75$) a rozlišit signifikantní asociace mezi škálami aplikovaných konceptů. Teoretická část práce postupně charakterizuje relevantní témata – diagnostickou kategorii poruch osobnosti, problematiku osobnostních rysů a jejich souvislost k faktorovým modelům osobnosti. Tu jsme se rozhodli ověřit i v našich podmínkách prostřednictvím kvantitativního výzkumu a metody dotazníkového šetření. Mimo vztažné inventáře byla testová baterie zastoupena i sedmnácti položkovým sociodemografickým dotazníkem vlastní konstrukce, Beckovou sebeposuzovací škálou depresivity pro dospělé (BDI-II) a Beckovým inventářem úzkosti (BAI). Ačkoliv poruchy osobnosti vykazují signifikantní spojitost ke všem škálám šestifaktorového konceptu – tou nejvíce relevantní se ukázala být dimenze extraverte. Identifikovány zde byly vztahy pozitivní i negativní. V souvislosti s poruchami osobnosti tak usuzujeme na její diskriminační funkci. Statisticky významné vztahy však vykazuje i dalších pět škál – emocionalita, přívětivost, poctivost-pokora, svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti, kde byla zjištěna nejmenší četnost a síla signifikantních asociací. Faktorová analýza škál PSSI následně identifikovala tři faktory – nedůvěru–pesimismus, sebeprosazení a poddajnost–sebeznevažování. Signifikantní rozdíl mezi klinickou a kontrolní skupinou byl identifikován v jediné dimenzi – poctivosti-pokoře. Tuto skutečnost pokládáme za zvlášť hodnotnou, a upozorňujeme na opodstatněnost šesté dimenze. Šestifaktorový model osobnosti se ukazuje být vhodnou alternativou k současnému kategorickému přístupu k poruchám osobnosti.

Klíčová slova: poruchy osobnosti, šestifaktorový model osobnosti, Osobnostní inventář HEXACO-60, Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti

Příloha 5

ABSTRACT OF THESIS

Title: Six-factor personality model (HEXACO) and personality disorders

Author: Bc. Nikola Wenclová

Supervisor: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Number of pages and characters: 86 pages, 164 416 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 88

Abstract: the diploma thesis deals with the relation between six-factor personality model (HEXACO) and personality disorders. The goal of the thesis is to identify level of the dimensions which constitute the Personality Inventory HEXACO-60 and the Inventory of personality styles and personality disorders (PSSI) – with personality disorder diagnosis ($n = 51$), to determine statistically relevant differences in comparison with healthy persons ($n = 75$) and to distinguish significant associations among the scales of Domain-Level Scales. Theoretical part of the thesis characterize relevant topics – diagnostic category of personality disorders, personality traits and its relation to the factor models of personality. The later we decided to verify through the quantitative research and questionnaire-based method. Besides the questionnaire, the test battery included 17-item sociodemographic questionnaire designed by us, Beck Self-Rating depression scale (BDI-II), and Beck Anxiety Inventory (BAI). Although the personality disorders show significant relation to all scales of the six-factor concept – Extraversion dimension turned to be the most relevant one. The relations were identified to be both positive and negative. In the context with the personality disorders, we refer to its discriminatory function. Nevertheless, statistically significant relations are present among the other five scales as well – Emotionality, Agreeableness, Honesty-Humility, Conscientiousness and Openness to experience, where the lowest statistical frequency and lowest statistical relation between HEXACO and PSSI were observed. Next, PSSI scale factor analysis identified three factors – mistrust–pessimism, self-assertion and submission–self-belittlement. Significant difference between the clinic group and the control group was identified in the only dimension – Honesty-Humility. We consider this fact to be particularly valuable and we emphasize the importance of the sixth dimension presence. The six-factor model of personality turned to be a suitable alternative to the current categorical approach to personality disorders.

Key words: personality disorders, six-factor model of personality, Personality Inventory
HEXACO-60, Inventory of personality styles and personality disorders