

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Deprese, poruchy osobnosti a schopnost k existenci u vězeňské populace

Depression, personality disorders and personal competencies for existence
in prison population



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Nižníková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Sedláčková, PhD.

Olomouc

2018

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí magisterské diplomové práce Mgr. Zuzaně Sedláčkové, PhD. a PhDr. Danielu Dostálovi, PhD. za jejich cenné rady a připomínky velký dík také patří mému příteli Martinu Rusňákovi za technickou pomoc, obrovskou podporu a trpělivost se mnou a v neposlední řadě děkuji svým respondentům, neboť bez nich by nemohl žádný výzkum vzniknout.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Deprese, poruchy osobnosti a schopnost k existenci u vězeňské populace“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem mé vedoucí práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

.....

Obsah

ÚVOD	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Problematika duševního zdraví ve vězeňské populaci	7
2. Deprese	9
2.1 Prevalence deprese.....	9
2.2 Etiologie deprese.....	9
2.3 Klasifikace deprese.....	10
2.4 Depresivní poruchy v DSM-V.....	12
2.5 Léčba deprese.....	12
3. Deprese ve vězeňské populaci	14
4. Specifické poruchy osobnosti	16
4.1 Prevalence specifických poruch osobnosti.....	16
4.2 Etiologie specifických poruch osobnosti.....	17
4.3 Klasifikace specifických poruch osobnosti.....	17
4.4 Poruchy osobnosti v DSM-V.....	28
4.5 Léčba.....	28
5. Poruchy osobnosti ve vězeňské populaci	30
6. Vztah deprese a poruch osobnosti	32
6.1 Vztah deprese a poruch osobnosti ve vězeňské populaci.....	34
7. Schopnost k existenci	35
8. Schopnost k existenci u vězeňské populace	39
9. Vztah schopnosti k existenci k depresi a poruchám osobnosti	42
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	43

10. Cíl výzkumu	44
11. Metodologie výzkumu	44
12. Statistická analýza dat	49
13. Část A – deprese, poruchy osobnosti a schopnost k existenci u vězeňské populace	50
13.1 Výzkumný soubor	50
13.2 Deskriptivní statistika	52
13.3 Hypotézy	57
13.4 Výsledky	59
14. Část B – rozdíl v depresi, poruchách osobnosti a schopnosti k existenci mezi vězeňskou a běžnou populací	66
14.1 Výzkumný soubor	66
14.2 Deskriptivní statistika	67
14.3 Hypotézy	70
14.4 Výsledky	71
15. Diskuze	73
16. Omezení výzkumu a doporučení k dalším výzkumům	82
16.1 Návrhy k dalším výzkumům	83
ZÁVĚR	85
SOUHRN	86
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
SEZNAM TABULEK	100
SEZNAM GRAFŮ	101
SEZNAM PŘÍLOH	102

ÚVOD

Důvodem, proč jsem si vybrala za téma mé diplomové práce problematiku depresí, poruch osobnosti a schopnosti k existenci u vězňů je ten, že jsem toho názoru, že psychologická péče o odsouzené pachatele trestných činů je (nejen) v českých věznicích nedostatečná. Je třeba si uvědomit, že uvěznění nemá pouze represivní úlohu, ale především korektivní a socializační funkci (Fischer, Raboch, & Žukov, 2008). Pokud chceme snížit recidivu, musíme se snažit o trest, který zároveň zajišťuje taková opatření, aby se kriminální chování v budoucnu již neopakovalo.

Mělo by být snahou vězeňských psychologů, aby se snažili o změnu maladaptivního a nefungujícího psychického nastavení vězňů směrem ke společensky adaptivnějším a fungujícím formám chování. Mnozí psychologové se mohou cítit při práci s odsouzenými frustrovaní a vyhořelí, neboť výsledky práce jsou málokdy vidět. Ale např. u odsouzených osob za nedbalostní či jiné méně závažné trestné činy, by naše snaha mohla být efektivní, protože se jedná většinou o poměrně socializované jedince, kteří cítí vinu za svůj čin. Bohužel, vězeňských psychologů ve věznicích je na vysoký počet odsouzených málo, a tak nemají čas se věnovat odsouzeným individuálně. Propuštění jedinci se pak vrací na svobodu se stejnými psychickými problémy, které se naopak pravděpodobně s pobytem ve vězení ještě zhoršily.¹ Kromě problematiky depresí a poruch osobnosti, jejichž výskyt je ve vězeňské populaci poměrně vysoký, jsem si jako třetí proměnnou ve své práci vybrala schopnost k existenci. Dle mého názoru právě to, že někteří lidé nevědí, jak nakládat se svým životem, jak se vyrovnávat s běžnými životními problémy, neví, jaký má jejich život smysl, vede k tomu, že si zvolí společensky nepřijatelnou cestu a skončí ve vězení.

Nemyslím si, že špatná psychologická péče je hlavní překážkou v úspěšné resocializaci a nízké recidivě, ale je jedním ze střípků systému, které tomu brání. Přes veškerou psychologickou péči, kterou se můžeme snažit odsouzeným poskytnout, nemůžeme změnit podmínky, které je čekají venku – sociální stigma, dluhy, nezaměstnanost, drogy, bydlení, vzdělání – to musí zase změnit jiní (Polišenská, Borovanská, Koubalíková, & Bláhová, 2009).

¹ I když jsou výzkumy, které naznačují, že psychický stav jedince se pobytem nezhoršuje, naopak se může stabilizovat nebo dokonce zlepšit – viz Hassan et al. (2011).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. PROBLEMATIKA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ VE VĚZEŇSKÉ POPULACI

Již v úvodu jsem nastínila, že smyslem výkonu trestu je zajištění toho, aby se člověk do vězení již nikdy nevrátil. Recidiva je v České republice velmi vysoká (až dvě třetiny propuštěných se jednou vrátí do vězení). Kromě vhodné délky uvěznění je třeba zajistit adekvátní léčbu, také práci, dále je třeba pracovat s faktory jako je nízký věk, chudé sociální zázemí nebo odchylky v duševních schopnostech (Anckarsäter, Radovic, Svennerlind, & Radovic, 2009).

Vězeňská populace je z hlediska prevalence psychických potíží rizikovou skupinou (Wolff, 2005). Podle Rotha (in Heretik, 1994) 15 – 20 % vězňů v USA trpí závažnou psychopatií. Podle samotného Heretika (1994) je možné až u 70-80 % vězňů diagnostikovat sociopatii² a v 45 % závažné problémy s užíváním alkoholu a drog. Že problematiku je kombinace duševního onemocnění a užívání drog potvrzují i jiní autoři (Wallace et al., 1998). V roce 2005 statistiky USA uváděly, že více než polovina odsouzených osob má nějaký problém s duševním zdravím. Odsouzení jedinci, kteří měli nějaký duševní problém, také častěji užívali drogy, měli rozsáhlejší kriminální kariéru, špatné rodinné zázemí (bezdomovectví, fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství či závislost rodičů, častěji také vyrůstali v pěstounské nebo ústavní péči), nižší zaměstnanost, častější nelegální příjmy, než ti, jejichž psychické zdraví bylo vyhodnoceno jako normální (James, & Glaze, 2006). V brazilském výzkumu bylo zjištěno, že v současnosti ve výkonu trestu 40 % vězňů trpí nějakou duševní poruchou a 75 % vězňů trpělo nějakou poruchou minimálně aspoň jednou v minulosti (Pondé, 2014). Fazel a Danesch (2002) taktéž potvrzují vyšší výskyt psychóz, deprese a poruch osobnosti mezi vězni.

Nepodařilo se mi zjistit, jaká je situace v České republice, ale podle Berzins a Trestman (2004) je v USA třikrát více lidí trpících duševní nemocí ve vězení než v psychiatrických nemocnicích. Přitom věznice nejsou většinou schopny poskytnout adekvátní psychiatrickou, ani psychologickou pomoc. V jedné bakalářské práci chtěla její autorka (Katolická, 2008) zjistit, jakou péči dostávají duševně nemocní v Pardubické věznici a zjistila, že duševně nemocní nejsou umístěni na specializovaném oddělení, ale jsou obvykle umístěni na oddělení trvale pracovní nezařaditelných spolu s handicapovanými

² Sociopatií Heretik zřejmě myslel symptomy odpovídající dnešní disociální poruše osobnosti.

jedinci a s jedinci v důchodu. Z čehož pramení různé konflikty. A terapeutické centrum, které se věznicí nachází, neslouží primárně odsouzeným s duševní poruchou, místo toho tam dochází většinou lidí bez diagnózy. Což je na jednu stranu dobře, že o terapeutické služby jeví zájem i neklinická populace, ale bylo by vhodné, aby se podařilo do intervencí zapojit i jedince, kteří to primárně potřebují. Také bylo zjištěno, že jedinci s disociální poruchou osobnosti zájem o terapii nemají, což ale není překvapivé.

Dalším důležitým zjištěním je, že lidé s vážnou psychickou poruchou se do vězení vracejí rychleji, než ti bez poruchy a hůře, opakovaným vězněním dochází u nich k větší dekompenzaci onemocnění (Cloyes, Wong, Latimer, & Abarca, 2010).

Tématem této diplomové práce jsou deprese a poruchy osobnosti. Skutečnost, že mezi odsouzenými je vyšší prevalence deprese a poruch osobnosti než u běžné populace, je všeobecně znám a ještě se v této práci budeme blíže tomuto tématu věnovat. Přestože se jedná o časté poruchy, pozornosti se dostává jen těm jedincům, kteří jsou svými projevy již velmi nápadní. Přitom deprese a poruchy osobnosti jsou spojeny s vysokým rizikem sebevraždy (Mihai, Chirita, Robu, Untu, & Szalontay, 2017). Protože se autorka této práce s mnoha dalšími autory (Anckarsäter et al., 2009; Hajdúk, Heretik, & Heretik, 2016; Ullrich, Borkenau, & Marneros, 2001) dívá na některé psychické poruchy, zvláště poruchy osobnosti jako kontinuum a ne jako samostatné kategorie, nemyslí si, že je správné čekat s intervencí, až psychický stav jedince dosáhne svého extrému a vlivem uvěznění k ještě větší disbalanci osobnosti, když jedinec již vykazuje některé maladaptivní rysy osobnosti. Naopak se s těmito lidmi dá pracovat lépe, než s těmi, u kterých porucha osobnosti propukla již v plné míře. I když by třeba bylo možné potlačit násilnické sklony jedinců poměrně snadno moderními psychofarmaky, vlastní náprava společnosti se neobejde bez výchovného působení na morální citění a empatii a altruismus (Raboch, & Zvolský, 2001).

Na závěr této kapitoly si připomeneme ještě jeden faktor, který úspěšnou resocializaci ztěžuje. Vlivem uvěznění dochází k prizonizaci, tedy k identifikaci s kriminálním prostředím a také k celkovému úbytku vědomostí, dovedností a již tak chudých sociálních návyků, k apatii a nezájmu o společenskou seberealizaci (Vágnerová, 2004, in Fischer et al., 2008).

2. DEPRESE

Deprese patří mezi nejznámější duševní onemocnění. I laik zná její typické příznaky: špatná, smutná nálada, málo energie, nízká aktivita. Mezi další příznaky patří zvýšená únava, slabá koncentrace, nedostatek zájmu o koníčky a jiné záliby, změny ve spánkových rytmech, psychomotorická retardace či agitovanost, změna chuti k jídlu, ztráta libida. Typická jsou tzv. *ranní pesima* – člověk se probouzí dříve, než by měl a ráno se cítí nejhůře (MKN-10, 2008). Tyto příznaky vedou ke snížení pracovního či studijního výkonu, člověk není často schopen začít nebo dokončit nějaký úkol či činnost. Typická je i ztráta sebedůvěry, výčitky nebo pocity viny. U dvou třetin jedinců stížených depresí jsou přítomny myšlenky na sebevraždu, v krajních případech (10 – 15 %) sebevraždou také končí. Každý někdy zažil období, kdy pociťoval symptomy popsané výše. Pro naplnění diagnózy je nutné trvání depresivní epizody minimálně dva týdny (Raboch, & Zvolský, 2001; Raboch, & Pavlovský, 2012).

Deprese není jen duševní onemocnění, deprese ovlivňuje i imunitní systém a je spojena s řadou somatických onemocnění (endokrinopatie, nádorová, infekční či neurologické nemoci) (Raboch, & Pavlovský, 2012).

2.1 Prevalence deprese

Životní prevalence deprese činí 17 % (Raboch, & Zvolský, 2001) až 25 % (Raboch, & Pavlovský, 2012) a je dvakrát vyšší u žen. Ve starších pracích se čekalo, že v roce 2020 bude zaujímat druhé místo mezi všemi zdravotními problémy (Murray, & Lopez, 1996). Ale ve vyspělých státech světa deprese tvoří nejčastější příčinu pracovní neschopnosti už teď (Raboch, & Pavlovský, 2012).

2.2 Etiologie deprese

Etiologie je zpravidla smíšená. Jedna pětina příbuzných s depresí trpí nějakou afektivní poruchou, zatímco u kontrolní skupiny je to 7 %. Konkordance u jednovaječných dvojčat je 0,5, u dvojvaječných činí 0,2. Existují genetické dispozice, ale zdá se, že jejich role ovlivňuje spíše schopnost vyrovnávat se se stresem než přímý vznik afektivní poruchy. V anamnéze depresivních pacientů pak nalézáme často různé těžké a stresující životní události. Z biologických vlivů můžeme u depresivních jedinců také pozorovat špatně fungující neurotransmitterové systémy (noradrenergní, serotoninergní, dopaminergní

a glutamatergní) nebo dysfunkce některých částí mozku a jejich propojení (hippokampus, prefrontální kortex, amygdala, bazální ganglia) (Raboch, & Pavlovský, 2012).

2.3 Klasifikace deprese

Deprese jako duševní porucha spadá v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10, 2008) do kategorie afektivní poruchy (poruchy nálady) F30 – F39. Obecně u afektivních poruch rozlišujeme manický a depresivní syndrom, ale v této práci se budu věnovat pouze depresivnímu syndromu. Pro všechny platí příznaky uvedené výše.

Depresivní fázi (F32) můžeme nadále členit podle závažnosti. Pro lehkou depresivní fázi (F32.0) musí být splněny dva nebo tři výše uvedené příznaky, které jsou sice pro postiženého jedince nepříjemné, ale obvykle je schopen dále fungovat v běžném životě. Pro středně těžkou depresivní fázi (F32.1) musí jedinec splňovat čtyři a více kritérií. Fungování v běžném životě je již pro postiženého jedince obtížnější. Při těžké depresivní fázi bez psychotických příznaků (F32.2) nabydou symptomy již takové závažnosti, že vážně omezují postiženého jedince v jeho osobním životě. Často se objevují i somatické příznaky a hrozí zde vysoké riziko sebevraždy nebo alespoň pokusu o ni. Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3) se projevuje podobně jako těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků, je ale závažnější právě o ony psychotické příznaky, kdy se v psychopatologii jedince vyskytují i bludy, halucinace, psychomotorická retardace nebo stupor (MKN-10, 2008). Bludy jsou nejčastěji mikromanické (*když neumřu, nastane konec světa*) (Raboch, & Pavlovský, 2012). Ne všechny bludy ale musí odpovídat náladě (MKN-10, 2008). Kromě vysokého rizika sebevraždy hrozí i smrt hladem nebo žízní. Dále je možné depresivní fázi dle MKN-10 klasifikovat do kategorie jiné depresivní fáze (F32.8) a depresivní fáze NS (F32.9).

Periodickou depresivní poruchu (F33) dělíme podobně jako depresivní fázi. Periodická depresivní porucha tedy může být v současné fázi lehká (F33.0), středně těžká (F33.1), těžká bez psychotických příznaků (F33.2), nebo těžká s psychotickými příznaky (F33.3). Také se může jednat o periodickou depresivní poruchu v současné době v remisi (F33.4). Periodickou depresivní poruchu lze také zařadit do kategorie jiné periodické depresivní poruchy (F33.8) či periodická depresivní porucha NS (F33.9).

Periodická (rekurentní) depresivní porucha je častější a jak již název napovídá, jedná se o opakování depresivních epizod. Postihuje dvakrát častěji ženy než muže a obvykle

se objevuje po třicátém roce života. Celoživotní prevalence činí 4 - 19 %. Neléčená jedna epizoda trvá průměrně šest měsíců (Raboch, & Pavlovský, 2012).

Depresivní fáze jsou nedílnou součástí také **bipolární afektivní poruchy** (F31).

Do poruch nálady řadíme taky **perzistentní afektivní poruchy** (trvalé poruchy nálady, F34). Charakteristické je pro ně to, že nedosahují sice takové intenzity, aby splňovaly kritéria pro hypomanickou nebo lehkou depresivní fázi, ale za to jsou vytrvalejší a trvají i několik let. Pro splnění diagnózy je nutné trpět příznaky po dobu minimálně dvou měsíců v průběhu dvou let (Raboch, & Pavlovský, 2012).

Mezi trvalé poruchy nálady řadíme *cyklotymii* (F34.0), kde dochází ke střídání období hypomanie a deprese, ale nejsou natolik dlouhé nebo závažné, aby bylo možno diagnostikovat bipolární poruchu. *Dysthymie* (F34.1) je charakteristická chronicky špatnou náladou, ale opět nesplňuje svou závažností nebo délkou kritéria pro periodickou depresivní poruchu (MKN-10, 2008).

Raboch a Pavlovský (2012) nabízejí i další alternativní odlišování deprese. Můžeme rozlišovat *melancholickou depresi*, častěji se vyskytující u starších lidí, která je typická ranními pesimy, předčasným probouzením, ztrátou chuti k jídlu a k sexu, anhedonií a útlumem psychomotoriky. U mladších lidí se vyskytuje častěji naopak *atypická deprese*, která se vyznačuje více vegetativními symptomy, zvýšenou spavostí a větší chutí k jídlu. *Sezónní deprese* se objevuje na podzim a na jaře obvykle zmizí. *Sekundární depresivní porucha* se objevuje jako druhotná potíže ve spojení s jiným duševním nebo tělesným onemocněním, případně jako vedlejší účinek některých léků.

Problémem často bývá nesprávná diagnostika jedinců s depresí, kteří přijdou k lékaři s tělesnými obtížemi, o kterých lidé v naší společnosti mluví a řeší je radši, což může vést k *maskované (larvované) depresi* (Raboch, & Pavlovský, 2012).

2.4 Depresivní poruchy v DSM-V

Do depresivních poruch v DSM-V řadíme *disruptivní dysregulativní poruchu nálady*, *velkou depresivní poruchu*, jenž odpovídá depresivní epizodě a periodické depresi podle MKN-10, dále zde patří *perzistentní depresivní porucha* (dystymie), *premenstruační dysforická porucha*, *depresivní porucha vyvolaná užíváním látek nebo léků*, *depresivní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním*, *jiná specifická depresivní porucha* a *nespecifická depresivní porucha*. Do depresivních poruch v DSM-V neřadíme bipolární poruchu, která spadá do jiné kategorie (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015).

Protože diagnostická kritéria si jsou podobná a vycházíme v této práci především z MKN-10, nebudeme se zde dále o depresivních poruchách podle DSM-V rozepisovat.

2.5 Léčba deprese

Hlavním cílem léčby deprese je dosažení plné remise, tedy vymizení všech psychopatologických příznaků a umožnění návratu do běžného pracovního a sociálního života a samozřejmě také zamezit návratu obtíží. K léčbě deprese se používají především tři postupy: farmakoterapie (antidepresiva), psychoterapie a elektrokonvulzivní terapie. Tyto postupy se pro větší efekt podle potřeby kombinují. U lehčích forem deprese bývá dostačující léčbou psychoterapie, u těžších forem je nutná farmakoterapie spojená například s elektrokonvulzivní léčbou (Raboch, & Zvolský, 2001).

Farmakoterapie je nejvhodnější pro rychlé potlačení psychopatologických příznaků v akutní fázi. Nástup účinku antidepresiv trvá však zhruba 1-3 týdny a doporučuje se počkat 4-6 týdnů na zlepšení stavu a pak v případě nezlepšení vysadit a nasadit jiná.

Protože i přes neustálý vývoj nových léčiv jsou antidepresiva spojena s nežádoucími vedlejšími účinky (sexuální dysfunkce, přibírání na váze), měl by lékař apelovat na pacienta, aby dodržoval zdravou životosprávu (žádný alkohol, strava bohatá na vitaminy B a omega-3 mastné kyseliny) a pravidelný pohyb (aerobní cvičení), který kromě udržení přiměřené tělesné hmotnosti, má i dobrý podpůrný antidepresivní účinek (Raboch, & Pavlovský, 2012).

Psychoterapie je zaměřena na práci se spouštěči deprese (Raboch, & Pavlovský, 2012). Neexistuje jednotný psychoterapeutický přístup, každý podle svého teoretického přístupu přistupuje k terapii deprese jinak. Nejčastěji se využívá postupů kognitivně-behaviorální

terapie nebo interpersonální terapie. Avšak v České republice zatím neexistuje systematický výcvik v interpersonální psychoterapii.³ KBT a interpersonální psychoterapie jsou přístupy, které jsou zaměřeny na aktuální symptomatiku a chápou depresi jako reakci na nepříznivé životní události. Kromě těchto dvou přístupů se využívá i dynamické psychoterapie, gestalt psychoterapie, existenciálních přístupů nebo třeba rodinné systemické terapie, která předpokládá, že depresi je třeba léčit v celé rodině, ne jenom u konkrétního jedince. Tyto směry se snaží spíše u hlubší změny v jedincově depresivní osobnosti a v jeho vztahových vzorcích⁴ (Roubal, 2008).

Elektrokonvulzivní terapie se používá především u těžkých depresí s rizikem sebevraždy a u pacientů rezistentních k farmakoterapii. Elektrošoky se dávají hospitalizovanému pacientovi v celkové anestezii. Jsou vhodné i pro starší, nemocné lidi nebo těhotné ženy. U pacientů se může poté objevit dočasně zmatenost a poruchy paměti, ty by měly ale nejpozději do šesti měsíců vymizet (Raboch, & Pavlovský, 2012).

Z biologických přístupů v léčbě deprese můžeme jmenovat ještě spánkovou deprivaci a posun spánku, fototerapii, repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci mozku nebo vagovou stimulaci. Tyto postupy jsou ale zatím spíše ve výzkumné fázi než v běžné praxi (Raboch, & Pavlovský, 2012). Fototerapie (léčba jasným světlem) má využití například při léčbě sezónní deprese (Praško, Brunovský, Závěšická, & Doubek, 2008).

Nesmíme zapomenout, že přestože pacient dosáhne plné remise, není dobré antidepressiva ihned vysadit, ale ještě je pár měsíců užívat, aby se snížilo riziko recidivy. Toto je obzvlášť důležité u těch pacientů, kteří trpí depresemi opakovaně (Raboch, & Pavlovský, 2012).

³ Podle Roubala (2008). Dle autorčina vědomí se za dalších deset let nic nezměnilo.

⁴ Popis různých psychoterapeutických přístupů k depresi by vydal na samostatnou diplomovou práci a terapie není primárním tématem této práce, proto se o ní zmiňuji jen krátce.

3. DEPRESE VE VĚZEŇSKÉ POPULACI

Ve výzkumu Cloyes et al. (2010) byla nejčastější diagnózou mezi odsouzenými právě deprese. Palmer a Binks (2008) předpokládají, že téměř 60 % odsouzených ve věku 18-21 let trpí aspoň mírnou depresí. Na druhou stranu statistiky USA v roce 2005 vykazovaly pouze 25 % odsouzených osob, kteří trpěli tzv. velkou depresí (James, & Glaze, 2006). A ve Francii to bylo ještě méně – necelých 18 % (Senol-Durak, & Gencoz, 2010). To se dá vysvětlit tím, že ve výzkumu Palmer a Binks (2008) byl ke zjištění deprese použit Beckův dotazník depresivity, zatímco ostatní údaje vychází pravděpodobně z počtu klinických diagnóz. Na co se však budu snažit v této práci poukázat, je to, že i subklinická deprese je u odsouzených problém, kterému je třeba věnovat pozornost. V jednom americkém výzkumu zjišťovali u mladistvých odsouzených rozdělených do tří skupin (žádná porucha nálady, subklinická deprese, velká deprese) míru agresivity a užívání drog a zjistili, že jedinci se subklinickou depresí mají vyšší míru agresivity a vykazují častější užívání drog než jedinci bez poruchy nálady a zároveň není žádný signifikantní rozdíl v těchto charakteristikách mezi jedinci se subklinickou a velkou depresí (Kang, Loudon, Ricks, & Jones, 2015).

Nerozpoznaná nebo neléčená deprese vede u odsouzených jedinců k celkovému špatnému zdraví (Cooper, & Berwick, 2001, in Hewitt, Perry, Adams, & Gilbody, 2011). V poslední době se prokazuje vztah mezi depresí a nezdravým životním stylem (kouření, alkohol, nedostatek spánku, nedostatek pohybu) (Bernard et al., 2013; Raboch et al., 2016, in Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka, & Anders, 2016). Dovolím si předpokládat, že moc mužů před svým odsouzením zdravý životní styl nevyznávalo. Přitom cvičení může pomoci snížit depresivní symptomatiku (Bernard et al., 2013).

Zdá se, že vliv na míru deprese může mít i typ zločinu (Senol-Durak, & Gencoz, 2010). Vyšší výskyt deprese byl zaznamenán u zločinů spáchaných pod vlivem alkoholu (Windle, & Miller, 1990) a u pachatelů krádeží v obchodech (Lamontagne, Boyer, Héту, & Lacerte-Lamontagne, 2000). U pachatelů drobných krádeží v obchodech (*shoplifters*) dělí někteří autoři (Lamontagne et al., 2000) tyto pachatele na ty, kteří kradou z racionální volby a ty, kteří kradou, protože mají depresi. Ve výzkumu Pondé (2014) však nebyla deprese signifikantně spojena s žádným typem zločinu.

Deprese a násilný zločin: U depresivních jedinců je třikrát větší pravděpodobnost, že spáchají násilný trestný čin než u běžné populace a dvakrát větší pravděpodobnost než

u jejich nedepresivních sourozenců (da Silva, & Menezes, 2015). Což je zajímavé vzhledem k tomu, že sourozenci obvykle vyrůstají ve stejném prostředí, tzn., že zde fungují podobné výchovné a socializační vlivy, u kterých se předpokládá, že mají na budoucí kriminální kariéru významný vliv a přítomnost deprese se zdá tyto vlivy ještě více umocňuje. Na druhou stranu některé výzkumy naznačují, že jedinci s depresí se častěji stávají obětí vraždy než běžná populace (Crump, & Sundquist, 2013, in da Silva, & Menezes, 2015).

Velkou otázkou je, jestli odsouzení, kterým je diagnostikována deprese, jí trpěli již před vstupem do vězení a je tak možné, že se promítla do příčin spáchání zločinu nebo jí začali trpět až důsledkem pobytu ve vězení. Takový výzkum by bylo složité provést. Nicméně autorka této práce považuje za důležité, zda jí (ne)trpí nyní a pokud ano, tak zda se s tím pracuje, aby si neodnesli s sebou po propuštění, kde může deprese hrát roli v adaptaci na život bez zločinu.

4. SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

Základní charakteristikou specifických poruch osobnosti (F60-F69) jsou takové povahové vlastnosti jedince a s tím související hluboce zakořeněné a stereotypní vzorce chování, kterými trpí buď on sám, nebo jeho okolí; osobnost je nevyvážená. Některé projevy budoucí poruchy osobnosti můžeme pozorovat už v pozdním dětství či adolescenci, diagnostikovat ji lze ale až v dospělosti po dozrání osobnosti (Pavlovský, 2012; Praško, 2003). Specifické poruchy osobnosti nevznikají následkem jiné nemoci, ani poškozením mozku (MKN-10, 2008).

Za obecná diagnostická kritéria považujeme podle MKN-10 (Pavlovský, 2012; Praško, 2003):

- Psychická vnitřní struktura a chování se odlišují zřetelně od normy a postihuje několik oblastí (poznávání, afektivita, myšlení, vnímání, sebekontrola, zvládání interpersonálních situací)
- Abnormální chování je trvalého rázu
- Maladaptivní chování v interpersonálních a sociálních situacích
- Abnormální chování se manifestuje již v dětství či dospívání a pokračuje do dospělosti
- Poruchu nelze vysvětlit jako důsledek jiné duševní nemoci
- Poruchu nelze vysvětlit jako důsledek jiné mozkové dysfunkce, úrazem nebo organickým onemocněním

4.1 Prevalence specifických poruch osobnosti

Prevalence poruch osobnosti v běžné populaci se podle různých autorů liší. Nejčastěji se uvádí kolem 10 %. Čísla se neshodují ani co se týče léčených jedinců s poruchou osobnosti. Čísla kolísají do 20 - 75 % (Praško, 2003). Například ve výzkumu Zimmerman, Rothschild, & Cheminski (2005) činila prevalence poruch osobnosti v psychiatrické populaci 31,4 %. V polské běžné populaci činí prevalence poruch osobnosti 9 %, což odpovídá číslům v jiných evropských zemích i v USA. Diagnostika probíhala podle DSM-IV. Nejčastější poruchou byla obsedantně kompulzivní porucha, která nejvíce odpovídá anankastické poruše osobnosti podle MKN-10 a dále se nejčastěji vyskytovala narcistická a hraniční porucha osobnosti (Gawda, & Czubak, 2017). Ve Švédsku činí prevalence 11 % (Ekselius, Tillfors, Furmark, & Fredrikson, 2001).

4.2 Etiologie specifických poruch osobnosti

Etiologie poruch osobnosti není stále úplně jasná. S nejvyšší pravděpodobností se jedná o kombinaci vrozených temperamentových odlišností s výchovou získanými charakterovými odlišnostmi. Kromě temperamentu mezi biologické faktory řadíme taky genetické a prenatální vlivy, kdy mohlo během těhotenství vlivem virových onemocnění nebo stresu matky dojít k vývojovým změnám na mozku plodu. V úvahu přicházejí i poškození během porodu. K vlivům okolního prostředí řadíme rodinnou disharmonii, vliv vrstevníků, kulturní prostředí, traumatické životní události (Praško, 2003).

Za významné teorie v oblasti poruch osobnosti jsou považovány kognitivní teorie, které říkají, že poruchy osobnosti jsou dány z velké části nesprávnými kognitivními přesvědčeními. Dále se mi zdají významné evolucionistické teorie, které říkají, že tyto naučené vzorce chování a automatické myšlenky apod. jsou vlastně primitivními strategiemi vytvořenými již před tisíci lety u našich předků (Praško, 2003).

4.3 Klasifikace specifických poruch osobnosti

Podle MKN-10 (2008) rozlišujeme tyto poruchy osobnosti:

PARANOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.0)

Základním rysem je extrémní nedůvěřivost a podezřívavost vůči svému okolí. Jsou žárliví a závistiví. Další charakteristikou je tendence k trvalému nepřátelskému ladění vůči okolí, neschopnost odpustit i domnělé křivdy, tendence interpretovat i neutrální nebo dokonce přátelské projevy jako hostilní vůči sobě. Nepřátelské chování paranoidních jedinců vede k negativnímu chování jedinců v jeho okolí vůči němu, což ho jen utvrzuje v jeho přesvědčení. Jsou citliví na odmítnutí, ješitní a přesvědčení o vlastní pravdě. Vynaloží velké množství energie na to, aby sehnali důkazy podporující jejich pravdu. Často ze svých neúspěchů obviňují jiné. Jsou vztahovační a kvůli své podezřívavosti často vyvolávají konflikty, které ale většinou nekončí trestnou činností (MKN-10, 2008; Pavlovský, 2012; Praško, 2003). Toto všechno vede k horšímu pracovnímu výkonu, vyhýbání se navazování intimních kontaktů, ke konfliktům s autoritami (Praško, 2003). Raboch a Zvolský (2001) doplňují, že jim kvůli všem výše zmíněným charakteristikám chybí smysl pro humor.

Kromě obecných kritérií pro poruchu osobnosti musí jedinec s paranoidní poruchou osobnosti splňovat aspoň čtyři z následujících kritérií (podle MKN-10, in Praško, 2003):

- Nadměrná citlivost k odmítnutí
- Tendence k trvalé zášti, tzn. neschopnost odpustit domnělé urážky, bezpráví
- Podezíravost a sklon k překrucování a nesprávné interpretaci neutrální či dokonce přátelské reakce jako nepřátelské a urážlivé
- Vytrvalý boj za svá práva bez ohledu na bezprostřední situaci
- Opakované podezírání partnera z nevěry
- Sklon k neustálému zdůrazňování své osoby, vztahovačnost
- Konspirační vysvětlování věcí a dění kolem sebe a ve světě

Co se týče etiologie, za významné se pokládají genetické vlivy. Bylo totiž zjištěno, že v rodinách paranoidních jedinců se vyskytuje více členů se schizofrenií nebo s poruchou s bludy (Kendler, & Gruenberg, 1982, in Praško, 2003). Dalším vysvětlením vzniku této poruchy je možný rozvoj obranného mechanismu projekce vlivem působení rodičovské zlosti a pokořování v raném dětství. Jakékoliv psychické zranění vede k projikováním pocitů zranitelnosti a nedostačivosti do druhých jako jejich nepřátelství vůči němu (Praško, 2003).

Prevalence paranoidní poruchy osobnosti se podle DSM-V odhaduje mezi 2,3 - 4,4 %. (Raboch et al., 2015). Vyšší výskyt je samozřejmě u psychiatrických pacientů (10 - 30 %) a častěji se vyskytuje také u mužů (Praško, 2003).

Paranoidní rysy se mohou objevit již v dětství. Takové děti jsou hypersenzitivní, sociálně úzkostné a nemají moc kamarádů. Nezvyklé chování může vzbudit pozornost vrstevníků a predisponované dítě tak v jeho postojích utvrdit.

Všechny tyto rysy mají tendenci se v zátěžových situacích vystupňovat, což může vést až k psychotické epizodě projevenou bludy a narušenou percepcí (Praško, 2003).

SCHIZOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.1)

Za základní charakteristiku této poruchy je považována neschopnost vytvářet vztahy s druhými, což ale pacientům s touto poruchou obvykle nevádí, protože dávají přednost věcem před kontaktem s lidmi (Praško, 2003). Dále je charakteristická neschopnost prožívat radost, vyjadřovat své city, emoční chlad, lhostejnost ke chvále, ale i ke kritice, upřednostňování samoty, introspektivní rezervovanost a denní snění, nedbání sociálních zvyklostí (MKN-10, 2008; Pavlovský, 2012). Zvláštní je i jejich chování,

pohybují se letargicky, mdle, mají pomalou, monotónní řeč (Praško, 2003). Citový chlad ve spojení s asociálními rysy může vést až k vraždě (Pavlovský, 2012).

Kromě obecných kritérií pro poruchu osobnosti musí jedinec se schizoidní poruchou osobnosti splňovat aspoň čtyři z následujících příznaků (podle MKN-10, in Praško, 2003):

- Malý záběr činností, které nemusí ani skýtat potěšení
- Oploštěná emotivita
- Neschopnost vyjadřovat vřelé city, ale i vztek vůči druhým lidem
- Lhostejnost ke chvále i ke kritice
- Malý zájem o sex
- Upřednostňování samotářských činností
- Pozornost zaměřena do fantazie a introspekce
- Nedostatek blízkých vztahů a nedostatek touhy po vytváření blízkých vztahů
- Necitlivost k sociálním normám a konvencím

V etiologii se opět promítají dědičné vlivy a narušené vztahy v rodině (chladné, citově odtažití rodiče) (Praško, 2003).

Porucha je častější u mužů. Epidemiologie není úplně známa, některé výzkumy hovoří o 0,5 - 1 % v běžné populaci (Praško, 2003). V psychiatrické populaci činí prevalence schizoidní poruchy osobnosti 4,9 % (Raboch et al., 2015).

DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.2)

V DSM-V označována jako asociální porucha osobnosti. Z forenzního a penitenciárního hlediska nejdůležitější a nejčastější. Charakteristická je lhostejnost k citům druhým, nezodpovědnost a nerespektování sociálních norem, neschopnost udržet trvalý vztah, přestože je poměrně dobře navazují, nízká frustrační tolerance, vysoká agresivita, typická je racionalizace svého jednání, neschopnost přiznat vinu a svalování viny na druhé. Jsou neschopni poučit se z vlastních zkušeností, myslí si, že „příště už to udělají lépe, aby jim to prošlo“. Jsou také lhostejní k trestu a nedochází u nich k rozvoji vyšších citů (→ *moral insanity*) (MKN-10, 2008; Pavlovský, 2012; Praško, 2003; Raboch, & Zvolský, 2001; Raboch, & Pavlovský, 2012). Zaměření na uspokojení svých potřeb

bez ohledu na druhé a bez výčitek svědomí. Časté spojení se zneužíváním návykových látek (Praško, 2003).

Kromě obecných kritérií pro poruchu osobnosti musí jedinec s disociální poruchou splňovat ještě nejméně tři z následujících kritérií (podle MKN-10, in Praško, 2003):

- Nezájem o city druhých
- Nezodpovědnost a bezohlednost vůči společenským normám a pravidlům
- Neschopnost udržet vztahy bez potíží vztahy vytvářet
- Nízká frustrační tolerance a nízký práh pro spuštění agrese
- Neschopnost cítit vinu a poučit se ze zkušenosti (z trestu)
- Tendence svádět vinu na jiné a racionalizovat svoje chování

Tato porucha osobnosti se významně projevuje již v dětství chladným citovým vztahem k rodičům, sníženou vnímavostí k pochvalě i pokárání, neschopností projevit lítost, týráním zvířat, nekázní ve škole, šikanou, krádežemi, záškoláctvím (Pavlovský, 2012; Praško, 2003).

U disociální poruchy hrají dědičné vlivy ze všech poruch asi největší roli, přestože důležitá je i interakce biologických vlivů a vlivů prostředí (Praško, 2003). Výzkumy ukazují, že adoptované děti rodičů s antisociální poruchou osobnosti mají zvýšené riziko rozvoje této poruchy (Raboch et al., 2015).

V běžné populaci je zhruba 3% výskyt disociální poruchy osobnosti u mužů a 1% u žen (Baron-Cohen, 2014). Ve vězeňské populaci je toto číslo o dost vyšší, výzkumy mluví o 50% výskytu u mužů a 20% výskytu u žen (Fazel, & Danesh, 2002). K těmto číslům se kloní i Koukolík (2007). Praško (2003) uvádí rozpětí 0,2 – 9,4 % v celkové populaci a 3 - 37 % v psychiatrické populaci a až 75 % u vězňů. Raboch a Pavlovský uvádějí čísla 0,4 - 9,4 % výskytu v běžné populaci, u psychiatrických shodně s Praškem 3 - 37% a ve vězeňské populaci až 80 %.

Jejich lhostejnost k trestu a neschopnost internalizovat morálku je dělá těžko léčitelnými (Praško, 2003).

EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.3)

U emočně nestabilní poruchy osobnosti rozlišujeme dva podtypy: Rozlišujeme *impulzivní typ* charakteristický neuváženým a nepředvídatelným chováním, vyvoláváním konfliktů, nedostatkem sebekontroly, tendencemi k výbuchům zlosti a násilí, změnami nálad (Pavlovský, 2012). Výbuchy zlosti neodpovídají spouštěcímu podnětu (Raboch, & Pavlovský, 2012). Pro diagnózu impulzivního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti a dále musí být splněna nejméně tři následující kritéria, přičemž musí být splněno druhé kritérium:

- Tendence k impulzivnímu chování a nepromyšlení následků
- Tendence k nesnášenlivému chování a vyvolávání konfliktů, zvláště, když je daná osoba kritizovaná, nebo se druhá osoba snaží impulzivní chování narušit
- Tendence k výbuchům hněvu a neschopnost kontrolovat pak své chování
- Neschopnost setrvat u činnosti, která nepřináší okamžitý zisk
- Nestabilní nálada

Prevalence impulzivního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti činí 2 - 3 % v populaci. Převažuje u mužů (75 %) (Raboch, & Pavlovský, 2012). Etiologie není jasná. V anamnéze těchto jedinců ale často nalézáme perinatální poranění mozku, encefalitidy či jiná mozková traumata.

Dále rozlišujeme *hraniční typ*, pro který jsou typické narušené představy o sobě, intenzivní, ale nestálé vztahy, strach z opuštění, pocity prázdnoty, tendence k sebepoškození (Pavlovský, 2012). Jedná se o nejčastější poruchu osobnosti (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Jedinci s hraniční poruchou osobnosti jsou velmi iritabilní a kritičtí k sobě i k okolí. Typická je neschopnost potlačit prožívanou emoci, přestože jsou si často na racionální úrovni vědomi, že jejich emoce neodpovídá situaci – mezi kognitivním zpracováním a emočním prožitím je rozpor (Praško, 2003). Někteří jedinci se však emoce potlačovat naučí a mohou tak na veřejnosti nebo při klinickém vyšetření působit nenápadně – silné emoce si dovolí projevit až při kontaktu s terapeutem nebo v kontaktu s blízkou osobou. Emoční vybití přinese úlevu, ale jen krátkodobě. Napětí se taky zbavují prostřednictvím intenzivní pohybové aktivity, přejídáním nebo sebepoškozením (Gramba et al., 2017). Typická je i neschopnost konstruktivního řešení problémů – každý sebemenší problém znamená pro ně krizi. A k těmto problémům se staví

bezmocně, vyžadují pomoc od druhých nebo je řeší zkratkovitě. Vztahy bývají intenzivní a nespokojené. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti ví, že svými emocionálními výbuchy získají vždycky pozornost. Pro osoby s hraniční poruchou je typický splitting – štěpení. Lidi rozdělují pouze na dobré a zlé. Protože ale lidé reagují i někde mezi na kontinuu dobra-zla, jsou si v těchto situacích nejistí a reagují buď vytvářením těsných, závislých vztahů nebo naopak odstupem a chladem. I v dlouhodobém vztahu mají problém rozumět partnerovi a jeho pocitům. Tyto problémy se často projevují i v pracovním životě – střídání zaměstnání v důvodu neshod na pracovišti není neobvyklé u hraničních pacientů. Častá je komorbidita s depresí, úzkostnými poruchami, poruchami příjmu potravy, somatoformními poruchami nebo závislostí na návykových látkách (Praško, 2003). Častá mezi pachateli trestné činnosti (Pavlovský, 2012).

Pro splnění diagnózy hraniční poruchy osobnosti musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti, dále tři kritéria pro impulzivní typ a také nejméně dvě z následujících kritérií (Praško, 2003):

- Narušená představa o své identitě, o svém těle, o svých cílech
- Intenzivní, ale nestálé vztahy
- Přehnaná snaha vyhnout se opuštění a odmítnutí
- Sebepoškozování
- Chronický pocit prázdnoty

Etiologie je neznámá. Z biologických vlivů se hovoří o možnosti perinatálního poškození mozku, poranění hlavy, encefalitidy apod. Z vlivů prostředí se nejčastěji předpokládá sexuální zneužívání v dětství, týrání v dětství, odmítání nebo naopak hyperprotektivní rodiče. Nejvíce se vznikem hraniční poruchy zabývají psychoanalyticky orientované školy (Praško, 2003).

Hraniční poruchou osobnosti trpí asi 1,6 – 5,9 % populace. Mnohem častěji se vyskytuje u žen (Grambal et al., 2017).

HISTRIÓNSKÁ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.4)

Pro osoby s histriónskou poruchou osobnosti je nejtypičtější touha být ve středu pozornosti. Jejich touha po středu pozornosti je tak silná, že poutají na sebe pozornost i za cenu, že si způsobí spíše ostudu, než pozitivní zájem. Nadměrně se zabývají svým vzhledem, snaží se být vždy atraktivní a jejich chování je flirtující. Dále je histriónská

porucha charakteristická teatrálností, přehnanými emočními projevy, které jsou ale povrchní a labilní, důrazem na fyzickou přitažlivost, touhou po obdivu, zvýšenou zranitelností, zároveň manipulativním chováním, proto mají spoustu problémů v interpersonálních vztazích (Pavlovský, 2012; Praško, 2003). Jednají spíše na základě instinktu než racionálního uvažování. U složitějších úkolů nevydrží, chybí jim vytrvalost, systematickosti, špatně snášejí nudu. Někdy se u nich může vyskytnout i bájevitá lhavost nebo simulace či agravace různých somatických nemocí, aby si získali pozornost. Často ale trpí sexuálními dysfunkcemi (Praško, 2003).

Diagnostická kritéria pro histriónskou poruchu osobnosti jsou kromě obecných kritérií tyto kritéria (pro stanovení diagnózy musí být splněna nejméně čtyři) (Praško, 2003):

- Teatrálnost, sebedramatizace, přehnané emoční projevy
- Vysoká sugestibilita a ovlivnitelnost jinými lidmi nebo okolnostmi
- Labilní a povrchní emotivita
- Neustálé vyhledávání pozornosti
- Nepřiměřené vyzývavé chování
- Nadměrný důraz na fyzický vzhled

V etiologii se předpokládají spíše psychologické vlivy než vlivy biologické. Především se předpokládá nevyřešený Oidipův či Elektriin komplex nebo fixace v orálním období (Praško, 2003).

Histriónská porucha osobnosti je častější u žen (Praško, 2003). Podle Národní epidemiologické studie o alkoholu a souvisejících onemocnění činí prevalence histriónské poruchy osobnosti 1,84 % (Raboch et al., 2015).

ANANKASTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.5)

Tuto osobnost můžeme charakterizovat pocí osobní nejistoty a pochybami, které jsou kompenzovány perfekcionismem, lpěním na sociálních konvencích, lpěním na detailech, rigiditou, trváním na tom, aby se ostatní podřizovali jeho požadavkům, nadměrnou kontrolou sebe i druhých (Pavlovský, 2012). Emočně jsou spíše rezervovaní, převládá u nich silná vnitřní nejistota a bojí se vyjádřit agresi (Praško, 2003). Protože kladou takový důraz na preciznost, jsou v práci ale spíše pomalí. Nehodí se proto ani na vedoucí funkci, protože nejsou pružní a vyhýbají se rozhodování (Raboch, & Zvolský,

2001). V DSM-V označována jako obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti, ale je třeba nezaměňovat s obsedantně-kompulzivní poruchou F42. Z forezního hlediska málo významná (Longato-Stadler, von Knorring, & Hallman, 2003; MKN-10, 2008; Pavlovský, 2012).

Kromě obecných kritérií pro poruchu osobnosti musí být splněna dále nejméně čtyři z následujících kritérií:

- Přehnané pochyby a opatrnost
- Nadměrné zabývání se detaily, pravidly, pořádkem
- Nadměrný perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu
- Nadměrná svědomitost a puntičkářství
- Nadměrné zabývání se produktivitou na úkor spokojenosti a interpersonálních vztahů
- Nadměrné pedantství a tendence k sociální konvenčnosti
- Rigidita a tvrdohlavost
- Vyžadování, aby se ostatní přizpůsobili jedincovým požadavkům

Předpokládá se genetický základ vzniku a autoritativní výchova. Podle Hertler (2014) převládají dědičné vlivy nad výchovnými. Psychodynamické směry mluví o fixaci na anální úrovni. Častější u mužů (Praško, 2003).

ANXIÓZNÍ (VYHÝBAVÁ) PORUCHA OSOBNOSTI (F60.6)

Typické jsou trvalé obavy a pocity napětí, podceňování se. Vysoká je potřeba být milován a přijímán, po blízkosti velmi touží, zároveň trpí strachem z odmítnutí a strachem z kritiky a z neoblíbenosti, proto typicky dochází k vyhýbání se společenským kontaktům. Mají nízké sebevědomí (MKN-10, 2008; Pavlovský, 2012).

Pro naplnění diagnózy vyhýbavé poruchy osobnosti (podle MKN-10) musí být kromě obecných kritérií splněna aspoň čtyři z následujících kritérií (Praško, 2003):

- Neustálé pocity napětí a obav
- Přesvědčení o své neschopnosti, sociální neobratnosti, nepřitažlivosti
- Strach z kritiky nebo odmítnutí v sociálních situacích
- Vyhýbání se kontaktu s lidmi, pokud si není jistý, že bude oblíben
- Omezení životního stylu kvůli potřebě jistoty

- Vyhýbání se pracovním a jiným činnostem, které zahrnují osobní kontakt s lidmi ze strachu z odmítnutí nebo kritiky

V etiologii se předpokládají environmentální vlivy, především časté odmítání ze strany rodičů, následně odmítání ze strany vrstevníků. Biologicky je vznik vyhýbavé poruchy podmíněn zřejmě temperamentem. Výskyt je stejný u žen i u mužů. Prevalence se odhaduje kolem jednoho procenta a 10 % v klinické populaci (Praško, 2003).

ZÁVISLÁ PORUCHA OSOBNOSTI (F60.7)

Závislá porucha osobnosti je charakteristická neúměrným podřizováním se potřebám druhých osob, pasivitou, nízkou asertivitou, pocitu bezmocnosti, neschopností samostatného rozhodování, strachem z opuštění (Pavlovský, 2012). Jedinci s touto poruchou potřebují, aby se druzí o ně starali. Pokud není jejich potřeba závislosti uspokojena, propadají depresím. Cítí, že sami nejsou nic, že nejsou dostatečně kompetentní, a proto za ně musí rozhodovat jiní. Těžko nesouhlasí, protože se bojí, že jim pak druzí nebudou pomáhat a oni sami by to nezvládli (Praško, 2003).

Pro naplnění diagnózy závislé poruchy osobnosti (podle MKN-10) musí být kromě obecných kritérií splněna aspoň čtyři z následujících kritérií (Praško, 2003):

- Nechání rozhodování o důležitých záležitostech jedince na druhých osobách
- Podřizování svých potřeb potřebám druhým a nadměrné vyhovování přáním ostatních
- Neochota mít žádné požadavky vůči osobám, na kterých je jedinec závislý
- Pocit, že není schopný se postarat sám o sebe
- Obavy, že bude opuštěn blízkou osobou
- Neschopnost udělat vlastní rozhodnutí bez toho, co by to druhý člověk schválil

V etiologii převládají jak genetické, tak výchovné vlivy. Psychodynamické teorie předpokládají odmítání jedince matkou během orálního stadia. Častější u žen (Praško, 2003; Raboch, & Pavlovský, 2012). Častěji se vyskytuje u nejmladších sourozenců (Raboch, & Pavlovský, 2012).

Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8)

NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Podle DSM-IV je pro jedince trpícího narcistickou poruchou pozornosti typická grandiozita, fantastičnost, vyžadování obdivu, vyžadování speciálních práv a speciálního zacházení, manipulativnost, nedostatek empatie, závist, žárlivost, arogance, domýšlivost (Sélešová, Bob, Kukla, & Ptáček, 2013). Mají dojem, že jejich výjimečnost jsou schopni pochopit jen lidé stejně výjimeční, nejlépe v nějakém vysokém postavení. Protože jsou tak skvělí a výjimeční, očekávají patričné chování i od terapeutů (Raboch, & Pavlovský, 2013). Zveličují svoje výkony a svoji osobu. Přestože prezentují přebujelé sebevědomí, ve skutečnosti je jejich okázalá sebejistota velmi křehká. Jsou velmi citliví na kritiku a odmítnutí. Hodně se porovnávají s ostatními, a pokud se ukáže být někdo lepší nebo když dojde u narcistických jedinců v životě k nějakému neúspěchu, nedokážou se s ním adaptivně vyrovnat a podléhají prudkým emocím zlosti nebo depresi (Praško, 2003).

Pro splnění diagnózy narcistické poruchy osobnosti musí postižený jedinec vyhovovat minimálně pěti z těchto kritérií (podle MKN-10, in Praško, 2003):

- Velikášské představy o vlastní důležitosti
- Zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse nebo ideální lásce
- Víra, že je zvláštní a jedinečný a měl by být v kontaktu pouze s podobně výjimečnými lidmi
- Potřeba nekonečného obdivu
- Představy o zvláštní privilegovanosti
- Využívání interpersonálních vrahů pro vlastní prospěch
- Chybějící empatie
- Závist nebo představy, že ostatní závidí jemu
- Arogantní a zpupné chování

Etiologii můžeme hledat v nevhodném přístupu rodičů, kteří své dítě opakovaně devalvovali a zraňovali, dávali mu najevo svoji nespokojenost a tak snižovali jeho sebevědomí a narušovali sebehodnocení (Praško, 2003, Raboch, & Pavlovský, 2013).

PASIVNĚ-AGRESIVNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Pro jedince s touto poruchou je typická těžká spolupráce s ostatními, neboť neustále nějakým způsobem práci sabotují, odkládají, neplní nařízení nadřízených. Slíbí, že něco udělají, ale pak jim to z nějakého důvodu „nevyjde“. Často zapomínají, jsou pořád nespokojeni. Neustále bojují za svoji autonomii a svobodu, mají problém podrobit se autoritám. Nejsou schopni udržet blízké vztahy, protože po chvíli začnou bojovat o svoji svobodu. Pořád si stěžují a kritizují, ale své požadavky a pocity vyjadřují nepřímou (Praško, 2003).

Pro naplnění diagnózy pasivně-agresivní poruchy osobnosti (podle MKN-10) musí být kromě obecných kritérií splněno aspoň pět z následujících kritérií (Praško, 2003):

- Odkládání splnění základních úkolů, které ostatní chtějí splnit
- Neodůvodněné stížnosti na to, že ostatní mají nepřiměřené požadavky
- Podrážděnost, pokud je požádán, aby něco udělal
- Kritika a odmítavý postoj k autoritám
- Pomalá nebo špatně udělaná práce na úkolech, které nechce dělat
- Brzdí svých sabotujícím chováním ostatní
- Vyhýbání se povinností s výmluvou, že zapomněl

Vznik pasivně-agresivní osobnosti bývá vysvětlovat teoriemi sociálního učení. Předpokládá se v rodině pacienta přítomnost dominantních osob, v jejich přítomnosti si nemohl pacient dovolit vzdorovat a naučil se proto vzdorovat nepřímou.

Člověk může trpět více poruchami osobnostmi najednou, v tom případě mluvíme o *smíšených poruchách osobnosti* (F61) (MKN-10, 2008). Jednotlivé charakteristiky se prolínají a jednotlivé poruchy se vzájemně nevyklučují. Smíšené poruchy osobnosti jsou častější než přítomnost pouze jedné poruchy osobnosti (Zimmermann et al., 2005).

4.4 Poruchy osobnosti v DSM-V

Většina poruch v DSM-V se s poruchami v MKN-10 překrývá. Některé mají trochu jiný název, ale charakteristika je podobná. Co je v DSM-V navíc, je schizotypní porucha osobnosti vyznačující se sníženou schopností navazovat blízké vztahy, kognitivními zkresleními a excentrickým chováním.⁵ Naopak narcistická porucha osobnosti, která v MKN-10 se stále řadí do Jiných poruch osobnosti, má již v DSM-V své vlastní místo vedle ostatních poruch. Pasivně-agresivní porucha osobnosti patří v obou manuálech do Jiných poruch osobnosti a je stále předmětem zkoumání. Rozdíl můžeme také nalézt u emočně-nestabilní poruchy osobnosti, která se dělí v MKN-10 na impulzivní a hraniční typ – v DSM-V existuje pouze její hraniční varianta.

Dalším zajímavým rozdílem může být, že v DSM-V se poruchy osobnosti dělí do tří tzv. klastrů. Klastř A zahrnuje paranoidní, schizoidní a schizotypní poruchu osobnosti. Jejich společným znakem je podivinství a excentrické chování. Do klastř B řadíme antisociální (*disociální*), hraniční, histriónskou a narcistickou poruchu osobnosti. Jejich společným znakem je nestabilita, dramatičnost. Do klastř C spadá vyhýbavá, závislá a obsedantně-kompulzivní (*anankastická*) porucha osobnosti, jejichž společným znakem je úzkostnost. Validita těchto klastrů je ale nejasná,⁶ neboť mnoho pacientů trpí několika poruchami osobnostmi najednou, a to z různých klastrů (Raboch et al., 2015).

V první kapitole jsem se zmínila, že ve své práci vycházím z předpokladu, že poruchy osobnosti jsou koncem na kontinuu klasických rysů osobnosti. DSM-V vychází stále z kategoriálního předpokladu, i když již v příloze nabízí i alternativní model.

4.5 Léčba

Poruchy osobnosti jsou považovány ze své povahy trvalého rázu. Dochází u nich ale k určitým výkyvům spojených se silnými životními událostmi (pracovní problémy, rozchod, narození dítěte, přechod do nového generačního stadia, somatické onemocnění apod.). Mluvíme tedy o fázích kompenzace a dekompenzace (Praško, 2003). Nejvhodnější pro terapii jsou fáze kompenzace, kdy je člověk přístupnější terapeutické práci.

⁵ Protože této poruše osobnosti neodpovídá žádná z poruch osobnosti v MKN-10, ze které vycházíme, více o ní v této práci nepojednáváme.

⁶ Například osobně se domnívám, že antisociální porucha osobnosti by si svou specifikou zasloužila snad vlastní klastř. Nezdá se mi, že by měla s ostatními poruchami ze své skupiny příliš společného.

Farmakoterapie spočívá v podávání léků, které tlumí jednotlivé příznaky, specifické léky pro určitou poruchu osobnosti nejsou. V případě depresivní symptomatiky se podávají antidepresiva, při úzkostech anxiolytika, při poruchách chování je možné podat malé dávky neuroleptik a pro kontrolu nálady, hněvu či impulzivity je možné podávat thymoprofylaktika (Praško, Kosová, Pašková, & Prašková, 2001).

Psychoterapie poruch osobnosti se odvíjí podle druhu poruchy osobnosti, protože každá je svými projevy specifická. Opět se kognitivně-behaviorální terapie zdá jako metoda první volby, v níž je velmi důležitá práce s iracionálními dysfunkčními kognitivními přesvědčeními a dysfunkčními vzorci chování. Vhodná se může zdát i skupinová psychoterapie, díky které může pacient získat náhled na své problematické chování. Skupinová terapie by pro lepší účinek měla být dlouhodobého rázu, což bohužel se v praxi nedaří moc praktikovat (Praško et al., 2001).

5. PORUCHY OSOBNOSTI VE VĚZEŇSKÉ POPULACI

Porucha osobnosti není důvodem k exkulpaci. Člověk s poruchou osobnosti má možnost se vyrovnat se svými povahovými odchylkami a kompenzovat je jinými vlastnostmi (Mysliveček, in Pavlovský, 2012). Přestože na vzniku poruchy osobnosti se podílejí jak výchovné, tak genetické vlivy (především na vzniku disociální poruchy), rozpoznávací, ani ovládací schopnosti nejsou touto poruchou sníženy, tudíž jedinec nese za své (trestné) chování plnou zodpovědnost. Existují však výjimky velmi závažných poruch osobnosti, kde se na EEG nebo jiných zobrazovacích metodách dají nalézt zjevné biologické abnormality spojené s poruchou osobnosti a chování a v těchto případech je již případná exkulpace na zvážení (Pavlovský, 2012). V některých případech také může dojít např. k patickému afektu nebo mráкотnému stavu, k exkulpaci je ale nutné prokázat takto těžce narušenou osobnost (Praško, 2003).

Ve vězeňské populaci je prevalence poruch osobnost vyšší oproti běžné populaci, čísla kolísají mezi 32 – 80 % (Brazao et al., 2015; de Ruiter, & Trestman, 2007; Koukolík, 2007; Praško, 2003; Raboch, & Pavlovský, 2012; Slade, & Forrester, 2013; Steingrimsson, Sigurdsson, Gudmundsdottir, Apelund, & Magnusson, 2015). Jiný výzkum mluví o 50% výskytu u mužů a 20% výskytu u žen (Fazel, & Danesh, 2002).

Študent (in Raboch, & Zvolský, 2001) zjistil, že 63 % ze 150 pachatelů vraždy trpí nějakou poruchou osobnosti a patří mezi největší recidivisty. Že porucha osobnosti je důležitým prediktorem budoucí recidivy, potvrzuje i Pluck, Sirdifield, Brooker, & Moran, (2012). Poruchy osobnosti byly také často diagnostikovány u pachatelů drobných krádeží v obchodech (Lamontagne et al., 2000). Nejčastěji jsou však poruchy osobnosti spojeny se sexuálními zločiny a vraždami (Vinkers, de Beuers, Barendtregt, Rinne, & Hoek, 2011). V brazilském výzkumu byla antisociální porucha osobnosti nejčastěji spojena s loupeží, únosem a vydíráním a naopak nebyla spojena s ilegálním držením zbraní, s ublížením na zdraví a podvody. Emočně nestabilní porucha osobnosti byla nejčastěji spojena se sexuálními zločiny a naopak byla negativně asociována s loupeží, únosy a vydíráním (Pondé et al., 2014).

U pachatelů znásilnění byla nalezena vyšší prevalence poruch osobnosti než u pachatelů sexuálního zneužití (Längström, Sjöstedt, & Grann, 2004).

K lidem s disociální poruchou se přistupuje jako o nenapravitelně „zlých“. V DSM-IV se ale k antisociální poruše osobnosti píše, že je často spojena s nízkým socioekonomickým statusem a že tedy delikventní chování může být součástí strategie přežití (APA, 2000, in Whiteley, Bloom, & Friedman, 2014).

Málo pozornosti je věnováno poruchám osobnosti z klastru C – vyhýbavé, závislé a obsesivně-kompulzivní (anankastické) poruše osobnosti. Nejsou totiž tak časté, aspoň mezi pachateli vražd. Ve Finsku 3,5 % odsouzených pachatelů za vraždu trpělo nějakou poruchou osobnosti z klastru C. Tito pachatelé trpěli častěji výčitkami svědomí než pachatelé trpícími poruchami osobnosti z jiných klastrů. Poruchy z klastru C jsou ale poměrně časté mezi pachateli sexuálních zločinů (Laajasalo, Ylpeka, & Häkkänen, 2013). Avšak žádná porucha z klastru C nebyla nalezena v populaci vězňů, kteří spáchali těžký zločin ve švédském výzkumu Longato-Stadler et al. (2003).

6. VZTAH DEPRESE A PORUCH OSOBNOSTI

Komorbidita deprese a poruch osobnosti je častá. Poruchy osobnosti se u depresivních jedinců vyskytují ve 22 % případů (Casey et al., 2004). U hospitalizovaných pacientů činí prevalence deprese s poruchou osobnosti 20 – 50 % a u ambulantních pacientů to je dokonce 50 – 85 % (Corruble, Ginestet, & Guelfi, 1996). Vysoká komorbidita poruch osobnosti a deprese byla zjištěna i v Indickém výzkumu (Sarkar et al., 2016). V Íránském výzkumu komorbidita deprese a poruch osobnosti činila 61 % (Alhooei et al., 2016).

Nejčastěji se u jedinců s depresí vyskytují zřejmě poruchy z klastru B, s nejčastěji zastoupenou hraniční poruchou osobnosti (10-30 %), dále histriónskou (2-20 %) a disociální poruchou (0-10 %). Narcistická porucha osobnosti byla však shledána ve spojení s depresí v méně než 5 % případů (Corruble et al., 1996). Ve výzkumu Sjästad, Gråwe, & Egeland (2012) se nejčastější spojení deprese s hraniční poruchou osobnosti nepotvrdilo. Přestože i zde byla nalezena vysoká komorbidita deprese s hraniční poruchou osobnosti (14,9 %), ve skupině s každou jinou poruchou osobnosti, kromě disociální, byl počet jedinců s komorbidní depresí vyšší. U disociální poruchy se naopak nejčastěji vyskytovala bipolární porucha ze všech poruch osobnosti (6,2 %). Hraniční porucha osobnosti se vyskytuje u pacientů s depresí v 9,5 %. (Unger, Hoffman, Köhler, Mackert, & Fydrich, 2012). Komorbidní hraniční porucha osobnosti je zároveň rizikovým faktorem pro perzistenci deprese oproti jiným poruchám osobnosti (Skodol et al., 2011). Vysoká souvislost deprese a hraniční poruchy osobnosti vyžaduje pečlivou diferenciální diagnostiku. U hraniční poruchy, na rozdíl od pravé deprese, pozorujeme, že se depresivní nálada rychle mění v závislosti na vnějších vlivech (Raboch, & Zvolský, 2001). Výsledky ohledně poruch osobnosti z klastru C byly nejednoznačné, kromě obsedantně-kompulzivní poruchy, která se vyskytovala ve spojení s depresí nejčastěji (0-20 %). Co se týče poruch osobnosti z klastru A, paranoidní porucha osobnosti se vyskytovala u jedinců s depresí v méně než 5% případů (Corruble et al., 1996), což je v rozporu s jinými výzkumy (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2005; Sjästad et al., 2012).

Rysy poruch osobnosti identifikované ve skupině mladých lidí ve věku 14-22 let, predikovali dystymii nebo depresi ve střední dospělosti (33 let). Šlo o rysy antisociální, hraniční, závislé, depresivní, schizoidní a histriónské osobnosti (Johnson et al., 2005).

Komorbidita deprese s poruchou osobnosti je rizikovou kombinací pro možné suicidium (Mihai et al., 2017).

Mnoho studií ukazuje, že pacienti s depresí a zároveň poruchou osobnosti reagují na léčbu hůře než pacienti se samotnou depresí bez poruchy osobnosti (Newton-Howes, Tyrer, & Johnson, 2006; Shea, Widiger, & Klein, 1992). Ve výzkumu Sedláčkové a jejich kolegů se to ale nepotvrdilo. Podle těchto autorů mohou být lékaři a terapeuti předpojatí vůči pacientům s poruchou osobnosti (Sedláčková et al., 2013) a já bych dodala, že se zde může negativně uplatňovat fenomén sebenaplnující se předpovědi. V jiném výzkumu Sedláčková (2016) potvrzuje svá předešlá zjištění a konstatuje, že efekt terapie byl stejný u depresivních pacientů ať už s nebo bez komorbidní poruchy osobnosti. Mulder (2002) souhlasí s vysokou prevalencí poruch osobnosti u pacientů s depresí (35 – 65 %), ale také nesouhlasí se špatnými výsledky léčby. Podle Muldera komorbidní porucha osobnosti u depresí nezhoršuje efekt léčby. Výsledky léčby depresí u pacientů s poruchou osobnosti jsou zřejmě stejně dobré jako bez komorbidity a přesto mohou, díky klinickým mýtům, dostávat méně kvalitní medikaci, psychoterapii nebo elektrokonvulzivní léčbu. Remise deprese je tedy možné dosáhnout stejně rychle jako bez nebo s poruchou osobnosti. Dokonce je možné že farmakologická léčba deprese může zmírnit osobnostní patologii. V případě kombinované léčby došlo ke zmírnění osobnostní psychopatologie bez ohledu na míru zotavení z deprese. Nejvíce změn došlo u poruch osobnosti z klastru C, nejméně z klastru B (Kool, Dekker, Djsens, de Jonghe, & Puite, 2003). Fava et al. (2002) ve své studii zjistili, že po léčbě antidepresivy depresivních jedinců došlo také k poklesu počtu příznaků pro komorbidní poruchy osobnosti. Po úspěšné léčbě deprese dochází k pozitivním změnám v osobnostních strukturách (Corruble et al., 2002). A naopak, kompenzace hraniční poruchy osobnosti vedla ke snížení deprese. V tomto výzkumu ale remise deprese nevedla k signifikantnímu snížení příznaků hraniční poruchy osobnosti (Gunderson et al., 2004). Dovolím si usuzovat, že při prvním výzkumu šlo jen o výrazné osobnostní rysy, zatímco v druhém případě už o rozvinutou poruchu osobnosti, tudíž ten efekt nebyl tak výrazný. I v případě výzkumu Bukh a Kessing (2017) přetrvávala porucha osobnosti po remisi deprese.

Deprese souvisí také s patologicky závislou osobností (Senol-Durak, & Gencoz; Verseavel, Martin, & Lajugie, 2017). Závislá osobnost (Verseavel et al, 2017) a deprese (Senol-Durak, & Gencoz, 2010; Verseavel et al, 2017) pozitivně koreluje s vnějším místem kontroly. Což se typicky projevuje shazováním viny za své činy na druhé lidi nebo okolnosti (Senol-Durak, & Gencoz, 2010).

6.1 Vztah deprese a poruch osobnosti ve vězeňské populaci

Ne překvapivě, vysoká komorbidita deprese či bipolární afektivní poruchy spolu s poruchou osobnosti byla zjištěna i u vězeňské populace (Rasmussen, 1999). Deprese byla u pachatelů vražd častěji spojena s vyhubou, závislou a obsedantně-kompulzivní poruchou osobnosti než s poruchami osobnostmi z jiných klastrů (Laajasalo et al., 2013).

Ti pachatelé, kteří trpěli některou vážnou duševní nemocí (zahrnující právě i diagnózu velké deprese) a zároveň antisociální poruchou osobnosti, začali svou kriminální kariéru dříve a také končili ve vězení častěji (Hodgins, & Coté, 1993). Meta analýza Bonta, Law a Hanson (1998) však ukázala, že mezi odsouzenými s duševní poruchou a těmi bez duševní poruchy byl nejvýznamnějším prediktorem budoucí recidivy předešla kriminální činnost, nikoliv přítomnost duševní poruchy.

7. SCHOPNOST K EXISTENCI

Současnou dobu by se dalo charakterizovat jako existenciálně neukotvenou. Existuje možná až příliš teorií o tom, co by mělo být smyslem života a člověk se nakonec může cítit dezorientovaný. Dříve vyšší smysl naší existence poskytovalo náboženství a tradice, ale dnes jeho role, zvláště v západních zemích ustupuje a lidé potřebují nalézt smysl nový.

Existenciálních teorií je mnoho (teorie Anzabacherova, Yalomova, teorie Pierra Teilharda de Chardina). Existenciální problematiku najdeme i v literatuře J. P. Sartra nebo A. Camuse. Existenciální teorie zdůrazňují jedinečnost každého člověka, podporují jeho růst a sebeaktualizaci. Protože je každý člověk jedinečný, vyhýbají se zařazování do diagnostických kategorií (Raboch, & Zvolský, 2001)

Länglova Existenciální škála pro dospělé (ESK), která byla použita v tomto výzkumu, vychází z teorie smyslu V. E. Frankla a jeho logoterapie. Proto i v následujícím textu budu vycházet především z jejich pojetí existenciální problematiky.

Název zkoumané proměnné, „*schopnost k existenci*“ se může zdát trochu krkolomný a neznámý, ale tak jej překládá Balcar (2001)⁷ podle autorů Existenciální škály, a proto se tohoto termínu budeme držet i v této práci. Proč je schopnost k existenci důležitá ve spojení s depresemi, poruchami osobnosti a obecně psychopatologií? Protože otázka smyslu je často základní otázkou v psychoterapii (viz Yalom, 1980; Csef, 1998; Wirtz et al., 1995, in Balcar, 2001).

Jako je ústředním motivem Freudovy teorie „touha po slasti“, Adlerovy „touha po moci“, tak Franklovým motivem je „touha po smyslu“ (Kratochvíl, 2006). Člověk je dle Frankla bytostí tělesnou, duševní a duchovní. Tyto tři dimenze se v člověku spojují v jedno, přestože každá dimenze má svoji zvlášť motivaci. Jako tělesná bytost se člověk snaží uchovat své fyzické zdraví a uspokojit své fyzické potřeby jako je jídlo, spánek, sex apod. Jako duševní bytost se člověk snaží uchovat své psychické zdraví a tělesnou pohodu, tedy dosáhnout příjemných pocitů a naopak se vyhnout napětí, stresu. Jako duchovní bytost se člověk snaží najít smysl života a životní hodnoty, lásku, víru, spravedlnost, svobodu, odpovědnost aj. (Balcar, 2001).

⁷ V jiné části textu mluví taky o „existenciální kompetenci“ nebo o „existenciálním sebeuskutečňování“. V originále podle Längleho (2003) – *personal competencies for existence*.

Smysl je nám dán objektivně, není třeba si ho vymýšlet. Na druhou stranu nám nemůže být dodán z vnějšku, člověk na něj musí přijít sám. Ke kontrole nám slouží svědomí (Frankl, 1975, in Křivohlavý, 2006). Smysl můžeme uskutečňovat neustále prostřednictvím situací, do kterých se dostáváme. V každé situaci můžeme uskutečnit jednu ze tří hodnot (Balcar, 2001):

- **Zážitkové hodnoty:** Prožití něčeho krásného, dobrého. Tím, že člověk poslouchá hudbu, kochá se krajinou nebo miluje někoho, přijímá něco hodnotného a uskutečňuje jeho smysl.
- **Tvůrčí hodnoty:** Vytvoření něčeho hodnotného pro svět, ať už v zaměstnání, v domácnosti nebo v angažování se v nějakém záměru.
- **Postojové hodnoty:** Zachování si svého životního postoje navzdory skutečnostem jako je smrt, nevléčitelná nemoc nebo rozchod. Projevuje se přijetím utrpení.⁸

Podle Frankla je láska nejvyšší hodnotou, o kterou můžeme usilovat (Křivohlavý, 2006).

Duševní a duchovní prožívání člověka probíhá ve dvou dimenzích *správné/příjemné*. Co je správné pro jednu dimenzi bytí, může, ale nemusí být příjemné pro druhou dimenzi, a to co je nesprávné, může, ale nemusí být příjemné. Tomu se říká *existenciálně analytický princip slasti a reality*. Podle této teorie se duševně nemocný člověk zaměřuje na dimenzi příjemna bez ohledu na to, zda je to správné a smysluplné, zatímco pro duševně zdravého člověka je důležitá smysluplnost (Balcar, 2001). Tato teze by se dala vyjádřit i výrokem, že zdrojem lidského napětí je napětí mezi tím, *co člověk je (Existence) a tím, čím by měl být (Essence)* (Frankl, 1975, in Křivohlavý, 2006).

Člověk se rodí s určitými danými fyzickými i psychickými danostmi. Duchovní dimenze nám umožňuje se s těmito danostmi vyrovnávat prostřednictvím schopnosti *sebeodstupu*. Tím že člověk od sebe „poodstoupí“, může vidět věci v širším kontextu, vidět v situacích smysl a sám se o něj nakonec zasadit. Tím překročí sám sebe, své potřeby, pudy, dosáhne tak sebepřesahu. *Sebepřesah* je schopnost vystoupit ze sebe sama a vcítit se tak do druhých lidí, situací. Existenciální smysl nemůžeme najít v jednání, které je

⁸ Balcar se o tom v textu nezmiňuje, ale předpokládám, že se jedná i o přijetí dobrých věcí. Zdá se samozřejmé, že přijetí dobrých věcí je pro většinu lidí bezproblémové a příjemné, ale ne pro všechny. Jsou i lidé, kteří mají pocit, že si nic dobrého nezaslouží a zaslouží si jenom trpět. Předpokládám, že koncentrace na bolest a utrpení je dána taky Franklovou zkušeností z koncentračního tábora.

zaměřeno jen na naše potřeby bez ohledu na svět kolem nás. Schopnosti sebeodstupu a sebezpřesahu tvoří dohromady osobní faktor (*personalita*) (Balcar, 2001).

Existenciální faktor neboli *existencialita* se skládá z dimenzí svoboda a odpovědnost. *Svoboda* znamená možnost volby. *Odpovědnost* máme za uskutečňování smyslu, a jak říká Frankl, za odpovídání na otázky života. Na tomto místě se hodí citovat I. Kanta, který řekl: Jsme odpovědni za utváření podoby a smyslu nejen vnitřního, ale stejně tak i vnějšího světa.“ (in Krivohlavý, 2006). Frankl předpokládal, že nejdříve musíme naplnit faktor *personalita*, abychom mohli dosáhnout faktoru *existencialita*.

Frankl chápe smysl jako „*možnost na pozadí skutečnosti*“ (Frankl, 1982, in Balcar, 2001)⁹. Myslí tím, že na základě některých neměnných daností, jako je realita okolního světa a náš věk, pohlaví apod., můžeme svobodně nalézat a uskutečňovat smysl. Nalézání smyslu probíhá většinou spontánně a na nevědomé úrovni. Hledání smyslu probíhá tedy v těchto čtyřech krocích: Nejprve uznáme danosti (schopnost sebeodstupu). Dále si uvědomíme možnosti. Podle toho, jestli nám dávají možnosti nějakou hodnotu (schopnost sebezpřesahu), si je zvolíme (schopnost svobody). Nakonec se zavazujeme (schopnost odpovědnosti) tyto možnosti naplnit a naplníme je. Protože mluvit o možnostech smyslu je jednoduché, ale až teprve skutečným jednáním, angažováním se v smyslu, se děje existence¹⁰ (Balcar, 2001). Opravdovost, jedinečnost a autenticita je prostředkem, nikoliv cílem k naplnění existence.

Längle dále rozpracoval a přepracoval Franklovu logoterapii, což vedlo k následnému rozkolu mezi ním a Franklem a vytvoření vlastní existenciální analýzy. Smysl podle něho není jediným předpokladem lidského bytí, ale pouze jedním ze čtyř. Dalšími třemi předpoklady lidského bytí jsou: moci být v dostatečném prostoru, mít blízké vztahy k lidem a věcem a moci být takový jaký jsem, tedy moci být autentický, opravdový, jedinečný (Längle, 1999a, in Slabý, 2015).

Jednou z otázek, kterým se Längle věnoval, je, proč někteří lidé nežijí svobodně, smysluplně. Důvod viděl v představách o „skutečném, lepším,“ životě těchto lidí. Tito lidé jsou těmito představami pohlceni a nevnímají jedinečnost přítomného okamžiku. Naplnění

⁹ Avšak v Krivohlavý (2006) jsem našla, že to řekl Längle sám.

¹⁰ Tady bych si dovolila opět poznámku, že existence jako taková se dle mého děje neustále našim obyčejným bytím, ale naplněním smyslu můžeme mluvit o naší existenci jako smysluplné, užitečné, dobré, naplněné apod. Frankl (1982, s. 72, in Balcar, 2001, s. 14) říká, „odpovídá svému bytí“. O neuskutečňování možností by se dalo mluvit s menší nadsázkou jako o nenaplněné, nesmyslné, zbytečné, ztracené existenci.

života je odkládáno na příhodnou dobu, ale ta nikdy nenastane.¹¹ Žijí tedy v podstatě provizorní život. Dokud budou lidé žít podle vnějších podmínek, nebudou nikdy svobodní a nemohou utvářet svoji existenci (Längle, 2002b, in Slabý, 2015).

V čem se s Franklem shodli, že smysl může také znepokojovat. Neboť není žádná jistota, že jsme našli skutečný smysl. Nikdy se nedozvíme, zda jsme uskutečnili opravdový smysl nebo jsme věřili nesmyslu (Längle, 2002c, in Slabý, 2015).

Podle Frankla nemůžeme v duchovní dimenzi onemocnět (Balcar, 2001). Ztráta (nebo neexistence) životního smyslu není tedy poruchou duševního nebo tělesného zdraví, jak jsme zvyklí tento koncept chápat. Přesto někdy můžeme slyšet o noogenních poruchách nejčastěji se projevujících jako existenciální frustrace, existenciální nebo noogenní neuróza, případně existenciální vakuum. Frankl uvádí 51 % pracovníků vídeňských nemocnic, kteří mu sdělili, že minimálně jednou cítili bezsmyslnost ve svých životech (Křivohlavý, 2006). Yalom (1980, in Křivohlavý, 2006) tvrdí, že problém se smyslem života má více lidí, než si jsou terapeuti ochotni připustit. S tím souhlasí i C. G. Jung, který tvrdil, že se na něho třetina pacientů obracela kvůli problémům se smyslem jejich života.

¹¹ Dítě ve školce si říká: „To je hrozné, musím pořád po obědě spát, ve škole to bude lepší, to už se naučím něco nového a dostanu pěkné známky.“ Přejde do školy a po nějaké době si říká: „Učení mě nudí, spolužáci jsou hrozní, na střední to bude lepší.“ Na střední škole si říká: „Nebaví mě chodit na předměty, které mě nezajímají. Na vysoké to bude určitě lepší.“ Na vysoké škole si ale zase říká: „Kdybych tak radši konečně vydělával peníze, než pořád jenom seděl v lavici.“ Jenže v práci si zas říká: „To mě tak nebaví každé ráno vstávat, ať už jsem v důchodu, ať mám chvilku klid.“ Nakonec si v důchodu říká: „Všechno mě bolí, už abych umřel.“ (Slabý, 2015).

8. SCHOPNOST K EXISTENCI U VĚZEŇSKÉ POPULACE

Literatury, která by se zabývala životním smyslem u vězeňské populace, je málo. Ještě méně, která na toto téma provedla kvantitativní výzkum. Jednou z výjimek je výzkum Vanhooren, Leijssen a Dezutter (2016), v němž rozlišili odsouzené osoby bez ohledu na pohlaví do čtyř profilů: v současnosti má smysl života a dál hledá, v současnosti má smysl života a dál nehledá, v současnosti nemá smysl života, ale hledá a v současnosti nemá smysl života a nehledá jej. Ti odsouzení, kteří měli právě životní smysl, vykazovali méně stresu, více starosti o druhé, více pozitivních předpokladů obecně o světě a větší pocity vlastní hodnoty oproti odsouzeným, kteří životní smysl postrádali. Odsouzení, kteří zažili fyzické násilí, zapadali častěji do třetího profilu, tedy postrádali smysl života, ale hledali ho. Čtvrtý profil odpovídá tomu, co Frankl nazývá *existenciální vakuum*. Nízká životní smysluplnost spolu s nízkým stupněm hledání po smyslu se vyskytovala především u starších odsouzených. Tento profil se vyskytoval také častěji u odsouzených s historií sexuálního zneužívání v dětství. Tito lidé potřebují největší podporu (Frankl, in Vanhooren et al., 2016).

Polovina odsouzených nikdy nezažila pocit životní smysluplnosti (Vanhooren et al., 2016). Ronel a Segev (2014, in Vanhooren et al., 2016) spojují absenci životního smyslu a existenciální odcizení přímo s kriminálním chováním a případnou recidivou.

Nalezení životního smyslu je důležitý faktor pomáhající odsouzeným upustit od kriminální dráhy, zvláště u pachatelů sexuálních zločinů (Chu, & Ward, 2015; Ward, & Brown, 2004). Maruna (2001, in Vanhooren et al., 2016) zjistil, že bývalí odsouzení, kteří nehledali a nenašli svůj nový životní smysl, se častěji vraceli do vězení. Maruna jejich smysl života popisuje jako *prázdný* nebo *sebestředný*. Tito odsouzení se vyhýbali činit životní rozhodnutí a přijmout odpovědnost za své životy. Naopak bývalí odsouzení, kteří se do vězení v době výzkumu znovu nevrátili, referovali, že se jejich smysl života změnil, a to nejčastěji tím, že viděli, že někdo v ně věří a cení si jich. Na druhou stranu nebyl nalezen, mezi recidivisty a těmi, kteří upustili od kriminální dráhy, žádný rozdíl v jejich sociodemografickém pozadí, v typu zločinu, počtu zločinů nebo v osobnosti.

Kvalitativní studie ukázaly, že uvěznění nebo spáchání zločinu samotného vede k existenciální krizi a je třeba nalézt nový smysl života (viz Vanhooren et al., 2016). Na druhé straně stojí odsouzení, jejichž smysl života se uvězněním nezměnil nebo ho nemají zájem hledat (Mandhouj et al., 2014, in Vanhooren et al., 2016).

Bohart (2013, in Whiteley, Bloom, & Friedman, 2014) říká, že každý člověk je hodný navzdory veškerému „zlému“ chování respektu a že každý je schopen se změnit k lepšímu. Najít smysl života je důležité (Schneider, 2013, in Whiteley, Bloom, & Friedman, 2014) a muži, kteří žádný smysl života nemají, pravděpodobněji vraždí (Lifton, 1969, in Whiteley, Bloom, & Friedman, 2014). I Frankl (1963, in Whiteley, Bloom, & Friedman, 2014) samotný předpokládal, že zločin a absence smyslu života spolu nepřímo souvisejí. Knoll (2009) zjistil, že doživotně odsouzení pachatelé bez možnosti parole, kteří ale našli svůj smysl života, páchali méně často sebevraždu a taky se celkově lépe chovali během výkonu trestu oproti jejich doživotně odsouzeným kolegům bez smyslu života. Dále zjistil po rozhovoru s odsouzenými, kteří měli ještě naději na parole, že uvěznění způsobí často uzavření problémů v sobě, ale po propuštění existenciální problémy opět vyplují na povrch, a proto má existenciální terapie v zabránění recidivě svůj potenciál. Bylo by třeba vhodné integrovat existenciální terapii do KBT (Praško et al., 2012). Že je třeba existenciální terapii zavést do nápravných zařízení souhlasí i Vanhooren et al. (2016), který na druhou stranu upozorňuje, že snaha výzkumníků upozorňujících na důležitost existenciální terapie může být blokována samotnými terapeuty pracujícími ve věznicích (Morgan, & Winterowd, 2002, in Vanhooren et al., 2016). Ti by měli s odsouzenými navázat opravdový osobní profesionální vztah, protože faktor, že (*have been seen*) je často startovacím bodem pro změnu v životě odsouzených. Protože nejvíce odsouzených, kteří byli ve výzkumu Vanhooren zastoupeni v posledních kategoriích (tedy beze smyslu), byli zneužíváni, měli traumatické zkušenosti, terapie by měla zahrnovat i prvky na vyrovnávání se s minulostí.

Existenciální prázdnota současné společnosti představuje úrodnou půdu vzniku závislostí na návykových látkách. Mezi vězeňskou populací je vysoká míra zneužívání návykových látek (Långstrom et al., 2004; Steingrimsson et al., 2015). Podle některých autorů je zneužívání návykových látek a následná závislost jednou z reakcí na existenciální prázdnotu (Slabý, 2015).

Ve výzkumu odsouzených mužů Fischera a jeho kolegů (2008) bylo zjištěno, že prvotrestaní mají vyšší potřeby seberealizace než vícetrestaní. To nám opět připomíná, že začít musíme u těch nenadějnějších. Dále byla zjištěna druhá zásadní věc, a to že funkční sociální a rodinné zázemí je nesmírně důležité pro celkové funkční společenské fungování. Svobodní trestaní se orientovali spíše na materiální hodnoty, zatímco ženatí nebo ti, kteří měli prokreační rodinu, se orientovali spíše na hodnoty morální. Dále docházelo k oscilaci

touhy po blízkých osobách u těch, kteří rodinné zázemí měli – potřeby lásky a sounáležitosti byly vyšší u těch, kteří rodinu již měli. Protože mezi svobodnými a ženatými (mající prokreační rodinu) nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl v potřebě lásky a sounáležitosti, proběhla zajímavá analýza na základě pozorování, návštěvnosti, dopisů apod., která se snažila zjistit reálné sociální rodinné zázemí, a zjistilo se, že jedinci s funkčním rodinným zázemím projevovali spíše lítost a cítili vinu nad svými spáchanými činy, zatímco jedinci bez funkčního zázemí podléhali více vlivům prizonizace. Tato zjištění by nás měla podnítit k posilování a udržování sociálních a rodinných vazeb v průběhu výkonu trestu, neboť to mj. snižuje prizonizační vlivy.

Kromě funkčního sociálního zázemí byla v tomto výzkumu zjištěna důležitost práce jako významného resocializačního vlivu. Nezaměstnaní odsouzení více preferovali materiální hodnoty než pracující odsouzení a pracující odsouzení více preferovali hodnoty seberealizace než nezaměstnaní. Výkon práce měl také pozitivní vliv na výskyt prizonizačních jevů. Práce jako tvůrčí hodnota je podle Frankla jednou z možností jak uskutečňovat smysl.

Štětinová považuje za faktory bránící úspěšné resocializaci například emoční plochost, labilitu, slabou vůli, nestálost, pocity méněcennosti a poruchy osobnosti (Štětinová, 1993, in Polišenská a kol., 2016). Tento výzkum zde zmiňuje proto, že jsem toho názoru, že slabá vůle souvisí s absencí smyslu.

Jedinci ve výkonu trestu odnětí svobody mají menší životní očekávání než lidé běžné populace (Steingrimsson et al., 2016).

9. VZTAH SCHOPNOSTI K EXISTENCI K DEPRESI A PORUCHÁM OSOBNOSTI

Mnoho výzkumů ukázalo, že míra životní smysluplnosti negativně souvisí s depresi, sebevražedností, paranoiou, úzkostmi, závislostmi apod. (Halama, 2010; Moomal, 1999). Smysluplnost, spolu s nadějí hraje významnou roli ve snižování míry deprese i podle Mascaro a Rosen (2005). Halama (2010) našel rozdíly v životní smysluplnosti mezi běžnou populací a psychiatrickými pacienty.¹² Yalom (1980, in Halama, 2010) souhlasí, že míra smyslu života stoupá s poklesem úrovně psychopatologie, a to i když absolvovali pouze biologickou léčbu.

Smysl života se ukazuje jako významný indikátor konceptu well-being, jedinci mající životní smysl také vykazují méně psychopatologie. Také tito lidé, kteří vedou smysluplné životy, jsou více šťastní, pocítují méně psychologických stresorů a vykazují méně nevhodného chování (Steger, 2012, in Brouwers, & Tomic, 2012). Naopak absence smyslu života vede k psychopatologii (Yalom, 1980, in Brouwers, & Tomic, 2012).

Například Cinerová (2012) ve svojí bakalářské práci zjistila, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti, kteří se pokusili v minulosti o sebevraždu, vykazují nižší skóre ve schopnosti k existenci než jedinci s hraniční poruchou osobnosti, kteří se o sebevraždu nepokusili. Vzhledem k tomu, že deprese a poruchy osobnosti, zvláště hraniční porucha je spojena s vysokým rizikem sebevraždy (Jylha et al., 2016; Mihai et al., 2017), měli bychom v jejich prevenci věnovat pozornost právě i existenciálním otázkám.

¹² Nutno podotknout, že autor srovnával psychiatrické pacienty různého věku a vzdělání s vysokoškolskými studenty.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

10. CÍL VÝZKUMU

Záměrem této diplomové práce je upozornit na problematiku potřebnosti větší psychologické péče u vězeňské populace, jejíž nedostatek může být jedním z faktorů bránící úspěšné adaptaci a resocializaci člověka po propuštění. Výzkum je rozdělen na dvě části. První výzkum si dává za cíle nalézt vztah mezi depresí, podezřením na poruchu osobnosti a schopností k existenci u vězeňské populace a uvnitř vězeňské populace (část A) a cílem druhého výzkumu je srovnat tyto charakteristiky s běžnou populací (část B).

11. METODOLOGIE VÝZKUMU¹³

Jedná se o kvantitativní výzkum. Respondenti dostali sérii čtyř sebeposuzovacích dotazníků doplněnou o sociodemografické otázky (věk, dosažené vzdělání, typ věznice/předešlé uvěznění). Odsouzení vyplňovali dotazníky tužka - papír, v kontrolní skupině z organizačních a finančních důvodů část respondentů vyplnila dotazníky tužka - papír a část online. Vyplnění celé testové baterie zabere přibližně 25 – 35 minut.

Ve výzkumu byly použity dotazníky BDI-II, screeningový dotazník IPDE, PSSI a ESK. Jedná se o na české populaci standardizované dotazníky.

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

Autory BDI-II jsou A. Beck, R. A. Steer a G. K. Brown. BDI-II má 21 položek, které představují symptomy deprese a na jejichž výskyt v posledních dvou týdnech má respondent odpovědět. Respondent má možnost odpovědět prostřednictvím čtyř, v některých případech až sedmi variant. Čtyři základní varianty značí stupnici závažnosti dotazovaného symptomu. Rozpětí možného dosaženého skóre činí 0 do 63 bodů. Položky zjišťují afektivní, kognitivní, motivační a fyziologický stav jedince. Je vhodná pro jedince již od 13 let (Preiss, & Vacíř, 1999).

Po vyplnění sečteme získané body – čím vyšší skóre, tím vyšší míra deprese. Cut off pro určení hranice deprese pro nepsychiatrickou populaci činí 16 b. (Jones et al., 1997, in Preiss, & Vacíř, 1999; Lustmann et al., 1997, in Preiss, & Vacíř, 1999; Olsson, & Knorrning, 1997, in Preiss, & Vacíř, 1999). Na základě dosaženého skóre můžeme jedince rozdělit do čtyř skupin: bez deprese nebo s minimálními příznaky (0 - 15 b.),

¹³ Nejprve si popíšeme metodologii výzkumu, která je pro obě části výzkumu stejná. Výzkumný soubor bude popsán u každé části zvlášť.

s mírnou až střední depresí (16 – 19 b.) se střední až těžkou depresí (20-29 b.), s těžkou depresí (30 - 63 b.) (Spreen, & Strauss, 1991, in Preiss, & Vacíř, 1999). Boothby a Durham (1999) navrhuji cut off skóre pro vězeňskou populaci 20 b, protože jsem ale nenašla žádnou jinou studii, která by tento návrh podporovala, držela jsem se informací z manuálu.

Faktorovou analýzou byly zjištěny v BDI-II dva faktory: somaticko-afektivní a kognitivní (Steer et al., 1996). Wang a Gorenstein (2013) identifikovali faktory trochu jinak: kognitivně-afektivní a somaticko-vegetativní. V této práci ale nejsou zohledněny.

Test – retest reliabilita byla zjištěna 0,93 po týdnu a Cronbachovo alfa činilo 0,92 (Preiss, & Vacíř, 1999). I v ostatních výzkumech se Cronbachovo alfa pohybuje kolem 0,9 (Ptáček et al., 2016; Segal et al., 2008; Steer et al., 1999; Wang, & Gorenstein, 2013). V tomto výzkumu vyšlo Cronbachovo alfa v BDI-II pro vězeňskou populaci 0,84 a 0,89 pro výzkumný soubor skládající se z vězeňské a kontrolní skupiny. Souběžná validita byla ověřena prostřednictvím korelací s jinými dotazníky na depresi (např. HRSD-R, CESD, GDS) (Preiss, & Vacíř, 1999; Segal et al., 2008; Wang, & Gorenstein, 2013).

Jako sebeposuzovací škála se BDI-II nemusí zdát vhodnou pro vězeňskou populaci, kteří jsou spíše nižšího vzdělání s nižší schopností náhledu. Nevýhodou BDI-II u vězeňské populace může být taky její zjevná validita. Protože je jasné, o co v otázkách jde, mohou někteří jedinci simulovat odpovědi s očekáváním, že při špatném výsledku se jim dostane pozornosti nebo nějakých výhod. Palmer a Binks (2008) ale předkládali tuto škálu mladým odsouzeným a zjistili, že se dá použít i na vězeňskou populaci. BDI-II byla také použita ve vězeňském výzkumu Senol-Durak a Gencoz (2010).

Diagnostika poruch osobnosti patří k nejsložitějším v psychiatrii (Smolík, 1996, in Preiss, 2003). K diagnostice poruch osobnosti nejsou dotazníkové metody obecně příliš vhodné. Jedním z důvodů je, že sebeposuzovací dotazníky mají tendenci častěji „diagnostikovat“ poruchu osobnosti, než strukturované rozhovory. Pro úplnost, rozhovory mají zase větší tendenci určit poruchu osobnosti než na základě klinického zhodnocení (Praško, 2003; Mulder, 2002). Originální práce Reicha (1999) rozděluje pacienty podle toho, jakou z metod byla jejich porucha osobnosti detekována – pokud jen dotazníkem (a ne rozhovorem), označuje takovou poruchu osobnosti jako „*indukovanou stressem*“. Že se v dotazníkových metodách projevuje více aktuální stav, potvrzuje i Preiss (2003).

Protože můj výzkum je kvantitativního rázu, jde mi o zkoumání dané problematiky u většího počtu lidí a protože by nebylo pro mne z kompetenčních důvodů možné s respondenty vést semistrukturovaný rozhovor, rozhodla jsem se zůstat u dotazníkového šetření. Pro větší validitu a reliabilitu dat jsem použila dva dotazníky ke zjištění možného podezření na poruchu osobnosti, a to IPDE a PSSI. Ve výzkumu Ptáčka et al. (2016) proběhlo zjišťování poruch osobnosti taky dvěma metodami. IPDE je „zlatým standardem“ pro diagnostiku poruch osobnosti (Praško, 2003), a přestože používám jenom jeho jednu část, a to screeningový dotazník, může mi tento dotazník pomoci ukázat na předběžnou diagnózu poruchy osobnosti. Samotný dotazník IPDE byl použit i v jiných výzkumech (např. Ball et al., 2017; Guma-Uriel et al., 2016). PSSI bylo použito ve spojení s diagnostikou poruch osobnosti ve výzkumu Ritter, Pesch, Lewitzká, & Jabs (2016) či Maierová (2014).

To považuji ve své práci za dostačující, neboť mám za to, že i pouze problematické rysy, nenaplnující plně diagnózu poruchy osobnosti, mohou být překážkou v jedincově úspěšné společenské adaptaci. PSSI se k diagnostice poruch osobnosti obvykle nepoužívá, nicméně také ukazuje na problematické rysy v osobnosti jedince, a proto jsem ho zvolila jako doplňkovou metodu k IPDE. Někteří psychoanalyticky a psychoterapeuticky orientovaní psychiatři chápou poruchy osobnosti spíše jako kontinuální přechod běžných vlastností do jejich maladaptivní formy než jako kvalitativně odlišnou kategorii (Anckärsater et al., 2009; Praško, 2003). PSSI zjišťuje osobnostní styly normálně rozložené v populaci, jejichž extrémně vysoký pól může již ukazovat na určitou poruchu osobnosti. Autoři PSSI předpokládají, že ke každé poruše osobnosti se váže její nepatologická varianta osobnostního stylu (Švancara, 2002).

Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE; The International Personality Disorder Examination – část screeningový dotazník)

Autorem IPDE je A. W. Loranger. Jedná se o semistrukturovaný rozhovor sloužící k vyšetření poruch osobnosti jak podle MKN-10, tak podle DSM-IV. Je určen jedincům od 18 let. Dotazník (IPDE-SQ) se skládá z 59 otázek, na které vyšetřovaná osoba odpovídá ANO/NE. Rozpětí možné dosaženého skóru se liší od druhu poruchy. Minimální možný dosažený skór činí vždy 0 a maximální 5 – 9 bodů. Dotazník umožňuje vyjádřit podezření na přítomnost těchto poruch osobnosti: Paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní porucha osobnosti – impulzivní i hraniční typ, histriónská porucha osobnosti, anankastická, vyhybavá a závislá porucha osobnosti. Cut off pro vyjádření podezření

na poruchu osobnosti je 3 body na jakékoli škále (Preiss, Rothanzlová, & Krámská, 2006). Protože v tomto výzkumu byl použit jenom dotazník, nastavil se cut off na 4 body, aby se snížil počet falešně pozitivních diagnóz. Zvýšit cut off v těchto případech navrhuji i jiní autoři (Álvaro-Brun, & Vegue-Gonzalez, 2008; Guma-Uriel et al., 2016; Piñeiro et al., 2013; Slade, & Forrester, 2013). Reliabilita i validita IPDE byla potvrzena (Loranger et al., 1994; Preiss et al., 2006).

Samotný dotazník byl použit i v jiných výzkumech (Ball, Tully, & Egan, 2017; Gumá-Uriel et al., 2016; Iverach et al., 2009; Piñeiro et al., 2013; Slade, & Forrester, 2013). Grambal et al. (2017) uvažují o využití dotazníku IPDE ve výzkumu jako nástroji k identifikaci jedinců, kteří poruchu osobnosti *nemají* nebo trpí *jednou* specifickou poruchou osobnosti.

IPDE se běžně používá pro vyšetření vězeňské populace (Álvaro-Brun, & Vegue-González, 2008; Langton et al., 2011; Slade, & Forrester, 2013).

Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI; Personality Styles and Disorder Inventory (PSDI))

Autory PSSI jsou J. Kuhl a M. Kazén. Dotazník obsahuje 140 položek na 14 škálách (Švancara, 2002). Protože tento výzkum je zaměřen především na poruchy osobnosti, byly z analýzy vyřazeny škály stylů osobnosti, které neodpovídají žádné poruše osobnosti podle MKN-10. Do analýzy tedy bude zahrnuto 10 těchto škál: Nedůvěřivý styl (paranoidní porucha osobnosti), rezervovaný styl (schizoidní porucha osobnosti), sebejistý styl (disociální porucha osobnosti), impulzivní styl (emočně nestabilní porucha osobnosti), příjemný styl (histrionická porucha osobnosti), sebenejistý styl (vyhýbavá porucha osobnosti), loajální styl (závislá porucha osobnosti), pečlivý styl (anankastická porucha osobnosti), ctižádostivý styl (narcistická porucha osobnosti) a kritický styl (pasivně-agresivní porucha osobnosti). Aby bylo jasné, ke které poruše se který osobnostní styl vztahuje, budu dále v textu mluvit jen o příslušných poruchách osobnosti.

Respondenti zatrhávají odpovědi na čtyřbodové Lickertově škále 0 – 3. Maximální počet dosažených bodů na každé škále činí 30 b. Čím vyšší skór, tím extrémnější styl osobnosti. Některé položky je nutné před sečtením dosažených bodů přepólovat (Švancara, 2002). Cronbachovo alfa dosahuje kolem 0,8 (Švancara, 2002). V tomto výzkumu se Cronbachovo alfa na vybraných škálách pohybovalo od 0,58 – 0,82 pro vězeňskou

populaci a od 0,68 do 0,81 pro celkový soubor. Pro zájemce přikládám souhrnnou tabulku do přílohy 2.

Grambal et al. (2017) tvrdí, že PSSI je nástrojem, který se snaží překonat problém kategorizace/kontinuity poruch osobnosti. PSSI slouží k zachycení nepatologického osobnostního stylu vztahující se k určité poruše osobnosti. V případě vysokého skóru na některé, případně na více škál, můžeme usuzovat na rizikové faktory spojené s možným rozvojem poruchy osobnosti a na možnou terapeutickou práci s jedinci, kteří vykazují rizikové faktory, ale nesplňují ještě kritéria pro poruchu osobnosti (Švancara, 2002), proto si také myslím, že tito jedinci budou terapeutické práci i více přístupní. Právě podchycení rizikových faktorů je důležitým aspektem úspěšné resocializace jedince.

PSSI bylo použito i na vězeňské populaci. Škály PSSI zde významně korelovaly s poruchami osobnosti (Ritter et al., 2016). Nevýhodou je absence validizačních škál (Grambal et al., 2017).

Existenciální škála (ESK; The Existence Scale (ES))

Existenciální škálu vypracovali A. Längle, Ch. Orglerová a M. Kundi na základě teorie smyslu V. E. Frankla. Tento test zjišťuje schopnost k existenci (existenciální kompetence) a osobně prožívaný smysl. Zjišťuje, jak člověk dokáže se svými schopnostmi (ale i překážkami) zacházet a zacházet se sebou samým a s tím, co mu nabízí okolní svět. Škála je určena osobám od 18-70 let. Má 46 položek a respondent na ně odpovídá na šestibodové škále. Čím vyšší skór, tím vyšší schopnost k existenci. Některé položky je před sečtením nutné přepólovat (Balcar, 2001).

ESK má tu výhodu (jak postulují její autoři), že se neptá na obecné hodnocení spokojenosti a kvality života, jenž může být zatížené narcistickým sebeklamem nebo naopak depresivním laděním jedince, ale ptá se na dílčí aspekty života a tak lze přesněji změřit existenciální naplněnost života. Tento test tedy nezjišťuje povrchní míru subjektivního zhodnocení spokojenosti. Protože tento test byl vyvinut na základě zkušeností s pacienty, kteří hledali v životě (nový) smysl, zdá se mi tato metoda jako vhodná, protože vězeňská populace by měla hledat nový smysl (Balcar, 2001).

ESK má čtyři dílčí škály: sebeodstup, sebepřesah, svoboda a odpovědnost. Ty následně tvoří dva faktory vyššího řádu (personalita a existencialista).¹⁴ Dosažené skóry značí,

¹⁴ Význam škál byl popsán již v teoretické části.

ve které fázi hledání smyslu se člověk nachází, případně, v jaké fázi jsou největší překážky. Skór v každé subškále vypovídá o tom, jak dobře si člověk příslušnou existenciální schopnost rozvinul a využívá ji (Balcar, 2001).

Cronbachovo alfa ukazuje na dobrou vnitřní konzistenci testu. U dílčích škál se pohybuje mezi 0,7 – 0,84. U faktorů vyššího řádu pak 0,87 a 0,9. Celková vnitřní konzistence testu činí 0,93 (Balcar, 2001). V tomto výzkumu vyšla celková vnitřní reliabilita 0,92 pro celý soubor a 0,93 pro čistou vězeňskou populaci. Vysoká je i test – retest reliabilita dotazníku – 0,75 – 0,88 (Balcar, 2001). V ruském standardizačním výzkumu se hodnota Cronbachova alfa pohybovala od 0,64 – 0,89. Test – retest reliabilita činila 0,68 – 0,76, což jsou hodnoty trochu nižší než v původní rakouské studii, ale stále uspokojivé (Maynina, & Vasanov, 2011).

Výhodou je jeho nižší zjevná validita, a proto se tento test zdá vhodný i pro vězeňskou populaci. Respondenti málo tuší, o co v dotazníku jde, a proto nemusí mít tolik nutkání odpovědi zkreslovat.

12. STATISTICKÁ ANALÝZA DAT

Získaná data byla zpracována prostřednictvím programů Statistica 13.0 a Microsoft Office Excel 2007. Nejprve jsem ověřila vnitřní konzistenci dotazníků. Normalita dat byla ověřena prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu. K ověření homogenity rozptylu byl využit Leveneův test. Pro statistickou analýzu dat byly využity neparametrické metody v případě nepotvrzení normálního rozložení dat či nehomogenity rozptylů a parametrické metody v případě potvrzení normálního rozložení a homogenity rozptylů.

Ověřování hypotéz je rozděleno na dvě části. V obou částech výzkumu nejprve proběhly výpočty deskriptivní statistiky. Byly zjištěny celkové skóry, průměry, směrodatné odchylky, minimální a maximální hodnoty.

V části A byly hypotézy vztahující se k vězeňské populaci ověřovány prostřednictvím Spearmanových korelací, Mann-Whitneyova U testu, t-testu pro dva nezávislé výběry a Hotellingova testu. V části B došlo ke srovnání vězeňské populace s kontrolní populací ve zkoumaných proměnných. Byl opět z důvodu nerovnoměrného rozložení dat využit Mann-Whitney U test, dále t-test, test nezávislosti chí kvadrát a Hotellingův test.

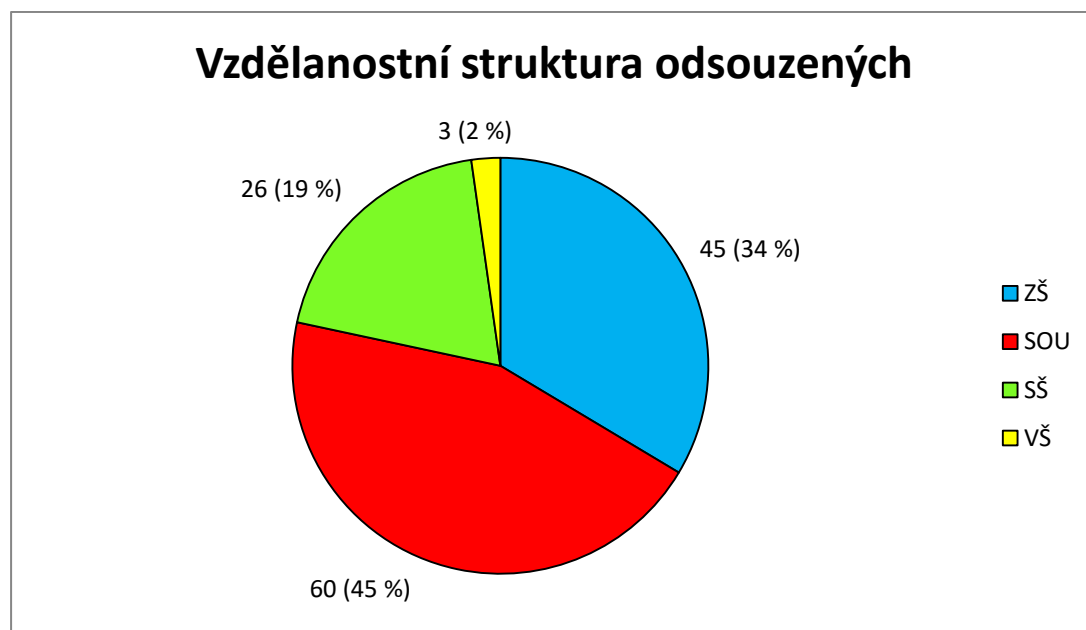
Za dostačující hladinu statistické významnosti byla určena 5% hladina statistické významnosti.

13. ČÁST A – DEPRESE, PORUCHY OSOBNOSTI A SCHOPNOST K EXISTENCI U VĚZEŇSKÉ POPULACE

13.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal pouze z mužů.¹⁵ Kritériem pro přijetí do výzkumu byl věk 18 – 65 let a pobyt ve výkonu trestu. Vylučujícími kritérii byla mentální retardace a organické poškození mozku, jež by výrazně snižovalo schopnost validně odpovídat na zadané otázky. Z výzkumu muselo být šest dotazníků vyřazeno z důvodu neúplného nebo špatného vyplnění.

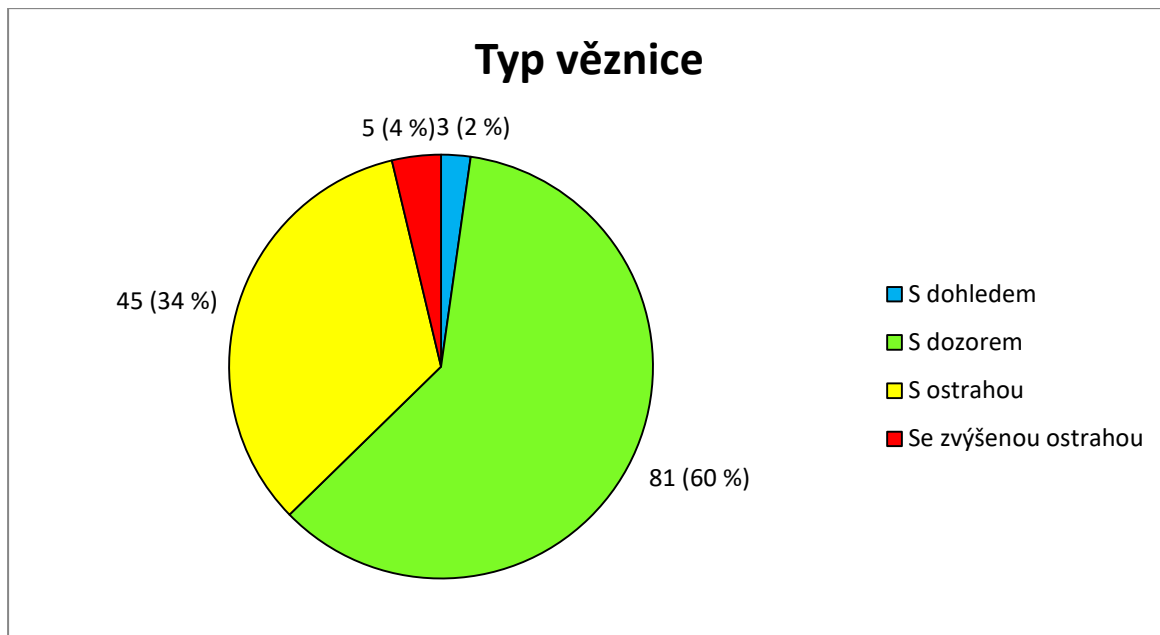
Výzkumu se reálně zúčastnilo 134 mužů z vězeňské populace ve věku 19 – 55 let. Průměrný věk činil 34,9 let (SD = 8,82). Poprvé odsouzených respondentů bylo 65 a několikanásobně odsouzených respondentů bylo 69. Vzdělanostní strukturu odsouzených a jejich umístění podle typu věznice¹⁶ můžeme vidět na grafech 1 a 2.



Graf 1 Složení vězeňského souboru podle vzdělání

¹⁵ Data bylo umožněno sbírat pouze v mužských věznicích.

¹⁶ Autorka si je vědoma, že se od října 2017 změnila struktura věznic, data však byla získána ještě před tímto datem, a proto zde popisujeme původní strukturu.



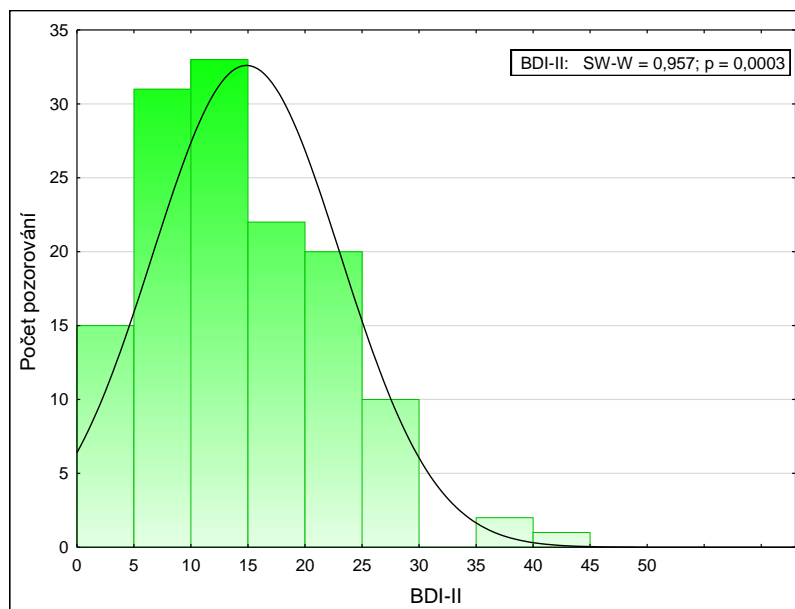
Graf 2 Složení souboru podle typu věznice

Respondenty jsem získala prostřednictvím nenáhodného příležitostného výběru, kdy jsem oslovila několik věznic po celé ČR. V těch, ve kterých mi vyšli vstříc (N = 4), jsem posbírala data buď osobně, nebo jsem z důvodů bezpečnostních či organizačních poslala dotazníky poštou tamějšímu psychologovi a ten je rozdal za mne a následně mi je poslal poštou zpátky.

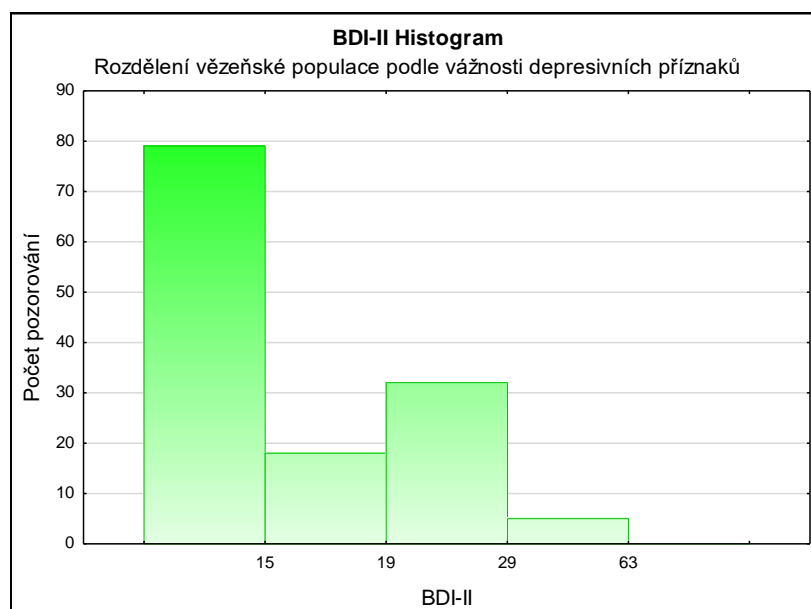
Všichni respondenti se zúčastnili dobrovolně, dostali přesné instrukce, ujištění o anonymitě a důvěrnosti dat i o možnosti z výzkumu odstoupit. Za účast ve výzkumu jim nebyla poskytnuta žádná odměna.

13.2 Deskriptivní statistika

Na grafu 3 lze vidět znázornění rozložení celkového skóru v BDI-II u vězeňské populace. Průměrná dosažená hodnota činila 14,8 bodů (SD = 8,2). Minimální dosažený počet bodů činil 1 bod a maximální 45 bodů. Normalita nebyla podle očekávání povahy rozložení deprese v populaci potvrzena.



Graf 3 Rozložení celkového skóru BDI-II pro vězeňskou populaci



Graf 4 Rozdělení vězeňské populace podle BDI-II

Na grafu 4 lze vidět rozložení vězeňské populace podle vážnosti jejich depresivních příznaků. Hranice sloupců odpovídají hranicím pro určení míry depresivity u neklinické populace: bez příznaků/mírná/střední/těžká deprese. Na základě dodatečného výpočtu můžeme konstatovat, že 79 (59 %) jedinců je bez depresivních příznaků a 55 (41 %) trpí depresivními symptomy, z toho 18 (13,5 %) trpí mírnými příznaky deprese, 30 (22,4 %) trpí středně vážnými příznaky deprese a 7 (5,1 %) trpí vážnými depresivními příznaky.

Následující tabulka 1 představuje popis četností charakteristik pro jednotlivé poruchy osobnosti podle dotazníku IPDE.

Tabulka 1 Deskriptivní statistika IPDE pro vězeňskou populaci

Podezření na poruchu osobnosti	Průměr	SD	Min	Max	Maximální možná hodnota	Počet respondentů s podezřením na poruchu osobnosti	%
Paranoidní	2,50	1,40	0	6	7	33	24,6
Schizoidní	4,58	1,54	1	9	9	95	70,9
Disociální	2,90	1,08	0	5	7	38	28,4
Emočně nestabilní – Impulzivní typ	1,90	1,39	0	5	5	21	15,7
Emočně nestabilní – Hraniční typ	1,40	1,10	0	5	5	7	5,2
Histriónská	1,97	1,21	0	5	6	16	11,9
Anankastická	3,05	1,56	0	8	8	50	37,3
Vyhýbavá	2,07	1,58	0	6	6	22	16,4
Závislá	1,41	1,30	0	5	6	12	9

Legenda: SD = směrodatná odchylka; % = vyjádření počtu podezření na poruchu osobnosti v procentech

Celkově 112 (83,6 %) odsouzených splňovalo kritéria pro minimálně jedno podezření na poruchu osobnosti. Jak můžeme vidět, více než polovina odsouzených

splňovala podmínky pro možnou diagnózu schizoidní poruchy osobnosti.¹⁷ Poměrně často se vyskytovalo i podezření na anankastickou poruchu osobnosti. Naopak podezření na disociální poruchu osobnosti nebylo tak časté, jak se obvykle u vězeňské populace předpokládá. Nejméně časté bylo podezření na hraniční poruchu osobnosti, která se vyskytuje častěji u žen než u mužů (Praško, 2003).

V tabulce 2 můžeme vidět základní charakteristiky vybraných škál inventáře osobnostních stylů a poruch osobnosti (PSSI).

Tabulka 2 Deskriptivní statistika PSSI pro vězeňskou populaci

Nepatologická varianta poruchy osobnosti	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Disociální	13,64	4,86	3	27
Paranoidní	17,89	4,29	5	30
Schizoidní	13,46	3,36	6	22
Vyhýbavá	11,69	4,16	3	25
Anankastická	16,37	4,30	4	26
Narcistický	14,38	4,49	3	27
Pasivně-agresivní	13,85	4,02	3	24
Závislá	15,82	4,21	5	27
Emočně-nestabilní	10,56	5,24	0	25
Histriónská	17,48	4,99	1	28

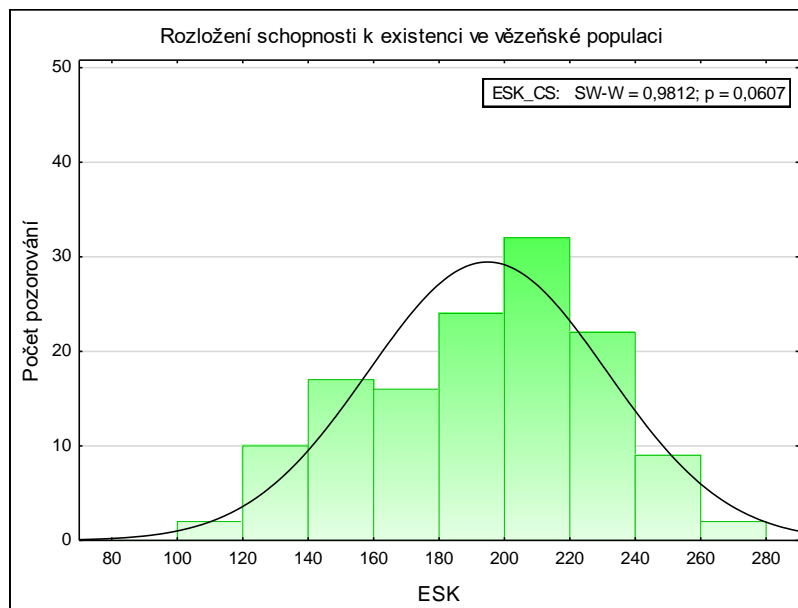
Legenda: SD = směrodatná odchylka

Největšího průměrného skóru dosáhli respondenti na škále paranoidní. Překvapivě podobně vysoko skórovali na škále histriónská a opět anankastická. Ani zde není průměrný dosažený skór na škále disociální tak vysoký, jak by se dalo očekávat. Nejnížší skór je na škále emočně nestabilní poruchy, což odpovídá zjištěním v IPDE. Pokud ale srovnáme průměrný skór s normami, zjistíme, že se všechny škály pohybují převážně kolem

¹⁷ Což autorku vzhledem ke znění otázek nepřekvapuje. Více v kapitole omezení výzkumu.

sedmdesátého percentilu¹⁸. Kromě dimenzí paranoidní a vyhýbavá se jedná o normální rozložení. Protože škály paranoidní a vyhýbavá jsou normálnímu rozložení blízko a jedná se v našem výzkumu o velký soubor, pracujeme s těmito škálami stejně, jako kdyby se normalita potvrdila.

Na grafu 5 je zobrazeno rozložení celkového skóru na Existenciální škále pro vězeňskou populaci. Normální rozložení dat bylo potvrzeno.



Graf 5 Rozložení celkového skóru ESK ve vězeňské populaci

¹⁸ Přesné údaje neuvádím, neboť normy jsou vedeny pro dvě věkové skupiny, které se mi ve výzkumném souboru překrývají. Hodnoty jsou však podobné.

V tabulce 3 lze vidět naměřené hodnoty Existenciální škály a jejích jednotlivých subškál.

Tabulka 3 Hodnoty ESK pro vězeňskou populaci

	Průměr	SD	Minimum	Minimální možná hodnota	Maximum	Maximální možná hodnota
ESK Celkový skór	194,22	36,30	103	46	263	276
Sebeodstup	32,21	8,09	13	8	48	48
Sebepřesah	62,44	10,69	34	14	84	84
<i>Personalita</i>	94,65	17,25	47	22	127	132
Svoboda	47,75	9,86	20	11	66	66
Odpovědnost	51,81	11,69	26	13	76	78
<i>Existencialita</i>	99,57	20,71	46	24	138	144

Legenda: SD = směrodatná odchylka

Příliš nízký skór svědčící o neschopnosti naplňovat existenci by činil 169 b a méně a za vysoký skór je považován 249 b a více. Většina hodnot celkového skóru spadá do pásma průměrné schopnosti k existenci (N = 94; 70,2 %). 33 (24,6 %) vězeňského souboru spadá do pásma podprůměrné schopnosti k existenci a 7 (5,2 %) respondentů vykazuje nadprůměrné hodnoty ve schopnosti k existenci.

Protože v žádné analýze v tomto výzkumu se neprojevíly změny na subškálách, které by nebyly v souladu s celkovým výsledkem Existenciální škály, nejsou nadále ve výsledcích zohledněny.

13.3 Hypotézy

Vzhledem k cílům této práce a na základě již provedených výzkumů a teorie jsem zformulovala níže následující hypotézy. Prvním cílem je zjistit, zda existuje vztah mezi depresí a podezřením na poruchu osobnosti. Protože poruchy osobnosti zahrnují širokou plejádu charakteristik, předpokládám různý vztah deprese k podezřením na různé poruchy osobnosti. A protože tento cíl naplňuji dvěma metodami, byly vytvořeny dvě sady hypotéz v závislosti na použité metodě.

Vztah mezi depresí a podezřením na poruchu osobnosti podle IPDE:

H1a: Mezi depresí a podezřením na disociální poruchu osobnosti existuje negativní vztah.

H1b: Mezi depresí a podezřením na paranoidní poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah.

H1c: Mezi depresí a podezřením na schizoidní poruchu osobnosti existuje negativní vztah.

H1d: Mezi depresí a podezřením na emočně nestabilní poruchu osobnosti impulzivního typu existuje pozitivní vztah.

H1e: Mezi depresí a podezřením na emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu existuje pozitivní vztah.

H1f: Mezi depresí a podezřením na histriónskou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah.

H1g: Mezi depresí a podezřením na anankastickou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah.

H1h: Mezi depresí a podezřením na závislou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah.

H1i: Mezi depresí a podezřením na vyhublou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah.

Vztah mezi depresí a nepatologickými variantami osobnosti podle PSSI:

H2a: Mezi depresí a disociálním stylem osobnosti je negativní vztah.

H2b: Mezi depresí a paranoidním stylem osobnosti je pozitivní vztah.

H2c: Mezi depresí a schizoidním stylem osobnosti je negativní vztah.

H2d: Mezi depresí a emočně-nestabilním stylem je pozitivní vztah.

H2e: Mezi depresí a histriónským stylem je pozitivní vztah.

H2f: Mezi depresí a anankastickým stylem je pozitivní vztah.

H2g: Mezi depresí a vyhýbavým stylem je pozitivní vztah.

H2h: Mezi depresí a závislým stylem je pozitivní vztah.

H2i: Mezi depresí a narcistickým stylem je negativní vztah.

H2j: Mezi depresí a pasivně agresivním stylem je pozitivní vztah.

Druhým cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda existuje u vězeňské populace vztah mezi depresí a schopnosti k existenci.

H3: Mezi depresí a schopností k existenci u vězeňské populace je negativní vztah.

Dalším cílem bylo zjistit, zda se liší schopnost k existenci u vězňů, kteří vykazují podezření na poruchu osobnosti a těmi, kteří podezření na poruchu osobnosti nevykazují. Protože výzkumné práce se v této oblasti ukázaly spíše chybějící, zformulovali jsme obecnou hypotézu, přestože se dá předpokládat, že podobně jako míra deprese, se bude schopnost k existenci lišit podle konkrétní poruchy osobnosti.

H4: Schopnost k existenci je vyšší u odsouzených bez podezření na poruchu osobnosti oproti odsouzeným s podezřením na poruchu osobnosti.

Posledním cílem výzkumné části A je zjistit, zda se ve zkoumaných charakteristikách liší prvotrestaní vězni od vícetrestaných.

H5: Míra depresivity je vyšší u prvotrestaných než u vícetrestaných.

H6: Počet odsouzených s podezřením na poruchu osobnosti je vyšší u vícetrestaných než u prvotrestaných.

H7: Profil nepatologických variant poruch osobnosti se mezi prvotrestanými a vícetrestanými liší.

H8: Míra schopnosti k existenci je vyšší u prvotrestaných než u vícetrestaných.

13.4 Výsledky

První cíl výzkumu se týkal vztahu mezi depresí a poruchami osobnosti. Pro ověření hypotéz byly využity Spearmanovy korelace z důvodu nepotvrzení normálního rozložení dat. Přehled výsledků lze vidět v tabulce 4. Zeleně zvýrazněné údaje jsou signifikantní na dané hladině významnosti.

Tabulka 4 Spearmanovy korelace BDI-II s poruchami osobnosti podle IPDE (N = 134)

	Disociální	Paranoidní	Schizoidní
BDI-II	0,06	0,30***	0,15
	Emočně nestabilní - Impulzivní typ	Emočně nestabilní - Hraniční typ	Histriónská
BDI-II	0,23**	0,50***	0,31***
	Anankastická	Závislá	Vyhýbavá
BDI-II	0,15	0,37***	0,52***

Legenda: BDI-II = Beckova škála depresivity pro dospělé; hvězdičky značí statistickou významnost - ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Pro větší přehlednost znovu uvádím sled hypotéz a k nim příslušný komentář.

H1a: Mezi depresí a podezřením na disociální poruchu osobnosti existuje negativní vztah. **Hypotézu H1a nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H1b: Mezi depresí a podezřením na paranoidní poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1b můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,3$) je středně silná.¹⁹

H1c: Mezi depresí a podezřením na schizoidní poruchu osobnosti existuje negativní vztah. **Hypotézu H1c nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

¹⁹ Všechny soudy o síle korelace v tomto výzkumu vychází z Cohena (1988).

H1d: Mezi depresí a podezřením na emočně nestabilní poruchu osobnosti impulzivního typu existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1d můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,23$) je slabá.

H1e: Mezi depresí a podezřením na emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1e můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,5$) je silná.

H1f: Mezi depresí a podezřením na histriónskou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1f můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Mezi depresí a podezřením na histriónskou poruchu osobnosti existuje středně silný ($r = 0,31$) pozitivní vztah.

H1g: Mezi depresí a podezřením na anankastickou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1g nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H1h: Mezi depresí a podezřením na závislou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1h můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,37$) je středně silná.

H1i: Mezi depresí a podezřením na vyhubou poruchu osobnosti existuje pozitivní vztah. **Hypotézu H1i můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,52$) je silná.

Nejsilnější vztah mezi depresí a podezřením na poruchu osobnosti se potvrdil u hraniční poruchy osobnosti a vyhubé poruchy osobnosti.

Podobně jako jsem zjišťovala vztah mezi depresí a poruchami osobnosti v IPDE, zjišťuji tento vztah i mezi depresí a mezi nepatologickými variantami poruch osobnosti měřenými PSSI. Opět byly použity Spearmanovy korelace z důvodu nepotvrzení normálního rozložení dat. Výsledky lze vidět v souhrnné tabulce 5. Významné vztahy na dané hladině významnosti jsou zvýrazněny zeleně.

Tabulka 5 Spearmanovy korelace mezi BDI-II a vybranými škálami PSSI (N = 134)

	Disociální	Paranoidní	Schizoidní	Emočně-nestabilní	Histriónský
BDI-II	0,04	0,18*	0,14	0,40***	-0,11
	Anankastický	Závislý	Vyhýbavý	Narcistický	Pasivně-agresivní
BDI-II	-0,11	0,17*	0,32***	0,00	0,31***

Legenda: BDI-II = Beckova škála pro dospělé; * = $p < 0,05$; *** = $p < 0,001$

Pro větší přehlednost uvádím opět souhrn hypotéz a k nim příslušný komentář.

H2a: Mezi depresí a disociálním stylem osobnosti je negativní vztah. **Hypotézu H2a nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H2b: Mezi depresí a paranoidním stylem osobnosti je pozitivní vztah. **Hypotézu H2b můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,18$) je slabá.

H2c: Mezi depresí a schizoidním stylem osobnosti je negativní vztah. **Hypotézu H2c nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H2d: Mezi depresí a emočně-nestabilním stylem je pozitivní vztah. **Hypotézu H2d můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,4$) je středně silná.

H2e: Mezi depresí a histriónským stylem je pozitivní vztah. **Hypotézu H2e nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H2f: Mezi depresí a anankastickým stylem je pozitivní vztah. **Hypotézu H2f nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H2g: Mezi depresí a vyhýbavým stylem je pozitivní vztah. **Hypotézu H2g můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,32$) je středně silná.

H2h: Mezi depresí a závislým stylem je pozitivní vztah. **Hypotézu H2h můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,17$) je slabá.

H2i: Mezi depresí a narcistickým stylem je negativní vztah. **Hypotézu nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

H2j: Mezi depresí a pasivně agresivním stylem je pozitivní vztah. **Hypotézu H2j můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Korelace ($r = 0,31$) středně silná.

Nejsilnější vztah byl nalezen stejně jako v IPDE mezi depresí a emočně nestabilním a vyhybavým stylem. Pokud srovnáme výsledky IPDE s výsledky v PSSI, můžeme konstatovat, že obecně jsou nalezené korelace v PSSI slabší než v IPDE. Nalezené vztahy ale převážně odpovídají. Deprese souvisí s podezřením na paranoidní, emočně nestabilní, vyhybavou a závislou poruchou osobnosti podle IPDE i PSSI. Naopak nesouvisí s podezřením na disociální, schizoidní a anankastickou poruchu osobnosti. Výsledky u histriónské poruchy se liší, dle IPDE je mezi depresí a podezřením na histriónskou poruchu osobnosti pozitivní vztah, ale PSSI toto nepotvrdil, byl zde nalezen nevýznamný negativní vztah. PSSI dále postihuje narcistickou a pasivně-agresivní poruchu osobnosti, jenž v dotazníku IPDE nejsou zahrnuty. Dle PSSI deprese vůbec nesouvisí s narcistickým stylem osobnosti ($r = 0,00$), naopak s pasivně agresivním stylem osobnosti souvisí.

Hypotéza 3 předpokládá, že deprese u vězeňské populace negativně souvisí se schopností k existenci. Prostřednictvím Spearmanovy korelace jsme zjistili, že deprese a schopnost k existenci u vězeňské populace spolu opravdu negativně souvisí ($r(134) = 0,56$, $p < 0,001$). Jedná se o silnou korelaci. **Hypotézu 3 můžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

Hypotéza 4 předpokládá, že schopnost k existenci se liší u odsouzených bez a s podezřením na poruchu osobnosti. Podezření na poruchu osobnosti jsme určili dotazníkem IPDE. Protože Leveneův test nepotvrdil homogenitu rozptylů ($p_1 < 0,05$), byl k otestování této hypotézy využit neparametrický Mann-Whitneyův U test. Výsledky lze vidět v tabulce 6.

Tabulka 6 Výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro zjištění rozdílu ve schopnosti existenci u odsouzených s a bez podezření na poruchu osobnosti

	Součet pořadí S PO	Součet pořadí Bez PO	N S	N Bez	U	Z (upravené)	p	AUC
ESK	6980,5	2064,5	112	22	652,5	3,48	0,0005	0,26

Legenda: ESK = Existenciální škála; PO = porucha osobnosti; N s = počet respondentů s podezřením na poruchu osobnosti; N bez = počet respondentů bez podezření na poruch osobnosti; U = hodnota testového kritéria; p = hodnota statistické významnosti; AUC = area under curve (velikost účinku)

Hypotézu 4 můžeme na základě dosažených výsledků přijmout. U odsouzených s podezřením na poruchu osobnosti je jejich schopnost k existenci nižší než u odsouzených bez podezření na poruchu osobnosti. Zajímala mne klinická významnost výsledků. Velikost účinku podle AUC činí 0,26, je tedy 74% šance, že jedinec z vězeňské populace s podezřením na poruchu osobnosti bude mít nižší schopnost k existenci než jedinec z vězeňské populace, který podezření na poruchu osobnosti nevykazuje. Hodges-Lehmanův estimátor²⁰ ukázal, že jedinci s podezřením na poruchu osobnosti se od jedinců bez podezření na poruchu osobnosti liší ve schopnosti k existenci o 28 bodů.

Na základě tohoto výsledku jsme pro větší vhlad do situace provedli dodatečnou korelační analýzu ESK se všemi škálami poruch osobnosti v IPDE. Škála ESK korelovala se všemi škálami IPDE na hladině významnosti $p < 0,001$, kromě škály disociální, jejíž vztah se schopností k existenci byl významný na hladině $p < 0,05$. Detailní výsledky lze vidět v příloze 3.

Posledním cílem této části výzkumu je zjistit, zda existuje rozdíl ve zkoumaných proměnných mezi jedinci, kteří jsou ve výkonu trestu poprvé a jedinci, jež jsou ve vězení již po několikáté. Pátá hypotéza předpokládá, že vícetrestaní jedinci trpí více depresí než jedinci, kteří jsou ve vězení poprvé. Tuto hypotézu jsme ověřili prostřednictvím Mann-Whitneyova U testu. Výsledky lez vidět v tabulce 7.

²⁰ Hodges-Lehmanův estimátor je mediánem všech srovnání dvojic pozorování.

Tabulka 7 Výsledky Mann-Whitneyova U testu pro zjištění míry deprese mezi prvo- a vícetrestanými

	Součet pořadí <i>Vícetrestaní</i>	Součet pořadí <i>Prvotrestaní</i>	N <i>Vícetrestaní</i>	N <i>Prvotrestaní</i>	U	Z (upravené)	p
BDI-II	4634,5	4410,5	69	65	2219,5	-0,10	0,92

Legenda: BDI-II = Beckova škála depresivity; N = počet respondentů ve skupině; U = testová statistika; Z = upravené Z po korekci na spojitost; p = statistická významnost

Na základě dosažených výsledků nemůžeme hypotézu 5 přijmout ($p > 0,05$).

Mezi prvotrestanými a vícetrestanými není signifikantní rozdíl v míře deprese.

Hypotéza 6 předpokládá, že počet odsouzených s podezřením na poruchu osobnosti bude vyšší ve skupině několikanásobně odsouzených pachatelů než prvotrestaných. K ověření této hypotézy jsme použili test nezávislosti chí kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Výsledek lze vidět v tabulce 8.

Tabulka 8 Test nezávislosti chí kvadrát pro zjištění rozdílu v počtu respondentů s nebo bez podezření na poruchu osobnosti mezi prvo- a vícetrestanými

	Porucha osobnosti <i>ANO</i>	Porucha osobnosti <i>NE</i>	Součet pozorování ve sloupci	χ^2	p
	59 (44 %)	10 (7,45 %)	69	0,38	0,54
	53 (39,55 %)	12 (9 %)	65		
Součet pozorování v řádku	112	22	N = 134 (100 %)		

Legenda: χ^2 = hodnota Pearsonova chí kvadrátu; p = statistická významnost; N = počet respondentů

Hypotézu 6 nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout. Počet odsouzených s podezřením na poruchu osobnosti není signifikantně vyšší ve skupině vícetrestaných oproti skupině prvotrestaných pachatelů ($\chi^2(1, n = 134) = 0,38; p = 0,54$).

Hypotéza 7 předpokládá, že se prvotrestaní a vícetrestaní budou lišit v profilu nepatologických variant poruch osobnosti podle PSSI. K ověření této hypotézy byl využit Hotellingův test. Hodnota T2 činí 10,35 ($p = 0,48$). Pro velikost tabulky jsme detailní výsledky dali do přílohy 3. **Na základě dosažených výsledků nemůžeme hypotézu 7**

přijmout. Prvotrestaní a vícetrestaní jedinci se neliší v profilu nepatologických variant poruch osobnosti.

Hypotéza 8 předpokládá, že schopnost k existenci se liší mezi prvotrestanými a vícetrestanými jedinci. K ověření této hypotézy byl využit t-test pro dva nezávislé výběry. Výsledek lze vidět v tabulce 9.

Tabulka 9 Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry pro rozdíl v ESK mezi prvo- a vícetrestanými

	M	M	N	N	SD	SD	df	t	p
	Více	Prvo	Více	Prvo	Více	Prvo			
ESK	192,68	195,85	69	65	37,18	35,57	132	0,50	0,62

Legenda: M = průměr; N = počet respondentů ve skupině; df = stupně volnosti; t = hodnota testového kritéria; p = hodnota statistické významnosti

Podle výsledků v tabulce 8 můžeme konstatovat, že schopnost k existenci se mezi prvotrestanými a vícetrestanými neliší. **Hypotézu 8 nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

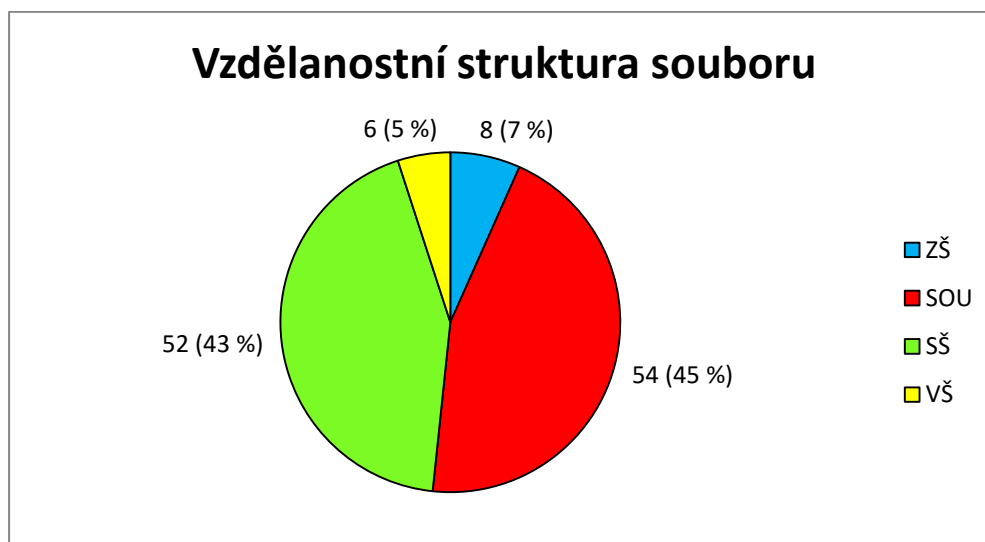
14. ČÁST B – ROZDÍL V DEPRESI, PORUCHÁCH OSOBNOSTI A SCHOPNOSTI K EXISTENCI MEZI VĚZEŇSKOU A BĚŽNOU POPULACÍ

14.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal pouze z mužů. Kritériem pro přijetí do výzkumu byl věk 18 – 65 let a pobyt ve výkonu trestu pro vězeňskou populaci, vyřazovacím kritériem pro kontrolní skupinu byl výkon trestu v minulosti a přítomnost psychiatrické diagnózy.

Dotazníky z kontrolní skupiny vyplnilo celkem 85 mužů. Tři respondenti byli z důvodu historie předchozího uvěznění kvůli možnému zkreslení výsledků z kontrolní skupiny vyřazeni. Následně kvůli vyrovnaní souboru s vězeňskou skupinou bylo 22 respondentů vyřazeno a spárováno podle faktoru vzdělání. Poté došlo z důvodu omezených možností souboru k částečnému spárování podle věku.²¹ V kontrolní skupině po redukci zůstalo 60 mužů ve věku 21 – 61 let. Průměrný věk činil 33,5 roku (SD = 11,1).

Ve skupině vězňů zůstalo také 60 mužů. Věkové rozpětí vězňů po redukci činilo 21 – 55 let (průměrný věk 37,1; SD = 9,4). Dosažené vzdělání obou skupin je totožné a můžeme ho vidět na grafu 6.



Graf 6 Složení souboru podle dosaženého vzdělání pro výzkum - část B

²¹ Faktor vzdělání považuji za významnější intervenující proměnnou než věk.

Kontrolní skupinu jsem oslovila taktéž pomocí nenáhodného příležitostného výběru, kdy jsem oslovila několik pracovních organizací a taktéž jsem oslovila své známé, které jsem požádala, aby oslovili další své známé, tudíž jsem použila zde i metodu sněhové koule.

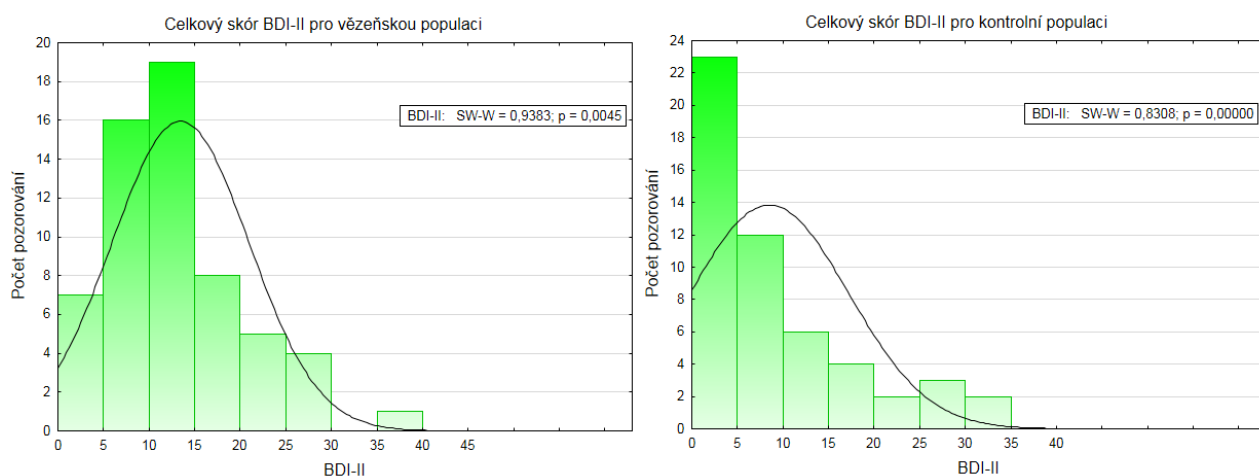
Všichni respondenti se účastnili dobrovolně, dostali přesné instrukce, ujištění o anonymitě a důvěrnosti dat i o možnosti z výzkumu odstoupit. Za účast jim nebyla poskytnuta žádná odměna.

14.2 Deskriptivní statistika

Na grafech 7 můžeme vidět rozložení míry deprese vězeňské a kontrolní populace. Normalita dat nebyla potvrzena.

Pro vězeňskou populaci činila průměrná hodnota 13,38 bodů (SD = 7,5). Minimální dosažená hodnota činila 1 bod a maximální 39 bodů.

Pro kontrolní populaci činila průměrná dosažená hodnota 8,47 bodů (SD = 8,65). Minimální dosažená hodnota činila 0 bodů a maximální dosažená hodnota činila 33 bodů.



Graf 7 Celkové skóry BDI-II pro vězeňskou a kontrolní populaci

V následujících tabulkách 10 a 11 lze vidět souhrnné deskriptivní charakteristiky dotazníku IPDE a PSSI.

Tabulka 10 Deskriptivní statistika IPDE pro vězeňskou a kontrolní skupinu

Podezření na poruchu osobnosti	Průměr		SD		Minimum		Maximum		Maximální možná hodnota	Počet respondentů s podezřením na poruchu osobnosti		%	
	V	K	V	K	V	K	V	K		V	K	V	K
Paranoidní	2,12	2,08	1,28	1,21	0	0	5	5	7	10	7	16,7	11,6
Schizoidní	4,37	4,02	1,40	1,51	2	1	7	9	9	40	36	66,7	60
Disociální	2,73	3,05	1,02	1,00	1	1	5	5	7	14	18	23,3	0,3
Emočně nestabilní – Impulzivní typ	1,68	1,83	1,26	1,26	0	0	4	5	5	6	6	10	10
Emočně nestabilní – Hraniční typ	1,22	1,67	0,88	0,89	0	0	3	4	5	0	1	0	1,7
Histriónská	1,78	1,63	1,09	1,30	0	0	5	5	6	3	6	5	10
Anankastická	2,8	2,38	1,68	1,54	0	0	8	7	8	21	12	35	20
Vyhýbavá	1,65	1,68	1,39	1,78	0	0	6	6	6	6	11	10	18,3
Závislá	1,20	0,97	1,26	1,39	0	0	5	5	6	4	5	6,7	8,3

Legenda: V = vězeňská populace; K = kontrolní populace; SD = směrodatná odchylka; % = počet respondentů s podezřením na poruchu osobnosti v procentech

Tabulka 11 Deskriptivní charakteristika PSSI u vězeňské a kontrolní populace

Nepatologická varianta poruchy osobnosti	Průměr		SD		Minimum		Maximum	
	V	K	V	K	V	K	V	K
Disociální	13,72	12,98	4,62	4,52	5	4	27	24
Paranoidní	17,60	16,37	3,78	5,86	5	3	28	27
Schizoidní	13,47	13,62	3,15	4,90	6	5	19	28
Vyhýbavá	11,13	11,77	3,68	5,20	4	3	20	29
Anankastická	16,88	16,92	4,06	4,56	7	7	26	28
Narcistický	14,38	14,88	4,42	4,51	3	7	27	25
Pasivně-agresivní	13,17	13,08	3,65	5,74	5	2	23	29
Závislá	15,38	16,18	3,80	4,66	9	6	27	30
Emočně-nestabilní	9,55	9,97	4,44	6,06	1	0	20	24
Histriónská	18,05	17,08	4,37	5,08	5	4	26	29

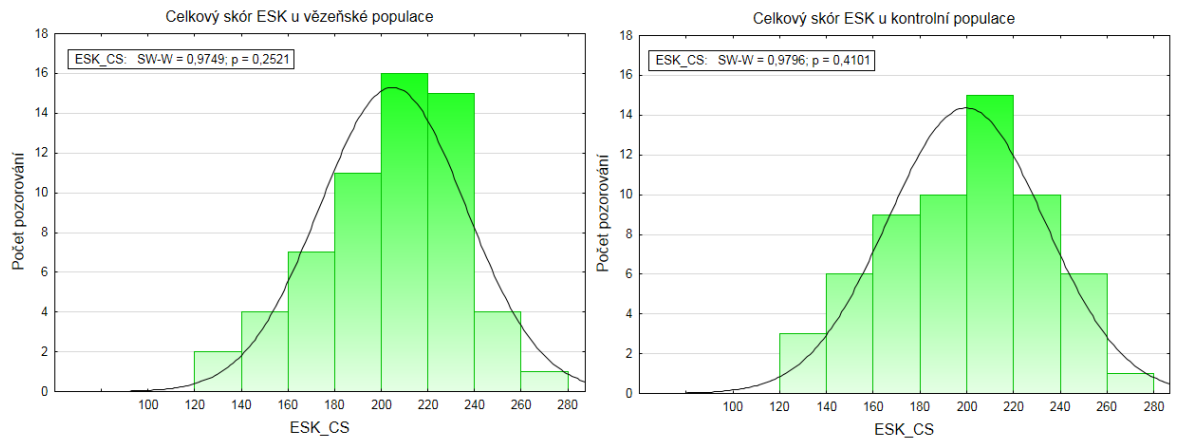
Legenda: V = skupina vězňů; K = kontrolní skupina; SD = směrodatná odchylka

Na grafu 8 níže lze vidět rozložení celkového skóru ESK pro vězeňskou a kontrolní populaci. Normalita dat byla potvrzena.

Průměrný celkový skór ve ESK pro vězeňskou populaci činí 204,22 bodů (SD = 31,29). Minimální dosažená hodnota činila 128 bodů a maximální dosažená hodnota činila 263 bodů.

Průměrný celkový skór v ESK pro kontrolní populaci činil 198,97 bodů (SD = 33,32). Minimální dosažený skór činil 123 bodů a maximální 261 bodů.

Podle autorů ESK se jedná o průměrné skóry (příliš nízký skór svědčící o nenaplněné existenci by činil 169 b a méně a za vysoký skór je považován 249 b a více).



Graf 8 Celkové skóry ESK pro vězeňskou a kontrolní populaci

14.3 Hypotézy

Na základě teorie a předešlých výzkumů jsem zformulovala následující hypotézy:

H9: Míra deprese je vyšší ve vězeňské populaci než v kontrolní populaci.

H10: Počet odsouzených s podezřením na poruchu osobnosti je vyšší ve vězeňské populaci než v kontrolní populaci.

H11: Mezi vězeňskou a běžnou populací existuje rozdíl v profilu nepatologických variant poruch osobnosti.

H12: Míra schopnosti k existenci je nižší ve vězeňské populaci než v kontrolní populaci.

14.4 Výsledky

První hypotéza této části výzkumu má za cíl ověřit, zda je míra deprese vyšší ve vězeňské populaci oproti kontrolní, běžné populaci. Z důvodu nepotvrzení normálního rozložení deprese v populaci byl k ověření této hypotézy použit Mann-Whitneyův U test. Výsledky lze vidět v tabulce 12.

Tabulka 12 Výsledky Mann-Whitneyova U testu pro BDI-II - srovnání vězeňské a kontrolní populace

	Součet pořadí Vězeňská populace	Součet pořadí Běžná populace	N (V)	N (K)	U	Z (upravené)	p	AUC
BDI-II	4429	2831	60	60	1001	4,2	0,000027	0,28

Legenda: BDI-II = Beckova škála depresivity; N (V) = počet respondentů ve vězeňské populaci; N (K) = počet respondentů v kontrolní populaci; U = testová statistika; Z = upravené Z po korekci na spojitost; p = statistická významnost; AUC = area under curve (velikost účinku)

Hypotézu 9 můžeme na základě dosažených výsledků přijmout. Vězeňská populace trpí více depresí než kontrolní populace ($p < 0,001$).

Velikost účinku činí podle AUC 0,28, je tedy 72% šance, že jedinec z vězeňské populace bude mít vyšší míru depresivních příznaků než jedinec běžné populace. Hodges-Lehmanův estimátor ukázal, že vězeňská skupina skóruje v BDI-II oproti kontrolní populaci o 6 bodů více.

Na základě hypotézy 10 předpokládáme, že počet podezření na poruchu osobnosti bude ve vězeňské populaci vyšší než v kontrolní. K otestování této hypotézy jsme využili test nezávislosti chí kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Výsledky lze vidět v tabulce 13.

Tabulka 13 Čtyřpolní tabulka pro zjištění četností podezření na poruchu osobnosti ve vězeňské a kontrolní populaci

Skupina	Porucha osobnosti NE	Porucha osobnosti ANO	Součet pozorovaných četností v řádku	χ^2	p
Kontrolní skupina	14 (11,7 %)	46 (38,3 %)	60	0,83	0,36
Vězni	10 (8,3 %)	50 (41,7 %)	60		
Součet pozorovaných četností v sloupci	24	96	N = 120		

Legenda: χ^2 = hodnota testového kritéria; p = statistická významnost; N = počet respondentů

Na základě dosažených výsledků nemůžeme hypotézu 10 přijmout. Mezi vězeňskou a kontrolní populací není rozdíl ve zjištěných podezřeních na poruchu osobnosti ($\chi^2(1) = 0,83$; $p > 0,05$).

Hypotéza 11 si dává za cíl ověřit, zda existuje rozdíl v profilu PSSI mezi vězeňskou a kontrolní populací. K otestování této hypotézy jsme použili Hotellingův test. Hodnota T2 činila 12,29 ($p = 0,34$). Profil nepatologických variant poruch osobnosti se u vězeňské a kontrolní populace nelišil ani v jednom stylu. **Hypotézu 11 nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.** Detailní výsledky si můžou zájemci prohlédnout v příloze 4.

Poslední hypotéza 12 se ptá, zda je míra schopnosti k existenci nižší u vězeňské populace než u kontrolní populace. K ověření této hypotézy jsme použili t-test pro dva nezávislé výběry. Výsledky lze vidět v tabulce 14.

Tabulka 14 T-test pro dva nezávislé výběry ke srovnání schopnosti k existenci mezi vězeňskou a kontrolní populací

	Průměr (V)	Průměr (K)	N (V)	N (K)	SD (V)	SD (K)	df	t	p
ESK	204,2	198,9	60	60	31,29	33,32	118	0,89	0,38

Legenda: V = vězeňská populace; K = kontrolní populace; N = počet respondentů ve skupině; df = stupně volnosti; SD = směrodatná odchylka; t = hodnota testové statistiky; p = statistická významnost

Schopnost k existenci se mezi vězeňskou a běžnou populací neliší ($p = 0,38$). **Hypotézu 12 nemůžeme na základě dosažených výsledků přijmout.**

15. DISKUZE

Cílem výzkumu bylo nalézt vztah mezi depresí, podezřením na poruchu osobnosti a schopností k existenci u vězeňské populace, dále zjistit, zdali se v těchto proměnných vězeňská populace nějak odlišuje od kontrolní, běžné populace.

Průměrný skóre odsouzených respondentů v BDI-II činil 14,8 bodů (SD = 8,2). Ve výzkumu Boothby a Durham (1999) to bylo 12,57 b (SD = 8,51) a ve výzkumu Palmer a Binks (2008) to bylo 17,41 b (SD = 11,18), což jsou hodnoty, která jsou relativně blízké našim hodnotám. Stále je to ale méně než skóruje obvykle psychiatrická populace, například ve výzkumu Stevenson, Haliburn a Halovic (2015) psychiatrickí pacienti dosáhli na škále BDI-II průměrně 36 bodů. Podle velkého průzkumu Fazel a Danesh (2002) přibližně 10 % vězeňské populace trpí tzv. velkou depresí. I po nastavení vyššího cut off skóru pro neklinickou populaci splňovalo v tomto výzkumu hranici aspoň mírné deprese 41 % respondentů. Tento výsledek odpovídá údajům od Lamontagne et al. (2000), v jejichž výzkumu trpělo 42 % pachatelů drobných krádeží v obchodech příznaky deprese. Musíme ale zohlednit fakt, že se jedná o subjektivně pocíťované symptomy, které mohly být taky vzhledem ke zjevné validitě dotazníku a povaze vězeňské populace přeháněny. Pokud bychom použili cut off 20 bodů, jak ho navrhuje pro vězeňskou populaci Boothby a Durham (1999), počet jedinců trpících depresivními symptomy by se snížil. Na to, že se ve většině případů pravděpodobně nejedná o klinickou depresi, poukazuje i skutečnost, že pouze 5 (3,73 %) jedinců vyjádřilo sebevražedné přání (přitom sebevražedné myšlenky jsou důležitým příznakem deprese).

Zjištění prevalence poruch nebo podezření na poruchu osobnosti se ve vězeňské populaci liší, mj. v závislosti na použité metodě od 32,4 % do 79,9 % (Álvaro-Brun, & Vegue-González, 2008; Brazao et al., 2015; Fazel, & Danesh, 2002; Longato-Stadler et al., 2002; Ullrich et al., 2001). V českém výzkumu Polišínské (2009) bylo pomocí TCI-R identifikováno podezření na poruchu osobnosti u 39 % pachatelů vloupání. Autorka však implikuje, že u pachatelů násilné trestné činnosti by byla čísla pravděpodobně vyšší. V tomto výzkumu téměř 84 % odsouzených respondentů vykazovalo podezření na nejméně jednu poruchu osobnosti. To je prakticky stejný výsledek jako ve výzkumu Álvaro-Brun a Vegue-Gonzalez (2008), kteří dotazníkem IPDE identifikovali u 85 %

věznů podezření na poruchu osobnosti.²² Ve výzkumu Slade a Forrester (2013), kteří použili stejnou metodu, to bylo 77 %. Ti použili na některých škálách cut off 4 jako v tomto výzkumu, ale na některých škálách zvýšili cut off ještě více, proto došlo k dalšímu snížení počtu podezření na poruchu osobnosti. Nejčastější podezření bylo na paranoidní poruchu osobnosti (44,5 %), anankastickou (40,3 %), schizoidní (35 %) a disociální (25,8 %). V našem výzkumu se jednoznačně nejčastěji vyskytovalo podezření na schizoidní poruchu osobnosti (70,9 %), za ní podezření na anankastickou poruchu osobnosti (37,3 %) a pak disociální (28,4 %) a paranoidní (24,6 %). Došli jsme tedy spolu s autory zmiňovaného výzkumu ke shodě na prvních čtyřech nejčastějších možných poruchách osobnosti ve vězeňské populaci, akorát v jiném pořadí. Nejméně často se v jejich vzorku vyskytovala emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu (8,5 %) a závislá porucha osobnosti (14,5 %), což je v souladu s našimi výsledky – hraniční porucha 5,2 % a závislá 9 %. Přestože disociální porucha je považována za nejčastější poruchu mezi vězeňskou populací s prevalencí uváděnou někdy až kolem 70 %, v mém výzkumu ani ve výzkumu Slade a Forrester (2013) tomu tak nebylo. Většina výzkumů využívajících IPDE-SQ vychází z americké klasifikace duševních nemocí a počty podezření na antisociální poruchu osobnosti bývají mnohem větší. Tito autoři to vysvětlují rozdíly v IPDE-SQ pro disociální poruchu osobnosti podle MKN-10 a antisociální poruchou osobnosti podle DSM. Ani verze IPDE pro DSM však nehodnotí výskyt antisociální poruchy osobnosti tak často, jak se její prevalence ve vězeňské populaci obvykle udává. Alvaro-Brun a Vegue-González implikují, že to je nízkou senzitivitou dotazníku IPDE pro disociální a hraniční poruchu osobnosti. Ve výzkumech, které použily jinou metodiku ke zjištění poruchy osobnosti, patřila antisociální porucha osobnosti mezi nejčastější (42,8 % Brazao et al., 2015; 45 % De Ruiter, & Trestman, 2007; 47 % Fazel, & Danesh, 2002; 39 % Longato-Stadler et al., 2002; Mihai et al, 2017; 65,9 % Rasmussen et al., 1999; 35,2 % Ullrich et al., 2001). Dále byla velmi častá paranoidní porucha osobnosti (34,7 % Brazao et al., 2015; 18 % De Ruiter, & Trestman, 2007; 29 %, Longato-Stadler, 2002; 39 % Rasmussen et al., 1999) a poměrně často se vyskytovala také hraniční porucha osobnosti (27 %, Longato-Stadler et al., 2002), přestože se jednalo o výhradně mužskou vězeňskou populaci, což není v souladu s našimi výsledky, ani s výsledky Slade a Forrester (2003), kdy podezření na hraniční poruchu osobnosti jsme ve vězeňské populaci

²² Abychom si udělali obrázek, nakolik IPDE-SQ nadhodnocuje, tak byl následně s vězni udělán rozhovor a z 85 % klesla identifikace poruch osobnosti na 60 %.

pozorovali nejméně. Naším zjištěním se blíží výsledky Brazao et al. (2015), kteří zjistili hraniční poruchu osobnosti u mužských vězňů ve 12,2 % případů. Nicméně hraniční porucha osobnosti byla pozorována často také ve smíšeném výzkumu Rasmussen et al. (1999; 39 %) či De Ruiter a Trestman (2007; 24 %). Histriónská, vyhýbavá, závislá, obsedantně-kompulzivní a pasivně-agresivní porucha osobnosti se ve výzkumu Longato-Stadler et al. (2002) nevyskytovaly vůbec a ve výzkumu De Ruiter a Trestman (2007) jen málo, což také není plně v souladu s našimi zjištěními, kdy obsedantně-kompulzivní porucha odpovídající svou charakteristikou anankastické poruše byla zastoupena v našem výzkumu i ve výzkumu Slade a Forrester (2003) poměrně často. Schizoidní porucha osobnosti, která byla v našem výzkumu i ve výzkumu Slade a Forrester zastoupena poměrně často, byla ve výzkumu Longato-Stadler et al. (2002) zastoupena pouze v 9 % případů a ve výzkumu Brazao et al. (2015) dokonce jen ve 2 %. Na tomto místě lze konstatovat, že IPDE-SQ schizoidní poruchu osobnosti obzvlášť nadhodnocuje, což je pravděpodobně způsobené i zavádějícím zněním některých otázek.

Výsledky z dotazníku IPDE jsou konzistentní s výsledky, které jsme získali z dotazníku PSSI. Významné korelace byly nalezeny mezi osobnostními styly odsouzených identifikovanými prostřednictvím PSSI a jejich diagnostikovanými poruchami osobnosti podle klinického rozhovoru (Ritter et al., 2016).

Průměrný skóre na Existenciální škále u vězeňské populace činí 194,22 b (SD = 36,3). Ve výzkumu Weghauptové (1998) dosáhla vězeňská populace na škále ESK průměrně 165,8 b, což už jsou hodnoty svědčící o podprůměrné schopnosti k existenci. Většina z našich zjištěných hodnot spadá podle autora Existenciální škály do pásma průměru. Stejně tak hodnoty všech subškál, které Existenciální škála obsahuje. V žádné z analýz v tomto výzkumu se neukázal rozdíl na kterékoliv škále, který by neodpovídal výsledkům celé Existenciální škály, přestože autoři Existenciální škály předpokládají mezi subškálami určité rozdíly, proto jsem výsledky ze subškál ESK do analýz nezahrnula a pracuji zde po celou dobu jenom s celou Existenciální škálou.

Vztah mezi depresí a poruchami osobnosti byl mnohokrát potvrzen (např. Alhooei et al., 2016; Casey et al., 2004; Sarkar et al., 2016; Sedláčková et al., 2013; Sjaastad et al., 2012). Většina výzkumů se zaměřuje na vztah deprese a poruch osobnosti obecně. Poruchy osobnosti však představují široké spektrum různých projevů, proto se dá předpokládat, že sklon k depresi nebude u všech poruch stejný, přestože poruchy osobnosti jsou obecně spojeny s maladaptivním chováním, které postiženému jedinci způsobuje v životě potíže,

což ho může trápit, čímž se zvyšuje riziko depresivní symptomatiky. V tomto výzkumu byla nalezena souvislost deprese s několika poruchami osobnosti. U vězeňské populace se pozitivní vztah potvrdil mezi depresí a podezřením na paranoidní ($r = 0,3$; $p < 0,001$), impulzivní emočně nestabilní ($r = 0,23$; $p < 0,001$), histriónskou ($r = 0,31$; $p < 0,01$), hraniční emočně nestabilní ($r = 0,5$; $p < 0,001$), závislou ($r = 0,37$; $p < 0,001$) a vyhubavou ($r = 0,52$; $p < 0,001$) poruchou osobnosti. Podobně se potvrdil vztah mezi depresí a PSSI škálami paranoidní ($r = 0,18$; $p < 0,05$), emočně nestabilní ($r = 0,4$; $p < 0,001$), závislý ($r = 0,17$; $p < 0,05$), vyhubavý ($r = 0,32$; $p < 0,001$) a pasivně-agresivní ($r = 0,31$, $p < 0,001$). IPDE pasivně-agresivní poruchu osobnosti netestuje. Obecně PSSI ukazovalo slabší vztah s depresí než IPDE-SQ. Mezi depresí a podezřením na schizoidní, disociální a narcistickou poruchou osobnosti vztah nalezen nebyl.

Souvislost deprese s *paranoidní poruchou osobnosti* byla potvrzena také v jiných výzkumech (Johnson et al., 2005; Sjästad et al., 2012). Souvislost s paranoidní poruchou osobnosti však nebyla nalezena ve výzkumu Alhooei et al. (2016).

Stejná autorka nenašla také žádnou souvislost deprese se *schizoidní poruchou osobnosti*, což je už v souladu s našimi zjištěními. Předpokládám na základě literatury, že jedinci se schizoidní poruchou osobnosti jsou ve své osamělosti vesměs spokojeni a k životu si vystačí sami. Avšak ve výzkumu Sjästad et al. (2012) 22,6 % jedinců se schizoidní poruchou osobnosti trpělo depresí a 6,6 % jich trpělo dystymií, což bylo nejvíc ze všech poruch osobnosti. Podle meta analýzy Corruble et al. (1996) je vztah deprese a schizoidní poruchy osobnosti stále nejasný.

Ve výzkumu Alhooei et al. (2016) a Johnson et al. (2005) byla nalezena souvislost deprese s rysy *antisociální poruchy osobnosti*, kterou jsme v našem výzkumu nenalezli. Předpokládáme, že když je antisociální či disociální porucha spojena s lhostejností k okolí, absencí výčitek a celkovou emoční oploštělostí, nemají moc důvod k depresi. Deprese byla zjištěna taky pouze u 6,2 % pacientů s disociální poruchou osobnosti ve výzkumu Sjästad et al. (2012), což bylo nejméně ze všech poruch osobnosti.

Deprese významně souvisí s *emočně nestabilní poruchou osobnosti*, obzvláště s hraniční poruchou (např. Alhooei et al., 2016; Rotschild, & Zimmerman, 2002). Toto je v souladu s našimi zjištění, kde mezi depresí a podezřením na hraniční poruchu osobnosti byl nalezen nejsilnější vztah v obou dotaznících ($r_{IPDE} = 0,56$; $r_{PSSI} = 0,4$). Ve výzkumu

Sjåstad et al. (2012) se však deprese nevyskytovala častěji u hraniční poruchy než u jiných poruch osobnosti.

Nejasné výsledky jsme ale našli ohledně vztahu deprese k histriónské poruše osobnosti. Podle IPDE-SQ deprese významně souvisela s podezřením na *histriónskou poruchu osobnosti*, podle PSSI však nikoliv. Souvislost s podezřením na histriónskou poruchou osobnosti nebyla nalezena ani ve výzkumu Alhooei et al. (2016). Avšak v jiném výzkumu bylo zjištěno, že rysy histriónské poruchy osobnosti identifikované během adolescence signifikantně souvisely s rizikem výskytu deprese či dystymie ve věku 33 let (Johnson et al., 2005). Poměrně vysoký výskyt deprese (17,8 %) u histriónské poruchy osobnosti byl zjištěn také ve výzkumu Sjåstad et al. (2012). Dystymie ale pozorována nebyla vůbec.

Deprese významně souvisí s poruchami z klastru C než s poruchami z jiných klastrů u pachatelů vražd (Laajasalo et al., 2013) i u psychiatrické populace (Sjåstad et al., 2012). Ve výzkumu Alhooei et al. (2016) nebyla však nalezena souvislost míry deprese s podezřením na *anankastickou poruchu osobnosti*, stejně tak v našem výzkumu. Souvislost deprese s vyhubavou a závislou poruchou osobnosti však byla potvrzena. Přestože v našem výzkumu byl vztah mezi depresí a podezřením na *vyhubavou poruchu osobnosti* poměrně silný, ve výzkumu Alhooei et al. (2016) se tento vztah nepotvrdil. Souvislost deprese se *závislou osobností* byla potvrzena i v jiných výzkumech (Alhooei et al., 2016; Senol-Durak, & Gencoz, 2010; Versaevel et al., 2017). Náchylnost jedinců k depresi se závislou poruchou osobnosti může být způsobena strachem ze ztráty nebo reálnou ztrátou osoby, která uspokojuje závislé osobě potřeby vnějšího posilování self-esteem, které jsou pro závislé osoby ze své podstaty nepostradatelné (Shea et al., 1992).

Dotazník IPDE nezjišťuje příznaky narcistické a pasivně agresivní poruchy osobnosti, které se v MKN-10 řadí mezi jiné specifické poruchy osobnosti. Vztah mezi depresí a těmito dvěma poruchami jsem ověřovala tedy jenom prostřednictvím PSSI. Podle tohoto dotazníku nebyl nalezen vztah mezi depresí a *narcistickým* osobnostním stylem, avšak mezi *pasivně-agresivním* stylem osobnosti ano. Ke stejnému závěru došla i Aljooei et al., (2016). Sjåstad et al. (2012) zjistil 20,8% výskyt deprese u nespecifické poruchy osobnosti.

Dalším cílem výzkumu bylo ověřit existenci vztahu mezi depresí a schopností k existenci. Dle našich výsledků mezi depresí a schopností k existenci ve vězeňské populaci existuje silný negativní vztah ($r = - 0,56$; $p < 0,05$), přestože autoři ESK

předpokládají jen nízkou korelaci s depresí. Ve výzkumu autora Existenciální škály tato škála však také středně silně negativně korelovala se Zerssenovou škálou deprese ($r = -0,46$). Podobně silně korelovala ESK i s neuroticismem, což autoři vysvětlují tím, že duševní zdraví je důležité pro rozvoj existenciální dimenze. Také je možné, že jedním z příznaků deprese je pocit bezsmyslnosti života a naopak pocit bezsmyslnosti života může vyvolat depresi (Längle et al., 2003). Rozdíl ve schopnosti k existenci mezi depresivními jedinci a běžnou populací byl potvrzen také ve výzkumu Maynina a Vasanov (2011). Vztah mezi depresí a smyslem života je potvrzen i jinými metodami. Mascaro a Rosen (2005) vidí existenciální neurózu jako druh deprese. V jejich výzkumu smysl života měřený LRI a PMP signifikantně souvisel s mírou depresivních příznaků u studentů. Ti, kteří vykazovali vysokou míru životní smysluplnosti, trpěli méně depresivními příznaky. Středně silná souvislost deprese s existenciální úzkostí EAQ ($r = 0,36$) se potvrdila i u adolescentů, kteří zažili hurikán (Weems et al., 2016).

Dále jsme se pokusili zjistit, jestli schopnost k existenci souvisí s možným výskytem poruch osobnosti. Protože výzkum v této oblasti je podle autorčina vědomí prakticky neexistující, zaměřili jsme se v tomto výzkumu na vztah poruch osobnosti a schopnosti k existenci obecně. Zjistilo se tak, že odsouzení jedinci bez podezření na poruchu osobnosti mají vyšší schopnost k existenci než ti odsouzení s podezřením na poruchu osobnosti ($t = 3,5$; $p > 0,001$). Dodatečná analýza potvrdila souvislost schopnosti k existenci se všemi škálami v IPDE. Negativní vztah mezi smyslem života (měřeným PIL) a schizoidními a závislými rysy byl zjištěn také ve výzkumu Crea (2016). To samé platí i pro hraniční poruchu osobnosti, kde pacienti s touto poruchou vykazovali menší míru životní smysluplnosti než pacienti s jinou diagnózou duševní poruchy (Marco et al., 2017) a pacienti s hraniční poruchou osobnosti, kteří se pokusili v minulosti o sebevraždu měli nižší skóre ve schopnosti k existenci, než ti pacienti s hraniční poruchou, kteří se o sebevraždu nikdy nepokusili (Cinerová, 2012). Nenalezla jsem žádný další výzkum, který by se zabýval schopností k existenci či smyslem života u jedinců s poruchou osobnosti. Zdá se však, že jedincům s podezřením na poruchu osobnosti mohou maladaptivní vzorce chování a prožívání bránit vést smysluplný život, a proto by zvýšení životní smysluplnosti v terapii mohlo být pro jedince s poruchou osobnosti přínosem.

Zaměřila jsem se na rozdíly ve zkoumaných proměnných mezi prvotrestanými a vícetrestanými. Nepotvrdil se žádný rozdíl. Prvotrestaní trpí depresí stejně jako vícetrestaní, počet odsouzených s podezřením na poruchu osobnosti se mezi těmito dvěma

skupinami neliší, jejich profil podle PSSI se neliší a jejich schopnost k existenci se neliší. Očekávala jsem, že prvotrestaní budou trpět depresí více, neboť budou více zasaženi zásadní změnou životního stylu a omezením osobní svobody, již nástup do výkonu trestu přináší. Nepotvrdilo se. Ani ve výzkumu Palmera a Binkse (2008) nehrálo předešlé uvěznění roli ve skóru deprese. Jednalo se ale o velmi mladé odsouzené (18-21 let). Avšak ve výzkumu Boothby a Durham (1999) se tato teorie potvrdila a poprvé odsouzení jedinci vykazovali větší míru depresivních symptomů. Předpokládala jsem také, že několikanásobně trestaní jedinci budou více vykazovat podezření na poruchu osobnosti, neboť poruchy osobnosti jsou významným prediktorem budoucí recidivy (Bonta et al., 1998; Hiscoke et al., 2003; Långström et al., 2004; Pluck et al., 2012). Tento vztah se nepotvrdil a nenalezla jsem žádný výzkum, který by počet absolvovaných výkonů trestu zohledňoval, mohu se tedy jen domnívat, že z prvotrestaných, kteří vykazují podezření na poruchu osobnosti, se stanou v nějaké době několikanásobně trestaní jedinci, což by vzhledem k dvoutřetinové recidivě v ČR nebylo nijak překvapujícím zjištěním. Také mne napadlo, že nevíme, zda prvotrestaní jedinci nebyli ve vězení proto, že porušili předchozí podmínku, a tedy z teoretického hlediska již recidivisty jsou. Co se týče smyslu života, Black a Gregson (1973) zjistili, že vícetrestaní skórují níže v dotazníku PIL (Purpose-in-Life) než prvotrestaní a ti zase skórovali níže než kontrolní populace. Prvotrestaní také vykazují větší potřeby seberealizace (Fischer a kol.) Existenciální škála si však nedává za cíl měřit smysl života, jak ho většina dotazníků zjišťujících tuto problematiku měří, ale jak jedinec zvládá smysl života naplňovat (Balcar, 2001). Obě skupiny jsou ve vězení, takže se jim dle mého názoru smysl života naplnit nedaří a počet uvěznění zřejmě nehraje roli.

V druhé části výzkumu jsem se zaměřila na rozdíl ve zkoumaných proměnných mezi vězeňskou a kontrolní populací. Rozdíl se potvrdil pouze v míře deprese. Vězeňská populace trpí depresí více než kontrolní populace. Nebyl nalezen žádný rozdíl v počtu respondentů s podezřením na poruchu osobnosti mezi vězeňskou a kontrolní populací, ani v jejich nepatologických variantách. Také schopnost k existenci se mezi těmito dvěma skupinami nelišila.

Byl nalezen signifikantní rozdíl v míře pocíťovaných depresivních příznaků mezi vězeňskou a kontrolní populací ($p < 0,001$). Průměrný skór na Beckově škále činil 13,38 b (SD = 7,5) pro skupinu vězňů a 8,47 b (SD = 8,65) pro kontrolní skupinu. Srovnání míry deprese u vězeňské populace s jinými výzkumy jsme udělali již na začátku diskuze,

připomenu tedy jen, že naše zjištění jsou v souladu s ostatními výzkumy. Co se týče kontrolní populace, Beckova škála byla také využita na reprezentativním vzorku české pracující populace a průměrný dosažený skóre mužů činil 9,71 b (Ptáček et al., 2016). U amerických studentů dosažený skóre činil průměrně 9,14 b (SD = 8,45) (Whisman, & Richardson, 2015). Naše údaje zjištěné u kontrolní populace tedy korespondují s údaji zjištěnými v jiných studiích.

Nebyl nalezen žádný rozdíl mezi počtem jedinců, kteří by vykazovali podezření na poruchu osobnosti mezi vězeňskou a kontrolní populací, což odporuje předešlým zjištěním (např. Fazel, & Danesh, 2002; Praško, 2003). Dokonce mezi běžnou populací mužů, kteří koktají, byl stejnou metodikou nalezen vyšší počet podezření na poruchu osobnosti oproti běžné kontrolní populaci (Iverach et al., 2013). V kontrolní populaci byl zaznamenán velmi vysoký počet podezření na poruchu osobnosti, a to téměř 77 %, což není signifikantní rozdíl oproti téměř 84 % ve spárované vězeňské skupině. Ve výzkumu Guma-Uriel et al. (2016) vykazovalo možnou poruchu osobnosti 65 % pacientů s fibromyalgií, což není nemoc, která by byla primárně spojena s vážnými duševními poruchami, proto jsem si tyto pacienty dovolila přirovnat kontrolní populaci, což je taky velmi vysoký výsledek. IPDE-SQ tedy výrazně nadhodnocuje. Zajímavé je, že zatímco 84 % podezření na poruchu osobnosti ve vězeňské populaci se přece jen trochu blíží reálným číslům uváděným kolem 65 % prevalence poruch osobnosti ve vězeňské populaci, v běžné populaci dělá prevalence poruch osobnosti kolem 10 % (Ekselius, et al., 2001; Gawda, & Czubak, 2017; Praško, 2003). Což mě vede k myšlence, že prevalence mezi oběma skupinami může být podobnější, než si myslíme, ale jedinci s poruchou osobnosti z běžné populace si jsou více vědomi nepřiměřenosti svých strategií a během svého života si zvládli vyvinout mechanismy, které jim umožňují žít relativně nenápadný život, zatímco jedinci z vězeňské populace očividně ne. Také se můžeme domnívat, že IPDE-SQ identifikuje pouze problematické rysy, které odpovídají poruchám osobnosti a tyto rysy jsou zastoupeny stejně v celé populaci a tyto rysy u běžné populace nenabývají maladaptivního charakteru.

Žádný rozdíl totiž nebyl nalezen ani v osobnostním profilu PSSI mezi vězeňskou a kontrolní skupinou. Toto by mohlo naznačovat, že poruchy osobnosti jsou svou povahou kvalitativně odlišné a zvláštní kategorie a ne maladaptivní formy běžných osobnostních rysů, jak jsem se já a někteří autoři domnívali (např. Ullrich, & Maneros, 2004), a proto tento dotazník mezi dvěma skupinami nediferencuje. Když se ale podíváme do norem

k PSSI, zjistíme, že kontrolní soubor skóroval vysoko nad normou (kolem 70. percentilu na všech škálách). Také patologičtí hráči, u nichž je prevalence poruch osobnosti taky vyšší než u běžné populace, skórují na všech škálách PSSI minimálně o jednu směrodatnou odchylku více (Maireová, & Charvát, 2015). Zdá se tedy nakonec, že jsem měla speciálně nereprezentativní vzorek kontrolní populace.

Životní smysluplnost je téma, které se otevře, když člověk vstupem do vězení musí změnit radikálně svůj životní styl, přijde o svobodu pohybu, svobodu společenského kontaktu, svobodu činnosti apod. Podle Vanhooren et al. (2016) dokonce polovina odsouzených nezažila nikdy pocit životního smyslu, proto jsme očekávali, že schopnost k existenci bude nižší u vězeňské populace oproti kontrolní populaci, což se však nepotvrdilo. Obě skupiny vykazovaly průměrné hodnoty odpovídající normě, což odporuje zjištěním rakouské autorky Weghauptové (1998), v jejímž výzkumu průměrný skór v ESK u vězeňské populace odpovídal podprůměrným hodnotám (165,8 b). Průměrný dosažený skór vězeňské populace činil 204,22 bodů a v kontrolní skupině to bylo 198,97 bodů. Vězeňská populace tedy dosáhla dokonce vyššího průměrného skóru, i když samozřejmě nemůžeme díky nesignifikantnímu rozdílu vědět, zda se nejednalo pouze o náhodu. Längle et al. (2003) zjistili u běžné populace průměrnou hodnotu 222,23 b, u ruské populace to bylo 190,44 b (Maynina, & Vasanov, 2011). Podle existenciálně-analytické teorie nemoc, ať už duševní nebo tělesná, nevypovídá o duchovních schopnostech. Podle této teorie i bulimičky nebo jedinci závislí na alkoholu mohou dosahovat relativně vysokých hodnot na některých subškálách ESK. Předpokládá se ale, že nízké skóry v ESK budou poukazovat i na nějakou nemoc. Zaujalo mně ale srovnání této zredukované vězeňské populace s původní vězeňskou populací. Původní vězeňská skupina totiž skóruje průměrně o deset bodů méně (194,22 b). Protože tato skupina byla zredukována především o odsouzené, kteří dosáhli pouze základního vzdělání, nabízí se otázka, zda schopnost k existenci souvisí s dosaženým vzděláním. Jiné výzkumy, které by zjišťovali smysl života pomocí ESK ve vězeňské populaci, nebyly nalezeny. Byly využity ale jiné metody. Ve výzkumu Black a Gregson (1973) a Reker (1977) byl nalezen rozdíl ve smyslu života mezi odsouzenými a kontrolní populací měřený PIL.

Na závěr diskuze můžeme na základě dosažených výsledků konstatovat, že deprese, poruchy osobnosti i schopnost k existenci jsou faktory, kterým je třeba u vězeňské populace věnovat pozornost.

16. OMEZENÍ VÝZKUMU A DOPORUČENÍ K DALŠÍM VÝZKUMŮM

Žádný výzkum není dokonalý a i v tomto musíme přihlížet k výsledkům s ohledem na určitá omezení.

Základním omezením je, že jsme použili sebesuzovací dotazníky, které nejsou metodou první volby, pokud se jedná o diagnostiku deprese a už vůbec ne poruch osobnosti. Není příliš obvyklé, aby se používal dotazník IPDE bez semistrukturovaného rozhovoru, který k němu patří, nicméně jsme našli i mnoho takových výzkumů a s ohledem na toto omezení se vyjadřujeme k existenci poruchy osobnosti u jedince velmi opatrně a jsme si vědomi toho, že jsme dotazníkem zjistili jenom některé problematické rysy, které mohou na možnou přítomnost poruchy osobnosti ukazovat. To samé platí o dotazníku PSSI, který také neslouží primárně k diagnostice poruch osobnosti, nicméně vysoké skóry v dotazníku poukazují na problematické osobnostní styly, které mohou na přítomnost poruchy osobnosti poukazovat.

Když se znovu vrátím k omezení sebesuzovacích dotazníků, musíme si připomenout, že validita sebesuzovacích dotazníků leží na předpokladu, že jedinci, kteří takový dotazník vyplňují, mají určitou míru schopnosti náhledu na sebe, introspekce, verbálního porozumění a že nebudou lhát. Vzhledem k tomu, že jsme je předkládali vězeňské populaci, která je spíše nižšího vzdělání a mívá sklony zkreslovat odpovědi, ať už za účelem získání pozornosti nebo že se prostě nudí, a taktéž kvůli vysoké prevalenci poruch osobnosti a jiné osobnostní patologie si nemůžeme být jistí jejich schopností náhledu na sebe (Praško, 2003), musíme i toto při interpretaci výsledků zohlednit. Tato omezení platí samozřejmě i pro běžnou populaci, u které může navíc hrozit větší riziko sociální desirability, předpokládám totiž, že běžná populace na rozdíl od vězeňské v psychologickém dotazníku naopak upoutat pozornost nechce. Mohu naštěstí konstatovat, že v žádném z dotazníků se neobjevily časté extrémní odlehle výsledné hodnoty, proto si dovolím předpokládat, že se většina mých respondentů snažila vyplnit dotazníky co nejpoctivěji. Což souvisí pravděpodobně s tím, že účast na výzkumu byla dobrovolná a bez nároku na odměnu, tedy se výzkumu zúčastnili pravděpodobně spíše odsouzení, kteří měli zájem si nějak zpestřit pobyt ve vězení, možná dokonce opravdu chtěli pomoci studentce nebo přispět vědě – byli to teda jedinci, kteří mezi svými spolu odsouzenými

patřili spíše mezi ty socializovanější, s menším výskytem psychopatologie. Přesto motivem mohlo být i očekávání nějakého zisku, navzdory tomu, že jim bylo sděleno, že se nedočkají žádného. Jedinci s těžkou depresí nebo výraznou disociální poruchou osobnosti by mi dotazník určitě nevyplnili, proto je dalším omezením tohoto výzkumu nereprezentativnost vězeňské populace. Nereprezentativnost vzorku platí i pro kontrolní populaci, která byla získána také příležitostným výběrem.

Poruchy osobnosti nebo obecně osobnostní rysy bývají považovány za spíše neměnný, dlouhodobý stav, zatímco depresivita může během života více kolísat. Proto nemůžeme vědět, zda odsouzení jedinci trpěli vyšší mírou deprese již před jejich nástupem do výkonu trestu, nebo se deprese dostavila až jako následek uvěznění. Toto není pro tento výzkum důležité. V této práci jsem se snažila poukázat na to, že přestože vězeňská populace trpí více psychickými potížemi (nezáleží, jak k nim přišla), nedostává se jim patřičné psychologické intervence a s těmito psychickými problémy je potom z vězení propuštěn a společnost se pak diví, že pokračují v zaběhnutém kriminálním životním stylu.

Omezení spočívá i v samotných dotaznících. Přestože se jedná o standardizované dotazníky, nezdá se mi znění některých otázek. Jako příklad mohu uvést tvrzení z dotazníku IPDE: „Obvykle se raduji ze života a užívám si ho“. Tato otázka má poukazovat na schizoidní poruchu osobnosti. Rozumím tomu, co tím autor sleduje, ale takhle otázka opravdu žádnou patologii neukazuje. Výsledkem je extrémní počet lidí, kteří v tomto výzkumu splňovali kritéria pro podezření na schizoidní poruchu osobnosti. V dotazníku PSSI mě zase zarazilo tvrzení: „Někdy se cítím rozháraný“. Slovo rozháraný mi přijde opravdu nešťastné a sama jsem se musela zamyslet, co tím autor myslel, abych to vysvětlila respondentům z vězeňské skupiny. Také jsem několikrát objevila dvojitý zápor, jak v IPDE-SQ, tak v ESK, což opět dělalo problém pochopit otázku mně, natož ostatním respondentům.

16.1 Návrhy k dalším výzkumům

Možné by bylo výzkum zopakovat na ženách, protože závěry tohoto výzkumu platí jenom pro mužskou vězeňskou populaci a jak víme, ženy trpí psychickými poruchami častěji než muži (James, & Glaze, 2006).

Ráda bych se také jednou věnovala psychoterapii vězňů a zjistila pak, jestli intenzivní psychoterapie povede k natolik významným osobnostním změnám, že upustí kriminální kariéru a začlení se do společnosti. To je ale složité téma, protože mj. musíme při něm

zohlednit, že v současné době není ve věznicích na intenzivní individuální psychoterapii čas a ani zájem vězňů o ni není, převážně z důvodu obav společenské stigmatizace a toho, že by mohli být ostatními spoluvězni považováni za „práskače“. Taky je dost rozšířený názor, že my psychologové jim nemáme co dát, neboť nevíme o jejich životě nic, protože jsme se narodili „v růžových peřinkách“.²³

Na závěr nemohu nechat bez poznámky, že jsem si všimla, že rozptyl zjištěné prevalence poruch osobnosti je výzkum od výzkumu velmi široký a chtělo to tedy na tomto poli sjednotit diagnostiku.

²³ Tento názor vychází z autorčiných zkušeností a rozhovorů s některými bývalými nebo současnými vězni.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat některé faktory, které se mohou uplatňovat při společenské adjustaci mužské vězeňské populace. Těmi faktory jsou deprese, poruchy osobnosti a schopnost k existenci. Mezi prvotrestanými a vícetrestanými nebyl nalezen žádný rozdíl ve zkoumaných proměnných. Výsledky však ukázaly, že deprese souvisí pozitivně s podezřením na paranoidní, emočně nestabilní, vyhýbavou a závislou poruchu osobnosti, jak podle IPDE-SQ, tak podle PSSI. Souvislost deprese a podezřením na histriónskou poruchu osobnosti se prokázala pouze v IPDE-SQ, nikoliv v PSSI. V PSSI byl potvrzen vztah mezi depresí a pasivně-agresivním stylem osobnosti (tato škála v IPDE není). Byl prokázán negativní vztah mezi depresí a schopností k existenci, což potvrzuje dřívější poznatky, že prožívání životního smyslu je důležitým aspektem duševního zdraví. Tento fakt potvrzuje i další zjištění tohoto výzkumu, a to, že míra schopnosti k existenci byla vyšší u jedinců bez podezření na poruchu osobnosti. Výsledky také ukázaly, že mezi vězeňskou a kontrolní populací je signifikantní rozdíl v míře prožívaných depresivních subjektivních příznaků. V počtu podezření na poruchu osobnosti se však vězeňská od kontrolní populace neliší. Počet jedinců s podezřením na poruchu osobnosti je v obou skupinách velmi vysoký (V = 84 %; K = 77 %) kvůli vysoké senzitivitě dotazníku IPDE. Kontrolní skupina se však nelišila od vězeňské skupiny ani v profilu PSSI a když jsme porovnali jejich hodnoty s normou, zjistili jsme, že průměrné hodnoty na všech škálách obou skupin, tedy i kontrolní jsou vysoko nad průměrem. Výsledky dotazníku IPDE jsou konzistentní s výsledky PSSI, jednalo se tedy zřejmě v případě kontrolní skupiny o zkreslení způsobené nereprezentativním vzorkem. Míra schopnosti k existenci se mezi vězeňskou a kontrolní skupinou nelišila a jednalo se obecně o průměrné hodnoty, což mě vede k závěru, že schopnost k existenci není pravděpodobně tolik důležitým faktorem, který by rozhodoval o kriminální kariéře jedince.

Závěrem této diplomové práce je, že vězeňská populace trpí zvýšeně depresivními potížemi a vykazuje zvýšeně rysy poruch osobnosti, avšak schopnost k existenci se zdá být v normě stejně jako u kontrolní populace. Schopnost k existenci by však mohla hrát roli v terapii jedinců s poruchou osobnosti.

SOUHRN

V teoretické části práce jsme nejprve popsali téma deprese, specifických poruch osobnosti, jejich charakteristiku, příznaky, klasifikaci, prevalenci, možnosti léčby. Dále jsme se věnovali tématu schopnosti k existenci, což je konstrukt, se kterým přišel Längle (2003), následovník V. E. Frankla a zakladatel existenciální analýzy. Zvláště jsme se pak snažili popsat tyto témata v kontextu vězeňského prostředí.

Samotný výzkum byl kvantitativního rázu a k měření byly použity čtyři standardizované dotazníky: Beckova škála depresivity pro dospělé (BDI-II), dotazník k Mezinárodnímu rozhovoru pro poruchy osobnosti (IPDE-SQ), Inventář stylů a poruch osobnosti (PSSI) a Existenciální škála pro dospělé (ESK). Z dotazníku PSSI byly pro statistickou analýzu ponechány jenom ty škály, které odpovídají některé ze specifických poruch osobnosti podle MKN-10 (zůstalo 10/14 škál). Výzkum měl dvě části: v první části byl výzkumný soubor složen ze 134 mužů ve výkonu trestu a výzkum byl zaměřen na zjištění vztahů mezi proměnnými u této mužské vězeňské populace, v druhé části došlo ke srovnání zkoumaných proměnných mezi vězeňskou a kontrolní populací, přičemž z důvodu eliminace intervenujících proměnných došlo ke spárování podle vzdělání a věku, čímž došlo k redukci původního vězeňského souboru na 60 mužů, kteří byli spárováni s 60 muži z kontrolní populace. Výzkumný soubor byl získán nenáhodným příležitostným výběrem. Respondenti z vězeňské populace byli získáni prostřednictvím oslovení věznic po celé ČR, z nichž se čtyřmi se podařilo navázat spolupráci. Pro získání kontrolního souboru byly osloveny některé pracovní organizace a osoby v autorčině okolí. Před samotnými statistickými analýzami byla ověřena normalita data prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu a homogenita rozptylů byla ověřena Leveneovým testem. Kde nedošlo k potvrzení některého z předpokladů použití parametrické statistiky, byly použity neparametrické metody. Vězeňskému výzkumu se v ČR věnuje jen velmi málo odborníků, přestože jeho objekty zájmu poutají naši pozornost v televizi a na novinových stránkách každý den. Myslím si tedy, že je jim třeba věnovat větší dávku naší pozornosti, než se jim aktuálně dostává.

Deprese a specifické poruchy osobnosti jsou totiž duševní onemocnění s vysokou prevalencí a komorbiditou, zvláště právě ve vězeňské populaci oproti populaci běžné (viz např. Casey et al., 2004; Cloyes et al., 2010). Toto se potvrdilo i v našem výzkumu, kde

za použití Spearmanových korelací byla nalezena souvislost deprese s podezřením na paranoidní ($p < 0,05$), emočně-nestabilní ($p < 0,001$) závislou ($p < 0,05$) a vyhýbavou ($p < 0,001$) poruchou osobnosti, a to jak dotazníkem IPDE, tak dotazníkem PSSI. Nejasná se ukázala souvislost deprese s podezřením na histriónskou poruchu osobnosti, jež byla prokázána pomocí IPDE ($p < 0,001$), ale pomocí PSSI nikoliv. Souvislost deprese byla nalezena dále s pasivně-agresivním stylem osobnosti podle PSSI ($p < 0,001$), v IPDE tato škála není, nelze tedy srovnat. Mezi depresí a podezřením na disociální, schizoidní a narcistickou poruchu osobnosti nalezen nebyl. Tato zjištění převážně korespondují se zjištěními ostatních autorů (viz diskuze).

Prostřednictvím Spearmanovy korelace byla také ověřena souvislost mezi depresí a schopností k existenci, jejichž negativní vztah byl potvrzen ($p < 0,001$). I toto zjištění je v souladu s předchozí teorií a výzkumy (např. Längle et al., 2003). Zjistili jsme také, na základě Mann-Whitneyova U testu, že jedinci, kteří vykazují podezření na některou z poruch osobnosti, vykazují menší míru schopnosti k existenci ($p < 0,001$), a to je téma, kterému se zatím dle autorčina vědomí moc autorů nevěnuje, přitom se na základě výsledků zdá, že by otevření téma existence v terapii mohlo být pro jedince trpící poruchou osobnosti přínosem. Na základě míry účinku ($AUC = 0,26$) můžeme říct, že je 74% šance, že odsouzený jedinec s podezřením na poruchu osobnosti bude mít nižší skóre ve schopnosti k existenci než odsouzený jedinec, který podezření na poruchu osobnosti nevykazuje. Hodges-Lehmanův estimátor ukázal, že se skóre mezi odsouzenými jedinci, kteří vykazují podezření na poruchu osobnosti a těmi, kteří ne, liší o 28 bodů.

Zaměřila jsem se taky na zjištění rozdílů mezi prvotrestanými a vícetrestanými. Mezi odsouzenými, kteří byli ve výkonu trestu poprvé, a mezi recidivisty nebyl shledán žádný signifikantní rozdíl ve sledovaných proměnných. Moc autorů tuto proměnnou ve svých výzkumech na vězeňské populaci nezohledňuje, přesto podle některých autorů (např. Boothby, & Durhman, 1999) můžeme předpokládat, že prvotrestaní trpí depresí více než vícetrestaní z důvodu radikální změny životního stylu a omezení, které nástup do výkonu trestu přináší. Taktéž podle mnoha autorů je přítomnost poruchy osobnosti významným prediktorem budoucí recidivy (např. Pluck et al., 2012). Protože ale nevíme, jestli prvotrestaní jedinci v našem výzkumu se nedostali do vězení, protože porušili třeba podmínku, tedy by byli již recidivisty ve smyslu opakovaného spáchání trestného činu, nemůžeme zatím dojít k žádnému závěru ohledně této problematiky. Také životní smysluplnost je podle omezených zjištění za použití jiných metod nižší u několikanásobně

trestaných (Black, & Gregson, 1973), v tomto výzkumu se to za použití Existenciální škály nepotvrdilo, což může být tím, že Existenciální škála si nedává za cíl měřit existenci životního smyslu, ale schopnost k existenci, tedy jak člověk zvládá životní smysl naplňovat (Balcar, 2001). Vzhledem k tomu, že obě skupiny jsou ve vězení, takže dle mého pohledu smysluplný život moc nevedou, počet uvěznění už zřejmě nehraje roli.

Ve druhé části výzkumné části jsme srovnávali zkoumané proměnné mezi vězeňskou a kontrolní populací. Prostřednictvím Mann-Whitneyova U testu jsme zjistili, že vězeňská populace trpí depresí více než kontrolní ($p < 0,001$), což je v souladu s předchozími zjištěními. Na základě míry účinku ($AUC = 0,28$) můžeme říct, že je 72% šance, že člověk z vězeňské populace bude mít vyšší míru deprese než člověk z běžné populace. Hodges-Lehmanův estimátor ukázal, že se skóry v BDI-II těchto dvou skupin liší o 6 b.

Na základě testu nezávislosti chí kvadrát jsme neshledali signifikantní rozdíl v počtu respondentů, kteří by vykazovali podezření na poruchu osobnosti mezi vězeňskou a kontrolní populací, a to ani v profilu PSSI, ve kterém můžeme vidět, že průměr kontrolní populace byl vyšší oproti normě, jednalo se tedy zřejmě o chybu nereprezentativnosti kontrolní populace. Prostřednictvím t-testu pro dva nezávislé výběry nebyl shledán ani rozdíl ve schopnosti k existenci, kde vězeňská populace skórovala poměrně vysoko oproti zjištěním jiných autorů (Weghauptová, 1998, in Balcar, 2001). Obě skupiny vykazovaly podle norem průměrné hodnoty.

Cílem tohoto výzkumu byla snaha o vhléd do psychického prožívání vězeňské populace a identifikace faktorů, které mohou bránit úspěšnému začlenění se do společnosti, což by mohlo přispět ke zlepšení psychologické péče ve věznicích. Deprese, poruchy osobnosti i schopnost k existenci jsou faktory, kterým je třeba u vězeňské populace věnovat pozornost. Nakonec mohu jen spolu s mnoha jinými odborníky zabývající se penitenciární psychologií napsat, že doufám, že mé poznatky pomohou přispět k lepšímu systému psychologické penitenciární péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Alhooei, F. L., Rezaei, O., & Dolatshahi, B. (2016). Evaluating the Comorbidity of Major Depressive Disorder and Personality Disorder in 18-60 Year Old Women Referring to Outpatient Clinics. *Turkish Journal of Psychology*, 31(77), 15-24.
- 2) Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validity of the International Personality Disorder Examination (IPDE) Questionnaire on a Sample of Prison Inmates. *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, 10, 35-40.
- 3) Anckarsäter, H., Radovic, S., Svennerlind, Ch., Höglund, P., Radovic, F. (2009). Mental disorder is cause of crime: The cornerstone of forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 342-347.
- 4) Balcar, K. (2001). *ESK – Existenciální škála*. Praha: Testcentrum.
- 5) Ball, L., Tully, R. J., & Egan, V. (2017). The SAPAS, Personality Traits, and Personality Disorder. *Journal Of Personality Disorders*, 31(3), 385-398. doi:10.1521/pedi_2016_30_259
- 6) Ball, L., Tully, R. J., & Egan, V. (2017). The SAPAS, Personality trans and personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 31(3), 385-398.
- 7) Baron-Cohen, S. (2014). *Věda zla*. Brno: Emitos.
- 8) Black, W., & Gregson, R. (1973). Time perspective, purpose in life, extraversion and neuroticism in New Zealand prisoners. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 12, 50-60.
- 9) Blatný, M., Millová, K., Jelínek, M., Osecká, T. (2010). Životní smysluplnost: osobnostní souvislosti a antecedenty. *Československá psychologie*, 54(3), 225-234.
- 10) Bernard, P., Ninot, G., Woullec, G., Guillaume, S., Courtet, P., Quantin X. (2013) Smoking Cessation, Depression, and Exercise: Empirical Evidence, Clinical Needs, and Mechanism. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1635-1650.
- 11) Berzins, L. G., & Trestman, R. L. (2004). The development and Implementation of Dialectical Behavior Therapy in Forensic Settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 93-103.
- 12) Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentoly disorder offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.

- 13) Boothby, J. L., & Durham, T. W. (1999). Screening fo depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 107-124.
- 14) Brazao, N., da Motta, C., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The prevalence of personality disorders in Portugese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment. *Analise Psicologica*, 3, 279-290.
- 15) Brouwers, A., & Tomic, W. (2012). Factorial Structure of the Existence Scale. *Journal of Articles in Support of the Null Hypothesis*, 8(2), 1539 – 8714.
- 16) Bukh, J. D., & Kessing, L. V. (2017). Diagnostic stability of comorbid personality disorders among patients fully or partially remitted drom first episode depression: A 5 year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 208-220.
- 17) Casey P., Birbeck G., McDonagh C., Horgan A., Dowrick C., Dalgard O., Lethinen V., Ayuso-Mateos J. L., Dunn G., Page H., Wilkinson C., Wilkinson G., Vazquez-Barquero J. L. (2004). Personality disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. *Journal of Affective Disorders*, 82, 277-83.
- 18) Chu, Ch. M., & Ward, T. (2015). The Good Lives Model of Offender Rehabilitation: Working Positively with Sexual Offenders. In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive criminology: The good can overcome the bad* (pp. 140-161). Abingdon, UK: Routledge.
- 19) Cinerová, B. (2012). *Význam smysluplnosti v životě dospělého jedince s hraniční poruchou osobnosti*. Diplomová práce. Praha: Filozofická fakulta.
- 20) Cloyes K. G., Wong, B., Latimer, S., & Abarca, J. (2010). Time to prison return for offenders with serious mental illness released from prison. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (2), 175-187.
- 21) Cohen. J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- 22) Corruble, E., Ginestet, D., & Guelfi, J. D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression:a review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 157-170.
- 23) Corruble, E., Duret, C., Pellisollo, A., Falissard, B., & Guelfi, J. D. (2002). Early and delayed personality changes associated with depression recovery? A one year follow up study. *Psychiatry research*, 109, 17-25.
- 24) Crea, G. (2016). Purpose in life correlates negatively with personality disorder scores in an Italian sample. *International Forum For Logotherapy*, 39(1), 56-63.

- 25) De Ruiter, C., & Trestman, R. L. (2007). Prevalence and Treatment of Personality Disorders in Dutch Forensic Mental Health Services. *Journal of American Academic Psychiatric Law*, 35, 92-97.
- 26) Da Silva, A. T. C., & Menezes, P. R. (2015). Depression and violent crime: is there a relationship? *BMJ Publishing Group*. Doi: 10.1136/eb-2015-102104
- 27) 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
- 28) Fava, M., Farabaugh, F. M., Sickinger, A. H., Wrigt, E., Alpert, J. E., Sonawalla, S., Nierenberg, A. A., Worthington, J. J. (2002). Personality disorders and depression. *Psychological Medicine*, 32(6), 1049-1057.
- 29) Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- 30) Fischer, S., Raboch, J., Žukov, I. (2008). Analýza struktury hodnot a potřeb odsouzených v průběhu uvěznění. *Československá psychologie*, 52(4), 388-396.
- 31) 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
- 32) Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
- 33) Gumá-Uriel, L., Peñarrubia-María, M. T., Cerdá-Lafont, M., Cunnilera-Puertolas, O., Almeda-Ortega, J., Fernandez-Vergel, R., Garcia-Campayo, J., Luciano, J. V. (2016). Impact of IPDE-SQ personality disorders on the healthcare and societal costs of fibromyalgia patients: a cross sectional study. *BMC Family Practice*, 17, 1-10. Doi: 10.1186/s12875-016-0464-5
- 34) Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, M. C., Sanislov, Ch. A., Yen, S., Daversa, M. T., & Bender, D. S. (2004). *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1049-1056.
- 35) Hajdúk, M., Heretik jr., A., & Heretik sr., A. (2016). Temperament, charakter a poruchy osobnosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(1), 24-30.
- 36) Halama, P. (2010). Existenciálne a spirituálne koreláty mentálneho zdravia u bežnej populácie a psychiatrických pacientov. *Československá psychologie*, 54(1), 42-57.

- 37) Hassan, L., Birmingham, L., Harty, M. A., Jarret, M., Jones, P., King, C., Lathlean, J., Lowthian, J., Mills, A., Senior, J., Thornicroft, G., Webb, R., & Shaw, J. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, *198*, 37-42. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.080333
- 38) Hertler, S. Ch. (2014). A Review and Critique of Obsessive-Compulsive Personality Disorder Etiologies. *Europe's Journal of Psychology*, *10*(1), 168-184. Doi: 10.5964/Ezop.v10i1.679
- 39) Hewitt, C. E., Perry, A. E., Adams, B., Gilbody, S. M. (2011). Screening and case finding for depression in offender population: A systematic review of psychometric properties. *Journal of Affective disorders*, *128*, 72-82.
- 40) Hiscoke, U. L., Langström, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: A prospective study. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 293-305.
- 41) Hodgins, S., & Côté, G. (1993). Major Mental Disorder and Antisocial Personality Disorder: A Criminal Combination. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, *21*(2), 155-160.
- 42) Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2013). Screening for personality disorder among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, *34*, 173-186.
- 43) James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental Health Problems of Prisons and Jails Inmates. *Bureau of Justice Statistics*, 1-11.
- 44) Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2005). Personality disorder traits with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry research*, *136*, 113-121.
- 45) Jylha, P., Rosenstrom, T., Mantere, O., Suominen, K., Melartin, T., Vuorilehto, M., Holma, M., Riihimäki, K., Oquendo, M. A., Keltikangas-Järvinen, L., & Isometsä, E. T. (2016). Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of affective disorders*, *190*, 632-639.
- 46) Kang, T., Loudon, J. E., Ricks, E. P., Jones, R. L. (2015). Aggression, Substance Use Disorder, and Presence of Prior Suicide Attempt Among Juvenile Offenders With Subclinical Depression. *Law and Human Behavior*, *39*(6), 593-601.
- 47) Katolická, A. (2008). *Problematika péče o psychicky nemocné v zařízení vězeňské služby*. Univerzita Pardubice, filozofická fakulta. Magisterská diplomová práce.

- 48) Knoll, J. L. (2009) Discussing the Meaning of Life with a „Lifer“. *Psychiatric times*, 26(9). Získáno z <http://www.psychiatrictimes.com/forensic-psychiatry/discussing-meaning-life-lifer>
- 49) Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I. J., de Jonghe, F., & Puite, B. (2003). Changes in Personality Pathology after Pharmacotherapy and Combined Therapy for Depressed Patients. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 60-72.
- 50) Koukolík, F. (2007). Proč se Dostojevskij mýlil. Praha: Galén.
- 51) Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. 5. Vyd. Praha: Portál.
- 52) Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada.
- 53) Laajasalo, T., Ylpeka, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2013). Homicidal behavior among people with avoidant, dependent and obsessive-compulsive (cluster C) disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28, 18-29. Doi: 10.1002/cbm.1844
- 54) Lamontagne, Y., Boyer, R., Héту, C., Lacerte-Lamontagne, C. (2000). Anxiety, Significant Losses, Depression, and Irrational Beliefs in First-Offence Shoplifters. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 63-66.
- 55) Langström, N., Sjöstedt, G., Grann, M. (2004). Psychiatric Disorders and Recidivism in Sexual Offenders. *A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 139-150.
- 56) Langton, C. M., Hoque, T. E., Daffern, M., Mannion, A., Howells, K. (2011). Personality traits as predictors of inpatient aggression in a high-security forensic psychiatric setting: prospective evaluation of the PCL-R and IPDE dimension ratings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(3), 392-415. Doi: 10.1177/0306624X10370828
- 57) Längle, A., Orgler, Ch., & Kundi, M. (2003). The Existence Scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. *European Psychotherapy*, 4(1), 135-151.
- 58) Longato-Stadler, E., von Knorring, L., & Hallman, J. (2002). Mental and personality disorders as well as personality traits in Swedish male criminal population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 137-144.

- 59) Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., & ... et., a. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 51(3), 215-224.
- 60) Maierová, E. (2014). *Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů*. Dizertační práce. Olomouc: Filozofická fakulta.
- 61) Maierová, E., & Charvát, M. (2015). Léčení patologičtí hráči z pohledu inventáře stylů a poruch osobnosti. *Adiktologie*, 15(4), 342-352.
- 62) Marco, J. H., Perez, S., García-Alandete, J., & Moliner, R. (2017). Meaning in Life in People with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 162-170. Doi: 10.1002/cpp.1991
- 63) Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential Meaning's Role in the Enhancement of Hope and Prevention of Depressive Symptoms. *Journal of Personality*, 73(4), 985-1013. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x
- 64) Maynina, I., & Vasanov, A. (2011). Standardization of the Existence Scale to the Russian Sample. *Existenzanalyse*, 28(1), 88-93.
- 65) *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize* (2008). 2. vyd. Praha: Bomton Agency.
- 66) Mihai, C., Chirita, R., Robu, V., Untu, I., & Szalontay, A. S. (2017). Predicting Suicide Risk among Male Offenders: The Role of Severe Personality Disorder. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 57, 28-50.
- 67) Moomal, Z. (1999). The Relationship between Meaning in life and Mental Well-being. *South African Journal of Psychology*, 29(1).
- 68) Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- 69) Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries and Risk Factors in 1990*. Harvard School of Public Health on behalf of the World Bank. Boston Mass.
- 70) Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.

- 71) Palmer, E. J., & Binks C. (2008). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II with incarcerated male offenders aged 18-21 years. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 232-242.
- 72) Pavlát, J. (2003). K posuzování možnosti resocializace pachatelů násilné trestné činnosti. *Československá psychologie*, 47(2), 173-178.
- 73) Pavlovský, P. a kol. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada.
- 74) Piñeiro, B. Fernandez del Rio, E., Lopez-Duran, A., Martínez, U., & Becoña, E. (2013). The association between probable personality disorders and smoking cessation and maintance. *Addictive Behaviors*, 38, 2369-2373.
- 75) Pluck, G., Sirdifield, C, Brooker, C., & Moran, P. (2012). Screening for personality disorder in probationers: Validation of the Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS). *Personality and Mental Health*, 6, 61-68. Doi: 10.1002/pmh.177
- 76) Polišínská, V. A. (2009). Popis osobnosti pachatele trestného činu vloupání dle Cloningerova dotazníku temperamentu a charakteru. *Československá psychologie*, 53(6), 545-555.
- 77) Polišínská, V. A., Borovanská, M., Koubalíková, S., & Bláhová, T. (2016). Psychologické aspekty reintegrace a resocializace pachatelů do společnosti. *Československá psychologie*, 60, 400-413.
- 78) Pondé, M., Caron, J., Mendonca, M. S. S., Freire, A. C. C., & Moreau, N. (2014). The Relationship Between Mental Disorders and Type of Crime in Inmates in a Brazilian Prison. *Journal of Forensic Sciences*, 59, 1307-1314.
- 79) Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- 80) Praško, J., Kosová, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). Léčba poruch osobnosti I. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 25-29.
- 81) Praško, J., Brunovský, M., Závěšická, L., & Doubek, P. (2008). Sezónní afektivní porucha a léčba jasným světlem. *Psychiatrie pro praxi*, 9(2), 72-76.
- 82) Praško, J., Mainerová, B., Jelenová, D., Kamarádová, D., & Sigmundová, Z. (2012). Existential perspectives and cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 54(1), 3-14.
- 83) Preiss, M., Rothanzlová, S., & Krámská, L. (2006). *IPDE Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti*. Brno: Psychodignostika.

- 84) Preiss, M., Vacíř, K. (1999). BDI-II. *Beckova sebesuzovací škála pro dospělé*. Brno: psychodiagnostika.
- 85) 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.
- 86) Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- 87) Raboch, J., & Pavlovský, P., a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 88) Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 89) Rasmussen, K., Storaeter, O., & Levander, S. (1999). Personality disorders, Psychopathy, and Crime in Norwegian Prison Population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 91-97.
- 90) Reker, G. T. (1977). The Purpose-in-Life Test in an Inmate Population: An Empirical Investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 683-693.
- 91) Ritter, D., Pesch, M., Lewitzka, U., & Jabs, B. (2016). [Suicidal ideation of prisoners : Influence of duration of imprisonment, personality traits and disorders]. *Der Nervenarzt*, 87(5), 496-505. doi:10.1007/s00115-016-0121-1
- 92) Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). Borderline personality disorder and age of onset in major depression. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 189-199.
- 93) Roubal, J. (2008). Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychologických směrů. *Československá psychologie*, 52(6), 615-624.
- 94) Sarkar, S., Patra, P., Mridha, K., Ghosh, S. K., Mukhopadhyay, Thakurta, R. G. (2016). Personality disorders and its associations with anxiety and depression among patients of severe acne: A cross-sectional study from Eastern India. *Indian Journal of Psychiatry*, 58, 378-382. Doi: 10.4103/0019-5545.196720
- 95) Sedláčková, Z. (2016). Deprese a poruchy osobnosti. Dizertační práce. Olomouc: Filozofická fakulta.
- 96) Sedláčková, Z., Praško, J., Sedláček, M., Ocisková, M., Látalová, K., Kamarádová, D. (2013). Komorbidita depresivní poruchy a poruchy osobnosti – účinnost léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*, 109(6), 275-281.
- 97) Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., O'Riley, A. A. (2008). Psychometric Properties of Beck Depression Inventory – II (BDI-II) Among Community – Dwelling Older Adults. *Behavior Modification*, 32(1), 3-20. Doi: 10.1177/0145445507303833

- 98) Séléšová, P., Bob, P., Kukla, L., & Ptáček, R. (2013). Historie konceptu narcismu z psychodynamické perspektivy. *Československá psychologie*, 57, 30-41.
- 99) Senol-Durak, E., & Gencoz, F. (2010) Factors associated with the symptoms of depression and anxiety among male Turkish prisoners: a life crisis and personal growth model perspective. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21.
- 100) Shea, M. T., Widiger, T. A., & Klein, M. H. (1992). Comorbidity of Personality Disorders and Depression Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 857-868.
- 101) Sjästad, H. N., Gråwe, R. W., & Egeland, J. (2012). Affective Disorders among Patients with Borderline Personality Disorder. *PLoS ONE*, 7(12), 1-7. Doi: 10.1371/journal.pone.0050930
- 102) Skodol, A. E., Grilo, M. C., Keyes, K., Geier, T., Grant, B. F., Hasin, D. S. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257-264. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050695
- 103) Slabý, M. (2015). *Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu*. Disertační práce. Olomouc: Filozofická fakulta UP.
- 104) Slade, K., & Forrester, A. (2013). Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early stage prison populations, with sub-type estimates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 207-212.
- 105) Stevenson, J., Haliburn, J., & Halovic, S. (2015). Trauma, personality disorders and chronic depression – the role of the conversational model of psychodynamic psychotherapy in treatment resistant depression. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1-21. Doi: 10.1080/02668734.2015.1107122
- 106) Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., Beck, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-128.
- 107) Steingrimsdottir, S., Sigurdsson, M. I., Gudmundsdottir, H., Aspelund, T., & Magnusson, A. (2015). Mental disorder, imprisonment and reduced life expectancy – A nationwide psychiatric inpatient cohort study. *Criminal behaviour and mental health*, 26, 6-17. Doi: 10.1002/cbm.1944
- 108) Švancara, J. (2002). *PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.

- 109) Ullrich, S., Borkenau, P., & Marneros, A. (2001). Personality disorders in offenders: Categorical versus dimensional approaches. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 442-449.
- 110) Unger, T., Hoffman, S., Köhler, S, Mackert, A., & Fydrich, T. (2012). Personality disorders and outcome of inpatient treatment for depression: a 1-year prospective follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 636-651.
- 111) Vanhooren, S., Leijssen, M., & Dezutter, J. (2016). Profiles of meaning and search for meaning among prisoners. *The Journal of Positive Psychology*, 1-12. Doi: 10.1080/17439760.2015.1137625
- 112) Versaevel, C., Martin, J. B., & Lajugie, C. (2017). Links between depressive disorders and dependent personality disorders: The important effect of locus of control. *L'Encephale*, 43(3), 217-222. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.014>
- 113) Vinkers, D. J., De Beuers, E., Barendregt, M., Rinne, T., & Hoek, H. W. (2011). The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 307-320.
- 114) Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172(6), 477-484. doi:10.1192/bjp.172.6.477
- 115) Wang, Y. P., Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 416-431.
- 116) Ward, T., & Brown, M (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime, & Law*, 10, 243-257. Doi: 10.1080/10683160410001662744
- 117) Weems, C. F., Russel, J. D., Neill, E. L., Berman, S. L., & Scott, B. G. (2016). Existential Anxiety Among Adolescents Exposed to Disaster: Linkages Among Level of Exposure, PTSD and Depression Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 466-473. Doi: 10.1002/jts.22128
- 118) Whisman, M. A., & Richardson, D. (2015). Normative Data on the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) in College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 898-907.

- 119) Whiteley, K. M., Bloom, T., & Friedmann, H. L. (2014). Criminal Justice and Its Many Injustices: Focus on Prison Psychology within the United States. In Johnson, Ch. V., & Friedmann, H. L. *The Praeger Handbook of Social Justice and Psychology*. California: ABC-CLIO.
- 120) Windle, M., & Miller, B. A. (1990). Problem Drinking and Depression Among DWI Offenders: A Three Wave Longitudinal Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 166-174.
- 121) Wolf., N. (2005). Community reintegration of prisoners with mental illness: A social investment perspective. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*, 43-58. Doi: 10.1016/j.ijlp.2004.12.003
- 122) Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, Y. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1911-1918.

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA IPDE PRO VĚZEŇSKOU POPULACI	53
TABULKA 2 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA PSSI PRO VĚZEŇSKOU POPULACI	54
TABULKA 3 HODNOTY ESK PRO VĚZEŇSKOU POPULACI.....	56
TABULKA 4 SPEARMANOVY KORELACE BDI-II S PORUCHAMI OSOBNOSTI PODLE IPDE (N = 134).....	59
TABULKA 5 SPEARMANOVY KORELACE MEZI BDI-II A VYBRANÝMI ŠKÁLAMI PSSI (N = 134)	61
TABULKA 6 VÝSLEDKY MANN-WHITNEYOVA U-TESTU PRO ZJIŠTĚNÍ ROZDÍLU VE SCHOPNOSTI EXISTENCI U ODSOUZENÝCH S A BEZ PODEZŘENÍ NA PORUCHU OSOBNOSTI	63
TABULKA 7 VÝSLEDKY MANN-WHITNEYOVA U TESTU PRO ZJIŠTĚNÍ MÍRY DEPRESE MEZI PRVO- A VÍCETRESTANÝMI	64
TABULKA 8 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT PRO ZJIŠTĚNÍ ROZDÍLU V POČTU RESPONDENTŮ S NEBO BEZ PODEZŘENÍ NA PORUCHU OSOBNOSTI MEZI PRVO- A VÍCETRESTANÝMI	64
TABULKA 9 VÝSLEDKY T-TESTU PRO DVA NEZÁVISLÉ VÝBĚRY PRO ROZDÍL V ESK MEZI PRVO- A VÍCETRESTANÝMI	65
TABULKA 10 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA IPDE PRO VĚZEŇSKOU A KONTROLNÍ SKUPINU	68
TABULKA 11 DESKRIPTIVNÍ CHARAKTERISTIKA PSSI U VĚZEŇSKÉ A KONTROLNÍ POPULACE	69
TABULKA 12 VÝSLEDKY MANN-WHITNEYOVA U TESTU PRO BDI-II - SROVNÁNÍ VĚZEŇSKÉ A KONTROLNÍ POPULACE	71
TABULKA 13 ČTYŘPOLNÍ TABULKA PRO ZJIŠTĚNÍ ČETNOSTÍ PODEZŘENÍ NA PORUCHU OSOBNOSTI VE VĚZEŇSKÉ A KONTROLNÍ POPULACI.....	72
TABULKA 14 T-TEST PRO DVA NEZÁVISLÉ VÝBĚRY KE SROVNÁNÍ SCHOPNOSTI K EXISTENCI MEZI VĚZEŇSKOU A KONTROLNÍ POPULACÍ	72

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 SLOŽENÍ VĚZEŇSKÉHO SOUBORU PODLE VZDĚLÁNÍ.....	50
GRAF 2 SLOŽENÍ SOUBORU PODLE TYPU VĚZNICE	51
GRAF 3 ROZLOŽENÍ CELKOVÉHO SKÓRU BDI-II PRO VĚZEŇSKOU POPULACI	52
GRAF 4 ROZDĚLENÍ VĚZEŇSKÉ POPULACE PODLE BDI-II.....	52
GRAF 5 ROZLOŽENÍ CELKOVÉHO SKÓRU ESK VE VĚZEŇSKÉ POPULACI	55
GRAF 6 SLOŽENÍ SOUBORU PODLE DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ PRO VÝZKUM - ČÁST B.....	66
GRAF 7 CELKOVÉ SKÓRY BDI-II PRO VĚZEŇSKOU A KONTROLNÍ POPULACI	67
GRAF 8 CELKOVÉ SKÓRY ESK PRO VĚZEŇSKOU A KONTROLNÍ POPULACI	70

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	1
PŘÍLOHA 2 CRONBACHOVO ALFA PRO VYBRANÉ ŠKÁLY PSSI	3
PŘÍLOHA 3 SPEARMANOVY KORELACE ESK S IPDE	4
PŘÍLOHA 4 HOTTELINGŮV TEST PRO SROVNÁNÍ PROFILU PSSI MEZI PRVOTRESTANÝMI (N = 65) A VÍCETRESTANÝMI (N = 69); DF = 132.....	5
PŘÍLOHA 5 HOTTELINGŮV TEST PRO SROVNÁNÍ VĚZEŇSKÉ (N = 60) A KONTROLNÍ (N= 60) POPULACE V PSSI (DF = 118)	6

Příloha 1 ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Deprese, poruchy osobnosti a schopnost k existenci u vězeňské populace

Autor práce: Bc. Lucie Nižníková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Sedláčková, PhD.

Počet stran a znaků: 95 (182 024)

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 122

Prevalence deprese a poruch osobnosti je mezi vězeňskou populací vysoká. V první části výzkumu je cílem empiricky ověřit tuto skutečnost a zjistit zda tyto proměnné souvisí s třetí zkoumanou proměnnou, kterou je schopnost k existenci. Ve druhé části výzkumu je cílem srovnat tyto charakteristiky mezi vězeňskou a kontrolní populací. Výzkumu se zúčastnilo 134 mužů z vězeňské populace a 60 mužů z kontrolní populace. Metodou získávání daty byly čtyři dotazníky: Beckova škála depresivity pro dospělé, Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti – dotazník, Inventář stylů a poruch osobnosti a Existenciální škála pro dospělé. Výsledky výzkumu ukázaly, že deprese souvisí s podezřením na paranoidní, emočně nestabilní, závislou, vyhýbavou a pasivně-agresivní poruchu osobnosti a také souvisí se schopností k existenci. Prostřednictvím Mann-Whitneyova U testu jsme zjistili, že schopnost k existenci je vyšší u těch jedinců, kteří nevykazují podezření na poruchu osobnosti. Stejný test prokázal vyšší míru depresivních příznaků u vězeňské populace oproti kontrolní populaci.

Klíčová slova: deprese, poruchy osobnosti, Existenciální škála, vězeňská populace

ABSTRACT OF THESIS

Title: Depression, personality disorders and personal competencies for existence in prison population

Author: Bc. Lucie Nižníková

Supervisor: Mgr. Zuzana Sedláčková, PhD.

Number of pages and characters: 95 (182 024)

Number of appendices: 5

Number of references: 122

Prevalence of depression and personality disorders is quite high in prison population. First aim of the research is to empirically verify this and find out if those variables are related to personal competencies for existence. In second part of the research we compare these characteristics among prison and control group. 134 men from prison population and 60 men from control group took a part in this research. There were used four standardised questionnaires: Beck Depression Inventory, International Personality Disorders Examination – questionnaire, Personality Style and Disorder Inventory and the Existence Scale. We found out, that depression is related to suspicion on paranoid, emotionally unstable, avoidant, dependant and passive-aggressive personality disorder and personal competencies for existence as well. We used a Mann-Whitney U test to find out, that personal competencies for existence is higher among men with no suspicion for personality disorder. The same test showed that depression is higher in prison population than in control group.

Key words: Depression, personality disorders, the Existence scale, prison population

Příloha 2 Cronbachovo alfa pro vybrané škály PSSI

Nepatologická varianta poruchy osobnosti ve vězeňské populaci	<i>Cronbachovo alfa</i>	Nepatologická varianta poruchy osobnosti pro celý soubor	<i>Cronbachovo alfa</i>
<i>Disociální</i>	0,79	<i>Disociální</i>	0,73
<i>Paranoidní</i>	0,70	<i>Paranoidní</i>	0,78
<i>Schizoidní</i>	0,58	<i>Schizoidní</i>	0,75
<i>Vyhýbavá</i>	0,69	<i>Vyhýbavá</i>	0,73
<i>Anankastická</i>	0,73	<i>Anankastická</i>	0,71
<i>Emočně nestabilní</i>	0,82	<i>Emočně nestabilní</i>	0,81
<i>Závislá</i>	0,71	<i>Závislá</i>	0,71
<i>Narcistická</i>	0,70	<i>Narcistická</i>	0,68
<i>Histriónská</i>	0,81	<i>Histriónská</i>	0,78
<i>Pasivně-agresivní</i>	0,65	<i>Pasivně-agresivní</i>	0,77

Příloha 3 Spearmanovy korelace ESK s IPDE

	Paranoidní	Schizoidní	Disociální
ESK	-0,49***	-0,31***	-0,18*
	Emočně nestabilní - Impulzivní	Emočně nestabilní - Hraniční	Anankastická
ESK	-0,41***	-0,53***	-0,32***
	Histriónská	Závislá	Vyhýbavá
ESK	-0,49***	-0,54***	-0,60***

*Legenda: ESK: Existenciální škála pro dospělé; * = $p < 0,05$; *** = $p < 0,001$*

Příloha 4 Hottelingův test pro srovnání profilu PSSI mezi prvotrestanými (N = 65) a vícetrestanými (N = 69); df = 132

	Průměr Více	Průměr Prvo	SD Více	SD Prvo	t	p
Disociální	13,88	13,38	5,28	4,4	0,59	0,55
Paranoidní	17,74	18,05	4,22	4,4	-0,41	0,68
Schizoidní	13,62	13,28	3,2	3,53	0,6	0,55
Vyhýbavý	12,22	11,12	4,05	4,23	1,53	0,13
Anankastický	15,8	16,97	4,21	4,35	-1,58	0,12
Narcistický	14,25	14,52	4,45	4,56	-0,36	0,72
Pasivně-agresivní	13,9	13,8	3,84	4,24	0,14	0,89
Závislý	15,52	16,14	3,79	4,62	-0,85	0,4
Emočně-nestabilní	10,88	10,22	4,97	5,52	0,74	0,46
Histriónský	17,35	17,62	5,19	4,8	-0,31	0,76

Legenda: SD = směrodatná odchylka; t = hodnota testového kritéria; p = statistická významnost

T2 = 10,35

F (10,123) = 0,96

p = 0,48

Příloha 5 Hotellingův test pro srovnání vězeňské (N = 60) a kontrolní (N= 60) populace v PSSI (df = 118)

	M (V)	M (K)	SD (V)	SD (K)	t	p
Disociální	13,72	12,98	4,62	4,52	0,88	0,38
Paranoidní	17,60	16,37	3,78	5,86	1,37	0,17
Schizoidní	13,47	13,62	3,15	4,90	-0,20	0,84
Vyhýbavý	11,13	11,77	3,68	5,20	-0,77	0,44
Anankastický	16,88	16,92	4,06	4,56	-0,04	0,97
Narcistický	14,38	14,88	4,43	4,51	-0,61	0,54
Pasivně-agresivní	13,17	13,08	3,65	5,74	0,09	0,92
Závislý	15,38	16,18	3,80	4,66	-1,03	0,30
Emočně-nestabilní	9,55	9,97	4,44	6,06	-0,43	0,67
Histriónský	18,05	17,08	4,37	5,08	1,12	0,27

Legenda: V = vězeňská populace; K = kontrolní populace; M = průměr, SD = směrodatná odchylka; t = hodnota testového kritéria; p = statistická významnost; F = Fisherův test; T2 = hodnota Hotellingova T-kvadrátu

T2 = 12,29

F (10,109) = 1,14

p = 0,34