

## PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI ČESKÉ VERZE BORDERLINE SYMPTOM LIST 23 (BSL-23)

### Psychometric properties of the Czech version of Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Monika Radimecká<sup>1</sup>, Petra Jeřábková<sup>2</sup>, Adéla Látalová<sup>1</sup>, Pavla Linhartová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno, CZ

<sup>1</sup> Department of Psychiatry, University Hospital Brno and Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, CZ

<sup>2</sup> Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, Brno, CZ;

<sup>2</sup> Department of Psychology, Faculty of Arts, Masaryk University, Brno, CZ

*Psychoterapie*. 16 (1), 85–101; ISSN 1802-3983

#### ABSTRAKT

Borderline Symptom List 23 (BSL-23) je sebeposuzovací dotazník pro zjišťování aktuální závažnosti symptomů hraniční poruchy osobnosti. Vzhledem k tomu, že v České republice doposud nejsou dostupné dotazníky podobného zaměření, věnuje se tato studie posouzení psychometrických vlastností české verze BSL-23. Dotazník vyplnili 174 zdravých respondentů a 57 pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Analyzována byla faktorová struktura, vnitřní konzistence, diskriminační validita a konvergentní validita. Výsledky ukazují, že česká verze škály má vysokou konvergentní a diskriminační validitu – škála rozlišila zdravé respondenty od respondentů s hraniční poruchou osobnosti s vysokou velikostí účinku ( $d = 2,03$ ) a skóre získané v BSL-23 středně až vysoce pozitivně korelovalo se závažností emoční dysregulace, symptomy posttraumatické stresové poruchy a disociací. Český překlad BSL-23 ukázal vynikající psychometrické vlastnosti a je tak připraven pro použití u českých pacientů ve výzkumné i klinické praxi.

*Klíčová slova:* Borderline Symptom List, faktorová struktura, hraniční porucha osobnosti, emoční regulace, psychometrické vlastnosti

#### ABSTRACT

The Borderline Symptom List 23 (BSL-23) is a self-report questionnaire for assessing borderline personality disorder (BPD) symptom severity. This study evaluated the psychometric properties of the Czech version of the BSL-23. To our knowledge, no other measure for BPD symptom severity was previously available in the Czech Republic. The Czech version was completed by 174 healthy respondents and 57 patients with BPD. Factor structure, internal consistency, discriminant validity, and convergent validity were analysed. The Czech version showed high discriminant, and convergent validity – the scale differentiated between healthy respondents and patients with a large effect size ( $d = 2,03$ ) and the BSL-23 score was moderately to highly positively correlated with the severity of emotion dysregulation, posttraumatic stress disorder symptoms, and dissociation. The BSL-23

in its Czech translation showed excellent psychometric properties and is ready for use with Czech patients.

*Keywords:* Borderline Symptom List, factor structure, borderline personality disorder, emotion regulation, psychometric properties

## 1. ÚVOD

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je duševní onemocnění charakteristické širokým spektrem potíží. Pacienti zažívají emoční nestabilitu, nestabilitu sebepojetí, potíže s emoční regulací, interpersonální potíže a mívají intenzivní pocity méněcennosti, osamělosti či prázdnoty. Intenzivní emoce u nich často vedou k sebedestruktivnímu, sebepoškozujícímu a suicidálnímu jednání (APA, 2013).

HPO je obvykle diagnostikována na základě klinických rozhovorů, jako jsou například *International Personality Disorder Examination* (IPDE), Revidovaný diagnostický rozhovor pro hraniční poruchy (*Diagnostic Interview for Borderlines – Revised; DIB-R*) nebo *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD). IPDE je semistrukturovaný diagnostický rozhovor vytvořený pro MKN-10 i DSM-IV a je určen k diagnostice specifických poruch osobnosti a jejich komorbidit (Loranger et al., 1994). Naopak DIB-R je založen na kritériích DSM-V a poskytuje důkladnější zhodnocení symptomů HPO (Zanarini et al., 1989). SCID-5-PD také vychází z DSM-V, ale není tak podrobný jako předchozí rozhovory (First et al., 2016). V českém jazyce jsou pro diagnostiku HPO využívány zejména IPDE a Strukturované klinické interview pro DSM-IV (SCID-II) (Grambal, 2017). Nevýhodou těchto metod

je nicméně jejich délka, časová náročnost a nutnost odborné expertízy k vyhodnocení (Zanarini et al., 1989).

Vzhledem k tomu, že HPO je porucha s často proměnlivým obrazem charakteristickým nestabilitou a zároveň vyžaduje dlouhodobou léčbu (APA, 2013), nestačí pouze diagnostické metody, ale je také potřeba mít nástroje pro zjišťování aktuální závažnosti symptomů. Jedním z hojně používaných dotazníků pro hodnocení aktuální závažnosti symptomů u pacientů s HPO je *Borderline Symptom List* (BSL) (Bohus et al., 2007). Na rozdíl od jiných sebeposuzovacích metod, jako je například *Personality Belief Questionnaire* (PBQ) (Beck & Beck, 1991) nebo *Questionnaire of Thoughts and Feelings* (QTF) (Renneberg et al., 2005), se nezaměřuje na širší spektrum psychických potíží, ani pouze na výsek potíží HPO, ale snaží se obsáhnout veškerou významnou symptomatologii související přímo s HPO. Původní verze BSL zahrnovala 95 otázek a byla založena na kritériích pro HPO uvedených v DSM-IV spolu s názory klinických expertů a pacientů s HPO (Bohus et al., 2007). Ačkoliv měla dobré psychometrické vlastnosti, byla příliš dlouhá pro použití v klinickém prostředí (Bohus et al., 2009). Z toho důvodu byla vytvořena verze BSL s 23 položkami, která obsahuje dva doplňkové dotazníky. Jeden se zaměřuje na životní spokojenost a druhý na zjišťování frekvence konkrétního problematického chování (Příloha 1). Stejně jako původní metoda, i její krátká verze vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (Bohus et al., 2009). Díky nízkému počtu položek lze metodu používat opakovaně bez nutnosti zátěže pacientů i odborníků. Výhodou je také jednotný systém vyhodnocování.

**BSL-23**

V následující tabulce najdete seznam potíží nebo problémů, které se Vás mohou týkat. U každé položky prosím rozhodněte, jak moc Vás trápily jednotlivé potíže během uplynulého týdne. V případě, že si momentálně nejste jistí, jak odpovědět, zkuste odpovídat podle toho, jak si myslíte, že jste se v minulém týdnu cítili. Odpovídejte prosím upřímně. **Všechny otázky se týkají minulého týdne, tj. předcházejících sedmi dní.** Pokud byly Vaše pocity v průběhu týdne proměnlivé, ohodnoťte položku podle toho, jaké to pro Vás bylo v průměru. Odpovězte prosím na všechny otázky.

Během uplynulého týdne...		vůbec	trochu	spíše ano	hodně	velice
1.	Bylo pro mě těžké se soustředit	0	1	2	3	4
2.	Cítil/a jsem se bezmocně	0	1	2	3	4
3.	Byl/a jsem duchem nepřítomný/á a nevěděl/a jsem, co vlastně dělám	0	1	2	3	4
4.	Cítil/a jsem se znechucený/á	0	1	2	3	4
5.	Přemýšlel/a jsem o tom, že si ublížím	0	1	2	3	4
6.	Neměl/a jsem důvěru vůči ostatním lidem	0	1	2	3	4
7.	Měl/a jsem pocit, že nemám právo na život	0	1	2	3	4
8.	Cítil/a jsem se osamělý/á	0	1	2	3	4
9.	Cítil/a jsem nepříjemné vnitřní napětí	0	1	2	3	4
10.	Napadaly mě představy, ze kterých šel strach	0	1	2	3	4
11.	Nenáviděl/a jsem se	0	1	2	3	4
12.	Chtěl/a jsem se potrestat	0	1	2	3	4
13.	Byla mi hanba	0	1	2	3	4
14.	Moje nálada rychle kolísala mezi úzkostí, vztekem a smutkem	0	1	2	3	4
15.	Trápily mě hlasy a zvuky v mojí hlavě nebo zvenčí	0	1	2	3	4
16.	Když mě někdo kritizoval, bylo to pro mě zdrcující	0	1	2	3	4
17.	Cítil/a jsem se zranitelný/á	0	1	2	3	4
18.	Myšlenka na smrt pro mě byla svým způsobem fascinující	0	1	2	3	4
19.	Přišlo mi, že nic nemá smysl	0	1	2	3	4
20.	Měl/a jsem strach, že se přestanu ovládat	0	1	2	3	4
21.	Bylo mi ze sebe špatně	0	1	2	3	4
22.	Měl/a jsem pocit, jako bych nebyla sám/sama sebou	0	1	2	3	4
23.	Měl/a jsem pocit, že jsem k ničemu	0	1	2	3	4

Nyní bychom se rádi zeptali, jak byste ohodnotil/a Váš celkový osobní stav během uplynulého týdne, tj. během posledních sedmi dní. 0 % znamená, že jste se cítil/a velice špatně, 100 % znamená, že jste se cítil/a výborně. Prosím zakroužkujte procento, které nejlépe odpovídá.



poruchy, která je jednou z nejčastějších komorbidit u pacientů s HPO (Scheiderer et al., 2015). Zároveň bylo ověřeno, zda BSL-23 pozitivně koreluje se svým doplňkem dotazujícím se na chování a negativně s doplňkem životní spokojenosti.

## 2. METODA

### 2.1 Respondenti

Celkový vzorek se skládal z 254 zdravých respondentů (rozmezí 18 až 65 let) a 57 participantů s hraniční poruchou osobnosti. Data od respondentů byla získána prostřednictvím internetu. Před dotazníky respondenti poskytli základní demografické údaje a byli dotázáni na osobní psychiatrickou diagnózu a psychiatrickou diagnózu v blízké rodině. Data od pacientů byla poskytnuta z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno. Diagnóza HPO byla u pacientů diagnostikována psychiatrem a psychologem na základě kritérií DSM-5 pomocí Strukturovaného klinického interview pro poruchy osobnosti pro DSM-5 (SCID-5-PD) (First et al., 2016). Před vyplněním dotazníků poskytli všichni respondenti informovaný souhlas s účastí ve studii schválený Etickou komisí FN Brno.

### 2.2 Metody

#### *Borderline Symptom List 23 (BSL-23)*

BSL-23 (Bohus et al., 2009) byl autory studie přeložen z anglického do českého jazyka za pomoci zpětného překladu. Jeden z autorů přeložil původní metodu do češtiny, dva další autoři provedli zpětný překlad a následně došlo ve skupině k diskusi o přesnosti překladu a zároveň zachování jeho obsahu u položek, kde se odlišovalo originální znění od zpětného překladu. Poté byl dotazník administrován třem zdravým osobám



**Monika  
Radimecká**

**Mgr. Bc. Je doktorandskou studentkou oboru Psychiatrie na LF MU, kde zároveň působí jako odborná pracovnice. Pracuje také jako psycholog ve zdravotnictví na Psychiatrické klinice FN Brno. V rámci svého studia se zabývá neurálními mechanismy efektu dialektické behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti.**

a třem pacientům s HPO, kteří měli dotazník vyplnit a poskytnout zpětnou vazbu k jeho znění, zejména k jeho srozumitelnosti.

Respondenti vyhodnocují své potíže za poslední týden na pětibodové Likertově škále od 0 (vůbec) do 4 (velmi silně) (např. „Moje nálada rychle kolísala mezi úzkostí, vztekem a smutkem.“, „Nenáviděl/a jsem se.“). Původní verze BSL-23 má jednofaktorovou strukturu, vykazuje vysokou vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa = 0,93) a vysoká je také test-retest reliabilita ( $r = 0,82$ ) (Bohus et al., 2009). Dotazník spolehlivě rozlišuje mezi zdravými respondenty a pacienty a je uspokojivě citlivý ke zjištění změny (Bohus et al., 2009).

BSL-23 je možné použít společně se dvěma doplňky. Jedním z nich je škála životní spokojenosti, na které respondent vyznačuje, jak se cítil v posledním týdnu (0 % = „Cítil/a jsem se velice špatně.“, 100 % = „Cítil/a jsem se výborně.“). Druhým doplň-

kem je dotazník chování, který obsahuje jedenáct položek dotazujících se na frekvenci rizikového chování za posledních sedm dní. Respondenti odpovídají na pětibodové Likertově škále (0 = „vůbec“, 1 = „jednou“, 2 = „2x–3x“, 3 = „4x–6x“, 4 = „denně nebo častěji“).

### Další metody

Pro ověření konvergentní validity škály BSL-23 byly zvoleny metody: *The Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5)* (Blevins et al., 2015), *The Multiscale Dissociation Inventory (MDI)* (Briere, 2002), *The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* (Gratz & Roemer, 2004) a *The Self-rating Anxiety Scale (SAS)* (Zung, 1971). Metody byly autory studie přeloženy metodou zpětného překladu, jehož průběh byl stejný jako případě škály BSL-23. Ačkoliv existuje český překlad zkrácené verze metody DERS (Benda, 2017), pro účely a zaměření výzkumu byla přeložena a použita původní nezkrácená verze. Jedná se o jedny z nejčastějších metod využívaných v zahraničních studiích pro měření specifických symptomů HPO. Na české populaci prozatím nejsou validovány, ale existují zahraniční studie poukazující na jejich adekvátní psychometrické vlastnosti (PCL: Blevins et al., 2015; MDI: Briere, 2002; DERS: Gratz & Roemer, 2004; SAS: Olatunji et al., 2005). Metoda UPPS-P byla již dříve přeložena a validizována v rámci výzkumné skupiny autorů (Linhartová et al., 2017).

The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) (Blevins et al., 2015) je dvaceti položkový dotazník založený na kritériích DSM-V pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD). Vyšší skóre odpovídá

závažnějším symptomům. Hodnota Cronbachovy alfy původní metody je vysoká ( $\alpha = 0,94$ ) (Blevins, et al., 2015). V rámci této studie dosáhla Cronbachova alfa také vysoké hodnoty ( $\alpha = 0,94$ ) a potvrzena byla i její jednofaktorová struktura ( $\chi^2 = 14,64$ ,  $df = 5$ ;  $\chi^2/df = 2,92$ ; TLI = 0,97; CFI = 0,98; RMSEA = 0,12; SRMR = 0,02).

The Multiscale Dissociation Inventory (MDI) (Briere, 2002) má třicet položek zaměřených na zjištění disociace. Vyšší skóre naznačují vyšší frekvenci disociativních zážitků. Kromě jednotlivých subškál se pracuje i se součtovým skóre (např. Lemons & Lynn, 2016; Powers et al., 2015). Cronbachova alfa původní metody je vysoká ( $\alpha = 0,96$ ). V rámci této studie dosáhla Cronbachova alfa také vysoké hodnoty ( $\alpha = 0,94$ ) a ověřena byla i jednofaktorová struktura metody ( $\chi^2 = 6,59$ ,  $df = 5$ ;  $\chi^2/df = 1,31$ ; TLI = 0,99; CFI = 0,99; RMSEA = 0,05; SRMR = 0,01).

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004) je sebesposuzovací 36položková škála, která zjišťuje potíže v emoční regulaci. Vyšší skóre naznačují závažnější emoční dysregulaci. Stejně jako u MDI, i v této metodě se kromě subškál pracuje se součtovým skóre (např. Krause-Utz et al., 2019; Pugach et al., 2020). Cronbachova alfa původní metody je vysoká ( $\alpha = 0,93$ ), v rámci této studie také dosáhla uspokojivé hodnoty ( $\alpha = 0,82$ ). Na datech této studie byla potvrzena i jednofaktorová struktura škály ( $\chi^2 = 23,84$ ,  $df = 9$ ;  $\chi^2/df = 2,64$ ; TLI = 0,95; CFI = 0,97; RMSEA = 0,11; SRMR = 0,03).

The Self-rating Anxiety Scale (SAS) (Zung, 1971) se sestává z dvaceti položek. Škála je zaměřena na úzkostné potíže za posledních sedm dní. Vyšší skóre naznačuje vyš-





**Petra  
Jeřábková**

**Bc. V současnosti studuje navazující magisterské studium Psychologie na FF MU v Brně a zároveň bakalářské studium Fyzioterapie na FSpS MU. Na Psychiatrické klinice FN Brno pomáhá v rámci výzkumu.**

ší úzkost. Cronbachova alfa původní škály je uspokojivá ( $\alpha = 0,77$ ) (De La Ossa et al., 2009). V rámci této studie dosáhla Cronbachova alfa vysoké hodnoty ( $\alpha = 0,86$ ) a ověřena byla i jednofaktorová struktura metody ( $\chi^2 = 6,39$ ,  $df = 5$ ;  $\chi^2/df = 1,27$ ; TLI = 0,99; CFI = 0,99; RMSEA = 0,05; SRMR = 0,02).

Pro zjištění úrovně impulzivity byla využita škála negativní urgencye z Urgency, Pre-meditation (lack of), Perseverance (lack of), Sensation Seeking, and Positive Urgency Impulsive Behavior Scale (UPPS-P) (Whiteside & Lynam, 2001). Negativní urgencye (tendence jednat impulzivně pod vlivem nepříjemných emocí) byla zvolena záměrně proto, že se zdá být nejvíce související dimenzí impulzivity s potížemi pacientů s HPO (Linhartová et al., 2020, Martin et al., 2019). Vyšší skóry znamenají vyšší negativní urgencyi. Vnitřní konzistence české verze škály je vysoká ( $\alpha = 0,95$ ), stejně jako vnitřní konzistence škály negativní

urgence ( $\alpha = 0,88$ ). V rámci této studie byla Cronbachova alfa negativní urgencye také uspokojivá ( $\alpha = 0,85$ ).

### **2.3 Zadávání dotazníků**

Sběr dat probíhal od ledna 2020 do února 2021. Dotazník BSL-23 byl společně s ostatními metodami zadán zdravým respondentům prostřednictvím platformy Qualtrics a byl rozšiřován pomocí stránky Filozofické fakulty MU, stránky Psychiatrické kliniky FN Brno, sociální sítě Facebook a přes osobní kontakty. Odkaz na sadu dotazníků byl volně dostupný a šiřitelný. U respondentů s hraniční poruchou osobnosti, kteří vyplňovali pouze BSL-23, byl dotazník taktéž administrován prostřednictvím platformy Qualtrics. Dotazníky respondenti vždy vyplňovali na klinice za přítomnosti psychologa, který do vyplňování nezasahoval. Tento způsob byl zvolen vzhledem k tomu, že pacienti na klinice zároveň absolvovali vyšetření nebo byli hospitalizováni. Položky byly administrovány všem respondentům ve stejném pořadí.

### **2.4 Analýza dat**

Za účelem zjištění faktorové struktury škály byla provedena konfirmační faktorová analýza v programu R 4.1.2. Využity byly balíky „lavaan“ (Rosseel, 2012), „semTools“ (Jorgensen et al., 2021) a „Amelia“ (Honaker et al., 2011). Pro odhad parametrů byla použita robustní metoda maximální věrohodnosti, neboť BSL-23 je krátkou odpověďovou škálou a data nemají normální rozložení. Minimální velikost vzorku pro analýzu byla stanovena na 100 respondentů (Kline, 2005). Vzhledem k tomu, že se nepodařilo získat dostatečné množství odpovědí od pacientů, byla ana-

lýza provedena na vzorku zdravých respondentů. Kritéria pro posouzení shody modelu s daty byla: CFI a TLI  $\geq 0,9$ ; RMSEA  $\leq 0,1$  a SRMR  $\leq 0,1$  (Hu & Bentler, 1999; Schemelleh-Engel et al., 2003).

Chí-kvadrát testem a t-testem byly zhodnoceny rozdíly mezi skupinami (zdraví respondenti vs. pacienti s HPO) v proměnné pohlaví a věk. Logistickou regresí byla zjišťována rozlišovací schopnost jednotlivých parametrů (pohlaví, věk a BSL-23), přičemž odhadovanou proměnnou byla příslušnost ke skupině. K posouzení vnitřní konzistence BSL-23 jsme využili Cronbachův koeficient alfa, zvláště pro zdravé respondenty a respondenty s HPO. Diskriminační validita byla zhodnocena t-testem (zdraví respondenti vs. pacienti s HPO). Konvergentní validita byla ověřena Pearsonovými korelacemi se skóry ostatních dotazníků na vzorku zdravých respondentů. Chí-kvadrát test, t-testy, logistická regrese, výpočet Cronbachovy alfy a Pearsonovy korelace byly provedeny v IBM SPSS 26.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů na počet položek a zjištění narušení normálního rozložení vzorku zdravých respondentů, na kterém byla konfirmační faktorová analýza provedena, byla využita metoda parcelování. Za pomoci balíku „semTools“ a „Amelia“ byly položky náhodně přiřazeny k sedmi parcelám a na každé kombinaci byl vytvořen model. Finální model vznikl zprůměrováním parametrů všech modelů. Parcelování se u unidimenzionálních škál (kterou u metody na základě předchozích studií předpokládáme) ukazuje být jako vhodný pro snížení zkreslení strukturálních parametrů (Bandalos, 2002). Počet parcel byl zvolen adekvátně k počtu respondentů a položek.

### 3. VÝSLEDKY

#### 3.1 Popisné statistiky

Z původních 245 zdravých respondentů bylo 54 vyloučeno, protože uvedlo osobní psychiatrickou diagnózu nebo bylo diagnostikováno závažné duševní onemocnění v jejich nejbližší rodině (rodiče a sourozenci). Vyloučení respondentů na základě těchto kritérií je ve výzkumu v psychiatrii běžné vzhledem k tomu, že některá závažná duševní onemocnění jsou dědičná, a i když respondentům samotným onemocnění diagnostikováno nebylo, mohou se u nich v určité míře psychické potíže či znaky daného onemocnění objevovat, a tím pádem i ovlivnit testové výsledky (např. Ross & Compagnon, 2001; Weissman et al., 2016). Tři respondenti byli vyloučeni, neboť neodpovídali věkovému limitu. Dva respondenti byli vyloučeni, protože vykazovali sebepoškozující chování v posledním týdnu (podle BSL-23). Ze zbývajících 186 respondentů jich 12 BSL-23 nedokončilo. Konečný vzorek se tak skládal ze 174 zdravých respondentů, z nichž bylo 124 žen (71 %; věk:  $M = 26,75$ ,  $SD = 9,44$ ) a 50 mužů (29 %; věk:  $M = 27,36$ ,  $SD = 10,36$ ). Vzorek pacientů se skládal z 57 respondentů: 52 bylo žen (91 %; věk:  $M = 23,43$ ,  $SD = 0,71$ ) a 5 bylo mužů (9 %;  $M = 24,20$ ,  $SD = 1,82$ ). Průměrné skóry zdravých participantů a pacientů s HPO jsou uvedeny v Tabulce 1. Kleindienst, Jungkunz a Bohus (2020) navrhli šest kategorií závažnosti symptomů HPO podle BSL-23 – žádná nebo nízká ( $M = 0-0,3$ ), mírná ( $M = 0,3-0,7$ ), střední ( $M = 0,7-1,7$ ), vysoká ( $M = 1,7-2,7$ ), velmi vysoká ( $M = 2,7-3,5$ ), extrémně vysoká ( $M = 3,5-4$ ). Klasifikace byla vytvořena na základě rozložení skóre 241 pacientů s HPO. Cut-offy a názvy pro kategorie žád-



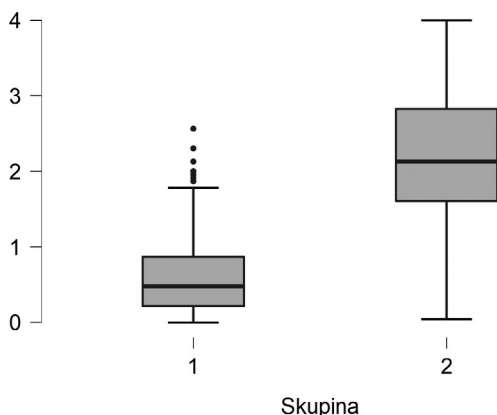
ná nebo nízká a mírná byly validovány pomocí rozložení vzorku zdravé populace ( $N = 356$ ; 89 % skórovalo v kategorii žádná nebo nízká a 11 % v kategorii mírná) a dále byly potvrzeny na klinickém vzorku 176 respondentů s jinými potížemi než HPO (schizofrenie, poruchy nálady, úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, poruchy příjmu potravy, porucha s bludy). Ti dosáhli nejčastěji skóre v pásmu mírná (43,75 %) a střední (23,86 %). Použití ROC křivky podpořilo senzitivitu a specifitu jednotlivých kategorií.

Boxploty bylo ověřeno normální rozložení skóre zdravé populace a pacientů s HPO. Zatímco u zdravé populace normálnímu rozložení boxplot vizuálně neodpovídá (skupina 1), u pacientů ano (skupina 2). U klinických škál administrovaných na zdravé populaci bývá zešikmení zprava běžné, neboť mají málo klinických symptomů – tabulka 1.

### 3.2 Vliv demografických proměnných

T-test pro nehomogenní rozptyly ukázal významný rozdíl mezi skupinou zdravých respondentů a pacientů s HPO ve věku ( $t = 3,33$ ,  $p < 0,01$ ,  $d = 0,43$ ). Chí-kvadrát

Průměrný skór v BSL-23



Adéla Látalová

**Mgr. Pracuje jako psycholog ve zdravotnictví na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU, kde se věnuje dialektické behaviorální terapii u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. V rámci doktorského studia se zabývá výzkumem emoční dysregulace u hraniční poruchy osobnosti a neurálními korelátů dialektické behaviorální terapie.**

testem byla zjištěna rozdílnost skupin v proměnné pohlaví ( $\chi^2(1) = 9,43$ ;  $p < 0,01$ ,  $r = 0,20$ ). Vzhledem k odlišnosti skupin v demografických proměnných jsme použili logistickou regresi pro zjištění rozlišovací schopnosti jednotlivých parametrů, tedy věku, pohlaví a BSL-23. Odhadovanou proměnnou byla příslušnost ke skupině (zdraví respondenti vs. pacienti s HPO). Signifikantně významným prediktorem byl pouze skór respondentů v BSL-23 ( $Z = 6,95$ ,  $p < 0,001$ ,  $OR = 12,49$ ,  $R^2 = 0,48$ ). Korelace věku se skórem v BSL-23 byla statisticky významná ( $r = -0,25$ ,  $p < 0,001$ ).

### 3.3 Analýza validity

Jednofaktorová struktura škály byla ověřena konfirmační faktorovou analýzou. BSL-23 dosáhlo uspokojivé shody modelu s daty ( $\chi^2 = 17,81$ ,  $df = 14$ ;  $\chi^2/df = 1,27$ ;  $TLI = 0,98$ ;  $CFI = 0,99$ ;  $RMSEA = 0,04$ ;  $SRMR$

= 0,03). Standardizované faktorové náboje a specifické rozptyly parcel jsou uvedeny v Tabulce 2. Všechny parcely byly faktory silně syceny a jejich specifické rozptyly nabývaly nízkých hodnot – tabulka 3.

Cronbachova alfa provedena na vzorku zdravých respondentů ( $\alpha = 0,92$ ) naznačila vysokou vnitřní konzistenci škály a při

nifikanční rozdíl mezi skupinami ( $t = -11,79$ ,  $p < 0,001$ ) s vysokou velikostí účinku ( $d = 2,03$ ). Respondenti s HPO skórovali výše než zdraví respondenti. Rozdíly mezi zdravými respondenty a pacienty s HPO byly zjišťovány i u obou doplňků dotazníku. T-testy (pro škálu životní spokojenosti pro homogenní a pro dotazník chování pro nehomogenní

**Tabulka 1:** Průměrné skóry zdravých respondentů a respondentů s HPO

	Zdraví			HPO		
	<i>N</i> *	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
BSL-23	174	0,61	0,53	57	2,14	0,92
BSL-23 D1	173	71,20	20,43	52	39,42	22,63
BSL-23 D2	171	1,49	2,09	56	5,87	4,96
PCL-5	141	0,75	0,75			
MDI	112	1,50	0,49			
DERS	129	2,09	0,57			
SAS	110	1,50	0,43			
UPPS-P (NU)	110	1,99	0,51			

\* *N* se liší kvůli chybějícím datům

BSL-23: Borderline Symptom List 23, BSL-23 D1: Borderline Symptom List: škála životní spokojenosti, BSL-23 D2: Borderline Symptom List 23: dotazník chování, PCL-5: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist, MDI: Multiscale Dissociation Inventory, DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale, SAS: Self-rating Anxiety Scale, UPPS-P: UPPS-P Impulsive Behaviour Scale, NU: Negativní urgence

analýze vyřazení položky nabývala hodnot v rozmezí od 0,91 do 0,92. Cronbachova alfa na vzorku respondentů s HPO byla taktéž vysoká ( $\alpha = 0,94$ ).

Výsledky t-testu pro nehomogenní rozptyly porovnávající BSL-23 skóry zdravých respondentů a pacientů s HPO ukázaly sig-

gnifikanční rozdíl mezi skupinami jak ve škále životní spokojenosti ( $t = 9,50$ ,  $p < 0,001$ ) s vysokou velikostí účinku ( $d = 1,46$ ), tak ve škále chování ( $t = -6,43$ ,  $p < 0,001$ ) s vysokou velikostí účinku ( $d = 1,15$ ).

Konvergenční validita byla ověřována

**Tabulka 2:** Standardizované faktorové náboje a specifický rozptyl jednotlivých parcel

Parcel	Náboj	Specifický rozptyl
1	0,81	0,34
2	0,86	0,25
3	0,79	0,36
4	0,74	0,44
5	0,79	0,37
6	0,74	0,44
7	0,89	0,19

**Tabulka 3:** Pearsonovy korelace skóru BSL-23 s ostatními metodami (vzorek zdravých respondentů)

Metoda	$N^*$	$r$ (BSL-23)
PCL-5	135	0,50**
MDI	109	0,61**
DERS	122	0,73**
SAS	108	0,66**
UPPS-P (NU)	110	0,49**

\*  $N$  se liší kvůli chybějícím datům, \*\*  $p < 0,001$

BSL-23: Borderline Symptom List 23, PCL-5: Posttraumatic Stress Disorder Checklist, MDI: Multiscale Dissociation Inventory, DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale, SAS: Self-rating Anxiety Scale, UPPS-P: UPPS-P Impulsivity Behaviour Scale, NU: Negativní urgence

Pearsonovými korelacemi skóre získaných v BSL-23 se skóre ostatních dotazníků. Po Bonferroniho korekci byla hladina významnosti stanovena na  $p = 0,01$ . Jak bylo očekáváno, korelace byly pozitivní a nabývaly hodnot od středních po vysoké ( $r = 0,49$

až  $0,73$ ;  $p < 0,001$ ). Vysoká korelace byla pozorována s DERS (emoční dysregulace;  $r = 0,73$ ;  $p < 0,001$ ), MDI (disociace;  $r = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ) a SAS (úzkost;  $r = 0,66$ ;  $p < 0,001$ ) (tab. 3). BSL-23 dále pozitivně korelovalo s doplňkem chování



**Pavla  
Linhartová**

**Mgr., Ph.D. Pracuje na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU jako psycholog ve zdravotnictví a odborný asistent. Od roku 2019 je frekventantem psychoterapeutického výcviku v Gestalt terapii (Institut Dialog) a v letech 2019–2020 absolvovala intenzivní výcvik v Dialektické behaviorální terapii ve Velké Británii v institutu British Isles DBT Training, který je odnoží tréninkového institutu Marshy Linehanové. Je vedoucí DBT programu na Psychiatrické klinice FN Brno a zároveň aktivní DBT terapeutkou. Ve výzkumné praxi se věnuje zejména tématům hraniční poruchy osobnosti, impulzivity a emoční regulace a dále neurozobrazovacímu výzkumu v těchto oblastech a rozvoji nových možností terapie pro pacienty s poruchami regulace emocí (transkraniální magnetická stimulace, fMRI neurofeedback).**

( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ) a negativně s doplňkem životní spokojenosti ( $r = -0,71$ ;  $p < 0,001$ ) – tabulka 3.

#### 4. DISKUZE

Cílem této studie bylo zhodnotit psychometrické vlastnosti české verze škály BSL-23 a poskytnout tak českou verzi validního nástroje pro hodnocení aktuální závažnosti symptomů hraniční poruchy osobnosti. Výsledky ukazují, že česká verze má stejně adekvátní psychometrické vlast-

nosti jako originální verze BSL-23 (Bohus et al., 2009) a její další cizojazyčné varianty (Nicastro et al., 2016; Soler et al., 2013; Yang et al., 2018).

Výsledky věnující se vlivu demografických proměnných naznačily, že s narůstajícím věkem klesá závažnost aktuálních symptomů, což je v souladu s vývojem HPO u pacientů (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012). Nalezený rozdíl mezi skupinou zdravých respondentů a pacientů s HPO v pohlaví může být způsoben vyšší prevalencí HPO u žen (Gunderson, 2009).

Konfirmační faktorovou analýzou byla podpořena jednofaktorová struktura české verze BSL-23. Podpořena byla také diskriminační validita dotazníku porovnáním skóreů zdravých respondentů se skóreů pacientů s HPO. Pacienti s HPO skórovali výše se silnou velikostí účinku ( $d = 2,03$ ). Zároveň se jedná o podobnou velikost účinku té, která byla zjištěna v předchozích studiích, ať už u originální BSL (Bohus et al., 2007) nebo u její zkrácené verze (Yang et al., 2018). Průměrné skóre respondentů této studie byly 2,14 ( $SD = 0,92$ ) u pacientů s HPO a 0,61 ( $SD = 0,53$ ) u zdravých respondentů. Podle klasifikace závažnosti symptomů Kleindiensta et al. (2020) se u pacientů projevila vysoká míra závažnosti, zatímco u zdravých respondentů mírná. Mírná míra závažnosti u zdravých respondentů může být dána přítomností některých otázek, které mohou souviset kromě HPO také například se stresem nebo aktuálně prožívanou nepříjemnou událostí (např. „Cítil/a jsem se znechuceně.“, „Bylo pro mě těžké se soustředit.“, „Cítil/a jsem se osamělá.“ apod.), nicméně rozdíl v závažnosti symptomů mezi skupinami škála zachycuje přesvědčivě.

Česká verze BSL-23 byla korelována s ná-

stroji měřícími PTSD, disociaci, emoční dysregulaci, úzkost a negativní urgenci. Předchozí studie našly vztah mezi závažností symptomů HPO a symptomy PTSD ( $r=0,43$ ) (Marshall-Berenz et al., 2011), disociací ( $r=0,53$ ) (Bohus et al., 2009), emoční dysregulací ( $r=0,56$ ) (Salsman & Linehan, 2012), úzkostí ( $r < 0,50$  až  $r = 0,70$ ) (Bohus et al., 2009; Soler et al., 2013) a negativní urgencí ( $r = 0,52$  až  $r = 0,63$  pro různé HPO charakteristiky) (Peters et al., 2013). Všechny korelace v naší studii taktéž nabývaly středních až vysokých hodnot ( $r = 0,49$  až  $0,75$ ) a naznačily tak velmi blízké vztahy mezi HPO symptomy a skóry v BSL-23. Korelace s PTSD, disociací, emoční dysregulací, úzkostí a negativní urgencí jsou konzistentní se symptomy HPO, které jsou popsány v diagnostických manuálech. Výsledky také podpořily předpoklad, že BSL-23 pozitivně koreluje se svým doplňkem chování a negativně s doplňkem životní spokojenosti. Dá se tak předpokládat, že jednotlivé části BSL-23 jsou dobře integrované.

BSL-23 je jednou z validních a efektivních metodou pro měření závažnosti symptomů HPO v zahraničí (Yang et al., 2018). Její výhodou je, že se nejedná o diagnostickou metodu jako takovou, ale zjišťuje aktuální úroveň závažnosti symptomů HPO (Bohus et al., 2009). Sledování závažnosti symptomů je velmi důležité, neboť se jedná o proměnlivé onemocnění vyžadující dlouhodobou terapii (APA, 2013). Užitečné je také přímé dotazování na konkrétní problematické chování za poslední týden, které je pro terapeuty i lékaře důležité pro další postup v terapii. Vzhledem k četnému používání metody v zahraničních studiích a ve více jazycích je také možné porovnání výsledků se zahraničními studiemi.

Přínosem metody je tedy možnost sledovat změny v závažnosti symptomu jak v rámci klinické praxe, tak ve výzkumných studiích.

Limitem studie je ověření faktorové struktury a konvergentní validity pouze na zdravém vzorku a při generalizaci výsledků je třeba postupovat s vědomím těchto limitů. Faktorová struktura byla ověřována za pomoci parcelování, na které někteří autoři studií nahlíží kriticky pro možné zkreslení výsledků (Sterba, 2019). U jednodimenzionálních škál se tento postup zdá být adekvátní, a naopak výskyt možných zkreslení snižuje (Bandalos, 2002). V dalších studiích se nicméně nabízí ověřit strukturu dotazníku bez využití parcel. Korelace BSL-23 s metodami zjišťujícími specifické symptomy HPO v naší studii jsou nicméně porovnatelné s výsledky studií prováděných na klinickém vzorku (např. Bohus et al. 2009; Soler et al., 2013). Budoucí studie by bylo vhodné zaměřit na prozkoumání schopnosti škály BSL-23 rozlišovat pacienty s HPO od ostatních psychiatrických skupin. Dalším přínosem bude prozkoumání citlivosti dotazníku vůči změně, která je důležitá pro zjišťování efektu terapie nebo pravidelnou monitoraci stavu v klinickém prostředí.

V této prvotní studii byly ověřeny základní předpoklady pro použití metody BSL-23. Vzhledem k tomu, že parametry české verze metody mají adekvátní velikost a vycházejí podobně jako v zahraničních studiích, lze metodu s přihlédnutím ke zmíněným limitům využívat v klinické i výzkumné praxi s českými pacienty.

## 5. ZÁVĚR

Studie představuje českou verzi ověřené metody pro měření aktuální závažnosti symp-

tomů hraniční poruchy osobnosti (HPO). Studie ukazuje, že česká verze BSL-23 je validním nástrojem pro měření závažnosti HPO symptomů, a proto může být využita jak v českém výzkumu, tak klinickém prostředí. Dostupnost BSL-23 v rozdílných jazycích taktéž přispěje ke srovnatelnosti výsledků se zahraničními studiemi.

*Studie byla podpořena grantem MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUN/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).*

*Role autorů:* Autor 1 prováděl rešerši literatury a psal vlastní text článku. Autor 2 prováděl rešerši literatury a spolu s Autorem 1 prováděli analýzy zjišťující vnitřní konzistenci metody, diskriminační a konvergentní validitu. Autor 3 pomáhal se sběrem dat. Autor 4 analyzoval faktorovou strukturu metody a svými praktickými zkušenostmi přispěl do všech kapitol. Všichni autoři průběžně četli článek, navrhovali změny a podíleli se tak na vzniku jeho finální podoby.

*Konflikt zájmů:* Autoři vylučují jakýkoliv konflikt zájmů.

## LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandalos, D. L. (2002). The effects of item parceling on goodness-of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural equation modeling*, 9(1), 78–102. [https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0901\\_5](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0901_5)
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The personality belief questionnaire*. Unpublished assessment instrument. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Benda, J. (2017). Krátká forma škály potíží v regulaci emocí: pilotní studie české verze. *E-Psychologie*, 11(1), 1–15.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kuehler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000098493>
- Briere, J. (2002). *Multiscale Dissociation Inventory Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- De La Ossa, S., Martinez, Y., Herazo, E., & Campo, A. (2009). Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad / Study of internal consistency and factor structure of three versions of the Zung's rating instrument for anxiety disorders. *Colombia Médica*, 40(1), 71–77.
- First, M. B., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Grambal, A. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba* (Vydání 1.). Praha: Grada Publishing.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidi-



- mensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Honaker, J., King, G., Blackwell, M. (2011). “Amelia II: A Program for Missing Data.” *Journal of Statistical Software*, 45(7), 1–47.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1–55.
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). semTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-5. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kleindienst, N., Jungkunz, M., & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6>
- Krause-Utz, A., Erol, E., Broussianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Elzinga, B. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: The role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1186/s40479-019-0101-8>
- Lemons, P., & Lynn, S. J. (2016). Self-reports of trauma and dissociation: An examination of context effects. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 44, 8–19. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1016/j.concog.2016.06.009>
- Linhartová, P., Látalová, A., Barteček, R., Širůček, J., Theiner, P., Ejova, A., ... & Kašpárek, T. (2020). Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychological medicine*, 50(11), 1829–1838. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001892>
- Linhartová, P., Širůček, J., Barteček, R., Theiner, P., Jeřábková, B., Rudišínová, D., & Kašpárek, T. (2017). České verze sebeposuzovacích modelů impulzivní Barratovy škály a škály UPPS-P a jejich psychometrické charakteristiky. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 113(4).
- Linhartová, P., Širůček, J., Ejova, A., Barteček, R., Theiner, P., & Kašpárek, T. (2021). Dimensions of Impulsivity in Healthy People, Patients with Borderline Personality Disorder, and Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 25(4), 584–595. <https://doi.org/10.1177/1087054718822121>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... & Regier, D. 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. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>
- Marshall-Berenz, E. C., Morrison, J. A., Schumacher, J. A., & Coffey, S. F. (2011). Affect intensity and lability: the role of posttraumatic stress disorder symptoms in borderline personality disorder. *Depression*

- and Anxiety, 28(5), 393–399. <https://doi.org/10.1002/da.20798>
- Martin, S., Del-Monte, J., & Graziani, P. (2019). Impulsivity issues in borderline personality disorder and it's links with insight: the role of urgency. *Heliyon*, 5(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02564>
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., ... & Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., & Tolin, D. F. (2006). Dimensionality of somatic complaints: factor structure and psychometric properties of the Self-Rating Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 20(5), 543–561. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.08.002>
- Peters, J. R., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Brief report: relationships between facets of impulsivity and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 547–552. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2012\\_26\\_044](https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_044)
- Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 174–179. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1016/j.jpsychires.2014.12.011>
- Pugach, C. P., Campbell, A. A., & Wisco, B. E. (2020). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 508–525. <https://doi-org.ezproxy.muni.cz/10.1002/jclp.22879>
- Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M., & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.001>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36.
- Ross, R. G., & Compagnon, N. (2001). Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia research*, 50(1–2), 121–129. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00043-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00043-8)
- Salsman, N., & Linchan, M. (2012). An Investigation of the Relationships among Negative Affect, Difficulties in Emotion Regulation, and Features of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 34(2), 260–267. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.001>
- Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 11.
- Schemelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23–74.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC psychiatry*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1144-7>
- Sterba, S. K. (2019). Problems with rationales for parceling that fail to consider parcel-allocation variability. *Multivariate behavioral research*, 54(2), 264–287.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., ... & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024–1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual*

- Differences*, 30(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Yang, H., Lei, X., Zhong, M., Zhou, Q., Ling, Y., Jungkunz, M., & Yi, J. (2018). Psychometric properties of the Chinese version of the brief borderline symptom list in undergraduate students and clinical patients. *Frontiers in psychology*, 9, 605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00605>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability, of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 12(6), 371–379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

*Došel do redakce 5. 2. 2021, v revidované verzi 7. 6. 2021, v druhé revizi 10. 1. 2022. K publikaci přijat 17. 1. 2022.*