

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ VE VZTAHU K ALEXITHYMII, DISOCIACI A ORGANIZACI OSOBNOSTI

DELIBERATE SELF-HARM IN RELATION TO
ALEXITHYMIA, DISSOCIATION AND PERSONALITY
ORGANIZATION



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Denis Veselý**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2023

Za vřelou a trpělivou pomoc a podnětné rady bych chtěl tímto moc poděkovat docentu Romanu Procházkovi. Za nezištnou a velkorysou pomoc s korekcí práce děkuji magistře Ivoně Říhové. A za nesmírně důležitou podporu v dobách, kdy jsem práci psal, děkuji rodině, rodičům a bratrovi, ale i dalším členům, stejně jako přátelům a v neposlední řadě mé přítelkyni. Speciálně bych zároveň rád poděkoval i všem participantům, bez kterých by tato práce v první řadě vůbec nevznikla.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Záměrné sebepoškozování ve vztahu k alexithymii, disociaci a organizaci osobnosti*“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Věnováno každému, koho bolavá duše přimutíla ublížit si.

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		4
ÚVOD		7
TEORETICKÁ ČÁST		8
1 Organizace osobnosti		9
1.1 Stručná historie konceptu organizace osobnosti.....		9
1.2 Teoretická východiska.....		10
1.3 Úrovně organizace osobnosti		12
1.3.1 Formace identity		12
1.3.2 Obranné mechanismy		12
1.3.3 Testování reality		14
1.3.4 Rigidita		14
1.4 Tři úrovně organizace		14
1.5 Překryv teorie organizace osobnosti a DSM-5		16
1.6 Hraniční organizace osobnosti		17
1.7 Objektní teorie a neurověda.....		18
1.8 Kritika konceptu organizace osobnosti		19
2 Alexithymie		21
2.1 Historie konceptu alexithymie a teoretická východiska.....		21
2.2 Konceptualizace alexithymie; definice a modely		23
2.3 Etiologické modely.....		24
2.4 Psychodynamické modely		25
2.4.1 Další psychologické modely		26
2.4.2 Neurovědní modely		27
2.5 Kritická evaluace konceptu alexithymie.....		29
3 Disociace		31
3.1 Historie konceptualizace a teorie disociace.....		31
3.2 Disociativní spektrum a model BASK		33
3.3 Disociativní poruchy podle MKN a DSM.....		34
3.3.1 Disociativní multiplicita		34
3.3.2 Disociace paměti		35
3.3.3 Depersonalizace a derealizace.....		36
3.3.4 Somatoformní disociace		37
3.4 Etiologické modely disociací		38
3.4.1 Perspektiva vývoje, traumatu a zvýšené hypnability		38
3.4.2 Neurověda a disociativní poruchy		40
3.5 Teoretické přístupy disociací.....		41

3.5.1	Teorie na trauma vázané strukturální disociace osobnosti.....	42
3.5.2	Teorie diskretních behaviorálních stavů.....	45
4	Sebepoškozování.....	49
4.1	Vymezení a definice pojmu sebepoškozování	49
4.2	Klasifikační systémy sebepoškozování	52
4.3	Nejčastější formy sebepoškozování u obou pohlaví	56
4.4	Funkce sebepoškozování	59
4.5	Sebepoškozování jako závislost	62
4.5.1	System odměny	63
4.5.2	Endogenní opiátový systém.....	64
4.6	Propojení kapitol - sebepoškozování a disociace	66
4.7	Propojení kapitol - sebepoškozování a alexithymie	66
4.8	Propojení kapitol - sebepoškozování a organizace osobnosti	67
4.9	Teoretická část - konkluze	68
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	70
5	Koncepce výzkumu	71
5.1	Vymezení výzkumného problému.....	71
5.2	Výzkumný design	71
5.3	Výzkumné otázky	72
5.4	Metody sběru dat	72
5.4.1	SITBI.....	73
5.4.2	IPO.....	74
5.4.3	TAS-20	75
5.4.4	DES	76
5.4.5	SDQ-20.....	78
5.5	Výzkumný soubor	79
5.6	Průběh sběru dat	79
5.7	Etická stránka výzkumu	82
5.8	Charakteristika souboru.....	83
6	Analýza dat	85
6.1	Analýza normality	85
6.2	Deskriptivní statistiky.....	86
6.3	Formy sebepoškozování	87
6.4	Doba trvání	89
6.5	Analýzy cut-off skóre.....	90
6.6	Rozdíly pozorovaných skupin	93
6.6.1	TAS-20	93
6.6.2	IPO.....	96
6.6.3	DES	98
6.6.4	SDQ-20.....	100

6.7	Analýza motivů	102
6.7.1	Motiv „něco cítit“	103
6.7.2	Motiv „komunikace“	103
6.7.3	Motiv „něčemu se vyhnout“	104
6.7.4	Motiv „problémy ve škole“	104
6.7.5	Motiv „problémy s přáteli“	105
6.7.6	Motiv „problémy ve vztahu“	105
6.7.7	Motiv „duševní nepohoda“	105
6.8	Analýza outlierů	106
6.9	Analýza jedinců bez historie sebepoškození	109
6.10	Korelace.....	111
7	DISKUZE.....	115
7.1	Limity a úskalí.....	118
7.2	Další směřování	120
8	Závěr.....	122
9	Souhrn.....	123
	LITERATURA.....	126
	PŘÍLOHY.....	147

ÚVOD

Sebepoškozování je jednou z bolestivých manifestací lidského trápení, jejíž nepopiratelný nárůst v incidenci trápí nejednoho odborníka. I přes kvantum nově vzniklých publikací z celého světa toho ovšem stále zbývá mnoho k prozkoumání. Naše práce proto vzniká s cílem pro doplnění těchto mezer v poznání a vychází přitom z toho, co již víme. Jak se například ukazuje, sebepoškozování sice je „bolestivou manifestací“ psychické nepohody, ale samo o sobě vůbec bolet nemusí; tedy alespoň v prvopočátku ne. Jedinci, kteří se rozhodnou sami sobě ublížit totiž v nejednom případě prožívají disociace, a nemusí tak cítit „vůbec nic“. Nebo mohou trpět kvůli specifickému osobnostnímu rysu – alexithymii, a nemusí tak rozumět tomu, co vlastně cítí. Anebo nemusí umět s těmito pocity pracovat, protože jim to organizace jejich osobnosti zkrátka nedovolí.

Proto se zde pokusíme trochu lépe zorientovat v tom, jak to mají čeští mladí dospělí s historií sebepoškozování. Zaměříme se přitom právě na tyto fenomény: alexithymii, disociace a organizace osobnosti. Na jejich výskyt mezi sebepoškozujícími se mladými dospělými, na jejich vzájemnou provázanost a možný vztah, jako i na další, konkrétní motivy, které tuto skupinu k sebepoškození vedou. A to jednak s cílem propojit jednotlivá poznání a lépe porozumět této problematice v českém prostředí, jednak s cílem vyvodit z takového poznání možnosti terapeutické intervence v této skupině.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ORGANIZACE OSOBNOSTI

Jedním ze současných funkčních přístupů (v opozici k modelu poruch osobnosti DSM-5) k osobnostní¹ psychopatologii je vedle tradičního strukturálního modelu (rámcově vzniklého z práce Sigmunda Freuda) také koncept organizace osobnosti, vzešlý z integrace egopsychologie a teorie objektních vztahů. (Kernberg, 1984; Lenzenweger & Clarkin, 2004). Jelikož z této koncepce vychází i screeningový dotazník IPO, neboli Inventory of Personality Organization (Lenzenweger et al., 2001), který je jedním ze stěžejních nástrojů naší praktické části, budeme se v následujících odstavcích věnovat organizaci osobnosti podrobněji.

1.1 Stručná historie konceptu organizace osobnosti

Psal se rok 1967, když americký psychoanalytik Otto Kernberg vydal článek *Borderline Personality Organization*, který se stal prvním dílkem do mozaiky nově vznikající teorie osobnostní psychopatologie. Kernberg v tomto článku vznáší kritiku stran dosavadní neucelenosti terminologie a konceptualizace symptomatologie osobnostní poruchy, známé jako hraniční porucha osobnosti. Zároveň v tomto článku také přichází s tezí, že ono „borderline“ (tedy české „hraniční“) neznačí přechodné stavy fluktuující mezi neurózou a psychózou, jako spíše stabilní, ale patologickou oblast struktury ega, ležící na pomezí těchto dvou. Dle něj (ibid.) totiž existuje celá skupina psychopatologických konstelací², vyznačujících se podobnou strukturou ega; která je však odlišná od méně závažných struktur neurotických, nacházejících se na jedné straně, a závažných struktur psychotických na straně druhé. Jedná se o specifika zejména na poli patologické internalizace objektních vztahů, difuzní identity či polymorfních neuróz a primitivních obranných mechanismů (Bauer et al., 2016; Kernberg, 1967; Lenzenweger et al., 2001).

¹ Osobnost si definujeme po vzoru Otto Kernberga (Lenzenweger & Clarkin, 2004), jako dynamickou interakci zkušeností spolu s behaviorální odpovědí jedince.

² Jak představujeme později, v podkapitole úrovně organizace, hraniční porucha osobnosti není jedinou patologií, vycházející z hraniční organizace.

Jeho pohled tak vychází z tradice egopsychologie, která je rozšířená o vlastní teorii objektních vztahů. Přestože se ale hraniční úroveň organizace vyznačuje specifickými projevy v dílčích segmentech osobnosti, nalézají se mezi jednotlivými úrovněmi organizací pochopitelné průsečíky a podobnosti; těmto afinitám i odlišnostem se Kernberg věnoval i nadále (například Kernberg, 1970, 1971, 1982; Koenigsberg, 1983) a později i ve stěžejní knize *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies* (1986), kde svou koncepci ucelil, a tak se stala podnětem k širšímu zájmu i mezi dalšími výzkumníky³ (Labbé-Arroca et al., 2020). Stejně tak i my se budeme v následujících odstavcích věnovat specifikům organizačních úrovní osobnosti neurotické, hraniční, i psychotické.

1.2 Teoretická východiska

Jak jsme již nastínili v úvodu kapitoly, Kernbergův koncept organizace osobnosti vychází z myšlenek egopsychologie a zejména teorie objektních vztahů.

Psychoanalytické teorie objektních vztahů pokrývají široké spektrum přístupů, se společným důrazem zaměřeným na dyadické interakce při pochopení vývoje osobnosti (Clarkin et al., 2007). Klasická duální pudová teorie Sigmunda Freuda se totiž podle těchto teorií vždy vyskytuje pouze ve vztahu ke specifickému subjektu (Clarkin et al., 2006); na úrovni zkoumání se tedy zabývají vztahem matka-dítě, zejména v raném stádiu vývoje do tří let (ibid.). Formální struktura modelu objektních vztahů sestává z *vlastní reprezentace self* (1), *reprezentace druhých ve vztahu k self* (2) a z *afektů*⁴ (3), který tyto reprezentace propojuje (Clarkin et al., 2007; Kernberg, 2001). Výše zmíněné komponenty se společně nazývají **objektní dyády**.

³ Z vybraných článků a studií zmiňme např. Lenzenweger et al., 2001; Bauer et al., 2016; Robert et al., 2019; Hörz-Sagstetter et al., 2021; Labbé-Arroca et al., 2020.

⁴ Afekt v tomto kontextu nepojednává o prudce probíhající a výrazně emotivní reakci, jak zní jeho definice z českého slovníku psychologie (Hartl & Hartlová, 2015), ale o afektivním proudu. Ten nabývá bipolární valence, na které se, jako jeho podmnožina, emoce tvoří. Toto pojetí je známe zejména v západní literatuře (Poláčková Šolcová, 2018).

Obrázek 1: Dynamika objektní dyády (Clarkin et al., 2006)



Ty jsou základním elementem psychické struktury, jelikož slouží jako primární motivační faktory k behaviorální odpovědi (Clarkin et al., 2007; Kernberg, 2001; Svrakic & Zorumski, 2021). Behaviorální odpověď, kognice i přilehlý afekt jsou společně organizovány a tvoří unikátní charakterové vlastnosti osobnosti. (Caligor et al., 2007; Clarkin et al., 2006; Lenzenweger & Clarkin, 2004). Základní myšlenka pro vznik abnormální organizace osobnosti poté mluví o dvou úrovních vývoje. První úroveň je ovlivňována valencí dyadických zkušeností. Nachází-li se jedinec pod dominancí silně valenčně nabitých afektů, tvoří se u něj duální psychická struktura. (Caligor et al., 2007; Clarkin et al., 2006; Kernberg, 1967, 1970, 2004; Lenzenweger & Clarkin, 2004). Ta je na jedné straně sestavena z *idealizovaného self* ve vztahu k *idealizovaným druhým*, pod dominancí silně *pozitivních afektů*; a vice versa je pod dominancí silně *negativních afektů* tvořena z frustrující či *agresivní reprezentace druhých*, ve vztahu k *frustrované, rozrušené a trpící reprezentaci self* (Caligor et al., 2007; Clarkin et al., 2006). Takováto duální struktura oddělených interpretací „**vše je ideální/ vše je negativní**“⁵, je v dospělosti typická pro převahu rigidních a primitivních forem obrany, jakými je splitting nebo primitivní disociace (Caligor et al., 2007; Clarkin et al., 2006; Lenzenweger & Clarkin, 2004). K utvoření tolerance k této ambivalenci pozitivních a negativních dyadických zkušeností dochází na další úrovni vývoje. Zde je klíčová převaha pozitivních zkušeností nad negativními, která usnadňuje postupnou integraci afektivně rozdílných zkušeností. Bez utvoření tolerance k ambivalenci okolního světa⁶ totiž nedochází k úspěšné integraci ego identity⁷; nedochází tak k přechodu od primitivních obranných mechanismů k vyvráždějším, což následně vede k utvoření nezdravých a nefunkčních charakterových vlastností, ergo k

⁵ V anglické literatuře známe jako: „*idealized and persecutory*“ (Caligor et al., 2007; Clarkin et al., 2006; Lenzenweger & Clarkin, 2004)

⁶ Zprostředkovanou skrze bezpečnou zkušenost ambivalentního dyadického vztahu s dospělým.

⁷ Kernberg tuto neúspěšnou integraci popisuje po vzoru Eriksona (1956 citováno podle, Caligor et al., 2007) jako syndrom difuze identity.

rozvoji osobnostní patologie v dospělosti. (Caligor et al., 2007; Kernberg, 2014, 1976, 2004) V kontrastu k této struktuře se nachází struktura vzešlá z převážně pozitivních objektních dyád s relativně mírnou a nefluktující valencí, která se vyznačuje realističtější reprezentací okolního světa a funkčním, flexibilní a adaptivním charakterovým stylem. (Caligor et al., 2007; Kernberg 2004, 2014). O takové struktuře tedy můžeme hovořit jako o zdravé, potažmo normální (Caligor et al., 2007).

1.3 Úrovně organizace osobnosti

Nejvýstižnějším popisem Kernbergovy klasifikace je tedy její vyobrazení kontinuálního spektra osobnostní patologie, vzešlého z dysfunkcí na úrovni *integrace ego identity, obranných mechanismů a v neposlední řadě také testování reality* (Caligor et al., 2007). Ještě než si popíšeme jednotlivé části tohoto spektra, zaměříme se podrobněji na tyto tři kategorie obtíží.

1.3.1 Formace identity

Jak jsme již nastínili, při normálně konsolidované identitě jsou vnitřní i vnější objektní vztahy integrovány a organizovány tak, aby zahrnovaly stabilní a koherentní pocit sebe sama; ve kterém jsou plynule spouštěny různé aspekty sebeprožívání v různých situacích a emočních stavech. U **syndromu difuze identity** jsou naopak vnitřní i vnější objektní vztahy jen chabě integrovány, a nedochází tak k funkčnímu utvoření sebepojetí, jako spíše k sérii protichůdných zkušeností v sebeprožitku. (Caligor et al., 2007)

1.3.2 Obranné mechanismy

Caligor (2007) obranné mechanismy definuje jako automatickou psychologickou odezvu jednotlivce na vnitřní či vnější stresory, nebo emoční konflikty; jako takové tak mají za cíl alteraci subjektivního prožitku pro snížení emočního distresu. Kernberg ve své knize *Object-relations theory and clinical psychoanalysis* (1976) představil trojdělení na mechanismy **vyspělé** (1), **na represí založené** mechanismy či **neurotické** (2) a mechanismy **primitivní**, nebo také **založené na štěpení** (3). Vyspělé obranné mechanismy zahrnují minimální distorzi interní i externí reality a jsou flexibilní a adaptivní. Při užití neurotických mechanismů se jedinec snaží vyhnout distresu tím, že jej vytlačí ven z vědomí. U primitivních obranných mechanismů k vytlačení mentálních obsahů z vědomí nedochází, problém však nastává v momentě střetnutí dvou obsahů konfliktních. Na

štěpení založené mechanismy totiž nedovolí těmto obsahům přirozeně splynout, ty tedy nejsou současně prožívány ve vztahu k „já“, čímž dochází k primitivní formě odvrácení vnitřního konfliktu. (Kernberg, 1976)

Vyzrálé: zdravá adaptace i coping

- suprese = záměrné a vědomé potlačení nepatřičných myšlenek či pocitů do doby nalezení konstruktivní formy jejich zpracování
- anticipace = předvídaní a dopředné plánování pro přípravu na budoucí stresující situace
- altruismus = satisfakce nabytá skrze pomoc druhým
- sublimace = konstruktivní a kreativní přetvoření konfliktních vnitřních motivů v nekonfliktní
- humor = kapacita náhledu na komický aspekt stresové situace

Neurotické: konfliktní aspekty vnitřní zkušenosti jsou vypuzeny z vědomí

- represe = neuvědomované vytlačení myšlenky pryč z vědomí bez zapojení konstruktivních forem pro další zpracování
- izolace afektu = neuvědomované potlačení negativního afektu při zachování myšlenky (opak represe, při které se afekt, per se, nevytrácí)
- intelektualizace = potlačení afektu a přenesení zaměření na abstraktní myšlenky
- reaktivní formace = behaviorální projevy jsou opačné k vnitřním potlačeným emocím a myšlenkám
- neurotická projekce = dochází k potlačení vnitřních motivů a připisování těchto motivů druhým
- vytěsnění = potlačují se motivace a afekty vůči určitému objektu

Štěpící: aspekty vědomé zkušenosti jsou pro zabránění konfliktu disociované

- devalvace = odštěpení všech pozitivních vlastností druhého jedince a jeho vykreslení jako negativního, pro snížení vlastní anxiety (opakem je idealizace)
- projektivní identifikace = odštěpení vlastních vnitřních prožitků a jejich projekce do druhého jedince
- onnipotentní kontrola = spočívá v reakci na stresor vytvořením přesvědčení o vlastní grandiozitě a superioritě vůči ostatním

- primitivní popření = odštěpení skrze ignoraci vnitřních nebo vnějších aspektů prožitku, které jedinec vnímá jako negativní či protichůdné.

(Caligor et al., 2007)

1.3.3 Testování reality

Poukazuje na jedincovu kapacitu k tomu diferencovat na úrovních já a ne-já, tedy rozlišovat mezi intrapsychickým a externím zdrojem podnětů, a tím pádem si zachovat náhled na sociální úroveň reality. Funkce testování reality je většinou narušena u psychóz, přičemž se její vymizení manifestuje vznikem halucinózních a bludných stavů. (Kernberg, 1984; Lenzenweger & Clarkin, 2004)

1.3.4 Rigidita

Klíčovým fenoménem, který doprovází patologii v každé z výše uvedených komponent je poté **rigidita osobnosti**, kterou Kernberg a Clarkin (v Caligor et al., 2007) definují jako takový souhrn charakterových vlastností, který je inflexibilní a eo ispo maladaptivní. Jsou-li charakterové vlastnosti rigidní, aktivují se automaticky a opakovaně, nehledě na tom, jsou-li v daném okamžiku adaptivní či ne. Způsobují tak stres a úzkost buď jedinci samotnému, nebo jeho okolí. Zároveň jsou, nehledě na zkušenosti, v čase stabilní a neměnné (ibid.).

Pro příklad uveďme jedince, který je ve vztazích vždy slušný až obediční. Stane se však právníkem a supervizor mu radí, aby byl u soudu více konfrontační. I když si je vědom svého chování a před každým líčením si připomíná, že bude tentokrát více konfrontovat své oponenty, kvůli rigiditě těchto vzorců chování takovou změnu postoupit nezvládá.

1.4 Tři úrovně organizace

Pochopení Na základě uspořádání míry patologie v těchto zmíněných doménách Kernberg (Clarkin et al., 2006; Kernberg, 1984; Lenzenweger & Clarkin, 2004;) následně definuje tři základní skupiny patologie osobnosti, nebo také úrovně organizace osobnosti. Na úrovni méně závažně patologické organizace se objevuje osobnostní rigidita v souvislosti s represivními obrannými mechanismy, avšak v nastavení normálně zformované identity. Tato úroveň je v Kernbergově klasifikaci nazývána jako úroveň *neurotická*. Na úrovni závažnější, v Kernbergově klasifikaci známe jako úroveň *hraniční*, dochází ke slabé konsolidaci identity v kombinaci s vysokou rigiditou a dominancí

primitivních obran. Testování reality, avšak zůstává na hraniční úrovni organizace zachováno⁸. Narušení testování reality tak zůstává doménou nejzávažnější patologie v organizaci osobnosti, kterou autoři popisují jako úroveň psychotickou (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1984; Lenzenweger & Clarkin, 2004). Je zde nicméně vhodné zmínit, že ztráta testování reality vede ke ztrátě schopnosti *diferenciovat mezi vnitřním a vnějším prožitkem* (viz podkapitola testování reality), a tak všichni pacienti s psychotickou organizací osobnosti ve skutečnosti reprezentují *atypickou formu psychózy*; tím pádem, striktně vzato, je tato organizace vylučujícím kritériem pro diagnózu poruchy osobnosti (Lenzenweger & Clarkin, 2004). Podrobně se Kernbergově klasifikaci věnuje tabulka číslo 1.

Tabulka 1: Úrovně organizace podle Kernberga (Caligor et al., 2007)

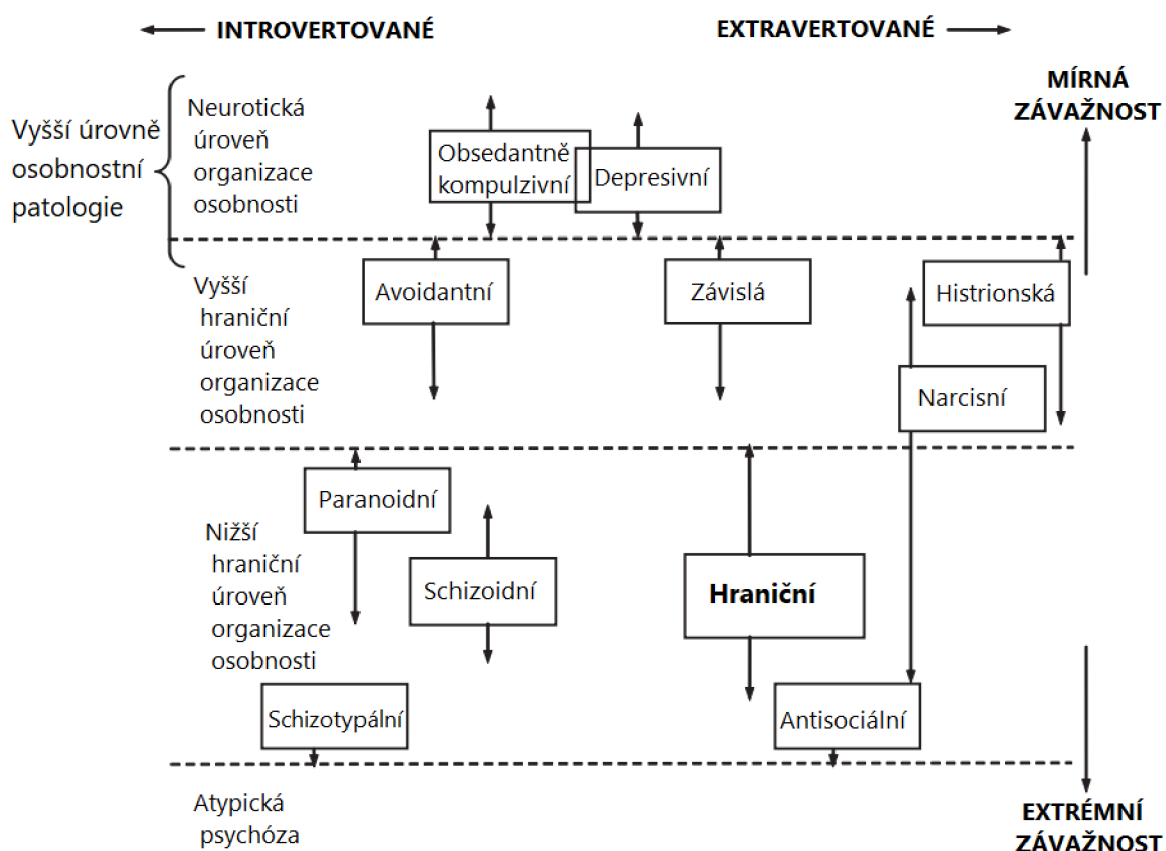
Segmenty osobnosti	Hraniční organizace	Neurotická organizace	Normální organizace
Identita:	Inkonzistentní a neintegrované sebepojetí i náhled na druhé	Koherentní sebepojetí i cit pro druhé	Plně integrované sebepojetí i cit pro druhé
Obrany:	Užívají primitivních obran	Užívají vyspělejších obran	Plně vyspělé obranné mechanismy
Testování reality:	Proměnlivá schopnost vnímat sociální aspekt reality; nedostatek taktu	Přesná percepce sebe, i externí reality; stabilní schopnost vnímat sociální aspekt reality	Přesná percepce sebe i externí reality; stabilní schopnost vnímat sociální aspekt reality
Rigidita:	Závažná rigidita	Rigidita přítomná	Flexibilní adaptace
Agrese:	Orientována vůči sobě, občasně vůči druhým; v nejzávažnějších případech (nižší Ho, viz dále) až ve formě nenávisti	Inhibovaná agrese; výbuch agrese doprovázen prožitkem viny	Agrese moderovaná; sociálně žádoucí sebeprosazování
Vnitřní hodnoty:	Protichůdný systém hodnot; neschopnost žít podle vlastních hodnot; v nejzávažnějších případech (nižší Ho) až absence hodnot a morálky	Nadměrně prožívaný pocit viny; přítomná rigidita v práci s vlastním já	Stabilní, nezávislé, individualizované
Objektní vztahy:	Problémové interpersonální vztahy; absence sexuální vztahů, nebo sexuální vztahy chaotické; zmatené vnitřní modely vztahů; závažné rušení v milostných vztazích	Sexualita do jisté míry inhibovaná, případně obtíže v integraci sexu a lásky; vztahy s ostatními avšak hluboké	Trvající a hluboké vztahy s ostatními; sexuální intimita v kombinaci s něhou; koherentní a funkční modely ve vztazích

⁸ Ke zhoršení ale může dojít při stresové zátěži, viz podkapitola Hraniční organizace osobnosti.

1.5 Překryv teorie organizace osobnosti a DSM-5

Přestože obsahuje tabulka číslo 1 kategorické rozčlenění⁹, je třeba teorii organizace osobnosti, jak zmiňujeme výše, vnímat v dimensionálním smyslu. (Caligor et al., 2007) Organizační spektrum tak začíná u normální osobnosti s konsolidovanou identitou, vyspělými odranými mechanismy a stabilním testováním reality. Na konci spektra se posléze nachází organizace se závažnou patologií identity, primitivními obranami a nejistým testováním reality. Kernbergův klasifikační systém však můžeme zkombinovat s pátou edicí amerického *diagnostického a statistického manuálu psychických nemocí* DSM-5 (2013), abychom lokalizovali psychopatologii ve dvoudimensionálním měřítku. Většina poruch zahrnutých jak v americkém DSM-5 (ibid.), tak v mezinárodním MKN-10 (1992), bude lokalizována právě v prostředku námi vymezeného spektra. Podrobnou lokalizaci jednotlivých poruch osobnosti shrneme na obrázku č. 2:

Obrázek 2: Překryv patologických úrovní organizace s DSM-5 (Caligor et al., 2007)



⁹ Kategorický přístup popisuje nozologickou jednotku jako přítomnou či nepřítomnou na základě symptomů; dimensionální přístup hovoří o spektru jdoucím od normálního stavu k závažné patologii (Avasthi et al., 2014),

1.6 Hraniční organizace osobnosti

Jak si můžeme povšimnout, většina forem poruchy osobnosti popsanych v DSM-5 (2013) i MKN-10 (1992) spadá do hraniční organizace osobnosti. Dle Kernbega a Caligora (2007) zde můžeme řadit i takové PO, které se ve výše popsanych diagnostických manuálech nenachází jako *maligní narcisismus* či *sadomasochistická PO*. Z toho důvodu se pro předmět této práce jedná o organizaci zcela nejpodstatnější, jelikož u osob s touto organizací dochází v nejčastějším procentu případu k automutilaci (Clarkin et al., 2006). Osoby s hraniční organizací jsou dle Kernbega a Caligora (2006) pod vlivem silných a primitivních emocí, které, kvůli nízké integraci (viz podkapitola Úroveň organizace osobnosti), nemají pod kontrolou. Jelikož jsou tyto emoce spouštěny paralelně s kognitivní odpovědí systému, objevuje se u jedinců s hraniční organizací riziko výskytu hněvivé reakce, o které jsou přesvědčeni, že je oprávněná. To podle autorů (ibid.) poukazuje na problém nejen stran afektivní dysregulace, ale i dysregulace kognitivní.

Z klinického hlediska je nejpodstatnější charakteristikou této organizace právě *syndrom difuze identity* (Clarkin et al., 2006; Lenzenweger & Clarkin, 2004). Jak jsme podrobněji popisovali v podkapitole Teoretická východiska, difusní identita vzniká pod obrazem inadequate integrace primitivně pozitivní (idealizovaných) a negativních (persekučních) segmentů brzkých objektních vztahů. Klinicky se poté tato difuze identity projevuje neschopností reflexe a chaoticky rozporným popisem sebe sama i druhých, bez schopnosti náhledu. Behaviorální korelátem této difuze je *emoční labilita* (1), *interpersonální chaos* (2) a zcela typicky také *oscilace mezi submisivní bezmocností a hněvivou, tyranizující agresí, směřující jak auto, tak heteroformně* (3).

K tomu je důležité zmínit, že autoři Kernberg et al. v knihách *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology* (2007) a zejména *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations* (2006) rozlišují dva subtypy hraniční organizace osobnosti, na nízký a vysoký; a to na základě závažnosti difuze identity. Zejména nízká úroveň hraniční organizace je podle autorů (2006) spojena s vyšším rizikem *aktivního suicidia, sebedestruktivního jednání a s projevy agrese a absencí morálky*. Obzvláště evidentní, neskrývaná agrese, směřovaná najmě proti sobě, je dominující charakteristika nižších úrovní organizace (ibid.).

1.7 Objektní teorie a neurověda

V posledních letech se Kernberg (Kernberg, 2014, 2022) i jiní (Svrakic & Zorumski, 2021) snaží o integraci objektní teorie a neurověd. Z poznatků z těchto snah vyplývajících víme, že neurálním korelátem objektních dyád je dráha hippocampus-amygdala-mPFK (Svrakic & Zorumski, 2021). Kdy amygdala, jeden z nejvýznamnějších komponent salientní sítě¹⁰, zpracovává emoční učení (emoční učení je specifickou formou implicitní paměti) skrze uchování paměťové stopy, nesoucí kontext proběhlého afektu (pozitivní/negativní). Na tomto procesu se podílí spolu s hippocampem; ten ještě není dostatečně zralý pro konsolidaci epizodické paměťové stopy, hraje však roli v uchování poznatku o valenčním působení podnětů na neurální aktivitu (Svrakic & Zorumski, 2021). Mediální prefrontální kůra poté přispívá k monitoraci odehrávajících se podnětů (Skottnik & Linden, 2019) a je aktivní v momentě, kdy blízká pečující osoba (matka) interaguje přímo s dítětem (Svrakic & Zorumski, 2021); zároveň je tato oblast zapojena hippocampem při tvorbě paměťové stopy a utváří tak aktivní epizodickou vzpomínku (Kitamura et al., 2017). Jak jsme již nastínili, tato epizodická vzpomínka se z důvodu nedozrálých mozkových struktur v raném dětství nezachovává, ale afektivní zpracování hipokampálně-amygdalové dráhy do značné míry ovlivňuje funkční konektivitu neurální sítě, která je podkladem pro organizaci mysli (a ipso facto osobnosti). (Svrakic & Zorumski, 2021) V období citlivém pro neuropsychologický rozvoj je tedy působení na tuto síť klíčové, zápis informací s převážně pozitivní valencí přispívá normálnímu vývoji, zatímco zápis zkušeností negativních a chronický stres z negativních dyadických interakcí zapříčiňuje rozvoj disharmonický¹¹. K tomu patrně dochází opakovanou aktivací stresové osy HPA (Czéh et al., 2018; Svrakic & Zorumski, 2021).

Osa HPA, neboli *hypotalamo-pituitárně-adrenální*, je komplexní neuro-endokrinní reakcí systému na přítomný stresor (Stephens, & Wand, 2012). Jádro hypotalamu *Nc. Paraventricularis* produkuje *kortikoliberin*, hormon uvolňující kortikotropin, který je vháněn do kapilár hypofýzy (z lat. *glandula pituitaria*), kde působí navýšením sekrece *kortikotropinu*. Ten svou funkcí navyšuje v nadledvinách produkci *glukokortikoidů*, zejména **kortizolu** (Smith & Vale, 2006; Nestler et al., 2008). Kortizol je díky svému

¹⁰ V teorii neurálních sítí je salientní síť struktura mozku, mající za úkol přesměrování zaměření pozornosti na pro člověka významné podněty (Skottnik & Linden, 2019; Barrett, 2022; Phelps & LeDoux, 2005)

¹¹ Na neuroanatomické úrovni ovlivňuje organizaci ve strukturách hippocampu i prefrontálního kortexu (Bennett et al., 2008; Svrakic & Zorumski, 2021).

glukoneogenetickému¹² účinku označován jako primární stresový hormon (Kuo et al., 2015; Nestler et al., 2008). Byl však zjištěn jeho neurotoxický efekt (Qin et al., 2016), jako i imunosupresivní vlastnosti. Potlačuje totiž inflamaci, přirozenou obrannou reakci organismu (Nestler et al., 2008). A přestože je osa HPA regulována hypotalamem, jedná se o regulaci proti aktivaci akutního, nikoliv chronického charakteru (Qin et al., 2016)). Potenciální škodlivost této osy tedy spočívá v opakované dlouhotrvající aktivaci při chronickém distresu (Qin et al., 2016; Stephens, & Wand, 2012).

1.8 Kritika konceptu organizace osobnosti

Kerbenrgův koncept organizace osobnosti se obecně setkává v akademické sféře s relativním přijetím stran ucelenosti, empirického pozadí i klinické využitelnosti (Izdebska, 2015; Hörz-Sagstetter et al., 2021; Labbé-Arroca et al., 2020). Objevují se však i kritici Kernbergova konceptu, zejména stran teorie objektivních vztahů. Harriette Johnson (1991) píše, že studie sice potvrzují existenci nevědomé mentální úrovně nezávislé na vědomém prožívání (tedy jeden z klíčových předpokladů Kernbergovo teorie), avšak výzkumy kojenců nepotvrdily Kernbergovu teorii raných vývojových stádií a teorii patogeneze, která připisuje psychopatologii dospělých neschopnosti orientovat se v těchto fázích. Johnson dále uvádí (ibid.) že longitudinální studie nepotvrdily deterministické nastavení v dospělosti skrze zážitky v dětství. Jelikož se jedná o článek staršího data, oproti relativně aktuálním studiím, popsaných začátkem podkapitoly, musíme však brát tato tvrzení cum grano salis. Jiní autoři (Christopher et al., 1992; 2001) zase vznášejí kritiku ohledně mechanismu štěpení. Ten podle autorů musí být zároveň méně energicky nákladný nežli represe, aby jej oslabené ego bylo schopné využít; zároveň se však podle modelu přerušením štěpení uvolňuje energie, kterou pak může ego využít pro nákladnější represivní obranu, která se tím pádem stává méně nákladnou než represe. To podle autorů (ibid.) představuje logicky neslučitelný požadavek, který činí ze štěpení nefunkční a nadbytečný koncept. Jiraskova (2014) nicméně uvádí, že je štěpení v Kernbergově pojetí v souladu s poznatky vzešlými z výzkumů manifestace štěpení v metodě ROR.

I přes přítomnou kritiku můžeme o konceptu organizace osobnosti říct, že se jedná o jeden z nejucelenějších a klinicky nejvyužitelnějších koncepcí pro práci s poruchami

¹² Glukoneogeneze je proces, při kterém se buňky stávají katabolickými, tedy uvolňují uchovanou energii pro vypuštění glukózy. (Nestler et al., 2008)

osobnosti, a to zejména s důrazem na propracovaný popis hraniční organizace, a ipso facto hraniční poruchy osobnosti (Izdebska, 2015).

2 ALEXITHYMIE

V úvodní kapitole jsme v rámci deskripce příznaků spojených s hraniční organizací osobnosti zmiňovali *neschopnost popisu vnitřních prožitků*. Takováto inkapabilita je v literatuře (López-Muñoz & Pérez-Fernández, 2020) běžně označována pojmem Alexithymie. V následujících odstavcích si koncepci tohoto pojmu, jeho vývoj, i přesné projevy hlouběji představíme, neboť dostupné zdroje naznačují na jeho nápadnou přítomnost u sebepoškozujících se pacientů (Norman et al., 2020; Reyno et al., 2020).

2.1 Historie konceptu alexithymie a teoretická východiska

Pojem alexithymie byl poprvé použit roku 1972 pionýrem psychosomatiky (americkým psychiatrem Peterem Sifneosem (1972; 1973); který si povšiml společných symptomů *absence emoční funkcionality (1)*, *chudosti vnitřní fantazie (2)* a v úvodu zmíněné *neschopnosti popisu vnitřního prožitku (3)* u pacientů s psychosomatickými obtížemi. Jelikož byla podle Sifneose (ibid.) stěžejním rysem této popisované symptomatologie právě neschopnost slovního popisu vlastních pocitů. Rozhodl se z důvodu absence vhodného pojmu přijít s pojmem vlastním, tedy *Alexithymií* (a- = absence | lexis = slovo¹³ | thymos = nálada či emoce). Kterou, volně přeloženo, popisuje jako *beze slova pro city*. Na heidlberské evropské konferenci o psychosomatickém výzkumu, věnované právě otázce alexithymie poté Sifneos et al. (1977) popsali její projevy v porovnání se symptomy neurózy.

¹³ V původním textu (Sifneos, 1973) chybně přeloženo jako „práce“ (anglické work) namísto „slovo“ (anglické word).

Tabulka 2: Porovnání symptomů Alexithymie a Neurózy (Sifneos et al., 1977).

Upraveno¹⁴

Dimenze	Alexithymie	Neuróza
Přítomné stížnosti	Nekonečné popisování fyzických symptomů, často bez spojitosti se somatickým onemocněním	Nižší zaměření na fyzické projevy Schopni popisu psychologických obtíží
Ostatní stížnosti	Tenze, iritabilita, frustrace, bolest, nuda, prázdnota, agitace, nervozita	Úzkost charakteristická spíše katastrofickými myšlenkami než tělesnými prožitky Deprese charakteristická pocity bezvýznamnosti a viny
Kontext myšlení	Výrazná absence fantazijního prožitku a schopnosti popisu triviálních environmentálních detailů Vyřezání slov nebo symbolů do kůže	Bohatý fantazijní život Schopnost přesvědčivého popisu vnitřních pocitů
Jazyk	Přítomné obtíže při hledání slov pro popis pocitů	Vhodný popis pocitů
Pláč	Raritní Pláč nesouvisí a není odpovídající reakcí na pocity	Odpovídající s ohledem ke specifickým pocitům
Sny	Raritní	Časté
Afekt	Vhodný	Nevhodný
Aktivita	Tendence k impulzivité	Odpovídající situací
Interpersonalita	Chabá, s tendencí k závislosti nebo samotě	Konflikt se specifickými lidmi, ale obecně dobré vztahy
Vztah ke kultuře	Žádný	Značný

Jak ale píše López-Muñoz a Pérez-Fernández (2019), Sifneos nebyl první, kdo si povšiml této nápadné charakteristiky. Již v roce 1948 zpozoroval psychiatr Jürgen Ruesch u svých pacientů sérii zvláštních znaků (citováno podle López-Muñoz & Pérez-Fernández, 2020). Ti, kteří trpěli akutními i chronickými psychosomatickými problémy, jako je kefalea, gastrointestinální potíže nebo hypertenze, byli zároveň charakterističtí skoupou představivostí a neschopní verbálního popisu ani symbolické exprese svých emocí. Tím se podle Ruesche lišili od pacientů s primárně nesomatickými potížemi. Marty a de M'uzan, představitelé francouzské psychosomatiky, zase roku 1963 přišli s pojmem *La pensée opératoire*, tedy operativní myšlení, které představili v publikaci *Aspects fonctionnels de la vie onirique*, prezentované na 23. kongresu francouzsky mluvících psychoanalytiků (Aisenstein, 2018; Lesser, 1981). Operativní myšlení podle autorů (Marty, De M'Uzan,

¹⁴ Původní obrázek, graf nebo tabula upravena pro potřeby této práce, s respektem k zachování informací i myšlenky původního díla.

1963) představuje převážně konkrétní, v realitě ukotvený kognitivní styl. Své somatické potíže pacienti s tímto operativním myšlením popisují jako množinu izolovaných symptomů, které nejsou schopni uspořádat do souvislostí, natož vyjádřit afektivní rovinu prožitku.

Zde nalézáme jistou podobu se symptomy alexithymie popisovanými Sifneosem. V obou případech jde o pacienty stěžující si na somatické problémy. Neschopnost syntézy symptomů a konkrétní myšlení poukazují na chudý fantazijní prožitek. A nepřístupnost k afektu je obdobným symptomem jako absence emoční funkcionality.

2.2 Konceptualizace alexithymie; definice a modely

Budeme-li se o alexithymii bavit jako o stabilním osobnostním rysu, můžeme jí pokládat za rizikový faktor související s řadou psychosomatických obtíží. Takto definovaná alexithymie byla prokázána například u pacientů se somatoformními poruchami (Cox et al., 1994), poruchami příjmu potravy (Westwood et al., 2017), PTSD (Putica et al., 2021) a v neposlední řadě také u jedinců trpících záměrným sebepoškozováním (Norman et al., 2020; Reyno et al., 2020). Ve svém pojetí nazývá Freyberger (Freyberger, 1977) alexithymii jako osobnostní rys pojmem **primární alexithymie** a rozlišuje ji tak od **alexithymie sekundární**, která podle něj (ibid.) vzniká jako reakce na přítomnou chorobu¹⁵, a můžeme tak očekávat její pokles či úplné vymizení spolu s ústupem jejího spouštěče – choroby. O sekundární alexithymii můžeme podle Freybergera (1997) hovořit jako o protektivním faktoru, obranném mechanismu, díky kterému pacient bojuje s prožitkem tíživé choroby.

Jak jsme již zmínili úvodem kapitoly, primární alexithymii může definovat na základně symptomů chudosti vnitřní fantazie, neschopnosti popisu vnitřních prožitků, absence emoční funkcionality a přítomnosti operativního myšlení. Výsledky studie provedené Hendryxem et al. (1991) nicméně poukazují na to, že je alexithymie multidimenzionální konstrukt (tedy že se některé z popsanych symptomů mohou objevovat izolovaně a nezávisle na jiných), a že některé z dimenzí vykazují charakter právě sekundární alexithymie ve Freybergerově pojetí. Tato studie proběhla za pomoci 26 položkového dotazníku TAS. Později byla evaluovaná s použitím revidované verze TAS-20 Havilandem (1996). Jelikož je TAS-20 jednou z ústředních této studie, je mu věnována

¹⁵ Typicky se sekundární alexithymie vyskytuje u dialyzovaných pacientů, pacientů s rakovinou, nebo po transplantaci (Freyberger, 1977). Vyskytuje se však i u jedinců s panickou poruchou a sociálními fobiemi (Fukunishi et al., 1997)

důkladnější pozornost v praktické části. Stojí ale za zmínku, že při konstrukci první verze toho dotazníku přišli autoři (Taylor et al., 1985) při použití faktorové analýzy na přítomnost 4 faktorů. Jednalo se o faktory *identifikace pocitů* (1) *denní snění* (2) *externě orientované myšlení* (3) a *schopnost komunikace pocitů* (4). Revidovaná a zkrácená verze TAS-20 poté přinesla faktory tři, došlo tak k vyjmutí denního snění z modelu, autoři k tomu ale připomínají, že druhý a třetí faktor společně tvoří výše popisované *La pensée opératoire* (Bagby et al., 1994; Taylor et al., 2000).

- První faktor, *potíže s identifikací pocitů*, představuje schopnost správně rozpoznat prožívané emoce a odlišit je od tělesných prožitků
- Druhý faktor, *potíže s komunikací pocitů*, představuje schopnost popsat své emoce druhým
- Třetí faktor, *externě orientované myšlení*, reflektuje jedincovu preferenci zaměřovat se na vnější události nežli na vnitřní prožitky (Taylor et al., 1985; Bagby et al., 1994; Bagby et al., 1986a)

Procházka (2009) k tomu píše, že představuje toto škálové měření alexithymie jistý posun v náhledu na tento konstrukt. Pomáhá totiž s jinak veskrze náročnou (Bagby et al., 1986b) operacionalizací konceptu alexithymie (Preece et al., 2020; Taylor et al., 1985) a zároveň nahlíží na alexithymii jako na dimenzionální konstrukt (Taylor, 2000; Parker et al., 2008), čímž se vymaňuje z často kritizované kategorické konceptualizace (Taylor, 2000).

2.3 Etiologické modely

Výše zmiňovaná diskrepance v operacionalizaci konceptu nastiňuje i nejasnost, se kterou se alexithymie setkává stran náhledu na její vznik. Existuje tak řada rozdílných pohledů z různých teoretických východisek. Vrátime se proto letmo skrze historické okénko na začátek této kapitoly, jelikož první pokus o klasifikaci možných modelů vzniku publikoval blízký kolega Petera Sifneose a spoluautor konceptu alexithymie, John Nemiash (1977), a to na stejné heidelberské konferenci, na které Sifeos důkladně popsal její symptomatologii (viz Historie konceptu Alexithymie a teoretická východiska).

Nemiash (1977) rozčlenil možné prameny vzniku na Psychologické a Neuroanatomické teorie, které se dále rozčleňují na konkrétní modely. Jak nicméně píšeme

výše, alexithymie historicky vychází z psychodynamické teorie, jelikož byli oba její autoři psychoanalyticky orientováni. Dovolíme se tedy modely prezentované v tomto jeho úvodním článku (Nemiah, 1977) souhrnně označit jako *Psychodynamické modely*.

2.4 Psychodynamické modely

Tyto modely obecně nahlíží na vysvětlení vzniku alexithymie jako na výsledek konfliktu psychologických sil (Nemiah, 1977). Jedním z možných vysvětlení je poté teorie *konverze*, podle které psychosomatické poruchy vznikají obdobným principem jako disociační poruchy¹⁶, které jsou v psychoanalytickém výkladu symbolickou reprezentací potlačených fantazií, vzešlých z neakceptovatelných afektů a motivací (Nemiah, 1977). Na rozdíl od disociativních poruch¹⁷, u kterých jsou potlačené afekty motivací zpravidla oedipální povahy, jsou nicméně afekty a motivace z oblasti psychosomatiky zejména pre-oedipální.

Tato represe fantazií se následně projevuje právě chudou vnitřní představivostí, absencí emocí (jejich potlačením) a s tím spojenou navýšenou somatizací. Tedy symptomy, které nápadně připomínají diskutovanou alexithymii.

Na koncept konverze podle Nemiashe (1977) přímo nasedá práce Felixe Deutsche (1963, citováno podle Nemiah, 1977), který tvrdí, že pokud dojde v pre-oedipálním stádiu vývoje k orgánové chorobě ve stejnou dobu, kdy jedinec prochází psychologickým konfliktem, spojí se funkčnost tohoto orgánového systému spolu s psychologickou nástavbou v nevědomý komplex. Ten se v dospělosti projevuje při reaktivaci psychologického konfliktu externím stimulem, který na nevědomé úrovni postihuje i daný orgán.

Dalším zajímavým psychodynamickým modelem je podle Nemiashe (1977) vývojová teorie patogenního vztahu matka-dítě, autorky Joyce McDougall. Tento model přichází s dvěma tvrzeními a) psychosomatický proces vzniká defektem ega ve vztahu k tvorbě fantazie a afektivnímu prožitku b) zdrojem těchto defektů ega je narušení raně vývojového dyadického vztahu matka-dítě. Raný obraz matky je totiž prototypem vyvíjené fantazie a selhání v tvorbě tohoto obrazu nutně poškozují budoucí schopnost zformovat fantazii jako symbol instinktních motivů.

¹⁶ V původním článku byl pojem disociační porucha nazván dnes již obsoletním termínem konverzní hysterie, pro jeho neaktuálnost jsme jej v naší práci nahradili soudobou terminologií.

¹⁷ Popisu disociací se důkladně věnujeme v nadcházející kapitole.

2.4.1 Další psychologické modely

V kontrastu k psychoanalyticky orientovaným modelům, představených v původní práci Johna Nemiasche (Nemiah, 1977), leží teze, se kterou ve své knize přichází Lisa Feldman Barrett (2022). Ta tvrdí, že by mohla být alexithymie vysvětlená jako absence nebo dysfunkce v koncepčním systému jedince. Tento koncepční systém představuje v teorii prediktivního kódování rozsáhlou soustavu v mozku, která reprezentuje znalosti o všech aspektech prožívané zkušenosti (pozorovaných objektech, událostech, prožívaných emocích a mentálních stavech), které kategoricky organizuje (Barrett, 2022; Barsalou, 2008). Mozek podle této teorie zpracovává informace rozložením zkušenosti na jednotlivé komponenty, které kategorizuje (Barsalou, 2008), a pomocí takzvané konceptuální kombinace¹⁸ utváří koncepty nové, čímž dotváří realitu. Mozek totiž v každém okamžiku předpovídá realitu na základě v minulosti vytvořených konceptů; a teprve v momentě, kdy koncept v něčem nesedí, nastane takzvaná predikční chyba¹⁹, upozornuje a „predikci“ (koncept) upravuje (Millidge, 2021).

Jak naznačuje předchozí věta, koncepční systém se utváří na základě předchozí zkušenosti, a to již od prenatalního období (Barrett, 2022). Barrettová (ibid.) tak předpokládá, že k poškození emočního koncepčního systému dochází nedostatečným vývojem a utvořením emočních kategorií v dětství. Tím se shoduje s konceptem představeným výzkumníky Lanem a Schwartzem (1987), kteří hovoří o takzvaném „emočním uvědomění“, ke kterému dochází diferenciací a integrací mentálních obsahů na jednotlivých úrovních vývoje. Jelikož se ukazuje (Lindquist, 2008), že u alexithymie nedochází k narušení jádrového afektu²⁰, nýbrž k neúspěšnému překladu jádrového afektu do mentální reprezentaci emoce; Lane et al. (1997) proto nazývají alexithymii emoční slepotou. Vývojový aspekt vzniku alexithymie experimentálně potvrzuje i Berenbaum & James (1994).

¹⁸ Díky znalosti konceptů „červená barva“ a „stuha“ jsme schopni konceptuální kombinací vytvořit v mysli nový koncept „červená stuha“, to samé platí i u konceptů složitějších či abstraktních; s jedinou podmínkou, že musíme znát jednotlivé komponenty nové konceptu (Barrett, 2022)

¹⁹ Tedy změna v predikované realitě, kupříkladu květina v jiném rohu místnosti, či nová výloha na cestě do práce; je však nutné zmínit, že predikčních chyby nastávají v každé sekundě a v nejmenší izolované formě se bavíme o „chybách“ na úrovni senzoričného čítí.

²⁰ Jsou schopni vnímat v kategoriích příjemné/nepříjemné – kupříkladu stran somatického prožitku.

Dalším silným argumentem pro tuto teorii leží v samotném názvu diskutovaného fenoménu, ono „beze slova pro city“ bylo totiž prokázáno i experimentální cestou (Lecours et al. 2009; Meganck et al. 2009 citováno podle Barrett) a u alexithymií trpících jedinců se tedy objevuje ochuzenost slovníku o emoce-popisná slova. To je informace podstatná z toho důvodu, že koncepční systém sice může využívat konceptuální kombinace pro utváření reality, mnohem jednodušší je pro něj však využití již zavedených konceptů, utvořených v minulosti²¹. Chudší slovník i horší paměť pro tato slova, potvrzená Luminetem et al. (2004), tak ve své podstatě zabraňují adekvátnímu prožitku emocí, pro znesnadnění aplikace patřičného emočního konceptu.

2.4.2 Neurovědní modely

Jelikož se teze prezentované Lisou Barrett (2022) opírají o poznatky z ranku neurověd, vraťme se zpět na začátek, ke druhé části heidelbergského příspěvku. V té hovoří Nemiash (1977) o možných neuroanatomických explanacích konceptu alexithymie.

Jedním z možných vysvětlení je podle autora (ibid.) porucha na neurálních drahách mezi jednotlivými centry. Přičemž postuluje poruchy na drahách mezi centry psychické elaborace a centry vědomí (1) centry emocí a psychické elaborace (2) a centry psychické elaborace mezi sebou (3). Sám však upozorňuje (ibid.), že jsou zmíněné dráhy pro nedostatek znalostí neuroanatomie (kde ta centra psychické elaborace se nachází) čistě teoretické. À propos je vhodné zmínit, že tento článek, při vším svém vědeckém impaktu a opodstatnění, vznikl na konci 70. let. A protože neurovědy došly od té doby k velkému posunu (Altimus et al., 2020), představíme zde soudobé výzkumy na poli neuroanatomickém a neurokognitivním. Zmiňme proto metaanalýzu, ve které autoři (van der Velde et al., 2013) shrnují výsledky 15 studií, jež poukazují na signifikantně shodnou změnu aktivity, hned v několika centrech mozku. Postupně si tedy tato centra představíme.

Amygdala, insula a přední cingulum

Jak jsme již zmiňovali v úvodní kapitole, amygdala je považována za jedno z primárních podkorových center takzvané **salientní sítě** (Skottnik & Linden, 2019; Toga, 2015). Nejvýznamnějšími centry na korové úrovni jsou poté právě anteriorní insula-*AI* a dorsální anteriorní (přední) cingulum-*dACC* (Toga, 2015; Menon & Uddin, 2010). Salientní síť je v modelu tří sítí rozsáhlá síť, která „přepíná“ mezi dalšími dvěma. Sítěmi

²¹ Pro mozek je o poznání složitější zpracovat informaci kombinací konceptů „pečení, těsto, rajčata, omáčka, sýr“, nežli větou „jdeme na pizzu“.

centrální exekutivy a defaultního modu. Síť centrální exekutivy je aktivní ve chvílce, kdy zaměřuje pozornost směrem ven, na externí podmínky. A vice versa je síť defaultního modu aktivní ve chvílce, kdy je mozek ve stavu bdělého odpočinku, tedy typicky při denním snění (Toga, 2015; Menon & Uddin, 2010; Nekovarova et al., 2014). Z toho vyplývá, že salientní síť určuje, co je pro člověka v danou chvíli podstatné a podle toho aktivuje přidružené sítě.

Z prezentované metaanalýzy přitom vyplývá (van der Velde et al., 2013), že je u jedinců s alexithymií snížena aktivita v oblasti amygdaly, která je spojena se salencí na emoční podněty (Svrakic & Zorumski, 2021; Barrett, 2022). Zároveň z ní vychází (ibid.) i snížení aktivity v AI, která je v rámci salientní sítě spojována s detekcí salientního podnětu (Toga, 2015; Menon & Uddin, 2010). Mimo tento model byla ale prokázána i její spojitost s hodnotícím a prožitkovým aspektem emocí (Phan et al., 2002). dACC je na druhou stranu spojováno s monitorováním predikční chyby a výběrem reakce organismu (Ide et al., 2013), a tím pádem se zapojuje do procesu kognitivní kontroly (Menon & Uddin, 2010). Jeho zvýšená aktivita, prokázaná v prezentované metaanalýze, tak může být vysvětlena dvěma způsoby. Ad 1: metodologicky, skrze užitá paradigmat v evaluovaných výzkumech. Při prezentaci jednodušších experimentálních úloh²² se aktivita dACC zvyšuje z důvodu kognitivního zhodnocení stimulů; jiné studie (Kano et al., 2003; Karlsson et al., 2008; Moriguchi et al., 2007, citováno podle van der Velde et al., 2013) ovšem ukazují na snížení jeho aktivity v momentě, kdy je nárok na emoční zpracování příliš vysoký. Ad 2: některé studie (například Vogt, 2005) ukazují, že je dACC aktivnější v momentě, kdy zpracovává podněty s negativní valencí²³. A právě v těchto studiích, které v prezentované metaanalýze (van der Velde et al., 2013) obsahovaly vystavení negativním podnětům, došlo k nejsignifikantnějšímu navýšení aktivity v dACC

Změna aktivity v těchto regionech tak poukazuje na snížení citlivosti na emoční stimuly, které pro alexithymií trpící jedince patrně nejsou dostatečně salientní; v případě že se nejedná o stimuly s negativní valencí.

²² Nebo úloh zapojujících tělesnou stimulaci, jako např. hodnocení bolestivého prožitku; což může poukazovat na hypersenzitivitu k tělesným informacím těchto stimulů u alexithymií trpících jedinců (van der Velde et al., 2013).

²³ Jak jsme si představili výše, u alexithymie patrně není narušený afekt, pouze emoční konceptualizace. Člověk s alexithymií tak může vnímat „negativní pocit“, nedokáže ale popsat jaký, nebo proč.

Dorsomediální prefrontální kůra a precuneus

Dorsomediální prefrontální kůra (kortex) - *dmPFC* a *precuneus*, tvoří spolu s *posteriorním cingulem* a *angurálním gyrem* základní funkční centra sítě defaultního modu (Andrews-Hanna et al., 2014). Tato síť, poprvé představená a pojmenována týmem z laboratoře Marcuse Rainchla (2001), se ukazuje být aktivní v momentu, kdy mozek zpracovává endogenně generované informace (Skottnik & Linden, 2019). Tedy, jinými slovy, když si člověk třídí myšlenky a hlavou je ve vnitřním světě. Krom toho je však podle autorů Satputa a Lindquistové klíčovou sítí zodpovědnou za konstrukci diskrétních emocí (2019). A aktivní je tedy i v momentě zpracování emoční informace. (Liemburg et al., 2012)

Z prezentované metaanalýzy (van der Velde et al., 2013) vychází najevo, že mají lidé s alexithymií celkově sníženou aktivitu v oblastech *dmPFC*, která je stran afektivní funkcionality spojována se: *zpracováním mentálních stavů* (1), *generováním emocí* (2), *reprezentací afektivních a dalších mentálních stavů – mentalizací* (3). Precuneum, další z klíčových center, které vykazovalo nižší aktivitu, je naproti tomu zodpovědné za: *integraci emocí a kognice* (1) *reprezentaci příjemných (s pozitivní valencí) stavů* (2) *integraci smyslových reprezentací vnitřního prostředí se zbytkem mozku* (3). (Satpute & Lindquist, 2019).

Této snížené aktivitě v centrech defaultního modu proto můžeme připisovat zhoršení emočního uvědomění a chabé schopnosti popisu vnitřních prožitků, se kterými se jedinci s alexithymií potýkají. Vrátime-li se zpět k práci Johna Nemiashe, můžeme s trochou představivosti potvrdit jím navrženou asumpci, budeme-li pokládat poruchu v „centrech psychické elaborace“, za poruchu v síti defaultního modu.

2.5 Kritická evelauace konceptu alexithymie

Jak již bylo předestřeno úvodem této kapitoly, po cestě vývoje se koncept alexithymie setkal s nejednou výzvou, s nejedním komentářem z řad akademické obce. Kritické připomínky se týkaly například etymologie a gramatické korektnosti tohoto „quasi“-řeckého neologismu (Philippopoulos, 1977) či neshod v definici alexithymie a v jejích dimenzích²⁴ (Hendryx et al., 1991; Haviland, 1996; Preece et al., 2017; Preece et al., 2020).

²⁴ Viz Konceptualizace alexithymie; definice a modely.

Aktuálnost tématu, zapříčiněná zvyšující se incidencí a prevalencí alexithymických symptomů, jako i přístup k moderním psychometrickým nástrojům a pokročilým zobrazovacím metodám. Nicméně vedl v posledních letech ke zvýšení zájmu o studium alexithymie. A tak zatímco vyhledávací engine google scholar udává počet článků obsahujících termín „alexithymie“, vzniklých mezi lety 1970 až 1997, jako 2 650, od roku 2015 do současnosti (2022) jich registruje 22 100. Pochopitelně se v tomto výčtu odráží doba, nárůst publikační činnosti v moderní historii je charakteristický pro celý vědecký svět (Bornmann, et al. 2020). Pro srovnání zde proto uvedme vyhledaný termín „disociace“, který byl ve stejném období obsažen ve 931 000, respektive 878 000 člancích. To potvrzuje obecný nárůst v publikační činnosti v novém tisíciletí, ani zdaleka však nedosahuje osminásobného růstu, pozorovaného u alexithymie. Oživený zájem o studium etiologie, symptomatologie i mapování prevalence tak může tomuto konstruktu do budoucna vybudovat serióznější pozici v klinicko-diagnostickém diskurzu. V současnosti totiž není jmenován v klíčových diagnostických manuálech DSM-5 (2013) a MNK-10 (1992).

3 DISOCIACE

Srovnání výsledků z enginu google scholar si dovolíme využít jako další oslí můstek k poslednímu z konceptů, na který se v této práci zaměříme. A který, jak si později ukážeme, bezprostředně souvisí s ústředním tématem této práce, se sebepoškozováním.

3.1 Historie konceptualizace a teorie disociace

Termín disociace se v pojetí moderní psychologie poprvé objevuje v práci Jacquese-Josepha Moreause, který jej použil pro popis stavů způsobených konzumací hašiše. V jeho pojetí byla disociace chápána jako odštěpení nebo izolace idejí, které jsou za normálních okolností součástí celistvé, integrované osobnosti. Přestože zprvu zkoumal disociaci zejména ve vztahu k chemicky navozeným stavům, postupně se začal zajímat i o čistě psychologickou formu disociací způsobených hysterickou psychózou. Paul Tascher zase hovořil o sekundární osobnosti, která v rámci jeho koncepce existuje souběžně s primární, a je schopná odklonit se a jako subdivize operovat samostatně. Kvůli takto zdvojené osobnosti může podle jeho názoru docházet kupříkladu k ideomotorickým fenoménům a jim podobným stavům. (citováno podle van der Hart & Dorahy, 2022) Podle van der Harta & Dorahy (ibid.) se jednalo o inovativní myšlenky.

Byl to však jeden z otců zakladatelů vědecké psychologie, Pierre Janet, který koncept disociace v jeho historických počátcích popsal nejdůkladněji, a to především ve vztahu k hysterii. Janet se stal během své doby průkopníkem a předním výzkumníkem v oblasti hysterie. Považoval jí za *poruchu personální syntézy, charakterizovanou retrakcí z pole vědomí a tendencí k odpojení systémů vědomí, které tvoří jedincovu osobnost*. William James, příčinlivý student Janetovo díla, přinesl evropské teorie disociace na severoamerický kontinent. Sám o ní hovořil jako o pluralitě vědomí, o subliminálním self, kde je psyché reprezentováno vícečetným vědomím. Pracoval tak, obdobně jako evropští teoretici, s disociací jako s rozštěpem vědomí, kdy tímto rozštěpem vysvětloval řadu

disociativních jevů (kupříkladu popsal disociativní slepotu). (van der Hart & Dorahy, 2022)

V Evropě se pak, nedlouho po Janetovi, objevují dva další, pro koncepci disociace významní představitelé: Josef Breuer a Sigmund Freud, kteří svou koncepci posunuli mimo Janetovy „mentální slabosti jako determinanty pro štěpení vědomí“. Přišli totiž s tvrzením, že je tento mechanismus opačný; tedy, že právě *disociace* (štěpení vědomí) může za rozvoj *snížení integrativní kapacity jedince* (mentální slabost). Sám Freud vnímal v počátcích disociaci za ego obranný mechanismus chránící před hysterickou paralýzou. Tuto koncepci avšak zanedlouho opustil a začal se věnovat proslulému represivnímu modelu. Základním rozdílem mezi pohledem psychoanalýzy a pohledem prvních koncepcí (v čele s Janetem) je následující: Prepsychoanalytici konceptualizovali disociaci z hlediska dvou aspektů: *funkční integrace organismu ustupující tváři v tvář stresoru* (1) a *současný vývoj separované psychické organizace; oddělené osobnosti, která je však tvořena na podkladě neintegrováných percepčních a psychologických prvků z traumatizujících událostí* (2). Tento druhý aspekt, oddělná osobnost, operuje mimo dosah vědomé pozornosti a přístupným se stává pouze za specifických situací; projevuje se například u ideomotorických fenoménů, nebo při řízené hypnóze. Disociace tak nereferuje pouze na nedostatečnou integraci, ale i psychickou organizaci a strukturu. Psychoanalytici na druhou stranu limitují svůj pohled čistě na první aspekt; selhanou integraci, která je motivovaná obranou jedince ego. (van der Hart & Dorahy, 2022)

Historie konceptualizace disociace je bezesporu pestrá a přispělo k ní mnoho rozličných autorů. Předmětem tohoto historického okénka nicméně není hluboký popis jejího vývoje, jako spíše nástin vybraných klíčových momentů. A proto se naposledy posuneme v čase, do roku 1980. Ten byl významný nejen počtem článků věnujících se problematice syndromu mnohonásobné osobnosti (pro vysvětlení poruchy viz podkapitola Disociativní poruchy podle MKN a DSM), ale zejména vydáním 3. revize DMS (1980). Tato revize totiž přinesla fenomenologický pohled na diagnostiku a spolu s ním i změnu v chápání pojmu disociace. Spojila totiž symptomy konverzní hysterie a depersonalizaci do jednoho velkého celku, nazvaného jako disociativní poruchy. Co je ale ještě důležitější, že fenomenologický přístup DSM-III (1980) podpořil již tak vzrůstající trend v konceptualizaci disociací, coby kontinuálního spektra, začínajícího u každodenních

„výpadků“²⁵ na jedné straně a závažných poruch integrace (manifestované symptomy s poruchami disociativního okruhu) na straně druhé. Nevýhodou tohoto rozdělení však bylo vyčlenění konverzních subtypů hysterie reprezentujících somatoformní expresi hysterie do samostatné jednotky somatoformní poruchy. (van der Hart & Dorahy, 2022)

I přes toto nešťastné umělé roztržení však měla nová koncepce DSM-III (1980) významný dopad na studium disociací. Začaly kupříkladu vnikat sebezposuzující dotazníky, respektující spektrální pojetí disociací, mezi nimi jmenovitě také škála disociativního prožitku-DES (Bernstein & Putnam, 1986), kterou užíváme i v této práci.

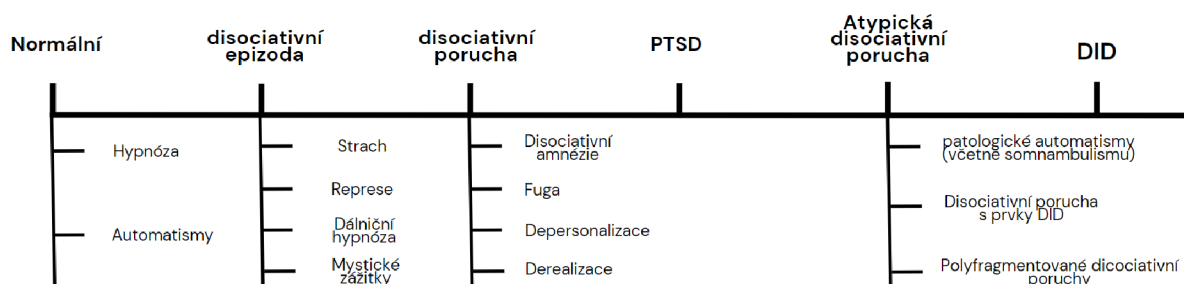
3.2 Disociativní spektrum a model BASK

V předešlé podkapitole jsme hovořili o inklinaci k chápání disociací jako kontinuálního spektra, která přišla spolu s fenomenologickým pojetím diagnostického manuálu DSM-III (1980). Jendou z klíčových prací na toto téma je článek z roku 1988, autora Bennetta Brauna, který přichází s takzvaným BASK modelem disociací. BASK, akronym anglických slov *Behavior* (chování) [1], *Affect* (afekt) [2], *Sensation* (pocit) [3], a *Knowledge* (vědomost) [4], označuje dimenze, které disociace zasahuje. Přistoupíme-li totiž na definici disociace jako separace myšlenkových procesů z proudu vědomí, využití BASK modelu poslouží k ilustraci právě zmiňované kontinuity; jelikož se může disociace objevit na kterékoliv z dimenzí, a v libovolné intenzitě. (Braun, 1988) Na behaviorální úrovni tak můžeme zažít disociaci manifestovanou ve formě jednoduchého automatismu, na afektivně-pocitové úrovni může k somatoformní disociaci dojít u hypnózou navozené anestézie²⁶. Objevit se nicméně může ve všech dimenzích najednou, a to na libovolný čas i s libovolnou intenzitou. (Braun, 1988)

²⁵ Typicky v podobě denního snění. Kupříkladu když se při chůzi do práce zamyslíme, a znenadání stojíme u dveří, nevědomi si ničeho, co se cestou stalo (viz následující podkapitola).

²⁶ Reálná efektivita účinku hypnózy na snížení bolesti je stále otázkou výzkumu. Studie z roku 2014 (Adachi et al., 2013) však nasvědčuje, že by mohla být účinná u chronických pacientů.

Obrázek 3: Disociativní spektrum v modelu BASK (Braun, 1988). Upraveno



3.3 Disociativní poruchy podle MKN a DSM

Jelikož je pro účel této práce klíčová zejména patologická část disociativního spektra, popíšeme zde krátce jednotlivé disociativní poruchy. Zaměříme se proto na několik rozličných forem patologických disociací, a to jmenovitě na *disociativní multiplicitu* (1), *disociaci paměti* (2), *depersonalizaci a derealizaci* (3) a *somatoformní disociaci* (4). (Stern, 2022)

3.3.1 Disociativní multiplicita

Jedná se o termín označující klíčovou charakteristiku disociativní poruchy identity DID (z anglického Dissociative identity disorder), dříve známé jako *syndrom mnohonásobné osobnosti*, nebo *mnohočetná porucha osobnosti*. Tato porucha se vyznačuje přítomností více než jednoho centra vědomí. Jedná se tedy o poruchu alterace mezi několika identitami jedince (O'Neil, 2022). Diagnostická kritéria DID jsou v manuálu DMS-5 (2013) definována následovně:

- A: Narušení identity charakterizované prezencí dvou či více odlišných stavů osobnosti. Toto narušení identity zahrnuje alteraci v afektu, kognici, percepci, paměti, chování i vědomí a je typicky doprovázeno diskontinuitou vědomého prožitku napříč jednotlivými stavy.
- B: Opakované mezery ve výbavnosti na úrovni prožívaných událostí, důležitých osobních informací a traumatických zkušeností, které nejsou připisatelné běžnému zapomínání.
- C: Symptomy způsobují významný distrest a narušení sociálních vztahů.
- D: Forma narušení není normální součástí akceptované sociokulturní praxe dané společnosti.

- E: Pro forma diferenciálně diagnostického vymezení od symptomů substančního abúzu a dalších jevů DID podobných, ale s ní nesouvisejících.

MKN-10 (1992) se otázce DID věnuje jen velmi okrajově, kdy je zahrnutá v kódovém označení F44.8, tedy: Jiné disociativní (konverzní) poruchy, pod názvem „Mnohočetná osobnost“. 11 revize MKN (2019), která stále není v českém překladu dostupná, nicméně obsahuje kategorie 6B64 a 6B65, které reprezentují *disociativní poruchu identity* (6B64), respektive *částečnou disociativní poruchu identity* (6B65). Kategorie 6B64 je víceméně převzatá z manuálu DSM-5 (2013). V anglickém originálu tak nalezneme v obou případech termíny jako „*recurrent gaps*“ (opakované mezery ve výbavnosti), nebo „*disruption of identity*“ (narušení identity). Kategorie 6B65 nicméně doplňuje předchozí kategorii o novou formu podprahového DID. *Jeden stav osobnosti zůstává stabilní a přítomný v každodenním prožívání, ale může být narušen jedním z nedominantních osobnostních stavů. Tato narušení mohou být kognitivní, afektivní, percepční, motorické, nebo behaviorální povahy. Nedominantní stavy osobnosti nepřebírají exekutivní kontrolu nad vědomím rekurentně, přebrat jí ale mohou za určitých okolností, například pod obrazem výrazného stresu.* (nejedná se o oficiální překlad) Prevalence DID je podle O’Neila (2022) 22x vyšší než prevalence raritních nemocí, které americký zákon (Rare Diseases Act, 2002) definuje jako takové nemoci, které postihují méně než 200 000 Američanů, respektive <0,07 % americké populace. Můžeme tedy tvrdit, že se nejedná o zcela neobvyklou diagnostickou jednotku, ale o relativně rozšířený fenomén.

3.3.2 Disociace paměti

Označuje kategorii disociativních poruch ovlivňujících paměťové funkce, která zahrnuje disociativní amnézii a disociativní fugu. (O’Neil, 2022) DSM-5 (2013) je zahrnuje v kódových označení 300.12 pro amnézii a 300.13 pro fugu. Diagnostická kritéria pro disociativní amnézii podle DSM-5 (2013) tvoří:

- A: Neschopnost vybavit si podstatné autobiografické události, často traumatického charakteru, které není připsatelné běžnému zapomínání.
- B: Symptomy způsobují významný distrest, narušení sociálních vztahů a problémy v dalších oblastech fungování.
- C: Pro forma diferenciálně diagnostického vymezení od symptomů substančního abúzu a dalších jevů podobných disociativní amnézii.

- D: Narušení nelze lépe vysvětlit přítomností DID, PTSD, akutní reakcí na stres nebo malou či velkou neurokognitivní poruchou.

Víceméně tak popisuje definici zahrnutou v MKN-10 (1992), která nadto hovoří i o tom, že je disociativní amnézie (F44.0) obvykle částečná nebo selektivní. Úplná amnézie je podle MKN-10 zpravidla součástí disociativní fugy, a měla by tak být zařazena. Skutečná disociativní fuga nese kódové označení F44.1 a podle MKN-10 i DSM-5 obsahuje všechny rysy disociativní amnézie, plus účelné cestování za hranicemi běžného denního života. DSM-5 (2013) udává, že byla v 12měsíční prevalenční studii odhadnuta prevalence paměťových disociací 1,8 % (1 % = muži; 2,6 % = ženy).

3.3.3 Depersonalizace a derealizace

Představuje podle MKN-10 (1992) poruchu (F48.1), při které si pacient stěžuje, že se jeho duševní aktivita, tělo a okolí, změnilo ve své kvalitě, takže jsou neskutečné, vzdálené nebo automatické. Charakteristická je zde ztráta emocí a pocitu odcizení či neskutečnosti vlastního těla, myšlení či okolí. Sensorické funkce, stejně jako náhled na nemoc a emoční vyjádření jsou přitom neporušené. DSM-5 (2013) konkretizuje rozdíly mezi depersonalizací a derealizací a udává tato diagnostická kritéria:

A: Depersonalizace: prožitek neskutečnosti, odpojení nebo pocitu vnějšího pozorovatele, jako by pacient nebyl ve svém těle a pouze jej pozoroval; derealizace: prožitek neskutečnosti a odpojení okolí (ostatní lidé a objekty jsou vnímáni mlhavě, nereálně, bez života nebo jako ve snu).

- B: Testování reality není při poruše narušeno.
- C: Symptomy způsobují významný distrest, narušení sociálních vztahů a problémy v dalších oblastech fungování.
- D: Pro forma diferenciativně diagnostického vymezení od symptomů substančního abúzu a dalších jevů DID podobných, ale s ní nesouvisejících.
- E: Narušení nelze lépe vysvětlit jinou psychickou poruchou, jako schizofrenií, depresivní epizodou, PTSD či jinou disociativní poruchou.
- DSM-5 (2013) udává prevalenci této poruchy během života okolo 2 % (s rozsahem od 0,8 do 2,8 %).

3.3.4 Somatoformní disociace

Somatoformní a senzomotorická symptomatika se pojí s okruhem poruch, které historicky označujeme jako hysterické neurózy konverzního typu, dříve spjaté s hysterickými neurózami disociativního typu (O'Neil, 2022). S příchodem 3 revize (1980) DSM nicméně došlo k již zmíněnému přejmenování na konverzní poruchy a zařazení do samostatné kategorie somatoformních poruch (viz úvod kapitoly). I s příchodem MKN-10 (1992) došlo k přejmenování oproti předchozím revizím. A z „hysterických neuróz disociativního a konverzního typu“ vznikla kategorie „Disociativní (konverzní) poruchy“. Z konverzních poruch se tak stala subkategorie poruch disociativních. Toto rozdělení zůstává i v poslední verzi MKN-11 (2019), čímž vzniká rozdíl mezi oběma manuály. DSM-3/5 vnímá konverzní poruchy jako samostatnou kategorii, nikterak nespádající pod disociativní poruchy. MKN-10/11 naopak řadí všechny konverzní poruchy, mezi specifické formy disociací. Poslední verze obou manuálů nadto přijímají zcela novou terminologii, která nahrazuje i dosud užívaný termín konverzní poruchy. DSM-5 (2013) opouští celé označení somatoformní kategorie, kterou pokládá za zavádějící, a přejmenovává jí na kategorii *somatických symptomů a přidružených poruch*. Jmenovitě konverzní poruchy (somatoformní disociace) přejmenovává na *funkční neurologickou poruchu*. V případě MKN-11 (2019) se, stále v podkategorii disociativních poruch, nachází *disociativní neurologicky symptomatická porucha* (jedná se o vlastní, nikoliv oficiální překlad) 6B60 spolu se subtypy; například disociativní neurologicky symptomatická porucha s vizuálním; auditorním; jiným senzoričným narušením. Diagnostická vodítka pro Funkční neurologickou poruchu (APA, 2013) jsou:

- A: Jeden či více symptomů alterované motorické nebo sensorické funkce.
- B: Klinické nálezy poskytují důkaz o neslučitelnosti mezi symptomem a rozpoznanými neurologickými nebo zdravotními stavy.
- C: Symptomy a deficit nelze lépe vysvětlit jinou poruchou.
- D: Symptomy způsobují významný distrest, narušení sociálních vztahů a problémy v dalších oblastech fungování.

Obdobně je definována i disociativní neurologicky symptomatická porucha (WHO, 2019), která mluví o *přítomnosti motorických, senzoričkých nebo kognitivních symptomů, které přinášejí nedobrovolnou diskontinuitu v normální integraci motorických, senzoričkých nebo kognitivních funkcí, které nejsou v souladu s rozpoznaným onemocněním nervového systému, jinou duševní poruchou nebo poruchou chování nebo*

jiným zdravotním stavem. V této definici je oproti ostatním manuálům nově zahrnuta i diskontinuita kognice, charakterizovaná vnitřně nekonzistentním zhoršením kognitivní výkonnosti v oblasti paměti, jazyka nebo jiných kognitivních domén. O'Neil (2022) se nicméně k tomuto novému subtypu vyjadřuje poněkud skepticky, argumentuje například, že je kognice více psychoformní než somatoformní. Nebo že rozlišení disociativní amnézie a zhoršením kognitivní výkonnosti v oblasti paměti“ bude v praxi relativně náročné. Podle DSM-5 (2013) jsou konverzní symptomy běžné, ale skutečná prevalence je neznámá.

3.4 Etiologické modely disociací

Teorií vzniku a rozvoje disociací existuje celá řada, v příštích podkapitolách se proto zaměříme na několik modelů a rozebereme si rozšířené teoretické přístupy, které disociaci popisují.

3.4.1 Perspektiva vývoje, traumatu a zvýšené hypnability

Linde-Kriegerová et al. (2022) píší, že studium psychopatologie ve vývoji jedince poskytuje užitečný rámec pro integraci rozmanitých teoretických přístupů k disociaci. Jelikož nám pomáhá analyzovat na základě jakých zkušeností dochází ve vývoji jedince k rozvoji maladaptace. Z této vývojové perspektivy představují patologické úrovně disociace, podobně jako jiné formy psychopatologie, problematické zpracování jinak adaptivních schopností. Neboť disociativní procesy totiž mohou přestavovat přirozenou expresi dětské kognitivní struktury. Jelikož je dětská mysl před vývojem integrativních mechanismů přirozeně frakcionovaná. (Linde-Krieger et al., 2022) Fischer a Ayoub (1994) na to konto přichází s rozdělením na **pasivní a aktivní disociaci**, kdy *pasivní disociace představuje právě přirozenou neintegrovatelnost dětské mysli²⁷ a v dospělosti separaci percepce* (například u dálniční hypnózy); zatímco *aktivní disociace vzniká nepřirozeně (ne sama od sebe, ale jako reakce na), jako motivovaná forma separace dvou prožitků*. K aktivním disociacím můžeme řadit část obranných mechanismů, jako třeba represi, ale i zástupce z ranku disociativních poruch, jako disociativní fugu, či závažnou formu psychopatologie, jakou je DID. (Fischer a Ayoub 1994)

²⁷ Pro přiblížení autoři (Fischer a Ayoub 1994) uvádějí příklad pětiletého dítěte, které při vyprávění příběhu, ve kterém jsou postavy zároveň dobré i zlé, neintegruje jejich vlastnosti v jeden příběh, ale vypráví příběhy dva; jednou s dobrými a podruhé se zlými protagonisty.

Autoři (ibid.) zde uvádějí kazuistický příklad dívky (8), kterou opakovaně zneužíval vlastní otec. Tato dívka se v souboji s hrůzou prožívaného traumatu soustředila na malou díru ve stropě sklepení, kde k tomuto trestnému činu docházelo. Když se jí nicméně otec pokusil napadnout mimo tuto místnost, v horních patrech rodinného domu, dívka začala v obraně nekontrolovatelně křičet a fyzicky odporovat. Ve sklepním pokoji aktivně disociovala aktuální prožitek tak, že si samu sebe představovala ukrytou v malé stropní dírci; čímž kompletně odizolovala traumatický prožitek, kterým byla schopna projít bez závažného distresu. V momentě ztráty běžného kontextu, a zejména opěrného bodu – malé dírkou, ale nebyla schopná aktivně disociovat tento vysoce traumatický prožitek, a reagovala tak fyzickou sebeobranou.

Tento náročný příklad ilustruje jednak mechanismus vývoje dětské aktivní disociace navázané na trauma, zároveň však poukazuje i na problematiku spojenou s **incestním zneužíváním**, které je významným rizikovým faktorem pro rozvoj patologických úrovní disociace. Z celkového počtu 63 participantů s diagnostikovaným DID, uvedlo v práci dr. Warwicka Middletona (2022) 13 % z nich historii pokračujícího incestního zneužívání v dospělosti. Za jeden z dominantních důvodů pro rozšíření disociativních poruch u obětí, konkrétně této formy zneužívání, může být podle autorů Lawsona a Akay-Sullivanové (2020a; 2020b) považováno rozvinutí takzvaného **traumatu zrady**. Trauma zrady (z anglického betrayal trauma) je specifická forma traumatu zapříčiněná osobou oběti blízkou a je kvalitativně odlišná od traumatu zapříčiněného osobou anonymní (Lawson & Akay-Sullivan, 2020a, 2020b; DePrince & Freyd 2002). Podle Lindel-Kriegerové et al. (2022) výzkumy poukazují na narušení v primární péči (tedy traumatem zrady v dětství) jako na významný etiologický faktor pro rozvoj patologické formy aktivní disociace, tedy jinými slovy pro rozvoj disociativní poruchy. Jelikož mohou podle teorie objektních vztahů (viz první kapitola) zkušenosti v pečujícím prostředí podpořit nebo poškodit regulační schopnosti dítěte. Autoři (ibid.) v tomto kontextu hovoří zejména o *chronické malnutrici v dětství*, která je tak spolu s výše uvedeným *incestním zneužíváním* nejrizikovějším faktorem pro rozvoj disociativních poruch. K tomu je avšak potřeba doplnit, že i když jsou významně traumatické zážitky a poškození attachmentu etiologicky nejsalientnější faktory pro rozvoj patologické disociace. I výrazně méně nápadné formy necitlivé péče ovlivňují vývoj integrace jedince a také přispívají k rozvoji patologických disociací. Neboť aktuální výzkumy (Lindel-Krieger et

al., 2022) poukazují i na *obraz dítěte v očích rodičů a na vztah rodič-dítě* jako na významné etiologické markanty.

V kontrastu k výše uvedenému leží opoziční myšlenky, které jsou do jisté míry výzvou pro tradiční Janetovský diskurs disociace jako reakce na trauma. Paul Dell (2022) upozorňuje na to, že korelace mezi disociacemi a traumatem vychází z výzkumů jako poměrně nízká, okolo 0.30, a nemůže tak představovat jedinou, natož hlavní determinantu rozvoje patologické formy disociace. Přichází tak s teorií autohypnózy, jelikož si povšiml signifikantně vyšší hypnability pacientů trpících DID, oproti kontrolním skupinám. Tvrdí proto (ibid.), že trauma nemá kapacitu na to zapříčinit disociaci per se, jedinec musí mít nejprve zvýšenou míru hypnability, aby byl schopen „přemístit se“ do malé dírky na stropě sklepení. Traumatický zážitek je podle něj (ibid.) pouhou motivací k rozvoji disociativních poruch, nikoliv jejich příčinou. Middleton (2022) nicméně této definici oponuje, když říká, že v případě incestního zneužívání s pokračováním do dospělosti, tedy komplexního a dlouhotrvajícího traumatu zrady, je výskyt nejtěžší formy disociativní poruchy, DID, téměř všudypřítomný. Aby mohl Dellův (2022) model fungovat, musely by všechny oběti, kterým se nepodařilo uniknout z tohoto násilného vztahu, spadat do zhruba 15 % populace; tedy do odhadovaného procenta populace s vysokou mírou hypnability. Nebo by ze zhruba 85 % málo hypnagogických obětí dlouhodobého incestního zneužívání, musely být všichni po smrti (a nedostat se tak do klinického záznamu). Ani jeden z těchto scénářů nepovažuje Middleton (2022) za pravděpodobný. Míra hypnability tak *pravděpodobně moderuje a napomáhá rozvoji disociativní poruchy jako nature factor*, je to však kombinace nature a nurture (například trauma; CAN) faktorů, která rozvíjí disociativní poruchu.

3.4.2 Neurověda a disociativní poruchy

Pro krátké shrnutí neurovědních modelů vzniku disociací zmiňme model defenzivní kaskády, který se snaží pochopit disociativní odpověď v evolučním kontextu. (Corrigan et al., 2022) Tento model navrhuje, že když je potenciální nebezpečí²⁸ detekováno organismem, jeho prvotní krátká odpověď je zamrznutí, které slouží k identifikaci a lokalizaci hrozby. Následně se organismus snaží o exekuci kroků vedoucích k přežití,

²⁸ Přičemž je míra toho, co vnímá organismus za nebezpečí, ovlivňována například předchozí traumatickou událostí, která zcitlivuje organismus k jejímu vnímání; viz trauma zrady.

odvozených na základně pravděpodobnosti a minimalizace rizika. Tato detekce rizika může proběhnout pod prahem vědomí. Co je ale klíčové; je-li organismus zraněný, nebo výrazně slabší nežli hrozba (dítě oproti agresi rodiče), reakce sympatiku a parasympatiku bude s vysokou pravděpodobností probíhat jako freeze odpověď, neboť útek nebo útok by mohl vést k většímu riziku újmy. Freeze odpověď je charakteristická svou disociativitou; koaktivace sympatiku a parasympatiku vede k vnější imobilizaci a vnitřnímu vzrušení, u déle trvajících hrozb se prohlubující aktivace parasympatiku manifestuje znecitlivěním, odpojením a změnou v percepce. Tento mechanismus je přitom z mozku řízen periaquodukální šedí (PAG, z anglického periaqueductal gray) a hypotalamem, oblastmi, které hrají důležitou roli ve vnitřní regulaci a odpovědi autonomních funkcí. (Corrigan et al., 2022)

Na tento model nasedá kortikolimbický model autorek Schiavone a Laniusové (2022), který hovoří o aktivaci amygdaly modulované skrze vyšší mozkové aree, zejména poté ventromedialním prefrontálním kortexem-vmPFC (Schiavone & Lanius, 2022; Lebois et al., 2022). Laniusová et al. (2018) si všimla, že někteří pacienti ve výzkumu PTSD nereagují podle očekávání, tedy hyperaktivací amygdaly při laboratorním testování. Jedna její participantka prokazovala před experimentem (retrospektivní poslech nahrávky s traumatickým příběhem) silnou PTSD symptomatiku. V momentě samotného experimentu ale došlo ke snížení srdeční aktivity a žena popisovala pocity otupění, depersonalizace a derealizace. Přestože by byl takový participant běžně označen jako bez odpovědi, nebo dokonce vyřazen ze studie, Laniusová namísto toho začala uvažovat o specifické podkategorii PTSD s disociační symptomatikou. (Lanius et al., 2018; Lebois et al., 2022) fMRI následně prokázalo, že v některých případech dochází naopak k vysoké inhibici amygdaly, kterou připisuje regulaci z oblastí vmPFC, PAG a mozkového kmene. (Lanius et al., 2018; Lebois et al., 2022) Na základě tohoto mechanismu pravděpodobně vznikají disociativní fenomény.

3.5 Teoretické přístupy disociací

Krom samotných etiologických modelů existují i teoretické přístupy, které jsou na těchto modelech postaveny. V následující podkapitole blíže představíme nejprominentnější z nich, teorii struktury disociace a dále i alternativní teorii diskretních behaviorálních stavů.

3.5.1 Teorie na trauma vázané strukturální disociace osobnosti

Tato teorie, z dílny autorů Nijenhuis a Van der Harta (například Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Nijenhuis, 2015; van der Hart et al., 2005), vzešla z Janetiánského konceptu, že se od sebe mohou komponenty osobnosti oddělit *za vlivu extrémního stresu* (například traumatu zrady) a mohou se manifestovat v rozličné psychobiologické jednotky (Van Der Hart & Steele, 2022; Nijenhuis, 2015). Tato teorie proto navrhuje existenci minimálně dvou disociativních subsystémů biopsychologických stavů, které jsou součástí osobnosti, jako komplexního systému.

Propůjčují si k tomu terminologii Charles Samuela Myerse²⁹ (1940, citováno podle Van Der Hart & Steele, 2022), který hovoří v souvislosti s traumatickým prožitkem o rozvoji dvou „osobností“; takzvané **emoční osobnosti (EO)** a **osobnosti zjevně normální (ZNO)**.

Traumatem války zasažení vojáci, o které Myers pečoval, opakovaně trpěli živými senzomotorickými prožitky doprovázenými bolestivou afektivitou. Tyto rekurentní stavy pocházejí právě ze subsystému emoční osobnosti, která je zaseknutá v traumatickém prožitku. ZNO na druhou stranu operuje v každodenním životě, kde, i když se na první pohled může zdát fungující, ve skutečnosti opakovaně zapojuje vyhybavé mechanismy; snaží se za každou cenu nutkavě vyhnout traumatickým vzpomínkám. Autoři (Van Der Hart & Steele, 2022) učinili malou, ale významnou změnu v chápání této propůjčené terminologie. Považují totiž označení „osobnost“ za nadhodnocené a preferují jeho výklad jako *disociativní části osobnosti*; což indikuje, že napříč tomu, jak mohou působit autonomně, stále se jedná o části jediné osobnosti a jednoho člověka. Disociované jednotky nejsou kompletně separované, protože spolu sdílejí alespoň část mentálních a behaviorálních aktivit a zejména jedno fyzické tělo. Jak EO, tak ZNO jsou nicméně disociativní části s vysokou mírou variability v projevech a může být proto náročné odlišit, jaké specifické behaviorálně-kognitivní prvky každá z nich obsahuje. Podle autorů (Van Der Hart & Steele, 2022; Nijenhuis, 2015) je nejpodstatnější základní vymezení disociativních divizí *běžného denního fungování* a *fixace na čas prožívaného traumatu*. Míra hloubky disociace poté určuje množství těchto disociovaných částí; traumatizovaná osoba tak může jednu, anebo hned několik EO a ZNO dohromady (Van Der Hart & Steele, 2022; Nijenhuis, 2015).

²⁹ Mimo jiné známého pro zavedení termínu shell shock syndromu, tedy formy PTSD, způsobené participací na válečném konfliktu.

Dalším důležitým prvkem této teorie je takzvaný **akční systém**, který je podle autorů evolučně podmíněným mediátorem EO a ZNO divizí. Cílem akčního systému je rozhodnout, *zda-li je situace pro jedince užitečná nebo škodlivá* (1) a *generovat odpověď takového charakteru, který pro jedince utvoří efektivní vypořádání s aktuální situací* (2). Jedná se tak o systém připravenosti a schopnosti konat. Nenutí ale jedince jednat fixní cestou, jako spíše ovlivňuje akční chování. Podobně jako disociované dimenze osobnosti je i samotný akční systém zdvojeného charakteru a obsahuje dvě úrovně. První z nich podněcuje k fungování v běžném životě (včetně zapojení prosociálních projevů), kdežto ta druhá slouží k zajištění přežití jedince, aktivuje obranné mechanismy při zjištění blízkého se nebezpečí. V ideálním případě dochází mezi oběma úrovněmi akčního systému k synergii, aktivace jednoho se odvíjí od inhibice druhého, v závislosti na situaci; je-li potřebná, či nepotřebná aktivace obranných mechanismů.

Zde přichází jádrový problém u pacientů s na trauma vázanou strukturální disociací, která narušuje přirozenou koordinaci aktivity obou úrovní akčního systému. Vrátime-li se k příkladu z předchozí podkapitoly, můžeme si pomoci s ilustrací probíhajícího mechanismu působení disociace na tuto koordinaci. Zneužívané dítě čelí dilematu mezi aktivací prosociálního systému (přilnutím k primárnímu pečovateli) a mezi aktivací obranného systému proti ohrožujícímu jednání, kterého se pečovatel dopouští. Vznikající konflikt tak v podstatě zodpovídá za organizaci EO a ZNO. (Van Der Hart & Steele, 2022)

Strukturální dělení disociací

Autoři (Van Der Hart & Steele, 2022) teorie se drží názoru některých výzkumníků, že by měla být PTSD považována za formu disociativní poruchy (např. Chu et al., 1999; Van der Hart et al., 1998) a že u veškerých na trauma vázaných poruch je disociace jedním z centrálních elementů (McFarlane & Van der Kolk, 1996, citováno podle Van Der Hart & Steele, 2022). Teorie (Nijenhuis, 2014, 2015; Van der Hart et al., 2006) z těchto důvodů pokládá PTSD za esenciální formu traumatické poruchy, která může vyústit v alteraci mezi vyhýbavým chováním, otupěním či odpojením a mezi zvýšenou intruzivitou myšlenek a hypervigilancí; tedy charakteristickými znaky ZNO a EO. PTSD proto reprezentuje **primární strukturální disociaci**, která obsahuje jednu EO (znovuprožívající trauma) a jednu ZNO (snažící se od traumatu odprosit a fungovat v každodenní realitě). Jednoduchá forma primární strukturální disociace se krom PTSD, kde je nejtypičtější,

objevuje také u disociativních amnézií, či akutních reakcí na stres (Van Der Hart & Steele, 2022).

Je-li trvání, nebo závažnost traumatizace dlouhodobá, nebo má-li jedinec obecně nízkou schopnost integrace traumatických zážitků, může se vedle jedné ZNO objevit několik EO. Každá z těchto EO divizí může být řízena jiným mechanismem obranné úrovně akčního systému. Jedna EO proto může reagovat útočnou reakcí, další reakcí útekovou. Některé EO mohou být mediovány takovým akčním systémem, který k obraně užívá prosociálních a intimních strategií; což se může projevat například zvýšenou sexualitou a promiskuitou. Jednotlivé EO navíc nemusí plně integrovat psychoformní (kognice a afekt) a somatoformní (senzomotorika) aspekty traumatické zkušenosti. Jedna EO proto může být spojena se sexuální vzrušením během znásilnění, kdežto druhá s extrémním prožitkem fyzické i psychické bolesti (Van Der Hart & Steele, 2022); to může být paradoxně spojeno s projevy lehkomyšlného a sebedestruktivního jednání (ICD-11, 2019). Osobnost s jednou divizí ZNO a více divizemi EO je proto v rámci teorie označována jako **sekundární strukturální disociace**. Tato sekundární struktura je typicky spojena s komplexním PTSD, dlouhodobě zavrhanou diagnózou (neobjevuje se v předchozích verzích ani jednoho z hlavních manuálů; DSM a MKN), která se však nově objevuje v připravované 11. revizi mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11, 2019). Kromě toho se sekundární struktura může objevovat například i u hraničních poruch osobnosti (Van Der Hart & Steele, 2022).

Terciální strukturální disociace nastává v momentě, kdy se u jedince vyskytuje jak více divizí EO, tak více divizí ZNO. K tomu může dojít, když je každodenní život traumatem zasaženého jedince s tímto traumatem nevyhnutelně spojený; nebo když nemá jedinec dostatek kapacity k tomu, vyrovnat se se strastmi, které každodenní život provází. Primárním zástupcem poruch spojených s terciální strukturou disociace – více EO a více ZNO, je DID. (Van Der Hart & Steele, 2022)

Teorie na trauma vázané strukturální disociace osobnosti se tak snaží o poskytnutí unifikující perspektivy na procesy a symptomatologii spojenou s traumatem a k němu přidruženými poruchami. Dichotomické dělení divizí osobnosti EO a ZNO představuje možnost nahlédnout na dynamiku disociativních procesů. Zároveň se snaží navrhnout intervenční práci s jedincem a předkládá terapeutické možnosti pro zvyšování integrace obou divizí. Zde hovoří o možnosti zapojení třífázové intervence: *stabilizace a tréninku dovedností k redukci symptomů* (1); *ošetřením traumatických vzpomínek* (2); *rehabilitace a*

postupná opětovná integrace. (Van Der Hart & Steele, 2022) Některými autory je ale teorii vyčítán přílišný důraz na trauma, jako hlavní příčinu disociací, který vychází ze špatné presumpce založené na teoriích podle Janeta (více viz Dell (2022), podkapitola Etiologické modely disociací).

3.5.2 Teorie diskrétních behaviorálních stavů

Alternativní teorii k všeobecně nejrozšířenější teorii strukturální disociace může být teorie diskrétních behaviorálních stavů (DbS), představená Frankem W. Putnamem (2016, citováno podle Loewenstein & Putnam, 2022). Ta hovoří o takzvaných diskrétních³⁰ stavech bytí a snaží se o objasnění lidské zkušenosti a chování napříč nesčetnými normálními a patologickými doménami (Loewenstein & Putnam, 2022). Diskrétní stavy bytí (dále jen DSB) jsou tak všudypřítomné, že je podle autorů (ibid.) téměř nevnímáme, nedojde-li v nich k dramatické změně.

Autoři (ibid.) definují DSB jako *opakující se vzorce mysli a těla, které korespondují s tím, jak lidé přemýšlí, co cítí a jak se chovají*. Všechny odlišné DSB ovlivňují unikátním způsobem percepci, kognici, paměť, emoce, motivaci, hodnoty, psychofyziologii a mezilidské interakce, a jsou tak reprezentací vědomí. Fylogeneticky se DSB objevuje mezidruhově u nesčetného množství subhumánních živočichů, od medúz po savce. DbS teorie tak poskytuje organizační rámec pro pochopení lidské osobnosti, identity i self. Všudypřítomnost DSB se promítá i do reflexí našeho prožívání. Věty jako „dnes jsem nevykročil správnou nohou“ nebo „šéf dneska nemá svůj den“ jsou popisem specifických forem DSB, aktuálních pro daný okamžik. Časovost spjatá s touto reflexí je podstatným prvkem, neboť je aktuálnost prožitku pro jeho popis kruciální podmínkou. „Pošťestí-li“ se nám přivodit si ze zbytků z předvčerejška alimentární intoxikaci, v momentě akutních žaludečních obtíží velice obtížně přemýšlíme o normálním stavu, o tom, jak nám bylo před nemocí. Když ale čas pomine a my se z nemoci vyléčíme, je naopak obtížné vrátit se do „nemocného DSB“ a pokusit se znovu si navodit nauseu a další prožitky s tím spojené. (Loewenstein & Putnam, 2022) To ilustruje existenci fenoménu v této teorii známého jako: stavem podmíněná paměť a učení (SPPU). SPPU se běžně vyskytuje u poruch disociativního okruhu i poruch vázaných na trauma. Podle této teorie jsou veškeré DSB přechodné a některé z nich repetitivní v rytmech:

³⁰ V tomto kontextu myšleno jako nespojitých, izolovaných.

- Cirkadiálních (okolo dne): tělesná teplota, endokrinní sekrece a jiné),
- Ultradiálních (kratší než den, delší než hodina): spánek a bdění, spánkové cykly
- Infradiálních (delší než den): kupříkladu menstruační cyklus

Každý den tak procházíme řadou DSB, které mohou, ale nemusí být adaptivní. Přičemž je pro správné a adaptivní fungování jedince nutné využití funkčních systémů koordinace, integrace a kontroly, které napomáhají hladké změně mezi jednotlivými stavy. Výzkumy z 80. let (Prechtl & O'Brian, 1982; Wolff, 1987, citováno podle Loewenstein & Putnam, 2022) ukázaly, že se u novorozeňat bez vnějšího zásahu každé tři hodiny náhodně mění DBS: *regulérní a neregulérní spánek* (1), *bdělá aktivita* (2), *ospalost* (3) a *případně úzkostnost a pláč* (4). Tyto stavy je možné modulovat (například když matka utiší dítě během úzkosti, nemusí přijít pláč). Postupem času se u dítěte rozvíjejí další formy DSB, až do momentu, kdy je okolo jednoho roku prakticky není možné všechny přesně zmapovat. Vyladění matky (či jiného primárního pečovatele) na dítě a jeho probíhající DBS, je proto sine qua non, pro jeho zdravý rozvoj. Neboť může matka vést dítě ke strategiím modulace DSB a k jejich harmonické integraci. Z toho důvodu zde hraje významnou i teorie attachmentu, který má při zdravé vazbě za následek výrazně větší schopnost automodulace dítěte. (Loewenstein & Putnam, 2022)

S teorií DbS se pojí i termíny systém-self a osobnost, která je definována jako: *integrace emočních, kognitivních a dalších významných stavů osoby, zatížených historií vnitřních a vnějších interakcí*. Kdežto systém-self můžeme v širším slova smyslu vnímat jako *řadu více či méně organizovaných stavů self* (Beere, 2022). Stavy self zde označují subjektivní psychobiologický prožitek každého okamžiku (kupříkladu naštvaný; zklamáný; hrdý; vystrašený stav self). Udávají proto „kým jsme“. Naproti stavům self leží stavy identity, které jsou taktéž subjektivně prožívané, nadto ale mohou být vnímány druhými a druzí nám je mohou vnucovat. Udávají tak „čím jsme“ (například psycholožkou; mužem; agnostikem; Evropankou). (Solinski, 2022) DSB je proto komplexní směsicí stavů self a stavů identity (Loewenstein & Putnam, 2022).

DbS teorie a psychopatologie

Tato teorie vysvětluje psychopatologii na třech úrovních. První úroveň tvoří *samotný patologický stav*, druhá úroveň hovoří o *neschopnosti automodulace, regulace a integrace těchto dysfunkčních stavů* z první úrovně. Poslední, třetí

úroveň *sestává ze symptomatických kompenzačních strategií* (abúzus, sebepoškozování...), kterými se jedinec pokouší zmírňovat dopady způsobené těmito patologickými stavy z první úrovně. (Loewenstein & Putnam, 2022)

Zůstaneme-li na první úrovni, můžeme se hlouběji zaměřit na rozličné formy patologických stavů. Trauma, i traumatická porucha, jsou v rámci tohoto paradigmatu konceptualizovatelné jako změna DSB; jako taková má své specifické markery na úrovni psychobiologické, fyziologické, percepční, behaviorální, afektivní, kognitivní a další. Veškeré symptomy PTSD mohou být konceptualizovány jako na stavech založené a nedostatečná regulace a modulace může u poruchy vést k rapidnímu střídání DSB. Aby tomu pacienti s touto poruchou zabránili, často se uchylují k externím prostředkům modifikace. To vrcholí v sociální stažení, substanční abusus, lehkomyšlnost (viz předchozí podkapitola) a dalších maladaptivní formy kompenzačních strategií. Disociace vázaná na trauma je poté v rámci této teorie vnímána jako klíčová část *psychobiologické odezvy na život ohrožující nebezpečí*. Je vysvětlena jako změněný stav vědomí (na úrovni percepcce, nocicepcce, vnímání časovosti a na úrovni změn fyziologické odezvy organismu), při kterém dochází kvůli mechanismu SPPU k úpravě paměti a zkreslení vzpomínek. Disociované vzpomínky se následně mohou manifestovat například v posttraumatických nočních můrách, somatoformní symptomatice nebo intruzivních představách. DID proto můžeme chápat jako vývojovou poruchu alterace stavů self, která je zapříčiněna traumatizací v útlém věku do 5 až 6 let. Dítě po opakovaném prožití takovýchto traumat (zejména rukou primárního pečovatele) nezvládne unifikovat jednotlivé stavy v systému self, neboť se tyto stavy pod tíhou traumatických zážitků stávají příliš extrémními. To vede k narušení ve vývoji funkčních metakognitivních procesů elaborace a konsolidace self, což může zapříčinit utvoření hned několika pseudo-nezávislých, ale relativně konkrétních systémů self. Tyto neintegrované systémy mohou mít vlastní jména, osobní charakteristiky i způsoby prezentace před druhými. Podstatnou charakteristikou DID je kromě samotného rozdělení na vícero stavů bytí/osobností, také právě onen deficit metakognice, který u všech disociovaných self systémů zapříčiňuje rigiditu v reakci; tedy problematický fenomén podrobněji probraný v první kapitole této práce. (Loewenstein & Putnam, 2022)

Teorie diskrétních behaviorální stavů představuje transteoretický a integrativní přístup ke konceptualizaci lidského vědomí. Je založený na studiu dětského vývoje, spánkových studií a výzkumů stavů změněného vědomí. Samotní autoři (Loewenstein &

Putnam, 2022) avšak uznávají, že nejde o teorii perfektní, nedokáže vysvětlit celou hloubku a komplexnost problematiky lidského vědomí. Představuje ale podpůrný rámec pro výzkum v oblastech lidského rozvoje, neurobiologie i psychopatologie.

4 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Jak jsme avizovali začátkem minulé kapitoly, disociace je fenomén přímo související s rizikem účasti na záměrném sebepoškození. Potřeba „něco“ cítit, zapříčiněná somatoformním otupěním či depersonalizací, jsou často skloňované důvody vedoucí k ublížení si (viz podkapitola Funkce sebepoškození). Cílem předchozích kapitol bylo přiblížit princip i vývoj těch psychologických aspektů, které jsou nejčastěji skloňovány při studiu mechanismu vzniku automutilací. Následující a zároveň poslední kapitola teoretické části, poslouží jednak k popisu sebepoškození jako takového, jeho forem, čím je motivované, jak k němu dochází. Zároveň v ní ale představíme i studie zkoumající fenomény z předchozích kapitol a jejich vztah k sebepoškození.

4.1 Vymezení a definice pojmu sebepoškození

Termín „sebepoškození“ je unikátně prosté označení pro jev, o kterém se v zahraničí vedou širokosáhlé debaty. V anglickém jazyce existuje pro stejný jev hned několik označení a konsensus v jejich užívání víceméně stále neexistuje. Můžeme se tedy setkat s pojmy jako *selfmutilation* či *automutilation*, *non-suicidal self injury*, *deliberate self harm*, *parasuicide*, *non-fatal suicidal behaviour*, či *self-inflicted violence* (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). To s sebou přináší problém akademického charakteru, jelikož neucelenost nomenklatury přispívá nepřehlednosti v publikované literatuře³¹ (Kapur et al., 2013; De Leo et al., 2021). Většina neshod v terminologii pramení z vývoje pohledu na diskutovaný jev. Dříve užívané termíny jako parasuicidium, nebo nefatální suicidální chování, byly v 80. letech nahrazeny termíny jako sebe mutilace (self-mutilation), či záměrné sebepoškození (deliberate self-harm), neboť se změnil diskurz pohledu na tento jev, který přestal být vnímán jako a priori související se sebevraždou. (Favazza, 1996; 1998; (Kriegelová, 2008) DSM-5 (2013) přichází ve své třetí sekci (nově

³¹ Což se mimo jiné dotklo i psaní této práce, kdy se ne jednou stalo, že se v některé z pročitáných studií pod termínem „self-harm“ skrývalo suicidium, nikoliv sebepoškození.

vznikající měření a modely) s označením *Nonsuicidal Self-Injury*, také známém pod zkratkou NSSI. Jedná se o, cum grano salis, revoluční krok, neboť bylo, do vydání 5. revize DSM, sebepoškozování v obou významných manuálech vnímáno pouze jako symptom jiných diagnóz.

Doposud jsme hovořili o terminologii, důležité nicméně je, co ono „sebeпоškození“, „NSSI“ a „sobě způsobené násilí“ představuje. NSSI je v rámci DSM-5 (2013) definováno takto:

A: V posledním roce se jedinec během 5 a více dnů dopustil záměrného sebou způsobeného poškození vlastního těla takovým způsobem, který pravděpodobně vedl ke krvácení, haematomu nebo bolesti (tedy řezání, pálení, bodání, mlácení, excesivní tření). A to s předpokladem, že zranění povede pouze k mírnému nebo nanejvýše střednímu fyzickému poškození (tedy bez úmyslu zemřít). Absence suicidálního záměru je buďto vyjádřena přímo jedincem, nebo může být vyvozena z behaviorálního projevu jedince, pakliže jedná výhradně takovým způsobem, o kterém ví, že k smrti nevede.

B: Jedinec se dopouští sebezraňujícího chování s jedním nebo více z následujících očekávání:

1. Aby se mu ulevilo od negativního pocitu nebo kognitivního stavu.
2. Aby vyřešil interpersonální problémy
3. K navození stavu pozitivní pocitu

Požadovaný výsledek se přitom dostavuje během nebo těsně po sebezranění. A jedinec může vykazovat známky behaviorálních projevů ukazujících na možnou závislost na opakování tohoto jednání.

C: Záměrné sebepoškození je asociované s alespoň z následujících:

1. Vztahové obtíže, nebo negativní pocity, či myšlenky, jako deprese, úzkost, tenze, vztek, generalizovaný distress, či sebekritika se objevují v časové periodě těsně před aktem sebepoškození
2. Před aktem sebepoškození proběhla perioda zaujetí se zamýšleným jednáním, kterou lze obtížně kontrolovat
3. Myšlení o sebepoškození se objevují frekventovaně, a to i když nejsou převedeny v činy

D: Chování není sociálně schvalováno (piercing, tetování, součást religiózního nebo kulturního rituálu) a není omezeno na sloupávání strupů a kousání nehtů

E: Chování nebo jeho důsledky způsobují klinicky významný distres, nebo narušení v mezilidských, akademických nebo jiných důležitých oblastech fungování.

F: Chování se nevyskytuje výhradně při psychotické epizodě, v deliriu, při substančním abúzu nebo při abstinenčním syndromu. U jedinců s neurovývojovou poruchou není toto chování spojeno se vzorcem repetitivních stereotypů. Chování není lépe vysvětlitelné jinou psychickou nebo somatickou nemocí (psychotická porucha, porucha autistického spektra, mentální postižení, Lesch-Nyhanův syndrom, stereotypní pohybová porucha se sebepoškozováním, trichotilománie [porucha vytrhávání vlasů], dermatilománie [porucha nutkavého škrábání])

Přesto, že je NSSI některými (Kapur et al., 2013) považován za poněkud redundantní koncept, obecně je v posledních letech v zahraniční literatuře jedním z nejčastěji používaných termínů pro popis diskutovaného jevu.

Pro účely této práce užíváme termín záměrné sebepoškození, případně pouze sebepoškození ve shodném smyslu. Přičemž jej definujeme s částečnou inspirací v diagnostických kritériích DSM-5, jako: **akt opakovaného, záměrného, ale reverzibilního poškození vlastních tělesných tkání. S cílem ublížit si, ale bez apriorního úmyslu zemřít.** Zároveň jsme si ale plně vědomi limitů, které tato definice přináší. Kupříkladu část definice „s cílem ublížit si“ je problematická z toho důvodu, že, jak píše ve své disertační práci Michal Čermák (2014), v případě akutní disociace nemusí být úmysl ublížit si vůbec přítomen. Operacionalizací myšlenky stojící za slovním kódem „s cílem ublížit si“, je snaha poukázat na záměrnost a destruktivní povahu daného jednání. S určitou mírou nadsázky by se totiž dalo hovořit o definici neobsahující část „s cílem ublížit si“, jako o aplikovatelné kupříkladu i na fitness a fyzické cvičení; tedy záměrné poškozování svalových vláken, ale s cílem jejich posílení. Obdobně by taková definice přinesla aplikovatelnost například na fenomény jako kouření, nebo jakoukoliv jinou zdraví škodlivou aktivitu. Věříme proto, že tato definice respektuje motivace zmíněné v bodu B diagnostických kritérií DSM-5, ale zároveň klade důraz na klíčovou charakteristiku zkoumaného jevu, záměrné ublížení si. Napříč zmiňované „vadě na kráse“ je proto definice dostatečně vystihující podstatu aktu, který je předmětem naší práce. Snaží se zachytit **rekurenci** (práce se primárně nezaměřuje na jedince s unikátním případem sebepoškození)

i **výsledný dopad aktu** (poškození vlastního těla) a **vyvrací takovou formu poškození, která by měla vést ke smrti** (suicidium není předmětem práce). Část o reverzibilitě takového chování poukazuje na skutečnost, že existují specifické formy takzvaného těžkého sebepoškození (viz nadcházející podkapitola), které vedou k závažnému a nezvratnému poškození tělesných tkání (oedipismu/auto-enukleace, auto-kastrace, amputace). Těžké formy sebepoškození mají ale jinou etiopatogenezi (zejména psychotické povahy) nežli formy superficiální, které jsou primárním předmětem této práce.

Byť je naše definice záměrného sebepoškození výrazně inspirována definicí NSSI, zásadně se rozchází v bodu D zmíněné definice. Například i tetování totiž může představovat skrytou formu sebepoškození, pakliže bylo motivací k jeho pořízení právě prožití bolesti a poškození vlastního těla (Anderson & Sansone, 2003; Solís-Bravo et al., 2019).

4.2 Klasifikační systémy sebepoškození

Snaha o klasifikaci forem a motivů k záměrnému sebepoškození je užitečná zejména pro zjednodušení klinické i teoretické práce s diskutovaným tématem. Jeden z prvních klasifikačních systémů, který se pokouší jasně vymezit rozdíl mezi suicidiem a sebepoškozením, navrhli v knize *self-mutilation* Ross a McKay (1979, citováno podle Power, 2014). Ti sebepoškození třídí na základě formy provedení:

- Řezání
- Kousání
- Excesivní tření
- Odřezávání
- Zasouvání (například jehly pod nehet)
- Pálení
- Požití či inhalace
- Mláčení
- Škracení

Power (2010) nicméně kritizuje tuto klasifikaci pro nedostatečnou obsáhlost a absenci všech ostatních faktorů, krom samotného typu provedení. Rozšíření této klasifikace přinesli Pattison a Kahan (1983), kteří rozlišují tři dimenze sebepoškození: přímost (directness) [1], smrtnost (lethality) [2] a repetitivnost (repetitivity) [3]. Vzniká tak klasifikační šablona, díky které můžeme jednotlivé akty odlišit:

Obrázek 4: Klasifikační šablona podle Pattisona a Kahana (1983)

Vysoká smrtnost	Sebevražedný pokus Jediná epizoda	Přerušení život zachraňující léčby (například dialýzy) Jediná epizoda
	Sebevražedný pokus Několik epizod	Hazardní představení (kaskadérské kousky) Několik epizod
Střední smrtnost	Atypické sebepoškozování Jediná epizoda	Akutní opilost Jediná epizoda
	Sebepoškozování Několik epizod	Chronický alkoholismus, obezita, závislost na kouření Několik epizod
Nízká smrtnost		
	Přímý akt	Nepřímý akt

S jiným systémem dělení přišli Walsh s Rosenem (1988), kteří ve 4 kategoriích rozlišují sebepoškozování podle míry deviace, kterou posuzují na třech dimenzích: *stupeň fyzického poškození* (1), *psychologický stav* (2) a *sociální přijatelnost* (3). Jednotlivé stupně spolu s příklady uvádíme v tabulka číslo 3.

Tabulka 3: Klasifikační systém Walshe a Rosena (1988).

Klasifikace	Příklad projevu	Stupeň fyzického poškození	Psychologický stav	Sociální přijatelnost
I	Ušní piercing, okusování nehtů, malé tetování, kosmetické operace.	Superficiální až mírné	Benigní	Většinou akceptované
II	Piercing, skarifikace, námořnické a gangové tetování, trichotilomanie	Mírné až střední	Benigní až agitovaný	Akceptované subkulturou
III	Řezání zápěstí a těla, popálení cigaretou, sebetetování	Mírné až střední	Psychická krize	Akceptované specifickou skupinou, nikoliv obecnou populací
IV	Autokastrace, oedipismus, autoamputace	Těžké	Psychotická dekompenzace	Zcela neakceptovatelné žádnou skupinou.

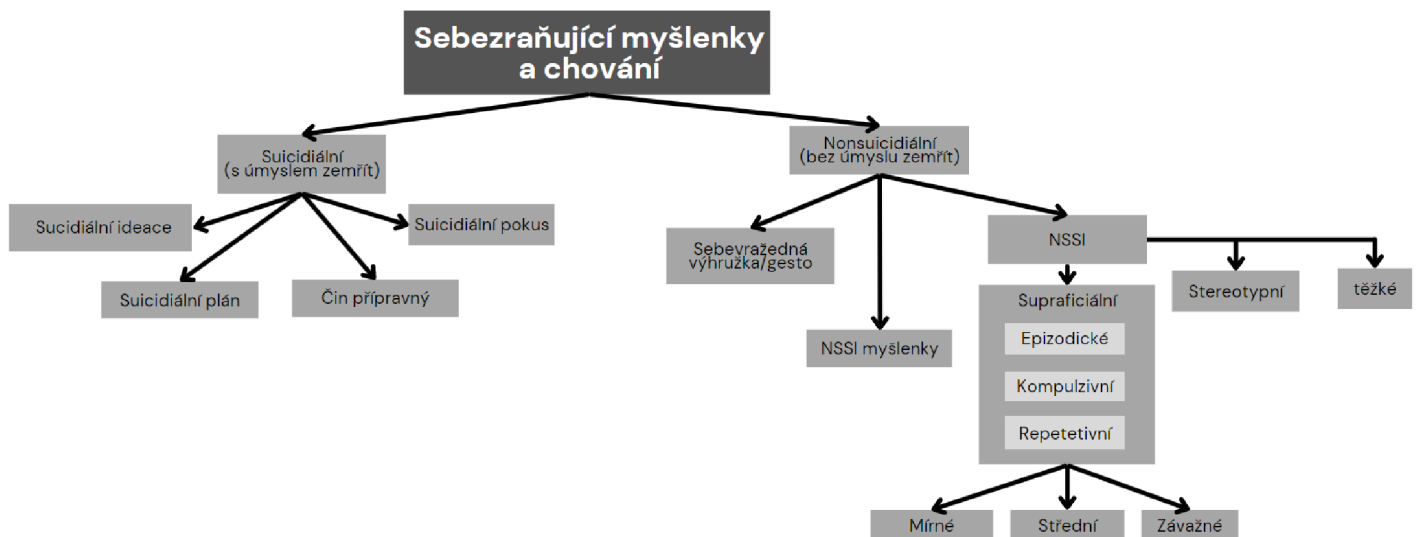
Jednou z nejrevolučnějších a nejvíce citovaných (Power, 2010) klasifikací nicméně přinesl Armando Favazza. Ve své knize *Bodies Under Siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry* (1987) se snažil nalézt afinity mezi kulturně akceptovatelnou a patologickou (deviantní) formou sebepoškozování, které i on označoval pojmem *self-mutilation*. Podobně jako Ross a McKay (1979, citováno podle Power, 2014) také striktně rozlišoval mezi sebevraždou a sebepoškozováním a svou teorii dále rozšiřoval. Spolu s Rosenthalem (1990; 1993) tak navrhli nový taxonomický systém, třídící sebepoškozování multikategoriálně. Na první úrovni leží osa **deviantního x kulturně akceptovaného** sebepoškozování. Druhá úroveň popisuje **subkategorie deviantních** forem sebepoškození na *těžké* (1), *stereotypní* (2) a *supraficiální, nebo také lehké* (3). A třetí úroveň dále rozděluje superficiální kategorii na **dílčí subkategorie**, podrobně viz obrázek číslo 5.

Obrázek 5: Klasifikační systém Favazzi a Rosenthala (1990; 1993).

Kulturně akceptovatelné:	Akty sociálně akceptované, cílené na změnu zevnějšku		
Deviatní:	Těžké	Stereotypní	Supraficiální
	Specifický, ojedinělý symptom nemocí (akutní intoxikace, psychotické dekompenzace, chronická encefalitida), vedoucí k těžkému ublížení na zdraví (amputace, oedipismus...). Neměl by být zaměňován s pokusem o sebevraždu.	Charakteristické repetitivním chováním fixní povahy (mlácení do zdí hlavou, dermatilomanie), Typická pro pacienty s mentální retardací nebo Lesch-Nyhanova syndromu. Bez zjevné symboliky.	Epizodické: Ojedinělý projev maladaptivní autoregulace, bez rozvoje motivace v pokračování. (úder do zdi při vzteku, mírné poškození kůže říznutím při smutku v dospívání...)
			Repetitivní: Přerod z epizodické formy na formu závislosti.
			Kompulzivní: Rituální, epizodicky se projevující utěšující forma (například trichotilomanie).

V novější práci, jmenovitě knize Understanding nonsuicidal self-injury (2009), rozšiřuje spolu s Nockem původní klasifikaci na komplexní popisnou jednotku, zahrnující všechny formy sebezraňujícího chování a myšlenek na sebezranění. K tomu si propůjčuje terminologii užitou v DSM, jak ukazuje obrázek číslo 6.

Obrázek 6: Klasifikace sebezranění podle Favazzi a Nocka (Nock & Favazza, 2009)



V rámci Favazzovy klasifikace bychom tedy mohli říci, že se naše práce primárně zaměřuje na repetitivní superficiální formu sebepoškození.

Dušek a Večerková-Procházková (2015) dále rozlišují formy sebepoškození na *bilanční* a *patické*. Kdy je patická forma chápána ve shodném smyslu s deviantní kategorií Favazzi, zatímco bilanční forma představuje sebepoškození jako prostředek k dosažení cíle. Ve smyslu výměny fyzického zdraví za výhodnější alternativu. Bilanční forma se typicky vyskytuje u vězňů, kteří se sebepoškodí, aby se dostali z nepříjemného prostředí vězení na ošetřovnu. Dalším příkladem může být scéna z kultovního filmu Ondřeje Trojana(2010)- Občanský průkaz. Kdy se protagonisté snažili dupnutím si zlomit ruku, aby se vyhnuli vojenské povinnosti. Specifickou formou bilančního sebepoškození je poté sebepoškození rentové, které slouží k materiálnímu obohacení, poškození pro zisk důchodu a podobně.

4.3 Nejčastější formy sebepoškození u obou pohlaví

Věnovat pozornost si zaslouží i samotné formy provedení, které jsou významně diverzní a liší se i v závislosti na pohlaví. Whitlocková et al. si ve studii z roku 2006 dali za cíl zjistit prevalenci a nejčastější formu sebepoškození u amerických vysokoškolských studentů. Z konečného vzorku $n = 2875$ uvedlo 17 % alespoň jeden incident sebepoškození. Z tohoto počtu se celkem 75 % dopustilo opakovaného sebepoškození. Co se rozdílu u pohlaví týče, ženy měly 1,5x vyšší pravděpodobnost incidence než muži (95% CI: 1.1–1.9) a muži se 2,8x (95% CI: 1.5–5.0) *častěji sebepoškodili úderem do objektu* (kupříkladu zdi, stolu). Ženy se naopak 2,3x *častěji škrábaly a štípaly* (95% CI: 1.4 –3.9) a 2,4x *častěji řezaly* (95% CI: 1.3– 4.2). Tabulka číslo 4 ukazuje nejčastější formy sebepoškození v této studii.

Tabulka 4: Nejčastější formy poškozování dle Whitlock et al. (2006)

Forma provedení	Procento sebepoškozujících se jedinců %
Silné poškrábání, nebo štipnutí kůže nehem či předmětu do té míry, že došlo ke krvácení, nebo zůstaly stopy po zranění na kůži	51,6
Udeření do předmětu do takové míry, která způsobila modřinu nebo krvácení	37,6
Požezání se	33,7
Udeření sebe sama do takové míry, která způsobila modřinu nebo krvácení	24,5
Trhání kůže	15,9
Vyřezání slov nebo symbolů do kůže	14,9
Záměrný zásah do procesu léčby zranění	13,5
Popálení kůže	12,9
Tření skla či jiného ostrého předmětu o kůži	12
Trichotilomanie	11

Obdobnou studií na vysokoškolské populaci z Indie přinesly Kharsatiová a Bholaová (Kharsati & Bhola, 2014), které na vzorku n = 470 identifikovaly formy zobrazené v tabulce 5:

Tabulka 5: Nejčastější formy poškozování dle Kharsati & Bhola (2014)

Střední až závažná forma provedení	Procento sebepoškozujících se jedinců, %
Požezání se	13,2
Popálení se	6,3
Potetování sama sebe	3,7
Rozškrábání se	3,7
Rozedření se	3,3
Mírná forma provedení	
Udeření se	15,2
Trichotilomanie	8,1
Nípání se v ráně	10,3
Vpravení pod kůži	4,5
Pokousání se	10,4
Štipání části těla až do krvácení	2,2

V tabulce si lze všimnout, že autorky užívají klasifikaci představenou Favazzou a Nockem (viz obrazek číslo 6), obsažené ve screeningovém dotazníku FASM³². Autorky nenašly signifikantní rozdíl mezi pohlavími.

Studie autorů Lloyd-Richardsonové et al. (2007) se na druhou stranu zabývala středoškoláky a na vzorku n = 633 došli k těmto formám.

Tabulka 6: Nejčastější formy poškozování dle Lloyd-Richardson et al., (2007)

Střední až závažná forma provedení	Procento (%) sebepoškozujících se jedinců s různým počtem opakování			
	1	2-5	6-10	11>
Opakování:				
Požezání se	3,6	7,1	0,7	2,8
Popálení se	2,8	5,1	1,1	3
Potetování sama sebe	2,4	1,7	0,6	0,2
Rozškrábání se	0,8	1,2	0,7	1,3
Rozedření se	1,3	1,4	0	0,8
Mírná forma provedení				
Udeření se	0,8	6,3	1	3,3
Trichotilomanie	0,5	2,1	0,4	1,8
Vpravení pod kůži	1	2,7	0,4	2,5
Pokousání se	2,1	6,9	1	6
Štípání části těla až do krvácení	1	4,1	0,5	3,1

Autorský tým taktéž užívá klasifikaci Favazzi a Nocka. Po eliminaci zavádějících výpovědí autoři zjistili incidenci n = 293 (46,3%), rovněž bez významného rozdílu mezi pohlavími. Tuto vysokou incidenci připisují více možnostem. Výška prevalence může být přičtena buďto metodě užití ve studii, tedy sebesuzovacím dotazníku s širokým výběrem z forem sebepoškození, který podle autorů může napomáhat k vyšší senzitivě na úkor specifity metody. Nezanedbatelná část odpovědí (n = 29) kupříkladu zahrnovala odpověď „nítat si ránu na těle“ jako jedinou formu sebepoškození, kterou proto z analýz vyřadili. Autoři nadto připouští, že by mohla vysoká prevalence ve výsledcích poukazovat na reálný trend, který nebyl do té doby objeven. Autorky předchozí zmiňované studie, Kharsatiová a Bholaová (Kharsati & Bhola, 2014), zjistily na vzorku podobném tomu ve studii Lloyd-Richardsonové et al. (2007) incidenci 31,2%. Incidence 17% z první diskutované studie (Whitlock et al., 2006) je sice poměrně nižší, přesto můžeme hovořit o relativně rozšířeném trendu.

³² Functional Assessment of Self-Mutilation (Lloyd et al., 1997).

Zajímavým srovnáním z kraje tisíciletí je poté práce Bywaterse a Rofleové (2002), která porovná formy sebepoškození přímo mezi pohlavími, jak ukazuje obrázek číslo 7:

Obrázek 7: Srovnání forem sebepoškození mezi pohlavími (Bywaterse a Rofleové (2002))

Forma sebepoškození	Muži		Ženy		Celkem	
	číslo	%	číslo	%	číslo	%
Pořezání se	34	16	98	32	132	25
Udeření se	45	21	31	10	76	15
Popálení se, opaření se	7	3	10	3	17	3
Štípání se, škrábání se	41	19	64	21	105	20
Trichotilomanie	15	7	26	8	41	8
Kousání se	27	13	24	8	51	10
Polykání nestravitelných objektů	17	8	19	6	36	7
Vpravení pod kůži	4	2	7	2	11	2
Jiná forma	24	11	27	9	51	10
Celkem	214	100	306	100	520	100

Můžeme si povšimnout rozdílu mezi sebepoškozováním mužů a žen, kdy ženy volí nejčastěji metodu řiznutí, zatímco nejčastější forma u mužů je úder (autoři nespecifikují, zdali se jedná o úder do sebe, či do objektu, jako je tomu u (Whitlock et al., 2006). Obdobný trend vykazuje i první zmíněná studie (Whitlock et al., 2006). Vyšší míra sebepoškození a obecná vyšší prevalence psychických potíží byla v metaanalýze zjištěna u intersex jedinců i celé LGBTIQ+ komunity teamem Marchiho et al. (2022). Tento nepoměr může být patrně zapříčiněn nedostatkem sociální opory a přetrvávající vysokou mírou stigmatizace v LGBTIQ+ komunitě (ibid.).

4.4 Funkce sebepoškození

Pro komplexní uchopení problematiky sebepoškození je nicméně stěžejní zaměřit se zejména na motivaci, která k tomu jednáni vedla. Bywater a Rofleová (2002) na

základně kvalitativních rozhovorů vytyčili 12 (v původní práci stylizováno do římských číslic) motivů k sebepoškození:

[i] **Jako coping s životními událostmi** (vypořádání s traumaty, sexuálním a fyzickým násilím v dětství a v minulosti)

[ii] **Jako coping s aktuálním prožitkem** (vypořádání se stresem způsobeným momentální situací)

[iii] **Jako coping s emocí** (využití katarzní funkce poškození vlastního těla a uvolnění vnitřní tenze)

[iv] **K navození úlevy** (v rozhovorech nabýval tento motiv dvojího smyslu: jednak shodného s motivem iii; uvolnění přináší úlevu. Na druhou stranu i úlevy z úniku před okolím, do vnitřního světa)

[v] **Jako forma trestu** (při pocitu viny, pro odčinění)

[vi] **Pro vytvoření viditelného „symbolu“ komunikace** (jako exprese vnitřního bolestivého pocitu, vyznačeného tělesným symbolem)

[vii] **Pro to být vyslyšen** (jako pohnutka motivující ostatní k tomu, aby poslouchali)

[viii] **Pro dobrý pocit, který to přináší** (krátký, ale příjemný pocit, který se dostaví bezprostředně po sebepoškození; patrně souvisí s opiátovým systémem; viz podkapitola Sebeпоškozování jako závislost)

[ix] **Pro navrácení kontroly** (ve chvílce sebepoškození má jedinec kontrolu nad situací, i nad vlastním tělem)

[x] **Jako forma závislosti** (byť začalo jedním z prvních deseti motivů, u některých jedinců časem přešlo k formě závislosti; viz podkapitola Sebeпоškozování jako závislost)

[xi] **Jako faktor kontextu** (byť je sebepoškození obecně intimní záležitostí, v určitém % případů je motivem i to, že podobné chování viděli v sociálním prostředí; u kamarádky, spolužáka)

[xii] **Jako sociální faktor** (přídavný faktor kontextu, ve kterém se sebeпоškozující jedinec nachází, a který může přispět ke snížení sebehodnocení. Věty jako: „jsi postižený“, „jsi jen lesba“, „máš chudé rodiče“, jsou jedovaté poznámky, které mohou tendenci k sebepoškození prohlubovat.)

Statistický vhléd do problematiky motivů k sebepoškození umožňují výsledky dotazníku o sebepoškozování FASM (Lloyd et al., 1997). V tabulce číslo 7 shrnujeme komparaci jeho výsledků ve dvou studiích.

Tabulka 7: Komparace motivů k sebepoškození (Kharsati et al., 2014; Lloyd-Richarson et al., 2007).

Studie:	kharsati et al. (2014)		Lloyd-Richarson et al. (2007)	
	N	%	M = %*	S/Z = %*
Účastníci + procenta:				
Pro zastavení špatného pocitu	45	36,3	15,4	37,9
Pro uvolnění od otupění a pocitu prázdna	25	29	15,3	33,3
Pro potrestání sebe sama	42	33,9	22,9	29,3
Pro zrelaxování	51	41,8	22,9	32,8
Pro pocit něčeho, i kdyby to měla být bolest	36	29,3	16,9	41,4
Pro vyhnutí se něčemu nepříjemnému	36	29	12,7	32,2
Pro vyhnutí se škole, práci	16	12,7	28	29,9
Pro vyhnutí se trestu nebo konsekvencím	24	19,5	16,9	27,2
Pro vyhnutí se společnosti lidí	24	19,5	X	X
Pro získání kontroly nad situací	51	41,1	25,4	37,4
Pro změnu chování u ostatních	30	24,4	13,6	22,4
Pro získání něčí reakce, i kdyby měla být negativní	35	28,2	23,7	39,1
Pro pochopení od rodičů, či proto, aby si všimnuli	32	26	14,4	29,3
Pro naštvání ostatních	15	12,2	8,5	27
Pro to být jako někdo, koho si vážím	32	26	10,2	21,3
Pro to mít co dělat, když je člověk sám	34	27,6	19,5	36,2
Pro to mít co dělat, když jsme s ostatními	17	13,8	10,2	25,9
Pro získání více pozornosti u rodičů či přátel	39	31,7	22,9	32,2
Pro to cítit se větší součástí skupiny	25	20,3	13,6	25,9
Pro to dát ostatním najevo, jak zoufalý jsem	27	22	11	21,3
Pro pozornost	33	26,6	24,6	35,6
Pro získání pomoci	24	19,5	9,3	14,4

*Značky „M = %“, a „S/Z = %“ znamenají procentuální zastoupení daného motivu u Mírné, respektive Střední/Závažné formy sebepoškození.

4.5 Sebepoškozování jako závislost

Jak napovídá x motiv Bywatera a Rofleové (2002), i sebepoškozování původně odlišného motivu může po čase přejít do závislostní formy chování. Než se ale zaměříme na systémy, které za tímto závislostním chováním stojí, je nejprve zapotřebí si ji definovat. Závislost může obecně rozlišit na látkovou a nelátkovou formu (Zou et al., 2017), kdybychom sebepoškozování jako závislost zařadili mezi závislosti nelátkové. Ty jsou v MKN-10 (1992) zahrnuty pod kódem F63 (Nutkové a impulzivní poruchy) a jsou definovány takto:

Tato položka obsahuje určité poruchy chování, které nejsou zařaditelné do jiných položek. Jsou charakterizované opakovanými činy, které nemají žádnou jasnou racionální motivaci, nemohou být ovládnuty a obecně působí svým nositelům poškozování vlastních zájmů i zájmů jiných lidí. Osoba hovoří o tom, že její chování je spojeno s impulzy k činnosti. Příčina těchto poruch není pochopitelná a jsou zde seskupeny společně vzhledem k popisným podobnostem v širším slova smyslu, nikoliv však proto, že by bylo známo, že mají jiné důležité společné rysy.

Zou et al. (2017) nicméně uvádí, že symptomy i neurální procesy za nimi stojící, jsou u látkových i nelátkových závislostí velice podobné, a proto někteří autoři i nelátkové závislosti definují za pomocí modelu látkových závislostí. Ty MKN-10 (2013) zahrnuje v kódech F10 až F19 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek), respektive přidruženým kódem 2 (syndrom závislosti), který je definovaný takto:

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.

Kombinací klíčových myšlenek obou definic tak můžeme popsat možnou závislost na sebepoškozování jako *repetitivní a neovladatelný akt, charakteristický nutkáním, narušením kontroly a specifickým behaviorálním, kognitivním a fyziologickým doprovodem*. Budeme-li se držet asumpce, že je mechanismus závislosti na

sebepoškozování obdobný jako u jiných forem závislostí, patrně nejlépe nám jej pomůže vysvětlit model součinnosti systému odměny, stresového systému a endogenního opiátového systému (Wise & Koob, 2013; Blasco-Fontecilla et al., 2016; Störkel et al., 2021; Nixon & Heath, 2008).

4.5.1 Systém odměny

Systém odměny je komplexním systémem velké části mozku, sestávající z dopamin-zásobujících oblastí, *ventrální tegmentální oblast* (VTA) a *substantia nigra* (SN), které distribuují dopamin na třech primárních dopaminergních drahách do příslušných lokalit. (Ikemoto, 2010; Nestler et al., 2008) Jelikož se jedná o komplexní systém, popíšeme si pro účely této práce jen ty části, které přímo souvisí s domnělým efektem na vznik závislosti u sebepoškozování:

I. Mezokortikolimbická dráha, větvící se dále na mezolimbickou a mezokortikální. Mezulimbická dráha transmituje dopamin z VTA do ventrálního striata, které se skládá z jádra nucleus accumbens (NcA) a čichového hrbolku (tuberculum olfactorium). VTA tím moduluje aktivitu GABAergických³³ neuronů uvnitř NcA. Tyto neurony jsou dopaminem aktivovány a deaktivovány při účasti na odměňující aktivitě (při sexu, poslechu hudby, sledování filmu či sportovní aktivitě, zkrátka při činnostech, které máme rádi), ale i při užívání euforiantů, jako například MDMA nebo metamfetaminu. O jádru NcA se proto hovoří jako o primární centrum odměny. (Nestler et al., 2008) I tuberculum olfactorium se, mimo jiné, podílí na vzrušení organismu a odměně (Ikemoto, 2003). Z výzkumů vyplývá, že přímo souvisí s recepcí senzoričkových impulsů na receptorech čichového bulbu (Adey, 1959) a mohlo by tak souviset s odměnou vázanou na čichový vjem. Mezokortikální dráha naopak transmituje dopamin z VTA do kortexu a přímo souvisí s výkonem exekutivních funkcí (Ikemoto, 2010; Nestler et al., 2008)

II. Nigrostriatální dráha vede z SN do dorsálního striata, které sestává z ocasatého tělesa a putamenu. Putamen slouží mimo jiné k učení vázanému na podnět (odměnu), zatímco ocasaté jádro k inhibiční kontrole. Dohromady je aktivita na této dráze, respektive aktivita ocasatého jádra a putamenu pravděpodobně zodpovědná za vznik obsesivního jednání. (Nestler et al., 2008)

³³ GABAergický = související s GABA, primárním inhibičním neurotransmiterem.

III. Tuberoinfundibulární dráha vede z hypotalamu anteriorní hypofýzy, čímž reguluje sekreci hormonů, zejména prolaktinu (Nestler et al., 2008).

Z výzkumů zvířat vyplývá, že může podání antagonistů dopaminových receptorů vést ke snížení tendence k sebepoškozujícímu jednání (Goldstein, 1989). Z výzkumů lidí byla nadto zjištěna alterace v hladinách dopaminu u jedinců s vývojovým opožděním, jako je tomu u Lesch-Nyhanova syndromu. (Lloyd et al., 1981) Závislostní povaha sebepoškození tak může podle (Nixon & Heath, 2008) reprezentovat behaviorální odpověď na alteraci v signalizaci dopaminergní dráhy. Tento vliv je však stále jen okrajově prozkoumán (Blasco-Fontecilla et al., 2016) a vycházíme tak zejména ze zjištění efektu systému odměny u jiných forem závislostí (Wise & Koob, 2013).

4.5.2 Endogenní opiátový systém

pro popis tohoto systému si nejprve v rychlosti připomeňme stresový systém a stresovou osu HPA zmiňovanou v podkapitole Objektívní teorie a neurověda:

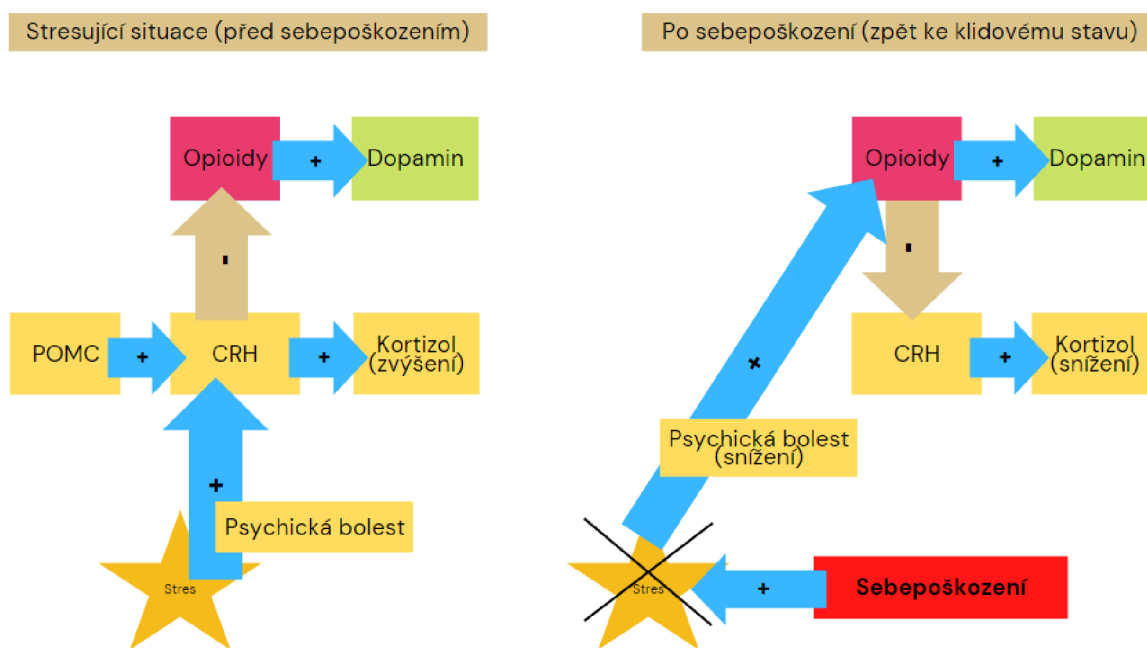
Hypotalamus reaguje na stres => transmise *kortikoliberinu* (CRH) do hypofýzy => vypuštění *kortikotropního hormonu* (ACTH) do nadledvin => aktivizace nadledvin a tvorba *katecholaminů*, zejména *kortizolu*, *adrenalinu* a *noradrenalinu*.

V této rekapitulaci nicméně chybí dříve nezmíněná komponenta stresové osy, **proopiomelanokortin** (POMC). POMC je prekurzorem³⁴ hned několika jiných látek, zejména ale dvou, a to ACTH a β -endorfinu (Nestler et al., 2008; Felten et al., 2021). Zatímco se ACTH řadí mezi pituiatární hormony, β -endorfiny (β -END) bychom zařadili mezi vnitřní opiátové peptidy (Nestler et al., 2008). Uvnitř hypotalamu jsou CRH neurony inervovány β -END neurony³⁵, které inhibují uvolňování CRH (Felten et al., 2021). V praxi to tedy jednoduše znamená, že vyplavením vnitřních opiátů (v našem případě po sebepoškození) dochází ke snížení tvorby katecholaminů a zastavení stresové reakce.

³⁴ Prekurzorem se nazývá sloučenina, která na biochemické dráze předchází jiné sloučenině, která z ní vzniká.

³⁵ skrze takzvaný hypotalamický β -endorfinový okruh Nestler et al., 2008; Felten et al., 2021

Obrázek 8: Základní neurobiologický mechanismus rozvoje závislosti na sebepoškození Blasco-Fontecilla et al. (2016)



Zde na řadu přichází i diskutovaný systém odměny, jelikož jednou z dalších funkcí β -END, i jiných vnitřních opiátů, je právě disinhibice VTA, srze inhibici neurotransmiteru GABA, který VTA reguluje; čímž dochází zároveň k vyplavení dopaminů a aktivaci systému odměny (Nestler et al., 2008). Autoři Blasco-Fontecilla et al. (2016) argumentují, že tento mechanismus může vyvolávat závislostí tendenci u sebepoškozováním trpících jedinců. Jelikož opakované uvolňování opioidů může zvyšovat toleranci a budovat závislost u zranitelných jedinců. Z výzkumů víme, že pacienti trpící repetitivním sebepoškozováním vykazují nižší hladiny ACTH v ranních hodinách³⁶ (Sandman et al., 2008), jako i signifikantně vyšší hladiny β -END oproti kontrolní skupině (Störkel et al., 2021).

Vnitřní opiátový systém nám zároveň z části pomůže osvětlit princip disociací, probíraných v minulé kapitole. Periakvaduktální šed-PAG, zmiňovaná v práci dr. Laniusové (2018), totiž přímo souvisí s opiát-závislou analgezií sestupného systému mozkové (Nestler et al., 2008). Bez přílišného zabíhání do detailů představuje sestupný systém dráhu mozek – mícha, zatímco vzestupný systém dráhu mícha – mozek. PAG, oblast regulovaná vnitřními opiáty (Nestler et al., 2008; Dalayeun et al., 1993), tedy zjednodušeně řečeno funguje jako vstupní brána bolesti (Campbell et al., 2020).

³⁶ Maximální sekrece CRH se u lidí objevuje v ranních hodinách po probuzení (Nestler et al., 2008)

Nepropustí totiž nociceptivní signál z periferie do kortikálních oblastí, které jej tím pádem neidentifikují jako „bolest“. Nestler et al. (2008) tento princip nazývají stresem indukovaná analgezie, která organismu slouží jako mechanismus potlačující bolest při emergentní situaci, pro usnadnění fight nebo flight reakce. Je však nutné podotknout, že je princip této analgezie i disociací komplexnější a nelze jej vysvětlit pouze aktivitou PAG.

4.6 Propojení kapitol - sebepoškozování a disociace

I tak nám ale může PAG posloužit jako polední z oslích můstků, a to pro propojení zbylých kapitol spolu se sebepoškozováním. Jak vyplývá z horních řádků, opiátová teorie, považovaná za jednu z nejsilnější pro vysvětlení tendence k sebepoškozování (Calati et al., 2017; Störkel et al., 2021) bezprostředně souvisí s fenoménem disociací. Tomuto tvrzení hraje do karet jednak prokázaný vztah mezi funkcí vnitřních opiátů a disociacemi (Ulrich, 2014), stejně jako signifikantně vyšší výskyt sebepoškozování u jedinců disociacemi trpících, oproti kontrolní skupině (Calati et al., 2017; Ford & Gómez, 2015). Linde-Krieger et al. (2022) poznamenává, že disociativní fenomény reflektují psychobiologické procesy alterující *přístup k poznání a paměti* (1), *integraci emocí* (2), *kognici a chování* (3), *jako i sense of coherence* (4). Tyto procesy se mohou manifestovat poruchou na úrovni *regulace efektu* (1), *difuzí identity* (2), *poruchou paměti* (3), *auto-hypnotickými fenomény* (4) nebo **poruchou chování** (5), která, vyjma jiného, představuje i špatnou kontrolu impulsů a **sebepoškozování**. Jak již víme z podkapitoly Perspektiva vývoje, traumatu a zvýšené hypnability, disociace významně souvisí s předchozí traumatizací. Conors (1996) na to konto zmiňuje, že právě prožité trauma je jedním z hlavních příčin sebepoškozujícího chování, protože v jedinci zanechává „stopy“, které mohou interagovat s aktuálními prožitky a zvyšovat tím jedincovu reaktivitu. Sebepoškození v takovém případě proto představuje coping pro zachování identity. Ford a Gómez (Ford & Gómez, 2015) tyto myšlenky ve svém review taktéž potvrzují a krom jiného poukazují i na vztah sebepoškozování s alexithymií.

4.7 Propojení kapitol - sebepoškozování a alexithymie

Vztah alexithymie a disociací potvrzuje i recentní metaanalýza autorů Reynoa et al. (2020). Wise et al. (2000) na druhou stranu pozitivní vztah nezjistili. Při rozboru jednotlivých položek dotazníku TAS-20 nicméně potvrdili silnější vztah mezi disociací a TAS-20 dimenzemi: *identifikace vlastních emocí* a *neschopnost deskripce vlastních*

emocí. Zatímco dimenze externě orientovaného myšlení byla s disociací paradoxně záporně korelovaná (jedinci trpící disociacemi mají tendenci k hlubšímu vnitřnímu prožívání a pestřejší představivosti). Tento nesoulad částečně vysvětluje práce Greenea et al. (2020), kteří došli k obdobným výsledkům mezi alexithymií a sebepoškozováním. Zatímco dimenze *identifikace vlastních emocí a neschopnost deskripce vlastních emocí* se sebepoškozováním souvisejí, u externě orientovaného myšlení se vztah nepotvrdil. Potvrdil se u ní však vztah s misúzem alkoholu, u kterého byl naopak vztah s prvními dvěma dimenzemi obecně nižší než u sebepoškozování. To poukazuje na možnou emočně regulační funkci sebepoškozování, vztahující se k neschopnosti jedince emoce adekvátně číst, interpretovat a komunikovat. Kdy je právě tato neschopnost sdílenou vlastností obou diskutovaných konstruktů, jak disociací, tak alexithymie (Reyno et al., 2020). Tuto myšlenku podporuje i zmiňovaná metaanalýza Reynoa et al. (2020), která hovoří o spojení alexithymie s dysfunkčními metodami afektivní regulace. Jako i metaanalýza Normanové et al. (2020), která potvrzuje střední velikost účinku ve vztahu mezi sebepoškozováním a alexithymií v dimenzích *identifikace vlastních emocí a neschopnost deskripce vlastních emocí*. Paivio a McCulloch (2004) mimo to spojují alexithymii s traumatem v dětství a sebepoškozováním a hovoří o ní jako o mediátoru mezi nimi. Což znovu poukazuje na spojitost mezi disociacemi, alexithymií a sebepoškozováním, která je mimo jiné v souladu s tvrzeními, jež sdílí i teorie DbS a strukturální teorie disociací, představené v podkapitole Teoretické přístupy disociací. Tím nejpodstatnějším sdělením této pasáže by však mělo být, že jsou disociace i alexithymie modulovatelné skrze specifické terapeutické intervence (Reyno et al., 2020; Cameron et al., 2014). A důkladné porozumění jejich funkci a efektu může vést ke zlepšení péče o pacienty trpícími sebepoškozováním.

4.8 Propojení kapitol - sebepoškozování a organizace osobnosti

V první kapitole jsme se dopodrobna věnovali principiálnímu porozumění Kernbergova konceptu organizace osobnosti, která hovoří o úrovních *dosažení formace identity, vyžrálosti obranných mechanismů a schopnosti testovat realitu*. Při propojení tematických celků obou kapitol je zapotřebí zmínit ještě další pojem, bezprostředně související s organizací osobnosti, a sice **charakterovou konstelaci**. Charakterová

konstelace³⁷ hovoří o struktuře osobnosti ve smyslu „čím“ jedinec je. Hovoří tak o jeho projevech, tendencích a způsobech prožívání; kupříkladu jedinec s depresivní konstelací osobnosti bude mít tendenci odmítat pomoc druhých, nebude jevit zájem o pozitivní zážitky, či na ně bude reagovat averzí. Organizace osobnosti na druhou stranu hovoří o tom, jak moc se tato daná konstelace manifestuje; jaké obrany užívá, jak rigidní jsou, jak dokáže integrovat rozličné prožitky. A tedy stejný jedinec s depresivní strukturou osobnosti, ale na odlišné (nižší) úrovni organizace, bude při obdobném projevu své prožitky hůře interpretovat a hůře je zpracovávat. (Kernberg, 1967, 1970, 1971) Kernberg v původních dílech (ibid.) zmiňuje například hysterickou, narcistní, chaotickou, antisociální, nebo právě depresivně masochistickou strukturu osobnosti. Tu zde specificky několikrát zmiňujeme, protože ji Kernberg opakovaně uváděl jako přímo související se sebepoškozováním (Kernberg, 1967, 1970, 1971). Zatímco bychom manifestaci depresivní charakterové konstelace na vyšší úrovni organizace definovali v systému DSM - 5 jako depresivní poruchu osobnosti (viz obrázek číslo 3), je depresivně-masochistická konstelace na nízké úrovni organizace manifestována primitivně sebedestruktivními sklony (Kernberg, 1967). To je, jak píšeme v podkapitole Hraniční organizace osobnosti, způsobeno zejména difuzí identity. Jelikož jedinec není schopný vidět sebe nebo ostatní v celistvém kontinuu, ale pouze v černobílém „vše dobré“ nebo „vše špatné“. A protože je nenáviditelná jako přání eliminovat objekt vnímaný jako hrozbu. (Clarkin et al., 2006) Je pro jedince s nízkou úrovní organizace nezbytné separovat (odštěpit) a zaútočit na „špatné aspekty“ sebe, aby ochránil ty dobré. Behaviorální manifestací tohoto mechanismu je, mimo jiné, právě sebepoškození (Kernberg 1967, 1970; Clarkin et al., 2006). Přínosem znalosti organizace osobnosti je tedy lepší zařazení jedince a jeho specifických manifestací a lepší zacílení následné léčby. (Kernberg 1971).

4.9 Teoretická část - konkluze

Budeme-li hovořit o tom, že je trauma společným základem pro všechna diskutovaná témata³⁸, můžeme alexithymii a disociace označit za *důsledek traumatu* a *příčinu vzniklé potřeby k autoregulaci*. Zatímco bychom patologickou organizaci osobnosti

³⁷ Ve shodném slova smyslu se v pracích objevují i termíny struktura osobnosti, či osobnostní typy (Kernberg, 1967, 1971; Caligor et al., 2007).

³⁸ Jak víme z podkapitoly Perspektiva vývoje, traumatu a zvýšené hypnability, i necitlivá péče je formou „traumatu“ ovlivňujícího rozvoj disociací. Jako i zasahujícího do adekvátního utvoření dyadického vztahu, stran normálního vývoje organizace osobnosti.

označili za *důsledek traumatu a příčinu neadekvátní, patologické a nefunkční metody této autoregulace*.

Již zde je nicméně velice důležité říci, že prezentovaný model vysvětluje zejména otázku těch motivů podle Bywatera a Rofleové (2002), které nějakým způsobem souvisí s *autoregulací* (tedy najmě: i až v; viii až x). Částečně hovoří o těch motivech, které souvisí s *komunikací emocí* (vi a vii). Ale nikterak³⁹ nevysvětluje motiv xi, tedy *nakažlivou formu sebepoškozování*. Tuto limitaci hlouběji probíráme v diskuzi, přesto považujeme za důležité již nyní na ni poukázat.

³⁹ Snad krom možného mechanismu primitivní identifikace u jedinců s hraniční organizací osobnosti.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 KONCEPCE VÝZKUMU

V následující části se zabýváme koncepcí výzkumu, rozebíráme výzkumný design, použité metody, formy sběru dat a metodologii obecně.

5.1 Vymezení výzkumného problému

Z důvodu obecně vzrůstající prevalence sebepoškozujícího chování ve světě (Tørmoen et al., 2020; Mayor, 2019; Borschmann & Kinner, 2019), ještě umocněné post-pandemickým (Cheng et al., 2023; Foster et al., 2023; Sara et al., 2023) a peri-válečným (Glazer, 2023) obdobím, ve kterém se v době psaní práce nacházíme, jsme se rozhodli zaměřit na orientační zhodnocení situace, mezi českými mladými dospělými. Tuto cílovou populaci jsme vybrali z důvodu obecně vyšší prevalence sebepoškozujícího chování⁴⁰.

Po úvodní rešerši a zhodnocení praktických a teoretických znalostí problematiky jsme vyhodnotili, že nejprínosnější data přinese design s komplexní testovou baterií. Tuto baterii jsme seskládali tak, aby zahrnovala koncepce nejčastěji skloňované ve vztahu k sebepoškozování. Z důvodu uvedených v teoretické části jsme se proto rozhodli o zahrnutí testů hodnotících *alexithymii* (1), *disociace* (2) a *organizace osobnosti* (3). Jelikož si nejsme vědomi studie zaměřující se na zapojení všech třech témat, a to jak v zahraniční, tak v domácí literatuře, vnímáme zmapování v české populaci jako přínosné vyplnění research gapu.

5.2 Výzkumný design

Pro naplnění cílů výzkumného problému jsme se rozhodli zvolit kvantitativní design s použitím dotazníkových metod. Baterie dotazníků byla převedena do elektronické formy s použitím software služby Survio.com a administrována online, pomocí internetu. Metodologicky vzato je práce primárně koncipovaná jako deskriptivní, mapující studie, jejímž cílem je vnést vzhled do problematiky sebepoškozování u mladých dospělých

⁴⁰ Swannell et al. (2014) uvádí prevalenci mezi mladými dospělými 13,4%, oproti prevalenci 5,5% u dospělých nad 24 let.

v české populaci. Deskriptivní studie umožňuje popsat distribuci jevů v určité populaci (v našem případě u jedinců s historií sebepoškození) a slouží jako zdroj informací pro budoucí bádání.

5.3 Výzkumné otázky

Z výše uvedených důvodů, a z principu koncepce této práce, neformulujeme pro kvantitativní práce typické hypotézy, nýbrž výzkumné otázky. Obecnou výzkumnou otázku můžeme definovat jako:

Existují vzájemné vztahy mezi alexithymií, disociativním prožitkem, organizací osobnosti a sebepoškozením u mladých dospělých?

Na základě této obecné otázky si můžeme stanovit dílčí výzkumné otázky, které se zaměřují na jednotlivé části zkoumané problematiky. Jelikož je zkoumání jednotlivých konceptů zastoupeno analýzou výsledků příslušných metod (viz Metody sběru dat), formulujeme následující otázky vůči těmto metodám:

Výzkumná otázka 1: *Liší se průměrný skór testových metod u jedinců s historií sebepoškození oproti průměrným skórum v běžné populaci?*

Výzkumná otázka 2: *Liší se průměrný skór testových metod u jedinců s historií lehčích a těžších forem sebepoškození?*

Výzkumná otázka 3: *Liší se průměrný skór testových metod u jedinců mladších oproti starším?*

Výzkumná otázka 4: *Liší se průměrný skór testových metod v závislosti na motivu sebepoškození?*

Výzkumná otázka 5: *Existuje nějaký vzájemný vztah mezi výsledky testových metod?*

5.4 Metody sběru dat

Pro sběr dat jsme použili baterii obsahující 5 testových metod: *SIBTI* (1), *IPO* (2), *TAS-20* (3), *DES* (4), *SDQ-20* (5). Výhodou užití komplexní dotazníkové baterie je získání velkého objemu tvrdých dat. Naše rozhodnutí je nadto motivováno i skutečností, že

v českém prostředí existuje řada prací⁴¹ věnujících se sebepoškozování kvalitativně (například Černá & Šmahel, 2009; Rozsivalová, 2015), zatímco kvantitativních prací příliš mnoho nevzniká (zmiňme alespoň Hrubá et al., 2012). Průměrný čas na vyplnění celé baterie se pohyboval okolo 35 minut.

5.4.1 SITBI

Při koncepci naší testové baterie jsme se snažili využít takové metody, které mají oficiální českou lokalizaci a které prošly validizací. V tomto ohledu představuje Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview, z konstrukce profesora Nocka et al. (2007), jedinou výjimku. SITBI je strukturovaným interview, zaměřeným na zjištění prevalence, frekvence a charakteristiky *sebezraňujících myšlenek a chování*. Jako takový vychází z teorií Nocka a Favazzi (2009), které zmiňujeme v teoretické části (viz obrázek 6) a zahrnuje řadu otázek na sebevražedné a sebepoškozující jednání. Zjišťuje motivy, čas prvního sebepoškození, prvních myšlenek na sebepoškození, nebo třeba formy (metody) sebepoškození. Naším cílem nicméně nebylo přeložit a administrovat celou metodu. SITBI v našem případě sloužilo především jako podklad pro výběr relevantních kvalitativních otázek pro popisné statistiky a tvorbu podskupin souboru (obdobně jako třeba otázka: *Jaké je vaše pohlaví?*). Pro výběr této metody jsme se rozhodli zejména proto, že vychází z relevantní a vědeckou komunitou široce akceptované teorie, kterou zmiňujeme i v naší práci. Neoficiální ad hoc překlad interview pro účely této práce sestával ze čtyř částí: *vymezení relevantních otázek pro vytvoření podskupin při analýze souboru* (1), *vlastní překlad metody*⁴² (2), *prezentace překladu dvěma studentům oboru psychologie* (3), *prezentace upraveného překladu jednomu studentovi filologického oboru anglistika* (4). Následně vzniklé kategorie zahrnují otázky na: *čas prvního sebepoškození* (1), *první myšlenky na sebepoškození* (2), *kdy sebepoškození skončilo* (3), *jakou metodou bylo prováděno* (4), *jak často k němu docházelo* (5), *s jakou motivací k němu docházelo* (6).

Přestože užití vlastních otázek (inspirovaných metodou SIBTI) považujeme za adekvátní k účelu této práce. Do budoucna je nezbytné přinést SIBTI (nebo obdobnou komplexní metodu) do českého prostředí, a to s odborným překladem, validizací a tvorbou norem. Taková validizace avšak dalece přesahuje motivy a cíle současné práce.

⁴¹ Odborných článků, kvalifikačních prací, studií...

⁴² Důraz nebyl kladen na doslovnost překladu, ale na zachování myšlenky původní položky.

5.4.2 IPO

Inventory of Personality Organization – IPO je sebesposuzující metodou, která může sloužit jako rychlý screening před administrací strukturovaného interview STIPO (Clarkin et al., 2004). Metoda není určena pro přesnou diagnostiku úrovně organizace podle Sternberga, ale zaměřuje se na měření třech (viz kapitola Úrovně organizace osobnosti) dimenzí tohoto konstruktů, na základě kterých můžeme na tuto organizaci usuzovat. Z toho vyplývá, že třemi primárními škálami IPO jsou *difuze identity* (1), *primitivnost obranných mechanismů* (1) a *testování reality* (2). Původní verze inventáře (Clarkin et al., 1995) obsahovala 150 položek. Z celkového počtu sytily 57 položek primární škály, zatímco zbylé položky sytily sekundární škály interpersonálních vztahů. Revidovaná verze, kterou užíváme v této práci, ostatní položky vyřazuje a obsahuje pouze 57 hlavních. Každá z nich je hodnocena na 5 bodové Likertově škále, kdy 1 značí: „zcela neplatí“ a 5 značí: „vždy platí“.

Obrázek 9: Ukázka metody IPO

10. Někteří z mých přátel by byli překvapení, kdyby věděli, jak se mé chování může změnit v závislosti na situaci.

Hrubé skóry se tedy pohybují v rozmezí od 57 do 285. Průměrné celkové skóre testu se v české populaci pohybuje od 68 do 124. O mírném zvýšení rysů (nad 1 SD) hovoříme od 125 do 149 bodů. Zvýšených rysů dosahují participaci skórující od 150 do 190 (nad 1,5 SD). A Vysoce zvýšené rysy můžeme usuzovat u jedinců skórujících od 191 a výše (nad 2 SD). Výsledky nad 1,5 SD můžeme vnímat jako **možné prediktory hraniční organizace osobnosti**. Naopak skór pod 68 vypovídá o zdravé organizaci osobnosti.

V případně výrazného snížení musíme nicméně usuzovat na možné riziko záměrného zkreslování výsledků. (Riegel et al., ND). Vnitřní konzistence primárních škál byla v původní studii (Lenzenweger et al., 2001) uspokojivá, Cronbachova alfa dílčích škál byla u: difuze identity 0,88; primitivnosti obranných mechanismů 0,81; a testování reality 0,87. Stejně uspokojivě vyšla i test-retest reliabilita: difuze identity $r = 0,83$; primitivnost obranných mechanismů $r = 0,81$; testování reality $r = 0,80$. Smith et al. (2009) potvrzují vnitřní validitu metody. Průměrný skór neklinické populace se v literatuře pohybuje okolo 92 bodů (Riegel et al., ND). Stran administrace se jedná o z celé použité baterie nejdelší metodu na vyplnění, která zabere průměrně 10-15 minut.

5.4.3 TAS-20

Jak již zmiňujeme v podkapitole Konceptualizace alexithymie: definice a modely, TAS-20 (Bagby et al., 1994) je revidovanou verzí původního dotazníku Toronto Alexithymia Scale, autorů Taylora et al. (1985). Revidovaná verze přinesla zkrácení z 26 na 20 položek, jako i přechod ze čtyř na tří-faktorový model. Původní faktory: *denní snění* (1) a *externě orientované myšlení* (2) tak revidovaná verze spojuje ve faktor jeden. Tím vzniká revidovaný faktor *externě orientované myšlení* (sycen položkami: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20), který doplňuje faktory *potíže s identifikací pocitů* (sycen položkami: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14) a *potíže s komunikací pocitů* (sycen položkami: 2, 4, 11, 12, 17); přičemž jsou položky 4, 5, 10, 18 a 19 kódovány negativně.

Obrázek 10: Ukázka metody TAS-20

9. Mívám pocity, které nemohu zcela identifikovat.

Těchto 20 otázek je participantem hodnoceno na 5 bodové Likertově škále, kdy 1 značí: „neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům“ a 5 značí: „velmi dobře odpovídá“. Sečtením výsledků všech odpovědí získáme hrubý skór o rozsahu 0-100, kdy:

Hrubý skór < 51 naznačuje nepřítomnost alexithymie

Hrubý skór v rozmezí 52 – 60 naznačuje možnou přítomnost alexithymie

Hrubý skór v rozmezí 61 > **udává jistou přítomnost alexithymie**

(Taylor et al., 1997)

Uspokojivá validita i reliabilita dotazníku byla prokázána v nespočtu studií (například Parker et al., 2003; Seo et al., 2009; Thorberg et al., 2010). Jedna z nejnovějších studií, poeticky nazvaná *Dvacet pět let s Toronto Alexithymia Scale* (Bagby et al., 2020), zmiňuje více než 17 normalizovaných jazykových mutací. Zároveň uvádí (ibid.) silný souhrnný průměrný korelační koeficient 10 studií $\rho = 0,74$, s rozpětím od 0,57 do 0,87. Cronbachova alfa velké komunitní studie ($n = 1933$) byla 0.86, což můžeme označit za výsledek robustní a spolehlivý. TAS-20 je tak rychlá a efektivní metoda pro zjištění přítomné alexithymie. Průměrný skór neklinické populace se v literatuře pohybuje okolo ~ 44,7 bodů (Bagby et al., 2020; Bressi et al., 1996). Doba vyplnění se pohybuje okolo 3-6 minut.

5.4.4 DES

Dissociative experiences scale – DES je screeningovou metodou k posouzení frekvence disociativních prožitků (Bernstein & Putnam, 1986). Skládá se z 28 položek, a jak popisujeme v podkapitole Historie konceptualizace a teorie disociace, principiálně staví na teorii disociativní kontinuity, vzešlé z fenomenologického pojetí DSM-3 (1980). Jak uvádějí sami autoři metody Bernsteinová a Putnam (1986), DES by z tohoto důvodu neměl být chápán jako primární diagnostická metoda k posouzení přítomnosti disociativních poruch. Protože se zaměřuje na široké spektrum disociativních jevů, měl by být chápán spíše jako primární vodítko poukazující na disociativitu v klinické i neklinické populaci (Bernstein & Putnam, 1986; Ptáček et al., 2006). Otázky se tak týkají jak běžných forem disociací, tak závažných disociativně-patologických odchylek.

Obrázek 11: Ukázka metody DES – běžná disociace

2. Někteří lidé občas shledají, že si při poslechu něčí řeči náhle uvědomí, že neslyšeli část nebo vůbec nic z toho, co bylo řečeno. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

Obrázek 12: Ukázka metody DES – patologická disociace

12. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, že jiní lidé, věci nebo svět kolem nich nejsou reálné. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

Těchto 28 položek je v původní verzi DES měřeno pomocí vizuální analogové škály (VAS), kdy participant na stobodové (deseticentimetrové) ose vyznačí, v kolika procentech případů se mu daný projev stává. Vyhodnocení poté probíhá zaokrouhlením vyznačené odpovědi na 5mm od bodu nula, sečtením odpovědí všech položek a jejich vydělením číslem 28 (tedy počtem otázek). Tím nám vzniká celkový DES-skór s rozsahem 0 až 100. Cut-off skór 30 má podle Carlsonové et al. (1993) 74% sensitivitu a 80% specificitu pro DID. Steinberg et al. (1991) nicméně pro určení disociativních poruch doporučují relativně nižší false-negative cut-off skór 20, který tak leží v kontrastu s přísným false-positive skórem 30 Carlsonové et al. (1993). Můžeme se proto držet DES-skóru 20, jako svědčícího o možné přítomné disociativní poruše.

Tabulka 8: Průměrné skóry metody DES v různých populacích

Průměrné skóry DES v populacích	\bar{x}
Obecná dospělá populace	5,40
Úzkostné poruchy	7,00
Afektivní poruchy	9,35
Poruchy příjmu potravy	15,80
Pozdní adolescence	16,60
Schizofrenie	15,40
Hraniční porucha osobnosti	19,20
PTSD	31,00
Nespecifikovaná disociativní porucha	36,00
DID	48,00

(Traumadissociation.com, 2023)

DES byl v roce 2000 přeložen do českého jazyka (Bob, 2000) a publikován pod označením *Škála disociativních zkušeností*. Byť existují i modely pracující s DES multifaktorově, spolehlivě můžeme říci, že měří jeden faktor: disociace (Ptáček et al., 2006; Carlson & Putnam, 1993).

Starší studie poukazují na přijatelnou reliabilitu

Obrázek 13: Reliabilita metody DES (Ptáček et al., 2006)

Tab. 1 Přehled studií test – retest reliability DES				
	n	r	p	Test/retest interval
Bernstein, Putnam (1986)	26	0.84	< 0.0001	4 – 8 týdnů
Frischholz et al. (1990)	30	0.96	< 0.0001	4 týdny
Pitblado, Sanders (1991)	46	0.79	< 0.0001	6 – 8 týdnů

Tab. 2 Přehled studií vnitřní reliability DES			
	n	r	p
Bernstein, Putnam (1986)	73	0.83	< 0.0001
Pitblado, Sanders (1991)	46	0.93	< 0.0001

Predikční validitu potvrzují například Frischholz et al. (1990) a Steinberg et al. (1991).

Kromě originální verze DES existuje i krátká úprava DES-Taxon, která sestává z položek: 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22 a 27 originálního dotazníku. Tyto položky jsou pokládány za zvláště citlivé na patologické formy disociací. Široce užívaným cut-off skórem pro DES-Taxon je 15. (Mazzotti et al., 2016) Naše práce zahrnuje původní 28 položkou verzi DES v české lokalizaci (Bob, 2000), převedenou do online podoby. Místo zaznačení na ose měl tedy participant zvolit příslušnou míru skrze manipulaci s posuvníkem, označeným

body 0-100. A to s doprovodnou instrukcí: *Vyznačte na posuvníku v jakém procentu času se vám to stává.* Průměrná doba vyplnění se pohybuje okolo 5-10 minut.

5.4.5 SDQ-20

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) je dotazníkem, jehož vytvoření bylo motivováno absencí nástroje pro posouzení *somatoformních* disociativních projevů. Autoři (Nijenhuis et al. 1996) si povšimli, že existuje řada (například výše představený DES) metod se zaměřením na psychoformní disociace, a SDQ-20 se tak stal komplementárním diagnostickým prostředkem pro adekvátní zhodnocení celého disociativního spektra; doplňuje proto složku „pocit (sensation)“ v modelu BASK.

Z původních 75 položek klinicky potentních somatoformních symptomů autoři (ibid.) do finální verze vybrali položek 20. Ty jsou hodnoceny na 5 bodové Likertově škále, kdy 1 značí: „nedopovídá to mým zkušenostem a pocitům“ a 5 značí: „velmi dobře odpovídá“. SDQ-20 skór je tak součtem hodnot celého poolu položek s rozsahem 20-100.

Obrázek 14: Ukázka metody SDQ-20

4. Občas se mi stává, že moje tělo, nebo jeho část je necitlivá vůči bolesti.*

Nijenhuis (2010) uvádí ideální cut-off skór jako 35, se sensitivitou 0.45 a specificitou 0.98. Průměrný skór jedinců s diagnostikovaným DID je $\bar{x} = 55,7$, zatímco SD je 14,7 (ibid.). Nijenhuis (1996) dále uvádí velmi vysokou vnitřní konzistenci Cronbachovo alfa 0,95 i uspokojivou validitu (Nijenhuis, 2010). V naší práci užíváme revidovanou českou verzi dotazníku (Ptáček & Bob, 2009) uzpůsobenou pro online administraci. Ptáček a Bob (2009) uvádějí, že se jedná o vhodný dotazník na změření somatoformních symptomů. Výzkumníci zároveň našli významný vztah s metodou DES (Nijenhuis, 2010). Průměrná doby vyplnění se pohybuje okolo 6 minut.

5.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor sestává z *mladých dospělých s historií sebepoškozování*. Mladé dospělé definujeme po zvoru amerického Národního výzkumného koncilu (2015), jako jedince ve věku od 18 do 26 let. Definici sebepoškozování se věnujeme v podkapitole Vymezení a definice pojmu sebepoškozování. V této práci jej chápeme jako: *Akt opakovaného, záměrného, ale reverzibilního poškození vlastních tělesných tkání. S cílem ublížit si, ale bez apriorního úmyslu zemřít*. Opakovanost dále definujeme jako: *záměrné, ale reverzibilní poškození vlastních tělesných tkání alespoň 3x za život*.

Názory na definici repetitivní formy sebepoškozování se liší. Někteří autoři uvádějí dostačující počet opakování jako 3x, jiní až 10x (Nixon & Heath, 2008). V naší práci se z důvodu vyšší citlivosti přikláníme k počtu třech opakování.

Přestože si uvědomuje dynamiku vývoje vzniku sebepoškozování, která je typická projevy již v dětském věku. Z několika praktických důvodů jsme se rozhodli zaměřit na populaci dospělou. Prvním z nich je, že prevalence sebepoškozování (Swannell et al. 2014) je v mladé dospělosti druhá největší ze všech skupin (14,4%), hned po adolescentním období (17,2%). Zároveň je nepoměrně více prací o sebepoškozování, které se v českém prostředí zaměřují na děti a adolescenty, než prací se zaměřením na dospělé. A v nespolední řadě i z čistě praktického důvodu, kdy je při online administraci jednodušší získat informovaný souhlas od dospělého jedince, nežli od nezletilého⁴³. Kritériem pro zařazení do analýz je proto: **věk 18 až 26 let (1); historie aktu sebepoškození (2); opakování sebepoškození nejméně 3x za život (3)**.

5.6 Průběh sběru dat

Testovou baterii jsme převedli do online dotazníkové formy prostřednictvím serveru Survio.com a nazvali jej: *Komplexní dotazník k diplomové práci na téma záměrného sebepoškozování u mladých dospělých*. V úvodu jsme participanty přivítali textem, který sloužil jako seznámení s průběhem i cílem dotazníku. Z důvodu pokusu o snížení předpokládané mortality vzorku (předčasné opuštění vyplňování dotazníku), obsahoval úvodní text informaci o průměrném čase vyplnění, jako i vysvětlení důvodu komplexity baterie.

⁴³ V případě nezletilých je zapotřebí souhlasu zákonného zástupce.

*Hezký den, vážený respondente, vážená respondentko,
již začátkem Vám děkujeme za Vaši ochotu.*

Účelem naší práce je průzkum specifických osobnostních a dalších psychologických faktorů v souvislosti se sebepoškozováním u mladých dospělých (od 18 let). Klademe si tak za cíl hlubší pochopení této tíživé problematiky. Pro vytvoření úplného obrázku je následující dotazník sestavený jako komplexní a rozsáhlý, a jeho vyplnění tedy zabere delší časový horizont (až 50 minut, průměrně však 35). O to cennější informace nám však v našem snažení přinese. Prosíme Vás tedy o Váš čas i laskavé vyplnění.

Z etických důvodů je dolní věková hranice pro vyplnění dotazníku 18 let.

Po úvodním textu následovala pasáž obsahující informovaný souhlas, který respondenti odsouhlasili vyplněním slova „souhlasím“ do kolonky: *Souhlasíte-li s výše uvedenými právy a povinnostmi v souvislosti s vyplněním dotazníku, napište prosím do testového pole: "souhlasím"*. Kromě informovaného souhlasu text obsahoval i informace o následujících otázkách a upozornění, že by participaci neměli vyplňovat dotazník v tíživém stavu psychickém:

V následující části zjišťujeme základní informace o Vás, jako i o formě a četnosti sebepoškozování. Z důvodu náročnosti dotazované problematiky nedoporučujeme vyplňování ve stavu psychické nepohody.

Celý dotazník je kompletně anonymní a data budou zpracována tak, aby nebylo možné dohledat originálního respondenta. V případě, že nebudete chtít ve vyplňování nadále pokračovat, můžete z výzkumu kdykoliv a bez uvedení důvodu odejít. Anonymizované výsledky budou publikovány veřejně.

Po odsouhlasení informovaného souhlas byl participant přesměrován k další bráně před spuštěním dotazníku. Zde měl spočtením jednoduché příkladu „2+2“ odpovědět na logickou úlohu, čímž jsme se pokusili zamezit vyplnění dotazníku automatickým botem. Se záměrem tohoto opatření byl participant obeznámen následující větou: *„Pro zamezení rizika vyplnění dotazníku botem (škodlivý software) prosíme o napsání výsledku následujícího příkladu: 2+2 =“* a dodatkem: *„Nejedná se o zkoušku matematické dovednosti“*

Po vyřešení příkladu byl participant přesměrován k první části, obsahující základní údaje o věku⁴⁴ a pohlaví⁴⁵. Načež následovala samotná baterie, řazena následovně: SITBI (1), TAS-20 (2), IPO (3), DES (4), SDQ-20 (5). Po skončení testování jsme se s participantem rozloučili v děkovném textu, který zároveň obsahoval odkazy na stránky věnující se duševnímu zdraví a odborné pomoci:

Nesmírně děkujeme za vyplnění tohoto náročného dotazníku.

Věříme, že se informace získané díky Vaší ochotě i času promění v cenný podklad pro další bádání v této oblasti.

Závěrem si dovolueme sdílet užitečné odkazy týkající se psychického zdraví:

<https://www.cmhcd.cz/stopstigma/poradna/>

<http://www.help24.cz/>

<https://nepanikar.eu/aplikace-nepanikar/>

<https://nevypustdusi.cz/>

Linka bezpečí: 116 111 (pro děti a mladé dospělé do 26)

V případě dotazu či připomínky se zároveň můžete obrátit na autora práce:

e-mail: denis.vesely01@upol.cz

Odkaz na dotazník byl distribuován následovně:

První vlna: Skupiny a influencerů⁴⁶ zabývající se duševním zdravím na platformě facebook.com; stránky s tematikou sebepoškozování na platformě facebook.com

Ze stránek a influencerů oslovených v první vlně se žádostí o sdílení příspěvku reagovalo na naši výzvu celkem 7 z 15 oslovených subjektů. Stran influencerů na platformě facebook.com reagovala na žádost o sdílení jediná influencerka, vystupující pod pseudonymem „Holka z blázince“. Ve zbylých 6 případech se jednalo o stránky s tematikou duševního zdraví, či zájmové blogy: *Citáty, myšlenky - život v temnotě, depka, sebepoškozování* (1), *Příznání psychiatrických pacientů* (2), *Moje "kamarádka"*

⁴⁴ Zvolili jsme rozdělení podle clusterů: 18-20; 21-25; 26-35; 35-50

⁴⁵ Rozhodli jsme se užít dichotomického rozdělení: „biologické pohlaví muž x žena“, problematice se dále věnujeme v diskuzi.

⁴⁶ Moderní neologismus označující jedince s informačním dosahem na sociálních sítích.

úzkost (3), Psychomat z.s. (4), Deprese NÁS nedostane (5), Pomoc při sebepoškozování (6).

Druhá vlna: Influenceři s dosahem k mladým lidem na platformě twitter.com

Na platformě twitter.com jsme nejprve vytvořili samostatný tweet (příspěvek), který obsahoval text: „Hezký den twittere, v rámci své diplomové práce, týkající se vztahu psych. aspektů a sebepoškozování u mladých dospělých, sháním dobrovolníky ochotné přispět k výzkumné části skrze vyplněním dotazníku: <https://bit.ly/3KF3RNn>. Stran skoupého dosahu budu nesmírně vděčný za retweet“. + informační letáček (viz příloha číslo 1). Odkaz na tento tweet (shorturl.at/egGY7) jsme následně sdíleli pomocí soukromé správy celkově n = 10 vybraným jedincům s vysokým dosahem (1000 > sledujících). Celkový dosah tohoto tweetu (počet zobrazení) byl 21 308 individuálních zobrazení, z čehož vzešlo 263 rozkliknutí odkazu, vedoucího k dotazníku.

Třetí vlna: Spolupráce s Nepanikař z.s., poskytovatelem telemedicínské aplikace pro podporu duševního zdraví a online poradnou. Vyvěšení odkazu na profil aplikace_nepanikar na platformě instagram.com a facebook.com

Po domluvě s vedením Nepanikař z.s., jsme organizaci zaslali letáček (viz příloha číslo 1), spolu s přímým odkazem na dotazník. Ten byl instagramovým a facebookovým účtem Nepanikař z.s. sdílen pomocí tzv. „stories“. Tedy funkce, která viditelně, v úvodu hlavní stránky, zobrazuje s časovým omezením určitý obsah.

Po zvážení jsme se rozhodli neomezovat věk vyplnění na 26 let. Jelikož mohou výpovědi i od starších participantů představovat cenná data, využitelná do následujících možných výzkumů. Klíčovou tak zůstává pouze dolní hranice 18 let. S veškerými sesbíranými daty, a to i těmi, která nakonec nebudou zahrnuta v analýzách, zacházíme s respektem k participantům a důkladně a bezpečně je archivujeme. Dotazník zaznamenal celkem n = 731 individuálních návštěv (otevření odkazu na dotazník), z čehož ~ 10 návštěv proběhlo v rámci testování funkcionality dotazníku. Ani napříč výše uvedeným opatřením se nepodařilo adekvátně ošetřit mortalitu souboru, jelikož z celkového počtu návštěv dotazník do konce vyplnilo pouze n = 130 (17,8%) jednotlivců.

5.7 Etická stránka výzkumu

S vědomím citlivosti zkoumané problematiky jsme se v několika krocích snažili ošetřit etickou stránku výzkumu. Participant byl před samotným začátkem vyzván, aby se

do výzkumu nezapojoval, pakliže se nenachází ve stabilní psychické kondici. Po celou dobu dotazníku byl před každou z jeho částí informován o tom, co jej čeká. A na konci dotazníku byl odkázán na platformy poskytujících psychickou pomoc. Participant byl zároveň upozorněn, že se jedná o dobrovolné šetření, jehož vyplnění může kdykoliv, bez postihu a bez nutnosti uvedení důvodů, opustit. Zároveň mu byl poskytnut kontakt na autory⁴⁷. Po uveřejnění diplomové práce zároveň aktualizujeme odkaz na dotazník tak, aby obsahoval rychlý a viditelný přístup k výsledkům v databázi kvalifikačních prací.

5.8 Charakteristika souboru

Při sběru dat se nám podařilo získat výpovědi od celkem $n = 130$ jedinců. Z toho celkem 18 respondentů převršilo věk 26 let, a nebyli tak zařazeni do analýz v této práci. Jejich data každopádně pečlivě uchováváme pro případnou další práci do budoucna. Ze zbylého počtu 112 jedinců celkem 6 z nich uvedlo, že se nikdy v životě nesebepoškodili. Z toho důvodu byli z hlavní analýzy taktéž vyřazeni. Při finální úpravě byli vyřazeni poslední dva respondenti, kteří uvedli celkové opakování jako < 3 případy. Konečná velikost souboru, která prochází všemi eliminačními kritérii (věk:15-26; počet opakování sebepoškození: $3 >$), je proto $n = 104$.

Finální soubor $n = 104$ se skládá z $n = 97$ žen (93,3%) a $n = 7$ mužů (6,7%). Celkem $n = 66$ (63,5 %) jedinců souboru se v době vyplnění nacházelo ve věku 18-20 let. Zbýlých $n = 38$ (36,5 %) jedinců pak ve věku 21-26. Analýza síly testů nicméně odhalila, že se jedná o soubor dostačující⁴⁸. Z celkového počtu uvedlo $n = 10$ (9,6 %) jednotlivců příslušnost k nějaké subkultuře, jak uvádí tabulka 9.

⁴⁷ Práva na informace využil jeden participant, důvody kontaktu probíráme v diskuzi.

⁴⁸ Pro analýzy užití v této práci se minimální nejnižší počet participantů u metody s nejnižší velikostí účinku rovná: $n = 90$

Tabulka 9: Seznam uvedených subkultur

N = 10 jedinců, kteří uvedli příslušnost k subkultuře:
Emo, goth
Goth/Metal
emo, gothic
queer
lgbt
LGBT+ (2x)
Straight edge
Nerd
Alternative, LGBT+

Průměrný věk první myšlenky na sebepoškození byl $\bar{x} = 13,5$ let (SD = 2,47; 95% KI 13,02 - 13,98). Průměrný věk skutečného sebepoškození posléze $\bar{x} = 14,3$ let (SD = 2,69; 95% KI 13,73 - 14,77). Průměrná doba trvání, tedy od věku při prvním sebepoškození do věku při posledním, byla $\bar{x} = 4,9$ (SD = 2,99; 95% KI 4,32 - 5,49) let a průměrný věk při posledním sebepoškození $\bar{x} = 19,2$ (SD = 2,23; 95% KI 18,72 - 19,59) let. Průměrnému počtu opakování se věnujeme v podkapitole Analýza outlierů.

6 ANALÝZA DAT

V této části si představíme konkrétní data získaná v dotazníku, zaměříme se na rozdíly v pozorování a jejich analýzu.

6.1 Analýza normality

Před samotnou analýzou sesbíraných dat byly provedeny testy normality. K tomuto účelu jsme zvolili kombinaci tří metod ke zjištění normality, a to test Shapiro-Wilkův (S-W), test Kolmogorovův–Smirnovův (K-S) a Lillieforsův test. První zmíněny, S-W test, dobře rozlišuje u menších souborů $n = < 50$ (Mishra et al., 2019), může být nicméně použit i pro analýzu souborů větších. K-S test je na druhou stranu běžně užíván při hodnocení souborů $n = 50 >$ (ibid.). Test Lillieforsův je poté testem odvozeným od K-S testu a d-statistiky, s tím rozdílem, že je postaven na citlivějších normách, a tím pádem přísněji rozlišuje možné nenormální rozložení dat. Výsledky testů normality shrnujeme v tabulce 10.

Tabulka 10: Testy normality (signifikantní výsledky jsou zobrazeny červeně)

Test	N	K-S d	K-S p	Lilliefors p	Shapiro-Wilk W	Shapiro-Wilk p
TAS-20	104	0,088	0,20	0,05	0,984	0,227
IPO	104	0,052	0,20	0,20	0,980	0,108
DES	104	0,098	0,20	0,05	0,945	0,000
SDQ-20	104	0,095	0,20	0,05	0,945	0,000

Z tabulky 10 vyplývá, že můžeme normalitu jednomyslně potvrdit u metody IPO. Metoda TAS-20 se rozchází ve výsledku citlivého Lillieforsova testu, S-W ani K-S test nicméně normalitu dat nevyvrací. Naopak poslední dvě metody DES a SDQ-20 vychází jak v S-W, tak v Lillieforsově testu jako signifikantně nenormálně rozložené. Z těchto důvodů jsme se rozhodli následné analýzy testů provést, s jednou výjimkou, primárně s pomocí neparametrických metod. Podrobnější grafy rozložení dat uvádíme dále u každé metody zvlášť

6.2 Deskriptivní statistiky

Dále jsme se v analýze zaměřili na popis výsledků jednotlivých testových metod. Tabulka 11 vyobrazuje deskriptivní statistiku všech čtyř metod, jako i subtestů metody IPO. Červeně jsou vyobrazeny ty skóry, které v průměru přesahují stanovený cut-off⁴⁹

Tabulka 11: Deskriptivní statistika výsledků

Test	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	104	60,125	57,7	62,6	62,0	31	89	12,497
IPO	104	159,75	152,6	166,9	162,5	90	269	36,604
IPO: f1	104	49,942	47,2	52,7	48,0	24	88	14,028
IPO: f2	104	65,096	62,2	68,0	67,0	34	105	14,982
IPO: f3	104	44,712	42,4	47,0	42,5	23	76	11,695
DES	104	29,135	25,6	32,6	26,5	4	75	18,036
SDQ-20	104	40,990	38,4	43,6	39,0	19	88	13,546

S rozsahem 31 až 89 bodů a průměrem $\bar{x} = 60,1$ (SD = 15,5; 95% KI 57,7 - 62,6) skórovalo n = 104 participantů v metodě TAS-20. Tím byl vysoce přesazen průměrný skór v neklinické populaci ~ 44,7 (Bagby et al., 2020; Bressi et al., 1996). V průměru ale nebyl dosažen cut-off skór 61, který indikuje jistou přítomnost alexithymie. Průměrný skór $\bar{x} = 159,8$ (SD = 36,6; 95% KI 152,6 - 166,9) v metodě IPO naproti tomu přesahuje jak neklinický průměr, tak klinický cut-off skór 150. Rozsah skóru byl v této metodě poměrně vysoký, s nejnižším skórem 90, který odpovídá pásmu průměru, a nejvyšším skórem 269, který představuje vychýlení od průměru o 2 SD. Takový skór odpovídá výraznému zvýšení a zároveň se přibližuje maximálnímu dosažitelnému skóru v metodě (285). Průměr jednotlivých subškál testu IPO u prvních dvou faktorů f1 = testování reality ($\bar{x} = 49,9$; SD = 14,0; 95% KI 47,2 - 52,7) a f2 = difuze identity ($\bar{x} = 65,1$; SD = 15,0; 95% KI 62,2 - 68,0) překročil stanovené cut-off skóry 49 a 64. Poslední subškála f3 = primitivní obrany ($\bar{x} = 44,7$; SD = 11,7; 95% KI 42,4 - 47,0) nicméně stanovený cut-off skór 46 bodů nepřesáhla. Průměrný výsledek metody DES byl $\bar{x} = 29,1$ (SD = 18,0; 95% KI 25,6 - 32,6), tedy o více než 9 bodů vyšší, než udává cut-off skór podle Steinberga et al. (1991). Zároveň téměř dosahuje na přísnější skór 30, který je podle Carlsonové et al. (1993) ze 74% sensitivní na rozpoznání DID. Rozpětí minimální a maximální hodnoty je nicméně taktéž široké, s rozsahem od 4 do 75 bodů. Poslední z užitých metod, SDQ-20, taktéž v průměru

⁴⁹ TAS-20 = 61 | IPO = 150 | IPO-f1 = 49 | IPO-f2 = 64 | IPO-f3 = 46 | DES = 20 | SDQ-20 = 25

převyšuje stanovený cut-off skór, a to o ~ 6 bodů, když dosahuje průměru $\bar{x} = 40,9$ (SD= 38,4; 95% KI 43,6 -13,5) s minimem a maximem v rozpětí od 19 do 88 bodů.

6.3 Formy sebepoškozování

Dále jsme se zaměřili na četnost výskytu jednotlivých metod sebepoškozování. V testové baterii se nacházela otázka: „Nyní se zaměříme na seznam věcí, kterými si lidé občas záměrně ublíží. Označte prosím ten způsob, kterým jste si ublížil(-a) vy“. Participant měl v tuto chvíli možnost vybrat jednu a více z devíti možných odpovědí:

Řezáním nebo vyřezáváním do kůže

Záměrným udeřením se

Pálením kůže (například cigaretou, zapalovačem, nebo jiným horkým objektem)

Potetováním se (s primárním účelem skryté formy sebepoškození)

Zabodnutím ostrého předmětu do kůže nebo pod nehet

Poškrábáním se na kůži do bodu, kdy z ní začala téct krev

Štípnutím se na těle do bodu, kdy z místa začala téct krev

Kousnutí se (například vnitřku úst nebo rtů)

Jinou metodou (volný výběr)

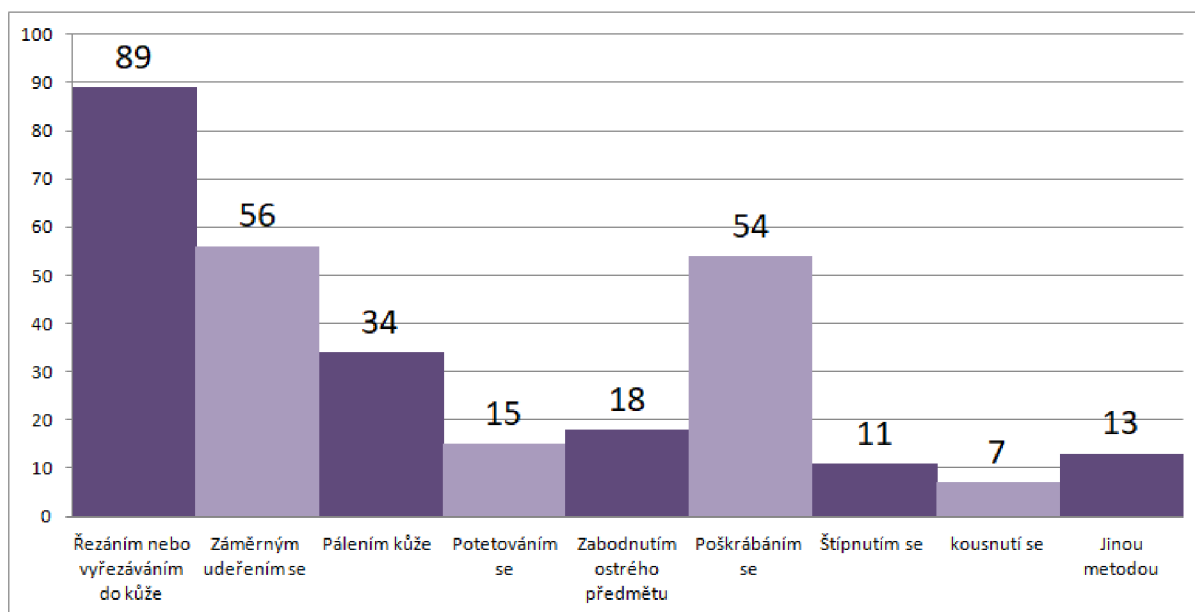
Tabulka 12 udává četnosti jednotlivých metod.

Tabulka 12: Četnosti metod sebepoškození

Metody sebepoškození	Absolutní četnost n = 104	Relativní četnost (č%) n = 104
Řezáním nebo vyřezáváním do kůže	89	85,6 %
Záměrným udeřením se	56	53,8 %
Pálením kůže	34	32,7 %
Potetováním se	15	14,4 %
Zabodnutím ostrého předmětu	18	17,3 %
Poškrábáním se	54	51,9 %
Štípnutím se	11	10,6 %
Kousnutí se	7	6,7 %
Jinou metodou	13	12,5 %

Z tabulky 12 vyplývá, že z celkového počtu n = 104 nejvíce jedinců (n = 89; č% = 85,6) zvolilo jako metodu sebepoškození *řezání nebo vyřezávání do kůže*. Naopak nejnižší počet (n = 7; č% = 6,7 %) jedinců zvolilo metodu *kousnutí se*. Výsledky prezentujeme také v přehledovém grafu:

Graf 1: Četnosti metod sebepoškození



Následující tabulka 13 obsahuje všechny jednotlivé odpovědi vyplněné ve volno-výběrové odpovědi „jinou metodou“:

Tabulka 13: Souhrn odpovědí „jinou metodou“

Souhrn odpovědí označených jako "jinou metodou":
Trhání nehtů
Zarytí nehtů do kůže
trhání vlasů, škrcení se
léky
hladovka
strhávání kůže okolo nehtů na ruku, zvracení
hladověním
Box se zdí a jinými předměty
Horká sprcha
Zarýváním nehtů do kůže
Kousání nehtu do krve
Zarytí nehtů do své kůže. Tahání si za vlasy s cílem způsobit si bolest, nikoliv je ale přímo vyškubnout.
Stříhání, odírání kůže o předměty, štípání bez krve, trhání vlasů, hladovění

6.4 Doba trvání

Dále jsme se zaměřili na analýzu věku při prvním a posledním sebepoškození, spolu s posouzením průměrné délky trvání. Tuto analýzu rozdělujeme podle věku na mladší a starší, jak ukazuje tabulka 14.

Tabulka 14: Deskriptivní statistika doby trvání sebepoškození (údaje jsou uváděny v průměrných letech; < 1 značí trvání kratší než rok)

Skupina	N	Průměr (x̄)	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
První zranění mladší	66	13,955	13,422	14,487	14	4	18	2,166
Poslední zranění mladší	66	18,091	17,728	18,454	18	13	20	1,475
Doba trvání mladší	66	4,136	3,522	4,751	4	<1	14	2,499
První zranění starší	38	14,763	13,652	15,874	14	8	25	3,381
Poslední zranění starší	38	21,000	20,304	21,696	21	16	25	2,118
Doba trvání starší	38	6,237	5,142	7,332	6,5	<1	14	3,332

Analýza signifikance rozdílů ve věku prvního sebepoškození u skupiny mladších a starších participantů vyšla u Mann-Whitneyova testu jako nevýznamná: $U = 1121,0$; $p = 0,373$. Kromě doby trvání se zaměřujeme i rozdíl mezi věkem při první myšlence na sebepoškození a prvním skutečným sebepoškozením.

Tabulka 15: Deskriptivní statistika první myšlenky a prvního skutečného sebepoškození (údaje jsou uváděny v průměrných letech; < 1 značí prodlevu kratší než rok)

Skupina	N	Průměr (x̄)	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
První myšlenka mladší	66	13,422	12,903	13,941	13	4	18	2,076
První zranění mladší	66	13,955	13,422	14,487	14	4	18	2,166
Prodleva mladší	66	0,531	0,272	0,791	<1	<1	5	1,038
První myšlenka starší	38	13,632	12,631	14,632	13	8	20	3,044
První zranění starší	38	14,763	13,652	15,874	14	8	25	3,381
Prodleva starší	38	1,132	0,367	1,896	<1	<1	10	2,327

Z tabulky 15 je patrné, že jedincům z mladší (18-20 let) populace trvalo v průměru ~ půl roku, než se po první myšlence na sebepoškození skutečně sebepoškodili. U jedinců ze starší populace (21-26 let) byla tato prodleva delší a trvala více než jeden rok.

6.5 Analýzy cut-off skóru

Pro zhodnocení, zdali se průměrné výsledky testů liší od stanovených cut-off skóru jsme se rozhodli výjimečně použít duálního zhodnocení, a to za pomoci parametrického jednovýběrového t-testu a neparametrického znaménkového testu. Využili jsme tak výhody silnějšího parametrického t-testu, užitečné zejména pro posouzení prvních dvou metod (TAS-20 a IPO), u kterých se potvrdila normalita. Znaménkový test poté posloužil k ověření druhých dvou testů, jako i zjištění procenta „ $v < V$ “, díky kterému můžeme lehce vypočítat, kolik jednotlivců z celkového n dosáhlo stanovených cut-off skóru. Jako konstantu jsme proto zvolili „ $x - 1$ “, kdy se x = cut-off skóru jednotlivých testů. Tím jsme zjišťovali, zdali se výsledné skóry lišily od posledního neklinicky významného⁵⁰ skóru před stanoveným cut-offem.

Tabulka 16: T-testy jednotlivých metod (červeně jsou značeny signifikantní výsledky; šedá barva označuje výsledky u metod s nepotvrzeným normálním rozložením)

Test	N	Průměr (\bar{x})	SD	Std. chyba	Reference	t-hodnota	df	p
TAS-20	104	60,125	12,497	1,225	60	0,102	103	0,919
IPO	104	159,75	36,604	3,589	149	2,995	103	0,003
IPO: f1	104	49,942	14,028	1,376	48	1,412	103	0,161
IPO: f2	104	65,096	14,982	1,469	63	1,427	103	0,157
IPO: f3	104	44,712	11,695	1,147	46	-1,124	103	0,264
DES	104	29,135	18,036	1,769	19	5,73	103	0,000
SDQ-20	104	40,99	13,546	1,328	34	5,263	103	0,000

Výsledky obou testů se shodovaly tak, že byl u všech metod kromě TAS-20 ($p = 0,919$) zjištěn signifikantní rozdíl od konstanty, tedy od stanoveného limitního cut-off skóru. Obdobně jako u TAS-20, nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ani u jednotlivých subškál dotazníku IPO (f1: $p = 0,161$; f2: $p = 0,157$; f3: $p = 0,264$), ale pouze u celkového

⁵⁰ „Klinická významnost“ v tomto kontextu znamená, že daný skór (nebo průměr více skóru) přesahuje limitní cut-off pro potvrzení přítomnosti zkoumaného jevu (tedy například pro potvrzení přítomnosti alexithymie).

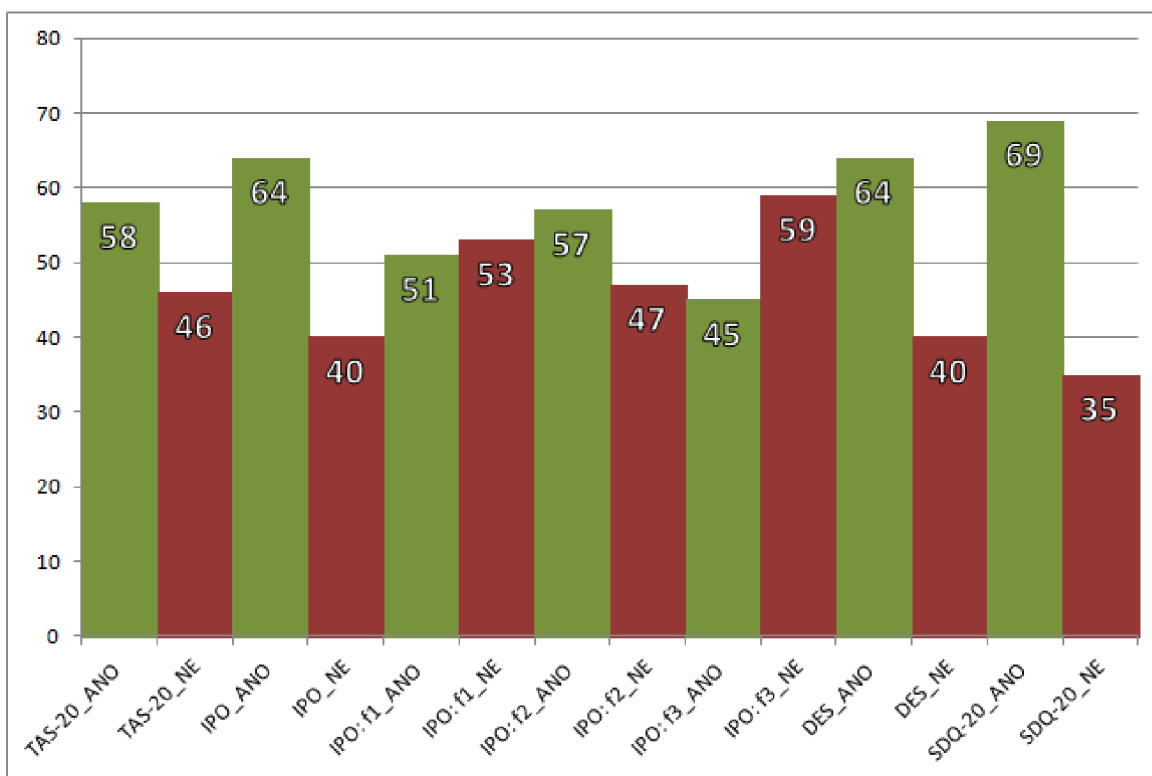
IPO-skóru ($p = 0,003$). Výsledky metod DES a SDQ-20 u t-testu uvádíme šedou barvou, z důvodu nesplnění podmínky normality dat je třeba brát je cum grano salis. Hodnotíme je tedy v tabulce 17, který obsahuje výsledky znaménkového testu. Zde vycházejí p hodnoty obou testů signifikantně (DES: $p = 0,010$; SDQ-20: $p = 0,000$).

Tabulka 17: Znaménkový test jednotlivých metod (červeně jsou značeny signifikantní výsledky)

Test	Počet různých	Procento $v < V$	Z	p
TAS-20	101	42,574	1,393	0,164
IPO	103	37,864	2,365	0,018
IPO: f1	99	48,485	0,201	0,841
IPO: f2	99	42,424	1,407	0,159
IPO: f3	101	55,446	0,995	0,320
DES	101	36,634	2,587	0,010
SDQ-20	99	30,303	3,819	0,000

Díky znaménkovému testu zároveň víme, že se výsledky ve vyšším procentu případů lišily směrem nahoru; tedy že jedinci skórovali výše, než byla hranice klinické významnosti. Pro výpočet přesného počtu jedinců skórujících nad stanovený cut-off skór je zapotřebí zaměřit se na hodnotu „% $v < V$ “. Ta udává procento záporných nenulových rozdílů od konstanty. To znamená, že kupříkladu u metody IPO s „ $v < V$ “ = 37,864, skóruje 39 jedinců méně než je stanovený cut-off 149. A tedy, po odečtení záporných rozdílů od celkového počtu nenulových rozdílů: $103 - 39 = 64$ jedinců s klinicky signifikantním výsledkem. Výsledky klinické signifikance jednotlivých metod uvádíme v grafu 2.

Graf 2: Četnosti klinicky signifikantních výsledků (s přesáhnutým cut-off skórem)



Z grafu 2 vychází najevo, že největší zástup jednotlivců dosahujících na klinicky cut-off skór ($n = 69$) přináší metoda SDQ-20. Což můžeme interpretovat jako možnou *inklinaci sebepoškozujících se jedinců k somatoformnímu disociativnímu prožitku*⁵¹. Shodného počtu $n = 64$ dosáhly metody IPO a DES, v obou metodách tedy nadpoloviční většina participantů z celkového počtu $n = 104$ skórovala s klinickou signifikancí. Můžeme proto říci, že u těchto jednotlivců pravděpodobně: existuje *patologická forma organizace osobnosti* (a), *se objevují disociativní fenomény v prožitku* (b). Nejmenšího, ale stále nadpolovičního výsledku, dosahuje metoda TAS-20, ve které klinicky signifikantně skórovalo $n = 58$ participantů. Jelikož ale tyto rozdíly nevyšly jako signifikantní, nemůžeme s jistotou tvrdit, že se u jednotlivců v tomto výzkumném souboru prokazatelně vyskytují alexithymické rysy. Po provedení jednovýběrového t-testu (t -hodnota = 7,447; $p = 0,000$) oproti konstantě 51 (cut-off skór pro úplné vyloučení alexithymických rysů) můžeme nicméně konstatovat, že v naší populaci existuje minimálně *tendence k možnému alexithymickému prožívání*. Metodu proto z dalších analýz nevylučujeme. Pro zjednodušení analýz jsme se na základě výsledků nicméně rozhodli dále analyzovat pouze celkový IPO-skór, a opouštíme tak analýzy jednotlivých subškál.

⁵¹ Myšleno v našem souboru.

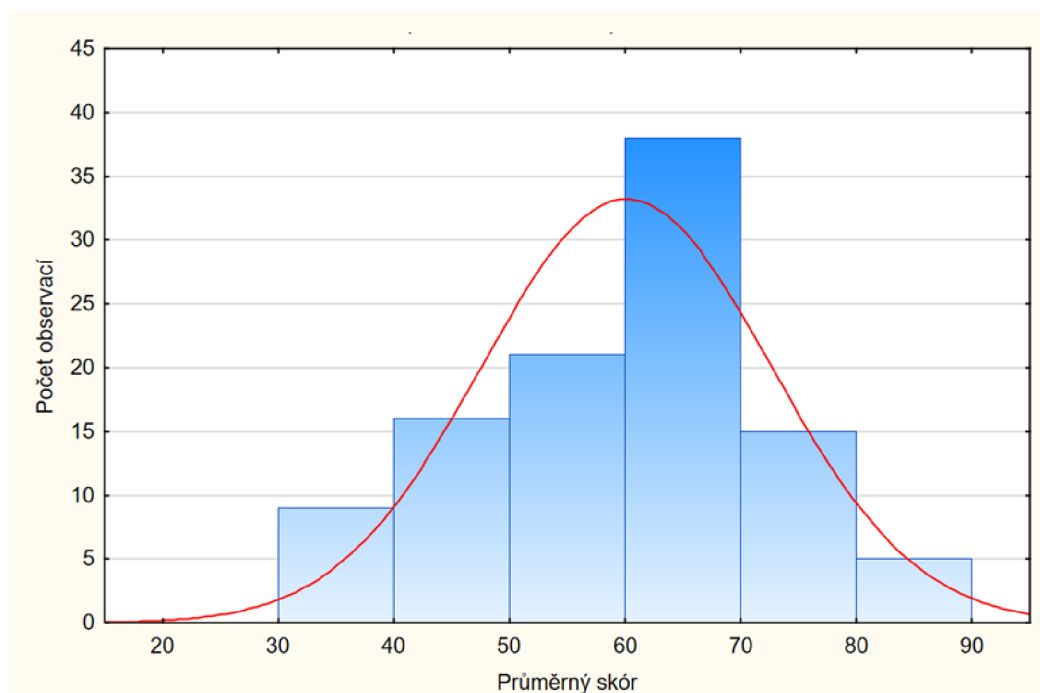
6.6 Rozdíly pozorovaných skupin

V následující části se věnujeme důkladnějšímu popisu rozdílů ve specifických podskupinách. Tyto podskupiny jsme se pro jednotlivé metody rozhodli rozčlenit podle: **pohlaví** (1), **věku** (2) a **závažnosti** (3). Z celkového počtu $n = 104$ jednotlivců zahrnutých v analýze jich bylo $n = 7$ mužského pohlaví. Jak jsme již uvedli v kapitole Výzkumný soubor, v této analýze zpracováváme odpovědi pouze u jednotlivců ve věku od 18 do 26 let. Tento věk byl v otázce: „*Jaký je Váš věk?*“, rozčleněn na 2 clustery, a to *18-20* a *21-26*. V analýzách proto oba clustery kódujeme jako „*mladší*“, pro skupinu 18-20 a „*starší*“, pro skupinu 21-26. Jelikož je devět otázek dotazujících se na metodu sebepoškození inspirováno prací Nocka a Favazzi (2009), můžeme jednotlivé formy sebepoškození rozčlenit podle závažnosti na **mírnou** a **vážnou** formu. Mezi mírné formy sebepoškození řadíme: *udeření se* (1), *zabodnutí předmětu do kůže nebo pod nehet* (2), *štípnutí se* (3) a *kousnutí se* (4). Mezi vážné potom: *řezání nebo vyřezávání do kůže* (1), *pálení kůže* (2), *potetování se* (3) a *poškrábání se* (4). Poslední otázka „jinou metodou“ byla rozříděna kvalitativně. Při kvalitativním posouzení dat jsme si nicméně povšimli zvláštního fenoménu. V pěti ze sedmi případů, kdy byla označena jediná z „vážných forem“ sebepoškození, označili účastníci metodu „*poškrábání se*“. To nás přivedlo k myšlence, pokusit se poupravit model a analyzovat metodu „*poškrábání se*“ jako mírnou formu sebepoškození. Dodatečným členěním je proto „závažnost: upraveno“, u kterého se zaměříme na alternativní model, vyřazující „*poškrábání se*“ z vážných forem sebepoškození.

6.6.1 TAS-20

Jak uvádíme v části Testové výsledky, testy normality (K-S $p = 0,20$; Lilliefors $p = 0,05$; S-W $p = 0,227$) potvrdily normální rozdělení metody TAS-20, což zde znovu prezentujeme v celkovém grafu rozložení.

Graf 3: Rozložení metody TAS-20



Tabulka 18 obsahuje popisné statistiky jednotlivých podskupin metody TAS-20. Oproti celkovému průměru $\bar{x} = 60,1$ si můžeme povšimnout rozdílů v celkem devíti podskupinách. Nejvyššího průměrného výsledku $\bar{x} = 63,5$ dosáhla podskupina *mladších participantů, s historií mírných forem sebepoškození* ($n = 7$). Naopak nejnižšího průměrného výsledku $\bar{x} = 49,3$ dosáhla podskupina *starších participantů, s historií mírných forem sebepoškození, v upraveném modelu* ($n = 4$). Rozdíly lze spatřit například i mezi *vážnou* ($\bar{x} = 60,3$; $n = 97$) a *mírnou* ($\bar{x} = 57,7$; $n = 7$) formou, nebo mezi původním (například $\bar{x} = 60,3$; $n = 97$) a upraveným (například $\bar{x} = 60,5$; $n = 92$) modelem.

Tabulka 18: Deskriptivní statistiky specifických skupin u metody TAS-20

TAS-20	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000	Konfidence 95,000	SD
Muži	7	50,429	37,188	63,669	14,316
Ženy	97	60,825	58,378	63,272	12,141
Mladší	66	61,818	59,067	64,569	11,192
Starší	38	57,184	52,528	61,841	14,167
Vážná forma	97	60,299	57,749	62,849	12,653
Vážná forma: upraveno	92	60,543	57,887	63,200	12,830
Vážná forma: mladší	62	61,710	58,793	64,626	11,485
Vážná forma: mladší upraveno	58	61,966	58,889	65,042	11,699
Vážná forma: starší	35	57,800	52,878	62,722	14,328
Vážná forma: starší upraveno	34	58,118	53,087	63,148	14,418
Mírná forma	7	57,714	47,916	67,512	10,594
Mírná forma: upraveno	12	56,917	50,960	62,874	9,376
Mírná forma: mladší	4	63,500	55,130	71,870	5,260
Mírná forma: mladší upraveno	8	60,750	55,014	66,486	6,861
Mírná forma: starší	3	50,000	20,712	79,288	11,790
Mírná forma: starší upraveno	4	49,250	33,747	64,753	9,743

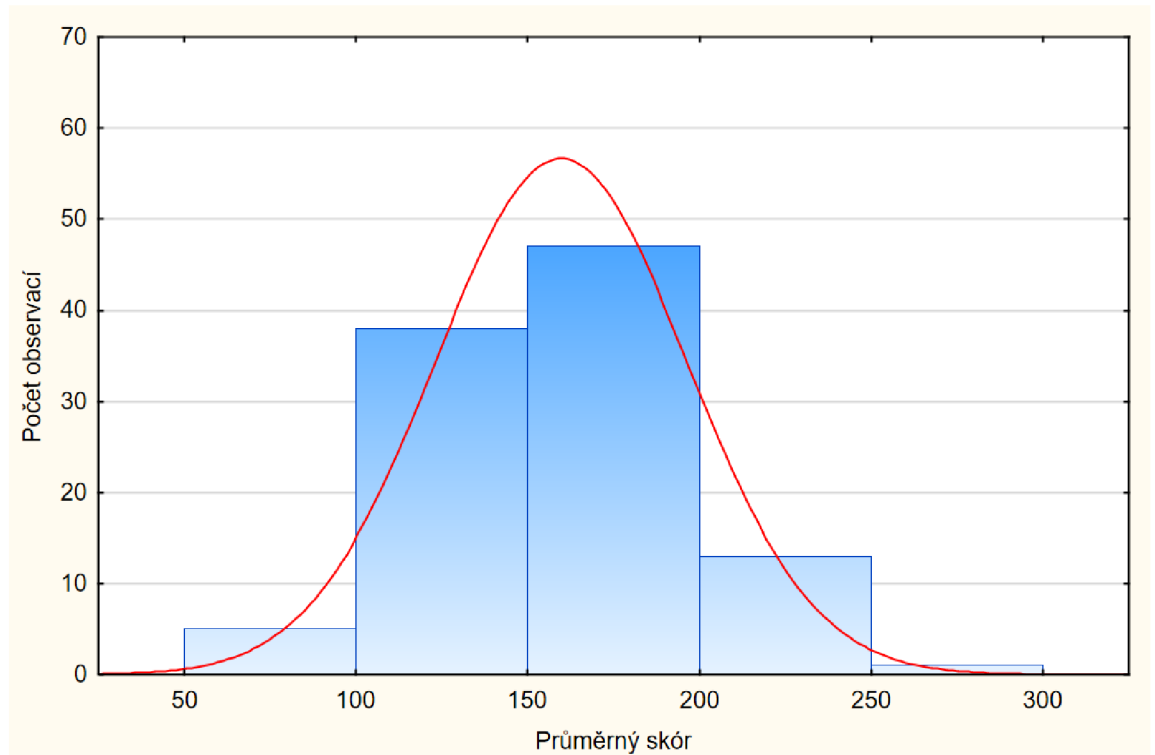
Abychom ověřili statistickou signifikanci těchto rozdílů, použili jsme neparametrický Mann-Whitneyův test. Pro zřehlednění výsledků v této analýze shlukujeme široce členěné podskupiny do čtyř primárních skupin. Těmito skupinami je *pohlaví* (1), *závažnost formy sebepoškození* (2), *upravená závažnost* (3) a *věk* (4).

Při srovnání *vážné* ($\bar{x} = 60,3$; $n = 97$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 57,7$; $n = 7$) nebyl prokázán signifikantní rozdíl ($U = 288$; $p = 0,516$). Srovnání *vážné* ($\bar{x} = 60,5$; $n = 92$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 56,9$; $n = 12$) *upraveného modelu* taktéž nepřineslo signifikanci výsledků ($U = 433,5$; $p = 0,231$). Stejně jako srovnání mladších ($\bar{x} = 61,8$; $n = 66$) a starších ($\bar{x} = 57,2$; $n = 38$) účastníků ($U = 994,5$; $p = 0,080$). Signifikance rozdílu u mužského ($\bar{x} = 50,4$; $n = 7$) a ženského ($\bar{x} = 60,8$; $n = 97$) pohlaví se taktéž nepotvrdila ($U = 192,5$; $p = 0,055$), výsledné $p = 0,055$ je nicméně hranici signifikance blízko. Ke srovnání *vážné* ($\bar{x} = 60,3$; $n = 97$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 57,7$; $n = 7$) standardního modelu a *vážné* ($\bar{x} = 60,5$; $n = 92$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 56,9$; $n = 12$) *upraveného modelu* jsme použili Kruskal-Wallisův test. Ani tato analýza nepřinesla signifikanci výsledků: $p = 0,591$.

6.6.2 IPO

Obdobně jako u metody TAS-20, byla i u metody IPO vizuálně vyobrazena normalita (K-S $p=0,20$; Lilliefors $p=0,20$; S-W $p=0,108$) rozložení dat, jak ukazuje graf 4.

Graf 4: Rozložení metody IPO



Dále v tabulce 19 znovu ukazujeme na rozdíly jednotlivých skupin. Na první pohled zde vyvstává viditelný rozdíl mezi skupinou *mužů* ($\bar{x} = 132,6$; $n = 7$) a *žen* ($\bar{x} = 161,7$; $n = 97$), nebo mezi *mírnou* ($\bar{x} = 146,7$; $n = 7$) a *vážnou* ($\bar{x} = 160,7$; $n = 97$) formou sebepoškození.

Tabulka 19: Deskriptivní statistiky specifických skupin u metody IPO

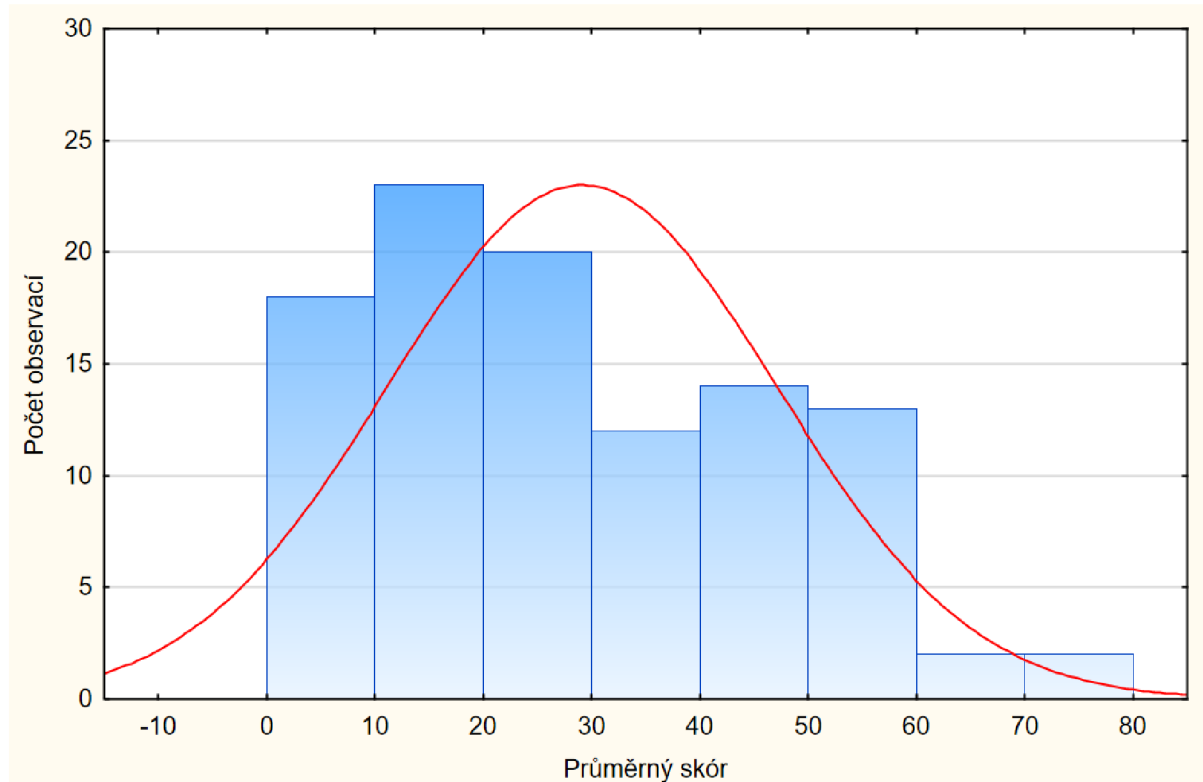
IPO	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000	Konfidence 95,000	SD
Muži	7	132,571	106,992	158,151	27,658
Ženy	97	161,711	154,356	169,067	36,497
Mladší	66	159,606	151,145	168,067	34,416
Starší	38	160,000	146,653	173,347	40,607
Vážná forma	97	160,691	153,299	168,083	36,676
Vážná forma: upraveno	92	161,239	153,505	168,973	37,345
Vážná forma: mladší	62	160,710	152,011	169,409	34,255
Vážná forma: mladší upraveno	58	160,845	151,552	170,138	35,344
Vážná forma: starší	35	160,657	146,523	174,791	41,145
Vážná forma: starší upraveno	34	161,912	147,579	176,245	41,078
Mírná forma	7	146,714	113,809	179,62	35,580
Mírná forma: upraveno	12	148,333	129,834	166,832	29,115
Mírná forma: mladší	4	142,500	83,182	201,818	37,278
Mírná forma: mladší upraveno	8	150,625	128,161	173,089	26,870
Mírná forma: starší	3	152,333	52,030	252,636	40,377
Mírná forma: starší upraveno	4	143,750	84,605	202,895	37,170

Statistické ověření signifikace rozdílu za pomoci Mann-Whitneyova testu neprokázalo u podskupin *mírné* ($\bar{x} = 146,7$; $n = 7$) a *závažné* formy ($\bar{x} = 160,7$; $n = 97$) významnost ($U = 279,5$; $p = 0,444$). Obdobně se nepotvrdila ($U = 522,0$; $p = 0,278$) ani u *vážné* ($\bar{x} = 161,2$; $n = 92$) oproti *mírné* ($\bar{x} = 148,3$; $n = 12$) formě *upraveného modelu*. Ani výsledek analýzy podskupin *starších* ($\bar{x} = 160,0$; $n = 38$) proti *mladším* ($\bar{x} = 159,6$; $n = 66$) participantům neprokázal signifikantní rozdíl ($U = 1218,5$; $p = 0,811$). Jediným signifikantním výsledkem tak zůstává rozdíl mezi pohlavími. Muži ($\bar{x} = 132,6$; $n = 7$) tak oproti ženám ($\bar{x} = 161,7$; $n = 97$) skórovali v metodě IPO signifikantně odlišně ($U = 180,5$; $p = 0,037$). Levostranné ověření (muži < ženy) zároveň potvrzuje ($U = 180,5$; $p = 0,019$), že skupina žen dosahuje vyšších výsledků než skupina mužů. Kruskal-Wallisův test, srovnávající *vážné* ($\bar{x} = 60,3$; $n = 97$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 57,7$; $n = 7$) standardního modelu a *vážné* ($\bar{x} = 161,2$; $n = 92$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 148,3$; $n = 12$) upraveného modelu, neprokázal signifikantní rozdíl: $p = 0,610$.

6.6.3 DES

Na grafu 5 si můžeme povšimnout grafického vyjádření abnormality (K-S $p = 0,20$; Lilliefors $p = 0,05$; S-W $p = 0,00$) rozložení dat.

Graf 5: Rozložení metody DES



Největší rozdíl podskupin nalézáme mezi upraveným modelem závažné formy u starších ($\bar{x} = 30,6$; $n = 34$) a upraveným modelem mírné formy u starších ($\bar{x} = 16,3$; $n = 4$).

Tabulka 20: Deskriptivní statistiky specifických skupin u metody DES

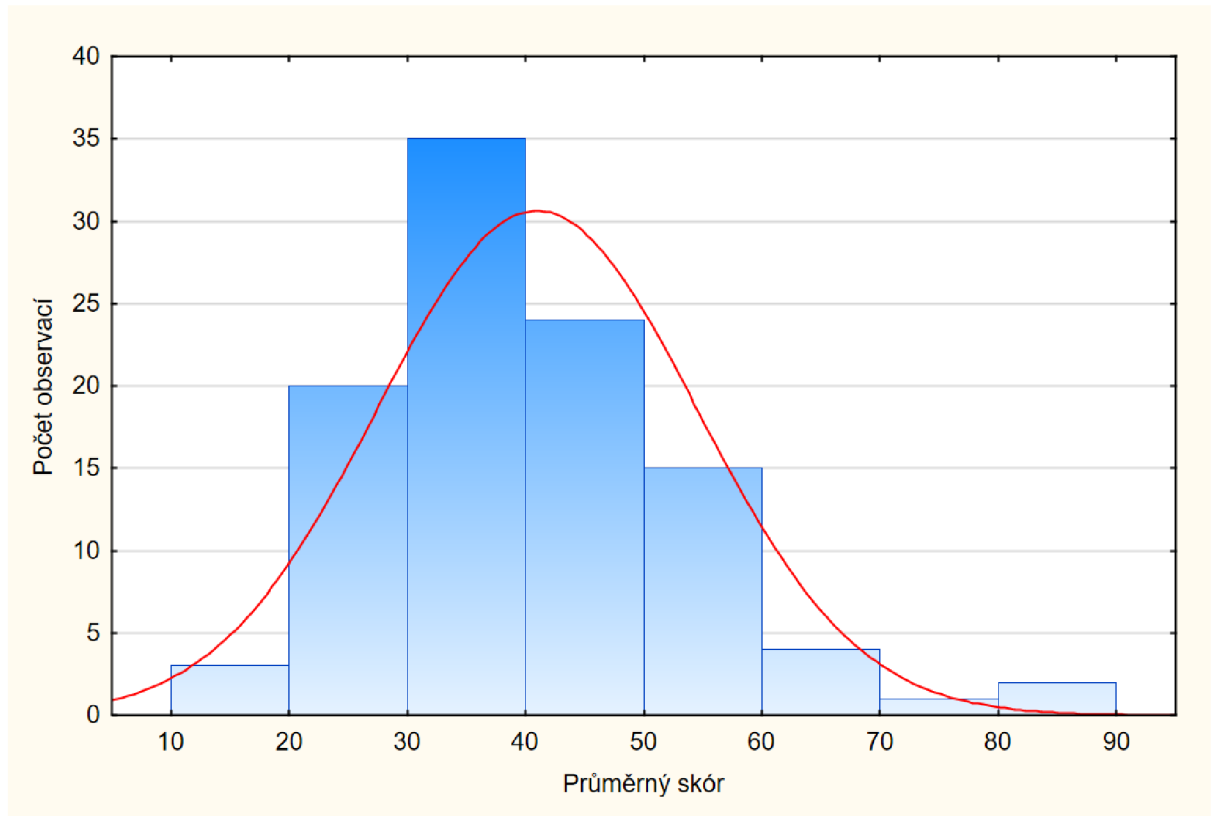
DES	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000	Konfidence 95,000	SD
Muži	7	17,286	6,013	28,559	12,189
Ženy	97	29,763	26,117	33,409	18,089
Mladší	66	28,803	24,508	33,098	17,471
Starší	38	29,132	22,859	35,405	19,085
Vážná forma	97	29,278	25,637	32,920	18,067
Vážná forma: upraveno	92	30,011	26,247	33,775	18,175
Vážná forma: mladší	62	28,919	24,517	33,322	17,336
Vážná forma: mladší upraveno	58	29,638	25,005	34,271	17,619
Vážná forma: starší	35	29,914	23,202	36,626	19,539
Vážná forma: starší upraveno	34	30,647	23,899	37,395	19,339
Mírná forma	7	24,000	7,972	40,028	17,330
Mírná forma: upraveno	12	20,583	11,362	29,804	14,513
Mírná forma: mladší	4	27,000	-8,510	62,510	22,316
Mírná forma: mladší upraveno	8	22,750	9,301	36,199	16,087
Mírná forma: starší	3	20,000	-6,290	46,290	10,583
Mírná forma: starší upraveno	4	16,250	-1,957	34,457	11,442

Ani u jedné z podskupin nicméně nebyl prokázán signifikantní rozdíl. U vážné ($\bar{x} = 29,3$; $n = 97$) oproti mírné ($\bar{x} = 24,0$; $n = 7$) formě byl nalezen nesignifikantní rozdíl $U=282$; $p = 0,468$. Upravená vážná ($\bar{x} = 30,0$; $n = 92$) vykazovala oproti upravené mírné formě ($\bar{x} = 20,6$; $n = 12$) nesignifikantní rozdíl: $U = 381,5$; $p = 0,083$. U mladších ($\bar{x} = 28,8$; $n = 66$) oproti starším ($\bar{x} = 29,1$; $n = 38$) byla signifikance rozdílu: $U = 1237$; $p = 0,912$. A u mužů ($\bar{x} = 17,3$; $n = 7$) a žen ($\bar{x} = 29,8$; $n = 97$) následně: $U = 199$; $p = 0,069$. I když nebyl ani jeden z výsledků signifikantní, nejbližší hranici 0,05 se nachází rozdíl v upraveném model závažnosti sebepoškození ($U = 381,5$; $p = 0,083$) a zejména rozdíl u pohlaví ($U = 199$; $p = 0,069$). Kruskal-Wallisův test, srovnávající vážné ($\bar{x} = 29,3$; $n = 97$) a mírné formy ($\bar{x} = 24,0$; $n = 7$) standardního modelu a vážné ($\bar{x} = 30,0$; $n = 92$) a mírné formy ($\bar{x} = 20,6$; $n = 12$) upraveného modelu, neprokázal signifikantní rozdíl: $p = 0,315$.

6.6.4 SDQ-20

Z grafu normality (K-S $p = 0,20$; Lilliefors $p = 0,05$; S-W $p = 0,00$) rozložení je patrný jinak relativně normálně vypadající soubor, který je však narušen významnými outliery. Z toho důvodu hypotézu o normalitě dat zamítáme.

Graf 6: Rozložení metody SDQ-20



Následující tabulka ukazuje rozdíly pozorovaných skupin. Nejnižšího průměrného výsledku $\bar{x} = 30,5$ dosahuje $n = 7$ jednotlivců z *mladší skupiny a s mírnou formou sebepoškozování*. Naopak nejvyššího průměrného výsledku $\bar{x} = 42,7$ dosahuje skupina o velikosti $n = 3$, a to *starší jedinci s mírnou formou sebepoškozování*.

Tabulka 21: Deskriptivní statistiky specifických skupin u metody SDQ-20

SDQ-20	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000	Konfidence 95,000	SD
Muži	7	33,857	28,195	39,519	6,122
Ženy	97	41,629	38,897	44,361	13,556
Mladší	66	41,091	37,893	44,289	13,007
Starší	38	41,132	36,527	45,737	14,010
Vážná forma	97	41,495	38,785	44,205	13,445
Vážná forma: upraveno	92	42,087	39,298	44,876	13,467
Vážná forma: mladší	62	41,774	38,472	45,077	13,004
Vážná forma: mladší upraveno	58	42,397	38,943	45,850	13,135
Vážná forma: starší	35	41,000	36,062	45,938	14,375
Vážná forma: starší upraveno	34	41,559	36,604	46,514	14,200
Mírná forma	7	35,714	25,815	45,614	10,704
Mírná forma: upraveno	12	33,583	27,559	39,608	9,482
Mírná forma: mladší	4	30,500	17,346	43,654	8,266
Mírná forma: mladší upraveno	8	31,625	25,731	37,519	7,050
Mírná forma: starší	3	42,667	16,105	69,229	10,693
Mírná forma: starší upraveno	4	37,500	15,974	59,026	13,528

Při statistickém zhodnocení signifikance rozdílů za pomoci Mann-Whitneyova testu jsme zjistili signifikantní rozdíl ($U = 337,5$; $p = 0,028$) ve skupině *upraveného modelu mírné* ($\bar{x} = 33,6$; $n = 12$) a *vážné* ($\bar{x} = 42,1$; $n = 92$) formy sebepoškození. To naznačuje, že je úprava modelu, tedy přesunutí formy „poškrábání se“ mezi mírné metody sebepoškození, v tomto případě smysluplná. Levostranné ověření zároveň potvrzuje ($U = 337,5$; $p = 0,014$), že skupina s vážným sebepoškozením dosahuje v průměru vyšších výsledků než skupina s mírným. Žádná z dalších podskupin signifikantně nevyšla. Testová statistika neupraveného modelu závažné ($\bar{x} = 41,5$; $n = 97$) a mírné ($\bar{x} = 35,7$; $n = 7$) formy vyšla: $U = 258,0$; $p = 0,300$. Testová statistika srovnávající mladší ($\bar{x} = 41,1$; $n = 66$) a starší ($\bar{x} = 35,7$; $n = 7$) vyšla: $U = 1219,0$; $p = 0,817$. A analýza rozdílu mužského ($\bar{x} = 33,9$; $n = 7$) a ženského ($\bar{x} = 41,1$; $n = 38$) pohlaví posléze: $U = 209,0$; $p = 0,092$; i když je dosažení hladiny statistické významnosti nejbližší, signifikanci rozdílu se prokázat nepodařilo. Kruskal-Wallisův test, srovnávající *vážné* ($\bar{x} = 41,5$; $n = 97$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 35,7$; $n = 7$) standardního modelu a *vážné* ($\bar{x} = 42,1$; $n = 92$) a *mírné formy* ($\bar{x} = 33,6$; $n = 12$) *upraveného modelu*, neprokázal signifikantní rozdíl: $p = 0,116$.

6.7 Analýza motivů

Dále jsme se rozhodli pro analýzu motivů k sebepoškození. V testové baterii se nacházelo celkem sedm otázek, které shrnujeme v seznamu motivů.

Tabulka 22: Seznam motivů k sebepoškození

Kód	Seznam motivů
Něco cítit	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás bylo něco cítit, protože se jinak cítíte prázdně a otupěle?
Komunikace	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás byla komunikace skrze ublížení, nebo získání něčí pozornosti?
Něčemu se vyhnout	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás bylo se tímto aktem něčemu, anebo někomu vyhnout?
Problémy ve škole	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás byly problémy ve škole?
Problémy s přáteli	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás byly problémy s Vašimi přáteli?
Problémy ve vztahu	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás byly problémy ve Vašem romantickém vztahu?
Duševní nepohoda	Jak moc velkou motivací takto si ublížit pro Vás byla duševní nepohoda (pocit smutku, úzkosti)?

Jedinci při hodnocení důležitosti jednotlivých motivů hodnotili na 5 bodové Likertově škále. Průměrné bodové hodnocení jednotlivých metod shrnuje tabulka 23 s deskriptivní analýzou.

Tabulka 23: Deskriptivní statistika motivů

Motivace	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	SD
Něco cítit	104	3,385	3,137	3,632	4,000	1,272
Komunikace	104	1,827	1,620	2,034	1,500	1,065
Něčemu se vyhnout	104	1,904	1,668	2,139	1,000	1,211
Problémy ve škole	104	2,692	2,408	2,977	2,000	1,462
Problémy s přáteli	104	2,567	2,302	2,833	2,000	1,364
Problémy ve vztahu	104	2,558	2,247	2,869	2,000	1,600
Duševní nepohoda	104	4,663	4,524	4,803	5,000	0,719

Nejvyššího průměrného bodového ohodnocení $\bar{x} = 4,7$ dosahuje motiv „duševní nepohoda“, což naznačuje, že se v tomto souboru jedná o motiv nejpodstatnější. Naopak

nejméně bodů obdržel s průměrem $\bar{x} = 1,8$ motiv „komunikace“. Můžeme proto předpokládat, že se v našem souboru nejedná o motiv významný.

Dále jsme se rozhodli pro analýzu každého z motivů zvlášť. Z celkového počtu $n = 104$ jsme pro každý motiv vybrali takové jedince, kteří daný motiv označili za nejvýznamnější. To znamená, že jej označili nejvíce body. U každého motivu se vyskytoval alespoň jeden případ, kdy jedinec ohodnotil daný motiv maximálním počtem bodů (číslem 5). Pakliže jedinec označil více motivů pěti body, byl zařazen do analýzy obou, nebo všech motivů.

6.7.1 Motiv „něco cítit“

Tento motiv byl pěti body ohodnocen celkem $n = 21$ participanty. Jak ukazuje tabulka 24, průměrný skór všech testových metod byl u jedinců signifikantně pociťujících motivaci „něco cítit“ klinicky významný.

Tabulka 24: Výsledky testových metod u motivu „něco cítit“

Něco cítit	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	21	64,571	59,626	69,517	65,0	47	85	10,865
IPO	21	166,667	150,610	182,724	171,0	100	240	35,275
DES	21	33,810	25,492	42,127	30,0	6	75	18,272
SDQ-20	21	44,810	36,897	52,722	41,0	20	87	17,383

Průměrné výsledky všech metod jsou zároveň vyšší, než průměrné výsledky celého souboru. Průměrný výsledek metody TAS-20 je v celém souboru $\bar{x} = 60,1$, zatímco u motivace „něco cítit“ $\bar{x} = 64,6$. Je tak o $\sim 4,4$ bodu vyšší. Průměr metody IPO v celém souboru $\bar{x} = 159,6$, je oproti této motivaci $\bar{x} = 166,7$ nižší o $\sim 6,9$ bodu. U metody DES je motiv „něco cítit“ ($\bar{x} = 166,7$) o $\sim 4,7$ bodu vyšší než průměr celku ($\bar{x} = 159,8$). U SDQ-20 je rozdíl v $\sim 3,8$ bodech ve prospěch motivu ($\bar{x} = 44,8$), oproti celku ($\bar{x} = 41$).

6.7.2 Motiv „komunikace“

Maximálním počtem bodů byl motiv „komunikace“ ohodnocen $n = 3$ jedinci. Klinicky signifikantní průměr vykazují metody TAS-20, IPO A SDQ-20:

Tabulka 25: Výsledky testových metod u motivu „komunikace“

Komunikace	N	Průměr (x̄)	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	3	66,667	60,415	72,918	67,0	64	69	2,517
IPO	3	163,667	102,347	224,987	157,0	143	191	24,685
DES	3	13,333	-10,277	36,944	13,0	4	23	9,504
SDQ-20	3	37,000	19,611	54,389	37,0	30	44	7,000

Průměrné výsledky metod IPO a TAS-20 jsou zároveň vyšší než průměry celkového skóru. U metody TAS-20 je výsledek o ~ 6,5 vyšší u motivu „komunikace“, než u celkového skóru. I metody IPO je vyšší o ~ 3,9 bodu. Naopak nižší je u metody DES, a to o ~ 15,8 bodů. Nižší je zároveň i u TAS-20, o ~ 4 body.

6.7.3 Motiv „něčemu se vyhnout“

Tento motiv byl nejvíce body hodnocen u n = 4 jedinců. Klinicky signifikantního průměru dosáhl u všech metod. U metod TAS-20, IPO a SDQ-20 skórovali navíc jedinci více u tohoto motivu, než v celkovém souboru. U metody TAS-20 skórovali více o ~ 0,6 bodu, u metody IPO o ~ 17,3 bodu a u metody SDQ-20 o ~ 5,3 bodu. O ~ 3,1 bodu méně nicméně skórovali u metody DES.

Tabulka 26: Výsledky testových metod u motivu „něčemu se vyhnout“

Něčemu se vyhnout	N	Průměr (x̄)	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	4	60,750	28,494	93,006	61,0	40	81	20,271
IPO	4	177,000	79,992	274,008	180,0	100	248	60,964
DES	4	26,000	-5,718	57,718	23,0	6	52	19,933
SDQ-20	4	46,250	-0,924	93,424	38,5	20	88	29,647

6.7.4 Motiv „problémy ve škole“

Zde hodnotilo maximem n = 17 jedinců. Z tabulky je patrná klinická signifikance průměrů všech metod. Všechny metody jsou nadto v průměru obodovány více, než u celkového vzorku. U metody TAS-20 je rozdíl v ~ 4,7 bodech, u metody IPO v ~ 16,3 bodech, u DES v ~ 8,0 bodech a u SDQ-20 v ~ 8,5 bodech.

Tabulka 27: Výsledky testových metod u motivu „problémy ve škole“

Problémy ve škole	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	17	64,824	58,269	71,378	66,0	41	85	12,749
IPO	17	176,059	151,719	200,399	177,0	108	248	47,340
DES	17	37,176	26,879	47,474	39,0	8	75	20,029
SDQ-20	17	49,529	39,212	59,846	46,0	20	88	20,066

6.7.5 Motiv „problémy s přáteli“

Problémy s přáteli označilo jako vysoce významný motiv $n = 13$ jedinců. Všechny průměry jsou klinicky významné a zároveň vyšší, než průměry v celkové populaci. Metoda TAS-20 je vyšší o 4,7 bodů, IPO o ~ 13,3 bodů, DES o ~ 7,9 a SDQ-20 o ~ 9,0 bodů.

Tabulka 28: Výsledky testových metod u motivu „problémy s přáteli“

Problémy s přáteli	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	13	64,846	59,482	70,211	65,0	47	81	8,877
IPO	13	173,077	151,338	194,815	177,0	100	248	35,973
DES	13	37,077	27,572	46,582	32,0	13	69	15,729
SDQ-20	13	50,000	39,958	60,042	45,0	30	88	16,618

6.7.6 Motiv „problémy ve vztahu“

Tento motiv udalo jako významný $n = 21$ jedinců. Klinické významnosti dosahují průměry všech metod, kromě metody TAS-20. Metoda TAS-20 je zároveň jediná, která není vyšší od celkového průměru, ale je nižší o ~ 4,3 bodů. Ostatní metody jsou vyšší o ~ 0,3 bodu u metody IPO, ~ 1,7 bodu u metody DES a ~ 1,1 bodu u metody SDQ-20

Tabulka 29: Výsledky testových metod u motivu „problémy ve vztahu“

Problémy ve vztahu	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	21	55,857	49,505	62,209	60,0	31	81	13,955
IPO	21	160,095	139,436	180,755	149,0	97	248	45,386
DES	21	30,857	22,489	39,225	28,0	7	71	18,383
SDQ-20	21	42,095	35,447	48,743	38,0	26	88	14,604

6.7.7 Motiv „duševní nepohoda“

Poslední z analyzovaných motivů je zároveň tím nejvýznamnějším, co se četnosti týče; 5 body jej označilo celkově $n = 79$ respondentů. Průměry všech čtyř metod jsou i

v tomto případě klinicky signifikantní a vyšší, než jsou průměry celkového vzorku. Bodové rozdíly jsou konkrétně ~ 0,8 bodu pro TAS-20, ~ 4,9 bodu pro IPO, ~ 0,6 bodu pro DES a ~ 0,5 bodu pro SDQ-20.

Tabulka 30: Výsledky testových metod u motivu „duševní nepohoda“

Duševní nepohoda	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	79	60,937	58,200	63,673	63,0	37	85	12,217
IPO	79	164,646	156,458	172,833	167,0	90	269	36,555
DES	79	29,696	25,774	33,618	27,0	4	75	17,511
SDQ-20	79	41,494	38,472	44,515	40,0	20	88	13,491

Kruskal-Wallisova ANOVA neprokázala rozdíl mezi jednotlivými motivy:

- TAS-20: $p = 0,278$
- IPO: $p = 0,776$
- DES: $p = 0,238$
- SDQ-20: $p = 0,383$

6.8 Analýza outlierů

Při kvantitativní evaluaci dat jsme si povšimli malé skupiny respondentů, kteří v otázce: „Kolikrát jste si ve svém životě již záměrně ublížil(-a)?“ odpověděli nepoměrně vyšším číslem, než jaký byl průměr ($\bar{x} = 221,8$; $n = 104$). Tuto položku jsme záměrně neshluovali do clusterů, ale nechali ji volnou. Mimo vyřazovací kritérium: < 3 opakování nás totiž zajímalo, s jakými odhady budou respondenti odpovídat. Na základě objevu těchto výrazných outlierů jsme se rozhodli pro jednostranné 5% useknutí dat. Tím pádem jsme z modelu vyřadili specifickou podskupinu outlierů s extrémní rekurencí sebepoškození: $500 >$. Na tuto podskupinu jedinců s velmi vysokým opakováním se zaměříme v následujících analýzách. Pokládáme si proto doplňující výzkumnou otázku: *Liší se průměrný skór metod v závislosti na počtu opakování sebepoškození?*

Tabulka 31 ukazuje na míry polohy a odlišná opakování u outlierů ($n = 8$) a ostatních respondentů ($n = 96$).

Tabulka 31: Deskriptivní statistiky počtu opakování u skupiny jedinců s „normální“ a „abnormální“ rekurencí

Rekurence	N	Průměr (\bar{x})	Medián	Modus (Mo)	četnost modu	Minimum	Maximum	SD
Normální rekurence	96	62,063	28	50	12	3	400	84,857
Abnormální rekurence	8	2143,750	575	500	4	500	10000	3293,005

Skupina outlierů vykazuje průměrný počet opakování $\bar{x} = 2143,8$ (SD = 3293). Nejčastěji (n = 4) se v této skupině vyskytuje počet opakování Mo = 500. Celkový rozsah počtu opakování je velmi široký, od 500 (n = 4) do 10000 (n = 1).

Naopak průměr skupiny bez outlierů je téměř 35x menší $\bar{x} = 62,1$. Nejčastěji se vyskytujícím počtem (n = 12) opakování je Mo = 50. I zde je však rozpětí minimální a maximální hodnoty široké, a to od 3 do 400 opakování. Následující tabulka 32 ukazuje na rozdíly v metodách.

Tabulka 32: Deskriptivní statistika výsledků metod v obou skupinách (červeně jsou

Rozdíly	N	Průměr (\bar{x})	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	96	60,833	58,31	63,356	62,5	31	89	12,452
IPO	96	160,333	152,776	167,891	162,5	90	269	37,300
DES	96	29,292	25,599	32,984	26,5	4	75	18,225
SDQ-20	96	41,323	38,572	44,073	39,0	20	88	13,575
TAS-20 outlier	8	51,625	43,088	60,162	51,0	37	68	10,211
IPO outlier	8	152,750	129,509	175,991	158,0	115	180	27,799
DES outlier	8	24,500	11,884	37,116	19,0	10	58	15,090
SDQ-20 outlier	8	38,500	30,176	46,824	37,5	25	54	9,957

Na první pohled si můžeme povšimnout poněkud překvapivého výsledku, kdy je průměrný skóre ve všech metodách nižší u skupiny outlierů. To znamená, že v našem souboru vykazuje (v průměru) skupina s vysokým počtem opakování méně patologické úrovně: *rysu alexithymie* (1), *organizace osobnosti* (2) a prožívá méně *disociativních epizod* (3). Pro posouzení signifikance těchto rozdílů jsme použili neparametrický Mann-Whitneyův test.

Tabulka 33: Výsledky Mann-Whitneyova testu

Test	Sum. poč. Norma	Sum. poč. Abnorma	U	Z	p	Z upravené	p	N Norma	N Abnorma	přesné p
TAS-20	5212	248	212	2,092	0,036	2,093	0,036	96	8	0,035
IPO	5069,5	390,5	354,5	0,354	0,724	0,354	0,723	96	8	0,724
DES	5082	378	342	0,506	0,613	0,506	0,613	96	8	0,619
SDQ-20	5072	388	352	0,384	0,701	0,384	0,701	96	8	0,706

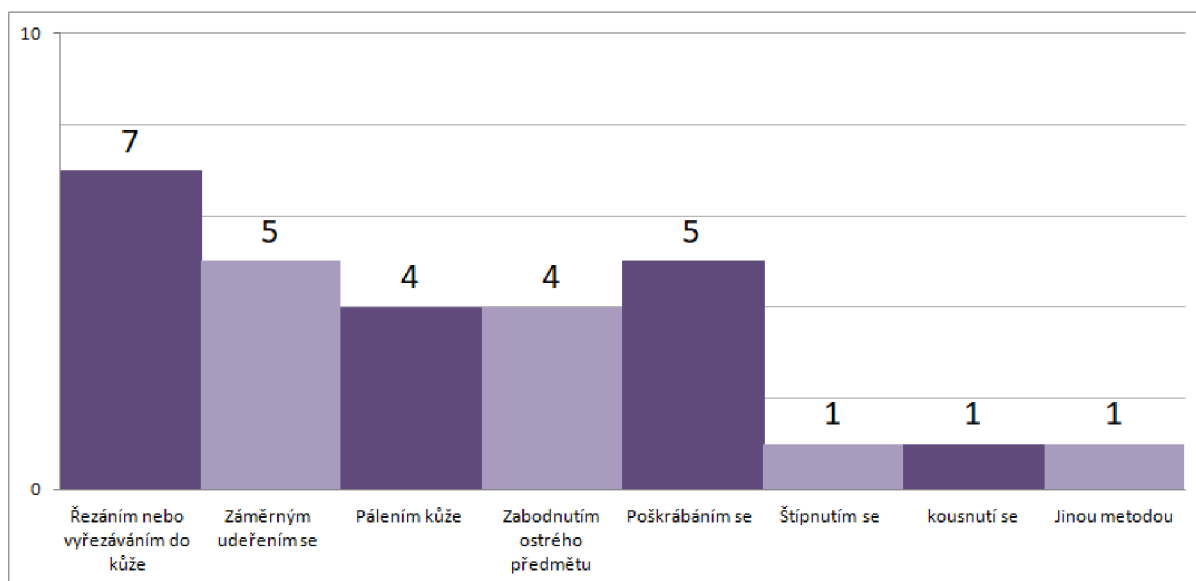
Z výsledků testové statistiky vyplývá, že je jediným signifikantním rozdílem obou skupin jejich průměrný skóre v metodě TAS-20 ($U = 212,0$; $p = 0,035$). V našem souboru proto můžeme potvrdit, že *jedinci s vysokým počtem opakovaného sebepoškození dosahují průměrně odlišných skóre v metodě TAS-20, než jakých dosahuje skupina s průměrným počtem sebepoškození*. Pravostranná (normální opakování > abnormální opakování) analýza zároveň potvrzuje ($U = 212,0$; $p = 0,018$), že skupina s vysokým počtem opakování dosahuje nižších výsledků. Nakonec jsme se rozhodli zaměřit i na formy, které jedinci s vysokým počtem opakovaného sebepoškození využívají. Tabulka 34 ukazuje absolutní a relativní četnosti.

Tabulka 34: Četnosti metod sebepoškození u skupiny s abnormální rekurencí

Metody sebepoškození	Absolutní četnost n = 8	Relativní četnost (%) n = 8
Řezáním nebo vyřezáváním do kůže	7	87,5 %
Záměrným udeřením se	5	62,5 %
Pálením kůže	4	50 %
Zabodnutím ostrého předmětu	4	50 %
Poškrábáním se	5	62,5 %
Štípnutím se	1	12,5 %
Kousnutí se	1	12,5 %
Jinou metodou	1	12,5 %

Pro lepší vizualizaci zobrazujeme četnosti i v grafu 7.

Graf 7: Četnosti metod sebepoškození u skupiny s abnormální rekurencí



Z důvodu maximální ochrany respondentů, a pro zachování maximální možné míry anonymity, záměrně neuvádíme v této analýze věk ani pohlaví respondentů. Rádi bychom totiž trochu blíže představili největší outlier souboru, $n = 1$ jednotlivce s rekurencí 10 000 opakování (o 3 SD vyšší než průměr). Tento jednatel udává jako věk prvního zranění 8 let, s pokračováním až do mladé dospělosti. Přičemž je metodou volby tohoto jednotlivce jiná metoda: „*Kousání nehtu do krve*“. V modelu Favazzi a Nocka (2009) bychom tuto formu označili jako kompulzivní (rituální a epizodická utěšující forma), která se kvalitativně odlišuje od repetitivní formy sebepoškozování. Při zodpovězení na doplňující výzkumnou otázku: „*Liší se průměrný skóre metod v závislosti na počtu opakování sebepoškození?*“ proto můžeme říct, že se v našem souboru signifikantně rozcházejí výsledky v testové metodě TAS-20, u skupin průměrně a nadprůměrně sebepoškozujících se jedinců.

6.9 Analýza jedinců bez historie sebepoškození

Poslední analýzu představuje posouzení celkového počtu $n = 6$ jedinců, kteří dotazník vyplnili, ale zároveň uvedli, že se nikdy reálně nepoškodili. Taková analýza je obecně užitečná pro posouzení průměrných skóre v dotazníku a stanovení norem v klinické populaci. V našem případě není stanovení těchto norem uskutečnitelné stran nízkého počtu

respondentů z této skupiny ($n = 6$). Přesto ale může posloužit jako vodítko pro následný výzkum, nebo směřování dalších studií. Z celkového počtu $n = 6$ bylo pět respondentů ve věku 18-20 let a jeden ve věku 21-26, ve všech případech se jednalo o ženy. Ani jedna z respondentek se neidentifikovala s žádnou subkulturou a celkem $n = 2$ respondentky uvedly, že se osobně nikdy nesebepoškodily, zároveň však ani nad možností sebepoškodit se nepřemýšlely. U zbylých $n = 4$ byl průměrný věk první myšlenky na sebepoškození $\bar{x} = 14,3$ let ($SD = 2,8$; 95% KI 9,9 - 18,6) s minimem a maximem v rozsahu od 11 do 17 let. Těchto $n = 4$ respondentek přemýšlelo nad tím sebepoškodit se v průměru $\bar{x} = 201,5$ dní ($SD = 152,96$; 95% KI -41,9 - 444,9) s minimem a maximem v rozsahu od 50 do 400 dní. Metody sebepoškození, o kterých respondentky přemýšlely, jsou následující:

- Řezáním nebo vyřezáváním do kůže ($n=1$)
- Udeření se ($n=1$)
- Zabodnutí ostrého předmětu do kůže nebo pod nehet ($n = 1$)
- Poškrábání se ($n = 1$)
- Štípnutí se ($n = 1$)
- Jiná metoda ($n = 2$)

Přesné znění těchto dvou odlišných metod je: „Skočit pod auto, ale tak aby to vypadalo jako nehoda“; „Zlomení nohy-abych nemusela chodit do školy a aby ostatní konečně viděli, že mi není dobře“. Dále jsme se zaměřili na výsledky testových metod v této podskupině.

Tabulka 35: Deskriptivní statistika výsledků testových metod u jedinců bez historie sebepoškození

Test	N	Průměr (x̄)	Konfidence -95,000%	Konfidence 95,000%	Medián	Minimum	Maximum	SD
TAS-20	6	45,333	29,548	61,119	49	22	64	15,042
IPO	6	144,667	116,432	172,901	146	112	183	26,905
DES	6	27,833	15,198	40,469	28	13	41	12,04
SDQ-20	6	35,333	23,173	47,494	30,5	26	53	11,587

Průměrné výsledky této skupiny dosahují klinické signifikance v metodách DES a SDQ-20. Výsledky všech 4 metod jsou nicméně menší než průměrné výsledky hlavního vzorku. Statistické ověření (s pomocí Mann-Whitneyova testu) signifikance rozdílu této skupiny (n = 6) oproti hlavnímu analyzovanému vzorku (n = 104) uvádí tabulka 36.

Tabulka 36: Výsledky Mann-Whitneyova testu

Test	Sum. poř. Bez historie	Sum. poř. S historií	U	Z	p	Z upravené	p	N Norma	N Abnorma	přesné p
TAS-20	157,5	5947,5	136,5	-2,303	0,021	-2,305	0,021	6	104	0,018
IPO	255,5	5849,5	234,5	-1,014	0,311	-1,014	0,311	6	104	0,316
DES	338,0	5767,0	307,0	0,059	0,953	0,059	0,953	6	104	0,954
SDQ-20	254,5	5850,5	233,5	-1,027	0,305	-1,027	0,304	6	104	0,310

Z výsledku statistické analýzy vyplývá, že signifikantního rozdílu skupin nabývá metoda TAS-20. U našeho souboru proto můžeme prohlásit, že *jedinci z klinické populace, ale bez historie sebepoškození, skórují v testu TAS-20 signifikantně odlišně než ti, kteří se sebepoškozují*. Levostranná analýza zároveň potvrzuje (U = 136.5; p = 0.010), že skupina bez historie dosahuje nižších výsledků.

6.10 Korelace

Na závěr jsme se rozhodli ověřit vztah jednotlivých metod. K tomu jsme užili neparametrického Spearmanova korelačního koeficientu. Na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ vyšla vzájemná pozitivní vztahovost všech metod jako signifikantní.

Tabulka 37: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu (***) hladina významnosti)

Korelace	TAS-20	IPO	DES	SDQ-20
TAS-20	1	0,525	0,389	0,380
IPO	0,525	1	0,525	0,570
DES	0,389	0,525	1	0,687
SDQ-20	0,380	0,570	0,687	1

Nejsilnější korelace vyšla mezi metodami DES a SDQ-20 ($\rho = 0,687$), což odpovídá obecným poznatkům o těsnosti vztahu obou metod (viz podkapitola Metody sběru dat: SDQ-20). Metoda IPO vysoce korelovala se všemi metodami, nejvíce však s metodou SDQ-20 ($\rho = 0,570$). Nejnižší, ale přesto významná korelace zaznamenala metoda TAS-20 s metodou SDQ-20 ($\rho = 0,380$).

Shrnutí výsledků a odpověď na výzkumné otázky

V následující části si shrneme výsledky výzkumného snažení a při té příležitosti si zároveň odpovíme na námi stanovené výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: *Liší se průměrný skóre testových metod u jedinců s historií sebepoškození oproti průměrným skórum v běžné populaci?*

Z výsledků deskriptivní statistiky můžeme na první pohled spatřit rozdíly v průměrných skórech participantů *našeho výzkumu* (jedinců s minimálně třikrát se opakující historií sebepoškození), které ve všech případech kromě metody TAS-20 přesahují limitní cut-off skóre pro stanovení klinické signifikace. A zcela ve všech metodách přesahují průměrné výsledky v neklinické populaci (které jsou obecně nižší, než jak stanovují cut-off skóre, viz kapitola Metody sběru dat). Byť za pomoci neparametrických metod, které nesou obecně nižší statistickou sílu, přesto se ve všech případech podařilo prokázat signifikanci těchto rozdílů. U všech metod, vyjma metody TAS-20, byla daná signifikace potvrzena jak s přesahem průměrného skóru v běžné populaci, tak s přesahem limitních cut-off skóru. I když jsme nedokázali potvrdit signifikaci výsledků metody TAS-20 oproti

limitnímu cut-offu, i v této metodě skórovali účastníci našeho výzkumu signifikantně výše, než jak v průměru skóruje běžná populace.

Můžeme tedy říci, že se *průměrný skór testových metod liší u jedinců s historií sebepoškozování oproti průměrným skórum v běžné populaci, a to tak, že je u sebepoškozujících se jedinců v průměru vyšší. Zároveň můžeme říci, že i když průměrné skóry metody TAS-20 nedosahují klinické signifikance, přesto se liší a jsou vyšší u sebepoškozujících se jedinců, a vypovídají tak o průměrně vyšším možném výskytu alexithymie v této skupině.*

Výzkumná otázka 2: *Liší se průměrný skór testových metod u jedinců s historií lehčích a těžších forem sebepoškození?*

Jednotlivé výsledky deskriptivní statistiky všech metod poukazují hned na několik rozdílů mezi skupinami. Například průměrný výsledek v dotazníku DES byl o ~ 5 bodů vyšší u skupiny s historií těžších forem sebepoškození, kteří skórovali průměrně více i ve všech dalších metodách. Přesto však se tento rozdíl prokázal jako statisticky nevýznamný, s jedinou výjimkou, a to u metody SDQ-20. Po úpravě původního modelu závažnosti forem sebepoškození⁵² (Favazza & Nock, 2009) jsme došli k signifikantnímu rozdílu u mírné a závažné formy. Většího skóru dosahovali účastníci s těžší formou sebepoškození.

Můžeme proto říct, že *si všímáme obecné tendence jedinců s těžší formou sebepoškození skórovat více v metodách posuzujících alexithymii, organizaci osobnosti a disociace, ale tuto tendenci se zatím nepodařilo statisticky prokázat. A zároveň můžeme říct, že signifikantní rozdíl spatřujeme v metodě SDQ-20, což může znamenat vyšší výskyt somatoformních disociací u jedinců s těžší formou sebepoškození.*

Výzkumná otázka 3: *Liší se průměrný skór testových metod u jedinců mladších oproti starším?*

Při porovnání výsledků deskriptivní statistiky stran rozdílů v průměrných skórech podle věku nacházíme rozdíly poměrově menší a rozmanitější než v případě prvních dvou otázek. U metody TAS-20 skórovala skupina mladších účastníků výše, a její průměr tak přesáhl cut-off skór pro klinickou signifikanci. Starší skupina na tento cut-off nedosáhla, ale ve zbylých třech metodách dosáhla průměrného vyššího skóru než skupina mladších. U žádného z těchto rozdílů nicméně nebyla nalezena signifikance.

⁵² Přesunutí „poškrábání se“ mezi mírné formy sebepoškození, viz Rozdíly pozorovaných skupin.

Nemůžeme proto říct, že *by rozdíl ve věku rané a pozdní mladé dospělosti hrál významnou roli při skórování v metodách.*

Výzkumná otázka 4: *Liší se průměrný skór testových metod v závislosti na motivu sebepoškození?*

I když deskriptivní analýza poukazuje na, v některých případech⁵³, viditelné rozdíly v průměrných skórech v závislosti na motivaci. Žádný z těchto rozdílů nenabývá statistické signifikance. **Nemůžeme** tak říct, že *by odlišné motivace přinesly zásadní rozdíl ve výsledném skóru daných metod.*

Výzkumná otázka 5: *Existuje nějaký vzájemný vztah mezi výsledky testových metod?*

Z výsledků korelační analýzy můžeme jasně potvrdit vzájemný vztah u všech metod. Vůbec nejsilnější vztah nacházíme mezi metodami DES a SDQ-20. Metoda IPO zase zaznamenala nejtěsnější vztah se všemi metodami. Z výsledných signifikantně pozitivních korelací **můžeme vyvodit**, že *vyšší skór v metodě jedné povede ke zvýšení skóru v metodě druhé.* A tedy, že *u našeho souboru nalézáme pravděpodobnou provázanost jednotlivých fenoménů.*

⁵³ Zmiňme kupříkladu motiv „něčemu se vyhnout“, s průměrným skórem v metodě IPO o ~ 17 bodů vyšším než u motivu „problémy ve vztahu“.

7 DISKUZE

I přes řadu výzkumů jednotlivě se zaměřujících na vztah mezi sebepoškozování a námi zkoumanými fenomény, kterými jsou alexithymie (Greene et al., 2020; Paivio & McCulloch, 2004; Norman et al., 2020), disociace (Calati et al., 2017; Conors, 1996; Ford & Gómez, 2015) a organizace osobnosti (Clarkin et al., 2006; Kernberg 1967, 1970). Práci zaměřenou na všechny zkoumané fenomény nenacházíme žádnou. Existuje hrstka článků zmiňujících možný vztah těchto proměnných (např. Raffagnato et al., 2022; Evren et al., 2012). Nejsme si nicméně vědomi žádného výzkumu, který by přišel s jejich dostatečným empirickým zmapováním. Z toho důvodu jsme se rozhodli v předkládané práci prozkoumat tuto problematiku osobně. Výsledky a jejich možnou interpretaci proto znovu rozebíráme v následné diskuzi.

Alexithymie, první ze zkoumaných proměnných, se v našem souboru vyskytovala v 56 % případů⁵⁴; zatímco prevalence ve zdravé populaci se pohybuje okolo ~ 10 % (Mattila et al., 2006; Ricciardi et al., 2015; Wang et al., 2021). Naše výsledky jsou v tomto ohledu v souladu s všeobecným pozorováním a svědčí minimálně o zvýšené míře prožívané alexithymie v populaci sebepoškozujících se jedinců. Psychoformní disociace, měřena dotazníkem DES, byla zjištěna u 62 % případů. Přičemž souhrnný (jak psychoformní, tak somatoformní) výskyt disociativních poruch se v běžné populaci pohybuje okolo ~ 10 % (Ross et al., 2002). I v případě psychoformní disociace můžeme hovořit o nepřekvapivém výsledku, shodujícím se s dalšími studiemi. Obdobně i somatoformní disociace přináší mnohonásobně vyšší 66 % výskyt v naší populaci. I tyto výsledky jsou v souladu s všeobecným poznáním. Opatrně proto můžeme potvrdit, že sebepoškozující se jedinci zároveň častěji prožívají disociativní zážitky. Hraniční organizace osobnosti, měřená metodou IPO, usuzovaná jako podhoubí pro rozvoj nefunkčních forem copingových mechanismů (tedy v našem případě sebepoškozování), se v našem souboru vyskytovala v 62 % případů. Takový výskyt vysoce převyšuje ~ 9 – 13 %

⁵⁴ Odvozeno od výsledku testové metody TAS-20

výskyt v běžné populaci (Lenzenweger & Clarkin, 2004). Sebepoškozující se jedinci se tím pádem pravděpodobně častěji nacházejí na hraniční úrovni organizace osobnosti.

Byť jsou výsledky této práce hůře zobecnitelné stran velikosti analyzované populace (n = 104), můžou posloužit jako užitečný kompas do budoucna. Ověřený více než 50% výskyt všech proměnných představuje významnost těchto jevů a jakýsi „vykřičník“, na co se zaměřit při terapeutické práci s touto populací. Jak píšeme koncem teoretické části, existují důkazy o možných formách terapeutické modulace disociativních poruch i alexithymie. Autoři se možnostem léčby patologických forem organizace osobnosti věnují hned v několika publikacích (Caligor et al., 2007; Clarkin et al., 2007). Pakliže se nadcházející výzkumy zaměří na možnosti takovéto terapeutické práce se sebepoškozujícími se jedinci, můžeme do budoucna zefektivnit poskytovanou péči. *Pocitovanou významností* druhá nejčastější motivace k sebepoškození, „něco cítit“, může vypovídat právě o alexithymické dezorientaci ve čtení a porozumění vlastním emocím. Na druhou stranu disociace představují komplexní oddělení určité části vědomého prožitku. Jako takové mohou interferovat s autoregulační kapacitou jedince (zejména s autoregulací afektu). Předpokládaný protektivní faktor disociací⁵⁵ (Krause-Utz et al., 2017) tak paradoxně vytváří sekundární tlak na integritu jedince, se kterou se může jedinec pokusit bojovat právě zapojením patologických forem copingu, jakými může být konzumace alkoholu, nebo právě sebepoškozování. Jak několikrát probíráme v teoretické části, právě „sahání“ po patologických copingových strategiích je devízou hraniční organizace osobnosti. Na významný vztah mezi disociacemi a hraniční poruchou osobnosti, tedy nejtypičtějším příkladem manifestace hraniční organizace, poukazuje literatura (Krause-Utz et al., 2017). Tento vztah je významný do takové míry, že je disociace zařazena jako jedno z diagnostických kritérií pro hraniční poruchu osobnosti v DSM-5 (2013).

Tuto vzájemnou korelaci mezi disociacemi a hraniční organizací osobnosti potvrzujeme i v naší korelační analýze, kterou můžeme vnímat jako stěžejní přínos této práce; ukazuje totiž na několik zajímavých vztahů. V našem souboru se podařilo prokázat signifikantní korelaci u všech metod, což jinými slovy znamená, že navýšení skóru v jedné metodě prokazatelně vede k navýšení v metodě druhé. Jelikož výsledné skóry v těchto metodách reprezentují míru přítomnosti sledovaných proměnných (mírů prožívaných disociací, závažnost organizační patologie, přítomnost rysu alexithymie...), můžeme současně říci, že například *se závažností organizační patologie roste i disociační zkušenost*

⁵⁵ Odpojením vědomého prožitku při stresové situaci.

a tak dále. Konkrétně se v naší práci korelace pohybovaly od $\rho = 0,380$ do $0,687$. V kontextu psychologických věd můžeme hovořit o středně silných až silných korelacích. Nejslabší korelace $\rho = 0,380$ se nachází mezi metodami TAS-20 a SDQ-20 a je následována druhou nejslabší korelací $\rho = 0,389$, mezi TAS-20 a DES. Jestliže budeme oba konstrukty posuzovat v souladu s pracemi představenými v teoretické části, můžeme tuto středně silnou korelaci připsat vlastnostem popisovaných konstruktů. Alexithymie i disociace jsou v obou případech jevy elementárně spojené s deficitem v emoční regulaci. Liší se nicméně v principu jejich působení. Zatímco alexithymie je charakteristická deficitem v kapacitě zpracování emocí, disociace jsou spíše mechanismem invazivní obrany před psychologickou zátěží. Naopak nejsilnější korelace ($\rho = 0,687$) mezi metodami SDQ-20 a DES pravděpodobně poukazuje na provázanost disociačních forem, které obě metody měří, což je v souladu s literaturou. Silné korelace metody IPO se zbytkem metod (TAS-20 = $0,525$; DES = $0,525$; SDQ-20 = $0,570$) jsou v souladu s očekáváním. Pravděpodobně vypovídají o organizaci osobnosti, jako o základové desce, na které se ostatní se ostatní proměnné budují. Lenzenweger & Clarkin (2004) popisují v knize *Major Theories of Personality Disorder* aktivní disociace pojmem štěpení, o kterém již víme, že reprezentuje primitivní obranné mechanismy. Alexithymie zase odpovídá poruše na druhé vývoje úrovni osobnostní organizace, při tvorbě tolerance k ambivalenci. Výsledkem zdravého vývoje na tomto druhém stupni je utvoření ego identity, která je mimo jiné charakteristická jako schopnost zpracování vnitřního prožitku. Toto Kernbergovo pojetí přitom odpovídá teoriím dysfunkce koncepčního systému, které jsou často skloňovány jako vysvětlení rozvoje alexithymie.

I přes tyto možné interpretace je v tuto chvíli stále příliš brzy pro vyvození skutečných souvislostí. Kvůli velikosti souboru a povaze získaných dat je obtížné nalézt kauzální vztahy. Můžeme proto pouze říci, že *nalézáme smysl v dalším zaměření na studii vztahů alexithymie, disociací a organizace osobnosti, v souvislosti se sebepoškozováním.*

Ostatní analýzy nepřinesly mnoho signifikantních výsledků. V krátkosti se proto zaměříme alespoň na kvalitativní popis získaných dat. Bez hlubší motivace k zobecnění výsledků můžeme zaměřit pozornost na rozdíly v pozorování mužů a žen. V našem výzkumném souboru, který, znovu zdůrazňujeme, není možné brát jako reprezentativní, totiž mužská část ($n = 7$) skóroval ve všech metodách o poznání níže než část ženská ($n = 97$), nota bene klinicky nesignifikantně. Například průměrný výsledek v dotazníku DES byl u skupiny žen téměř 2x vyšší než u mužů. U metody IPO se nadto podařilo prokázat i

signifikanci těchto rozdílů ve prospěch žen. Tento jev může mít více vysvětlení, od zkreslení způsobeného limity této práce, po charakteristickou genderovou rozdílnost skupin. Podstatnější je nicméně už jen samotná přítomnost těchto markantních rozdílů. Poukazuje totiž na pravděpodobný kontrast v motivaci k sebepoškození, kdy u mužské populace sebepoškození evidentně neplní primárně funkci emoční regulace. To může mít za následek zhoršení efektivity poskytované péče mužské populaci, kdyby měla být cílena primárně na zlepšení v oblastech autoregulačních dovedností. K obdobným závěrům dochází i studie z roku 2018 (Victor et al., 2018), můžeme tedy předpokládat, že se nejedná o ojedinělý případ. Z dodatečného zhodnocení vyplývá, že nejčastějším motivem k sebepoškození u mužů byl motiv „duševní nepohoda“ (průměrný skóre $\bar{x} = 4,7$ z 5 bodů), následovaný motivem „něco cítit“ (průměrný skóre $\bar{x} = 4,0$ z 5 bodů). Třetím nejčastějším motivem u mužů je nicméně motiv „problémy v romantickém vztahu“ (průměrný skóre $\bar{x} = 3,9$ z 5 bodů), čímž se rozchází s třetím nejčastějším motivem u žen „problémy ve škole“ (průměrný skóre $\bar{x} = 2,8$ z 5 bodů), ty navíc v motivu „problémy v romantickém vztahu“ skórují níže než muži (průměrný skóre $\bar{x} = 2,5$ z 5 bodů). Tyto rozdíly proto stojí za hlubší prozkoumání v budoucích studiích. Dalším zajímavým zjištěním je i rozdíl v rekurenci sebepoškození, kdy jedinci s vysokým počtem opakování ($n = 8$) skórovali v průměru níže než ostatní. V tomto ohledu můžeme usuzovat na jinou dynamiku stojící za takto markantní rekurencí, která může představovat přerod do kompulzivní formy podle Nocka a Favazzi (2009). V takovém případě se sebepoškození stává naučeným „zlovykem“, podobně jako třeba okusování nehtů nebo bruxismus. Tím pádem se může vytrácet původní funkce sebepoškození, které se stává utěšujícím rituálem. Analýza závažnosti sebepoškození přinesla nepřekvapivé výsledky, kdy jedinci s těžšími formami sebepoškození dosahují vyšších skóre ve všech metodách, statisticky se tento rozdíl potvrdil v metodě SDQ-20, když jsme upravili model určení závažnosti sebepoškození. Rozdíl věku rané a pozdní mladé dospělosti nehrál v našem souboru roli.

7.1 Limity a úskalí

V neposlední řadě je vhodné zmínit i limitace této práce, které se promítají jak do jejího designu, tak do následné práce s daty. Prvním z obecných limitů této práce je zhoršená zobecnitelnost výsledků. Navzdory relativně dostatečně velkému souboru $n = 104$ je limitujícím faktorem jednak nepoměr ve složení (například rozdíl ve vyplnění mužů $n = 7$ a žen $n = 97$) jeho jednotlivých podskupin, jednak nerandomizovaný zisk respondentů.

Zároveň, i když výzkum v online prostředí přináší výhodu většího dosahu, je taková forma sběru dat zatížena vymizením *kontroly sběru dat* (není možné ošetřit stejné podmínky pro vyplnění metod. Ujistit se, že všichni participanti rozumí zadání, že se nenachází v situaci, která by mohla ovlivnit konečné výsledky, nebo zdali by vyplnění dotazníku nemohlo vést ke zhoršení jejich psychické pohody) a *absenci transparentnosti* (není možné kontrolovat kdo a kolikrát dotazník vyplnil, natož zdali hovořil pravdu alespoň v elementárních otázkách, jako je udávaný věk). Všechny tyto faktory interferují s kvalitou získaných dat, obdobně jako další z limitů, a to nevydařené zamezení velmi vysoké mortalitě vzorku.

Další z limitů práce spatřujeme ve výběru samotných metod, které sice mají uspokojivé psychometrické vlastnosti, ale zároveň jsou z důvodu sebeposuzovacího designu obecně méně validní, protože závisí na schopnosti a úrovni introspekce respondenta (1) a hrozí u nich riziko výskytu nežádoucích fenoménů, jako zkreslení výsledků pro sociální žádoucnost a dalších (například odpovídáním v extrémních hodnotách, nebo snaha „naplnit očekávání“). Možnost ošetření těchto nevýhod sebeposuzovacích metod je nadto omezena právě online designem. Problematická může být v tomto ohledu zejména metoda SDQ-20, pro jejíž adekvátní vyplnění je nejprve třeba vyloučit zjevnou somatickou kauzalitu (kupříkladu u otázky „Nemohu polykat, nebo jen s velkým úsilím.“ Je vhodné nejprve vyloučit přítomnou laryngitidu), jenže kvalitní faktické ověření této kauzality je i v přímém výzkumu obtížné (skutečné vyloučení somatické příčiny ve všech dotazovaných oblastech by znamenalo nutné komplexně lékařské vyšetření), zatímco v tom onlinovém prakticky nemožné; i když bylo ošetřeno doplňující otázkou „*jsou tyto tělesné pocity spojeny s lékařem prokázanou nemocí?*“.

Za další je třeba zaměřit se i na složení metod. Jak zmiňujeme napříč celou práci, všechny zkoumané proměnné mají patrně společný původ v traumatickém prožitku v dětství. Toto prožívané trauma nicméně v rámci této práce nezkoumáme. K tomu máme několik důvodů. I když by doplnění baterie o metodu zjišťující traumatické prožitky patrně přineslo inkrementálně validní výsledky, vedlo by zároveň k prodloužení a ztížení už tak psychicky a časově náročného dotazníku. Zároveň však nacházíme problém i v absenci lokální, nebo zahraniční a přeložené (standardizované) metody. Zaznamenáváme existenci dotazníkových metod jako Adverse Childhood Experiences Questionnaire – ACEs (Felitti et al., 1998) nebo Traumatic Experiences Checklist – TEC (Nijenhuis et al., 2002) z dílny autorů metody SDQ-20. Využití další nestandardizované metody se nám však nejeví jako vhodné.

Stran limitů teoreticko-empirické části je vhodné zmínit absenci konceptů pojednávajících o dynamice vývoje sebepoškozování v dětství a jeho pokračování do dospělosti. Takovou dynamiku se snažíme komentovat alespoň ve vybraných částech jednotlivých kapitol, nevěnujeme se jí ale v části empirické. Za velkou chybu dále považujeme nedostatečné zaměření se na problematiku jedinců LGBTIQ+ a specificky intersex osob, a to i napříč tomu, že sami v teoretické části uvádíme zvýšený výskyt sebepoškozování v této skupině. Na tuto problematiku jsme byli upozorněni i zaslaným e-mailem, který se tak stal prvním a doposud jediným využitím práva na informace. Omezení možností odpovědi pouze na úředně uznané pohlaví se tak zpětně jeví jako špatné rozhodnutí. Do budoucna je adekvátnější doplnit výběr i o možnost intersex, nebo rozšířit dvě úřední pohlaví „muž a žena“ i o transsexuální varianty a zařadit i dodatečnou otázku na subjektivní gender.

Ostatně, stran demografických otázek by bylo do budoucna vhodné zařadit i doplňující kategorie, zaměřené kupříkladu na dosažené vzdělání, socioekonomický status, aktuální romantický vztah a dalších. Obdobně, i v dalších otázkách tato práce nedosahuje adekvátní hloubky pro jejich dostatečné porozumění. Například se zaměřujeme pouze na posouzení jedinců v domnělé hraniční organizaci osobnosti (adekvátnější zhodnocení přesné úrovně organizace je limitováno screeningovou podstatou dotazníku IPO), nezaměřujeme se ale na rozdíly ve skupinách neurotické, psychotické a normální. Práce se zároveň nedostatečně věnuje sebepoškozování v komplexním smyslu. Chybí hlubší zaměření na nakažlivé formy sebepoškozování, neprozkoumává dynamiku u jedinců s epizodickým sebepoškozením a otázku kompulzivního sebepoškozování zpracovává také jen okrajově.

7.2 Další směřování

Poslední odstavec v podkapitole s limity této práce může nicméně posloužit alespoň jako vodítko ke směřování do budoucna. Výsledky této práce jasně *potvrzují význam zkoumaných proměnných ve vztahu k sebepoškozování* (1) a zároveň *poukazují na propojenost zkoumaných konstruktů* (2). Tím pádem je záhodno hlouběji se zaměřit na to, jak konkrétně dané proměnné zasahují do rozvoje sebepoškozování. Toho může být dosaženo ziskem většího objemu dat a propojením více metod; například použitím metod psychofyzilogických, pro změření tělesné odezvy při afektivní regulaci jedince. Dále považujeme za důležité prozkoumat vztah traumatu a sebepoškození, jako i ověřit rozdíly

v klinických populacích sebepoškozujících se a nesebepoškozujících se jedinců na větším vzorku.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce prozkoumává vztah záměrného sebepoškození spolu s alexithymií, disociacemi a organizací osobnosti. Z prezentovaných výsledků vyplývá, že:

- Sebeпоškozující se jedinci vykazují rysy alexithymie v 56 % případů.
- Psychoformní disociace se ve stejné populaci vyskytuje v 62 % případů.
- Somatoformní disociace se u sebeпоškozujících se jedinců vyskytuje v 66 % případů.
- Hraniční organizace osobnosti se u sebeпоškozujících se jedinců vyskytuje v 62 % případů.
- Výsledky testových metod spolu prokazatelně korelují.
- Nacházíme určitý trend ve vztahu závažnosti sebeпоškození a výsledném skóru v metodách, který se navíc statisticky významně potvrdil u somatoformních disociací.
- Ženy v naší populaci měly obecnou tendenci skórovat výše než muži.
- Sebeпоškození v naší populaci bylo nejčastěji motivováno subjektivními pocity duševní nepohody, potřebou „něco cítit“ a problémy v romantickém vztahu.

9 SOUHRN

Teoretická část této práce, nazvané: *Záměrné sebepoškozování ve vztahu k alexithymii, disociaci a organizaci osobnosti*, začíná představením konceptu organizace osobnosti. Zaměřujeme se na historické souvislosti tohoto konceptu, vycházejícího z tradice egopsychologie a teorie objektivních vztahů (Kernberg, 1984, 1986; Lenzenweger & Clarkin, 2004). Popisujeme jeho principiální fungování, tři úrovně organizace, které koncept představuje: *neurotickou, hraniční a psychotickou* (ibid.). Rozebíráme i dílčí jednotky, ze kterých se organizace skládá: *testování reality, vyzrálост obranných mechanismů a formace identity*. Popisujeme i možné příčiny rozvoje patologických forem organizace osobnosti a tento koncept nadto popisujeme i v kontextu neurověd (možná souvislost (Czéh et al., 2018; Svrakic & Zorumski, 2021) s chronickou aktivací osy HPA v dětství) a věnujeme se jeho kritické evaluaci.

Dále se věnujeme alexithymii, znovu se zaměřujeme na historii tohoto konceptu, který zasazujeme do kontextu psychosomatiky (Sifneos, 1972, 1973). Popisujeme symptomatologii alexithymie, charakteristickou pro *neschopnost identifikace a popisu emocí a externě orientované myšlení* (ibid.). Dále hovoříme i o obdobných konceptech, které s alexithymii souvisí, jako například *operativní myšlení* (Marty, De M'Uzan, 1963), nebo *konverzní teorie* (Nemiah, 1977), anebo o možných neurálních korelátech (porucha salientní sítě a sítě defaultního modu, van der Velde et al., 2013) pro její vznik.

V obdobném duchu se zaměřujeme i na disociace, řešíme historii výzkumu disociací, etiologické modely a jejich možný vztah s traumatem (Linde-Krieger et al., 2022; Middleton, 2022), i dvě dopodrobna rozebrané teorie: *na trauma vázané strukturální disociace osobnosti* (Nijenhuis & Van der Hart, 1999) a teorie *diskrétních behaviorálních stavů* (Loewenstein & Putnam, 2022). Snažíme se i zde přinést neurovědní vysvětlení vzniku disociací (popisujeme kortikolimbický model (Schiavone & Lanius, 2022) a hovoříme o možné souvislosti (Corrigan et al., 2022) s mozkovou areí PAG) a popisujeme i model BASK (Braun, 1988), který na disociace nahlíží jako na kontinuální spektrum. Dopodrobna se věnujeme i disociativním poruchám, kdy prezentujeme definici všech

jejích patologických manifestací (jmenovitě: *disociativní multiplicitu; disociaci paměti; depersonalizaci a derealizaci; a somatoformní disociaci*) v kontextu diagnostických manuálů MKN a DSM.

V závěru teoretické části se věnujeme ústřednímu tématu této práce, sebepoškození. Velký důraz klademe na definici sebepoškození, která v této práci zní: *akt opakovaného, záměrného, ale reverzibilního poškození vlastních tělesných tkání. S cílem ublížit si, ale bez apriorního úmyslu zemřít*. Dále popisujeme klasifikační systémy sebepoškození, kde mimo jiné zmiňujeme model Favazzi a Nocka (2009), který hovoří o třech formách sebepoškození: *supraficiální (1), stereotypní (2) a těžké (3)*, přičemž supraficiální dále rozděluje na: *epizodické (1), kompulzivní (2) a repetitivní (3)*. Zaměřujeme se i na formy sebepoškození, kdy mezi ty nejčastější podle výzkumů patří *pořezání se, udeření se, nebo například poškrábání se* (Kharsati & Bhola, 2014; Lloyd-Richardson et al., 2007; Whitlock et al., 2006). Mimo to jsme se zaměřili i na sebepoškození jako závislost a jeho možné napojení na vnitřní opiátový systém (Wise & Koob, 2013; Blasco-Fontecilla et al., 2016; Störkel et al., 2021; Nixon & Heath, 2008). Na konec jsme se pokusili propojit všechny teoretické části mezi sebou, dovolíme si proto závěrečnou konkluzi znovu uvést i v této shrnující části: *„Budeme-li hovořit o tom, že je trauma společným základem pro všechna diskutovaná témata, můžeme alexithymii a disociace označit za důsledek traumatu a příčinu vzniklé potřeby k autoregulaci. Zatímco bychom patologickou organizaci osobnosti označili za důsledek traumatu a příčinu neadekvátní, patologické a nefunkční metody této autoregulace.“*. Tedy v našem případě „nefunkční“ metody autoregulace sebepoškozením.

V empirické části jsme se ze začátku zaměřili na výzkumný design této práce, která je koncipovaná jako *deskriptivní studie s použitím online dotazníkové baterie*. Dále jsme se věnovali popisu jednotlivých metod. V práci užíváme: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994); Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ – 20; Nijenhuis et al. 1996); Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986); Inventory of Personality Organization (IPO; Clarkin et al., 1995) a Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI; Nock et al. 2007). Definovali jsme si i výzkumný soubor, který sestává z *mladých dospělých ve věku od 18 do 26 let, s historií alespoň 3x se opakujícího sebepoškození*. Následně jsme prezentovali průběh analýzy a samotné výsledky. Z výsledků víme, že:

- Sebepoškozující se jedinci vykazují rysy alexithymie v 56 % případů.

- Psychoformní disociace se ve stejné populaci vyskytuje v 62 % případů.
- Somatoformní disociace se u sebepoškozujících se jedinců vyskytuje v 66 % případů.
- Hraniční organizace osobnosti se u sebepoškozujících se jedinců vyskytuje v 62 % případů.
- Výsledky testových metod spolu prokazatelně korelují.
- Nacházíme určitý trend ve vztahu závažnosti sebepoškození a výsledném skóru v metodách, který se navíc statisticky významně potvrdil u somatoformních disociací.
- Ženy v naší populaci měly obecnou tendenci skórovat výše než muži.
- Sebeškození bylo v naší populaci nejčastěji motivováno subjektivními pocity duševní nepohody, potřebou „něco cítit“ a problémy v romantickém vztahu.

LITERATURA

1. Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T., & Sasaki, J. (2013). A Meta-Analysis of Hypnosis for Chronic Pain Problems: A Comparison Between Hypnosis, Standard Care, and Other Psychological Interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 1–28.
<https://doi.org/10.1080/00207144.2013.841471>
2. Aisenstein, M. (2018). An introduction to Michel Fain's thought. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(2), 495-509.
<https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1449477>
3. Altimus, C. M., Marlin, B. J., Charalambakis, N. E., Colón-Rodríguez, A., Glover, E. J., Izbicki, P., Johnson, A., Lourenco, M. V., Makinson, R. A., McQuail, J., Obeso, I., Padilla-Coreano, N., & Wells, M. F. (2020). The Next 50 Years of Neuroscience. *The Journal of Neuroscience*, 40(1), 101-106.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0744-19.2019>
4. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, DC
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
6. Anderson, M., & Sansone, R. A. (2003). Tattooing as a means of acute affect regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(5), 316-318.
<https://doi.org/10.1002/cpp.374>
7. Andrews-Hanna, J. R., Smallwood, J., & Spreng, R. N. (2014). The default network and self-generated thought: component processes, dynamic control, and clinical relevance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1316(1), 29-52.
<https://doi.org/10.1111/nyas.12360>
8. Bagby, M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986a). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207-215. <https://doi.org/10.1159/000287950>
9. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

10. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
11. Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Ryan, D. P. (1986b). The measurement of alexithymia: Psychometric properties of the Schalling-Sifneos Personality Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 287-294. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90004-0](https://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90004-0)
12. Barrett, L. (2022). *How Emotions Are Made* (Main Market Ed.). Mariner Books.
13. Barsalou, L. W. (2008). Cognitive and Neural Contributions to Understanding the Conceptual System. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 91-95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00555.x>
14. Bauer, S. F., Hunt, H. F., Gould, M., & Goldstein, E. G. (2016). Borderline Personality Organization, Structural Diagnosis and the Structural Interview. *Psychiatry*, 43(3), 224-233. <https://doi.org/10.1080/00332747.1980.11024069>
15. Beere, D. B. (2022). The Perceptual Theory of Dissociation. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 297-313). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-22>
16. Bennett Ao, M. R. (2008). Stress and Anxiety in Schizophrenia and Depression: Glucocorticoids, Corticotropin-Releasing Hormone and Synapse Regression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 995-1002. <https://doi.org/10.1080/00048670802512073>
17. Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56(4), 353-359. <https://doi.org/10.1097/00006842-199407000-00011>
18. Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
19. Bob, P. (2000). Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a slovenská psychiatrie*, 96(6): 301-309.
20. Bornmann, L., Haunschild, R., Mutz, R. (2020). Growth rates of modern science: A latent piecewise growth curve approach to model publication numbers from established and new literature databases. Dostupné z: <https://arxiv.org/abs/2012.07675>

21. Borschmann, R., & Kinner, S. A. (2019). Responding to the rising prevalence of self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 548-549. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30210-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30210-X)
22. Bransfield, & Friedman. (2019). Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses, and Medical Uncertainty. *Healthcare*, 7(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare7040114>
23. Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 551-559. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00228-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00228-0)
24. Bywaters, P., Rolfe, A. (2002). *Look Beyond the Scars: Understanding and Responding to Self-Injury and SelfHarm*. London: NCH and Centre for Social Justice.
25. Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
26. Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology* (1st ed.). American Psychiatric Publishing.
27. Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in Alexithymia Following Psychological Intervention. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 162–178. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000036>
28. Campbell, T. S., Johnson, J. A., & Zernicke, K. A. (2020). Gate Control Theory of Pain. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 914–916. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1134
29. Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16–27.
30. Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. J. D., Torem, M. S., Coons, P. M., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030–1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1030>

31. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2004). Structured interview of personality organization (STIPO). *Weill Medical College of Cornell University*.
32. Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (1995). The inventory of personality organization (IPO). *Unpublished manuscript. New York: Weill Medical College of Cornell University*.
33. Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 474-499. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>
34. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Pub.
35. Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(2), 197–206. <https://doi.org/10.1037/h0080171>
36. Corrigan, F. M., Lanius, U. F., & Kaschor, B. (2022). *The Defense Cascade, Traumatic Dissociation and the Self*. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 587-601). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-45>
37. Cox, B. J., Kuch, K., Parker, J. D. A., Shulman, I. D., & Evans, R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(6), 523-527. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90049-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90049-3)
38. Czéh, B., Vardya, I., Varga, Z., Febbraro, F., Csabai, D., Martis, L., Højgaard, K., Henningsen, K., Bouzinova, E. V., Miseta, A., Jensen, K., & Wiborg, O. (2018). Long-Term Stress Disrupts the Structural and Functional Integrity of GABAergic Neuronal Networks in the Medial Prefrontal Cortex of Rats. *Frontiers in Cellular Neuroscience, 12*. <https://doi.org/10.3389/fncel.2018.00148>
39. Černá, A., Šmahel, D. (2009). Sebepoškození v adolescenci: kontext reálného versus virtuálního prostředí a subkultur emo a gothic. *Epsychologie – elektronický časopis ČMPS, roč. 3, č. 4*. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf>
40. Čerňák, M., (2014). Výskyt, způsoby a vybrané souvislosti sebepoškození u dětí staršího školního věku s depresivitou. (Kvalifikační práce) Dostupné z webových stránek VŠ: <https://is.muni.cz/th/rnt0n/cernak.pdf>

41. Dalayeun, J., Norès, J., & Bergal, S. (1993). Physiology of β -endorphins. A close-up view and a review of the literature. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 47(8), 311–320. [https://doi.org/10.1016/0753-3322\(93\)90080-5](https://doi.org/10.1016/0753-3322(93)90080-5)
42. De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A. -M., Heisel, M., & Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, 11(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>
43. Dell, P. F. Clarifying the Etiology of the Dissociative Disorders. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O’Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 238-260). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-18>
44. DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2002). The intersection of gender and betrayal in trauma. In R. Kimerling, P. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD*. The Guilford Press.
45. Dušek, K., & Večerková-Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Van Haren Publishing.
46. Evren, C., Cinar, O., & Evren, B. (2012). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 854-859. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.11.009>
47. Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2016). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13-30. <https://doi.org/10.1159/000448856>
48. Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 3(2), 77–85. <https://doi.org/10.1155/1990/572716>
49. Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134–140. <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>
50. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

51. Fischer, K. W., & Ayoub, C. (1994). Affective splitting and dissociation in normal and maltreated children: Developmental pathways for self in relationships. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Disorders and dysfunctions of the self* (pp. 149–222). University of Rochester Press.
52. Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
53. Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., & Mohler-Kuo, M. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Young Adults' Mental Health in Switzerland: A Longitudinal Cohort Study from 2018 to 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>
54. Freyberger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *28*(1-4), 337-345. <https://doi.org/10.1159/000287080>
55. Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., et al. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *3*(3), 151–153.
56. Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J., & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, *38*(3), 166–170. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(97\)90070-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(97)90070-5)
57. Glazer, D. (2023). An experience beyond words: Trauma-informed ideas for Child and Adolescent services supporting Ukrainian refugees. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *28*(1), 15-20. <https://doi.org/10.1177/13591045221133770>
58. Greene, D., Boyes, M., & Hasking, P. (2020). The associations between alexithymia and both non-suicidal self-injury and risky drinking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *260*, 140–166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.088>
59. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). Psychologický slovník (Třetí, aktualizované vydání). Portál.
60. Haviland, M. G. (1996). Structure of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Personality Assessment*, *66*(1), 116-125. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_9

61. Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of Alexithymia and Their Relationships to Anxiety and Depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_4
62. Hörz-Sagstetter, S., Ohse, L., & Kampe, L. (2021). Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. *Current Psychiatry Reports*, 23(7).
<https://doi.org/10.1007/s11920-021-01250-y>
63. Hrubá, V., Klimusová, H., & Burešová, I. (2012). Výskyt, formy a vybrané souvislosti sebepoškozování u dětí staršího školního věku. In P. Halama, R. Hanák, & R. Masaryk (Eds.), *Sociálne procesy a osobnosť* (pp. 118-122). Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
64. Cheng, H., Wang, L., Zou, H., & Qu, Y. (2023). Global prevalence of self-harm during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2130901/v1>
65. Christopher, J. C., Bickhard, M. H., & Lambeth, G. S. (1992). Splitting Kernberg: A critique of Otto Kernberg's notion of splitting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(3), 481-485. <https://doi.org/10.1037/h0088554>
66. Christopher, J. C., Bickhard, M. H., & Lambeth, G. S. (2001). Otto Kernberg's Object Relations Theory:: A Metapsychological Critique. *Theory & Psychology*, 11(5), 687-711. <https://doi.org/10.1177/0959354301115006>
67. Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia and corroboration. *American Journal of Psychiatry*.
68. Ide, J. S., Shenoy, P., Yu, A. J., & Li, C. -s. R. (2013). Bayesian Prediction and Evaluation in the Anterior Cingulate Cortex. *Journal of Neuroscience*, 33(5), 2039-2047. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2201-12.2013>
69. Ikemoto, S. (2003b). Involvement of the Olfactory Tubercle in Cocaine Reward: Intracranial Self-Administration Studies. *The Journal of Neuroscience*, 23(28), 9305–9311. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.23-28-09305.2003>
70. Ikemoto, S. (2010). Brain reward circuitry beyond the mesolimbic dopamine system: A neurobiological theory. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(2), 129–150. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.02.001>

71. Izdebska, A. (2015). Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(2), 65-83.
<https://doi.org/10.5114/cipp.2015.52105>
72. Jiraskova, T. (2014). Splitting of the mind and unconscious dynamics. *Activitas Nervosa Superior*, 56(1-2), 24–27.
73. Johnson, H. C. (1991). Theories of Kernberg and Kohut: Issues of Scientific Validation. *Social Service Review*, 65(3), 403–433. <https://doi.org/10.1086/603855>
74. Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy?. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326-328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
75. Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
<https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
76. Kernberg, O. F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822.
<https://doi.org/10.1177/000306517001800403>
77. Kernberg, O. F. (1971). Prognostic Considerations Regarding Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19(4), 595-635. <https://doi.org/10.1177/000306517101900401>
78. Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Ars Aequi Libri.
79. Kernberg, O. F. (1982). Self, Ego, Affects, and Drives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(4), 893-917.
<https://doi.org/10.1177/000306518203000404>
80. Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies* (1st Edition). Yale Univ Pr.
81. Kernberg, O. F. (2001). Object Relations, Affects, and Drives: Toward a New Synthesis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(5), 604-619.
<https://doi.org/10.1080/07351692109348963>
82. Kernberg, O. F. (2014). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(1), 38-46.
<https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.912352>

83. Kernberg, O. F. (2022). Some implications of new developments in neurobiology for psychoanalytic object relations theory. *Neuropsychoanalysis*, 24(1), 3-12. <https://doi.org/10.1080/15294145.2021.1995609>
84. Kharsati, N., & Bholra, P. (2014). Patterns of non-suicidal self-injurious behaviours among college students in India. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 39–49. <https://doi.org/10.1177/0020764014535755>
85. Kitamura, T., Ogawa, S. K., Roy, D. S., Okuyama, T., Morrissey, M. D., Smith, L. M., Redondo, R. L., & Tonegawa, S. (2017). Engrams and circuits crucial for systems consolidation of a memory. *Science*, 356(6333), 73-78. <https://doi.org/10.1126/science.aam6808>
86. Koenigsberg, H. W. (1983). Diagnosing Borderline Conditions in an Outpatient Setting. *Archives of General Psychiatry*, 40(1). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790010051005>
87. Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 19(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0757-y>
88. Kuo, T., McQueen, A., Chen, T. C., & Wang, J. C. (2015). Regulation of Glucose Homeostasis by Glucocorticoids. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 99–126. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2895-8_5
89. Labbé-Arocca, N., Castillo-Tamayo, R., Steiner-Segal, V., & Careaga-Diaz, C. (2020). Diagnóstico De La Organización De La Personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 58(4), 372-383. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400372>
90. Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*.
91. Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight?. *Biological Psychiatry*, 42(9), 834-844. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)00050-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)00050-4)
92. Lanius, R. A., Boyd, J. E., McKinnon, M. C., Nicholson, A. A., Frewen, P., Vermetten, E., Jetly, R., & Spiegel, D. (2018). A Review of the Neurobiological Basis of Trauma-Related Dissociation and Its Relation to Cannabinoid- and Opioid-

- Mediated Stress Response: a Transdiagnostic, Translational Approach. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0983-y>
93. Lawson, D. M., & Akay-Sullivan, S. (2020b). Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(6), 677-696. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369>
 94. Lawson, D. M., Skidmore, S. T., & Akay-Sullivan, S. (2020a). The Influence of Trauma Symptoms on the Therapeutic Alliance Across Treatment. *Journal of Counseling & Development*, 98(1), 29-40. <https://doi.org/10.1002/jcad.12297>
 95. Lebois, L. A. M., Ross, D. A., & Kaufman, M. L. (2022). "I Am Not I": The Neuroscience of Dissociative Identity Disorder. *Biological Psychiatry*, 91(3), e11-e13. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.11.004>
 96. Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2004). *Major Theories of Personality Disorder, Second Edition (Second)*. The Guilford Press.
 97. Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>
 98. Lesser, I. M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531-543. <https://doi.org/10.1097/00006842-198112000-00009>
 99. Liemburg, E. J., Swart, M., Bruggeman, R., Kortekaas, R., Knegtering, H., Ćurčić-Blake, B., & Aleman, A. (2012). Altered resting state connectivity of the default mode network in alexithymia. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(6), 660-666. <https://doi.org/10.1093/scan/nss048>
 100. Linde-Krieger, L. B., Yates, T. M., & Carlson, E. A. (2022). A Developmental Pathways Model of Dissociation. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 149-160). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-13>
 101. Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2008). Emotional complexity. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 513–530). The Guilford Press.
 102. Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional*

prevalence rates. Annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA

103. Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1183–1192.
<https://doi.org/10.1017/s003329170700027x>
104. Loewenstein, R. J., & Putnam, F. W. (2022). Discrete Behavioral States Theory. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O’Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 281-296). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003057314-21>
105. López-Muñoz, F., & Pérez-Fernández, F. (2020). A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01026>
106. Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An Evaluation of the Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *70*(5), 254-260.
<https://doi.org/10.1159/000056263>
107. Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition & Emotion*, *18*(6), 741-766. <https://doi.org/10.1080/02699930341000275>
108. Marchi, M., Arcolin, E., Fiore, G., Travascio, A., Uberti, D., Amaddeo, F., Converti, M., Fiorillo, A., Mirandola, M., Pinna, F., Ventriglio, A., & Galeazzi, G. M. (2022). Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, *34*(3–4), 240–256.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2053070>
109. Marty, P., & De M’Urzan, M. (1963). La « pensée opératoire ». Dostupné z <https://www.rfpsy.fr/la-pensee-operatoire/>
110. Stephens, M., & Wand, G. (2012). Stress and the HPA axis: role of glucocorticoids in alcohol dependence. *Alcohol Research*, *34*(4), 468–483.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584113/>
111. Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(5), 629-635.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>

112. Mayor, S. (2019). Major rise in non-suicidal self harm in England, study shows. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4058>
113. Mazzotti, E., Farina, B., Imperatori, C., Mansutti, F., Prunetti, E., Speranza, A. M., & Barbaranelli, C. (2016). Is the Dissociative Experiences Scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the Dissociative Experiences Scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1295. <https://doi.org/10.2147/ndt.s105110>
114. Mendelson, M., Hirsch, S., & Webber, C. S. (1956). A Critical Examination of Some Recent Theoretical Models in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 18(5), 363-373. <https://doi.org/10.1097/00006842-195609000-00001>
115. Menon, V., & Uddin, L. Q. (2010). Saliency, switching, attention and control: a network model of insula function. *Brain Structure and Function*, 214(5-6), 655-667. <https://doi.org/10.1007/s00429-010-0262-0>
116. Merskey, H. (2003). Research Paradigms in Psychosomatic Medicine with Special Emphasis on Whiplash - Cervical Hyperextension Flexion Injury (CHFJ). *Pain Research and Management*, 8(1), 13-18. <https://doi.org/10.1155/2003/451725>
117. Middleton, W. (2022). Beyond Death: Enduring Incest. in M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 223–237). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-17>
118. Millidge, B., Seth, A., Buckley C. L., (2021). *Predictive Coding: a Theoretical and Experimental Review*. Dostupné z: <https://arxiv.org/abs/2107.12979>
119. Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1). https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
120. National Collaborating Centre for Mental Health. (2004b). *Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care (National Clinical Practice Guideline)* (1st ed.). British Psychological Society and RCPsych Publications.
121. National Research Council, Institute of Medicine, Children, B. Y. O., Committee on Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults,

- Breiner, H., Stroud, C., & Bonnie, R. J. (2015). *Investing in the Health and Well-Being of Young Adults* (1st ed.). National Academies Press.
122. Nekovarova, T., Fajnerova, I., Horacek, J., & Spaniel, F. (2014). Bridging disparate symptoms of schizophrenia: a triple network dysfunction theory. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00171>
123. Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 199-206. <https://doi.org/10.1159/000287064>
124. Nestler, E. J., Hyman, S. E., & Malenka, R. C. (2008). *Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience, Second Edition*. McGraw-Hill Education.
125. Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1), 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>
126. Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control: The Evolving Concept of Trauma / The Concept and Facts of Dissociation in Trauma*. Vandenhoeck & Rupprecht.
127. Nijenhuis, E. R. S. (2010). The Scoring and Interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 24–28. <https://doi.org/10.1007/bf03379561>
128. Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in treatment* (pp. 39–65). New York: Basic Books.
129. Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ 20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
130. Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
131. Nijenhuis, E. R. S., Van Dyck, R., Spinhoven, Ph., Van Der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J., Moene, F. (1999). Somatoform dissociation

- discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (4), 511-520.
132. Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2008). *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention* (1st ed.). Routledge.
133. Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In Nock, Matthew K. (Ed). (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC, US: American Psychological Association, xiii,
134. Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309-317.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
135. Norman, H., Oskis, A., Marzano, L., & Coulson, M. (2020). The relationship between self-harm and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(6), 855–876.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12668>
136. O’Neil, J. A. (2022). Dissociation in the ICDs and DSMs. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O’Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 355-374). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-27>
137. Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339–354. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.018>
138. Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385-396. <https://doi.org/10.1037/a0014262>
139. Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
140. Pattison, E. M., Kahan, R., (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872.
<https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>

141. Phan, K. L., Wager, T., Taylor, S. F., & Liberzon, I. (2002). Functional Neuroanatomy of Emotion: A Meta-Analysis of Emotion Activation Studies in PET and fMRI. *NeuroImage*, 16(2), 331-348. <https://doi.org/10.1006/nimg.2002.1087>
142. Phelps, E. A., & LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the Amygdala to Emotion Processing: From Animal Models to Human Behavior. *Neuron*, 48(2), 175-187. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2005.09.025>
143. Philippopoulos, G. S. (1977). Some Remarks on the Etymological and Grammatic Aspects of the Term “Alexithymia.” *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1/4), 68–70. <http://www.jstor.org/stable/45114845>
144. Pitblado, C. B., & Sanders, B. (1991). Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States* (p. 179). Chicago: Rush-Presbyterian.
145. Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Grada.
146. Power, J., (2010). Self-Injurious Behaviour: A Review of the Literature and Implications for Corrections. Dostupné z webových stránek: <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0216-01-eng.shtml>
147. Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Allan, A., Boyes, M., Chen, W., Hasking, P., & Gross, J. J. (2020). What is alexithymia? Using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity. *Journal of Personality*, 88(6), 1162-1176. <https://doi.org/10.1111/jopy.12563>
148. Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 119, 341-352. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003>
149. Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce Alexithymie. *Epsychologie – elektronický časopis ČMPS*, roč. 3, č. 3. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
150. Ptáček, R., Bob, P. (2009). Metody diagnostiky disociativních symptomů. *Česká a slovenská psychiatrie*.

151. Ptáček, R., Bob, P., & Paclt, I. (2006). Škála disociativních zkušeností - česká verze. *Československá psychologie*, 50(3), 262-272.
152. Putica, A., Van Dam, N. T., Steward, T., Agathos, J., Felmingham, K., & O'Donnell, M. (2021). Alexithymia in post-traumatic stress disorder is not just emotion numbing: Systematic review of neural evidence and clinical implications. *Journal of Affective Disorders*, 278, 519-527.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.100>
153. Qin, D. -dong, Rizak, J., Feng, X. -li, Yang, S. -chuan, Lü, L. -bao, Pan, L., Yin, Y., & Hu, X. -tian. (2016). Prolonged secretion of cortisol as a possible mechanism underlying stress and depressive behaviour. *Scientific Reports*, 6(1).
<https://doi.org/10.1038/srep30187>
154. Raffagnato, A., Iannattone, S., Fasolato, R., Parolin, E., Ravaglia, B., Biscalchin, G., Traverso, A., Zanato, S., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2022). A Pre-Adolescent and Adolescent Clinical Sample Study about Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Self-Harming. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(10), 1441-1462.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe12100100>
155. Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676–682.
<https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
156. Rare Diseases Act, 42 U.S.C. 281 (2002). Dostupné z: <https://www.govinfo.gov/app/details/PLAW-107publ280/summary>
157. Reyno, S. M., Simmons, M., & Kinley, J. (2020). A meta-analytic study examining the relationship between alexithymia and dissociation in psychiatric and non-clinical populations. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.439>
158. Ricciardi, L., Demartini, B., Fotopoulou, A., & Edwards, M. J. (2015). Alexithymia in Neurological Disease: A Review. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 27(3), 179-187.
<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14070169>
159. Riegel, K., Preiss, M., & Michalec, J. (ND) *Emoční stabilita ...v kontextu organizace osobnosti* [Prezentace PowerPoint]. NUDZ.

160. Robert M, G., ValeriyaSpektor, & Linh, L. (2019). Personality Organization Traits and Expected Countertransference and Treatment Interventions. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 5(1). <https://doi.org/10.23937/2572-4037.1510039>
161. Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7-17. https://doi.org/10.1300/J229v03n01_02
162. Rozsivalová, E. (2015). Sebeпоškozování v dětství a dospívání. *Pediatric pro praxi – elektronický časopis SOLEN*, č. 6. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/08.pdf>
163. Sandman, C. A., Touchette, P. E., Marion, S. D., & Chicz-DeMet, A. (2008). The role of proopiomelanocortin (POMC) in sequentially dependent self-injurious behavior. *Developmental Psychobiology*, 50(7), 680–689. <https://doi.org/10.1002/dev.20323>
164. Sara, G., Wu, J., Uesi, J., Jong, N., Perkes, I., Knight, K., O’Leary, F., Trudgett, C., & Bowden, M. (2023). Growth in emergency department self-harm or suicidal ideation presentations in young people: Comparing trends before and since the COVID-19 first wave in New South Wales, Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(1), 58-68. <https://doi.org/10.1177/00048674221082518>
165. Satpute, A. B., & Lindquist, K. A. (2019). The Default Mode Network’s Role in Discrete Emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(10), 851-864. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.07.003>
166. Seo, S. S., Chung, U. -S., Rim, H. D., & Jeong, S. H. (2009). Reliability and Validity of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 6(3). <https://doi.org/10.4306/pi.2009.6.3.173>
167. Schiavone, F. L., & Lanius, R. A. The Neurobiology of Dissociation in Chronic PTSD. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O’Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 634-642). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-47>
168. Sifneos, P. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis* (1st Edition). Harvard University Press.

169. Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
170. Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The Phenomenon of 'Alexithymia'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 47-57. <https://doi.org/10.1159/000287043>
171. Skottnik, L., & Linden, D. E. J. (2019). Mental Imagery and Brain Regulation—New Links Between Psychotherapy and Neuroscience. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00779>
172. Solinski, S. (2022). Memory, Trauma and the Therapeutic Encounter. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil, Dissociation and the Dissociative Disorders (pp. 749-769). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-57>
173. Solís-Bravo, M. A., Flores-Rodríguez, Y., Tapia-Guillen, L. G., Gatica-Hernández, A., Guzmán-Reséndiz, M., Salinas-Torres, L. A., Vargas-Rizo, T. L., & Albores-Gallo, L. (2019). Are Tattoos an Indicator of Severity of Non-Suicidal Self-Injury Behavior in Adolescents?. *Psychiatry Investigation*, 16(7), 504-512. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.03.06>
174. Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(8), 1050–1054. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.1050>
175. Störkel, L. M., Karabatsiakakis, A., Hepp, J., Kolassa, I. T., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2021). Salivary beta-endorphin in nonsuicidal self-injury: an ambulatory assessment study. *Neuropsychopharmacology*, 46(7), 1357–1363. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00914-2>
176. Svrakic, D. M., & Zorumski, C. F. (2021). Neuroscience of Object Relations in Health and Disorder: A Proposal for an Integrative Model. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.583743>
177. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>

178. Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry, 45*(2), 134-142.
<https://doi.org/10.1177/070674370004500203>
179. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
180. Taylor, G. J., Michael Bagby, R., & Parker, J. D. A. (1991). The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics, 32*(2), 153-164. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72086-0)
181. Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics, 44*(4), 191-199. <https://doi.org/10.1159/000287912>
182. Thorberg, F. A., Young, R. M. D., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. X. (2010). A psychometric comparison of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Observer Alexithymia Scale (OAS) in an alcohol-dependent sample. *Personality and Individual Differences, 49*(2), 119-123.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.018>
183. Toga, A. W. (2015). *Brain Mapping: An Encyclopedic Reference* (1st ed.). Academic Press.
184. Tørmoen, A. J., Myhre, M., Walby, F. A., Grøholt, B., & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health, 30*(4), 688-692.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042>
185. Ulrich, F. L. (2014). Dissociation and Endogenous Opioids: A Foundational Role. *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation*.
<https://doi.org/10.1891/9780826106322.0005>
186. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
187. van der Hart, O., & Dorahy, M. J. (2022). History of the Concept of Dissociation. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O'Neil, *Dissociation and the*

- Dissociative Disorders* (pp. 13-38). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003057314-3>
188. Van Der Hart, O., & Steele, K. (2022). The Theory of Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. In M. J. Dorahy, S. N. Gold, & J. A. O’Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders*, (pp. 263–280). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003057314-20>
189. van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-423. <https://doi.org/10.1002/jts.20049>
190. Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A., & Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. V J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
191. Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 53-60.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.009>
192. Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. The Guilford Press.
193. Wang, X., Li, X., Guo, C., Hu, Y., Xia, L., Geng, F., Sun, F., Chen, C., Wang, J., Wen, X., Luo, X., & Liu, H. (2021). Prevalence and Correlates of Alexithymia and Its Relationship With Life Events in Chinese Adolescents With Depression During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.774952>
194. Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>
195. Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948.
<https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
196. Wise, R. A., & Koob, G. F. (2013). The Development and Maintenance of Drug Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 254–262.
<https://doi.org/10.1038/npp.2013.261>

197. Wise, T. N., Mann, L. S., & Sheridan, M. J. (2000). Relationship between Alexithymia, Dissociation and Personality in Psychiatric Outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 123–127.
<https://doi.org/10.1159/000012379>
198. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
199. Yates, T. M., Burt, K. B., & Troy, M. F. (2011). A developmental approach to clinical research, classification, and practice. In D. Cicchetti & G. I. Roisman (Eds.), *The origins and organization of adaptation and maladaptation* (pp. 231–267). John Wiley & Sons, Inc..
200. Zou, Z., Wang, H., D'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 21–41. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informační letáček

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Záměrné sebepoškozování ve vztahu k alexithymii, disociaci a organizaci osobnosti

Autor práce: Bc. Denis Veselý

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 119 stran, 218 566 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 200

Abstrakt: 817

Tato diplomová práce ve své teoretické části pojednává o konceptech alexithymie, disociací a organizace osobnosti, které propojuje s problematikou záměrného sebepoškozování. Empirická část je zaměřena na praktické ověření těchto vztahů. Výzkum byl realizován s použitím celkem pěti metod: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ – 20); Dissociative Experiences Scale (DES); Inventory of Personality Organisation (IPO) a Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI). Z výsledků vyplývá, že je alexithymie přítomna u 56 % sebepoškozujících se jedinců, psychoformní disociace u 62 % a somatoformní disociace u 66 %, patologická úroveň organizace osobnosti se vyskytovala u 62 % jedinců ve výzkumném souboru $n = 104$. Mezi výsledky metod byla nalezena vzájemná korelace.

Klíčová slova: záměrné sebepoškození, alexithymie, disociace, organizace osobnosti

ABSTRACT OF THESIS

Title: Deliberate self-harm in relation to alexithymia, dissociation and personality organization

Author: Bc. Denis Veselý

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 119 pages, 218 556 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 200

Abstract: 901

In its theoretical part, this thesis discusses the concepts of alexithymia, dissociation and personality organization and their connection with intentional self-harm. The empirical part is focused on the practical verification of these relationships. The research was carried out using a total of five methods: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ – 20); Dissociative Experiences Scale (DES); Inventory of Personality Organization (IPO) and Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI). The results show that alexithymia is present in 56 % of self-harming individuals, psychoform dissociation in 62 % and somatoform dissociation in 66 %, pathological level of personality organization occurred in 62 % of individuals in the research group n = 104. A mutual correlation was found between the results of the methods. All results were intercorrelated.

Key words: deliberate self-harm, alexithymia, dissociation, personality organization

Příloha č. 3: Infomační letáček



Hezký den

V rámci své diplomové práce hledám dobrovolníky (od 18. let) se zkušeností se sebepoškozováním, kteří by svou ochotou a vyplněním dotazníku přispěli k rozšíření poznání v oblasti duševního zdraví.

Kontakt: denis.veselyo1@upol.cz

Dotazník:



Katedra
psychologie