

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



DOKTORSKÁ DIZERTAČNÍ PRÁCE

Posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí psychodiagnostických metod

Školitel a vedoucí práce:
as. MUDr. Ilja Žukov CSc.

Zpracoval:
PhDr. Pavel Harsa

Praha, květen 2008

Prohlašuji, že jsem doktorskou dizertační práci vypracoval samostatně a použil pouze uvedenou a citovanou literaturu.

Srdečně děkuji as. MUDr. Iljovi Žukovovi CSc. za odborné vedení a pomoc při získávání potřebných informací, za cenné připomínky, rady a trpělivost při zpracování projektu a realizaci doktorské dizertační práce.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1. CHARAKTERISTIKA POJMU AGRESE A AGRESIVITY	9
2. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ POJETÍ AGRESE	15
2.1 Biologické aspekty agrese	15
2.2 Psychologické aspekty agrese	20
2.3 Sociální aspekty agrese	23
3. AGRESIVNÍ OSOBNOST	26
3.1 Disociální (asociální) porucha osobnosti	26
3.2 Emočně nestabilní porucha osobnosti	27
3.3 Přehled dalších diagnostických klasifikací a charakteristik agresivní osobnosti	29
PRAKTICKÁ ČÁST	
4. VÝZKUMNÁ ČÁST	33
4.1 Hlavní cíl výzkumného projektu	33
4.2 Výzkumné otázky	33
4.3 Výzkumný soubor	33
5. PRŮBĚH VÝZKUMU	37
6. POPIS JEDNOTLIVÝCH PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD	39
6.1 Použité psychodiagnostické metody	39
6.2 Dotazník impulzivity (IVE)	39
6.3 Freiburský osobnostní dotazník (FPI)	40
6.3.1 Pořadí položek	40
6.4 Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI)	41
6.5 Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2	42
6.6 Test ruky (The Hand Test)	43
6.6.1 Pořadí položek	44
6.7 Rorschachův test	46
6.7.1 Agresivita v ROR	46
6.7.2 Znaky agresivity v ROR	47
6.8 Tématicko apercipční test (TAT)	49
7. MATEMATICKO-STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	52
8. VÝSLEDKY	53
9. KAZUISTIKY	73
9.1 KAZUISTIKA č. 1	73
9.2 KAZUISTIKA č. 2	76
9.3 KAZUISTIKA č. 3	79
9.4 KAZUISTIKA č. 4	82
9.5 KAZUISTIKA č. 5	85
9.6 Souhrn z psychologických vyšetření	88
10. DISKUSE	89
11. ZÁVĚR	97
12. SOUHRN	98
13. SUMMARY	100

14. LITERATURA	102
15. PŘÍLOHY	106
15.1 Příloha 1 - Dotazník impulzivity (IVE)	107
15.2 Příloha 2 - Freiburský osobnostní dotazník (FPI)	108
15.3 Příloha 3 - Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI)	109
15.4 Příloha 4 - Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2	110
15.5 Příloha 5 - Test ruky (The Hand Test)	111
15.6 Příloha 6 - Rorschachův test	112
15.7 Příloha 7 - Tématicko apercepční test (TAT)	113

ÚVOD

Agresivita je komplexní fenomén uplatňující se v každodenním životě člověka. Má svoje pozitivní i negativní stránky. Každý jedinec agresivitou v různé intenzitě a rozsahu disponuje a nelze ji z našeho života zcela vyloučit. Agresivita je současně i adaptační mechanismus, který nám pomáhá nejenom přežít, ale i překonávat nejrůznější překážky. Agresivní sklony se u člověka vytvářejí v prvních letech života na základě dědičných dispozic, instinktivní výbavy, výchovy, učení, předchozí zkušenosti a vlivu prostředí. Agresivitu je třeba kontrolovat, kultivovat, regulovat a usměřňovat prosociálně účelným směrem tak, aby nedocházelo k narušování vztahů mezi lidmi a norem společnosti.

Problémem bývá nadměrná agresivita projevující se nevhodně, v nedostatečně socializované či destruktivní formě. Projevy agrese mají bio-psycho-sociální kontext. Mohou být odrazem určitého psychosociálního vývoje, aktuální situace či konstelace osobnostních dispozic a kognitivních strategií. Jde o behaviorální komponentu, vyjadřující především míru impuzivity či násilí jako řešení problému nebo nesouhlasu s běžně uznávanými sociálními normami. Tyto dispozice, postoje a jejich projevy jsou v různé míře zastoupeny u mnoha duševních poruch. Mohou být projevem manifestace určité poruchy nebo jsou dokonce jedním z jejích základních příznaků.

V posledním období se také zvyšuje počet podnětů, které projevy agrese stimulují. Můžeme například sledovat nárůst vlivu agresivních témat ve sdělovacích prostředcích. Řada filmů, knih, časopisů s tematikou násilí bývá často inspirujícím vzorem násilného chování, zejména u mladé generace. Zvyšuje se i podíl násilí mezi lidmi, krutosti, násilných trestných činů, vandalismu a terorismu. Závažnost výše uvedených skutečností je o to nebezpečnější, že se zvyšujícím se podílem násilí a krutosti mezi lidmi se současně i snižuje jejich věková hranice. Právě skutečnost, že se mnoha mladým lidem nedaří vhodným způsobem zařadit do společnosti, bývá často příčinou mnoha konfliktů a osobnostních problémů, včetně nárůstu agresivního chování. Významnou roli hraje i nárůst fyzického a psychického násilí v rodinách, týrání či sexuálního zneužívání a sadistické aktivity na nezletilých. Kuriózní není ani četnost týrání a násilí opačným směrem, kdy děti často systematicky týrají a citově vydírají svoje rodiče.

Ne vždy musí vést agresivní chování směrem k vnějším objektům. Řada jedinců v důsledku maladaptivních reakcí v životě řeší svoje nezvladatelné životní situace pomocí autoagrese, která může vyústit až v suicidální chování. Mezi další formy agrese, se kterými se můžeme setkat, patří agresivita zaměřená proti zvířatům, živé přírodě, proti věcem, pyromanie apod.

Vliv prostředí a osobnostní konstituce jsou faktory, které mohou v projevech agrese, resp. v jejím ovládní či regulaci sehrávat významnou roli. Životně náročné situace, stres, zvládní interpersonálních konfliktů nebo reakce na frustraci činí mnoha jedincům, zejména s duševní poruchou či onemocněním, značné psychické potíže, které mohou vyústit v projevy agrese.

Agresivní nastavení může být jedním z projevů určité koincidence mimořádných sociálních či životních situací nebo osobních dispozic. Agresivita může být odpovědí na zhoršenou sociální adaptaci či kvalitu života, spojenou s rozvojem duševní nemoci, nebo manifestním projevem kognitivní nebo emocionální poruchy.

Z těchto důvodů jsme se rozhodli zrealizovat výzkumný záměr, ve kterém jsme se zaměřili na posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů. Vzhledem k tomu, že objektivní posuzování agresivních dispozic má řadu úskalí a průkaznost agresivity bývá velmi obtížná, rozhodli jsme se současně ověřit i použitelnost vybraných klinických psychodiagnostických nástrojů.

TEORETICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA POJMU AGRESE A AGRESIVITY

Agrese a agresivita zahrnuje rozsáhlou škálu projevů a těmito pojmy se zabývá řada odborníků. Na toto téma existuje značné množství teorií, rozsáhlá literatura a vědecké články v renomovaných časopisech. Problematikou agresivního chování se zabývá řada vědeckých konferencí. O agresivních projevech, násilí a krutosti se můžeme rovněž dočíst v mnoha odborně-populárních publikacích, v řadě novinových článků či shlédnout o tom řadu pořadů v televizi.

Mnoho odborníků (Čermák, 1998; Hewstone, 2006; Hollander, 1995; Hošek, 1994; Machač, 1985; Říčan, 1999; Slepíčka, 1990) se snaží o jasné definování toho, co vlastně lidská agrese a agresivita je. Čím je determinovaná a jaké nežádoucí agresivní projevy lze regulovat. V určitých kritériích dochází k obecné shodě, ale pokusy o univerzální vymezení agrese dosud selhaly.

Rozdíl mezi pojmy agresivita a agrese lze shrnout do dvou oblastí: 1) Agresivita je určitá vlastnost, povahový rys. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učení) i psycho-sociálně (emoční oblast a vliv vnějšího prostředí). Tato vlastnost je u každého člověka ve větší nebo menší míře obsažena. 2) Agrese je chápána jako jakákoliv forma chování, jejíž cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit. Agrese nemusí vždy vyjadřovat jenom negativní projev v chování. Agresivní postoj může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě překonávání překážek k vycílenému cíli.

Agresivitu v nejširším slova smyslu lze chápat jako určitou dispozici a tendenci k agresivnímu chování. V. Študent (1989) chápe agresivitu jako povahový rys, ze kterého směřují tendence podmiňující určitý druh chování a projevy agrese. Upozorňuje na skutečnost, že agresivita je povahový rys určovaný vrozenými i získanými činiteli. Člověk, který má vyšší míru agresivity, bude často v různých situacích k agresivnímu chování náchylný. Agresivita je tendence k útočnému jednání vůči druhé osobě či okolí. U člověka může být často její příčinou frustrace.

Spojitosť agresivity a situace je základem známé teorie agresivního chování (autoři J. Dollard, N. E. Miller, 1939), kterou v roce 1939 publikovali pod názvem Frustration and Aggression. Jejich hypotéza frustrace-agrese se stala základním teoretickým východiskem při výzkumu této problematiky. Podle jejich modelu agrese je jedinec k agresivnímu jednání motivován pudem aktivovaným frustrací. Frustrací míní situaci, v níž vznikne překážka na cestě k dosahování cíle. Agresi vnímají jako jednání, jehož záměrem je ublížit druhé osobě. "Agresivní chování tedy vždy předpokládá existenci frustrace a naopak, frustrace vede k některým formám agrese." Celá koncepce je postavena na čtyřech pojmech (frustrace, agrese, potlačení, posunutá agrese). Autoři hypotézy na základě kritiky tuto teorii zrevidovali a změnili druhou část hypotézy. Dospěli k názoru, že frustrace může vyvolat také jiné reakce (například útěk nebo apatii) a že agrese je pouze jednou z nich. K agresi ale může docházet i bez předchozí frustrace.

Hewstone (2006) uvádí, že doprovodným jevem agrese je často i vztek, kdy dochází k ničivému afektu, který subjekt zvládne nebo ne. V nezvládnutém afektu ztrácejí věci a jevy aktuální hodnotu pro subjekt a dochází k agresivním projevům formou ničení věcí, násilí na zvířatech a osobách. Vztek, strach, afekty, agrese se společně projevují snahou zbavit se podnětu, který ohrožuje hodnoty subjektu.

Agresí se zabývali Vondráček a Študent (Študent, 1989) a rozdělili jí na potlačenou agresi (bez vnějšího projevu), slovní agresi (nadávání, psaní stížností), agresi proti věcem (ničení, trhání, rozbíjení předmětů a věcí) a agresi proti zvířatům a lidem.

Hartl (2005) rozděluje agresi do čtyř stupňů: bez vnějších projevů (probíhá pouze v myšlení), s vnějšími projevy (nadávkou, hrubým slovem), destruktivním rozbíjením předmětů, věcí a fyzickým napadením druhé osoby. Také se zmiňuje o tzv. agresi altruistické (např. u matek), která je zaměřena k ochraně a obraně, a o agresi anticipující, u které převládá agresivní reakce s cílem hájit vlastní teritorium vůči vetřelci (častá bývá u zvířat nebo u lidí například při některých sportovních činnostech).

Mnoho autorů agresi rozděluje agresi na socializovanou a nesocializovanou, na agresi podmíněnou více biologicky nebo naopak determinovanou více učením a výchovou. Někteří (Hartl, 2005; Kollárik, 1993; Rycroft, 1993) definují nesocializovanou formu agrese jako stav nepřátelství, zloby, nenávisti, útočnosti nebo výbojnosti proti určitému objektu. Často je pod pojmem agrese myšleno vedení nějaké aktivity (verbální, fyzické) na konkrétní překážku, která je zdrojem frustrace.

Höschl (2004) uvádí, že zatímco u zvířat lze agresi zaznamenat snadněji, u lidí je to složitější. Agresi klasifikuje na predátorskou (profesionální vrahové a zločinci, kde primární motivací je hmotný zisk), ideologickou (etnické vraždění či řádění fotbalových fanoušků, kde hmotný zisk není primární motivací), agrese pod vlivem alkoholu a drog, impulzivní agrese (bez plánování a hmotného zisku, kdy se jedná převážně o reaktivní reakce) a agrese ovlivněna duševní nemocí (halucinace, bludy, demence apod.).

Koukolík (2006) chápe lidskou agresi jako jakékoli chování cílené na druhého jedince se záměrem ublížit mu. Agresor musí být přesvědčen, že jeho chování cíl poškodí a oběť agrese musí být motivovaná, aby se tomuto agresivnímu chování vyhnula. Náhodné ublížení za agresi nepovažuje, protože není záměrné. Za agresi nepovažuje ani bolest způsobenou při sadomasochistických praktikách, pokud cíl agrese není motivován k tomu, aby se jí vyhnul. Autor dále rozlišuje rozdíly mezi lidskou agresi a násilným chováním. U násilného chování je cílem záměrné poškození nebo smrt. Samotná agrese tedy nemusí být ještě patologická. Například pokud šestileté dítě do druhého strčí, jedná se o agresi, ale ne o násilné chování. Násilné chování rozlišuje na tělesné, sexuální a psychologické násilí a přiřazuje k nim i deprivaci a zanedbávání. Násilné chování může být cílené na sebe samotného, na druhé nebo může být kolektivní. Podle WHO (Světová zdravotnická organizace) přišlo v roce 2002 na světě v důsledku násilného chování 1,6 milionu lidí o život. Z tohoto počtu polovina z nich spáchala sebevraždu, třetina byla zavražděna a pětina byly životy ztracené v ozbrojených konfliktech.

Bandura (dle Kollárika, 1993) se zmiňuje o významu sociálního učení ve vztahu k projevům agrese. Předpokládá, že osoba bude volit takové formy chování, které se naučila v průběhu ontogeneze. Bude posilovat a zpevňovat ty formy chování, které jsou pro ni žádoucí.

McDougall (Kollárik, 1993) se rovněž zabýval významem sociálního učení ve vztahu k chování. Vycházel ze vztahu: agresivní instinkt - agresivní chování a postavil svoji teorii na předpokladu, že hybnými silami v chování jednotlivce jsou instinkty, které se formují v průběhu přírodního výběru a zabezpečují přežití druhu.

O sociálně žádoucím vlivu učení na agresivní chování se zmiňují různí autoři (Berkowitz, 1993; Hewstone, 2006; Machač, 1985; Slepíčka, 1990), kteří tvrdí, že pokud nezasáhne korigujícím vlivem výchova, upevní se u emočně labilního a nevyrovnaného jedince agresivní vzorce chování. Pokud se ale agrese projevuje v socializované podobě, nelze jí odsuzovat. Tato forma agrese je dokonce žádoucí k překonávání překážek a dosahování vytčených cílů ve všech lidských činnostech. V této podobě mají agresivní projevy stenizující účinky na organismus a zároveň redukují anxiozitu a intrapsychickou tenzi.

Nelze opomenout biologické koreláty vzniku agrese. Freudův psychoanalytický model agrese (Rycroft, 1993) je charakterizován právě pudovou složkou. Podle psychoanalytiků (Freud, Kleinová, dle Kratochvíla, 2006) je agrese důsledkem déle trvajících, potlačovaných negativních emocí. Neoinstinktivisté, zastoupeni především S. Freudem a později K. Lorenzem, vycházeli z tzv. "hydraulického schématu," tj. z představy o přetlaku energie u subjektu, která může kdykoliv, pokud není pod kontrolou, explodovat. Pudová teorie, jejímiž představiteli byli McDougall a W. James (Fromm, 1997), vycházela zase z předpokladu, že každý jednotlivý pud motivuje odpovídající typ chování (pud strachu, zisku, lásky, nenávisti, hry), takže následně převažovalo buď sociálně žádoucí chování (pud lásky, hry, tvůrčí síly) a nebo nežádoucí chování (pud závisti, zisku a nenávisti).

Freud shrnul všechny pudy do dvou kategorií pohlavního pudu a pudu sebezáchovy a stanovil ditochomii - pud života (Eros) a pud smrti (Thanatos). Pud smrti míří proti existenci daného organismu a je sebezničujícím pudem nebo je namířen vnějším směrem s tendencí ničit jiné organismy. Freud (dle Fromma, 1997) tvrdí, že člověk je ovládán impulsy k ničení sebe sama nebo druhých a tomu se lze těžko bránit. Z toho vyplývá, že podle teorie pudu smrti není agresivita reakcí na určité podráždění, ale je trvale působící silou, hluboko zakořeněnou v našem organismu. Pud života (Eros) se řídí principem slasti. Jeho hlavní zaměření je sexuální, vedoucí k intimnímu spojení, plazení nového života, lásky a citu.

Konrad Lorenz byl velkým pozorovatelem zvířat, zejména nižších živočichů (ryby, ptáci). Svoje poznatky týkající se projevů chování a agresivity se snažil aplikovat i na lidskou společnost. Ve svých výzkumech dospěl k závěrům, že:

- agrese je podmíněna hromaděním energie;
- agrese slouží k přežití jedince a druhu (k intradruhové selektivitě "výběr kvalitnějšího samečka").

Lorenz se ve svých výzkumech, zejména v oblastech týkajících se tzv. "bojového nadšení," zmiňuje o usměrnění bojového nadšení jinam. K jeho zvláštním doporučením patří sport, aktivita s katarzivně emočním účinkem.

Fromm (1997) rozlišuje mezi dvěma druhy agrese. První druh je společný všem zvířatům a je fylogeneticky naprogramovaný. V případě ohrožení se projevuje ve dvou rovinách, jako útok nebo jako útek. Tuto obrannou agresivitu nazývá benigní. Slouží k přežití jedince a je nástrojem biologické adaptability.

Pomine-li ohrožující nebezpečí, snižuje se napětí a agresivní chování ustupuje. Slouží k odstranění překážky či nepřítele. Autor se vyjadřuje i k pojmu hravé agrese, kterou vnímá jako neškodnou, sebezpasující. Slouží k procvičování dovedností. Cílem není destrukce a není motivována nenávistí. Uplatňuje se ve sportu a je součástí sportovních výkonů.

Druhý typ agresivity nazývá maligní, tzv. zlou agresivitou, která je specifická pouze pro lidskou společnost. Není fylogeneticky naprogramovaná a neslouží biologickému přizpůsobení. Člověk s její pomocí uspokojuje pouze svoji touhu, svoji žádost. Podstatu vidí v existenciálním rozporu člověka, který vede k poruše jeho vnitřní rovnováhy. Záleží na každém jedinci a na jeho osobnostní výbavě, na charakteru a převažujících vlastnostech. Pokud převažují negativní vlastnosti jako je chtivost, závist, zloba, nenávist a žádosťivost, tak ty mohou být ve svém důsledku i jednou z nejčastějších příčin agrese.

V tomto kontextu se Fromm zabývá i charakterem, který vnímá jako lidskou náhradu za chybějící zvířecí instinkt. Charakterové vlastnosti závisí nejvíce na sociálních rozdílech. Lakomec nepřemýšlí, zda má své peníze ušetřit nebo vydat, pudí ho to, aby šetřil, nahromadil majetek. Vykořisťovatelský typ je poháněn vášní vykořisťovat jiné lidi, je hnán vášní ovládat druhé. Naopak milující a činnorodý charakter je puzen k pomoci a lásce k druhým. Z těchto druhů temperamentových vlastností se odvíjí agresivní chování ve společnosti.

Dle zastoupení emoční složky v projevech lidské agrese rozlišuje řada autorů (Čermák, 1998; Hewstone, 2006; Hollander, 1995; Hošek, 1994; Machač, 1985; Moyer, 1968) tento jev na:

- agresi vyvolanou emočním prožitkem, tzv. emocionální, která je vystupňovaná až do afektu, vzteku nebo strachu;
- agresi instrumentální (účelovou), která nemá emocionální podklad a je tedy racionální.

Někteří autoři, zejména z forenzní oblasti (Netík, 1996) se v této souvislosti zmiňují o afektivní a chladné (instrumentální) agresi.

Čermák (2000) chápe instrumentální agresi jako prostředek k dosažení vnějšího cíle. Použití instrumentální agrese je založeno na předem připraveném plánu, na úvahách o možných variantách jednání. Emocionální agresi vnímá jako agresi, která není prostředkem, ale cílem sama o sobě. Je charakteristická přítomností silné negativní emoce. Autor se zmiňuje o výzkumech Caprari, který upozorňuje na tzv. indikátory nebo prediktory agrese, za které považuje dráždivost (iritabilitu) a náchylnost k emocionálním reakcím.

Obě proměnné charakterizuje jako nadměrnou emocionální reakci na frustrující události. S dráždivostí (iritabilitou) souvisí i další emoční faktory jako je například náladovost, vztek, podrážděnost či mrzutost.

Berkowitz (dle Kollárika, 1993) mluví o agresi vědomě kontrolované, aktér počítá s rizikem a přemítá o důsledcích, a o agresi impulzivní, která je spíše spontánním vzplanutím či výbuchem negativních emocí s následnou motorickou reakcí. V tomto přístupu je více zdůrazněna kognitivní a afektivní složka agrese.

Vymětal (2003) se zabývá pojmy hněvu a agrese. Hněv obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá často jeho podmínkou. Hněv se může vystupňovat až k afektu zuřivosti. Člověk pociťuje hněv zejména v situacích, kdy se ho druhý člověk něčím dotkne a nebo ho něčím ohrozí. Agresi vysvětluje jako komplexní psychologický pojem a agresivitu jako individuální dispozice k útočnému jednání. Agresi rozděluje na vnější a vnitřní, na brachiální (násilný atak provedený pažemi) a verbální. Na intrapunitivní (sebetrestání, sebepoškozování) a extrapunitivní (trestání druhých), na instrumentální a samoučelovou, na agresi jako důsledek afektu a na agresi reaktivní. Agrese má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené učením během života člověka. Proto jsou ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. Socializovaná forma agrese slouží k rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci.

Na podobné vymezení hněvu a agrese navazuje Vágnerová (1999). Definuje agresivní chování jako porušování norem, omezování práva a narušování integrity živých bytostí, ale i reakce zaměřené proti neživým objektům. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. Agresivitu chápe jako sklon k takovému chování. Samotnou agresi jako aktuální projev takového chování. Agresivní jednání bývá stimulováno prožitkem hněvu, vzteku, který je spojen s uvědomováním si zátěže. Příčiny vzniku agrese vidí ve dvou oblastech:

- 1) člověk má vrozené dispozice k agresivnímu jednání, ale vlohy k agresi nejsou u všech lidí stejné;
- 2) agresivní chování se rozvíjí učením a není tedy závislé jen na vrozených dispozicích.

Matějček (1999) uvádí, že je nám agresivita geneticky dána. Agresi bychom neměli potlačovat, ale měli bychom se ji naučit ovládat, kontrolovat a kultivovat prosociálně účelným směrem.

Vztahem agrese a sebevědomí se zabývala Šolcová (2006), která uvádí, že nízké sebevědomí nebývá vždy příčinou násilí. V některých výzkumech zaměřených na tuto oblast se vycházelo z toho, že lidé s nízkým sebevědomím se snaží sebevědomí nabýt násilnými prostředky, například šikanováním ostatních. Autorka uvádí, že tato hypotéza se ale jednoznačně nepotvrdila. Například Olweus (1993) a Nansen (2001) upozornili, že šikanující osoby mají vysoké sebevědomí.

Bushman (1998) tuto hypotézu rozpracoval a dospěl k závěru, že vazba mezi vysokým sebevědomím a agresí neexistuje. Prokázal, že existuje vazba mezi narcismem a agresí či násilím. Dá se tedy předpokládat, že u osob s výraznými narcistickými rysy bude nepřiměřeně zvýšené sebevědomí a snížený práh na kritiku. To se může projevit v řadě afektivních, zlobných či agresivních reakcí. Papps a Carrol (1998) prokázali, že osoby s nízkou úrovní narcismu a vysokým sebevědomím měli nižší úroveň ve vyjadřování vzteku, zloby a agrese, než tomu bylo naopak. Šolcová (2006) rovněž upozorňuje, že záleží na tom, zda sebevědomí je podloženo reálnými úspěchy, schopnostmi či dovednostmi nebo se naopak jedná o tzv. pseudosebevědomí, které je vytvořené na základě vnějších znaků, jako je například fyzický vzhled, módnost, popularita či atraktivita. Takové sebevědomí je nejisté, podléhá ohrožení a může být hájeno agresivně. Důležitým faktorem je stabilita či labilita sebevědomí. Je pravděpodobné, že nejvyšší úroveň hostility mohou vykazovat osoby s vysokým ale labilním sebevědomím.

Říčan (1999) hovoří o významu introspekce ve vztahu k agresí a zamýšlí se nad tím, zda lze do oblasti agrese zahrnout agresivní fantazie, hostilní přání a agresivní sny. Domnívá se, že fantazie je nedílnou součástí přípravné fáze jednání, které může vyústit v agresivní fyzické napadení. Rovněž snaha někomu ublížit nabude konkrétnější představy, pokud bude upevňována ve snech, hostilních přáních často na nevědomém podkladě. Autor se do hloubky zamýšlí nad problematikou týrání a krutosti, které lze velice často ve společnosti registrovat.

Podle Říčana (1999) mají současné definice velmi široký rozsah, přičemž se zužuje jejich obsah. Ublížit člověku lze mnoha způsoby chování. Může jít nejen o přímé napadení oběti, ale i pomluvu, neposkytnutí pomoci nenáviděnému člověku, nevarování druhého před nebezpečím apod. Autor poznamenává, že je velice důležité, jak společensky významně vnímáme oběť agrese. Intenzita agrese pravděpodobně zesílí, pokud budeme vnímat oběť jako subhumánního živočicha nebo dokonce jako věc. Na druhou stranu je ale třeba k posuzování agrese přistupovat nezaujatě a rozumně, abychom se nedostali do situace, kdy agresorem by mohl být každý řezník, který poráží domácí zvířata pro obživu lidí.

2. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ POJETÍ AGRESE

2.1 Biologické aspekty agrese

Současný přístup k výkladu agresivity a agresivního chování vychází především z tzv. bio-psycho-sociálního modelu.

Biologické přístupy dominovaly dlouhou dobu. Řada autorů diskutovala nad biologickými korelátmi podmiňujících lidskou agresi. Patřila k nim diskuse o agresi jako instinktu (McDougall, 1908), jako pudu (Freud, 1920) a chování pramenících z instinktů (Lorenz, 1963, Tedeschi a Felson, 1994). Agrese je a byla analyzována i z hlediska evoluce. Formoval ji přirozený výběr a proto byla vnímána jako behaviorální strategie s adaptační hodnotou, jejímž konečným cílem je reprodukce vlastních genů (Dawkins, 1989).

Někteří autoři (Dabbs, 1987; Genn, 1990; Mednik, 1987; Volavka, 1995) zdůrazňují genetickou podmíněnost agresivního chování, vliv chromozomálních poruch, heredity, hormonů, neurofyziologických mechanismů a funkce neurotransmiterů a hormonů.

Ve výzkumech zaměřených na genetické komponenty agrese (Genn, 1990) se zjistilo, že jedinci s chromozomálním karyotypem XYY mají větší sklon k agresi. Nadbytečný chromozom Y bývá spojován s antisociálním a agresivním chováním mužů. Muži s nadbytečným chromozomem Y vylučují ve větší míře mužské hormony. Vykazují větší tělesnou hmotnost, mají vyvinutější svalovou hmotu a ve spojení s nižší inteligencí mohou být společensky nebezpeční. Výzkumné závěry jsou nejednotné a kombinace chromozomů XYY je příliš vzácná na to, aby vysvětlovala veškerou agresi. V současné době zájem o výzkum syndromu XYY klesá. Přesto nelze tuto biologickou komponentu agresivního chování zcela opomenout.

Vlivem dědičnosti ve vztahu k agresi se zabývalo mnoho odborníků. Některé studie přinášely méně důkazů o vlivu dědičnosti na agresivní chování, jiné naopak prokazují, že geny jsou z hlediska agresivního chování důležitější než vliv prostředí. Vliv dědičnosti se nejnadhěji dokazuje studiem jednovaječných dvojčat. I v tomto případě musí výzkumník brát v úvahu to, že dvojčata žijí ve stejném prostředí. Rushton a kol. (1986) zkoumal 500 párů jednovaječných a dvojevaječných dvojčat. Dospěl k závěru, že jednovaječná dvojčata sdílejí altruismus, empatii, agresivitu a asertivitu v daleko větší míře než dvojevaječná dvojčata.

Mednik (1987) provedl rozsáhlý výzkum, ve kterém zjišťoval u všech adoptovaných dětí v Dánsku v letech 1924 - 1947 frekvenci odsouzení pro kriminální čin. Tento stav srovnával s počtem odsouzených adoptivních a biologických rodičů. U dětí byly poruchy chování častěji zaznamenávány u chlapců než u dívek. Ukázalo se, že procento odsouzených synů je nejvyšší, byl-li ve vězení biologický i adoptivní otec. Vliv biologického otce se jevil jako významnější oproti výkonu trestu u adoptivních otců. Hrály zde roli pravděpodobně dispozice (Mednik, 1987; dle Čermáka, 1998) jako je zděděná impulzivita a dominance, které mohou podporovat projevy agrese. Tyto výzkumy vedly k hypotéze, že poruchy chování s nápadnou agresivní komponentou mají genetický základ a jsou vázány na mužské příbuzné.

Neuropsychické jádro osobnosti tvoří temperament. Dědičně podmíněný konstituční základ osobnosti, který je v úzkém vztahu s charakterem, což se projevuje typickými emočními reakcemi v daných situacích. Oproti trvalé konstituční povaze temperamentu je charakter utvářen hodnotovými volbami jedince a ovlivňován sociokulturním působením okolí.

Z původního Hippokratova dělení lidských povah (dle převahy tělesných šťáv) vznikla později Galenem upřesněná a stále platná typologie lidských povah (cholerik, melancholik, flegmatik a sangvinik).

I. P. Pavlov vycházel ze změn nervových procesech, tedy podle jejich síly, rychlosti a vyrovnanosti. Temperament rozděluje na slabý, silný nevyrovnaný, silný vyrovnaný pomalý a silný vyrovnaný rychlý typ.

K. G. Jung vytváří bipolární typologii (extraverze - introverze), kterou později rozšiřuje H. J. Eysenck o faktorovou typologii založenou na vzájemných poměrech mezi neuroticismem, psychoticismem, extroverzí a introverzí.

E. Kretschner dělí lidi na typy: astenický, atletický, pyknický a dysplastický a z těchto typů usuzuje na cyklotymní a schizotymní povahu.

Typologie W. H. Sheldona vychází z endomorfní, mezomorfní a ektomorfní typologie (Hartl, 2005). Zcela čistý temperamentový typ v populaci velice těžko nalezneme. Jedná se většinou o jejich kombinaci.

Allport (1961) se zabývá pojmy temperament a charakter. Tvrdí, že temperament je "surovina, z níž je osobnost utvářena," zatímco charakter má etickou, k hodnotám vztahenou dimenzi.

Kagan (dle Blatného a Plhákové, 2003) definuje temperament jako vrozené vzorce chování a biologických funkcí organismu. Ty se projevují od narození a nabývají různého fenotypického výrazu v závislosti na osobní zkušenosti.

Současný výzkum temperamentu je velmi obsáhlý. Výklad novějších teorií lze nalézt například ve výzkumných pracích Thomase a Chessové, Busse a Plomina a C.R. Cloninger, (dle Blatného a Plhákové 2003). Teorie Thomase a Chessové vycházela z potřeb klinické praxe. Zaměřili se na otázku jakými, mechanismy temperament ovlivňuje psychický vývoj člověka od raného dětství do dospělosti. Jako vztahový rámec pro svou koncepci temperamentu použili tzv. koncepci „goodness of fit“, tedy blahodárnost vhodné konstelace. Tato koncepce vychází z předpokladu, že patologický vývoj nezávisí pouze na temperamentových vlastnostech, ale že temperament je pouze jeden z nich. Patologický vývoj závisí daleko více na interakci temperamentu s ostatními složkami osobnosti a se specifickými rysy prostředí. O „goodness of fit“ hovoříme v případě, kdy temperament a ostatní osobnostní charakteristiky člověka (motivace, intelekt a další schopnosti) slouží úspěšnému zvládnutí požadavků a očekávání ze strany okolí. Pokud jedinec není schopen se úspěšně s nároky okolí vyrovnat, hovoří se o tzv. „poorness of fit.“ Tyto dva základní případy interakce jsou podle autorů teorie základem dynamiky procesů psychického vývoje.

Autoři rovněž diferencovali devět temperamentových kategorií a tři významné temperamentové typy. Snadný temperament zahrnuje pravidelnost biologických funkcí, pozitivní reakce na nové odpovědi, rychlou adaptaci na změny, uměřenou a převážně pozitivní náladu. Opakem je tzv. obtížný temperament. Mezi oběma typy stojí tzv. pomalu se rozehřívající temperament „slow-to-arm-up temperament,“ charakteristický negativními reakcemi střední intenzity na nové podněty s pomalou adaptací po jejich několikerém opakování.

V současné době je patrně „nejpopulárnější“ tzv. Cloningerův neurobiologický model temperamentu (Blatný, Plháková, 2003; Preiss, Klosse, 2001; Praška, 2003). Cloninger uvádí, že temperament představuje ty složky osobnosti, jež jsou dědičné, týkají se emocionality. Jsou vývojově stabilní a neovlivnitelné sociokulturním učením. Ve svém výzkumu se zaměřil na neurogenetickou bázi osobnosti. Vycházel z toho, že temperamentové predispozice umožní predikovat vývoj osobnosti včetně poruchové stránky. Mimo temperamentu se ve svých výzkumech zaměřil i na kognitivní mapy a charakter. Temperament považoval za vrozený. Charakter se vytváří v interakcích se světem.

Cloninger (dle Praška, 2003) rozlišoval čtyři dimenze temperamentu:

1. vyhledávání nového (novelty-seeking)
2. vyhýbání se ohrožení (harm-avoidance)
3. závislost na odměně (reward-dependence)
4. odolnost (perzistence).

a tři dimenze charakteru:

1. sebezaměření (Self-directedness).
2. spolupráce (Cooperativeness).
3. sebezpřesah (Self-transcendence).

U nás se v poslední době systematicky temperamentem zabývali například Blatný (2003), Smékal (2002) a Čáp s Boschkem (2000). Čáp a Boschek se ve svém výzkumném úkolu zaměřili na interakci temperamentu a charakteru. Vytvořili trojdimenzionální model struktury osobnosti, zkoumali temperament a charakter s dalšími momenty, které se vztahují k vývoji osobnosti. Z počtu 717 chlapců a 688 dívek ve věku 15 - 17 let vytvořili model k dvacetisedmi specifickým temperamentovým typům osobnosti.

Z temperamentové typologie vycházejí hypotézy o vztahu temperamentu a agresivního chování. Nejčastější tendence k agresivním projevům se vyskytují u cholerický impulzivního typu, kde odezva na podnět je rychlá s vysokou tenzní hladinou a se současným krátkým reakčním odezníváním.

Vlivem vztahu hormonů k agresivním projevům se zabývala řada autorů (Dabbs, 1987; Dabbs, Morris 1990; Volavka, 1990). Vytvářeli hypotézy o vlivu hormonů na agresi, které patří spolu s neurotransmitery k nejpodstatnějším biologickým aspektům ovlivňující agresivní chování.

Z výzkumů Dabbs (1987) vyplývá, že zvýšená sekrece testosteronu může mít vztah ke zvýšenému výskytu agrese a ke kriminálnímu chování u mužů. Ukazuje se, že vysoká hladina testosteronu souvisí s takovými osobnostními rysy jako je agrese, asertivita, dominance, vyhledávání mimořádných zážitků a preferencí fyzických sportů.

Zvýšená hladina testosteronu je častěji zjišťována u osob s antisociálním chováním (Dabbs, Morris, 1990) a u osob, které se snadněji dostávají do konfliktu s autoritou. Výzkumy pachatelů násilných činů ukázaly, že měli v porovnání s nenásilnými zločinci vyšší hladinu testosteronu. Vyšší hladinu je možné považovat za faktor posilující možnou agresi.

U žen je vztah mezi projevy agrese a pohlavními hormony méně jasný. Lze vnímat četnost agresivních projevů chování, podrážděnosti a hostility v premenstruálním období i v průběhu menstruace. V průběhu menstruačního cyklu se odehrává mnoho chemických změn, kterých se účastní i několik nesexuálních hormonů a neurotransmiterů. Dochází ke snižování hladiny progesteronu (progesteron snižuje míru agresivity) a tím i ke změnám poměru mezi hladinou estrogenu a progesteronu. Bylo rovněž zjištěno (Dalton, 1964; dle Čermáka, 1998), že 49 % žen spáchá trestný čin právě v období premenstruálního syndromu (PMS), i když tyto závěry nelze zcela zobecňovat.

Mozkové struktury vztahující se k agresivnímu chování se nacházejí v mozkové kůře i v podkorových oblastech. Existují dvě oblasti související s agresí:

- 1) limbický systém, který obsahuje řadu struktur majících vliv na základní pudy a emoce.
- 2) kůra mozková, která je spojena s kognitivními funkcemi důležitými pro učení, usuzování a rozhodování.

Celkově je limbickému systému přisuzována funkce kontroly emocí a je to důležitý orgán pro řízení vegetativních a endokrinních funkcí. Jeho struktury, hippocampus a jádra amygdaly, mají vztah k agresi a agresivnímu chování. Jádra amygdaly jsou zdrojem impulzů posilujících agresivní reakci, hippocampus obecně agresi inhibuje.

Korové oblasti jsou spojeny s kognitivními funkcemi (anticipací důsledků a selekcí odpovědí) a sociálním učením. Jedinci trpící poškozením frontálního laloku mohou reagovat impulzivněji, jsou více podráždění a náladoví.

Spelay (1978, dle Čermáka, 1988) zjistil, že špatná sebekontrola u osob s tendencemi k násilnému chování může být způsobena dysfunkcí mozku (omezení kognitivních, motorických a percepčních schopností).

Neurotransmitery se podílí na kontrole agrese, která je prováděna prostřednictvím chemické látky na synapsích mezi neurony (Čermák, 1998). Agresi ovlivňují nejčastěji tyto neurotransmitery:

- 1) acetylcholin je považován za spouštěče agrese a nachází se v neokortexu, limbickém systému a v dalších částech těla.
- 2) noradrenalin patří společně s dopaminem a serotoninem do skupiny monoamináz. Noradrenalin souvisí jak se systémem spouštějícím agresi, tak se systémem agrese tlumícím. To, zda se jedná o první či druhou možnost, závisí od úrovně hladiny prekursoru noradrenalinu, který ovlivňuje účinek dopaminu. Snížením hladiny dopaminu se současně redukuje agresivní projev.
- 3) zvýšená hladina dopaminu vede ke změnám v emocionální oblasti a k agresivnímu chování. Naopak snížení jeho hladiny redukuje tyto projevy.
- 4) serotonin má inhibiční vliv na agresi, zejména prvky systému spouštějícího agresi.

K dalším výzkumům patří sledování vlivu hladiny cholesterolu na násilné chování, někteří autoři Virkunnen (1998), Mufti a Balon (1998) prokázali změny v sérových hladinách celkového cholesterolu ve vztahu k depresím a z nich vyplývajících suicidálních tendencí. Snížené hladiny cholesterolu (cca 4,7 mmol/l) byly nalezeny u lidí s násilným a agresivním chováním. Závěry těchto studií vytvářejí hypotézy, že snížení hladin cholesterolu ovlivňuje mikroviskozitu buněčných membrán, která může přispívat ke snížení funkce serotoninergního systému a k vzrůstu impulzivního chování. Virkunnen (1979) poukazuje na to, že osoby s antisociální poruchou osobnosti a s násilným chováním mají nižší hladiny cholesterolu než osoby v kontrolních skupinách.

Mufti a Balon (1998) sledovali ve svém výzkumu (N=20) osoby s násilným chováním, které srovnávali s kontrolní skupinou (N=20) bez projevů násilí. Výsledky experimentu nepotvrzují statisticky významný vztah mezi hladinou triglyceridů u obou skupin, ale průměrná hladina cholesterolu byla u skupiny osob s násilným chováním nižší.

Pokusy na zvířatech (u opic) potvrdily podobné hypotézy. Opice krmené potravou s nízkým obsahem tuků, měli snížené hladiny cholesterolu (průměr 3,76 mmol/l) a byli agresivnější (Kaplan, 1991), než opice krmené potravou s vysokým obsahem tuků a s průměrnou hladinou LDL cholesterolu (12,1 mmol/l).

Tyto závěry je třeba ale vnímat s určitou opatrností. Pokud by totiž platila hypotéza o vlivu hladiny zejména LDL cholesterolu na násilné chování jednoznačně, mohli bychom farmakologickým zásahem u hypercholesterolemie ve skutečnosti u řady lidí zvyšovat násilí a agresivní chování. Je také známo, že pokud někteří jedinci omezí příjem potravy, zahájí redukční diety, mohou vyvolat nejen hmotnostní úbytek, řadu hormonálních změn, ale i změny hladiny cholesterolu. Navíc se omezení příjmu potravy může projevit i negativně s emočně-afektivním doprovodem (vzteky, podrážděnost, agresivní chování).

2.2 Psychologické aspekty agrese

Psychologické ovlivnění agrese je podmíněno emoční složkou, kognitivní úrovní, motivací, volní složkou a celkovou strukturou osobnosti. Emocionální agrese bývá označována jako impulzivní, hostilní, afektivní a nebývá dopředu promyšlena. Zdrojem této agrese je negativní prožitek, který posiluje intrapsychickou tenzi. Berkowitz (1993) označuje tuto agresi jako averzivní, iritabilní, která je motivovaná nelibostí a nepříjemnými okolnostmi a má kumulativní charakter. Kumulované negativní prožívání může následně vyústit v afektivní výbuch, který je často zaměřen na zástupný objekt. U emocionální agrese chybí promyšlený plán aktu a myšlenkové procesy se zapojují zřídka, přestože hostilní přemítání aktivizující se v paměťových složkách zpřístupňuje vybavení agresivních vzorců jednání.

Emocionální agrese nemusí mít vždy destruktivní průběh. Často se s ní můžeme setkat u lidí, kteří se snaží něčeho dosáhnout. Je prostředkem k posílení sebevědomí, sociálního statusu a je výrazná zejména u osob tzv. typu A (Baštecká, 2001; Friedman a Rosenman 1971; Machač, 1985). Tyto osoby mají chronicky zvýšenou emočně vegetativní tenzi (aktivační hladina) a jsou pro ně typické vlastnosti jako smysl pro pořádek, sebekázeň, rivalita, zvýšená agresivita a neschopnost vhodně relaxovat. Osoby typu A dokážou negativně emoční napětí přeměnit do sociálně žádoucích aktivit (zaměstnání, dobrovolná společenská činnost apod.), ve kterých ventilují svoji tenzi. Pomocí tohoto přetransformovaného emočního napětí se stimulují k překonávání překážek v osobním i v profesním životě.

Zdrojem emocionální agrese může být postupné hromadění různých negativních prožitků. Průběh emocionální agrese (na rozdíl od plánované instrumentální agrese) má kumulativní průběh. Jak jsme se již zmínili, emocionální agrese se někdy označuje jako impulzivní, hostilní, není dopředu plánována a promyšlena. Je vnímána jako důsledek nepříjemných pocitů, které mohou vznikat v důsledku stresujících událostí. Někdy hovoříme o tzv. averzivně stimulované agresi (Čermák, 1998). Negativní emoce mohou agresi aktivovat. Stávají se jejím bezprostředním zdrojem, což můžeme pozorovat v řadě emočních projevů jako je vztek, hněv, strach, úzkost, zuřivost. Řada inhibujících negativních emocí (deprese, smutek, únava, nuda, zklamání) může být v latentní formě skrytým zdrojem agresivního jednání.

Vztah mezi negativní emocí a agresí je podmíněn změnou v aktivační úrovni organismu (arousal). Tato změna je chápána jako určité nabuzení (vztek, hněv, emoční vzrušení, připravenost k akci apod.). Na základě změny v aktivační úrovni vyplývající z prožitku negativní emoce a následnou agresivní reakcí typu útok nebo útěk si lze vysvětlit agresivní chování. Zillman (1983) chápe aktivační úroveň jako stav vybavující chování člověka energií a také jako soubor specifických vlastností (náchylnost) k emocionálním reakcím a hostilním postojům.

Excitace vyvolaná určitou událostí může být přenesena do následující situace jako zbytkový arousal, který spolu s nabuzením vyvolaným novou situací zesiluje reakci osoby. Je-li situace vnímána jako provokace vyvolávající hněv, zbytkový arousal ji transformuje do agresivní reakce. K transferu excitace z první na druhou událost s posílením zbytkového arousalu o nový arousal dojde tehdy, je-li čas mezi první a druhou exponující událostí přiměřeně krátký. Pokud by druhé konfliktní situaci nepředcházela excitující událost, připravenost k agresivnímu projevu by mohla být nižší (Hollander, 1995; Šikl, 2000).

Významnou je hypotéza agrese a frustrace, kdy původ agrese je spojován s frustrací nějaké potřeby nebo s překonáváním nějaké překážky na cestě k vytčenému cíli (Dollard, Doob a Miller, 1939). Této hypotéze nelze přisoudit znak univerzálnosti. Přesto má ale v úvahách o významu negativních emocí a jejich vlivu na agresi své opodstatnění. Frustrace může vyvolat negativní emoci, nejčastěji vztek, hněv, jenž vede k agresivnímu jednání s cílem překonat frustraci. Machač (1985) uvádí, že v důsledku frustrace nemusí jít vždy o negativně agresivní jednání. Existují i sociálně žádoucí agresivní tendence nebo neagresivní, vyhýbavé, únikové chování. Například útek do nemoci, ztráta zájmu o danou oblast s řadou obranných mechanismů, vytěsnění, popření, projekce, regrese, sublimace a racionalizace. Frustrace může také motivovat jedince k překonání překážky nebo k nalezení dostupnějších náhradních cílů. Podobně jako frustraci ve vztahu k agresi lze takto vnímat i další emoční reakce, strach a úzkost. Strach je reakcí na specifický podnět, úzkost je emoce, která má vztah k neurčitému podnětu. Tyto emoční stavy ovlivňují agresivní chování a nezřídka mohou být jeho spouštěčem.

Úzkostný člověk se cítí ohrožen a neví proč a čím. Často může být úzkost chronická. Strach, úzkost vyvolávají tendence k averzivním reakcím typu útok nebo útek s cílem odstranit zdroj nerovnováhy nebo ohrožení násilím (Machač, 1985).

Jiné nepříjemné pocity (bolest, chlad, hlad, vysoká teplota apod.) mohou rovněž evokovat agresivní chování. Hošek (1994) uvádí, že s delším pocitem hladu se dostavuje emoční labilita, náladovost a agresivní a hostilní tendence.

Agresivní chování ovlivňuje i stres. Zejména psychický stres (stav citově negativního napětí, který vzniká v důsledku skutečné situace nebo očekáváním nepříjemné situace) je podmíněn řadou okolností, například interpersonální konflikt, frustrace (znemožnění dosažení cíle), časová tíseň, nedostatečná stimulace, očekávání ohrožení, pocity insuficience (nevýkonnost vzhledem k požadovaným úkolům), nedostatek citového prožívání a kladných emočních vazeb ve vztazích mezi lidmi. Zvýšená vzrušivost, nesoustředěnost, neschopnost psychického i fyzického uvolnění, narušená soudnost, zhoršená koordinace všech funkcí jsou průvodními znaky chování ovlivněného stresem.

Pro stres je podstatné to, že vzniká ve všech situacích, v nichž jsou na psychiku jedince kladeny nároky, a kdy na tyto podněty odpovídá určitými změnami, například vzestupem aktivační hladiny. Intenzita stresu není závislá pouze od silného podnětu, ale je závislá především na signálním významu stresu (Machač, 1991). Lze se domnívat, že všechny situace a podněty mající pro nás určitý význam, vyvolají emoční reakci. Zvýšená aktivační hladina v důsledku působení stresu se může vyskytovat u chroničtějších stavů, u osob typu A, u neurotiků a emočně nevyrovnaných jedinců.

Jedinec, který se často nachází v chronickém stresovém stavu, se mu snaží pomalu přizpůsobit. Nedokáže odpočívat, relaxovat, radovat se a emočně se uvolnit, proto snadněji dochází u těchto jedinců k zvýšené podrážděnosti, hostilitě a agresivitě.

Projevy agrese mohou rovněž ovlivnit kognitivní funkce a naopak agresivní projevy mají vliv na poznávací procesy. Plánování, rozhodování a motivace jsou faktory, výrazně ovlivňující následné agresivní jednání. Rovněž i rozlišující schopnosti jsou důležitým regulujícím mechanismem při posuzování možných následků agresivního chování. Identifikace těchto kognitivních prvků je ztěžována skutečností, že kognice je provázána se sociálními, motivačními či emočními komponentami a nikdy nepůsobí v agresi izolovaně (Čermák, 1998).

Důležitou roli sehrávají i paměťové složky. Agresivní události se kódují v paměti. Pokud jsou tyto zakódované události posilovány (násilné chování, film, literatura s násilnými tématy), snadněji se agresivní schémata, zejména v konfliktních situacích oživí, a mohou ovlivnit agresivní chování. Nedostatečná intelektová úroveň, deteriorace kognitivních funkcí, kognitivní porucha či kognitivní deficit mohou tedy ovlivnit agresivní projevy v chování.

Agresivní chování mohou také ovlivnit fantazijní představy, které se přetransformávají do určitých vzorců chování. Fantazijní představy se snadno zahrnou do schémat, které se přehráváním představ posilují v paměti. Na fantazijní agresivní představy má také pozitivní vliv sledování násilí v televizi, identifikace s agresivním hrdinou apod.

2.3 Sociální aspekty agrese

Sociální hledisko agrese se projevuje především v oblasti mezilidských vztahů. Agrese mezi lidmi se může projevovat v socializované formě (osoby typu A, rivalita, soutěžení, snaha být úspěšný) i v nesocializované formě (hrubé nadávky, neposkytnutí pomoci, ničení věcí, týrání zvířat, agrese proti lidem, autoagrese apod.).

Za predikci násilného agresivního chování či antisociální poruchy osobnosti je z dětství považována, hyperaktivita a jiné poruchy chování, nižší intelektová úroveň a identifikace s nevhodnými společenskými jevy. Agrese může být osvojena učením, přímou zkušeností nebo pozorováním sociálních interakcí jiných lidí, tj. zástupným učením. Modelem pro učení mohou být rodinní příslušníci, lidé z nejbližšího okruhu nebo symbolické modely z masmédií a virtuální reality, počítačové hry s násilnou a brutální tematikou.

Koukolík (2006) uvádí, že pro rozvoj násilného chování bývají vtahy v rodině klíčové a násilné chování se může v rodinách přenášet z generace na generaci. Přibližně třetina obětí zneužívání v dětství selhává v pozdější rodičovské roli a zneužívá nebo zanedbává vlastní děti.

Při posuzování agresivního chování je nutné rozlišovat motivaci agresivních reakcí. Tedy to, zda šlo o záměr druhého poškodit, ublížit někomu nebo zda to byla nutná reakce na nečekaný útok či napadení apod.

Sociální hledisko agrese je vázáno k morální vyspělosti jedinců. To, jak je daný jedinec morálně vyspělý, jak dokáže rozlišovat morální a společenské hodnoty, je i mírou jeho možných morálních a společenských přestupků. Kohlberg (dle Čermáka, 1998) rozpracovává psychologické přístupy k morálce. Dospěl na základě svých výzkumů s 72 chicagskými chlapci k šesti stupňům morálního usuzování a ty zařadil do tří rovin: předkonvenční, konvenční a postkonvenční stádium.

První stupeň (odměna a trest) - člověk se chce vyhnout trestu a přizpůsobit se autoritám. Druhý stupeň (účelové myšlení) - člověk chce uspokojit své vlastní zájmy a potřeby, přitom ale žije ve světě, kde musí respektovat i zájmy druhých. Oba stupně tvoří tzv. rovinu předkonvenční morálky s orientací na uspokojování vlastních egoistických zájmů a potřeb. Předkonvenční morálka je egocentrická, konkrétní, bez jakékoliv internalizace. Třetí stupeň (shoda s ostatními) - člověk chce splnit to, co od něj očekávají jeho blízcí. Je pro něho důležité pomáhat druhým (přátelskost, slušnost a zdvořilost). Čtvrtý stupeň (orientace na společnost) - člověk se řídí zákony skupiny, instituce či společnosti. Tyto stupně tvoří rovinu konvenční morálky. Ta je charakteristická orientací na právo, pořádek, respektování autority a sociálního řádu. Pátý stupeň (sociální úmluva a práva) je charakteristický tím, že má být dosaženo co možná největšího užitku pro co největší množství lidí. Šestý stupeň (etické principy) vyjadřuje platnost všeobecných morálních principů, kterými jsme osobně vázáni. Poslední dva stupně vytvářejí tzv. postkonvenční morálku, která je založena na morálních hodnotách, etických principech všeobecně platných v dané společnosti. Postkonvenční morálka je charakteristická schopností analyzovat životní situace, rozpoznávat je a uplatňovat společenské mravní normy.

Na lidskou agresi mají vliv i mediální prostředky. Hypotézy, že filmy, televizní pořady s tematikou násilí a agrese mohou vést ke zvýšení reálného násilí u diváka nejsou zcela univerzální. Mají ale své opodstatnění, zejména v tom, že řada mladých lidí se často identifikuje s negativním chováním, s tzv. "hrdinou", což může vést k agresivním a asociálním projevům v chování. Bandura (1973, dle Čermáka, 1998) tvrdí, že televize poskytuje konkrétní podobu agrese, kterou divák převezme a učí se tak dovednostem, které jsou užitečné z hlediska násilného činu. Říčan (1998) se domnívá, že televize může ovlivňovat projevy násilí, krutosti a bestiality mezi lidmi, zejména u rizikové mládeže. Ta se ráda identifikuje s negativními hrdiny a násilným chováním.

To, zda se jedinec začne chovat agresivně či neagresivně, záleží na situaci, hodnocení agresivního projevu, konfliktu, provokujícím podnětu, na který by měl reagovat. Člověk před vlastním jednáním hodnotí možné alternativy, které sám pro danou situaci vytvořil. Racionalita v konfliktních situacích bývá často omezena a jedinec se rozhoduje na základě intuitivních, emočně impulzivních reakcí. Tyto reakce nejsou plánovány a racionalizovány (mimo instrumentální formu agrese). U úmyslného agresivního jednání je nutné brát v úvahu to, zda aktér má nebo nemá potěšení z poškození druhého. Při nezáměrném napadení se snaží lidé obvykle regulovat svoje emoce, minimalizovat odplatu a usilují o sociálně korektnější způsob jednání. Pokud ale ublížení slouží nějakému prosociálnímu cíli, není považováno za zlovolné. Například matka, která chrání dítě před násilníkem, mladý muž, který ochraňuje svoji dívku před napadením.

S projevy agrese se můžeme setkat i ve sportu, kde se často hovoří o tzv. vyprovokované agresi. Někdy tyto odplaty mohou mít až zdraví nebezpečný průběh. Například ve fotbalovém utkání může být záměr zranit soupeře motivován snahou, aby byl kvalitní hráč na delší dobu v důsledku zranění ze hry eliminován. S projevy agrese a násilí se často setkáváme i u diváků v prostředí stadiónů a sportovních hal (Slepička, 1990).

V celé společnosti pozorujeme nárůst násilného chování. Říčan (1999) se zamýšlí nad prožitkem a motivem aktéra krutosti a brutality. Je přesvědčen, že hlubší analýza prožitku může v současné době nejvíce přispět k poznání lidské agrese. Současně si klade otázku, jaké uspokojení poskytuje kruté jednání svému nositeli. Své poznatky shrnuje v tom smyslu, že se většinou jedná o psychopatologickou osobnost se sadistickými a narcistickými rysy, s touhou po moci (někoho vlastnit, ovládat a ponižovat), s potřebou kompenzace, pocitů méněcennosti a pocitů zvědavosti. Smyslem týrání bývá často poznat, jak se oběť zachová v extrémní situaci, ve strachu, bolesti, ponížení a k čemu všemu se dá oběť ještě přinutit. S tím se setkáváme například v případech dětské šikany. Nuda bývá patrně odpovědná za mnohé případy krutého týrání a násilí. Zážitek při týrání může dosáhnout až intenzity extáze.

Říčan (1999) neopomíná ani téma mezirasová agrese. Ta je v poslední době velice častá. Rasismus, rozdíly mezi mocí a chudobou, mezi barvou pleti, v náboženském přesvědčení bývají u mladých lidí často posilovány a jsou skrytým obsahem jejich asociálních aktivit.

V našich kulturních podmínkách se můžeme s projevy rasismu a xenofobie setkat zejména ve vztahu k Romům, Ukrajincům, Rusům, Vietnamcům, Číňanům a Afričanům, kdy řada spoluobčanů projevuje své rasistické předsudky a diskriminační postoje. Zejména některá rasisticky orientovaná hnutí na našem území mají averzi k těmto národům zakomponovanou do svého programu (hnutí skinhead apod.).

Zvláštní reakce jsou v případech hromadného chování, kam lze zařadit jevy paniky, výbuchy agrese, davové poblouznění a hromadná hnutí. Může docházet k anonymnímu násilí, agresi, bezohlednosti a krutosti. Usnadňuje to anonymní prostředí, kde egoistické a asociální chování je důsledkem poklesu racionality při současném vzestupu emocionality a sugestibility. S tím se můžeme velice často setkat ve sportovním diváckém prostředí, kde výbuchy násilí mají reaktivní povahu a převažuje tam msta. Anonymita davu snižuje odpovědnost jednotlivých provokatérů, agresorů a násilníků. Role skupinových fenoménů rozpracovává Le Bon. Přichází s teorií, že jedinec jako součást davu ztrácí svoji osobnost. K deindividualizaci dochází, když člověk přestane být rozpoznáván jako jedinec. To se děje právě v davu nebo v uniformním přestrojení. Deindividualizace agresora může vést ke ztrátě zábrán a vzdání se osobní odpovědnosti.

Teorii výkladu skupinové agrese jako reakci na frustraci podle známé hypotézy frustrace - agrese (Dollard - Miller, 1939) v kontextu skupinového chování se věnuje (Feierabend, dle Čermáka, 1998). Vysvětluje, že frustrace sociálních skupin je odvozována z nespokojenosti, z nenaplněných potřeb a z očekávání ve vztahu ke společnosti. Důsledkem nenaplnění potřeb jsou nepokoje a jiné formy občanského násilí. V lidské společnosti se můžeme setkat s různými formami agresivního chování, od mírnějších verbálních projevů až po krutost, bestialitu, vraždu. Extrémnější formy jsou podmíněny psychopatologií osobnosti a narušenou výchovou. Krutost a bezcitnost jsou často plodem výchovy.

Největších projevy agrese a krutosti mezi lidmi lze registrovat u válek (i lokálních). Jsou iniciovány, plánovány a prováděny lidmi a schvalovány společenskými institucemi. Válka je vysoce organizované násilí prezentované politickou a vojenskou mocí a jedinec plní úkoly vyplývající ze strategie boje Kamarýt (1998). Pokud bereme válku jako organizované násilí proti druhému národu, celé zemi, těžko budeme hledat ospravedlnění pro chování agresora, i když ne všichni vojáci se musí zákonitě chovat násilně a agresivně. Agresivně se nemusí projevovat jen útočící strana. Agresivně se může projevovat i strana, která se válečné agresi brání. Ve válce může deindividualizace oběti vést k dehumanizaci a přehlížení její jedinečnosti a práv jako lidské bytosti.

3. AGRESIVNÍ OSOBNOST

Agresivní osobnost je charakterizovaná jako duševně nezralá, emočně labilní, egocentrická, narcisticky zaměřená, citově zchudlá a charakterově nerozvinutá. Projevuje se sníženou frustrační tolerancí, nezvladatelnou afektivitou a impulzivitou s rysy závislosti, se sníženou hodnotovou orientací. Výrazně agresivní osobnost lze vnímat jako zlou, násilnickou či sadistickou se sklonem k asociálnímu chování. Nelze opomenout ani hereditární vlivy a endogenní složku. Záleží nejenom na struktuře osobnosti, ale i na podnětech či spouštěčích agresivní reaktivity, což může ovlivnit i to, zda bude uvolněná energie směřovat in vivo či in vitro.

Koukolík (2006) se v této souvislosti zmiňuje o tzv. psychopatii, kterou nechápe pouze jako antisociální poruchu osobnosti nebo poruchu chování u dětí a adolescentů. K psychopatům sice řadí lidi se znaky asociálního chování, ale uvádí, že se nemusí vždy jednat o jen asociální poruchu osobnosti. K příznakům psychopatie také patří i tzv. „poškozená socializace.“ Míjí tím to, že socializace dítěte se docíluje instrumentálním učením a averzivním podmiňováním. Pokud se má dítě naučit, že ubližovat druhým je špatnost, musí být toto chování dítěte spojeno s nepodmíněným averzivním podnětem, například se známkami stresu oběti. Právě toto instrumentální a averzivní podmiňování je u psychopatů těžce narušeno. Psychopati dobře nezpracovávají signály oznamující, že druhý člověk má strach nebo je smutný. Chybí jim či mají značně sníženou složku empatie, porozumění a altruismu.

Agresivní osobnost, jak již bylo uvedeno, lze definovat na základě určitých znaků, vyplývajících z biologických aspektů, emočních stavů, introspekce (prožívání) a z projevů chování v interakcích s druhými lidmi. Popis znaků vztahujících se k agresivní osobnosti je zahrnut v diagnostickém a statistickém manuálu (DSM IV) Americké psychiatrické asociace (APA) a v MKN - 10 (mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. verze), kterou pro naše klinické podmínky zpracoval Smolík (2002).

3.1 Disociální (asociální) porucha osobnosti

Tato porucha osobnosti je charakteristická především lhostejností ke společenským pravidlům, nedostatkem citů s chladným nezájmem v sociálních interakcích. Významný je rozdíl mezi chováním a sociálními normami. Nežádoucí chování se většinou nedaří korigovat zkušeností. U těchto osob je v popředí malá tolerance k zátěži a nízký práh pro agresivní explozi. Základní charakteristikou je dlouhodobý vzorec sociálně anetického chování, které odráží nezájem o práva druhých osob. Ti nedokáží udržet trvalý vztah a snadno kořistí na druhých. Často od dětství kradou, lžou, týrají slabší vrstevníky nebo zvířata, chodí za školu, vytvářejí asociální party a mají problémy s autoritou. V dospělosti se často projevují promiskuitou, kriminálním chováním a zneužíváním druhých. Tito jedinci mívají velmi nízkou frustrační toleranci a nízký práh pro výbuchy agresivity a násilí. Nemívají pocity viny. Tato porucha je v mnohých ohledech podobná narcistické poruše osobnosti. Mimo nedostatek empatie ke druhým mají i neschopnost internalizovat morálku (Praško, 2003).

Charakteristické znaky poruchy podle Smolíka (2002) jsou tyto:

- nezájmem o cítění druhých;
- velmi nízká tolerance k frustraci a nízký práh pro uvolnění agrese;
- neschopnost prožívat pocity viny a poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu;
- neschopnost přizpůsobit se sociálním normám, opakovaně se dopouštět nebezpečných činů;
- podrážděnost a agresivita projevující se opakovaným násilím;
- opakované lhaní a podvádění.

Porucha je častější u mužů. Poměr pohlaví je udáván od 2:1 až po 7:1. Porucha je častější v městských populacích a v nižších ekonomických vrstvách. Predispoziční stavy jsou porucha pozornosti s hyperaktivitou a poruchy chování v dětství, které v důsledku konstitučních odchylek nebo vlivem sociálního působení (rodina, vrstevníci apod.) mohou mít v dospělosti charakter asociální poruchy osobnosti (Smolík, 2002). Významnou roli sehrávají genetické a biologické faktory. Organická etiologie přichází v úvahu po perinatálním poškození mozku, mozkovém traumatu, encefalitidách. S impulzivitou a násilností je spojováno rovněž i snížení funkce serotoninergního a noradrenergního systému.

Z psychologických faktorů hraje významnou roli vztah matky k dítěti v časném období dětství. Zejména deprivace (nedostatek) mateřské lásky a citu výrazně ovlivňuje výskyt této poruchy. Matky těchto dětí jsou většinou osobnosti nedisciplinované, se sníženou emotivitou a vyšší incidencí k alkoholismu a impulzivitě. Často se vyskytuje ze strany rodičů sexuální zneužívání dítěte nebo kruté tresty. Charakteristické rysy asociální poruchy osobnosti se vyskytují obvykle u osob mladších než 18 let, ale v tomto případě usuzujeme spíše na poruchu chování. Nežádoucí projevy této poruchy se mohou v průběhu času i zmírňovat.

3.2 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje výraznou efektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. Schopnost plánovat věci dopředu bývá u těchto jedinců nízká. Časté bývají výbuchy zlosti, vzteku a agrese. Emočně nestabilní porucha osobnosti se dělí na dva podtypy:

Impulzivní typ

Porucha osobnosti s převahou neuváženého, impulzivního jednání, doprovázené emoční labilitou, nestálostí, hypersenzitivitou, hostilitou, afektivitou, anxiozitou a nedostatečnou kontrolou impulzivity.

Charakteristické znaky podle Smolíka (2002):

- zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků;
- značná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zejména pokud je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno;

- sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování.

Většina agresorů náleží do této kategorie. Je pro ně charakteristická prchlivost, snadná vznětlivost, impulzivita při poměrně slabém vnějším či vnitřním podnětu. Agrese u těchto osob vzniká proto, že se snadno nechají vyprovokovat. Dominuje u nich snížená frustrační tolerance na zátěž, zvýšená míra dráždivosti a náchylnosti k emocionálním reakcím. Dráždivost (iritabilita) je poměrně stabilní tendence reagovat útočně i na slabé podněty (Čermák, 1998, 2000). Takový jedinec snadno ztrácí kontrolu nad svými reakcemi. Je převážně negativně naladěný. Bývá nedůtklivý a netrpělivý. Lidé náchylní k emocionálním reakcím mají strach ze selhání, často se cítí bezradní a bezmocní. Vysoce impulzivní agresivní činy se jeví jako nejnebezpečnější druh násilí pro narušenou sebekontrolu (Berkowitz, 1993).

Velice nebezpeční se jeví i jedinci, kteří svoje agresivní impulzy extrémně kontrolují a potlačují jakékoliv otevřené projevy agrese. Dokáží velice dlouho skrývat svoji zášť, nenávisť, vztek vůči jiným. Za jistých okolností mohou vybuchnout a uvolnit veškerou nakumulovanou agresi. Projev agrese je silný a nečekaný zejména v okolí aktéra. Ten může být nakonec i vnímán jako velice mírný a slušný člověk. Většinou po extrémním agresivním výbuchu se pak tyto jedinci vrací opět k pasivnímu způsobu chování se snahou potlačovat impulzy k agresi.

Hraniční typ

Je přítomno několik charakteristik emoční nestálosti, časté jsou nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních. Charakteristické znaky (Smolík, 2002):

- sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;
- přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;
- opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání;
- emoční nestabilita;
- ztráta kontroly nad hněvem, např. časté projevy zlosti, neustálý hněv, opakované rvačky.

Porucha je častější u žen než u mužů (přibližně 2:1). Zvýšená prevalence hraniční poruchy osobnosti je u dětí matek s touto poruchou. Příčina je neznámá. Často bývá zvažován podíl organicity (perinatální poranění mozku, encefalitida, poranění hlavy apod.).

Z psychologických příčin jsou uváděny faktory sexuálního zneužívání v dětství, týrání dítěte, odmítání nebo hyperprotektivita. Časté jsou sebevraždy, sebepoškozování, deprese, somatoformní poruchy, psychotické poruchy a abúzus psychoaktivních látek.

U hraničního typu jsou navíc přítomny chronické pocity prázdnoty a prudké výkyvy sebehodnocení a sebepojetí. Příčinou opakovaných emočních krizí nebo epizod poruch chování bývají intenzivní, většinou nestálé interpersonální vztahy. Excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti mohou vést k sebevražedným výhružkám nebo sebepoškozujícím činům - pálení cigaretou, pořezání kůže ostrým předmětem (Praško, 2003).

Kernberg (1984) se zaměřil na porozumění koncepcce hraniční (borderline) organizace osobnosti uvádí, že jedinec s hraniční organizací osobnosti má nedostatečně integrovanou identitu, což souvisí s obranou hranic ega. U hraničních osobností převažuje primitivní obranný mechanismus jako je idealizace, projektivní identifikace, projekce, introjekce, omnipotence a popření.

Hraniční osobnosti mají zvýšený předpoklad pro agresivní zacházení s realitou. V popředí jsou nespecifické známky slabosti ega, nedostatečné ovládní impulsů, nedostatečná sublimace (přesun pudové energie na sociálně uznávané a oceňované činnosti), převaha primárně procesuálního myšlení, které se řídí principem slasti a ignorují zákony logiky.

3.3 Přehled dalších diagnostických klasifikací a charakteristik agresivní osobnosti

V rámci psychiatrické klasifikace (MNK 10) se v klinické praxi můžeme setkat s charakteristikami agrese u sexuálních deviací, u návykových a impulzivních poruch. S popisem agrese se lze setkat i v rámci starší klasifikace, která vychází z DSM III nebo MKN 9.

K agresivnímu chování v rámci poruch osobnosti lze přiřadit i parafilní aktivity (sexuální deviace), (Janík, 1987; Říčan, 1999; Smolík, 2002; Weiss, 2002), které jsou charakterizovány sexuálními impulzy, fantaziemi nebo neobvyklými, deviantními, až bizarními praktikami. Jsou častější u mužů než u žen. Parafilní aktivity mají často kompulzivní (nutkavou) kvalitu. Osoby, které se opakovaně dopouštějí deviantního chování, nejsou schopny kontrolovat toto impulzivní puzení. Nárůst deviantního chování následuje po stresu, úzkosti nebo při depresi. Různé terapeutické způsoby jsou jen málo úspěšné, ať se jedná o individuální psychoterapii, behaviorální terapii, farmakoterapii (neuroleptika, hormony) nebo o jejich kombinace. Vzácně jsou používány neurochirurgické zákroky (ablace temporálního laloku) nebo kastrace. Obojí je však diskutabilní pro nedostatek vědeckých důkazů o jejich úspěšnosti.

Poruchy sexuální preference zahrnují i sadomasochismus. Jedná se o preferenci sexuální aktivity, která zahrnuje omezování osobní svobody, působení bolesti nebo pokořování u druhých osob. Pokud subjekt raději takovou stimulaci přijímá, hovoříme o masochismu, jestliže ji sám provádí, jedná se o sadismus. Subjekt často pociťuje vzrušení ze sadistických či masochistických aktivit. Preference sexuální aktivity pasivní (masochismus) nebo aktivní (sadismus), případně obojího typu obsahuje nejméně jednu z následujících charakteristik: bolest, pokoření nebo omezení (Smolík, 2002; Weiss, 2002).

Janík a Dušek (1987) se zmiňují o různých formách psychopatie, které se označují jako poruchy osobnosti. Hovoří o hypersenzitivních psychopatech (výbušní, explozivní), které charakterizují jako jedince s přetrvávajícími poruchami emotivity, se zvýšenou náchylností k afektivním reakcím. Tito lidé snadno reagují na sebemenší podněty. Afekt má obvykle charakter zlobný a agresivní. Mají sníženou schopnost ovládat afekty. K této skupině řadí i tzv. epileptoidní osobnosti, u nichž výbuchy afektů mohou být tak náhlé a prudké, že připomínají paroxysmální (záchvatovité) stavy s agresivními projevy, které jsou velmi často vystupňovány až k afektu. Pro své ztíženě kontrolované agresivní sklony se epileptoidní osobnosti dostávají snadno do konfliktů s okolím a nezdědka se dopouštějí

trestné činnosti. U této formy psychopatie se více zdůrazňují hereditární faktory. Další formou psychopatie s agresivními tendencemi jsou psychopati s převahou poruch ve volní oblasti, zejména tzv. psychopati nezdrženliví. Ti se nejvíce přibližují k emočně nestabilní poruše osobnosti. Ta je jednou z nejčastějších. Nezdrženlivost přivádí následně postižené i k alkoholismu, toxikomániím a hazardním hrám. Prioritou jsou prožitky bez ohledu na okolní překážky. Jejich aktivita je někdy dost výrazná. Často jsou lehkomyšní, zvýšeně sugestibilní, dají se strhnout k různým nepředloženostem kulminujícím často do trestné a násilné činnosti. Tito jedinci velmi těžko dokáží změnit své návyky (Smolík, 2002).

Třetí kategorií psychopatie s agresivními projevy jsou tzv. pudoví, impulzivní psychopati. Jsou charakterizováni výrazným sklonem k neočekávaným reakcím, často k násilným agresivním činům. Řada osob s touto poruchou má sklon k útěkům, k toulání apod.

Současná americká klasifikace poruch osobnosti dle diagnostického a statistického manuálu DSM IV, rozděluje poruchy osobnosti do tří základních skupin, ve kterých agresivní pacienti mají své zastoupení.

1. Podivínské, excentrické osobnosti: paranoidní, schizoidní, schizotypní.
2. Dramatické, emocionální a nestálé osobnosti: antisociální, hraniční, histriónské a narcistické.
3. Úzkostné, bázlivé osobnosti: vyhýbavé, závislé a obsedantně-kompulzivní.

Gödtel (1994) specifikuje násilnickou a agresivní osobnost jako duševně neprobuzenou bytost, která jedná převážně antisociálně. Její vztahy jsou prospěchářské, manipulující, parazitující. Má potřebu moci a ovládnutí. Snaží se pro sebe přivlastňovat všechny výhody, které lze získat. Pokud se dopouští násilí, má většinou snížené pocity viny. Netrápí se skutečností, že někomu ubližuje. Velice často si tyto osoby racionalizují své negativní chování. Z psychoanalytického pohledu je v popředí mechanismus popření a projekce (když je celý svět zlý a je proti mě, tak já musím být také zlý). Agresivní osobnost se jeví jako nezralá, emočně labilní, která skrývá svůj strach a úzkost. Zároveň využívá, resp. zneužívá, strachu u druhých, často fyzicky i mentálně slabších jedinců.

Podle Koláře (1997, 2001) je osobnost agresora z psychoanalytického pohledu mimořádně egoistická a egocentrická, charakterizovaná tzv. kojeneckým typem, což je dle autora specifikum pro nerozvinutý charakter (podobně jako u psychoanalytiků, orální fáze), resp. ustrnutí tohoto charakteru na nejnižší úrovni. Agresory přiřazuje osobnostně k lidem, kteří jsou charakterističtí znaky závislosti na sobě (egoismus). Vztahy k druhým jsou povrchní, prospěchářské a parazitně manipulující. Autor se zamýšlí nad osobou agresivního jedince v duchu analytických dimenzí (přesněji v libidózních dimenzích fází orální, anální, falické, latentní a sexuální) a snaží se vysvětlit vývojové stadium osobnosti podobně jako Freud.

Fromm (1997) se nad problematikou agrese a násilí zamýšlí v kontextu anomální osobnosti, u které převládají negativní vlastnosti, např. sobectví, pokrytectví, neláska k sobě i druhým. Fromm se na rozdíl od Freuda (vývoj libida) věnoval problematice lidského charakteru (Kratochvíl, 1997, 2006). Tento problém vnímal v různých specifických způsobech vztahu člověka ke světu.

Člověk se dostává v životním procesu ke světu buď aktivní činností, pomocí které si jedinec přizpůsobuje prostředí (asimilace) nebo tím, že se adaptuje na vztahy k lidem a přizpůsobuje se požadavkům vnějšího prostředí (akomodace). Při poruchách asimilace mluví o charakteru s orientací receptivní, vykořisťovatelskou, křečkovskou a tržní. Receptivní typ žije pouze konzumně. Vykořisťovatelský typ bere všude tam, kde brát může, je ve svém vystupování zvýšeně agresivní, nepřátelský a sebevědomý. Ke křečkovskému typu patří nutkaví neurotici, kteří svou vnitřní nejistotu zakládají na vlastnictví. Tržní typ vidí život jen z hlediska prodávání a kupování. Při poruchách akomodace se může jednat o maladaptivní vyhýbavé chování, o pasivní (pomluvy, závist apod.) i aktivní agresi.

Každý člověk se v podstatě rodí jako sobecká a sebestředná bytost. Záleží na jeho výchově, prostředí, na něm samotném, zda bude schopen projít psychickým a morálním vývojem. Zda bude schopen vykročit na cestu za hranice svého JÁ, osvobozeného od závislosti na sobě. Cílem akceptujícího člověka je v moderní společnosti milovat, tvořit a ne nenávidět a destruovat.

V teoretickém přehledu jsme se pokusili zmapovat teoretická východiska tohoto lidského fenoménu a rovněž tak i psychopatologické rysy, které se k agresi vztahují. I přes názory o nejednotnosti výkladu co vlastně agrese je, jsme mohli v naší práci vycházet z řady vědeckých a teoretických poznatků o struktuře agresivity. Bio-psycho-sociální model, o který se opírá řada vědeckých prací, jsme v našem výzkumu respektovali i my a poznatky z něho vycházející byli pro nás velice cenné. Při popisu osobnostních rysů u psychiatrických pacientů korelujících s projevy agrese jsme vycházeli z platné mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize (MKN 10), která poměrně výstižně klasifikuje jednotlivé znaky, vztahující se k osobnosti se zvýšeným výskytem agresivních tendencí a s doprovodnými psychopatickými rysy. Psychopatií jsme se navíc zabývali proto, že každý jedinec má určité rysy chování, které jsou pro něho dominující. Pokud tyto rysy překročí společensky únosnou mez a stávají se trvalým znakem v chování jedince, mohou být pro okolí i pro samotného nositele velmi nebezpečné.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Hlavní cíl výzkumného projektu

Ověřit použitelnost dotazníkových a projektivních standardizovaných psychodiagnostických instrumentů při zjišťování agresivity u psychiatrických pacientů.

4.2 Výzkumné otázky

- 1) Dokáží vybrané osobnostní dotazníky a projektivní metody diferencovat míru agrese u skupin pacientů s různou psychiatrickou diagnózou (kriteriální validita)?
- 2) Budou výsledky měření agrese dotazníkovými metodami ve shodě s výsledky měření projektivními metodami?
- 3) Jaké budou rozdíly mezi sledovanými skupinami v osobnostních charakteristikách včetně ukazatelů pohotovosti k agresi?

4.3 Výzkumný soubor

Do výzkumu byli zařazeni pacienti hospitalizovaní na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, u kterých jsme předpokládali na základě dokumentace výskyt agresivního chování. Soubor tvořilo 49 mužů a 66 žen. Kontrolní skupinu tvořili studenti pražských vysokých škol (20 mužů a 16 žen). Nejnižší vzdělání bylo středoškolské s věkovým rozmezím 20-40 roků.

Výzkumný soubor tvořili:

- psychiatričtí pacienti z diagnostického okruhu F 20.0 (schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy)
- psychiatričtí pacienti z diagnostického okruhu F 30.0 (poruchy nálady, afektivní poruchy)
- psychiatričtí pacienti z diagnostického okruhu F 60.0 (poruchy osobnosti a chování u dospělých)
- kontrolní skupina zdravých osob.

Tab. 1. Soubor pacientů podle pohlaví

Rozdělení pacientů a kontrolní skupiny podle pohlaví			Kontrolní a klinické skupiny				Celkem	
			KS	PO	D	SCH		
Pohlaví	Muži	N	20	19	15	15	69	
		%	55,6%	47,5%	38,5%	41,7%	45,7%	
	Ženy	N	16	21	24	21	82	
		%	44,4%	52,5%	61,5%	58,3%	54,3%	
<i>Celkem</i>			N	36	40	39	36	151
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků KS-Kontrolní skupina.

Z tabulky vyplývá, že do výzkumu bylo zařazeno 151 osob. Z toho bylo 82 žen a 69 mužů. Nejvíce pacientů bylo s psychiatrickou diagnózou poruchy osobnosti (N=40) a depresivních pacientů (N=39). Pacientů z diagnostického okruhu F 20 (přítomnost psychotických symptomů) a kontrolní skupina bylo shodně 36 osob.

Tab. 2. Průměrný věk sledovaných pacientů

Klinické a kontrolní skupiny	Celkový počet (N)	Věkový průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)
Kontrolní skupina	36	23,50	2,311
PO	40	32,01	5,671
D	39	31,44	7,059
SCH	36	29,89	6,210
Celkem	151	29,36	6,534

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků.

Do výzkumu byli zařazeni muži a ženy ve věkovém rozmezí 20-40let. Nejnížší průměrné hodnoty byly u kontrolní skupiny (M=23,50) a nejvyšší u pacientů s poruchami osobnosti (M=32,01). Věkové omezení jsme volili proto, abychom získali a) homogenní soubor, b) předpokládali jsme živější afektivitu v mladším věku, c) a schopnost zvládnout testovou baterii. Nejnížší věk u kontrolní skupiny byl i důsledkem toho, že ji tvořili studenti vyšších ročníků pražských vysokých škol. Tuto možnost jsme zvolili, protože jsme se obávali, že v běžné populaci nebude snadné motivovat muže a ženy k dobrovolnému psychologickému vyšetření.

Tab. 3. Popis souboru podle vzdělání a pohlaví

Rozdělení pacientů a kontroly podle úrovně vzdělání			Kontrolní skupina a diagnostické kategorie				Celkem	
			Kontrolní	PO	D	SCH		
Vzdělání	SŠ	N	36	38	32	31	137	
		%	100,0%	95,0%	82,1	86,1	90,7%	
	VŠ	N		2	7	5	14	
		%		5,0%	17,9%	13,9	9,3%	
<i>Celkem</i>			N	36	40	39	36	151
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků.

Z přehledu tabulky je zřejmé, že převažující část pacientů i kontrolní skupiny (N=137) mělo dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. Zbývajících 17 osob mělo dokončeno vysokoškolské vzdělání. To, že jsme do výzkumu zařadili převážně středoškoláky a vysokoškoláky, bylo dáno: a) vstupním kritériem, b) zaručovalo nám to určitou rozumovou úroveň u posuzovaných osob, c) usnadňovalo nám to testovou situaci. Předpokládali jsme snadnější pochopení testových položek).

Vstupním kritériem bylo agresivní chování či tendence k němu: a) manifestní před dobrovolnou či nedobrovolnou hospitalizací, b) latentní, tj. převážně v myšlenkách, nápadech, přáních či fantaziích, c) autoagresivní versus heteroagresivní jednání. V následující tabulce jsme zaznamenali úroveň agresivního chování či tendence k němu. U kontrolní skupiny byla přítomnost duševní poruchy vylučovacím kritériem.

Tab. 4 Frekvence výskytu agresivních tendencí u klinických skupin

Pohlaví	Agresivní tendence	PO		D		SCH		Celkem	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Muži	SM	6	31,57%	6	40,00%	4	26,66%	16	32,65%
	SP	9	47,36%	8	53,33%	3	20,00%	20	40,81%
	HA	4	21,05%	1	6,66%	8	53,33%	13	26,53%
Ženy	SM	11	52,38%	10	41,66%	6	28,57%	27	40,90%
	SP	8	38,09%	13	51,16%	6	28,57%	27	40,90%
	HA	2	9,52%	1	4,16%	9	42,85%	12	18,18%

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků.

Legenda 2: SM=suicidální myšlenky, představy, fantazie či tendence k autoagresivnímu jednání. SP=aktivní suicidální pokus. HA=vnější (heteroagresivní) chování zaměřené na osoby, zvířata či věci.

U mužů s poruchami osobnosti bylo v projevech agrese nejvíce zastoupeno autoagresivní chování (suicidální pokusy SP=47,36%), což dokumentuje tabulka 4. U žen této diagnostické kategorie převažovaly více suicidální myšlenky či fantazie (SM=52,38%). Z depresivních pacientů řešili svoje psychické problémy pokusem o sebevraždu nejčastěji muži (SP=53,33%) i ženy (SP=51,16%). U psychotických pacientů obou pohlaví převažovalo heteroagresivní chování (muži HA=53,33% a ženy HA=42,85%). Z celkového počtu pacientů bylo nejvíce suicidálních pokusů u mužů (SP=40,81%). U žen se vyskytovaly shodně suicidální myšlenky, fantazie a siucidální chování (SM a SP=40,90%).

To, že psychotičtí pacienti byli převážně heteroagresivní, může být ovlivněno řadou psychotických symptomů - potíže v percepčně-kognitivní úrovni, v oslabeném či sníženém kontaktu s realitou, zvýšeném distresu, emočních problémech, či převažujícím autistickým nebo paranoidním způsobu myšlení.

Významné bylo i to, že v anamnéze byly (mimo samotný výskyt agresivních myšlenek či tendencí k jejich uskutečnění) přítomny i jiné související faktory (například drogy, alkohol, nezaměstnanost, rodinné problémy, krizové situace, vývojové krize, porušování léčby, psychomotorický neklid, zmatenost, bludná produkce apod.), které se mohly podílet na vzniku agresivního chování.

5. PRŮBĚH VÝZKUMU

Výzkum byl rozdělen do několika etap. V první části (2003-2004) probíhala teoretická příprava a shromažďování teoretických podkladů vztahujících se k výzkumnému projektu. Ta byla charakteristická vyhledáváním a porovnáváním mnoha literárních odkazů týkajících se pojmosloví, různých teoretických výkladů či modelů vystihujících a popisujících agresivní chování. Ve srovnání s teoretickými koncepty agrese je v odborné literatuře významně méně prací týkajících se měření a posuzování agrese.

V druhé části (2004-2005) se uskutečnilo testování pacientů a kontrolní skupiny pomocí vybraných testových metod. U testové baterie jsme měli zájem o klinicky ověřené a na naší populaci standardizované testy, které by posuzovaly nejen agresivitu, ale i osobnost v co nejširším rozsahu. Vstupním kritériem byla v lékařské dokumentaci zpráva o agresivním chování pacienta a psychiatrická diagnóza. Vylučujícími kritérii byla a) ambulantní forma léčby, b) absence psychiatrické medikace, c) věk nižší než 20 a vyšší než 40 let, d) nižší než střední vzdělání, e) sexuologicky motivovaná agrese, f) nemotivovanost a nespolupráce při psychologickém testování.

Do výzkumu byli zařazeni pacienti z diagnostických okruhů (F 20, 30 a 60), u kterých bylo zjištěno autoagresivní či heteroagresivní chování. Všichni pacienti byli hospitalizováni na naší klinice. Vyšetření probíhala v prvním týdnu jejich diagnosticko terapeutického pobytu. Všichni užívali anxiolytickou, antidepresivní či antipsychotickou medikaci. Pacienti byli vyšetřeni baterií vybraných standardizovaných diagnostických metod. Testovou baterií tvořilo 7 testů (4 dotazníky a 3 projektivní testy). Vzhledem k tomu, že nás zajímalo nejenom samotné posouzení a měření agrese, ale i validita jednotlivých měřících nástrojů, zařadili jsme do této baterie testů více osobnostních dotazníků a testů. Posuzování a měření agrese bylo součástí standardizovaného psychologického vyšetření. Klinické skupiny (N=115) s výše uvedeným diagnostickým spektrem podstoupili standardní psychologické vyšetření, včetně výstupního klinického nálezu pro ošetřujícího lékaře. Průběh vyšetření u klinických skupin byl následující: Nejprve proběhl diagnostický rozhovor a pozorování chování pacienta (30 minut). Po něm následovalo psychologické testování v tomto pořadí: Eysenckův dotazník impulzivity - IVE (10 min), Rorschachův test – ROR (20 minut), Test ruky - HT (15 minut), Freiburský osobnostní dotazník – FPI, forma A (25 minut), Tematicko apercepční test – TAT (25 minut) a Inventář stylů osobnosti a jejich poruch – PSSI (30 minut). Následující den Minnesotský osobnostní dotazník – MMPI-2, PC forma (60-120 minut). Přibližná doba vyšetření byla (cca 4 hodiny). Mezi jednotlivými testy bylo nutné zařazovat přestávky. Kontrolní skupina (N=36) se zúčastnila pouze testování výše uvedenou testovou baterií.

Testování bylo nutné rozložit tak, abychom pacienty příliš nevyčerpali. V přístupu k nim jsme se snažili o trpělivost, empatii a pozitivní motivaci k úspěšnému zvládnutí testů. Pokud například někteří pacienti nerozuměli otázkám, snažili jsme se o srozumitelný výklad. Pokud se cítili unaveni, bylo možné (vzhledem k jejich hospitalizaci) testování rozdělit na více částí nebo ho na kratší dobu přerušit.

V další etapě (2005-2006) probíhalo vyhodnocování dotazníků a projektivních metod. Současně byla provedena i kontrola získaných dat. V poslední fázi výzkumu (2007-2008) byly získané výsledky vyhodnoceny a zpracovány pomocí matematicko-statistického programu. Získaná data byla statisticky zpracována a vyhodnocena pomocí jedno a více rozměrových postupů. Pro statistické zpracování dat a jejich analýzy jsme použili analýzu variance, modul ANOVA ze statistického programu SPSS.

6. POPIS JEDNOTLIVÝCH PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD

6.1 Použité psychodiagnostické metody

Pro výzkumný záměr jsme zvolili standardizované klinické metody, které jsme považovali za dostatečně objektivní pro měření a posouzení lidské agrese. Testová baterie byla složená ze čtyř osobnostních dotazníků (Dotazník impulzivity - IVE, Freiburský osobnostní dotazník - FPI, Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti - PSSI a Minnesotský multifázový osobnostní inventář - MMPI - 2) a ze tří projektivních testů (Rorschachův test - ROR, Test ruky - HT a Tématicko apercepční test - TAT).

6.2 Dotazník impulzivity (IVE)

Dotazník impulzivity IVE (Impulsiveness, Venturesomeness and Empathy), zkonstruoval Eysenck (1975), protože došel k závěru, že impulzivita je v lidském chování velmi významný faktor, který je třeba měřit. Dotazník obsahuje 54 položek, kromě impulzivity (Imp) měří ještě dobrodružnost (Vent) a empatii (Emp).

Eysenck (dle Senka, 1993) chápal impulzivitou jako významný lidský faktor, který spojoval především s dalším faktorem, psychoticismem, a zahrnul jej do dotazníku (EPQ-R). Výzkumy došel k závěru, že vzájemná korelace těchto faktorů je významná, což považoval spíše za patologický aspekt než za kritérium vztahující se k psychotickému syndromu či rozvoji psychózy. V souvislosti s tím hovořil o tzv. rizikovém chování (risk taking). Osoby které skórují na škále impulzivity a psychoticismu vysoko, charakterizoval jako egocentricky zaměřené, povrchní, s menším zájmem o druhé. Často bývají nelidští, krutí, agresivní s nedostatečným citem a empatií.

Bylo prokázáno, že impulzivní jedinci typu (P=psychoticismus) si hůře uvědomují důsledky svého jednání. Naopak jedinci, u kterých impulzivita koreluje více s extraverzí (E=empatie), si plně uvědomují rizika a důsledky svého jednání. Z těchto korelací vyplývá, že na škále impulzivity mohou významně skórovat impulzivní jedinci s převažujícími tendencemi k poruše osobnosti (Impulzivita-Psychoticismus) nebo jedinci směřující více k akčnosti, dobrodružnosti, touze po dominanci a snaze o větší sebeprosazení (Impulzivita-Extraverze). My jsme tuto korelaci ve výzkumu (vzhledem k velkému počtu osobnostních dotazníků) nesledovali. Podle našich výsledků lze usuzovat na významný vliv psychopatologie osobnosti v projevech impulzivní agrese, zejména u pacientů s poruchami osobnosti.

Dotazník je srozumitelný a časově nenáročný. Obsahuje 54 otázek (*příloha 1*), na které pacienti a kontrolní skupina odpovídali souhlasně (ano) či nesouhlasně (ne). Doba individuální administrace dotazníku nepřekročila 15 minut. Vyhodnocení a skórování se provádělo přímo na testovacím archu pomocí příslušných šablon. Součet správných odpovědí udává celkové skóre na jednotlivých škálách, které bylo porovnáváno s normativními kritérii. Ty jsou pro věkové pásmo mužů a žen v rozmezí 20-40 roků následující: průměrné hodnoty a standardní odchylky (u mužů a žen běžné populace) na škále impulzivity (M=8,10, SD=4,08), dobrodružnosti (M=8,12, SD=3,73) a empatie (M=13,04, SD=3,15).

6.3 Freiburský osobnostní dotazník (FPI)

Vícedimenzionální Freiburský osobnostní dotazník - FPI, (Freiburger Persönlichkeits Inventar), koncipovali autoři: J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel (1970, dle Kollárika, 1984) tak, aby postihoval trvalejší osobnostní dimenze. FPI měří bipolární rozsah níže uvedených položek (vyšší versus nižší úroveň sledované vlastnosti).

6.3.1 Pořadí položek

FPI tvoří 12 položek v tomto pořadí:

- 1) Nervozita (Nervosität). Psychosomatická symptomatika výrazněji zastoupena nebo bez vážnějších psychosomatických symptomů. Vyšší úroveň neurotické symptomatiky či naopak vyrovnanost a klid.
 - 2) Spontánní agresivita (Spontane Aggressivität). Spontánní agresivita, emoční nezralost, nezdrženlivost, neschopnost ovládat se versus dobré ovládací a kontrolní schopnosti k neagresivním projevům.
 - 3) Depresivita (Depressivität). Rozladěnost, nejistota - spokojenost, sebejistota.
 - 4) Vzrušivost (Erregbarkeit). Vzrušivost, snadná frustrace.
 - 5) Družnost (Geselligkeit). Družnost, živost - vyhýbavé tendence, zdrženlivost.
 - 6) Mírnost, klid (Gelassenheit). Sebedůvěra, dobrá nálada - dráždivost, váhavost, podceňování sebe.
 - 7) Reaktivní agresivita, snaha po dominantnosti (Reaktive Aggressivität, Dominanzbestrebung). Reaktivní, agresivní. Více se prosazující nebo naopak poddajný, umírněný a submisivní typ.
 - 8) Zdrženlivost (Zurückhaltung). Zdrženlivost, nesmělost - spontánnost, nenucenost, přátelskost.
 - 9) Otevřenost (Offenherzigkeit). Otevřenost, sebekritičnost - uzavřenost, nekritičnost.
- E) Extraverze - introverze.
- N) Emocionální labilita - stabilita.
- M) Maskulinita (typicky mužský sebepopis) – femininita (typicky ženský sebepopis).

Pro československou populaci standardizovali tento osobnostní dotazník T. Kollárik, E. Poliaková a A. Ritomský (1984). Dotazník má čtyři formy A, B, C a zkrácenou formu K. Vzhledem k většímu rozsahu otázek, rovnoměrnějšímu rozdělení jednotlivých položek a větší validitě a reliabilitě (Kollárik, 1984) jsme volili formu A se 114 položkami (*příloha 2*). Dotazník byl prováděn individuálně a jeho vyplnění trvalo cca 25-35 minut. Pacienti a kontrolní skupina odpovídali na 114 otázek souhlasně (ano) či nesouhlasně (ne). Administrace testu se prováděla dle přiložených šablon a získané hrubé skóry se převáděly dle normativních tabulek na statiny. Statiny se následně zaznamenávaly do záznamních listů (vyhodnocovací protokol) a byly překreslovány do profilového sketru.

Za signifikantní jsou považovány vážené skóry mezi 1-3 a nebo 7-9 statinem. Vážené hodnoty (staniny 1-9) jsou rozděleny na průměrné pásmo (4,5,6 staniny - což vyjadřuje výskyt sledovaného jevu v 54%). Signifikantní 1-3 a 7-9 staniny vyjadřují určité dimenzionální zaměření (nízká versus vysoká frekvence sledovaného rysu.).

6.4 Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI)

Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (Persönlichkeits - Stil und Störungen - Inventar) autoři J. Kuhl, M. Kazen v roce 1997 (dle Švancara, 2002) zkonstruovali jako sebesposuzovací inventář jenž se snaží kvantifikovat relativní vyhraněnost osobnostních stylů, chápaných jako nepatologické varianty, které lze vztahovat k diagnostickému manuálu (DSM-IV či ICD-10), tedy k poruchám osobnosti.

Autoři testu (dle Švancara, 2002) považovali za důležité vlastnosti osobnosti být sebejistý a přitom i mírně nedůvěřivý. Domnívali se, že jistá nedůvěra nás chrání před bezhlavým rozhodováním či neoparným jednáním. Za pozitivní vlastnosti považovali také rezervovanost, sebekritiku a pečlivost. Za významnou považovali i intuici jako zdroj nových nápadů či objevů. Svoji hypotézu uváděli na příkladu Thomase A. Edisona, který musel být velice intuitivní osobností, aby byl schopen vytvořit přes 100 vynálezů. Podle nich se optimální osobnost jeví jako optimistická, emočně vyrovnaná, zdravě ctižádostivá a konstruktivně kritická. Být konstruktivně kritický znamená snažit se dosáhnout pozitivních změn u sebe i druhých a být schopen poučit se z chyb, které jedinec či druzí dělají. Za optimální složku temperamentu osobnosti považovali loajálnost, přiměřenou a kontrolovanou impulzivitu, schopnost být příjemný, klidný, vyrovnaný a ochotný.

Inventář zahrnuje tyto styly a poruchy osobnosti: 1. osobnostní styl sebejistý – porucha disociální, 2. osobnostní styl nedůvěřivý – porucha paranoidní, 3. osobnostní styl rezervovaný – porucha schizoidní, 4. osobnostní styl sebekritický – porucha sebenejistá, 5. osobnostní styl pečlivý – porucha nutkavá, 6. osobnostní styl intuitivní – porucha schizotypní, 7. osobnostní styl optimistický – porucha rapsodický, chronický entusiasmus, 8. osobnostní styl ctižádostivý – porucha narcistická, 9. osobnostní styl kritický – porucha negativistická, 10. osobnostní styl loajální – porucha závislá, 11. osobnostní styl impulzivní – porucha borderline, 12. osobnostní styl příjemný – porucha histriónská, 13. osobnostní styl klidný – porucha depresivní, 14. osobnostní styl ochotný – porucha obětující se, zvýšeně altruistická.

Inventář obsahuje 140 položek (*příloha 3*), které vztahují ke 14 osobnostním stylům či poruchám. PSSI vychází z předpokladu, že ke každé z klinických kategorií poruch existuje analogicky osobnostní styl, což napomáhá v identifikaci jádrového konstruktů, odpovídající nepatologické osobnostní dimenzi. Patologické vystupňování stylu osobnosti dává zřetelně vyniknout podstatným určujícím rysům určitého fenoménu (poruchy osobnosti). Inventář obsahuje položky (140), na které pacient odpovídá tak, že volí jednu z alternativ na 4 bodové škále (určitě ne, spíše ne, spíše ano, určitě ano). Otázky jsou srozumitelné. Délka vyplnění inventáře nepřekročila v průměru 35 minut a administrace probíhala individuálně. Vyhodnocení a skórování se provádí podle šablon a příslušných norem. Hrubé skóry se převedou podle tabulek na tzv. T skóre a percentily. Tabulky norem jsou vypracovány zvlášť pro ženy a muže ve dvou věkových pásmech (od 18 do 25 roků a nad 26 roků výše). Příslušné percentily a T skóry se zaznamenají do profilového archu, čímž se vytvoří přehledný profilový sketr. Interpretace profilů je charakteristická jejím rozsahem, méně než 30 a více jak 70 T skóre. Průměr je 50 a standardní odchylka =10.

Autoři testu podotýkají, že signifikantní hodnoty T skóre (více jak 70) zvyšují sice podezření na poruchu osobnosti, ale pouze samotná hodnota jedné položky nestačí pro stanovení klinické diagnózy. Podobně u nízkých hodnot T skóre, (méně jak 30) usuzujeme na určitý deficit dané vlastnosti, ale v kontextu patologického syndromu je třeba zvolit ještě další klinické možnosti a metody.

6.5 Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2

Minnesotský multifázový osobnostní inventář (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Autoři S. R. Hathaway a J. C. Kinley se o tomto testu poprvé zmínili v roce 1940 a první manuál vydali v roce 1943. Test patří k nejrozšířenějším nejen v celém světě, ale i v klinické praxi. Využívá se u adolescentů i dospělých. Slouží k posuzování důležitých vlastností a psychických poruch. V 80. letech minulého století byla provedena revize (S. Hathawayem a J. C. McKinleyem) původního MMPI. Cílem restandardizace testu bylo přiblížit položky aktuálnosti změn v diagnostice, ke kterým došlo v souvislosti s vývojem DSM systému, ale také sociálních, kulturních a společenských změn. Úkolem bylo rovněž vyvinout další přídatné či doplňující škály a možnost PC formy.

Osobnostní inventář (MMPI-2) je objektivně interpretovatelným klinickým nástrojem. Validizované škály mají jasně stanovené významy a vysoký skór na každé škále je spojen s příslušnými behaviorálními charakteristikami. Škály inventáře mají dobrou reliabilitu (jsou stabilní v čase). Jsou dobře použitelné nejenom v klinické praxi ale i ve forezních podmínkách, kde je dobrá reliabilita považována za podstatnou charakteristiku nástroje. Inventář poskytuje jasný, validní popis jedincových problémů, symptomů a osobnostních charakteristik. Zvýšení skórů ve škálách a popisy kódových profilů poskytují terminologii, která umožňuje jasný popis pacientů. Skóry MMPI-2 umožňují predikovat budoucí chování a postoje. Profily MMPI-2 představují cennou metodu pro poskytování zpětné vazby o osobnostních rysech a symptomech nemoci pro pacienta.

Administrace je možná v klasické formě tužka-papír nebo v počítačové verzi. Doba administrace je 1-2 hodiny. Test je tvořen 567 položkami (*příloha 4*), které sytí tyto škály: standardní a klinické škály, nové validizační škály, Harrisovy – Lingesovy subškály, Si škály, obsahové škály, Wiener-Harmonovy subškály odrážející intenzitu příznaku (výrazná x lehká), škály psychopatologie osobnosti, poruchy regulace chování a doplňkové škály pro osobnostní charakteristiky. Mezi standardní validizační škály patří otazníková (?) škála, která je typická pro odpovědi nevím, nemohu říci, neumím se rozhodnout. Lži škála (příliš pozitivní sebehodnocení či otázka validity výsledku), F škála (připouštění si mnoha problémů, ale také možnost agravace či simulace), K škála (zahrnuje obranný mechanismus, obranný postoj). Klinické škály zahrnují tyto položky Hs škálu (hypochondrie), D škála (deprese), Hy škála (hysterie), Pd škála (psychopatie), Mf škála (maskulinita-femininita), Pa škála (paranoidita), Pt škála (psychastenie), Sc škála (schizofrenie), Ma škála (hypomanie), Si škála (sociální introverze-extraverze).

Výše uvedené položky (567) se týkají 26 oblastí, například celkového zdravotního stavu, úrovně vzdělání, sexuálních vztahů, zaměstnání, sociálních a rodinných vztahů depresivních afektů, fobií, zvláštností v myšlení, maskulinity-femininity apod.

Administrace MMPI-2 se provádí dvojím způsobem. Klasicky „tužka-papír“ a nebo na počítači. Vyhodnocení testu bylo vyvinuto s počítačovým skórovacím programem (autor české verze K. Netík a PC verze Z. Kojzar, 2002). Tento program poskytuje základní informace nutné k interpretaci (základní osobní data, indexy, kódové profily, symptomy a chování, osobnostní charakteristiky, predikce a dispozice). V případě, že alespoň jedna z validizačních, standardních či dalších přídavných škál překročí hodnotu T skóru 65, program nejen vyhodnotí vlastní indexy, ale i charakteristiku profilu. Toto se naopak neobjeví, pokud jsou hodnoty T skóru nižší než 65. Za signifikantní hodnoty lze považovat ty, u kterých je hodnota T skóre vyšší než 65 a nižší než 35.

6.6 Test ruky (The Hand Test)

Projektivní test ruky (The Hand test, zkráceně HT) jehož autorem je E. E. Wagner (1971, dle Fridricha, 1991). Jedná se o osobnostní test, který se používá také při diagnostice agresivního chování.

Testový materiál tvoří 10 karet. Na devíti kartách je nakreslený tvar lidské ruky a desátá karta je prázdná (*příloha 5*). Autorem všech kreseb je E. E. Wagner. Pokusné osobě se předkládají jednotlivé karty ve standardním pořadí s otázkou "Co může tato ruka dělat?". Student může držet předlohu v jakékoliv poloze, počet odpovědí k jednotlivým kartám není limitován. U desáté (volné) karty je student vyzván, aby si představil nějakou ruku a tu potom popsal v situaci "Co by tato ruka mohla dělat." Celková administrace trvá asi 10 minut, každá odpověď je doslovně zaznamenávána i s následným dotazováním (ingury), které slouží jako podklad pro správné signování (hodnocení). Test pro českou a slovenskou populaci standardizovali J. Fridrich, A. Nociár (1991).

6.6.1 Pořadí položek

Test tvoří tyto položky:

Affection (AFF), náklonnost. Odpovědi, při kterých se jedná o vzájemnou náklonnost, sympatizující postoj k lidem. Jde o pomoc a přátelství k druhým osobám.

Dependence (DEP), závislost. Odpovědi převážně vyjadřují závislost nebo hledání podpory od jiné osoby. Osoba sama žádá o pomoc a vedení.

Communication (COM), komunikace. Odpovědi, při kterých jde o prezentování nebo výměnu informací.

Exhibition (EXH), předvádění se, exhibicionismus. Odpovědi naznačují předvádění, teatrálnost a snahu získat uznání od druhých.

Direction (DIR), nařízení, řízení, směřování. Odpovědi, při kterých se jedná o ovlivňování nebo řízení činnosti jiných osob. Ruka aktivně působí direktivním způsobem na jiné osoby.

Aggression (AGG), agresivita. Odpovědi, při kterých jde o způsobování bolesti, projevy hostility nebo agrese. Ruka je chápána jako dominující, ubližující a zmocňující se.

Acquisition (ACQ), získávání. Odpovědi, kde převažuje zjevná snaha získat předmět nebo dosáhnout nějaký cíl. Pohyb většinou probíhá a cíl ještě není získaný.

Active (ACT), aktivita. Odpovědi, při kterých jde o aktivní neosobní tendence nebo postoje zaměřené na dosahování předmětu nebo cíle.

Passive (PAS), pasivita, neosobní pasivní tendence. Akční tendence, nevyžadují existenci druhé osoby.

Tension (TEN), napětí. Objevuje se úzkost, napětí, vydává se energie, ale nic se nezíská.

Crippled (CRIP), poškození. Ruka je poškozená, zmrzačená, bolavá, mrtvá, znetvořená, nemocná.

Fear (FEAR), strach, úzkost. Odpovědi odrážející strach z odplaty nebo agrese druhých lidí.

Description (DES), popis. Ruka je popisována, není přítomna žádná akční tendence.

Bizarre (BIZ), bizarní. Odpovědi obsahující halucinatorní nebo iluzorní či jiné patologické fenomény.

Failure (FAIL), selhání. Bez odpovědi.

Uvedené kategorie jsou řazeny do čtyř oblastí:

- 1) Interpersonální odpovědi se vztahem k druhým lidem.
- 2) Enviromentální odpovědi se vztahují k neosobní oblasti a k neosobnímu prostředí.
- 3) Maladjustivní odpovědi jsou charakteristické projevy jako je maladaptabilita, slabost, vnější zábrany, selhávání při uspokojování potřeb.
- 4) Odpovědi jsou charakteristické tím že vyjadřují odstup od interpersonální či enviromentální oblasti. U neurotiků jsou narušeny adaptační schopnosti, u psychotiků je oslaben kontakt s realitou.

Poměr těchto čtyř kategorií vyjadřuje celkový odhad bazální osobnostní struktury, tzv. "Experience ratio" (ER). Pravděpodobnost agresivity vytváří tzv. index agresivity „Acting out ratio“ (AOR). Ten vyjadřuje relativní váhu sociálně pozitivních kooperativních postojů oproti direktivním, hostilním a agresivním.

6.7 Rorschachův test

Rorschachův test (dále jen ROR) patří k nejrozšířenějším projektivním testům na světě. Autor Hermann Rorschach (dle Říčan, 1981, Čermák, 2005, Ženatý, 2006) vytvořil v roce 1921 projektivní test, ve kterém se manifestují strukturální zvláštnosti osobnosti a funkční změny. Test se aplikuje individuálně. Skládá z deseti tabulí. Každá obsahuje více méně symetrickou skvrnu. Nepestré (tmavé tabule) jsou: I, IV, V, VI, VII, pestré (tmavé + červená barva) tabule: II, III. barevné tabule: VIII, IX, X, (příloha 6).

Po předložení tabule položíme testované osobě dotaz "Co by to mohlo být, čemu se to podobá?" Provedeme doslovný zápis odpovědí k jednotlivým tabulím. Zaznamenáváme polohu tabule, čas, chování při odpovědích. Po ukončení odpovědi (tabule X) provedeme dotazování k jednotlivým odpovědím, tzv. "ingury." Cílem dotazování je umožnit správně hodnotit (signovat) uchopení, determinanty i obsah odpovědí. Z ROR odpovědí usuzujeme na řadu proměnných a pro naši potřebu uvádíme pouze signifikantní znaky:

- obecnou charakteristiku emotivity;
- emoční ladění a ovládání emocí;
- agresivní tendence;
- osobnost;
- interpersonální vztahy;
- vztah samotného subjektu k sobě;
- percepčně kognitivní funkce;
- z testu lze přibližně odhadnout pásmo IQ apod.

6.7.1 Agresivita v ROR

Lidská agresivita se projevuje rozmanitým způsobem, na různých úrovních chování a prožívání. Výsledkem střetu mezi popudem a zábranou je realizace agresivních tendencí nebo jejich odložení či zamítnutí. Při interpretaci ROR rozlišujeme čtyři formy zpracování agresivity (Říčan, 1981):

- 1) konstruktivní - agresivní tendence jsou integrovány a transformovány do sociálně užitečného jednání. Jedinec dokáže odkládat uspokojení svých potřeb a realizovat je v souladu se sociálně-kulturními podmínkami, ve kterých žije. Agresivita se projevuje jako adekvátní průbojnost a schopnost trvat na svém;
- 2) destruktivní - jedinec uspokojuje své potřeby bez ohledu na reálné podmínky a potřeby okolí, ať již vlivem bezprostředního afektu nebo v důsledku nedostatečné internalizace sociálních hodnot a norem;
- 3) fantazijní - agresivní tendence zůstanou z nejrůznějších důvodů nerealizovány a jsou převedeny do roviny fantazie, ke zjevnému agresivnímu jednání nedochází;
- 4) potlačení, odmítnutí - jedinec se dostává do konfliktu s vlastními agresivními pohnutkami (přáními), které jsou v rozporu s jeho zásadami, hodnotami a názory. Potlačení agresivity chápe jako obranný mechanismus, který má zabránit pocitům strachu a viny za nepřijatelné agresivní tendence.

6.7.2 Znaky agresivity v ROR:

Agresivitu lze posuzovat ze čtyř hledisek:

- 1) způsob pojetí (typ apercepce)
- 2) determinaty
- 3) obsah
- 4) originalitu

To, jakým způsobem je skvrna interpretována, zda se odpověď týká celé skvrny nebo menší části, se nazývá způsobem uchopení či apercepce. Ve vztahu k agresivitě lze usuzovat na převahu slabých celků nebo malých či neobvyklých, méně kvalitních detailů. Pokud jsou v odpovědích přítomny i interpretace tzv. meziploch (bílých ploch), zejména slabší vývojové kvality, může to naznačovat nedostatečné ovládnutí agresivních tendencí. Při hodnocení a posuzování agresivních tendencí rozhoduje tedy mimo způsobu apercepce i vývojová kvalita odpovědi. Čím je nižší, tím jsou sledované znaky pravděpodobnější. Kvalitní odpovědi u meziploch jsou naopak výrazem nezávislosti na podnětovém poli. Tendence k opozičnímu jednání probíhají v rámci socializované agresivity a jsou výrazem tvořivé síly, nezávislého postoje, životní aktivity a schopnosti k adekvátnímu sebeprosazení. Představují schopnost integrace a sublimace agresivních tendencí prosociálním směrem. Méně kvalitní odpovědi vztahující se k bílému prostoru jsou (jak již bylo uvedeno) charakteristické pro agresivní tendence, které zaplavují Ego, a obranné mechanismy se nedokáží těmto tendencím adekvátně bránit. Významné pro posouzení agresivních tendencí je i to, zda se odpověď zahrnující odkaz na meziplochu (bílou barvu) vyskytuje jako první. Podle typu prožívání (intraverze-extraverze) také usuzujeme na možný směr agrese ve smyslu auto či heteroagrese.

Determinanty jsou podle Rorschacha nejdůležitější částí signování, neboť vypovídají o způsobu prožívání vyšetřované osoby. Naznačují, čím byla odpověď určována (tvarem, barvou, kinestetickými počítky apod.). I v těchto odpovědích bude velmi záležet na tvarové kvalitě u každé odpovědi. Méně kvalitní tvary budou suspektní pro slabší percepčně-kognitivní úroveň a patologickou symptomatologii.

V souvislosti s posuzováním agresivity mají význam například kinestetické odpovědi s agresivním obsahem. Jsou to odpovědi, které zahrnují lidský či zvířecí pohyb nebo pohyb neživých objektů. Agresivní obsahy spojené s pohybem zvířat či neživých objektů představují mnohem nižší úroveň socializace agresivních popudů. Typ zvířecího pohybu rozhoduje o expanzivnosti nebo pasivitě primitivních motivačních hnutí či impulsů. Nejzávažnější je hrubá a nesocializovaná agresivita. Ta se může projevit v odpovědích např.: trhání kořisti, ožírání, krvavé zvířecí potyčky apod. Odpověď s převahou pohybu neživých objektů informuje o kvalitě vnitřních tendencí. Stříkající krev, šlehající plameny, tekoucí láva, exploze bomby svědčí o akutní intrapsychické tenzi v závislosti na různých vnitřních i vnějších provokačních podnětech. Intrapsychická tenze může vyústit do impulzivních a destruktivních reakcí (verbální, brachiální agrese, ničení a rozbíjení různých předmětů apod.). Zmnožení odpovědí vztahujících se k pohybu neživých objektů bývá často indikátorem narušeného psychického zdraví nebo extrémní stresové situace.

Dalším sledovaným kritériem jsou čistě barvové interpretace, které jsou ukazatelem afektivního a extravertního zaměření. Naznačují sklon k agilnosti, k jednání. Vztahují se k nepřizpůsobení, svědčí pro impulzivitu, absenci rozumové kontroly, tendence k vybíjení afektů, nebrzděnou emocionalitu. O manifestní destruktivní agresivitu svědčí často čisté barvové odpovědi ve spojení s odkazem na části bílé skvrny. To většinou signalizuje, že se subjekt v konfliktních situacích nedokáže ovládat a může být ve svých projevech a jednání agresivní. Pokud je charakter skvrny určován tvarem a barvou při slabé tvarové kvalitě, chybí dostatečná rozumová kontrola emocí při snaze adekvátní afektivní adaptaci. Barvově-tvarové odpovědi jsou výrazem afektivní lability, emoce nevytvářejí stabilní vztahy k objektům, patrný může být i citový neklid a napětí pudící k instinktivnímu jednání. Dalším sledovaným znakem může být i tzv. kolize s červenou. Odpovědi typu: "to červené sem nepatří, to červené nevím co je, co to má být, nic v tom nevidím apod." Jde o tzv. formu šoku na červenou barvu. To bývá jeden z nejvýraznějších znaků potlačování agresivního napětí, které se vyskytuje zejména u neurotiků ale i u delikventů (asociálních osob).

Odstínové odpovědi dobré kvality naznačují nadvládu intelektu nad emocemi a afektivní přizpůsobivost. Slabší kvalita tvaru či převaha odstínu nad tvarem v odpovědích naznačují převahu pudové složky nad rozumovými a horší afektivní přizpůsobivost. Šerosvitové odpovědi vypovídají o náladách (ponejvíce dysforického charakteru), což naznačuje nedostatečnou tendenci k ovládnutí nálad a ukazuje na neschopnost ovládat dysforické reakce.

Třetí sledovanou oblastí byly tzv. obsahy. Interpretace lidí ukazuje na intenzitu sociálních vazeb a kontaktů a na to, jaký mají pro pacienta význam sociální vztahy. Interpretace zvířat jsou nejfrekventovanější obsahovou kategorií a pokud jejich hodnota stoupá, ukazuje to na stereotypii, neproduktivnost myšlení, těžkopádnost či rigiditu myšlení. Při interpretaci předmětů může jít o únikové reakce nebo se často objevují také v odpovědích asociálních psychopatů.

Agresivní obsahy jsou odpovědi, které nějakým způsobem implikují agresi (útok, násilí, exploze, agresivní zvířata, rozmačkané, zmrzačené objekty, poranění, bodné zbraně, zuby, drápy, šípky, krev). Krev je známka fobické úzkosti nebo agresivity, exploze bývá často spojována s nevyrovnanou afektivitou. Sexuální odpovědi s agresivním či defektním obsahem. Anatomické interpretace, zejména slabší kvality s doprovodnou defektivní odpovědí (rozřezané plíce, pořezané nohy apod.), tzv. vicserální anatomické odpovědi, které navíc ještě mohou odrážet i psychotickou percepci a myšlení. S agresivními obsahy se setkáváme u všech psychiatrických diagnóz, zejména u poruch osobnosti. Mezi znaky agresivity v ROR testu také patří špatné nebo agresivní řešení u tabule VII, která odráží vztah JÁ a agresivních tendencí (zejména výklady střední bílé plochy). Agresivní obsahy signalizují paranoidně agresivní intrapsychickou tenzi, jíž subjekt projikuje do svého okolí a považuje jej za nepřátelské a ohrožující.

Odpovědi hodnotíme podle četnosti na banální (obvyklé) a na originální. Banální odpovědi se vyskytují v 30% protokolů zdravé populace. Považují se za indikátor intelektového kontaktu a sociální adaptace myšlení. Vyšší výskyt těchto odpovědí může také svědčit o rigiditě nebo o axiozně-depresivním syndromu.

Originální odpovědi se vyskytují nejvýše v 1% normálních protokolů. Podle kategorie determinanty se originální odpovědi dělí na dobrou a horší kvalitu. Odpovědi hodnocené jako horší, slabší mohou být známkou různé psychopatologie či duševní nemoci.

Dalším signifikantním znakem určujícím agresivní tendence je i vysoký počet odpovědí v poloze, kdy subjekt otočí tabuli o 180 stupňů. Tato situace bývá považována za projev opozice či vzdoru. Její význam roste tím, pokud je v této poloze podána odpověď jako první. Nápadně zvýšený počet odpovědí může být také výrazem stenického "agresivního" zpracování šoku.

V závěru popisu této metody je třeba se zmínit o tom, že v současné době probíhá v ČR uvedení Exnerova systému (Exner's Comprehensive System-CS) administrace a skórování do klinické praxe. Jedná se (podle Telerovského, 2005) o systém propracovaný, empiricky fundovaný, podložený exaktními výzkumy a rozšiřující percepčně-kognitivní základ Rorschachovy metody. Ve srovnání s dosud užívaným systémem skórování (Říčan, 1982) postihuje mnohem více rozmanitých aspektů odpovědí. Vzhledem k tomu, že tento CS systém se do klinické praxe teprve zavádí, tak jsme při vyhodnocování a posuzování Rorschachova testu vycházeli ještě z původního (Bohmova) systému skórování.

6.8 Tématicko apercepční test (TAT)

Tématicko apercepční test (Thematic Apperception test) popsali poprvé v roce 1935 Christiana Morganová a Henry Murray z Harvardské Univerzity. V roce 1943 byl k testu vydán první manuál. Tento test je podobný Rorschachově testu, ale každý z těchto testů přistupuje k diagnostice osobnosti jiným způsobem. TAT je více spojen se sociálním přizpůsobením a ROR více s poruchami myšlení. Obě metody popisují osobnost v celé její šíři a lze je použít pro posouzení pudové složky, emocí, komplexů či potlačených tendencí. TAT je vhodný pro posouzení či zachycení míry interpersonálních konfliktů a poruch chování. Je určen ke zkoumání dynamiky osobnosti a jejich postojů a fantazií. Předpokládá se, že vyšetřovaná osoba se identifikuje se zachycenými osobami a interpretuje situace v závislosti na svých zkušenostech a potřebách vědomých i nevědomých.

Autoři vycházeli ze dvou významných tendencí v lidské psychice. 1. člověk je náchylný většinu mnohovýznamových situací, s kterými se v životě setká, interpretovat ve shodě s vlastními zkušenostmi a potřebami. 2. Při interpretaci se subjekt opírá o vlastní zkušenosti a vědomě nebo nevědomě vykresluje svoje city a potřeby v postavách „vymyšlených hrdinů.“ Subjekt tedy mluví a jedná sám za sebe, i když popisuje děj a hrdinu příběhu. Zkušenosti a potřeby hrdiny jsou vlastně zkušenostmi a potřebami vyšetřované osoby (Svoboda, 1999).

Potřeba je jedním ze základních termínů Murrayovy teorie osobnosti, kterou nazývá personologií. Podle něho má inventář lidských potřeb více jak 40 položek. Systém potřeb tvoří schéma osobnosti, které je třeba diagnostikovat. Potřeby jsou odpovědí na vnější tlaky, vnější síly, které mohou ovlivňovat chování člověka. Murray dělí potřeby na prvotní (viscerogenní- potřeba sexu, agrese, apod.) a druhotné (psychogenní-potřeba vedení, řízení, porozumění atd.). Příběhy jsou analyzovány podle seznamu vnitřních potřeb (mends) a vnějších tlaků (press).

Čermák (2005) uvádí, že na tabulích si lze všimnout stimulačních komponent, charakteristik obsahů obrázků a charakteristik struktury obrázků. Hodnotíme i postavy, které na obrázku nejsou a jsou výsledkem pouhé fantazie. Zajímají nás dominující rysy příběhu (přátelskost-nepřátelskost, láska-nenávist apod.), zda v postavách lze nalézt rysy shodné s rysy jeho rodičů, nebo zda v příbězích převažuje aktivita či naopak nuda a pasivita. Podstatné pro nás je i to, jak pacient vidí rozuzlení příběhu, jak celý příběh dopadne (optimisticky či beznadějně). Na tomto základě je stanovována a kvantifikována řada proměnných-dominance, starostlivost a také různé typy agresí (verbální, fyzická, na sebe zaměřená).

Test se standardně předkládá ve dvou sériích po deseti obrázcích a ve dvou sezeních, která jsou provedena ve dvou dnech po sobě. Posuzovaná osoba má za úkol popsat:

- 1) Jak příběh probíhá a jak skončí.
- 2) Co si jednotlivé osoby myslí a cítí.
- 3) Proč k dané situaci došlo.
- 4) Jaké bude rozuzlení příběhu.
- 5) Na co osoby na obrázcích myslí.

Po skončení druhého sezení má následovat dotazování, ve kterém si examinátor může objasnit některé nejasnosti.

U každého příběhu se vychází z analýzy obsahu příběhu, kdy hodnotíme:

- 1) Hrdinu-postavu, se kterou se pacient identifikuje. Hrdinou bývá obvykle postava stejného pohlaví.
- 2) Motivy, tendence a city hrdiny. U hrdinů všech dvaceti příběhů pozorujeme jejich typy osobnosti, co cítí, konají, jak se projevují, jaké mají problémy, nemoci, potíže.
- 3) Vnější síly, které se vyskytují v hrdinově okolí-sociální kontext v konfrontaci s hrdinou. Povšimneme si objektů a lidí vytvořených obrazotvorností. Podtrhneme rysy, které se objevují u lidí, se kterými hrdina jedná (přátelské-nepřátelské).
- 4) Rozuzlení – nejdůležitějším úkolem interpreta je zjistit poměr sil vycházejících z hrdiny a sil vnějších. Jak reaguje, když se setká s odporem, zda situace vytváří a ovládá, za jakých podmínek selhává apod.
- 5) Témata-obsahují interakci hrdinových potřeb s vnějšími silami, která vyústí v rozuzlení (úspěch nebo prohra, útok či útěk).

Test tvoří 31 obrázků (tabulí), na kterých jsou nakresleni převážně lidé (ženy, muži, děti) v mnohovýznamových životních situacích. Z těchto obrázků lze vytvořit čtyři série pro různé skupiny (mužů, žen, dívek i chlapců). Na rubu tabule je pořadové číslo a písmeno, které označuje pro kterou populační skupinu je tabule především určena (M-muži, F-ženy, B-chlapci, G-dívky). Jeden obrázek (číslo 16) je tvořen pouze bílou plochou. Subjekt zde má za úkol promítnout představu vlastního libovolného obrázku a děje.

TAT patří mezi 10 nejpoužívanějších psychologických diagnostických metod. Je přípustný i výběr určitého počtu tabulí (například 10) vhodných pro určitou problémovou oblast a ty se při vyšetření exponují. Tuto variantu jsme zvolili i my. Vybrali jsme tabule, u kterých jsme předpokládaly vyšší výskyt agresivních tendencí či a odpovědí (*příloha 7*). Mezi vybrané tabule jsme zařadili 3 BM, 7 BM, 8BM, 14, 15, 16 (prázdna tabule), 17 GF, 18, BM, 18 GF, 20. Tabule byly symbolizovány vyzývacími podněty suicidalita, agrese, deprese, smrt, strach, napětí a vztahy k rodičovským či významným autoritám. Na 16 (volné tabuli) měl pacient za úkol vytvořit sám scénu a popsat v ní příběh.

7. MATEMATICKO-STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Pro statistické zpracování dat a ověření výzkumných otázek jsme použili analýzu variance (modul ANOVA ze statistického programu SPSS). Testovali jsme rozdíly skupinových průměrů sledovaných škál použitých dotazníků a vybraných indexů projektivních testů mezi čtyřmi skupinami (kontrolní skupina, skupina pacientů s poruchami osobnosti, pacientů s afektivními poruchami a pacientů s psychotickým onemocněním). Pro simultánní testování post hoc kontrastu jsme zvolili oboustranný test LSD - least square differences. Při organizaci výsledků do tabulek byla snaha o přehlednost a srozumitelnost. Jsou zde označeny názvy příslušných škál a indexů, diagnostické skupiny, počty osob ve skupinách, skupinové průměry a směrodatné odchylky. Vždy je uvedena hodnota „F“ a „p“, přičemž v případě statistické významnosti je vedle „p“ označena i úroveň statistické významnosti. V posledním sloupci jsou uvedeny skupiny, mezi nimiž byl zjištěn statisticky významný rozdíl (zkratky jsou vysvětlené v legendě pod tabulkou).

8. VÝSLEDKY

Výsledky prezentované v této doktorské práci vyplývají z psychodiagnostických měření u souboru 151 pacientů, rozdělených do čtyř skupin a vyšetřených baterií sedmi psychologických testů se zaměřením na měření a posuzování agrese. Z jednotlivých měření u jednotlivých testů vyplývají tyto výsledky.

Výsledky měření dotazníkem impulzivity IVE (Impulsiveness, Venturesomeness and Empathy).

Tab.5. Dotazník impulzivity IVE. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na škálách empatie, dobrodružnosti a impulzivity.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
IVE-E Empatie	Kontrolní	36	9,44	4,430	0,810	0,491 (n.s.)	
	PO	40	10,33	4,875			
	D	39	8,87	4,450			
	SCH	36	9,00	4,510			
	Celkem	151	9,42	4,567			
IVE-V Dobrodružnost	Kontrolní	36	9,86	3,863	0,498	0,684 (n.s.)	
	PO	40	10,30	5,249			
	D	39	10,23	5,664			
	SCH	36	9,06	4,660			
	Celkem	151	9,88	4,907			
IVE-I Impulzivita	Kontrolní	36	8,58	5,168	3,422	0,019*	PO
	PO	40	11,08	5,146			KO, D
	D	39	7,69	4,894			PO
	SCH	36	9,11	4,132			
	Celkem	151	9,14	4,979			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny písmeny (n.s.).

Z tabulky 5 vyplývá, že statisticky významné rozdíly mezi skupinovými průměry byly zjištěny na škále impulzivity dotazníku IVE ($p < 0,05$). Průměry skupin naznačují zvýšený skóre u pacientů s poruchami osobnosti oproti kontrolní a ostatním klinickým skupinám. To naznačuje vyšší přítomnost impulzivních tendencí a patrně i nižší schopnost ovládat afektivní impulzy u pacientů s poruchami osobnosti.

Výsledky měření Freiburským osobnostním dotazníkem FPI (Freiburger Persönlichkeits Inventar).

Tab.6. Freiburský osobnostní dotazník FPI. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
FPI-1 Nervozita	Kontrolní	36	4,44	1,919	4,110	0,008**	PO,D,SCH
	PO	40	6,10	2,447			KO
	D	39	5,95	2,339			KO
	SCH	36	5,94	2,552			KO
	Celkem	151	5,63	2,402			
FPI-2 Agresivita	Kontrolní	36	5,83	1,699	0,827	0,481 (n.s.)	
	PO	40	5,78	1,860			
	D	39	5,21	2,041			
	SCH	36	5,50	2,210			
	Celkem	151	5,58	1,958			
FPI-3 Deprese	Kontrolní	36	4,53	1,748	8,475	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	6,78	1,732			KO,SCH
	D	39	6,38	2,301			KO
	SCH	36	5,72	2,410			KO,PO
	Celkem	151	5,89	2,217			
FPI-4 Vzrušivost	Kontrolní	36	4,33	2,000	4,235	0,007**	PO,D,
	PO	40	5,65	2,070			KO
	D	39	5,85	2,379			KO,SCH
	SCH	36	4,78	2,044			D
	Celkem	151	5,18	2,200			
FPI-5 Družnost	Kontrolní	36	5,86	1,885	2,628	0,053 (n.s.)	D
	PO	40	5,68	2,336			D
	D	39	4,59	2,291			KO,PO,SCH
	SCH	36	5,67	2,293			D
	Celkem	151	5,44	2,250			
FPI-6 Mírnost, klid	Kontrolní	36	6,17	1,905	2,685	0,049*	D
	PO	40	5,50	2,124			
	D	39	4,85	2,084			KO
	SCH	36	5,78	2,205			
	Celkem	36	6,17	1,905	2,685	0,049*	D
FPI-7 Reaktivní agrese, dominance	Kontrolní	36	4,31	2,240	1,303	0,276 (n.s.)	
	PO	40	5,00	2,000			
	D	39	4,28	1,589			
	SCH	36	4,75	1,763			
	Celkem	151	4,59	1,916			

Tab.6. (pokračování) Freiburský osobnostní dotazník FPI. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
FPI-8 Zdržlivost	Kontrolní	36	4,67	1,773	2,796	0,025*	PO,D
	PO	40	5,70	2,255			KO
	D	39	6,00	2,115			KO
	SCH	36	5,53	2,131			
	Celkem	151	5,49	2,119			
FPI-9 Otevřenost	Kontrolní	36	8,81	0,577	3,216	0,042*	SCH
	PO	40	8,80	0,516			SCH
	D	39	8,69	1,301			SCH
	SCH	36	8,14	1,533			KO,PO,D
	Celkem	151	8,62	1,095			
FPI-E Extraverze	Kontrolní	36	6,25	1,763	2,092	0,104 (n.s.)	
	PO	40	6,50	1,948			D
	D	39	5,36	2,254			PO
	SCH	36	6,00	2,449			
	Celkem	151	6,03	2,141			
FPI-N Emocionální labilita	Kontrolní	36	5,19	1,704	6,162	0,001**	PO,D
	PO	40	6,83	1,796			KO,SCH
	D	39	6,79	2,154			KO,SCH
	SCH	36	5,75	2,247			PO,D
	Celkem	151	6,17	2,087			
FPI-M Maskulinita	Kontrolní	36	6,08	2,048	3,033	0,031*	PO,D,SCH
	PO	40	4,95	2,385			KO
	D	39	4,56	2,404			KO
	SCH	36	4,92	2,322			KO
	Celkem	151	5,11	2,345			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny (n.s.).

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami byly u tohoto dotazníku zaznamenány u škály deprese ($p < 0,001$). Z dalších výsledků jsme zjistili významné rozdíly mezi skupinami na škálách vzrušivosti, frustrační tolerance a neuroticismu ($p < 0,01$). V doplňujících škálách byly signifikantní rozdíly mezi skupinami u emocionální labilita ($p < 0,01$) a maskulinity či fenininity ($p < 0,05$). Na škálách, měřících agresivní rysy (spontánní či reaktivní agrese) přímo nebyly ani v jednom případě statisticky významné rozdíly v manifestních projevech agrese mezi skupinami nalezeny.

Pokud se zaměříme na vybrané škály, z konečných výsledků vyplývá, že na škále FPI 1 posuzující neurotické rysy (podrážděnost, neklid, tendence k afektivnímu jednání) byly zjištěny nejvyšší skupinové průměry u pacientů s poruchami osobnosti ($M=6,10$). Škála agresivity (FPI 2) neprokazovala statisticky významné rozdíly mezi skupinami. Naopak na škále deprese (FPI 3) tyto rozdíly u skupin významné byly ($p<0,001$). Symptomy jako je podrážděnost, rozladěnost, nespokojenost, pesimismus a zlá nálada byly nejvíce přítomny u pacientů s poruchami osobnosti ($M=6,78$) a depresivních pacientů ($M=6,38$). Na škále FPI 4 (vzrušivost, frustrační tolerance, neklid) jsme zaznamenali zvýšené skupinové průměry u depresivních pacientů ($M=5,85$) a u poruch osobností ($M=5,65$). U škály FPI 5 (družnost – zdrženlivost) jsme nezaznamenali signifikantní skupinové rozdíly vztahující se k uvedeným symptomům. Na škále FPI 6 (mírnost, klid versus neklid a nerozhodnost) byly v projevech vystihujících dráždivost, přecitlivělost, obavy, váhavost, nerozhodnost či neklid, statisticky významné rozdíly mezi skupinami s nejvyšší průměrnou hodnotou u depresivních pacientů ($M=4,85$). Škála reaktivní agrese FPI 7 neprokazovala, podobně jako škála dvě, statisticky významné rozdíly v porovnání mezi skupinami. Přesto je ale zřejmé, že tendence k egocentrickému postoji, prosazování vlastních zájmů na úkor druhých, sklon k autoritativnímu způsobu chování a agresivním reakcím byly nejsilnější u skupiny pacientů s poruchami osobnosti ($M=5,00$). U škály FPI 8 (zdrženlivost, nesmělost) byly zjištěny nejvyšší průměrné hodnoty u skupiny depresivních pacientů ($M=6,00$). Na škále FPI 9 (otevřenost - nekritičnost a uzavřenost) byla zjištěna nejnižší průměrná hodnota ($M=8,14$) u skupiny psychotických pacientů, což může odrážet i jejich větší izolovanost (autismus) od vnějšího světa. Zvýšené skupinové průměry na této škále u všech skupin mohou být i odrazem určité snadnosti této škály, což často zvyšuje výsledné hodnoty. Někteří autoři (Kollárik, 1984) uvádějí, že tuto škálu lze považovat i za tzv. korekční škálu, tedy něco na způsob známé lži škály, podobně jako je tomu u některých dotazníků (EOD, MMPI - 2). Je běžné, že řada lidí má tendence se posuzovat v tzv. „lepším světle“ a idealizovat si obraz osobě.

U doplňkových škál byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinami na škále emoční lability, zejména u pacientů s poruchami osobnosti ($M=6,83$) a depresivních pacientů ($M=6,79$). Na škále maskulinity-femininity byly nejnižší průměrné hodnoty ($M=4,56$) u depresivních pacientů. To může být v důsledku jejich větší přecitlivělosti, nižší frustrační tolerance a celkové maladaptivní struktury osobnosti. Naopak nejvyšších průměrných hodnot na škále maskulinity dosáhli studenti z kontrolní skupiny, což může být v důsledku jejich studijního zaměření (sportovci, tělocvikáři).

Z výsledků dotazníku je patrné, že nejvíce zvýšených skupinových průměrů dosahovali pacienti s poruchami osobnosti, u nichž je „bohatá symptomatologie“ vztahující se psychopatologickým rysům, reaktivní agresi a maskulinnímu chování. Depresivní pacienti měli zvýšené skupinové průměry u symptomů vztahujícím se k tomuto syndromu a k femininnímu chování.

U schizofrenních pacientů byly skupinové průměry nejnižší, tedy že osobnostní psychopatologie bývá často „překryta“ probíhajícím psychotickým procesem či poruchou.

Výsledky měření Inventářem stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI (Persönlikeits-Stil und Störungs-Inventar).

Tab.7. Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
PSSI-1 styl sebejistý, porucha disociální	Kontrolní	36	55,58	7,101	2,246	0,085 (n.s.)	PO
	PO	40	59,93	10,184			KO,D
	D	39	55,49	9,928			PO
	SCH	36	58,75	9,458			
	Celkem	151	57,46	9,405			
PSSI-2 styl nedůvěřivý, porucha paranoidní	Kontrolní	36	52,42	8,160	4,174	0,007**	PO
	PO	40	60,48	8,933			KO
	D	39	56,26	12,496			SCH
	SCH	36	55,75	9,723			KO
	Celkem	151	56,34	10,307			
PSSI-3 styl rezervovaný, porucha schizoidní	Kontrolní	36	54,69	8,612	1,040	0,377 (n.s.)	
	PO	40	53,08	8,244			
	D	39	56,56	10,041			
	SCH	36	55,19	8,451			
	Celkem	151	54,87	8,878			
PSSI-4 styl sebekritický, porucha sebenejistá	Kontrolní	36	52,75	9,253	2,210	0,089 (n.s.)	D
	PO	40	56,65	10,344			
	D	39	59,23	11,361			KO
	SCH	36	54,83	13,979			
	Celkem	151	55,95	11,479			
PSSI-5 styl pečlivý, porucha nutková	Kontrolní	36	57,72	7,637	1,016	0,388 (n.s.)	
	PO	40	55,58	8,735			
	D	39	54,33	9,094			
	SCH	36	56,39	8,974			
	Celkem	151	55,96	8,643			
PSSI-6 styl intuitivní, poruchy schizotypní	Kontrolní	36	57,19	10,315	1,653	0,180 (n.s.)	
	PO	40	60,18	8,664			D
	D	39	55,59	8,110			PO
	SCH	36	57,47	10,095			
	Celkem	151	57,64	9,362			
PSSI-7 styl optimistický, porucha rapsodická	Kontrolní	36	59,42	8,470	4,402	0,005**	D
	PO	40	59,45	10,658			D
	D	39	53,00	9,714			KO,PO,SCH
	SCH	36	60,14	10,548			D
	Celkem	151	57,94	10,236			

Tab.7. (pokračování) Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
PSSI-8 styl ctižádostivý, poruchy narcistická	Kontrolní	36	51,94	8,802	5,105	0,002**	PO
	PO	40	58,83	7,221			KO,D
	D	39	52,74	7,738			PO
	SCH	36	55,67	10,494			
	Celkem	151	54,86	8,947			
PSSI-9 styl kritický, porucha negativistická	Kontrolní	36	56,47	9,179	7,212	0,000***	PO,SCH
	PO	40	66,00	9,541			KO,D
	D	39	60,85	10,985			PO
	SCH	36	64,44	8,537			KO
	Celkem	151	62,03	10,212			
PSSI-10 styl loajální, porucha závislá	Kontrolní	36	59,36	6,179	3,929	0,010*	PO
	PO	40	66,00	7,910			KO,D,SCH
	D	39	59,97	10,786			PO
	SCH	36	61,61	11,842			PO
	Celkem	151	61,81	9,715			
PSSI-11 styl impulzivní, porucha borderline	Kontrolní	36	50,44	7,876	14,136	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	65,68	9,768			KO,D,SCH
	D	39	60,54	12,017			KO
	SCH	36	60,00	11,094			
	Celkem	151	59,36	11,608			
PSSI-12 stal příjemný, porucha histrionská	Kontrolní	36	53,64	8,529	4,614	0,004**	PO
	PO	40	59,90	11,008			KO,D
	D	39	51,49	11,047			PO
	SCH	36	56,14	11,238			
	Celkem	151	55,34	10,914			
PSSI-13 styl klidný, porucha depresivní	Kontrolní	36	49,67	8,822	9,280	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	61,78	10,604			KO,SCH
	D	39	61,36	12,535			KO,SCH
	SCH	36	55,08	13,670			KO,PO,D
	Celkem	151	57,19	12,473			
PSSI-14 styl ochotný, porucha obětující se	Kontrolní	36	59,25	6,682	2,691	0,048*	PO
	PO	40	64,53	9,959			KO,PO,D
	D	39	58,85	8,919			PO
	SCH	36	59,86	13,609			PO
	Celkem	151	60,69	10,249			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny (n.s.).

Z výsledků tabulky 7 vyplývají statisticky významné rozdíly mezi skupinami u deprese, hraničních a negativistických rysů osobnosti ($p < 0,001$) i u narcistickým, paranoidních, senzitivních a histriónských rysů ($p < 0,01$). Na škále PSSI 2 (nedůvěra-paranoidní porucha) byly zjištěny zvýšené tendence k nedůvěře či paranoidním rysům u pacientů s poruchami osobnosti ($M=60,48$). Na škále PSSI 7 (optimismus, entusiasmus) byly nejnižší skupinové průměry ($M=53,00$) u depresivních pacientů. U škály PSSI 8 (egocentrismus, narcistické rysy) byly zvýšeny průměrné hodnoty u poruch osobnosti ($M=58,83$). U škály PSSI 9 (kritičnost, negativismus) byly nejvíce zvýšeny průměrné hodnoty ($M=66,00$) u poruch osobnosti a schizofrenních pacientů ($M=64,44$). Na škále popisující závislé chování (PSSI 10) dosáhli nejvyšších skupinových průměrů pacienti s poruchou osobnosti ($M=66,00$). Na škále měřící impulzivitu a emoční nestabilitu byly zvýšené skupinové průměry u pacientů s poruchami osobnosti ($M=65,68$). Rovněž i některé symptomy vztahující se k histriónským rysům škála PSSI 12, byly „osobnostní výbavou“ pacientů s poruchami osobnosti ($M=59,90$). U škály vztahující se k depresivnímu syndromu byly zvýšené průměrné hodnoty u poruch osobnosti a depresivních pacientů ($M=61,78$ a $61,36$). Na škále PSSI 14, která je charakteristická jako škála vztahující se k altruistickému či loajálnímu chování nejvíce, skórovali pacienti s poruchami osobnosti ($M=64,53$). Tato škála bývá (podobně jako škála FPI 9) považovaná za nejsnadnější. Její položky umožňují „vylepšit si svůj obraz,“ jevit se jinak než ve skutečnosti. Na zbývajících škálách jsme nezjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami.

Z výsledků vyplývá, že pacienti s poruchami osobnosti měli zvýšené průměrné hodnoty u řady položek charakterizujících paranoidní, narcistické, negativistické, impulzivní, histriónské i depresivní rysy. U depresivních pacientů byly zvýšeny průměrné hodnoty u pesimismu a impulzivity. U schizofrenních pacientů byly zvýšené skupinové průměry u paranoidity, impulzivity, negativismu a rysů vztahujících se k hraničně strukturované osobnosti.

Výsledky měření Minnesotským multifázovým osobnostním inventářem MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Tab.8. Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
MMPI- ? škála „nevím, nemohu říci“	Kontrolní	36	17,97	10,061	2,414	0,069 (n.s.)	SCH
	PO	40	24,35	17,244			
	D	39	27,54	24,840			
	SCH	36	31,33	30,213			KO
	Celkem	151	25,32	22,213			
MMPI-L Lži škála	Kontrolní	36	45,11	7,332	4,761	0,003**	D,SCH
	PO	40	45,83	9,989			KO,D,SCH
	D	39	50,69	9,644			KO,D
	SCH	36	52,42	12,543			KO,D
	Celkem	151	48,48	10,410			
MMPI-F F škála	Kontrolní	36	58,53	13,578	7,823	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	81,30	24,905			KO
	D	39	71,85	17,489			KO
	SCH	36	76,33	26,464			KO
	Celkem	151	72,25	22,721			
MMPI-K K škála	Kontrolní	36	39,67	12,597	3,782	0,012*	PO,D
	PO	40	29,83	11,300			KO
	D	39	31,72	13,705			KO
	SCH	36	34,06	15,815			
	Celkem	151	33,67	13,776			
MMPI-Hs škála hypochondrie	Kontrolní	36	53,86	8,609	12,217	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	74,95	18,827			KO
	D	39	72,72	17,539			KO
	SCH	36	68,75	18,560			KO
	Celkem	151	67,87	18,290			
MMPI-D škála deprese	Kontrolní	36	50,61	10,459	12,668	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	67,45	19,782			KO
	D	39	74,28	17,470			KO,SCH
	SCH	36	59,81	20,204			KO,SCH
	Celkem	151	63,38	19,426			
MMPI-Hy škála konverzní hysterie	Kontrolní	36	44,17	10,995	9,066	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	60,88	17,730			KO
	D	39	61,05	13,151			KO
	SCH	36	56,06	20,467			KO
	Celkem	151	55,79	17,264			

Tab.8. (pokračování) Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
MMPI-Pd škála psychopatie	Kontrolní	36	47,83	12,452	17,484	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	77,72	19,636			KO,SCH
	D	39	69,62	17,816			KO
	SCH	36	64,56	22,457			KO,SCH
	Celkem	151	65,36	21,304			
MMPI-Mf škála maskulinity- femininity	Kontrolní	36	45,00	13,025	5,978	0,001**	PO,D
	PO	40	52,08	11,718			KO,SCH
	D	39	53,54	9,553			KO,SCH
	SCH	36	43,44	15,718			PO,D
	Celkem	151	48,71	13,232			
MMPI-Pa škála paranoidity	Kontrolní	36	44,56	8,984	11,340	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	66,45	19,878			KO
	D	39	63,62	16,622			KO
	SCH	36	60,94	22,343			KO
	Celkem	151	59,19	19,476			
MMPI-Pt škála psychastenie	Kontrolní	36	56,33	12,036	12,643	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	80,47	21,704			KO,SCH
	D	39	81,05	21,443			KO,SCH
	SCH	36	69,61	22,426			KO
	Celkem	151	72,28	22,153			
MMPI-Sc škála schizofrenie	Kontrolní	36	55,53	11,490	11,092	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	82,55	23,291			KO
	D	39	75,59	22,076			KO
	SCH	36	73,53	24,551			KO
	Celkem	151	72,16	23,122			
MMPI-Ma škála hypomanie	Kontrolní	36	53,36	12,597	4,310	0,006**	PO,D,SCH
	PO	40	66,40	15,437			KO
	D	39	60,85	14,300			KO
	SCH	36	60,83	20,116			KO
	Celkem	151	60,53	16,334			
MMPI-Si škála sociální introverze	Kontrolní	36	49,56	12,199	7,555	0,000***	PO
	PO	40	56,13	13,588			D
	D	39	64,00	16,039			KO,SCH
	SCH	36	50,39	17,293			D
	Celkem	151	55,23	15,851			
MMPI-Hy5 škála inhibice agrese	Kontrolní	36	49,31	11,399	2,367	0,073 (n.s.)	D
	PO	40	46,20	10,281			
	D	39	43,08	10,624			KO
	SCH	36	49,17	14,518			D
	Celkem	151	46,84	11,921			

Tab.8. (pokračování) Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
MMPI-Pd3 škála sociální nevzrušitelnosti	Kontrolní	36	42,53	13,334	3,932	0,010*	D
	PO	40	40,42	15,748			D
	D	39	32,18	14,538			KO, PO
	SCH	36	35,31	14,720			KO
	Celkem	151	37,58	15,064			
MMPI-Sc5 škála nedostatku sebekontroly-defekt.inhibice	Kontrolní	36	54,75	12,969	7,759	0,000***	KO,D,SCH
	PO	40	76,95	23,989			KO
	D	39	71,87	22,938			KO
	SCH	36	72,50	23,019			KO
	Celkem	151	69,28	22,724			
MMPI-O-H škála nadměrné kontroly hostility	Kontrolní	36	42,92	12,447	0,841	0,473 (n.s.)	
	PO	40	38,78	12,063			
	D	39	41,41	13,514			
	SCH	36	38,67	16,910			
	Celkem	151	40,42	13,791			
MMPI-Do škála dominance	Kontrolní	36	38,94	11,359	11,326	0,000***	PO,D,SCH
	PO	40	25,45	16,032			KO
	D	39	23,26	14,054			KO
	SCH	36	21,81	14,266			KO
	Celkem	151	27,23	15,473			
MMP-ANG škála zloby	Kontrolní	36	55,92	11,095	3,589	0,015*	PO
	PO	40	65,35	15,068			KO, SCH
	D	39	59,92	13,708			
	SCH	36	57,03	14,835			PO
	Celkem	151	59,72	14,156			
MMP-ASP škála antisociálního chování	Kontrolní	36	59,00	11,354	5,904	0,001**	PO
	PO	40	69,43	12,677			KO,D,SCH
	D	39	62,62	13,620			PO
	SCH	36	57,72	15,638			PO
	Celkem	151	62,39	14,040			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny (n.s.).

V tomto osobnostním inventáři jsme zaznamenali nejvíce signifikantních rozdílů mezi skupinami. Z validizačních škál jsme zjistili statisticky významné hodnoty u F škály ($p < 0,001$), lži škály ($p < 0,01$) a na K škále ($p < 0,5$). U klinických škál byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinami na hladině statistické významnosti ($p < 0,001$) u škál hypochondrie, deprese, konverzní hysterie, psychopatie, paranoidity, psychastenie, schizofrenie a sociální introverze. Prakticky na všech klinických škálách (mimo škálu makulinity – femininity a škálu hypomanie) byly statisticky významné hodnoty v rozdílech mezi skupinami na hladině statické významnosti ($p < 0,001$). Z přídavných škál jsme zjistili statisticky významné hodnoty u škál vztahujících se k nedostatečné sebekontrolě ($p < 0,001$), snížené dominanci, tendencím k asociálnímu chování ($p < 0,01$) a zlobným reakcím ($p < 0,05$).

Z jednotlivých škál vyplývá, že nevyšší hodnoty ve skupinových průměrech u validizační F škály dosáhli pacienti s poruchami osobnosti ($M=81,30$). Tato škála se považuje za hrubý index psychického distresu a vztahuje se k závažné psychopatologii, připouštění si více problémů než je ve skutečnosti nutné a v neposlední řadě i za znak agravace. Zvýšení skupinových průměrů na lži škále bylo nejvyšší u psychotických ($M=52,52$) a depresivních pacientů ($M=50,69$). To koresponduje s výsledky z předcházejících dvou testů (FPI a PSSI), kdy jsme u těchto pacientů zjistili podobné tendence. Lži škála nemusí vždy vypovídat o tom, že by posuzovaný jedinec lhal. Je i určitým ukazatelem kritického vnímání sebe či okolního světa a objektivního vhledu do něj. To, že někteří lidé mají snahu přikrášlovat, upravovat a jakkoliv idealizovat reálný svět i sebe v něm, bylo již zmiňováno. U psychotických pacientů je zkreslování reality podmíněno zvýšenou nekritičností, oslabeného kontaktu s ní či řadou psychotických fenoménů, které zkreslují objektivní posuzování vnějšího světa i sebe sama. Statisticky významné rozdíly mezi skupinami na K škále (která je charakteristická jako indikátor defenzivity, sebekontroly a zahrnuje i oblast interpersonálních vztahů) mohou vypovídat o nedostatečných obranných mechanismech a přítomnosti zvýšeného psychického distresu u pacientů s poruchami osobnosti ($M=29,83$).

U jednotlivých klinických škál jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami u tzv. neurotických škál (hypochondrie, deprese a konverzní hysterie). Na škále hypochondrie a konverzní hysterie byly zvýšené průměrné hodnoty u pacientů s poruchami osobnosti. Na škále deprese dosáhli podle očekávání nejvyšších průměrných hodnot ($M=74,28$) depresivní pacienti. Na škále psychopatie dosáhli nejvyšší hodnoty skupinových průměrů pacienti s poruchami osobnosti ($M=77,72$). Na páté klinické škále (maskulinita-femininita) byli nejvíce „maskulinní“ depresivní pacienti. To je v rozporu se zjištěním v předcházejícím testu FPI, kde právě depresivní pacienti měli nejnižší průměrné hodnoty. Na škále paranoidity (podobně jako v PSSI testu) dosahovali nejvyšších průměrných hodnot pacienti s poruchami osobnosti. Nejméně psychastenických rysů se projevovalo u psychotických pacientů ($M=69,61$) oproti pacientům s poruchami osobnosti ($M=80,47$) a depresivním pacientům ($M=81,05$). Na škále schizofrenie měli nejvyšší průměrnou hodnotu pacienti s poruchami osobnosti ($M=82,55$). Psychotičtí pacienti měli překvapivě ze všech klinických skupin na této škále nejnižší průměrné hodnoty ($M=73,53$).

Mezi přídatné škály jsme zařadili ty, u kterých jsme předpokládali možný výskyt znaků vztahujících se k agresivitě. Na škále inhibice agrese a škále nadměrné kontroly hostility jsme statisticky významné rozdíly mezi skupinami ve sledovaných znacích nezjistili. Na 0,01% hladině statistické významnosti jsme zaznamenali u poruch osobnosti zvýšené průměrné hodnoty na škálách vztahujících se k tzv. sebekontrolě, oslabení v kontrole impulzů, disociaci afektů a dominanci. U pacientů s poruchami osobnosti jsme rovněž zjistili zvýšené průměrné hodnoty u škály zloby a antisociálního chování.

Lze usuzovat, že v projevech agresivního chování byli nejvíce zastoupeni pacienti s poruchami osobnosti. U nich je pestrá psychopatologie s řadou neurotických symptomů, včetně zvýšených hodnot na škálách hypochondrie a konverzní hysterie. Z přídatných škál měli tito pacienti zvýšené průměrné hodnoty i u položek vztahujících se k ovládní svých impulzů, zloby a antisociálního chování. U depresivních pacientů jsme zaznamenali zvýšené průměrné hodnoty u validizační F škály, neurotických klinických škál (neurotická triáda) s dominující depresivní symptomatologií, psychastenickými a schizoidními rysy. U schizofrenních pacientů byly zvýšené průměrné hodnoty na Lži škále, na škále dominance a překvapivě nejnižší na škále schizofrenie.

Výsledky měření Rorschachovým testem (ROR).

Tab.9. Rorschachův test. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
ROR G interpretace celku	Kontrolní	36	6,92	3,938	0,464	0,464 (n.s.)	
	PO	40	7,85	3,239			
	D	39	8,00	5,731			
	SCH	36	7,33	4,536			
	Celkem	151	7,54	4,433			
ROR D interpretace detailu	Kontrolní	36	2,56	1,963	1,512	0,214 (n.s.)	PO
	PO	40	4,70	5,145			KO
	D	39	3,77	6,015			
	SCH	36	3,75	2,872			
	Celkem	151	3,72	4,411			
ROR Dd interpretace neobvyklého (malého) detailu	Kontrolní	36	0,03	0,167	2,214	0,089 (n.s.)	D
	PO	40	0,25	0,707			
	D	39	0,36	0,778			KO
	SCH	36	0,17	0,378			
	Celkem	151	0,21	0,581			
ROR B Interpretace lidských pohybů	Kontrolní	36	0,78	0,187	1,005	0,392 (n.s.)	
	PO	40	1,23	0,177			
	D	39	1,31	0,318			
	SCH	36	1,22	0,229			
	Celkem	151	1,14	0,118			
ROR BT Interpretace zvířecích pohybů	Kontrolní	36	1,25	0,366	2,209	0,089 (n.s.)	
	PO	40	1,63	0,217			SCH
	D	39	1,54	0,314			SCH
	SCH	36	0,69	0,198			PO, SCH
	Celkem	151	1,29	0,142			
ROR BO Interpretace pohybů u neživých objektů	Kontrolní	36	0,31	0,131	1,240	0,298 (n.s.)	
	PO	40	0,50	0,113			
	D	39	0,38	0,158			
	SCH	36	0,17	0,085			
	Celkem	151	0,34	0,063			

Tab.9. (pokračování) Rorschachův test. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
ROR-ZW (S), meziplocha, bílý prostor	Kontrolní	36	2,44	1,629	2,058	0,108 (n.s.)	SCH
	PO	40	2,00	2,088			
	D	39	1,79	2,505			
	SCH	36	1,28	1,717			KO
	Celkem	151	1,88	2,049			
ROR-FbF (CF) barvově-tvarová odpověď	Kontrolní	36	0,19	0,401	1,932	0,127 (n.s.)	SCH
	PO	40	0,30	0,564			
	D	39	0,38	0,590			
	SCH	36	0,56	0,969			KO
	Celkem	151	0,36	0,667			
ROR-Fb (C) čistě barvová odpověď	Kontrolní	36	0,44	0,652	3,074	0,030*	SCH
	PO	40	0,85	0,893			
	D	39	0,67	1,132			
	SCH	36	1,25	1,746			KO
	Celkem	151	0,80	1,195			
ROR-HdF (C'F) šerosvitově-tvarová odpověď	Kontrolní	36	0,08	0,280	3,811	0,011*	SCH
	PO	40	0,03	0,158			SCH
	D	39	0,08	0,270			SCH
	SCH	36	0,36	0,867			KO,PO,D
	Celkem	151	0,13	0,485			
ROR-Hd (C') čistě šerosvitová odpověď	Kontrolní	36	0,06	0,232	1,028	0,382 (n.s.)	
	PO	40	0,15	0,483			
	D	39	0,08	0,354			
	SCH	36	0,22	0,637			
	Celkem	151	0,13	0,452			
ROR-/Fb/F (TF,VF,YF) odstínově tvarová odpověď	Kontrolní	36	0,00	0,000	0,678	0,567 (n.s.)	
	PO	40	0,00	0,000			
	D	39	0,03	0,160			
	SCH	36	0,03	0,167			
	Celkem	151	0,01	0,115			
ROR-/Fb/ (T,V,Y) čistě odstínová odpověď	Kontrolní	36	0,17	0,447	4,733	0,004**	SCH
	PO	40	0,30	0,516			SCH
	D	39	0,33	0,869			SCH
	SCH	36	0,92	1,500			KO,PO,D
	Celkem	151	0,42	0,955			
ROR-M interpretace lidí	Kontrolní	36	2,08	1,442	0,771	0,512 (n.s.)	
	PO	40	3,10	2,329			
	D	39	2,82	4,839			
	SCH	36	2,72	1,994			
	Celkem	151	2,70	2,982			

Tab.9. (pokračování) Rorschachův test. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami	
ROR-T interpretace zvířat	Kontrolní	36	5,03	1,905	3,003	0,032*	D	
	PO	40	6,15	2,769				
	D	39	6,79	3,813				KO,SCH
	SCH	36	5,31	2,505				
	Celkem	151	5,85	2,911				
ROR-Anat anatomické interpretace	Kontrolní	36	1,06	1,218	2,268	0,083 (n.s.)		
	PO	40	0,78	1,000				SCH
	D	39	0,67	1,325				
	SCH	36	1,58	2,655				
	Celkem	151	1,01	1,679				
ROR-KREV interpretace krve Blut	Kontrolní	36	0,03	0,167	2,787	0,043*	SCH	
	PO	40	0,23	0,480				
	D	39	0,13	0,409				
	SCH	36	0,36	0,798				KO
	Celkem	151	0,19	0,522				
ROR-SEX sexuální interpretace	Kontrolní	36	0,03	0,167	2,622	0,053 (n.s.)	SCH	
	PO	40	0,13	0,648				
	D	39	0,15	0,432				
	SCH	36	0,44	1,081				KO
	Celkem	151	0,19	0,677				
ROR-OHEŇ interpretace ohně	Kontrolní	36	0,08	0,280	0,944	0,421 (n.s.)	SCH	
	PO	40	0,23	0,530				SCH
	D	39	0,13	0,522				
	SCH	36	0,08	0,280				
	Celkem	151	0,13	0,427				KO,D
ROR-EXPL interpretace exploze	Kontrolní	36	0,08	0,280	0,509	0,676 (n.s.)		
	PO	40	0,10	0,304				
	D	39	0,05	0,223				
	SCH	36	0,17	0,697				
	Celkem	151	0,10	0,412				
ROR-C první odpovědi v poloze „C“	Kontrolní	36	1,81	2,012	0,550	0,649 (n.s.)		
	PO	40	1,75	3,086				
	D	39	2,46	3,590				
	SCH	36	2,25	2,523				
	Celkem	151	2,07	2,874				
ROR-AGG počet agresivních odpovědí	Kontrolní	36	0,36	0,593	2,569	0,057 (n.s.)	SCH	
	PO	40	0,88	1,137				
	D	39	0,79	1,436				
	SCH	36	1,11	1,326				KO
	Celkem	151	0,79	1,192				

Tab.9. (pokračování) Rorschachův test. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
ROR-ELT primární typ prožívání	Kontrolní	36	0,69	1,117	1,449	0,231(n.s.)	
	PO	40	1,33	1,328			
	D	39	1,31	1,989			
	SCH	36	1,17	1,342			
	Celkem	151	1,13	1,495			
ROR M+1 volba tabulí Morg. 1+	Kontrolní	36	7,00	2,736	0,530	0,663 (n.s.)	
	PO	40	6,70	2,989			
	D	39	7,41	3,118			
	SCH	36	7,44	3,264			
	Celkem	151	7,13	3,019			
ROR M+2 volba tabulí Morg. 2+	Kontrolní	36	7,14	2,631	0,414	0,743 (n.s.)	
	PO	40	6,73	2,855			
	D	39	6,46	2,723			
	SCH	36	6,83	2,396			
	Celkem	151	6,78	2,648			
ROR M-1 volba tabulí Morg. 1-	Kontrolní	36	4,11	2,866	1,234	0,299 (n.s.)	
	PO	40	4,53	2,837			
	D	39	3,85	2,423			
	SCH	36	3,39	2,382			
	Celkem	151	3,98	2,644			
ROR M-2 volba tabulí Morg. 2-	Kontrolní	36	4,44	2,741	0,448	0,719 (n.s.)	
	PO	40	4,35	2,656			
	D	39	5,03	2,924			
	SCH	36	4,75	3,111			
	Celkem	151	4,64	2,843			
ROR-V banální odpovědi	Kontrolní	36	4,31	1,564	5,156	0,002**	SCH
	PO	40	4,85	1,733			SCH
	D	39	4,59	1,916			SCH
	SCH	36	3,42	1,422			KO,PO,D
	Celkem	151	4,31	1,744			
ROR-NRI, index reality	Kontrolní	36	4,83	1,986	10,037	0,000***	SCH
	PO	40	4,64	1,246			SCH
	D	39	5,13	1,542			SCH
	SCH	36	3,19	1,687			KO,PO,D
	Celkem	151	4,47	1,788			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny (n.s.).

U vybraných znaků, vztahujících se k agresivním tendencím, jsme u apercepce (uchopení) nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami. Z determinant byly signifikantní rozdíly u skupin na hladině statistické významnosti ($p < 0,01$) u čistě šerosvitových odpovědí a u čistě barvových a odstínově-tvarových odpovědí ($p < 0,05$). Tyto znaky se vztahují zejména k emoční nestabilitě. V kategoriích tzv. „obsahů“ (tedy toho, čím je odpověď charakteristická) jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami v odpovědích zahrnujících odkazy na interpretaci zvířat, krve, výskytu odpovědi a kontrolu realitou.

Z rozboru znaků vztahujících se k nevyrovnané afektivní složce jsme zejména u determinant (jak byla odpověď určována - tvarem skvrny, barvou nebo kinestetickými počítky) zjistili výraznější zvýšení průměrných hodnot u skupiny psychotických pacientů především u čistě barvových odpovědí (Fb) u šerosvitově-tvarových odpovědí, ve kterých byl dominují odstín a tvar (HdF) a také u tzv. čistě odstínové odpovědi (/Fb/). Fb odpověď reprezentuje impulzivitu, která se hůře ovládá a přizpůsobuje společenským normám. Je snížena racionální kontrola a převažuje pudová složka, tj. tendence k vybití afektů a nebržděná emocionalita. HdF odpovědi bývají často spojovány s nevyrovnanými náladami a nedostatečnou tendencí je ovládat. Podobně i u /Fb/ odpovědi je dominující nevyrovnaná afektivní složka, která svědčí především o nezvládnutém úzkostném afektu.

Z obsahových kategorií byly významné odpovědi vztahující se k interpretaci zvířat ($p < 0,05$), zejména u depresivních pacientů. Tyto interpretace bývají nejfrekventovanější. Pokud přesahují normu (30%), bývají často spojovány s depresivním syndromem, což je podmíněno myšlenkovou nepružností, stereotypii či monotónností asociačních procesů. Z dalších obsahových kategorií byly statisticky významné rozdíly mezi skupinami (0,5%) v odpovědích zahrnujících interpretace krve. Ty nejčastěji do svých odpovědí zahrnují psychotičtí pacienti a pacienti s poruchami osobnosti. Odpovědi zahrnující interpretace krve bývají velmi často dávány do spojitosti s přemírou intrapsychické tenze, akutní tísně a úzkosti. Zvýšení výskytu těchto odpovědí může být v důsledku snížené schopnosti zvládat a regulovat své emoce. Na pozadí tenze bývají často nedostatečně asimilované a integrované agresivní impulzy, které bývají snadno aktivovány různými dráždivými podněty z okolí.

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami ($p < 0,01$) jsme zjistili i u položky vztahující se k běžným tzv. „V“ odpovědím s nejnižší frekvencí u psychotických pacientů. Tito pacienti bývají často vzdáleni reálnému světu. Tyto odpovědi se považují za tzv. ukazatel míry přizpůsobení myšlení sociální realitě, běžným sociálním pravidlům a bývají určitou zárukou konformity, která je nutná pro začlenění člověka do prostředí, tedy jistému „zakotvení“ v lidském světě (Říčan, 1981).

Významné rozdíly mezi skupinami ($p < 0,001$) jsme také zaznamenali i u tzv. kontroly reality, která je jednou z podstatných funkcí integrujícího Já. Je důležitým prostředníkem mezi potřebami a motivy všeho druhu v interakcích subjektu a podmínkami vnějšího prostředí. Rozsah realitního indexu je v rozmezí 1-8 bodů. Za normu lze považovat 5-7 bodů a ukazuje na sílu Já. Nejvyšší průměrné hodnoty u indexu reality měli depresivní pacienti ($M=5,13$) a nejnižší ($M=3,19$) psychotičtí pacienti.

Výsledky měření Testem ruky (Hand test - HT).

Tab.10. Test ruky. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
HT-INT interpersonální odpovědi	Kontrolní	36	6,97	1,647	0,147	0,931 (n.s.)	
	PO	40	6,70	1,772			
	D	39	7,08	2,813			
	SCH	36	6,83	3,910			
	Celkem	151	6,89	2,654			
HT-ENV enviromentální odpovědi	Kontrolní	36	4,67	2,496	1,223	0,304 (n.s.)	
	PO	40	3,80	2,139			
	D	39	4,51	3,433			
	SCH	36	3,75	2,196			
	Celkem	151	4,18	2,631			
HT-MAL maladjustivní odpovědi	Kontrolní	36	0,28	0,566	2,016	0,114 (n.s.)	D,SCH
	PO	40	0,55	0,783			
	D	39	0,74	1,044			KO
	SCH	36	0,72	1,162			KO
	Celkem	151	0,58	0,927			
HT-WITH odpovědi vyjadřující odstup	Kontrolní	36	0,36	0,683	10,852	0,000***	SCH
	PO	40	0,48	0,784			SCH
	D	39	0,64	0,932			SCH
	SCH	36	1,86	2,167			KO,PO,D
	Celkem	151	0,82	1,391			
HT-AOR index agrese (sociálně žádoucích projevů)	Kontrolní	36	3,61	1,153	1,470	0,225 (n.s.)	
	PO	40	3,05	1,358			
	D	39	3,77	2,058			
	SCH	36	3,11	2,470			
	Celkem	151	3,38	1,840			
HT-AOR2 míra agrese index agrese (soc. nežádoucích projevů)	Kontrolní	36	2,89	1,214	0,390	0,760 (n.s.)	
	PO	40	3,13	1,305			
	D	39	3,15	1,755			
	SCH	36	3,31	2,189			
	Celkem	151	3,12	1,645			
HT-AGG počet agresivních odpovědí	Kontrolní	36	2,89	1,214	0,419	0,740 (n.s.)	
	PO	40	3,20	1,265			
	D	39	3,15	1,755			
	SCH	36	3,31	2,189			
	Celkem	151	3,14	1,637			

Tab.10. (pokračování) Test ruky. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
HT-ACT akční tendence	Kontrolní	36	2,92	1,918	1,918	0,129 (n.s.)	PO
	PO	40	2,00	1,320			KO
	D	39	2,64	2,590			
	SCH	36	2,17	1,342			
	Celkem	151	2,42	1,888			
HT-PATH míra patologie	Kontrolní	36	0,89	1,326	10,151	0,000***	SCH
	PO	40	1,40	1,646			SCH
	D	39	2,18	3,268			SCH
	SCH	36	4,44	4,551			KO,PO,D
	Celkem	151	2,21	3,232			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny (n.s.).

V tomto projektivním testu jsme zaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami ($p < 0,001$) v odpovědích zahrnujících reakce vyjadřující interpersonální odstup a zvýšenou míru psychopatologie, především u psychotických pacientů. Odpovědi vyjadřující odstup (WITH) jsou odpovědi, které vyjadřují neadaptivní formy chování, zvýšené pocity stresu, oslabení či vyhýbání se interpersonálním nebo enviromentálním kontaktům. Tyto odpovědi jsou charakteristické oslabeným kontaktem s realitou. Odpovědi vyjadřující odstup zahrnují často bizarní produkci. Do této kategorie jsou zahrnuty i reakce, které hodnotíme jako „selhání“ či vynechání odpovědi. Vysoké skóre je vždy patologické a odráží problémy v realitě. Nebylo proto velkým překvapením, že nejvyšších průměrných hodnot dosahovali právě psychotičtí pacienti ($M=1,86$). Podobné výsledky u těchto pacientů jsme zjistili i na škále patologie (PATH), kde jsme u nich zaznamenali nejvyšší průměrné hodnoty ($M=4,44$).

Výsledky měření Tématicko apercepčním testem (Tematic Aperception test - TAT).

Tab.11. Tématicko apercepční test. Skupinové průměry, směrodatná odchylka a výsledky analýzy variance ANOVA. Testování efektu skupiny na osobnostních škálách.

Diagnostická metoda, položky	Skupina	Počet (N)	Průměr (M)	Směrodatná odchylka (SD)	ANOVA (F)	Statistická významnost (P)	Vzájemné porovnání rozdílů mezi skupinami
TAT-HA heteroagresivní tendence či témata	Kontrolní	36	1,11	1,508	1,027	0,382 (n.s.)	
	PO	40	1,73	1,414			
	D	39	1,59	1,446			
	SCH	36	1,97	1,320			
	Celkem	151	1,84	1,424			
TAT-AA autoagresivní tendence či témata	Kontrolní	36	0,39	0,645	1,332	0,266 (n.s.)	
	PO	40	0,70	1,043			
	D	39	0,64	0,811			
	SCH	36	0,42	0,770			
	Celkem	151	0,54	0,839			

Legenda: diagnostické kategorie. PO-pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D-pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH-pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků. Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní *** pro $p < 0,001$, ** pro $p < 0,01$, * pro $p < 0,05$. Statisticky nevýznamné hodnoty jsou označeny (n.s.).

V tomto testu jsme při posuzování heteroagresivních či autoagresivních tendencí nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami. Pokud ale sledujeme rozdíly v průměrech klinických skupin (i přes nesignifikantní rozdíly) je patrné, že odpovědi, ve kterých převažovaly heteroagresivní tendence, byly nejčastější u psychotických pacientů a autoagresivní tendence převažovaly u pacientů s poruchami osobnosti a depresivních.

9. KAZUISTIKY

Kazuistiky 1-5 dokumentují praktické způsoby měření a posuzování agrese u psychiatrických pacientů, které byly zpracovány formou psychologických nálezů. Pro doktorskou práci jsme vybrali ty, u nichž se vyskytovala rozličná forma agrese - od suidálních úvah a tendencí až po manifestní agresivní chování vůči věcem či druhým lidem.

9.1 KAZUISTIKA č. 1. *Diagnostická kategorie - poruchy osobnosti, (agrese proti lidem + abúzus alkoholu).*

S. N., 30 letá středoškolačka, dvakrát rozvedená, máka dvou dětí.

Účel vyšetření: Ošetřující lékař požadoval psychologické vyšetření se zaměřením na strukturu osobnosti a projevy agrese.

Souhrn vývoje problému: Pacientka byla přijata k opakované hospitalizaci na Psychiatrickou kliniku UK 1.LF a VFN v Praze pro časté agresivní tendence, hůře zvládanou impulzivitu k okolí, časté automutilace, suicidální myšlenky a suicidální chování. Po hádce s přítelem ho fyzicky napadla. V opilosti rovněž vyhrožovala, že skočí z okna bytu v 5. poschodí. Na kliniku byla přivezena rychlou záchranou službou. V anamnéze byla prokázána i závislost na psychoaktivních látkách (pervitin) a alkoholu. Pacientka má rovněž problémy ve vztazích (s přítelem a s dětmi, které vychovává její rodina).

Současná klinická diagnóza: Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ (F 60.31).

Diagnostické metody: Pozorování, rozhovor, projekivní testy (Hand test - HT, Rorschachův test - ROR a Tématicko apercepční test - TAT) a osobnostní dotazníky (Dotazník impulzivity - IVE, Freiburský osobnostní dotazník - FPI, Osobnostní inventář poruch osobnosti – PSSI a Minnesotský osobnostní inventář – MMPI-2).

Pozorování: Pacientka se na počátku vyšetření chovala úzkostně. Byla nejistá, ve značném psychickém napětí, s mírně oslabeným psychomotorickým tempem. K vyšetření přistupovala ostražitě a opatrně. Když získala větší pocit důvěry, byla ke spolupráci vstřícnější. Na otázky odpovídala adekvátně a bez latence. Testové úkoly plnila bez větších potíží. V závěru vyšetření nebyla psychicky vyčerpaná či unavená.

Rozhovor: Z rozhovoru a její životní historie vyplývají významná fakta. Pochází z rodiny, kde mezi rodiči byly časté konflikty. Matka se v jejích třech letech rozvedla. Otčím ji psychicky i fyzicky týral a bil. Pacientka byla dvakrát rozvedená. Tvrdí, že vždy pro nevěru partnerů. Sama ale časté střídání partnerů rovněž nepopírá. Je matkou dvou nezletilých synů. Starší 10 letý syn je z prvního a druhý 7 letý je z druhého manželství. V popředí potíží je dlouhodobá závislost na drogách a alkoholu, což se snaží bagatelizovat. Aktuálně žije dva roky s přítelem. Vztah je velice konfliktní. Často se hádají. Výjimkou není ani vzájemné verbální a fyzické napadání. Cítí se nešťastná a nepochopená. Výhled do nejbližší budoucnosti je značně pesimistický.

Přehled výsledků:

Dotazník impulzivity (IVE): Výsledek je významný zvýšením impulzivních a extravertních rysů (17 bodů). Korelace těchto položek vytváří určitý předpoklad pro snadnější a častější afektivní reakce s impulzivnějšími projevy a reakcemi v chování.

Freiburský osobnostní dotazník (FPI): Výsledek je charakteristický signifikantním zvýšením na škálách neuroticismu, spontánní agrese, výkyvů nálady, snížené frustrační tolerance, reaktivní agrese, extraverte a emoční lability.

Inventář poruch osobnosti (PSSI): V tomto inventáři byly zvýšeny hodnoty u položek, které se vztahují k asociálním, narcistickým, negativistickým a borderline rysům.

Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI-2): Klinický obraz doplňoval výše uvedené výsledky. U validizačních škál byly zvýšené hodnoty na F škále (T skóre=102) u K škály (T skóre=27) byly naopak výsledné hodnoty nižší. To bývá charakteristické u pacientů, kteří si připouští více problémů, než je ve skutečnosti nutné. Jejich psychologické obrany proti intrapsychickým konfliktům jsou nedostatečné. Prožívají silněji chronický distress. Na klinických škálách byly významně zvýšeny tři neurotické škály (hypochondrie, deprese a konverzní hysterie) se sestupným trendem, což odráží zvýšené zaměření pacientky na somatickou oblast s úzkostným a depresivním prožíváním života. Z ostatních klinických škál byla také výrazně zvýšena škála psychopatie (T skóre=105), která zahrnuje řadu psychopatických rysů. V přídatných škálách bylo signifikantní navýšení skóre u položek vztahujících se k nedostatečné sebekontrolě, úzkosti, projevům zloby, asociálnímu chování, nízké sebeúctě, vědomému potlačování skutečných pocitů, nadměrné kontrole hostility, slabé síle ega a rodinnému nesouladu.

Rorschachův test (ROR): V testu převažují znaky, které jsou charakteristické pro hraničně strukturovanou, duševně nezralou osobnost s nevyrovnanou afektivní složkou, s egocentrickými a negativistickými rysy. Zřejmé jsou i potíže v interakcích s druhými. Odpovědi s manifestními agresivními obsahy nebyly v tomto testu zastoupeny (AGG %=0). Převažujícím obranným mechanismem je štěpení (splitting). Ten byl v testu charakteristický protichůdnými odpověďmi v polaritě dobrý-zlý. Například u III. tabule zněla její odpověď „dva lidé, kteří se mají rádi, je mezi nimi láska, ale to dole je nějaká věc, asi taška o kterou se tahají a rvou, až z nich teče krev.“ Podobné odpovědi se v protokole vyskytovaly častěji a bývají odrazem separace pudů, afektů, vnitřních objektních reprezentací, vnějších objektních vztahů a mechanismů introjekce. Tito pacienti vidí svět černobíle. Jiné „odstíny či barvy“ jsou pro ně nepřijatelné. To má samozřejmě vliv na integritu osobnosti. Výraznější pravostranný barvový typ naznačuje afektivní dispozice k impulzivnímu jednání se slabší kontrolou pudové složky. Emotivita je málo adaptivní, nezralá a slabě socializovaná.

Test ruky (HT): Výsledek byl charakteristický snahou o potlačení agresivních tendencí s převažujícími znaky svědčícími pro nevyrovnanou afektivní složku s poměrně kratší reakční dobou (M=2,6 vteřin). AGG %=27 a index predikce agrese AOR=4:3 vyzněl ve prospěch sociálně přijatelných odpovědí.

V Tématicko percepčním testu (TAT) nebyly ani v jednom z deseti sdělovaných příběhů agresivní či autoagresivní obsahy. V klinickém obraze převažovaly více pocity beznaděje, bezvýchodnosti, obavy z nejbližší budoucnosti, i když jistou naději si pacientka uchovávala. To se projevilo například u volné (prázdné) tabule, kdy vyprávěla příběh o šťastné rodině, jejíž členové se mají navzájem moc rádi.

Závěr vyšetření: Z výsledků psychologického vyšetření 30 leté pacientky vyplývají charakteristiky, které nasvědčují pro nevyrovnanou afektivní složku s tendencemi k impulzivnímu chování a agresivním projevům. Ty se mohou projevit v zátěžových situacích i při zvýšeném stresu. K náchylnějším afektivním reakcím jistě přispívá i dlouhodobý abúzus psychoaktivních látek (pervitin) a alkoholu. Osobnost je nevyrovnaná, duševně nezralá, egocentrická, emočně nestabilní-hraničního typu se sníženou frustrační tolerancí na zátěž. Manifestní agresivní tendence nebyly v tomto vyšetření výrazně zaznamenány, ale latentní forma agresivity či tendence k ní jsou dostatečně průkazné.

9.2 KAZUISTIKA č. 2 . Diagnostická kategorie - poruchy osobnosti, (suicidální pokus).

J. Č., 40 let, středoškolák, ženatý otec 18 letého syna a 16 leté dcery.

Souhrn vývoje problému: Pacient přijat k první psychiatrické hospitalizaci po suicidálním pokusu (pořezání na levém zápěstí a pokus o utonutí) v důsledku obvinění ze sexuálního zneužívání dcery.

Účel vyšetření: Požadavek ošetřujícího lékaře na psychologické vyšetření se zaměřením na osobnost pacienta a na jeho afektivní složku (vzhledem ke dvěma suicidálním pokusům v krátké době).

Současná klinická diagnóza: Emočně nestabilní porucha osobnosti-impulzivní typ (F 60.30).

Použité metody: Pozorování, rozhovor, projektivní testy (Hand test - HT, Rorschachův test - ROR a Tématicko apercepční test - TAT) a osobnostní dotazníky (Dotazník impulzivity - IVE, Freiburský osobnostní dotazník - FPI, Osobnostní inventář poruch osobnosti – PSSI a Minnesotský osobnostní inventář – MMPI-2).

Pozorování: V průběhu vyšetření byl ve značné intrapsychické tenzi. Patrné bylo zrychlené psychomotorické tempo a tendence jednat zbrkle až impulzivně. V popředí klinického obrazu byla nejistota, opatrnost, podezřívavost. Zřejmé byly i obavy z nejbližší budoucnosti, zejména z trestního stíhání. V anamnéze byly rovněž informace o jeho emoční labilitě, nestálosti a hůře kontrolované impulzivitě (informace od manželky).

Rozhovor: Pacient je obviněn ze sexuálního zneužívání své 16 leté dcery, která se s tímto tajemstvím, které trvalo 2,5 roku, svěřila svému příteli. Ten celou záležitost oznámil na policii. Pacient o tom nechce hovořit. Vyjadřuje se opatrně. Snaží se svoje chování i odpovědnost za něj zlehčit. Uvádí, že nemá pocit, že by dceru sexuálně zneužíval. Považuje vše za „nešťastné nedorozumění.“ Přiznává, že měl od dětství s dcerou citové potíže. Vždy se s ní chtěl mazlit a hladit ji. Ona se tomu bránila. Později, když začala dospívat, se k ní snažil více citově přiblížit. Sexuální podtext popírá. Necítí se jako pedofil. Původní sexuologické vyšetření to rovněž nepotvrzuje. Na otázku, jak se dcery dotýkal, odpovídá ostýchavě, že ji pouze hladil. Nakonec po určitém odmlčení přiznává že i na pohlavních orgánech. Teď si to vyčítá. Slibuje, že se to již nikdy nestane. Za svoje chování se stydí. Omlouvá ho tím, že myslel, že to dceři udělá dobře. Nechtěl ji ublížit, chtěl se s ní pouze mazlit. Pohlavní styk rezolutně popírá. Vztah s manželkou hodnotí jako normální. Citový a sexuální kontakt hodnotí ale jako chudý. V poslední době se více hádají, než milují. Přiznává, že bývá také více podrážděný, vzteklý a impulzivní. Fyzický útok na manželku či děti popírá. Za poslední rok měli pouze jeden pohlavní styk. Mimomanželské vztahy či aktivity neguje. Na Psychiatrické klinice se cítí dobře. Velkou oporu našel u manželky. Ta ho neodsoudila. Naopak mu podala pomocnou ruku. Promluvil si i s dcerou a se synem. Všichni jsou rádi, že suicidální pokus přežil. Dcera je aktuálně v péči Dětského krizového centra v Praze 4.

Přehled výsledků:

Dotazník impulzivity (IVE): Výsledek na škále impulzivity byl snížený (5 bodů) oproti prosociálně kladným vlastnostem jako je empatie (18 bodů) a určitá míra snahy poznávat nové věci, riskovat, vyhledávat nové prožitky (škála dobrodružnosti - 9 bodů). V tomto případě lze usuzovat na potlačování impulzivity a snahu jevit se více příznivě (empaticky).

Freiburský osobnostní dotazník (FPI): Signifikantní hodnoty (8 statin) u položky, která se vztahuje k neurotickým rysům (snadná unavitelnost, přecitlivělost, řada vegetativních symptomů, intenzivní vegetativní muskulturní doprovodné znaky při afektivním projevu, podrážděnost a neklid). Další zvýšení bylo u položky vztahující se k syndromu deprese (7 statin). To odráží nejen reaktivní složku deprese, ale i podrážděnost, neklid, depresivní, sklíčenou a pesimistickou náladu, nesoustředěnost, sebevýčitky a pocity viny. Další zvýšenou škálou (7 statin) byla škála charakterizující klid, sebedůvěru a dobrou náladu. Z rozdílu mezi posledně uvedenými hodnotami je zřejmé, že jeho výpověď je rozporuplná. Na jedné straně se hodnotí jako úzkostně-depresivní (což by reálné situaci více odpovídalo) a na druhé jako klidný, vyrovnaný, ne snadno rozrušitelný, optimistický, bez sklonu k agresivnímu chování. Výrazné bylo zvýšení na škále charakteristické popisem symptomů vztahujících se k emoční labilitě (9 statin).

Inventář poruch osobnosti (PSSI): Výsledek byl charakteristický zvýšením položek, které se vztahují k nejistotě, úzkosti a obavám (T skóre=72), k závislému chování na druhých lidech (T skóre=76) a hůře kontrolované impulzivité (T skóre=74).

Minnesotský osobnostní dotazník MMPI-2: Z validizačních škál byla snížena K škála – T skóre=23 s patrnými nedostatečnými psychologickými obranami proti intrapsychickým konfliktům a z nich vyplývající úzkosti. Z klinických škál byla signifikantně zvýšena škála hypomanie (T skóre=70). Navýšení na této škále bývá často v důsledku hůře kontrolované impulzivity. Tu se ale snažil přesto potlačovat, což potvrzují i nižší hodnoty u přídatné škály inhibice agrese (T skóre=28).

Rorschachův test (ROR): Test byl charakteristický zvýšenými znaky jako je egocentrismus, impulzivita, vnitřní napětí, emoční labilita a slabost Já. V popředí bylo nepružné a rigidní myšlení (F+% = 100, RF+% = 70, F% = 26), což může na jedné straně odrážet úzkostlivě kontrolovanou činnost během vyšetření, ale i přítomnost depresivního syndromu a nízkou sebedůvěru. Vyšší F+% a nižší RF+% charakterizuje poměrně dobrou úroveň rozumových schopností a slabší integritu osobnosti (Já). U čistě tvarových forem (F% = 20) je toto oslabení v důsledku přílišné citlivosti na vnější i vnitřní podněty a neschopnosti se nimi efektivně vyrovnat. Z dalších indexů (AGG % = 10, M% = 7, T% = 70, V% = 50, Niegerův index = 6 bodů, extratenzivní typ prožívání a levostranný barvový typ) vyplývá především jeho emoční nestabilita, impulzivní emotivita, nevyrovnanost a přecitlivělost na různé podněty. Převažujícím obranným mechanismem bylo popření a vyhýbavé tendence. Hraniční hodnota u tzv. běžných odpovědí (V%) ukazuje na poměrně dobrou sociabilitu, zejména přizpůsobivost a konformní chování s poměrně dobrou úrovní vnímání sociální reality.

Test ruky (HT): Signifikantní hodnoty se projevily kratším reakčním časem (AIRT=3 vteřiny) v odpovědích. To bývá často dáváno do souvislostí s impulzivními rysy. Z dalších ukazatelů (AGG%=30, ACT %=40, index PATH=40% a index AOR=3:3) vyplývají zjevné znaky, které mohou mít za určitých stresových okolností, pozitivní korelaci s impulzivním chováním. V testu byly více zjištěné dispozice k impulzivnímu jednání, než samotné manifestní projevy agrese.

Tématicko apercepční test (TAT): V tomto projektivním testu převažoval opatrný přístup. Ke každé z deseti předložených tabulí podal pouze jednu velmi stručnou odpověď. V testu se ale přesto prokázaly pocity ohrožení, destrukce i heteroagresivní projekce. Ty byly charakteristické odpověďmi typu: Řežou a prodávají lidské orgány. Někdo do někoho strká, chce ho někam shodit. Někdo někoho přepadl. U prázdné (volné tabule) zněla jeho odpověď „nabouraná auta před přechodem pro chodce.“

Souhrn z vyšetření: Z jednotlivých dotazníků a projektivních metod vyplývají znaky, které nasvědčují na dekompenzaci emočně nestabilní osobnosti impulzivního typu do depresivní hloubky v důsledku rodinné zátěžové situace s tendencemi k impulzivním reakcím. Nelze zcela vyloučit ani určitou manipulaci s okolím, kdy se snaží snížit pocity viny za své incestního chování, což se mu částečně i podařilo.

Závěr vyšetření: Z psychologického vyšetření u 40 letého pacienta vyplývají znaky, které svědčí pro dekompenzaci emočně nestabilní, nezralé, egocentrické osobnosti-impulzivního typu do depresivní hloubky v důsledku obvinění ze sexuálního zneužívání nezletilé dcery. Pacient na jedné straně toto chování popírá, na druhé straně ale přiznává fyzický kontakt s jejími pohlavními orgány. Míra agrese je zjevná v manipulaci a nezákonném fyzickém kontaktu s vlastní dcerou. Pocity svědomí a společenský kodex mu nebyly dostatečnými mravními zábrany, aby toto chování vůči dceři neprojevoval. Suicidální chování mělo reaktivní a únikový charakter. Nedá se zcela vyloučit ani určitý „kalkul“, že ze strany rodiny bude jeho neadekvátní sexuální chování posuzováno mírněji. Znaky, které by byly signifikantní pro sexuální poruchu se ve vyšetření neprojevily. Je třeba vzít v úvahu i to, že jsme neměli specifické testy na posuzování sexuálních deviací. Určitou roli ve výsledcích vyšetření mohlo sehrát i to, že se snažil potlačovat a cenzurovat skutečné pocity, proto v některých testech, zejména dotaznicích, byla míra jeho agrese rozdílná. Vzhledem k situaci, struktuře osobnosti i snaze cenzurovat svoje pocity doporučujeme u pacienta provést ještě sexuologické vyšetření.

9.3 KAZUISTIKA č. 3 Diagnostická kategorie – poruchy nálady (afektivní poruchy), (suicidální pokus).

L.A., 22 r. středoškolačka, svobodná a bezdětná.

Účel vyšetření: Vyšetření zaměřené na posouzení osobnostních charakteristik, hloubky depresivní symptomatiky a afektivní složky (impulzivita) u pacientky po suicidálním pokusu medikamenty.

Souhrn problému: Jedná se o opakovaný pobyt na Psychiatrické klinice UK 1.LF a VFN v Praze. Důvodem je suicidální chování v zátěžové situaci. V anamnéze jsou rovněž i informace, že od roku 2003 byla léčena pro mentální bulimii a dlouhodobě má i značné potíže v rodinných vztazích.

Současná klinická diagnóza: Středně těžká depresivní epizoda (F 32.1).

Použité metody: Pozorování, rozhovor, projektivní testy (Hand test - HT, Rorschachův test - ROR a Tématicko apercepční test - TAT) a osobnostní dotazníky (Dotazník impulzivity - IVE, Freiburský osobnostní dotazník - FPI, Osobnostní inventář poruch osobnosti – PSSI a Minnesotský osobnostní inventář - MMPI-2).

Pozorování: V průběhu vyšetření byla patrná její emoční nevyrovnanost. Nálada byla mírně povznesená. Mimika a gestikulace živá. Tempo řeči bylo zrychlené. Patrné bylo její teatrální a familiární chování. Při vyšetření ochotně spolupracovala. Na otázky odpovídala adekvátně a bez latence.

Rozhovor: Důvodem současné hospitalizace byl suicidální pokus medikamenty. Své chování odůvodňuje psychickou zátěží (studium VŠ a dysfunkční vztahy v rodině). Studuje třetím rokem psychologii na Masarykově Univerzitě v Brně. V nejbližší době jí čeká zkouška z dějin psychologie. To její stres umocnilo. Ocitla se v situaci, že nevěděla kudy kam. Proto zvolila autoagresivní chování při řešení svých potíží. Svoje důvody vylíčila v dopise na rozloučenou. Obává se, že studium psychologie nedokončí. To je pro ni nepřijatelné. Chce v tomto oboru pracovat a pomáhat druhým. V současné době (týden po suicidálním pokusu) se snaží celou situaci zlehčit. Postupně na celou situaci získává racionální náhled. Za svoje suicidální chování se stydí. Tvrdí, že by již další podobnou zkušenost nechtěla zažít. K problémům v rodině dodává, že si nerozumí s matkou. Rodiče jsou od jejích sedmi let rozvedeni. Pacientka má ještě nevlastní sestru z matčiny strany. Ta má rovněž problémy s jídlem a léčí se pro mentální anorexii. Současně přiznává, že i její matka má psychické potíže (deprese), pro které bývá opakovaně hospitalizovaná v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Do nejbližší budoucnosti si přeje, aby se uzdravila, dokončila studium a mohla pracovat jako psycholožka.

Přehled výsledků:

Dotazník impulzivity (IVE): Skóre na škále impulzivity (I=3 body) bylo snižené. Na škále dobrodružnosti (V=6 bodů) a empatie (E=13 bodů). Na posledně uváděné škále bylo dosaženo (oproti zbývajícím dvou) vyšších hodnot. Ty vyjadřují schopnost pochopení a vcítění se do pocitů druhých, ale i možnou míru přecitlivělosti.

Freiburský osobnostní dotazník (FPI): Zvýšené hodnoty na škálách deprese, rozladěnosti, neklidu, vnitřního napětí, introverze a emoční nestability jsou určitými indikátory možných či hůře zvládaných impulzivních reakcí, zejména ve stresových situacích.

Inventář poruch osobnosti (PSSI): Signifikantní ve vztahu k sledovaným proměnným, lze vnímat zvýšené hodnoty na škálách impulzivity, závislého chování na druhých a deprese.

Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI-2): Významné bylo zvýšení skóre na klinických škálách u sociální introverze (T skóre= 89), psychastenie (T skóre=73) a deprese (T skóre=77). Kódový typ (0'27') je charakteristický tím, že je méně obvyklý v tom, že je výrazně vystupňovaná sociální introverze. Pacienti s tímto kódovým typem prožívají chronický psychický a emocionální distres. Snadno se vylekají a impulzivně reagují. Převažuje u nich sklon k intrapunitivní agresi. V sociálním kontaktu je v popředí jejich chování ostých, stydlivost, rozpaky s nedostatečnou sebedůvěrou.

Rorschachův test (ROR): V testu je převaha znaků svědčících pro nevyrovnanou afektivní složku, schizoidní a negativistické rysy, úzkostné a chudší prožívání se sniženou frustrační tolerancí na zátěž. Nedostatečná či nezralá je její identifikace s lidským světem. Ten vnímá a prožívá jako ohrožující či nebezpečný. V testu nebyly aktuálně zastoupeny výrazněji klinické známky svědčící pro těžší depresivní syndrom.

Test ruky (HT): Z testu jsou patrné její maladaptivní tendence a zájem o enviromentální (méně lidský) svět. Agresivní tendence či impulzy nebyly v testu vystupňované. Na druhou stranu jsou zde ale určité znaky (AGG%=20, index patologie PATH%=30, nízký reakční čas a zvýšené akční tendence), které společně s emoční nestabilitou a paranoidním nastavením k sociálně realitě, byt' ve velmi úzkém vztahu k agresivním či afektivním reakcím.

Tématicko apercepční test (TAT): V testu převažují pocity beznaděje, bezvýchodnosti, citové deprivace a pesimistický pohled na svět. Patrná je i ztráta či oslabení životního smyslu a projekce častých autoagresivních odpovědí. Zřejmé je i to, že se odvolává na nutnou podporu nejbližších, kterou zřejmě postrádá, a touží po ní. Výsledek testu lze ze subjektivního hlediska vnímat i jako určité „volání o pomoc v krizové životní situaci.“

Závěr vyšetření: Z psychologického vyšetření u 22 leté pacientky vyplývají znaky, které jsou charakteristické pro přítomnost anxiózně-depresivního syndromu, chronického psychického a emocionálního distresu, nižší frustrační toleranci na zátěž u osobnosti s převahou schizoidních a negativistických rysů. V sociálním kontextu je patrný ostych, vyhýbá se bližším kontaktům, je podezíravá s převažujícími maladaptivními postoji. Na druhou stranu jsou u ní patrné tendence směřující k vyšší citové závislosti na nejbližších lidech. Suicidální chování je patrně v důsledku její neadaptability na běžný život (požadavky VŠ studia, vztahy s druhými či v rodině) i jistou formou „volání o pomoc“ v krizové životní situaci. Depresivní symptomatologie je aktuálně mírnější a nedominuje klinickému obrazu. Vzhledem k výše uvedeným aspektům (neadaptivní chování v zátěži, v dysfunkčních rodinných vztazích a struktuře osobnosti) nelze do budoucnosti podobné chování, zejména v zátěžových situacích, zcela vyloučit. Jistou nadějí bude, pokud bude pacientka nadále pokračovat v psychoterapii se zaměřením na korekci méně adaptivních vlastností se zaměřením na interpersonální vztahy.

9.4 KAZUISTIKA č. 4 Diagnostická kategorie – poruchy nálady (afektivní poruchy), (suicidální myšlenky).

A.V., 31 r. středoškolačka, svobodná a bezdětná.

Účel vyšetření: Vyšetření zaměřené na posouzení hloubky deprese, afektivity a struktury osobnosti u pacientky se suicidálními myšlenkami.

Souhrn problému: První pobyt na Psychiatrické klinice UK 1.LF a VFN v Praze. Kontakt s psychiatrií je ale dlouhodobější. Opakované hospitalizace v Psychiatrické léčebně v Bohnicích s kontinuální ambulantní léčbou.

Současná klinická diagnóza: Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků (F 32.2).

Použité metody: Pozorování, rozhovor, projektivní testy (Hand test - HT, Rorschachův test - ROR a Tématicko apercepční test - TAT) a osobnostní dotazníky (Dotazník impulzivity - IVE, Freiburský osobnostní dotazník - FPI, Osobnostní inventář poruch osobnosti – PSSI a Minnesotský osobnostní inventář - MMPI-2).

Pozorování: V popředí klinického obrazu je skleslá nálada, snížené psychomotorické tempo, oslabená koncentrace pozornosti, výraznější latence v odpovědích, vyhýbavý oční kontakt, chudá mimika i gestikulace. Patrné je i emoční ochuzení, suicidální ideace a poruchy spánku. V sociálním kontaktu je vyhýbavá. Řeč je tichá se zpomaleným tempem. Zřejmé jsou i pocity viny, sníženého sebevědomí, sebehodnocení a vystupňované pocity méněcennosti.

Rozhovor: Důvodem hospitalizace byla postupně se zhoršující „psychika.“ V poslední době (2 měsíce) se psychický stav zhoršuje. Přestává se na cokoli soustředit. Nic nezvládá a nestíhá. Vysvětluje to tím, že pracuje na privátní stomatologické klinice v pozici zubní laborantky a od lékařů je na ni vyvíjen značný psychický tlak. Vyčítají jí, že je pomalá, že nestíhá plnit zadané úkoly a stává se méně spolehlivou. Ona to nepopírá. Na druhou stranu ale tvrdí, že se snaží svoji práci dělat co nejlépe. Uvažovala, že by změnila zaměstnání, ale k tomu není dostatečně odvážná. Obává se zejména reakce otce. Toho by zklamala. Depresemi trpí již od puberty. V posledních třech letech se její psychický stav začal postupně zhoršovat, proto vyhledala odbornou pomoc. Dochází do psychiatrické ambulance a užívá antidepresiva. Byla také hospitalizovaná v Psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích. Soukromý život popisuje jako „nepestrý.“ Žije sama. Citový a sexuální život v současné době žádný nemá. Zmiňuje se o špatných zkušenostech ve vztazích s muži. Ti ji pokaždé zklamali. Dalšího vztahu se obává, proto ho ani nevyhledává. S rodiči nevychází nejlépe. Vždy na ni (zejména otec) kladli vysoké nároky. Žádné sourozence nemá. Svůj život hodnotí pesimisticky, zejména s výhledem do nejbližší budoucnosti. V poslední době častěji nabývala dojmu, že je na světě zbytečná, že ji nikdo nemá rád a že ji nikdo nepotřebuje. Ztráta životního smyslu, negativní zaměření na sebe a pesimistický výhled do nejbližší budoucnosti jsou faktory, které posilují její časté suicidální myšlenky.

Přehled výsledků:

Dotazník impulzivity (IVE): Skóre dobrodružnosti V=10 bodů, empatie E=16 bodů a impulzivity I=7 bodů. Výsledky na škále impulzivity nenaznačují patologický vzestup. Dominující skóre (E=16 bodů) na škále empatie je charakteristický zvýšenou snahou vcítit se do pocitů druhých a mít pro ně citlivé porozumění.

Freiburský osobnostní dotazník (FPI): Zvýšené hodnoty na škále deprese a na škále sebekritičnosti. Signifikantní bylo snížené skóre u položek charakterizující vlastnosti jako jsou nedružnost, zdrženlivost, mlčenlivost, váhavost a pesimismus.

Inventář poruch osobnosti (PSSI): Za významné hodnoty lze považovat zvýšení na škálách vztahujících se ke zvýšené sebekritičnosti, nejistotě, citlivost na kritiku a na škále deprese.

Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI-2): U validizačních škál byly signifikantní hodnoty u zvýšené F škály (T skóre=93) a snížené K škály (T skóre=22). To odráží skutečnost, že si připouští více potíží a problémů, než je ve skutečnosti nutné. Zároveň snížené skóre na K škále vypovídá o nedostatečných obranných mechanismech při zvládnání zátěže i stresu. Z neurotických škál bylo zjištěno nejvyšší skóre u deprese (99). Neurotická triáda měla tzv. tvar střechy. To naznačuje zvýšení na škále deprese s převahou těchto symptomů. Z dalších klinických škál byly zjištěny významné hodnoty na škále psychastenie (112) a paranoidity (68). Z popisu metody vyplývá, že jedinci s kódovým typem (7'2) se jeví jako depresivní, úzkostní a tenzní. Cítí se často zranitelní reálnými či imaginárními hrozbami. Současně mají silnou potřebu výkonu. Touží po uznání a ocenění. K osobnostním rysům patří perfekcionismus a svědomitost. Pokud dochází k psychickým dekompenzacím a maladaptivním reakcím, mají jedinci s tímto kódovým typem velmi často sklon k intrapunitivnímu zacházení s impulzy.

Rorschachův test (ROR): V testu je převaha znaků svědčících pro depresivní syndrom (nízký počet odpovědí, prodloužený reakční čas, rigidní sukcese, méně celků, více detailů, F+%=92, RF+%=75, F%=25, T%70, M=20, Anat%=0, V%=35, malá obsahová variabilita, snížená kinestezie, intratenzivní typ prožívání, Neigerův index reality=7 bodů). Osobnost je s převahou psychastenických a perfekcionistických rysů a se sníženou frustrační tolerancí na zátěž.

Test ruky (HT): Převažuje zájem o enviromentální (méně lidský) svět. Agresivní tendence či impulzy k nim nebyly v tomto testu vystupňované. Index agresivity AOR=5:3 svědčí ve prospěch prosociálních tendencí (AGG%=15, ACT%=10, PATH%=10 a prodloužený reakční čas). Výsledek je přesvědčivý pro přítomnost depresivního syndromu.

Tématicko apercpeční test (TAT): V testu převažují pocity beznaděje, pesimismu, bezvýchodnosti a obavy z nejbližší budoucnosti. Procento agresivních odpovědí nebylo signifikantně zvýšené (AGG%=20). Produkce obsahů se suicidalními obsahy nebyla v testu zaznamenána.

Závěr vyšetření: Z psychologického vyšetření u 31 leté pacientky vyplývají znaky, které jsou přesvědčivé pro přítomnost depresivního syndromu, a úzkostného a tenzního prožívání. Osobnost s převahou psychastenických a perfekcionistačických rysů. Suicidální myšlenky jsou v důsledku její existenciální krize. Současná situace a její nejbližší budoucnost bude pro ni přijatelnější a srozumitelnější, pokud podstoupí i dlouhodobější psychoterapii.

9.5 KAZUISTIKA č. 5 Diagnostická kategorie – počínající psychotické onemocnění ze schizofrenního okruhu, (*suicidální pokus + agrese proti věcem*).

P.Š., 22 r. středoškolák, studuje druhým rokem VŠE, svobodný a bezdětný.

Účel vyšetření: Vyšetření zaměřené na psychotické fenomény afektivity a struktury osobnosti u pacienta se suicidálními myšlenkami i agresivitou vůči okolí.

Souhrn problému: První pobyt na Psychiatrické klinice UK 1.LF a VFN v Praze pro suicidální a agresivní chování v důsledku dekompenzace do psychotické hloubky.

Současná klinická diagnóza: Paranoidní schizofrenie (F 20.0).

Použité metody: Pozorování, rozhovor, projektivní testy (Hand test - HT, Rorschachův test - ROR a Tématicko apercepční test - TAT) a osobnostní dotazníky (Dotazník impulzivity - IVE, Freiburský osobnostní dotazník - FPI, Osobnostní inventář poruch osobnosti - PSSI a Minnesotský osobnostní inventář - MMPI-2).

Pozorování: V popředí klinického obrazu je intrapsychická tenze, nejistota, nerozhodnost, obavy a paranoidní nastražení vůči okolí. Snaží se vyvolat dojem, že jeho předcházející agresivní a sebedestruktivní chování „byla blbost“ a že má svoje chování zcela pod kontrolou. V myšlení jsou patrné tendence k symbolickému, až magickému myšlení, únik do fantazie a denního snění před skutečnou realitou. Pocity pronásledování mají až bludný charakter. Zřejmá je i snaha disimulovat příznaky a potíže, aby se tak vyhnul současné hospitalizaci. To ostatně v rozhovoru nijak nepopírá. Při vyšetření je s ním obtížná spolupráce. V odpovědích je patrná mírná latence. Zřejmá je i jeho obezřetnost, paranoidita a obavy. Snaží se také vytvářet dojem, že je vše v pořádku a že je na klinice omylem. Osobnost je nezralá s chudším emočním projevem a s převahou schizoidních rysů.

Rozhovor: Důvodem přijetí bylo jeho agresivní (rozbíjel doma nábytek) a suicidální chování (pobodal se na těle nožem) v rámci rozvíjejícího se psychotického onemocnění ze schizofrenního okruhu. V poslední době prožíval enormní strach. Ten se stále stupňoval. Bylo toho na něho v poslední době moc. Studuje druhým rokem na VŠE a má studijní problémy. Také se na něho „napíchl“ jeden chlap z Ruska a ten ho pronásleduje. Tvrdí, že jich bude možná i víc. Chtěl s jedním z nich obchodovat. Nevyšlo to. On se mu nyní za to mstí a chce ho zabít. O jaký druh obchodu se jednalo, odmítá sdělit. Obchod s drogami či sexem popírá. Tlak od ruského občana byl prý veliký. Báł se ho. Doma rozbíjel osobní věci, aby je ten chlap nedostal do ruky. Nakonec se rozhodl zemřít. Uvažoval o „harakiri“, tj. o rozpárání břicha nožem. K tomu ale nenašel dostatečnou odvahu. Tak se dvakrát bodl nožem do zad v oblasti ledvin. Následně vyběhl z bytu ven na ulici a chtěl skočit pod auto. Řidič ale včas zastavil a odvedl ho domů. Matka zavolala RZP a byl převezen na chirurgii VFN v Praze. Odsud byl později přeložen na Psychiatrickou kliniku. O svém životě nechce hovořit. Stručně uvádí, že byl vždy více samotář. V kolektivu druhých se většinou necítil dobře. S rodiči má dobrý vztah. Příznává ale, že otec je na něho přísný. Požaduje, aby měl ve většině činností dobré výsledky. Matka je k němu mírnější, proto ji má raději. Sourozence nemá. Kamarády také ne. Dosud neměl žádný citový ani sexuální vztah.

Rozhovor s matkou: Syn byl od dětství velmi uzavřený. Mezi spolužáky ve škole se cítil vždy izolovaný. Vytvářel si svět pro sebe. Tam nikoho nepouštěl. V šesté třídě byl přijat ke studiu na gymnáziu. To ale nezvládl. Vrátil se zpět na základní školu. Po jejím dokončení vystudoval gymnázium znovu. Učil se těžce, nakonec školu dokončil. Byl přijat ke studiu na VŠE. Zde má velké problémy. Matka se obává, zda školu vůbec dokončí. Kamarády žádné nemá. Holčám se líbí, ale je ostýchavý. Se žádnou nechodí. Otec je na něho přísný a to kluka nervuje. K současným problémům uvádí, že ji syn připadal v poslední době divný. Moc nemluvil a když, tak to byly většinou nesmysly. V pátek (den suicidia) zpanikařil. Ve škole mu hrozilo vyloučení. Domnívá se, že jeho agresivní chování bylo reakcí na to. I když to nebude asi jediný důvod, dodává. Syn začal v posledním roce inklinovat k buddhismu a zenbuddhismu v rámci bojových umění. V průběhu meditace zažil něco zvláštního, o čemž se nechtěl s nikým bavit. Vysvětloval mi, že transcendentní prožitky se nedají vyjádřit slovy. Náboženskou „sektu“ vede skutečně nějaký duchovní z Ruska. Hovořila s ním. On jakékoliv obchodní aktivity či bližší osobní kontakt se synem popírá. Matka nakonec usoudila, že to byly jeho smyšlenky a reakce na stres.

Přehled výsledků:

Dotazník impulzivity (IVE): Skóre dobrodružnosti V=7 bodů, empatie E=12 bodů a impulzivity I=6 body nenaznačují zvýšené hodnoty na škále impulzivity. Snížené skóre u položky dobrodružnosti (V=7 bodů) nenaznačuje ani zvýšené akční tendence, snahu objevovat nové a riskovat. Nevyšší hodnoty byly u položky empatie, kde se prezentuje jako sdílný, citlivý, vstřícný a chápající.

Freiburský osobnostní dotazník (FPI): Signifikantní hodnoty byly u položek vyjadřujících klid, mírnost, sebejistotu, sebedůvěru se současným navýšením na tzv. korekční škále (9 statin). Toto rozložení neodpovídá reálnému klinickému obrazu. Lze předpokládat zřejmou snahu korigovat svoje odpovědi žádoucím směrem.

Inventář poruch osobnosti (PSSI): Zvýšení u jediné klinické škály ze 14 bylo u škály vztahující se k narcistickým rysům. To je ale v určitém rozporu s klinickou diagnózou a strukturou osobnosti (schizoidní rysy), jeho vývojem i životní historií (matka ho popisuje jako samotářského, méně komunikativního s vyhýbavými rysy). Lze se domnívat, že i v tomto případě bude zřejmá snaha o disimulaci současného psychického stavu.

Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI-2): V testu byla rovněž zjevná snaha zakrývat skutečné pocity a jevit se jako bezproblémový. Ze všech škál (validizačních a klinických) byla zvýšena pouze škála zahrnující nezodpovězené odpovědi (nemohu říci, nevím=77 T skóre). To snižuje validitu výsledků. Paranoidní zpracování sociální reality vedou patrně k větší cenzuře odpovědí ve všech dotaznících.

Rorschachův test (ROR): Průběh testu byl podobný exploraci. Z počátku se jevil jako méně nápadný a s přibývajícím časem či počtem tabulí se v klinickém obraze více začaly projevovat znaky, kterou jsou suspektní pro rozvoj počínajícího psychotického procesu. Od VI. tabule se v testu začaly objevovat bizarnosti, kontaminace, iracionální a magické prvky v myšlení. Zřejmá byla i hůře kontrolovaná afektivní složka a impulzivní tendence k agresi. Kontakt se sociální realitou byl oslabený, což vyjadřoval i Neigerův index reality (3 body). Problémy v interakcích s druhými (tendence k větší izolovanosti) se promítaly i do menšího počtu odpovědí s lidskými pohyby i obsahy. Ty nahrazuje magičností či mytologií lidského světa nebo jeho ustrnutím do soch či zkamenělin. Osobnost je duševně nezralá a přecitlivělá s převahou paranoidních a schizoidních rysů.

Test ruky (HT): Byly zaznamenány zvýšené impulzivní tendence (krátký reakční čas v odpovědích, vyšší ACT a AGG %), snaha o fantazijní uchopení reality, resp. útek do fantazie a denního snění, pocity vlastní nedostačivosti, sníženého sebevědomí, sebehodnocení a převažujících pocitů méněcennosti. Index predikce agrese (AOR) byl 3:6 ve prospěch zvýšených a hůře kontrolovaných agresivních tendencí.

Tématicko apercepční test (TAT): V testu se vyskytují znaky, které jsou přesvědčivé pro submisivní, pasivní vztah ke světu, k druhým lidem s převahou schizoidních rysů a odstupem od skutečné reality do světa fantazie a denního snění. Zvýšený (až neadekvátní) projev úzkosti, obav, ohrožení a strachu se promítá do většiny jeho sdělovaných příběhů k jednotlivě exponovaným tabulím.

Závěr vyšetření: Z psychologického vyšetření u 22 letého pacienta aktuálně vzniká podezření pro počínající psychotické onemocnění ze schizofrenního okruhu. Pacient se snaží zastírat příznaky duševní poruchy, což se projevovalo v exploraci i v osobnostních dotaznících. Výsledky v projektivních testech byly přesvědčivější pro poruchy myšlení i hůře ovládanou afektivitu. Osobnost se jeví jako duševně nezralá, přecitlivělá s převahou schizoidních rysů. Agresivní chování vůči okolí a sobě bylo v tomto případě ovlivněno psychotickým procesem. Patrný vliv na kvalitu duševního zdraví může mít i nekritické přebírání náboženských názorů, kterými je ovlivňován.

9.6 Souhrn z psychologických vyšetření

Vybrané kazuistiky v podobě psychologických nálezů jsme do této práce zahrnuli proto, že jsme chtěli demonstrovat, jak jsme v našem výzkumu postupovali, i to, jak se projevy agrese ve vyšetřeních projevíly.

Vybrali jsme pět kazuistik, ve kterých byly zastoupeny sledované diagnostické kategorie (afektivní poruchy, psychotické poruchy a poruchy osobnosti) s různými projevy agrese (od suicidálních myšlenek či fantazií až po afektivní heteroagresivní reakce) většinou v důsledku afektivních reakcí. U všech pacientů byly zvoleny stejné psychodiagnostické metody. Výsledky testů byly zpracovány formou psychologického nálezu. Ten jsme pro tuto doktorskou upravili s důrazem na podstatné informace vztahující se ke sledované proměnné. Nález zahrnoval základní anamnestická data, účel vyšetření, souhrn vývoje problému, současnou klinickou diagnózu, pozorování, rozhovor, přehled výsledků jednotlivých testů (Dotazníku impulzivivity-IVE, Freiburského osobnostního dotazníku-FPI, Inventáře poruch osobnosti-PSSI, Minnesotského osobnostního dotazníku-MMPI 2, Rorschachova testu-ROR, Testu ruky-HT a Tématicko apercpečního testu-TAT) a závěr z vyšetření.

U jednotlivých kazuistik jsme zaznamenali převažující potíže v emoční složce. Dominující byla nevyrovnanost a nezralost v emočních projevech. U jednotlivých klinických případů měla značný podíl i psychopatologie osobnosti. Patologické rysy jako je emoční nestabilita (impulzivního či hraničního typu), paranoidita, egocentrismus či narcistické rysy sehrávaly v projevech agrese významnou roli, zejména pokud se pacient cítil (ať již v reakci na paranoidní zpracování sociální reality či na narcistní zranění) ukřivděn, kritizován či jinak ohrožován. V jednom případě měl vliv na agresivní chování i dlouhodobý abúzus alkoholu a drog. Jindy bylo agresivní chování reakcí na aktuální situaci a psychickou zátěž. Setkali jsme se i se zjevnou snahou disimulovat aktuální pocity či potíže. V jenom případě byla agrese pacienta výrazně ovlivněna rozvojem těžší duševní poruchy, kdy psychotické fenomény (oslabení v percepčně-kognitivní složce se sníženým kontaktem se sociální realitou) ovlivnily pacientovo destruktivní chování. Agrese zaměřená proti vlastní osobě se v našich klinických případech rovněž objevila. Ta byla charakteristická převažujícími suicidálními myšlenkami či suicidálním pokusem v reakci na životní krizi. V tomto případě převažovalo depresivní ladění či depresivní syndrom. To nakonec dokumentuje klinickou praxi, kdy suicidium je jednou z nejzávažnějších komplikací depresivního syndromu. Odhaduje se, že čtvrtina sebevražd u nás může být v důsledku velké afektivní poruchy, tzv. těžké deprese.

Kazuistiky doplňují kvantitativní zhodnocení celého souboru při posuzování a měření agrese u psychiatrických pacientů. V projevech samotné agrese se v testech objevují vystupňované psychopatologické rysy osobnosti či řada dalších proměnných (například duševní nemoc nebo abúzus psychoaktivních látek, které ve svém důsledku výrazně ovlivňují agresivní chování či uvolňují energetický potenciál (emoční nestabilita, nezdrženlivost, horlivost, zloba, impulzivita) k němu.

10. DISKUSE

Posuzování agrese ve smyslu zvýšené pohotovosti k agresivnímu jednání a struktury osobnosti, resp. osobnostních dispozic k agresivnímu jednání, nebývá snadné. Průkaznost agresivity bývá, zejména u násilných činů, velmi obtížná.

Složitost posuzování agrese ve forenzní psychologii popisuje Netík (Pavlovský, 2001), který neshledal v psychologických testech agresivitu u vrahů jako osobnostní rys, ať situačně či osobnostně podmíněnou. Podobně i Tůmová (Pavlovský, 2001) na základě analýzy 47 pachatelů násilných trestných činů potvrzuje předpoklad, že mnohdy se agresivních a hrubě bestiálních činů dopouštějí osoby, které ani v anamnéze či speciálně zaměřených testových metodách (ROR, Hand-test či Baum-test) neprojevují agresivitu přesahující běžnou normu. Domnívá se, že se jedná spíše o kombinaci nepříznivých povahových rysů (nezdrženlivost, asociální rysy, nestálost, zvýšená dráždivost a emoční nestabilita). Šrutová (Pavlovský, 2001) uvádí, že testové metody se zaměřením na postižení agresivity nedávají očekávané výsledky, a odůvodňuje svoje tvrzení tím, že řada testů, zejména dotazníků, je příliš průhledná a žádný agresor z pochopitelných důvodů nepříznává agresivní a asociální sklony. To, že některé testy mohou být příliš transparentní, jsme si uvědomovali i my. Z tohoto důvodu jsme zvolili širší baterii testů, včetně projektivních (méně transparentních) metod. U dotazníků jsme přihlíželi i tzv. korekčním (lži) škálám.

V práci jsme si kladli za cíl ověřit použitelnost standardizovaných osobnostních testů při posuzování a měření agrese či projevů, které s tím mohou souviset. Současně nás zajímalo, jaké budou rozdíly v projevech agrese mezi jednotlivými klinickými skupinami. Zajímalo nás také, jaká bude míra shody mezi jednotlivými testy při tomto měření.

Z výsledků osobnostních dotazníků bylo patrné, že měří více osobnostní dispozice i pohotovost k agresi než agresi samotnou. To jsme částečně i předpokládali. Vycházeli jsme z klinických zkušeností i teoretických poznatků, kdy je často zmiňována snadnost vzhledu do některých testů a tím i snaha korigovat odpovědi přijatelnějším způsobem, proto jsme do výzkumu zařadili více dotazníků s tzv. lži škálou. Bylo důležité, že přes statisticky významné rozdíly mezi skupinami na lži škále u MMPI-2 a u tzv. korekčních škál (FPI-9 a PSSI-14) nepřesahovalo zvýšení na těchto škálách, zejména u MMPI-2, pásmo normy (T skóre nebylo vyšší jak 65 bodů). To, že byly zjištěny u korekčních škál signifikantní rozdíly mezi skupinami, mohlo být ovlivněno i řadou nežádoucích proměnných-snaha (zejména u pacientů, kteří byli pro své násilné chování zpočátku hospitalizováni nedobrovolně) popírat negativní chování a budit dojem, že hospitalizace je neoprávněná. Podobně i u některých pacientů s dobrovolným souhlasem k hospitalizaci byla někdy zjevná tendence popírat násilné chování či impulzivní tendence a snažit se omezit dobu hospitalizace na minimum. U pacientů se suicidálními tendencemi jsme se také setkali s pocity studu za toto chování, které se často zmírnily až v průběhu psychoterapie.

Odpověď na výzkumnou otázku, nakolik dokáží osobnostní dotazníky a projekční metody u psychiatrických pacientů diferencovat míru agrese či dispozice k ní, vystihují výsledky z jednotlivých osobnostních dotazníků a projekčních metod.

Dotazník IVE jsme do výzkumu zahrnuli proto, že nás zajímalo, nakolik se mohou agresivní tendence promítnout na škále impulzivity. Výsledky potvrdily statisticky významné rozdíly mezi skupinovými průměry. Zvýšený skóre byl zaznamenán u pacientů s poruchami osobnosti oproti kontrolní skupině i zbývajícím klinickým skupinám. To u těchto pacientů naznačuje vyšší přítomnost agresivních tendencí s nižší schopností ovládat afektivní impulzy zejména u pacientů s poruchami osobnosti. Nejnižší průměrné hodnoty na této škále měli depresivní pacienti. Naše výsledky se shodují s nálezy Žukova a kol. (2007), kteří IVE dlouhodobě (u pacientů i pachatelů s násilně trestnou činností) používají. Ve výzkumech dosáhli podobných výsledků jako my s nepatrně vyššími průměrnými hodnotami na škále impulzivity u psychopatických osobností. Je však třeba vzít v úvahu, že naši pacienti nebyli pachateli násilné trestné činnosti.

Vícedimenzionální Freiburský osobnostní dotazník (FPI) je charakteristický širší škálou položek vztahujících se k řadě osobnostních vlastností a psychických symptomů. Dotazník má navíc dvě škály posuzující agresivní chování přímo. Zde jsme předpokládali statisticky významné rozdíly v projevech agrese mezi skupinami. To se nepotvrdilo. Statisticky významné rozdíly u skupin byly zaznamenány u škály deprese, frustrační tolerance, neurotických rysů, nekritičnosti, dráždivosti, váhavosti, emocionální lability, maskulinity či femininity, zejména u pacientů s poruchami osobnosti. Pokud vycházíme z těchto výsledků, můžeme usuzovat na určitý profil osobnostních rysů, které v intencích agresivních projevů sehrávají významnou roli. U poruch osobností to byla především emoční nestabilita, podrážděnost, neklid, snížená frustrační tolerance a maskulinní rysy. U depresivních pacientů dominovala depresivně-anxiozní symptomatika, emoční lability, zdrženlivost, nespolečenskost, femininita a sociální introverze. U psychotických pacientů byly nejčastěji zvýšeny průměrné hodnoty vztahující se k úzkostnému prožívání, distresu, vulnerabilitě, uzavřenosti a nižší impulzivitě. To bývá často ovlivněno jejich odstupem od reálného světa, přecitlivělosti a nižší schopností odlišit podstatné informace od méně důležitých.

V podobně koncipovaném výzkumu na posouzení agresivity zařadil do výzkumu tento dotazník Morávek (2001), který posuzoval a měřil agresi u sexuálních agresorů. Na rozdíl od nás vybral pět položek, o kterých se domníval, že spolehlivě měří agresi. Mezi vybrané škály zařadil škálu FPI-2 (agresivita), FPI-4 (frustrační tolerance), FPI-7 (reaktivní agrese) FPI-E (extraverze-introverze) a FPI-N (emoční lability-stabilita). Signifikantní rozdíl zjistil u položek FPI-7 (reaktivní agrese), FPI-E (extraverze), FPI-4 (frustrační tolerance) a na škále FPI-N (emoční lability). Na škále agrese (FPI-2) nezjistil podobně jako my, statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Skutečnost, že se na ostatních zbývajících škálách nepodařilo zjistit statisticky významné rozdíly, přisuzoval Morávek tomu, že tyto položky nemají dostatečnou diskriminační sílu nebo jsou jejich otázky příliš průhledné a odpovědi jsou dobře manipulovatelné. V tomto případě mohla u pacientů sehrát význam snaha jevit se jinak než ve skutečnosti a dosáhnout mírnějšího trestu. My jsme se snahou manipulace v odpovědích rovněž počítali. Částečně tomu odpovídalo i zvýšení na škále FPI-9, o kterém jsme se již zmiňovali.

Osobnostní inventář (PSSI) se od klasického dotazníku odlišuje širší škálou možností odpovídat souhlasně - určitě ne, spíše ne, spíše ano a určitě ano. V ČR je tento dotazník poměrně nový. To nás vedlo k tomu, abychom mimo dlouhodobě používané testy zařadili i některý méně známý test. Jeho uplatnění v klinické praxi v ČR lze datovat od roku 2002. PSSI patří k tzv. vícedimenzionálním testům podobně jako FPI a MMPI-2. Od zařazení tohoto inventáře jsme očekávali širší popis osobnostních charakteristik. Dalším důvodem bylo, že u mnoha osobnostních dotazníků máme klinickou zkušenost s tím, že někteří pacienti (zejména depresivní, ale i psychotičtí) bývají ve svých odpovědích značně nerozhodní a nejistí, pokud se mají rozhodnout mezi dvěma možnostmi typu ano-ne. To, že mohli svoje odpovědi zvažovat v širším rozsahu, navodilo u některých pacientů větší pocit klidu a jistoty. v dotazníku PSSI byly signifikantní rozdíly mezi skupinami u položek vztahující se k širokému spektru osobnostních patologických rysů především u pacientů s poruchami osobnosti. Ti se jeví jako emočně nestabilní, impulzivní a egocentričtí s řadou rysů (nedůvěra, vztahovačnost a negativismus), které mohou ve vypjatých interpersonálních situacích významně souviset s projevy agrese. Depresivní pacienti měli zvýšené průměrné hodnoty u položek vztahujících se k depresi a pesimismu. U psychotických pacientů byly průměrné hodnoty zvýšeny především na škále paranoidity a negativismu.

Poslední z osobnostních dotazníků aplikované baterie, Minnesotský osobnostní inventář (MMPI-2), je považován za velice efektivní a validní diagnostický nástroj. Poskytuje řadu relevantních klinických výstupů. Pro řadu pacientů je však rozsahem otázek (567) velice náročný. Pomocí škál MMPI-2 jsme zaznamenali nejvíce signifikantních rozdílů mezi skupinami. Z klinických škál byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi skupinami u škál deprese, konverzní hysterie, psychopatie, paranoidity, psychastenie, schizofrenie a sociální introverze byly významné rozdíly mezi skupinami na hladině statistické významnosti (0,01%). U přídatných škál jsme zjistili významné rozdíly mezi skupinami u škál vztahujících se k nedostatečné kontrole impulzů, tendencím k asociálnímu chování a zlobným reakcím. Z jednotlivých diagnostických kategorií měli pacienti s poruchami osobnosti v tomto dotazníku nejvyšší průměrné hodnoty u škál měřících psychopatické rysy, maskulinitu, paranoiditu, emoční nestabilitu, nedostatečnou kontrolou impulzů, tendence k asociálnímu chování a zlobě. U depresivních pacientů jsme zaznamenali zvýšené průměrné hodnoty u škály deprese, psychastenie a schizoidních rysů. Pacienti s psychotickými příznaky měli zvýšené průměrné hodnoty na škále paranoidity a schizofrenie.

U Rorschachova projektivního testu jsme sledovali znaky, u kterých jsme předpokládali vztah k agresivním tendencím. V úrovni apercepce (pojetí, vnímání objektu, to zda se odpověď týká celku či jednotlivých částí skvrny) jsme nezaznamenali ani v jednom případě statisticky významné rozdíly mezi skupinami.

U determinat (jak byla odpověď určována - tvarem skvrny, barvou nebo kinestetickými počitky) jsme zjistili výraznější zvýšení průměrných hodnot u pacientů s poruchami osobnosti, především u čistě barvových odpovědí (Fb), u šerosvitově-tvarových odpovědí, ve kterých byl dominující odstín a teprve potom tvar (HdF), a také u tzv. čistě odstínových odpovědí (/Fb/), tedy u odpovědí, které se vztahují k emoční nestabilitě a hůře kontrolovaným impulzům.

U obsahů jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami v odpovědích zahrnujících interpretaci zvířat, krve, frekvence výskytu odpovědi a kontroly sociální realitou. Nejvyšších průměrných hodnot u těchto obsahů dosahovali psychotičtí pacienti a pacienti s poruchami osobnosti. Tyto interpretace jsou velmi často dávány do spojitosti s přemírou intrapsychické tenze, akutní tísně a úzkosti. Na pozadí tenze bývají často nedostatečně asimilované a integrované agresivní impulzy, které bývají snadno aktivovány různými dráždivými podněty z okolí.

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami jsme zjistili také u položky vztahující se k běžným (V) odpovědím s nejnižší průměrnou hodnotou u psychotických pacientů. To odpovídá i klinickým zkušenostem. Tyto odpovědi se považují za tzv. ukazatel míry přizpůsobení myšlení sociální realitě a běžným sociálním pravidlům a bývají určitou zárukou konformity, která je nutná pro začlenění člověka do prostředí, tedy jistého „zakotvení“ v lidském světě (Říčan, 1981). Právě psychotičtí pacienti bývají často vzdáleni reálnému světu.

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami jsme zaznamenali i u kontroly reality, která je jednou z podstatných funkcí integrujícího Já. Je důležitým prostředníkem mezi potřebami a motivy v interakcích subjektu s vnějším prostředím. Rozsah realitního indexu je v rozmezí 1-8 bodů. Norma realitního indexu je 5-7 bodů a ukazuje na sílu Já. Oslabení (zejména pod 4 body) je charakteristické pro výraznější duševní poruchy. Oslabení můžeme nalézt u psychóz, těžkých psychopatií, kognitivních deficitů či mentálních retardací. Tedy u těch, kteří „nesdílí svět s druhými,“ ale mají vlastní svět fantazie, iracionality či autistických myšlenek. Zvýšení zejména nad 7 bodů je rovněž patologické. Zvýšená kontrola realitou může být například v důsledku těžší depresivní poruchy s převahou stereotypie a rigidity v myšlení nebo dalších neurotických rysů, zejména obsedantních. Nejvyšší průměrné hodnoty na této škále měli depresivní a nejnižší psychotičtí pacienti.

Pokud jsme srovnávali naše výsledky se závěry měření agrese pomocí Rorschacha testu dle Gocoma a Meloye (1997), tak ve sledovaných znacích (barvové, šerosvitové a odstínové odpovědi) bylo dosaženo podobných výsledků. To naznačuje dobrou validitu tohoto projektivního testu, zejména při posuzování afektivní složky. U položky zvláštních fenoménů dosáhli pacienti z jejich výzkumu podobných výsledků jako my. Tedy časté odpovědi vztahující se k interpretaci krve, anatomickým a agresivním odpovědím či defektním scénám. Podobně i Morávek (2001) se ve svém výzkumu zaměřil na posuzování vybraných znaků (absolutní počet defektních a agresivních odpovědí, šok na II tabuli, agresivní řešení na tabuli VII. procento interpretace bílých ploch a lidských postav).

Zjistil statisticky významné hodnoty (0,1%) u počtu agresivních odpovědí. Jednalo se většinou o odpovědi s obsahem útočných zvířat nebo lidí. Zajímavé bylo, že se Zv odpovědi (interpretace bílých ploch a mezíplach, které mohou být považovány za znak agresivního či negativistického postoje) ukázaly být statisticky bezvýznamné, navzdory zkušenostem z literatury a praxe. My jsme dospěli k podobným závěrům. To může souviset s mnoha okolnostmi. Lze si představit, že člověk, který jedná v nekontrolovatelném afektu (často i pod vlivem alkoholu), se může v klidné testové situaci či vlivem léků chovat či odpovídat neagresivně.

V projektivním testu ruky (HT) jsme zaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami u položek, které zahrnují reakce vyjadřující interpersonální odstup a zvýšenou míru psychopatologie, především u psychotických pacientů. Tyto kategorie (WITH+PATH) jsou dávány do souvislosti se zvýšeným výskytem psychopatologických rysů a oslabeným kontaktem s realitou. Nebylo velkým překvapením, že v těchto dvou položkách nejvíce skórovali psychotičtí pacienti. Větším překvapením pro nás bylo, že v položce tzv. prediktoru agresivity (acting out ratio - AOR) či AGG (počet agresivních odpovědí) nebyly zjištěny signifikantní hodnoty. Index agresivity vyjadřuje relativní váhu sociálně pozitivních kooperativních postojů oproti direktivním a agresivním. Řada autorů (Klicperová, 1980, Morávek, 2001, Netík, 1997) o tomto indexu uvádí, že je validní mírou předpovídané agrese. Klicperová (1980) se ve svém výzkumu zaměřila na dva sledované znaky (AGG-agresivitu a CRIP-poškození). Odpovědi obsahující sledované znaky hodnotila na třibodové škále a ze získaných hrubých skóre propočítávala tzv. korigované procento agresivity, které mělo signifikantní hodnotu. Morávek (2001) se ve svém výzkumu zaměřil rovněž na vybrané znaky (AGG-počet agresivních odpovědí, CRIP-odpovědi zahrnující poškození objektu a DIR-odpovědi zahrnující direktivní směr, nařízení či ovládnání druhých) a zjistil na škále agrese statisticky významné hodnoty. To, proč v našem výzkumu pacienti na škále AOR či AGG nedosahovali statisticky významných rozdílů mezi skupinami, mohlo být (jak jsme se již zmiňovali) v důsledku mnoha faktorů, jako například zklidnění situace či účinků léků. Navíc projevy agrese se mění v průběhu času i okolností.

Při měření agrese pomocí Rorschachova testu a Hand testu prováděl Heretík (1999) ex post facto výzkum (1997-1999) zaměřený na forenzní analýzu 176 pachatelů vražd. Do výzkumu zahrnul dvě výkonové (WAIS-R a WMS) a dvě projektivní (ROR a HT) metody. Zjistil signifikantní rozdíly v agresivitě měřené projektivními metodami, zejména ve vztahu k nevyrovnané afektivitě a hůře zvládaných impulzů.

U Tématicko apercipčního testu (TAT) jsme nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami při posuzování heteroagresivních či autoagresivních tendencí či témat. Přesto lze (přes nesignifikantní hodnoty) nalézt ve skupinových průměrech rozdíly. Například odpovědi, u kterých převažovaly heteroagresivní tendence, byly nejčastější u psychotických pacientů. U pacientů s poruchami osobnosti a depresivních pacientů převažovaly autoagresivní tendence. Tento test je navíc pro měření či posuzování agrese doporučován. Ale i v tomto případě sehrávají svůj význam aktivované obranné mechanismy, které mění prožívání a chování posuzovaných pacientů, a ti mohou významně potlačovat agresivní tendence. Na celkový výsledek testu mohla mít vliv i skutečnost, že s tímto testem jsme měli nejmenší praktické zkušenosti a proto jsme mimo sledované znaky nezařazovali další sledované proměnné.

Naše výsledky ukazují více na osobnostní rysy a latentní formy agrese (viz. výsledky projektivních testů), v souladu s klinickými i výzkumnými poznatky. Současně to odráží sníženou či omezenou sebekontrolou v afektivních projevech. Rovněž tak je zřejmé, že vyzývací charakter (otázky či různé projektivní podněty) v některých testových situacích mohou být „průhledné“ a tedy i snadno cenzurované (v dimenzi agresivní-neagresivní). Současně to ukazuje na dobrou validitu těchto nástrojů (signifikantní rozdíly mezi klinickými skupinami v mnoha symptomech vztahujících se projevům agrese). Konečný výsledek měření a posuzování agrese v klinické (ale i forenzní) praxi ovlivňuje mnoho dalších proměnných. Již jsme zmiňovali, že někteří pacienti byli v počátku hospitalizováni nedobrovolně se zjevnou snahou vyhnout se další hospitalizaci. Snažili se tedy o „bezproblémovou prezentaci sebe.“ U suicidálních pacientů jsme se často setkávali s popíráním agresivních tendencí a studu za jejich chování. Tato cenzura mohla být jednou z mnoha nežádoucích proměnných se snahou jevit se jinak než ve skutečnosti. Další proměnnou mohl být účinek léků na tlumení agrese a také to, že někteří pacienti, pokud nebyli v přirozených konfliktních podmínkách, se chovali klidněji. Rovněž i skupinová nebo individuální psychoterapie mohla při zvládnutí agrese sehrát významnou roli.

Je třeba konstatovat, ve shodě s jinými výzkumy a klinickými zkušenostmi, že samotné posouzení či měření agrese je velice složité. Více než samotnou agresi měří testy povahové rysy a vlastnosti osobnosti, které mohou v případě situačně afektivní agrese sehrávat velmi významnou roli.

Projektivní testy nám poskytly informace o vnitřní struktuře osobnosti, o její vyrovnanosti, zralosti o percepčně-kognitivní úrovni a kontaktu s realitou. Tyto testy jsou schopny více posoudit latentní (skryté) dispozice k agresivnímu jednání a impulzivním tendencím. I v tomto případě platí, že ne vždy dostaneme odpověď na naši výzkumnou či klinickou otázku a výsledek nemusí vždy korespondovat s našimi představami. O to důležitější je, abychom přistupovali k měření či posuzování jakékoliv vlastnosti či rysů komplexně v kontextu celé osobnosti posuzovaného i v kontextu širšího využití psychodiagnostických metod.

To, že většina pacientů byla agresivní těsně před přijetím k hospitalizaci, odráží více jejich nevyrovnanou afektivní složku a maladaptivní vzorce chování než trvalé agresivní rysy. Samotná agrese a násilí nejsou nevyhnutelnou stránkou organizace lidské psychiky, ale představují spíše strategickou a příležitostnou reakci na konkrétní podmínky. Jak uvádí Barrettová (2007), násilí a agrese se používá zejména tehdy, když se nám to vyplácí. Za podmínek, kdy agrese není schopna zajistit určité zisky, bývá takové chování vzácné. Proto se v klinické praxi může v samotných testech agrese projevit buď přímo (velmi ojedinělé) a nebo nepřímo (častěji) v korelaci s řadou osobnostních psychopatologických proměnných nebo v důsledku duševní poruchy či nemoci.

Typické klinické případy, ve kterých jsme posuzovali projevy agrese, jsme zahrnuli do pěti vybraných kazuistik. V nich byly zastoupeny sledované diagnostické kategorie (afektivní a psychotické poruchy a poruchy osobnosti) s různými projevy agrese (od suicidálních myšlenek či fantazií, až pro afektivní heteroagresivní reakce) v důsledku afektivních reakcí. Výsledky testů byly zpracovány formou psychologického nálezu. Ten byl upraven tak, aby v něm byly zaznamenány pouze sledované znaky. Z jednotlivých kazuistik (podobně jako ve výsledkové části) jsme zaznamenali převažující potíže v emoční složce. Dominující byla nevyrovnanost a nezralost v emočních projevech.

U jednotlivých klinických případů měla značný podíl psychopatologie osobnosti, kdy patologické rysy (značná emoční nestabilita impulzivního či hraničního typu, paranoidita, egocentrismus či narcistické rysy) sehrávaly v projevech agrese významnou roli, zejména pokud se pacient cítil (ať již v reakci na paranoidní zpracování sociální reality či na narcistní zranění) ukřivděn, kritizován či jinak ohrožován. V jednom případě měl vliv na agresivní chování i dlouhodobý abúzus alkoholu a drog. Jindy bylo agresivní chování reakcí na aktuální situaci a psychickou zátěž. Setkali jsme se rovněž se zjevnou snahou disimulovat aktuální potíže a jevit se bez zjevných symptomů. V jenom klinickém případě byla agrese pacienta výrazně ovlivněna rozvojem těžší duševní poruchy, kdy psychotické fenomény (oslabení v percepčně-kognitivní složce se sníženým kontaktem se sociální realitou) ovlivnily pacientovo destruktivní chování. Agrese zaměřená proti vlastní osobě se v těchto klinických případech rovněž objevila. Jeden případ byl charakteristický převažujícími suicidálními myšlenkami v reakci na životní krizi, podobně jako dva suicidální pokusy. V těchto případech převažovalo depresivní ladění či depresivní syndrom. To nakonec dokumentuje klinickou praxi, kdy suicidium je jednou z nejzávažnějších komplikací depresivního syndromu. Odhaduje se, že čtvrtina sebevražd u nás může být v důsledku velké afektivní poruchy (těžké deprese) a zbytek v důsledku ostatních afektivních poruch.

Vybrané kazuistiky doplňují kvantitativní zhodnocení výzkumného souboru při posuzování a měření agrese u psychiatrických pacientů. Výsledky těchto klinických případů v mnoha proměnných korelují s výsledky celého výzkumného souboru. V projevech samotné agrese se v testech objevují více vystupňované psychopatologické rysy osobnosti či řada dalších proměnných, například duševní nemoc či porucha, eventuálně abúzus psychoaktivních látek, které ve svém důsledku výrazně ovlivňují agresivní chování či „uvolňují“ energetický potenciál (emoční nestabilita, nezdrženlivost, horlivost, zloba, impulzivita) k němu.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že osobnostní dotazníky a projektivní testy poměrně spolehlivě diferencují osobnostní dispozice a emoční projevy k agresi.

Při porovnání výsledků posuzujících agresi pomocí osobnostních dotazníků a projektivních metod jsme dospěli k závěru, že osobnostní dotazníky lépe diferencují v položkách vztahujících se k psychopatologickým rysům, které bezprostředně s agresivním chováním souvisí. Projektivní testy více diferencovaly ve znacích vztahujících se k emoční úrovni, prožívání, obranným mechanismům proti intrapsychickým konfliktům a úzkosti. Také nám poměrně spolehlivě diferencovaly ve znacích vztahujících se k úrovni kontaktu se sociální realitou.

V rozdílech mezi skupinami jsme zjistili u pacientů s poruchami osobnosti zvýšené průměry u položek vztahujících se k osobnostní psychopatologii, tedy k rysům jako je podrážděnost, větší neklid, dráždivost, emoční nestabilita, snížená frustrační tolerance, egocentrismus, vztahovačnost a negativismus. U depresivních pacientů byly významně zvýšené hodnoty u deprese, pesimismu, psychastenie, introvertních rysů a femininity. U psychotických pacientů byly nejvyšší průměrné hodnoty u položek a znaků, které se nejvíce vztahovaly k oslabené integritě osobnosti, percepci, myšlení a kontaktu s realitou, což ve svém důsledku by mohlo být příčinou snadnějšího uvolňování agrese.

Závěrem lze konstatovat, že tyto výsledky potvrzují klinické a forenzní zkušenosti s měřením a posuzováním agrese. Testové metody spíše postihují obecné temperamentové dispozice, sklon k převládajícím emočním reakcím, k mštnání afektů a k explozivním reakcím. Hodnocení vlastní agresivity u konkrétního jedince musí probíhat v kontextu všech poznatků o jeho osobnosti a o psychodiagnostice.

11. ZÁVĚR

Z výsledků vybraných psychodiagnostických metod ve vztahu k hlavnímu cíli výzkumného projektu vyplývá, že měřicí nástroje dokáží spolehlivěji měřit či postihnout dispozice agresivního chování projevující se v mnoha negativních vlastnostech osobnosti, než že by měřily samotné projevy manifestní agrese.

- 1) Potvrdilo se nám, že vybrané osobnostní dotazníky a projektivní metody poměrně spolehlivě diferencují projevy agrese či dispozice k nim u jednotlivých klinických skupin. U pacientů s poruchami osobnosti převažovaly zvýšené patologické rysy, které s tendencemi k agresivnímu chování (ať již v úrovni ve vztahu k objektu či subjektu) významně korelovaly. U skupiny depresivních pacientů převažovaly znaky svědčící pro depresivní syndrom, poruchu afektivní složky, snížení v položkách vztahujících se k sebezpečí s převažujícím sebedestruktivním chováním. U psychotických pacientů jsme zaznamenali v důsledku oslabení jejich osobní integrity a kontaktu s realitou snadnější uvolňování agrese. To se potvrdilo zejména v projektivních testech, kdy v důsledku oslabené percepce a myšlení docházelo k snadnějšímu uvolňování agresivní tenze.
- 2) Při srovnávání výsledků osobnostních dotazníků a projektivních testů lze konstatovat, že vícedimenzionální osobnostní dotazníky nám poměrně významně „popisovaly“ široké spektrum patologických rysů osobnosti. U projektivních metod jsme zaznamenali širší úroveň afektivního prožívání, obranných mechanismů a kvality úrovně percepce i myšlení. Lze tedy říci, že oba druhy metod se spíše doplňují, než shodují. Navíc jsme tímto způsobem eliminovali větší nárůst nežádoucích proměnných (záměrné zkreslování subjektivní výpovědi v důsledku snadnosti či průhlednosti některých otázek, nebo chudší asociativní produkci).
- 3) Rozdíly mezi sledovanými skupinami v osobnostních charakteristikách a v ukazatelích agrese byly dostatečně průkazné. U pacientů s poruchami osobnosti měla na projevy agrese či tendence k nim výrazný vliv jejich patologická osobnostní „výbava.“ U depresivních či psychotických pacientů sehrávala významnou roli při projevech agrese či tendencích k nim psychická porucha či nemoc.

Výsledky naznačují vícefaktorovou podmíněnost projevů agrese či v tendencích k nim a rovněž potvrzují, že kombinace osobnostních a projektivních metod se jeví jako vhodná, vzájemně se doplňující a zpřesňující klinické poznatky při posuzování agresivního chování u psychiatrických pacientů.

12. SOUHRN

V doktorské dizertační práci jsme se pokusili objektivně ověřit použitelnost dotazníkových a projektivních metod při zjišťování agresivity u psychiatrických pacientů.

V teoretické části jsme se zamýšleli nad pojmy agrese a agresivity. Vycházeli jsme z řady teoretických výkladů agresivity a vývoje tohoto členění, kde agrese i agresivita jsou charakterizované mnohovýznamovými pojmy. Nakonec se ale většina autorů i jednotlivých teorií shoduje v dichotomickém dělení na agresi společensky přijatelnou a nepřijatelnou. Zabývali jsme se rovněž i bio-psycho sociálními aspekty agrese a strukturou agresivní osobnosti. To, že na agresivitu se v současné době nahlíží z více směrů, genetického, biologického, psychologického, behaviorálního i společenského, je důkazem, že se nejedná o jednoduchý či snadný problém lidské společnosti, proto je obtížné hledat empirické vyjádření či posouzení agrese.

Ve výzkumné části jsme si kladli za cíl ověřit použitelnost vybraných dotazníkových a projektivních metod při zjišťování agresivity u psychiatrických pacientů. Pro ověření výzkumného cíle jsme zvolili tři výzkumné otázky: 1. Zda dokáží vybrané osobnostní dotazníky a projektivní metody diferencovat míru agrese u pacientů s různou psychiatrickou diagnózou (kriteriální validita). 2. Zda budou výsledky měření agrese dotazníkovými metodami ve shodě s výsledky měření projektivními metodami (souběžná validita). 3. Jaké budou rozdíly mezi sledovanými skupinami v osobnostních charakteristikách, včetně ukazatelů pohotovosti k agresi.

Do výzkumu jsme zařadili 115 pacientů (49 mužů a 66 žen), kteří byli hospitalizováni na Psychiatrické klinice 1.LF UK a VFN v Praze. Kontrolní skupinu tvořili studenti pražských vysokých škol (20 mužů a 16 žen). Celkem se výzkumu zúčastnilo 151 osob ve věkovém rozmezí 20-40 let. U všech pacientů bylo ošetřujícím lékařem požadováno psychologické vyšetření se zaměřením na posouzení agresivity. Vstupním kritériem byla objektivně posuzovaná míra agrese jak ve vztahu k druhým lidem, zvířatům či věcem (heteroagresivní chování), tak i ve vztahu k sobě samotnému (autoagresivní chování).

Psychiatrickí pacienti tvořili tři klinické skupiny z diagnostických okruhů s převažujícími psychotickými příznaky (F 20.0) s afektivními poruchami (F 30.0) a s poruchami osobnosti (F 60.0). Kontrolní skupinu tvořili dobrovolníci převážně studenti pražských vysokých škol. Ti se zúčastnili pouze psychologického testování. Klinické skupiny pacientů absolvovaly standardní psychologické vyšetření včetně sběru anamnestických dat, klinického pozorování v průběhu vyšetření a klinického rozhovoru. Výstupem tohoto psychologického testování byl u klinických skupin i podrobný klinický nálezn. Všichni pacienti, včetně kontrolní skupiny, byli v průběhu jednoho roku vyšetřeni baterií standardizovaných psychologických testů (4 osobnostních dotazníků a 3 projektivních testů), u kterých jsme předpokládali jejich variabilitu při měření a posuzování agresivity. Samotné vyšetření bylo pro pacienty náročné. Náročné bylo i vyhodnocování jednotlivých testů.

Do této práce jsme zařadili také pět kazuistik, které zastupovaly jednotlivé diagnostické kategorie i sledované projevy agrese. Jednotlivé kazuistiky jsme rozdělili podle pohlaví, psychiatricko-diagnostických kategorií, motivačních tendencí a směru agrese. Snažili jsme se porovnat kvalitativní přístup s kvantitativním a na konkrétních případech dokumentovat klinické nálezy z psychologických vyšetření zaměřených na posuzování a měření agrese.

Z výsledků vyplývá, že manifestní projevy agrese se v testech objevují relativně vzácně. Daleko více se v nich ale objevují osobnostní dispozice k tomuto chování. Nelze proto předpokládat, že agresivní jedinci budou mít zvýšené hodnoty u položek sytících tento rys. To, že se v testech nepromítly projevy agrese přímo, může být také v důsledku dalších proměnných, například nekonfliktní nemocniční prostředí, účinek léků či vliv psychoterapie. Z výsledků výzkumu vyplývá, že osobnostní dotazníky a projektivní testy poměrně spolehlivě diferencují osobnostní dispozice a emoční projevy k agresi.

Při porovnání výsledků posuzujících agresi pomocí osobnostních dotazníků a projektivních metod jsme dospěli k závěru, že osobnostní dotazníky lépe diferencují v položkách vztahujících se k psychopatologickým rysům, které bezprostředně s agresivním chováním souvisí. Projektivní testy více diferencovaly ve znacích vztahujících se k emoční úrovni, prožívání, obranným mechanismům proti intrapsychickým konfliktům a úzkosti. Také nám poměrně spolehlivě diferencovaly ve znacích vztahujících se k úrovni kontaktu se sociální realitou.

V rozdílech mezi skupinami jsme zjistili u pacientů s poruchami osobnosti zvýšené průměry u položek vztahujících se osobnostní psychopatii, tedy k rysům jako je podrážděnost, větší neklid, dráždivost, emoční nestabilita, snížená frustrační tolerance, egocentrismus, vztahovačnost a negativismus. U depresivních pacientů byly významně zvýšené hodnoty u deprese, pesimismu, psychastenie, introvertních rysů a femininity. U psychotických pacientů byly nejvyšší průměrné hodnoty u položek a znaků, které se nejvíce vztahovaly k oslabené integritě osobnosti, percepci, myšlení a kontaktu s realitou, což ve svém důsledku by mohlo být příčinou snadnějšího uvolňování agrese.

Získané výsledky naznačují, že posuzovat agresivitu pomocí psychodiagnostických metod není snadné a že výstupy testů nemusí být jednoznačné. Testové metody, jak jsme již psali, postihují více obecné temperamentové dispozice, osobnostní rysy, emoční reakce, městnání afektů a pohotovost k explozivním reakcím. Ukazuje se, že poznatky z výzkumu mohou být přínosné i pro postižení afektivních komponent agresivity.

13. SUMMARY

We have tried in doctoral thesis to objectively verify usability of questionnaires and projective methods in evaluation of aggressiveness of psychiatric patients.

In the theoretical part of the study we discuss definitions of aggression and aggressiveness. There is a number of theoretic interpretations of aggressiveness and aggression in which these general terms are characterized. Most authors and single theory are in full agreement of views that there are two types of aggression, acceptable and unacceptable for society. We have aimed at bio-psycho-social aspects of aggression and the structure of aggressive personality. Nowadays there are many branches of science, which are engaged in aggressiveness, for example genetics, biology and psychology. It is evidence to support the view that aggressiveness is a serious problem in human society. At the same time it is difficult to find empiric assessment of aggression.

The goal of the research part was to verify applicability of selected questionnaires and projective methods detecting aggression in psychiatric patients. We have used three research questions to verify this goal.

1. How selected personality questionnaires and projective methods are able to detect the extent of aggression in groups of probands with different level of aggressiveness (criterion validity).
2. What is the level of agreement in measurement of aggression by projective methods and by personality questionnaires (parallel validity).
3. What are the differences (classifying variable) in different types of aggression and how they will project into test results (qualitative analysis).

In research we have included 115 patients (49 men and 66 women), who were hospitalized in Psychiatric clinic 1. LF UK a VFN in Prague. Control group was formed by university students in Prague (20 men and 16 women).

151 persons aged 20 – 40 took part in our research. Psychological examination specialized in assessment of aggressiveness was performed in all patients. Basic criterion was objectively assessed measure of aggression concerning other persons, animals or things (heteroaggressive behavior) and concerning him/her self (autoaggressive behavior).

Psychiatric patients were divided into three clinical groups.

1. Psychiatric patients from diagnostic radius (F 20) mostly with psychotic symptoms
2. Psychiatric patients from diagnostic radius (F 30) with affective disorders
3. Psychiatric patients from diagnostic radius (F 60) with personal disorder

Control group was made up from healthy persons, mostly university student. They took part only in psychological testing.

Clinical groups of patients passed standard psychological examination including anamnestic data and clinical diagnostic methods, i.e. observation and interview. Output of this testing was clinical. All patients and the control group were examined by the battery of standardised psychological tests during one year (4 personal questionnaires, 3 projective tests). We expected variability of assessment and measurement of aggressiveness. Testing was very difficult for patients. Evaluating of individual tests was difficult, too.

We have included five case reports to represent individual diagnostic categories and monitoring manifestations of aggression. Individual case reports were divided into categories according to gender, psychiatric diagnosis, motivation and tendency to aggression. The intention in this case was to compare qualitative and quantitative methods and document case history of assessment and measurement of aggression.

Manifestation of aggression occurs in the tests relatively rarely. Personal dispositions occur much more there. We can not expect increasing value in items concerning this trait. The fact that aggression was not directly manifested in tests can be a result of the positive environment in the hospital, of drugs or psychotherapy. Research shows that personal questionnaires and projective tests reliably differentiate personal dispositions and emotional manifestations of aggression.

Comparing results of personality questionnaires and projective methods we have found out personal questionnaires better differentiate in items related to pathological traits associated with aggressive behavior. Projective tests better differentiated in connection with emotional experience, defensive mechanism against intrapsychic conflicts, anxiety and in connection with social reality.

There are some differences between groups. We found out by patients with personal disorders increased averages related to personal psychopathology, it means to features like irritation, emotional instability, decreased toleration of frustration, egocentrism, sensibility and negativism. In depressive patients were markedly increased average value of depression, pessimism, psychasthenia, introversion and femininity. In psychotic patients were the highest items related with weak integrity of personality, perception, thought and contact with reality.

In conclusion: These results verify clinical and forensic experience with assessment and measurement of aggressiveness. Test methods show much more general temperament dispositions, tendency to emotional reaction and to explosive reactions. Information and experience from this thesis could be helpful for assessment of emotional aggression in psychiatric patients and for forensic practice. Evaluation of aggression in individual person is useful in relation to his/her personality.

14. LITERATURA

- Allport, B., W.: *Pattern and growth in personality*. New York, Wiley 1961.
- Archer, J.: *What Can Ethology Offer the Psychological Study of Human Aggression Aggressive Behavior*. Volume 21, 1995, 6, s. 243 - 255.
- Barret, L., Dumbar, R., Lycett, J.: *Evoluční psychologie člověka*. Praha, Portál 2007.
- Baštecká, B., Goldmann, P.: *Základy klinické psychologie*. Praha Portál 2001.
- Baštecká, B.: *Klinická psychologie v praxi*. Praha, Portál 2003.
- Berkowitz, L.: *Frustration - aggression hypothesis. Examination and reformulation*. *Psychological Bulletin*, 26, 1989, 4, s. 59 - 73.
- Berkowitz, L.: *Aggression. Its causes, consequences and control*. New York, McGraw - Hill, Inc 1993.
- Blahuš, P.: *K metodologii použití statistických metod v psychologii*. Praha, Academia 1988.
- Blahuš, P.: *K systémovému pojetí statistických metod v metodologii empirického výzkumu chování*. Praha, Vydavatelství Karolinum 1996.
- Blatný, M., Plháková, A.: *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno, Psychologický ústav Akademie věd ČR 2003.
- Čáp, J., Boschek, P.: *Trojdimenzionální substruktura osobnosti a její vztah k stylům rodinné výchovy*. *Československá psychologie* 54, 2000, 2, s. 97 - 109.
- Čermák, I.: *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou, Nakladatelství Fakta 1999.
- Čermák, I., Klimusová, H.: *Indikátory impulzivní agrese*. *Československá psychologie* 54, 2000, 5, s. 424-432.
- Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P.: *Agrese, identita, osobnost*. Brno, Psychologický ústav Akademie věd ČR 2003.
- Čermák, I., Ženatý, J.: *Podnětové charakteristiky tabulí Tématicko apercepčního testu. Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. Praha, Vydavatelství MSD 2005.
- Čermák, I., Fikarová, T.: *Kognitivní charakteristiky příběhu TAT a jejich diagnostický význam*. In: Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.: *Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. Praha, IPVZ 2006.
- Čírtková, L.: *Policejní psychologie*. Praha, Portál 2000.
- Dabbs, J.: *Saliva testosterone and criminal violence in young adult prison inmates*. *Psychosomatic Medicine* 49, 1987, 3, s. 174 - 182.
- Dabbs, J., Moris, R.: *Testosterone, social class and antisocial behavior in a sample of 4462 men*. *Psychological Science* 1, 1990, 2, s. 209 - 211.
- Dollard, J., Miller, N., E.: *Frustration and aggression*. New Haven, CT. Yale University Press 1939.
- Dunovský, J.: *Dětské krizové centrum a jeho činnost v péči o děti týrané, zneužívané a zanedbávané*. *Česko - Slovenská pediatrie* 50, 1995, 1, s. 41 - 44.
- Eysenck, H., J., Eysenck, S., B., G.: *Manual of the Eysenck personality questionnaire*. London, Hodder and Stoughton 1975.
- Exner, J., E.: *The Rorschach. A Comprehensive system. Basic foundations and principles of interpretation*. New Jersey, Wiley 2003.
- Ferjenčík, J.: *Úvod do psychologického výzkumu*. Praha, Portál 2000.
- Fridrich, J., Nociar, A.: *Test ruky*. Bratislava, Psychodiagnostika 1991.
- Fromm, E.: *Anatomie lidské destruktivity*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny 1997.
- Gacome, B., C., Meloy, J., R.: *The Rorschach Assessment of aggressive and psychopathic personalities*. Lawrence Erlbaum Associates. Publishers Hillsdale, New Jersey 1997.
- Geen, R., G.: *Human aggression*. New York, Pacific Grove Brooks 1990.

- Gódtel, R.: Sexualita a násilí. Praha, Český spisovatel 1994.
- Hartl, P.: Psychologický slovník. Praha, Portál 2005.
- Hathaway, R., S., Mc Kinley, C., J.: Minnesota multiphasic personality inventory-2. První české vydání. Úprava Netík, K.; MMPI-2. Praha, Testcentrum 2002.
- Heretík, A.: Forenzná psychológia. Bratislava, SPN 2004.
- Hewstone, M., Stroebl, W.: Sociální psychologie. Praha, Portál 2006.
- Hollander, E., Stein, D.: Impulsivity and aggression. New York, Willey 1995.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tigris 2004.
- Hošek, V.: Psychologie odolnosti. Praha, Univerzita Karlova 1994.
- Hřebíčková, M., Urbánek, T.: Big five. (NEO-pětifaktorový osobnostní inventář). Praha, Testcentrum 2001.
- Janata, J.: Agrese, tolerance a intolerance. Praha, Grada 1999.
- Janík, A., Dušek, K.: Diagnostika duševních chorob. Praha, Avicenum 1987.
- Kamarýt, J.: Polemologický přístup k fenoménu agrese, násilí a původu válek. Československá psychologie 42, 1998, 3, s. 235 - 244.
- Kaplan, J. R., Manuck S., B.: The effects of fat on cholesterol on social behaviour in monkeys. Psychosomatic Medicine 53, 1991, 12, s. 634 - 642.
- Kendal, C., P., Buchter, N., J., Holmbeck, N., G.: Handbook research methods in clinical psychology. New York. John Wiley and Sons 2005.
- Kerlinger, N., F.: Základy výzkumu chování. Praha, Academia 1972.
- Kernberg, O.: Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies. New Heaven, Yale University Press 1984.
- Klicperová, M.: Hostilita a její diagnostika. Diplomová práce. Praha, FF UK 1980.
- Kolář, M.: Skrytý svět šikanování ve školách. Praha, Portál 1997.
- Kolář, M.: Bolest šikanování. Praha, Portál 2001.
- Kollárik, T., Poliaková, E., Ritomský, A.: Freiburský osobnostný dotazník. Bratislava, Psychodiagnostika 1984.
- Kollárik, T.: Sociální psychologie. Bratislava, SPN 1993.
- Koukolík, F.: Sociální mozek. Praha, Nakladatelství Karolinum 2006.
- Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie. Praha, Portál 2006.
- Křivohlavý, J.: Konflikty mezi lidmi. Praha, Portál 2002.
- Machač, M., Macháčová, H., Hoskovec, J.: Emoce a výkonnost. Praha, SPN 1985.
- Machač, M., Macháčová, H.: Psychické rezervy výkonnosti. Praha, Univerzita Karlova. Vydavatelství Karolinum 1991.
- Malá, E.: Agrese u dětí a adolescence. Česká a Slovenská psychiatrie 92, 1996, 1, s. 58 - 67.
- Maršálová, L.: Metodologické základy psychologického výzkumu. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy 1978.
- Matějček, Z.: Chvála přátelství. Psychologie Dnes 5, 1999, 6, s. 12 - 13.
- Mikšík, O.: Psychologie hromadného chování. Praha, SPN 1977.
- Morávek, T.: Diagnostika agresivity. Diplomová práce. Praha, FF UK 2001.
- Moyer, K., E.: Personality and Assessment. New York, Wiley 1968.
- Mufti, R., M., Balon, R.: Low cholesterol and violence. Psychiatric services 10, 1998, 6, s. 221 - 224.
- Murphy, R., K., Davidshofer, O. Ch.: Psychological testing. New York, Prentice-Hall International 1999.
- Netík, K.: Několik poznámek k problému tzv. agresivity. Sborník referátů XXVI. soudně psychiatrické konference. Praha, Academia 2003.
- Pavlovský, P.: Soudní psychiatrie a psychologie. Praha, Grada 2001.
- Ponešický, J.: Agrese, násilí a psychologie moci. Praha, Triton 2005.

- Preiss, M., Kloše, J.: Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C.R. Cloningera. *Psychiatrie*, 5, 2001. s. 226-231.
- Praško, J., a kol.: Poruchy osobnosti. Praha, Portál 2003.
- Raboch, J., Zvolský, P.: *Psychiatrie*. Praha, Galén 2001
- Reiselová, E.: Možnosti ovplyvňovania agresívneho a prosociálneho správania detí. *Československá psychologie* 51, 1997, 2, s. 147 - 156.
- Renfrew, J., W.: *Aggression. A Biopsychosocial Approach*. New York, Oxford University Press. 1997.
- Rorschach, H.: *Psychodiagnostik*. Bern, Verlag Hans Huber 1962.
- Rycroft, Ch.: *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství Kocourek 1993.
- Říčan, P.: *Úvod do psychometrie*. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy n. p. 1980.
- Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek, S.: *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy 1981.
- Říčan, P.: *S Romy žít budeme - jde o to jak*. Praha, Portál 1998.
- Říčan, P.: *Krutost v mediálním věku*. *Propsy* 4, 1998, 3, s. 6 -7.
- Říčan, P.: *Diskuse, frustrace z pojmu agrese*. *Československá psychologie* 43, 1999, 2, s. 180 - 181.
- Říčan, P.: *Krutost jako prožitek a jako motiv*. *Československá psychologie* 43, 1999, 6, s. 543 - 555.
- Říčan, P.: *Cesta životem*. Praha, Portál 2004.
- Senka, J., a kol.: *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé*. Bratislava, Psychodiagnostika 1993.
- Slepička, P.: *Sportovní diváctví*. Praha, Olympia 1990.
- Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Nakladatelství Maxdorf 2002.
- Smékal, V.: *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno, Nakladatelství Barrister & Principal 2002.
- Svoboda, M.: *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Praha, CAPA 1992.
- Svoboda, M.: *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha, Portál 1999.
- Svoboda, J.: *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha, Portál 2006.
- Šikl, R., Čermák, I.: "Common sense" a psychologické teorie. *Československá psychologie* 54, 2000, 5, s. 444 - 450.
- Šípek, J.: *Projektivní metody*. Praha, ISV nakladatelství 2000.
- Šrutová, L.: *Psychodiagnostika agrese*. In: Pavlovský, P.: *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha, Grada 2001.
- Študent, V.: *Soudní psychiatrie a trestní právo*. Praha, SPN 1989.
- Švancara, J.: *PSSI-Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha, Testcentrum 2002.
- Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál 1999.
- Virkkunen, M.: *Serum cholesterol in antisocial personality*. *Neuropsychobiology* 23, 1979, 5, s. 27 - 30.
- Volavka, J.: *Neurobiology of violence*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
- Vokurka, M., Hugo, J. a kol.: *Velký lékařský slovník*. Praha, Maxdorf 2005.
- Vymětal, J.: *Lékařská psychologie*. Praha, Portál 2003.
- Výrost, J., Slaměník, I.: *Sociální psychologie*. Praha, Nakladatelství ISV 1997.
- Weiss, P.: *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti*. Praha, Grada 2000.
- Weiss, P.: *Sexuální deviace*. Praha, Portál 2002.
- White, W., J.: *Deconstructing the myth of the nonaggressive woman*. *Psychology of Woman Quarterly*, 18, 1994, s. 487 - 506.

- Zillman, D.: Hostility and aggression. New York, Hillsdale Erlbaum 1979.
- Zillman, D.: Arousal and aggression. New York, Academic Press 1983.
- Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.: Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, IPVZ 2006.
- Žukov, I. a kol.: Psychofyzilogický korelát impulzivně agresivního chování u delikventů. Československá psychologie, 51, 4, 418-422, 2007.

Přílohy

Dotazník impulzivity (IVE)

Příloha 1

Freiburský osobnostní dotazník (FPI)

Příloha 2

Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI)

Příloha 3

Minnesotský multifázový osobnostní inventář MMPI-2

Příloha 4

Test ruky (The Hand Test)

Příloha 5

Rorschachův test

Příloha 6

Tematicko apercepční test (TAT)

Příloha 7