

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

RIGORÓZNÍ PRÁCE

MUDr. Mgr. Luděk Dvořák

AGRESIVITA A DEPRESIVITA

U ODSOUZENÝCH UŽIVATELŮ DROG

Aggression and depression of sentenced drug abusers

Praha, 2012

Konzultant: **Doc. PhDr. Ilona Gillernová**

Poděkování

Chtěl bych poděkovat **Doc. PhDr. Itoně Gillernové** za laskavé a věcné připomínky zejména k části penitenciární, **Doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi, Csc. et PhD.** za konzultaci a cenné rady v části klinické, dále pak **PhDr. Miluši Urbanové, CSc.** za vedení a obětavou pomoc při vedení předvýzkumu I a **PhDr. Janu Sochůrkovi, PhD.** za konzultace a odborné rady při zpracování tématu. Dále děkuji **PhDr. Janu Jiráskovi** za trpělivost a ochotnou pomoc při přeformulování otázek CIES do současné podoby. Děkuji též **PhDr. Vavřínu Matůškovi** za laskavou pomoc s realizací předvýzkumu II a vlastního výzkumu. Za praktické připomínky a faktické poznámky vděčím **PhDr. Janě Maiwaldové - Ječné.** Za trefné stylistické i věcné připomínky a trpělivost děkuji kolegyni **Mgr. Kateřině Hejnové.**

Rád bych poděkoval **Mgr. Jiřímu Purkartovi**, řediteli věznice Příbram za povolení k provedení výzkumu u odsouzených. Za technické zabezpečení realizace obou předvýzkumů i vlastního výzkumu vděčím zaměstnancům Specializovaného oddělení věznice Příbram, z nich pak především pedagogovi **Mgr. Vladimíru Rampasovi**, který mi ochotně věnoval svůj čas a byl mi nápomocný při sběru dat.

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 29. 1. 2012

.....
MUDr. Mgr. Luděk Dvořák

ABSTRAKT

Tato rigórní práce se zabývá možnou souvislostí pojmů deprese, resp. depresivita a agrese, resp. agresivita ve vztahu k psychosociálnímu klimatu věznice se zaměřením na odsouzené uživatele drog. Ověřuje předpoklad, že agrese může být typicky mužským copingovým mechanismem při depresivním onemocnění.

V teoretické části práce na základě odborných poznatků z prostudované literatury mapujeme souvislosti možné souvislosti deprese a agrese. Dále upozorňujeme na genderově podmíněné způsoby zvládnání deprese a na souvislost výskytu depresivity a agresivity zejména u odsouzených závislých na návykových látkách.

Pro empirickou část se staly východiskem poznatky o psychosociálním klimatu na specializovaném oddělení věznice Příbram získané v r. 2006 (Dvořák, 2006), které byly zahrnuty do této práce jako předvýzkum I. Za použití stejné techniky, dotazník SPK) ověřujeme, zda současná úroveň psychosociálního klimatu na specializovaném oddělení odpovídá situaci v době předvýzkumu I. Jako srovnávací parametr používáme škálu agrese dotazníku SPK. Následně empiricky ověřujeme předpoklad Rutze a spoluautorů (1999), že agresivita může být projevem způsobu zvládnání deprese. Pomocí projektivní techniky CAE zjišťujeme výskyt depresivity (jako měřitelné míry poklesu forie) a agresivity (jako predispozice k agresivnímu jednání, tedy k agresi) u odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram.

Na základě kvantitativní analýzy získaných dat docházíme k závěru, že u odsouzených uživatelů drog na specializovaném oddělení i na běžném oddíle výkonu trestu věznice Příbram se ve vysoké míře vyskytuje současně agresivita s depresivitou a obě proměnné vykazují těsný funkční vztah.

Klíčová slova: psychosociální klima, CIES, CAE, SPK, věznice, specializované oddělení ve věznici, drogová závislost, penitenciární psychopatologie, deprese, depresivita, agrese, agresivita.

ABSTRACT

The postgraduate thesis is looking into possible links between depression or depressiveness and aggression or aggressiveness in relation to the psychosocial atmosphere of prison focusing on sentenced drug users. Our study is also verifying the assumption, that aggression might be typical coping mechanism of men to control the depression.

The theoretical part is looking for potential links between terms depression and aggression based on technical knowledge in the literature studied; also pointing at gender conditioned ways of controlling a depression as well as connection between depression or aggression occurrence of sentenced and drug addicted sentenced individuals.

The empirical part of the study is based on findings, included in the thesis as a pre-study I and gained through psychosocial atmosphere of specialized detachment of Příbram's prison in 2006 (Dvořák, 2006). By using the same technique as in pre-study I (SPK form) work verifies, if current level of psychosocial atmosphere in specialized detachment corresponds to the pre-study I situation. SPK form scale of aggression is here used as the comparative parameter.

The postgraduate thesis is subsequently verifying the assumption of Rutz and his co-authors (1999), that aggression might be form of a depression control. Through CAE projective technique is the work detecting the existence of depression (as measurable level of phoria decrease) and aggression (as predisposition to aggressive behavior, e.i. aggression) on sentenced drug addicts in Příbram's prison.

Thesis is based on quantitative analysis of collected data, defining frequent occurrence of aggression together with depression, observed on sentenced drug addicts in specialized detachment as well as in other common detachment of Příbram's prison; both emotions are showing close functional connection.

Keywords: psycho-social atmosphere, CIES, CAE, SPK, prison, specialized detachment in prison, drug addiction, penitentiary psychopathology, depression, depressiveness, aggression, aggressiveness.

OBSAH

I. ÚVOD	11
II. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Psychosociální klima v penitenciárním prostředí	14
1.1 Obsah pojmu a vybrané teorie	14
1.2 Výzkum psychosociálního klimatu ve věznicích.....	16
2 Specializovaná oddělení ve věznicích	18
2.1 Vznik specializovaných oddělení ve věznicích	18
2.2 Vznik specializovaného oddělení ve Věznici Příbram.....	19
2.3 Původní struktura a vybavení SOVT Věznice Příbram.....	19
2.4 Realizace cíle a obsahu programu zacházení.....	22
2.5 Personální zabezpečení specializovaného oddělení	26
2.6 Současná situace na specializovaných odděleních.....	26
3 Psychopatologie v penitenciárním prostředí	32
3.1 Anomální chování	32
3.2 Prizonizace a druhý život vězňů	33
3.3 Závislosti.....	34
3.4 Agrese a agresivita	38
3.5 Deprese a depresivita.....	52
III. EMPIRICKÁ ČÁST	69
4 Výzkumný problém, cíle, otázky a hypotézy	69
4.1 Operacionalizace pojmů	69
4.2 Výzkumný problém.....	70
4.3 Výzkumné cíle	70
4.4 Výzkumná otázka a hypotézy	71
5 Použité výzkumné metody	73
5.1 Moosův dotazník	73
5.2 CAE (Chromatický asociační experiment).....	80
6 Předvýzkum I (2005-2006)	86
7 Předvýzkum II (1/2011)	93
8 Postup a organizace sběru dat, administrace testu	97
9 Návrh a filtr výběru testových záznamů	98
10 Popis výzkumného vzorku	99
11 Zpracování dat výzkumu a testování hypotéz	100
12 Souhrn výsledků výzkumu a jejich interpretace	109
13 Diskuze	111
III. ZÁVĚR	117
IV. POUŽITÉ ZDROJE	120
V. SEZNAM PŘÍLOH	131

SEZNAM ZKRATEK

- **16 PF: 16 Personality Factors** (Šestnáctifaktorový osobnostní dotazník)
- **AGR:** Subškála „Agrese“ (dotazník SPK)
- **AG: Míra agresivity** (test CAE)
- **ANX: Míra anxiety** (test CAE)
- **AUT:** Subškála „Autonomie“ (dotazník SPK)
- **BDI - Beck Depression Inventory** (Beckova sebesuzovací škála deprese)
- **B-D-I: Inventář agrese Busse a Durkeeové** k diagnostice mj. též agresivity
- **BZ:** Bezdrogová zóna
- **CAE: Chromatický asociační experiment**
- **CAQ: Catellův dotazník klinické analýzy**
- **CES-D: Dotazník k vyšetřování depresivity**
- **CIES: Correctional Institutions Environment Scale** (stupnice prostředí nápravných ústavů).
- **CMP: Centrální mozková příhoda**
- **DDF: Diferenciální dotazník depresivity**
- **DEP: Míra depresivity** (test CAE)
- **DOM: Míra dominance** (test CAE)
- **DOPEN: 4-dimenzionální osobnostní dotazník** (Dotazník pro škály: Psychoticismus, Extraverze, Neuroticismus)
- **DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th revision**, (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch užívaný v USA).

- **EGO:** Míra **egocentrismu** (test CAE)
- **EKT:** **Elektrokonvulzivní terapie**
- **EOD:** **Eysenckův osobnostní dotazník**
- **FPI:** **Freiburský osobnostní dotazník**
- **GDS - Geriatric Depression Scale** (Geriatrická škála deprese)
- **HAMD - Hamilton Rating Scale for Depression** (Hamiltonova stupnice deprese).
- **HYS:** Míra **hypersenzitivity** (test CAE)
- **ICL:** **Dotazník interpersonální diagnózy**
- **IPT:** **Interpersonální psychoterapie**
- **J-PR:** Subškála „**Jasnost programu**“ (dotazník SPK)
- **KBT:** **Kognitivně behaviorální terapie**
- **KC:** **Krizové centrum**
- **KON:** Subškála „**Kontrola ze strany příslušníků**“ (dotazník SPK)
- **MADRS - Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale** (Montgomeryho a Åsbergové stupnice pro posuzování deprese)
- **MAO:** **Inhibitory monoaminoxidázy** (antidepresiva fenelzin a tranylcypromin)
- **MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí**, desátá revize
- **MMPI:** **Minnesotský osobnostní dotazník**
- **NARI:** **Blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu** (např. antidepresivum reboxetin)
- **NASSA:** **Noradrenergní a specifické serotonergní antidepresivum** (např. Mirtazapin), tzv. 4. generace antidepresiv.

- **NDRI: Blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu** (např. antidepressivum bupropion)
- **NZR: Míra nezralosti** (test CAE)
- **OPL: Míra emočního oploštění** (test CAE)
- **OS-P: Subškála „Orientace v osobních problémech“** (dotazník SPK)
- **OSZ: Oddíl specializovaného zacházení**
- **OVT: (běžný, standardní) oddíl výkonu trestu**
- **PET: pozitronová emisní tomografie**
- **POD: Subškála „Poskytování morální podpory“** (dotazník SPK)
- **P-OR: Subškála „Pořádek a organizace“** (dotazník SPK)
- **PRIME MD2: Originální česká technika ke screeningu deprese** (dotazník)
- **PR-O: Subškála „Praktická orientace programu“** (dotazník SPK)
- **RIZ: Míra tendence k rizikovému chování** (test CAE)
- **ROR - Rorschachův test**
- **SARI: Serotoninoví antagonisté a blokátory zpětného vychytávání serotoninu, antidepressiva** (nefazodon, trazodon, např. Trittico)
- **SDS: Zungova sebeposuzovací stupnice deprese**
- **SEH: Míra sebehodnoty** (test CAE)
- **SNRI: Blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu** (antidepressiva)
- **SOVT: Specializované oddělení výkonu trestu**
- **SPARO: profilový faktorový osobnostní dotazník**
- **SPK: Stupnice psychosociálního klimatu**

- **SPO:** Subškála „**Projevování se - spontánnost**“ (dotazník SPK)
- **SRE:** **Stimulátory zpětného vychytávání serotoninu** (např. antidepresivum tianeptin)
- **SSRI:** **Selective serotonin reuptake inhibitor**, Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu, antidepresiva III. generace
- **TAT:** Tematický apercepční test
- **TCA:** **Tricyklická antidepresiva** (amitriptylin, nortriptylin, klomipramin atd.)
- **TMS:** **Transkraniální magnetická stimulace**
- **TNZ:** **Míra intrapsychické tenze** (test CAE)
- **UNV:** **Míra unavitelnosti** (test CAE)
- **VT:** **Výkon trestu**
- **WAIS-R, WAIS-III, WISC-III:** Wechslerovy inteligenční škály
- **ZAP:** Subškála „**Zapojení do programu**“ (dotazník SPK)

I. ÚVOD

Vinař (1995) uvádí, že jednou z nejčastějších duševních nemocí je deprese, objevuje se totiž u 75 % hospitalizovaných pacientů. S depresí se ve svém životě setká 5 až 10% obyvatel vyspělých zemí, u nás údajně 6%. Asi v 80% případů má periodický průběh a opakuje se v kratších či delších intervalech, přičemž asi v 15% případů chronizuje. Přitom, jak autor uvádí, mnoho nemocných vůbec nevyhledá odbornou pomoc, o svých potížích s lékařem nemluví nebo u nich není deprese rozpoznána, protože ji zakrývají jiné subjektivní somatické stesky. V posledním ze jmenovaných případů mluvíme o tzv. larvované depresi.

Jedním z častých projevů deprese je agresivní jednání. Může jít o agresi nepřímou, přímou nebo také o autoagresi. Jak uvádí Rutz a spoluautoři (1999), genderová predispozice způsobuje, že zatímco ženy při depresi spíše somatizují, muži mají tendenci manifestovat depresi agresivním a antisociálním chováním, zneužíváním alkoholu nebo drog, impulzivitou a sníženou tolerancí stresu.

Také u uživatelů celé řady drog můžeme často vidět agresivní projevy, a to i v době, kdy nejsou pod vlivem látky. Jak uvádí Smolík (2002), nebo Höschl a kol (2004), kauzalita mezi agresivními projevy, osobností a abúzem drog je vzájemná. Osobnost může být rizikovým faktorem abúzu, chronický abúzus může zpětně ovlivňovat osobnost a **agresivita** je pak zde společným jmenovatelem.

Jedním z míst, kde se ve zvýšené míře vyskytují agresivní projevy, je věznice. Uvěznění je náročnou a zátěžovou životní situací, kdy se celý život odsouzeného mění „naruby“. Jak uvádí Putwain a Sammons (2002), uvěznění má velký vliv na psychiku odsouzeného. U vězňů se běžně vyskytují pocity frustrace, anxieta, **depresivita, (auto)agresivní jednání a** u náchylnějších jedinců až psychotické symptomy (halucinace, deziluze).

V souladu s předchozím textem, agresivní chování odsouzených nemusíme chápat pouze jako projev útoku či obrany, nebo jako pouhý důsledek osobnostní determinace u nezralých osobností (maladaptivní coping), ale také jako potřebu lépe vnímat svoji existenci, uvědomit si sebe sama a chránit svoji vlastní integraci (Poněšický, 2004). A nebo, jak uvádí Rutz se spoluautory (1999), jako možný projev depresivního ladění. **Agrese se pak stává symptomem, který můžeme u mladých odsouzených mužů, zejména těch, kteří užívají drogy, očekávat ve zvýšené míře.**

Ještě v nedávné době naše vězeňská služba odsouzeným uživatelům drog věnovala zvláštní pozornost, zřizovala pro ně tzv. *specializovaná oddělení výkonu trestu pro drogově závislé* se speciálním programem zacházení a pomocí individuální i skupinové psychoterapie a dalších aktivit usnadňovala jejich resocializaci, ale i ovlivňovala psychosociální klima ve věznici.

Následně v průběhu roku 2006 však došlo k organizačním změnám v našem vězeňství, kdy bylo nařízením gen. ředitele VS ČR zrušeno samostatné postavení specializovaných oddělení v našich věznicích a byla změněna celá filozofie výkonu trestu. Důraz začal být kladen na represí, bezpečnost výkonu trestu, kontrolní činnost atd. To vše na úkor vzdělávacích a resocializačních programů. Některé věznice reagovaly zrušením např. tzv. *bezdrogových zón* a jejich přeměnou na standardní oddíly výkonu trestu. Jiné (jako třeba i Věznice Příbram) navýšením počtu odsouzených na specializovaných odděleních, ačkoliv počet zaměstnanců zůstal stejný. Aktivit s odsouzenými se začaly provádět více formálně a výběr odsouzených na specializované oddělení již neprovádí psycholog.

Ve své diplomové práci (Dvořák, 2006), kterou jsme zahrnuli do předvýzkumu této rigorózní práce, jsme došli k závěru, že díky popsaným změnám v našem vězeňství se statisticky významně zhoršilo psychosociální klima na specializovaném oddělení. Jedním ze zjištěných projevů tohoto negativního ovlivnění klimatu je zvýšení agresivity odsouzených na specializovaném oddělení, a to až na úroveň běžného oddílu výkonu trestu.

V **teoretické části** této práce se na základě odborných poznatků z prostudované literatury zabývám možnou souvislostí pojmů deprese, resp. depresivita a agrese, resp. agresivita ve vztahu k psychosociálnímu klimatu v penitenciárním prostředí, se zaměřením na odsouzené uživatele drog.

V **empirické části** navazujeme na zjištění plynoucí ze své diplomové práce, kterou vnímáme jako zásadní východisko (resp. jako předvýzkum I) k této práci. S odstupem pěti let jsme nejprve zmapovali aktuální situaci ve věznici Příbram (předvýzkum II). Za použití stejné techniky, jako v původní práci (dotazník SPK) jsme ověřili, že současná situace na specializovaném oddělení je totožná, jako v době výzkumného šetření v roce 2006. To znamená, že škála agrese dotazníku SPK vykazuje pro specializované oddělení stejné hodnoty, jako pro běžný oddíl výkonu trestu.

Na základě těchto zjištění jsme se rozhodli ověřit předpoklad Rutze a spoluautorů (1999), že agresivita může být projevem způsobu zvládnání deprese.

Pokud by se se nám v této práci podařilo potvrdit statisticky významný vztah mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog na specializovaném oddělení, mohlo by to znamenat, že represe, která zpravidla ve věznicích následuje po agresivních projevech odsouzených pravděpodobně nebude mít velký preventivní nebo resocializační účinek, neboť se nezabývá jejich příčinou. Pakliže by tedy byla u odsouzených diagnostikována deprese včas, mohlo by se preventivně terapeuticky zasáhnout, ať už ve formě psychoterapie, farmakoterapie antidepresivy nebo v optimálním případě kombinací obojího a tím významně napomoci ke snížení výskytu mimořádných událostí na základě agresivního nebo autoagresivního jednání odsouzených.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychosociální klima v penitenciárním prostředí

1.1 Obsah pojmu a vybrané teorie

V chápání pojmu psychosociální klima není pojmová ani obsahová jednotnost a zatím neexistuje ucelená a přijímaná teorie. Ve stejném či velmi podobném významu se v literatuře používá mnoho synonym: vedle pojmu *psychosociální klima* (Kollárik, 1992) také jen *sociální klima* (Hiebsch - Vorwerg, 1979), nebo *sociálněpsychologické klima* (Janoušek, 1988; Parygin, 1981), *klima skupiny* (Řezáč, 1998), *sociální atmosféra* (Kollárik, 1992; Hiebsch – Vorwerg, 1979; Haluzová, 2003), *skupinová atmosféra* (Kollárik, 1992; Řezáč, 1998), *psychologické (mikro)klima* či *psychologická atmosféra* (Janoušek, 1988), *mrvně psychologické klima*, *emocionální klima* nebo *mikroklima* (Panovský, Čepelák, 1984) nebo *sociální atmosféra* (Řezáč, 1998). Pro účely svojí práce budu dále používat termín **psychosociální klima**, který se mi jeví ze všech používaných termínů nejvýstižnější. Předtím bych však rád uvedl v krátkém přehledu ještě další možné pohledy na obsah tohoto pojmu a výčet některých dalších synonymních nebo pojmově blízkých označení.

Mnozí autoři se zabývali pojmy, které se svým obsahem chápání psychosociálního klimatu velmi blíží. Např. Kalina (2003) se zabýval tzv. *účinností terapeutické skupiny*, což je označení velmi blízké pojetí psychosociálního klimatu některých dále citovaných autorů. Krech a spoluautoři (1962) pak tzv. *efektivností skupiny*.

Samotným psychosociálním klimatem se zabývá mnoho autorů, kteří ho vymezují velmi úzce a jednostranně, Zpravidla se jedná o hledisko pracovních skupin nebo dokonce jen o hledisko pracovních skupin výrobních závodů, kdy např. Czarnik spojuje *sociální klima pracovní skupiny* s pracovní spokojeností, stabilitou pracovníků a efektivností práce. (in Panovský, Čepelák, 1984). Šířeji, ale stále se zaměřením na pracovní skupiny jej vnímají Bergmann a Fröhlich (1974), Kunze (in Panovský, Čepelák, 1984) nebo Janoušek (1988) a další, kteří již akcentují mezilidské vztahy a integraci skupiny (podrobněji viz Panovský, Čepelák, 1984, nebo též Dvořák, 2006).

Jiní autoři se zaměřují na vliv způsobu vedení skupiny na psychosociální klima, např. Fiedler (in Kollárik, 1992, nebo in Mišovičová, 1982), který akcentuje mj. zejména vztahy mezi vedoucím a členy a tzv. efektivnost vedoucího. V zásadním rozporu nejsou ani

Nakonečný (1967; 1970) nebo Řezáč (1998), který pojem skupinová atmosféra ztotožňuje se situačně podmíněným emočním naladěním skupiny a tvrdí ve shodě s předchozími autory, že je určována především stylem vedení skupiny. Dále však obsahově rozlišuje význam pojmu *atmosféra*, tedy krátkodobé situační naladění od pojmu *klima*, což chápe jako relativně trvalý, stabilizovaný, příznačný rys skupiny.

Dále definují psychosociální klima např. Hiebsch a Vorweg (in Panovský, Čepelák, 1984) jako pro skupinu charakteristické formy vztahu a celkový habitus skupiny, nebo Parygin (1981, s. 11) jej vidí jako „*převládající a relativně stále psychické naladění kolektivu*“, případně Kollárik (1990, s. 500), který chápe pojem velmi komplexně jako „*relativně stabilní a emocionální naladěnost, ve které se spojují nálady lidí, jejich duševní prožívání, vztahy jednoho k druhému, k práci, k obklopujícím událostem...*“. Podobně komplexně chápe tento pojem Haluzová (2003), podle které je sociální atmosféra ve skupině ovlivněna psychologickou atmosférou, mezilidskými vztahy, kooperací, rozvojem skupiny, komunikací, stylem vedení, vztahem k práci, zaměřeností na úspěch, sociální začleněností a spokojeností.

Velmi široké pojetí klimatu pak představuje Schönwälder (1972, s. 78), když vypočítává tři „*dimenze skupinové atmosféry, a to: jednání směřující k výkonu, sociální chování a psychický stav*“. Blíže – viz Dvořák (2006).

Psychosociálním klimatem v penitenciárním prostředí zabývala v poslední době např. Haluzová (2003). Podle ní je tzv. *sociální atmosféra* tvořena souhrnem několika vrstev nálad, pocitů, postojů a přesvědčení určitých jedinců (až veřejnosti) o určité věznicí. Atmosféru rozděluje dále na čtyři vrstvy: *vrstva 1* (nečistota, nepořádek versus vnější dojem ukliděnosti, pořádku, řádu); *vrstva 2* (pověst u veřejnosti, příbuzných a odsouzených); *vrstva 3* (pocity a emocionální naladění vězňů) a *vrstva 4* (pocity a emocionální naladění personálu).

Moos (1974), z jehož dotazníku v předvýzkumu empirické části této práce vycházím, pak do pojmu atmosféra skupiny zahrnuje dimenzi vztahovou, dimenzi osobního růstu a dimenzi udržování a změny systému (rozdělení volně dle Moose, 1974):

- a) **Dimenze vztahová:** vyjadřuje míru interpersonálních vztahů ve skupině, kvalitu vzájemných vazeb, míru kooperace, přitažlivost skupiny pro členy, poskytování vzájemné pomoci ve skupině, možnost projevu, pocitů a názorů.

- b) **Dimenze osobního růstu:** Vyjadřuje vnitřní procesy, týkající se zejména vytvořených podmínek ve skupině pro autonomii a růst jejích členů, samostatnost jejich činnosti a rozhodování, orientaci na úlohy vytváření podmínek pro členy skupiny na diskuzi a vzájemnou informovanost a toleranci k určitým negativním projevům členů.
- c) **Dimenze udržování a změny systému:** Vztahuje se zejména na mechanismy organizace – řízení skupiny, realizovaný systém kontroly, schopnost vykonávat nové úlohy a funkce, reaktivované formy vedení zejména ve vertikální rovině.

Psychosociálnímu klimatu se věnuji podrobněji ve své diplomové práci (Dvořák, 2006).

1.2 Výzkum psychosociálního klimatu ve věznicích

„I když se dnes všeobecně uznává, že variance individuálního chování určité osoby je určena nejen jejími osobnostními vlastnostmi ale i charakteristikami prostředí, v němž jedná, věnovala se jen malá pozornost systematickému studiu proměnných daných prostředím, zejména psychosociálním charakteristikám prostředí“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 5).

K měření psychosociálního klimatu obecně lze použít metody běžné v sociologii a sociální psychologii. *„Z nejčastěji používaných metod a technik lze uvést metodu dotazování (...), řízeného rozhovoru (...), anonymní anketu a sociometrii (...). V úvahu zde připadá auto-sociometrie (...), index sociálního klimatu (...) a další sociometrické techniky – např. plebiscit náklonnosti a odporu“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 22).*

Specifické prostředí a podmínky věznice však vyžadují specifické techniky měření psychosociálního klimatu. Existují některé novější zdroje, které se zabývají psychosociálním klimatem např. ve školách (Ježek, 2005). Empirických prací, které by se zabývaly vyšetřovacími technikami vhodnými k mapování psychosociálního klimatu ve věznicích je však bohužel stále nedostatek.

Jak uvádí Panovský a Čepelák (1984, s. 10-11), psychosociální klima ve věznicích podrobně zkoumal R. H. Moos. Jeho technika mapování psychosociálního klimatu a studie jsou příkladem využití sociálně psychologických poznatků a diagnostických technik v penitenciární praxi. Panovský a Čepelák (1984) využili jeho poznatky a měřili *psychosoci-*

ální klima v našich věznicích. Pro tento účel používali deset subškál z upraveného Moosova dotazníku. Tyto subškály dohromady tvoří tři popsané dimenze psychosociálního klimatu podle Moose (1974). Podrobně se zabývám jejich technikou v empirické části práce v rámci svého předvýzkumu, popsána je v kapitole **5.1 Moosův dotazník**.

2 Specializovaná oddělení ve věznicích

2.1 Vznik specializovaných oddělení ve věznicích

V devadesátých letech minulého století došlo k výrazné změně skladby odsouzených. Došlo k nárůstu násilných a majetkových trestných činů páchaných v souvislosti s abúzem drog a výrazně přibylo počtu odsouzených závislých na návykových látkách. Celkový počet odsouzených v té době však rapidně poklesl. Opodstatněným krokem vězeňské služby bylo zřizování **specializovaných oddělení výkonu trestu (mimo jiné) pro drogově závislé**. V té době došlo také k postupnému zavedení nejrůznějších specialistů do vězeňského systému (psycholog, speciální pedagog) a jejich „zcivilnění“ (např. nepoužívání uniforem).

Specializovaná oddělení ve věznicích však nejsou fenoménem poslední dekadý. *„Soudem nařízená ochranná protialkoholní léčba ve výkonu trestu s uplatněním psychiatrické a psychologické péče pod označením SPOL existovala ve věznicích už dříve. Měla ale především pomoci řešit problém nerealizovaných protialkoholních léčeb, jež nestačily zajistit psychiatrické léčebny“* (Sisel, 2004, s. 2).

Vůbec první ze specializovaných oddělení vzniklo ve věznici Plzeň – Bory ještě za minulého režimu na konci 80. let a původně bylo určeno pouze pro osoby s poruchami osobnosti. Později došlo k rozšíření specializace i pro osoby drogově závislé. *„Tato možnost však byla od 1.1.1987 zrušena, a tak v rozporu se zákonem nebylo v praxi možné ochranné léčení v průběhu výkonu trestu absolvovat“* (Kalina, 2003, s. 257-258).

V dalším desetiletí se začaly postupně objevovat specializovaná oddělení i v dalších věznicích:¹ v **Heřmanicích** (pro osoby mentálně retardované a alkoholiky), v **Kuřimi** (pro sexuální devianty), ve **Světlé nad Sázavou** (pro matky s nezletilými dětmi), ve **Stráži pod Ralskem, Ostravě, Brně, Rýnovicích a Horním Slavkově** (se zesíleným stavebně technickým dozorem pro nebezpečné vězně), v **Brně a Pardubicích** (pracovně nezařaditelní, invalidé a starobní důchodci), v **Opavě** (pro závislé na alkoholu a drogách), v **Ostrově nad Ohří** (pro pracovně nezařaditelné, později pro drogově závislé), v **Plzni-Borech, Rýnovicích, Bělušicích, Znojmě, Všehrdech a Příbrami** (pro drogově závislé).

1 Pozn: V posledních několika letech došlo postupně ke sjednocení pravidel a podmínek pro vznik specializovaných oddělení. Právní oporu pro jejich vznik lze nalézt v §70, díl 6 zákona č. 169/1999 ve znění pozdějších úprav. Přesná pravidla pro zřízení a činnost specializovaných oddělení v jednotlivých věznicích pak byla upravena Nařízením gen. ředitelky VS ČR č. 43/2004.

2.2 Vznik specializovaného oddělení ve Věznici Příbram

Jak uvádí Jílek (2005c), věznice Příbram je určena pro výkon trestu odnětí svobody odsouzených mužů. V rámci oddělení s dohledem, dozorem a ostrahou jsou ve věznici umístěni také mladí dospělí (18–26 let), starší mladí dospělí (26–30 let), prvovězňáci a odsouzení cizinci.

V návaznosti na moderní trendy současného českého vězeňství v oblasti drogové problematiky bylo v roce 2002 generálním ředitelstvím Vězeňské služby ČR zřízeno ve zdejší věznici samostatné **specializované oddělení výkonu trestu (SOVT)** pro odsouzené s poruchami duševními a poruchami chování způsobenými užíváním psychotropních látek.

Především z důvodu kontinuálního působení v rámci současných způsobů zacházení s odsouzenými toxikomany byla v roce 2003 k oddělení přiřčena *bezdrogová zóna (BZ-1)*, která je zaměřena především na sekundární a terciální prevenci.

Na základě získaných zkušeností s odlišnou kategorií odsouzených se ukázalo, že je nutné ve specifických podmínkách věznice zachytit i odsouzené, které lze považovat za jedince ohrožené drogou. Z tohoto důvodu byla v roce 2004 do organizační struktury začleněna další *bezdrogová zóna (BZ-2)*, která plní úkoly směřující především do oblasti primární prevence.

V roce 2004 bylo do této organizační struktury zařazeno i **krizové centrum (KC)**, jehož účelem je poskytnout dočasný pobyt odsouzeným, u kterých jsou zaznamenány aktuální symptomy krizového stavu.

V roce 2006 bylo rozhodnuto o dalším rozšíření specializovaného oddělení o **centrum substituční léčby pro závislé na opiátech (SC)**. Jeho účelem je standardní léčba, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude odsouzený objektivně i subjektivně schopen abstinčně orientovanou léčbu podstoupit.

2.3 Původní struktura a vybavení SOVT Věznice Příbram

Vznik specializovaného oddělení ve Věznici Příbram byl veden myšlenkou vytvořit v rámci prostředí výkonu trestu propojenou péči o odsouzeného toxikomana, která by zefektivnila především terapeutickou a výchovnou činnost realizovanou kvalifikovaným personálem.

V praxi se jedná o součinnost několika jednotek (oddílů), kdy odsouzený po úspěšném absolvování stanoveného programu na jedné z nich přechází plynule na další. Tímto systémem se vytvářejí relativně optimální podmínky pro zacházení s odsouzenými toxikomany ve výkonu trestu.

a) Oddíl specializovaného zacházení (OSZ): je „nástupní jednotkou“ pro odsouzeného toxikomana, který je ve fázi vynucené abstinence. Doba pobytu na OSZ trvá zpravidla rok. V první, přijímací fázi (zhruba měsíc), jsou odsouzení vyšetřeni lékařem a dalšími specialisty oddělení. Na základě jejich závěrů je pak pro každého zpracován individuální program zacházení. Není uplatňován dogmaticky, může být podle vývoje terapie aktuálně měněn. Druhá, intenzivní fáze probíhající po zbytek roku, obsahuje systematickou psychiatrickou a psychoterapeutickou péči, při níž jsou detailně zkoumány psychické dispozice klientů, souvislosti kriminálního deliktu s konzumací návykové psychoaktivní látky, hledají se příčiny a souvislosti vzniku jejich závislosti, sleduje a vyhodnocuje se chování i dosavadní výsledky terapie. Využívají se k tomu individuální i skupinové terapeutické praktiky včetně komunitních postupů. Součástí programu je i pracovní terapie. Jestliže odsouzený úspěšně absolvuje tuto intenzivní etapu programu, postupuje na bezdrogovou zónu. Hlavním a konkrétním cílem je motivace odsouzeného ke změně dosavadního chování a postojů, které byly příčinou jeho delikvence.

Původní kapacita OSZ je 40 míst (9 ložnic). K dispozici má svoji kulturní místnost, terapeutickou místnost a místnost pro sebeobslužné aktivity (pračka). Pro realizaci zájmových, vzdělávacích a dalších terapeutických aktivit se využívají prostory (tzv. „ateliéry“) v druhé polovině téhož podlaží. K vycházkám a venkovním sportovním činnostem je vymezen prostor s upraveným hřištěm, které slouží k provozování kolektivních sportovních her. Venkovní pracovní aktivity jsou realizovány ve střežené části věznice.

b) Bezdrogová zóna 1 a 2 (BZ 1 a BZ 2): smyslem bezdrogové zóny obecně je vytvářet takové prostředí, ve kterém se odsouzení naučí společensky přijatelnými způsoby řešit nejrůznější konflikty a vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez užívání drog. Cílem je motivovat odsouzené, aby trvale abstinovali a aktivně se podíleli na realizaci programu bezdrogové zóny.

Původní ubytovací kapacita BZ 1 (resp. BZ 2) činila v době jejich zřízení 55 (resp. 60) odsouzených, tj. 10 (resp. 11) ložnic, které jsou vybaveny standardním zaříze-

ním. Každá bezdrogová zóna má svoji kulturní místnost a místnost pro sebeobslužné činnosti. Pro realizaci aktivit programu zacházení jsou využívány zejména prostory ateliérů v přízemí ubytovny.

Vzhledem k účelnosti působení, kdy je nevhodné společně umístit odsouzené, kteří v minulosti užívali drogy s odsouzenými, kteří nebyli a nejsou uživateli drogy, je bezdrogová zóna rozdělena následujícím způsobem :

- **bezdrogová zóna 1** – sem se zařazují odsouzení, kteří užívali drogu a nyní jsou motivováni k dobrovolné abstinenci, případně odsouzení, kteří absolvovali soudně nařízené nebo dobrovolné ochranné protitoxikomanické léčení nebo absolvovali pobyt v oddílu specializovaného zacházení.
 - **bezdrogová zóna 2** - zde jsou zařazeni odsouzení, kteří nejsou a nebyli uživateli drogy, ale lze je považovat za jedince ohrožené drogou. Je tedy určena pro odsouzené, kteří neprošli OSZ, ale pocítují ohrožení drogou a chtějí sami sebe chránit před nebezpečím abúzu drog ve věznici či následně po propuštění.
- c) **Krizové centrum (KC):** Slouží k přechodnému ubytování jedinců v tzv. krizovém stavu, tzn. za situace, kdy odsouzený díky mimořádné události ve svém osobním životě ohrožuje sebe či své okolí (úmrtí v rodině, onemocnění, nevěra, rozvod, sociální úpadek, uložení dalšího trestu odnětí svobody případně i zamítnutí žádosti o podmíněné propuštění). Zhodnocení stavu a případné umístění odsouzeného do krizového centra je v pravomoci psychiatra, resp. psychologa a řídí se obecně závaznými pravidly emergentní psychiatrie pro tzv. krizový stav.

Krizové centrum je umístěno v samostatné budově. Objekt je členěn do tří provozních celků. V prvním nadzemním podlaží je umístěna pracovna psychologa, psychiatra, dozorčí stanoviště, umývárna nádobí a sociální zařízení a dále izolační cela pro umístění odsouzených s akutní psychickou krizí s projevy autoagresivního chování. Tato cela je uzpůsobena k minimalizaci možnosti sebepoškození umístěného odsouzeného. Ve druhém nadzemním podlaží jsou čtyři cely. Pro účely krizového centra jsou vyčleněna 4 místa, zbytek ubytovací kapacity (12 míst) využívá Centrum substituční terapie. V podkroví objektu je dislokovaná společenská místnost určená k provádění psychoterapeutických, vzdělávacích a jiných aktivit.

d) Centrum substituční terapie pro závislé na opiátech (CST): účelem centra je eliminovat potřebu hledání drogy její substitucí.

Substituční léčba je standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů *harm reduction* (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle (tj. trvalé a důsledné abstinence) na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav.

Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody. Primárním cílem je drogová abstinence. Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života.

Nejde však pouze o farmakoterapii. Substituční léčba je založena na komplexní péči o odsouzené pacienty s diagnózou F11. Činnost je v první fázi zaměřena na zlepšení kvality života závislého, nejprve převedením na „čistou látku“, která drogu nahradí, v další fázi pak reedukaci ve spojitosti s jeho osobností a chováním. Následná péče se snaží motivovat odsouzeného ke změně dosavadního chování, které bylo příčinou jeho abúzu drog a zpravidla i delikvence. Cílem substituční léčby je příprava pro zavedení léčebného režimu, který vede k detoxifikaci a trvalé abstinenci.

Vlastní substituční léčba je realizována v prostorách objektu krizového centra. Odsouzení, kteří prošli substitučním programem a následně detoxifikací, jsou zařazeni na oddíl OSZ.

2.4 Realizace cíle a obsahu programu zacházení

Výběr metod a forem práce vychází ze základních charakterových projevů a zvláštností odsouzených s poruchami osobnosti a poruchami chování v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek. Každý odsouzený je screeningově vyšetřen psychologem (osobnost, event. psychopatologie, orientačně intelekt). Následná vlastní činnost zaměstnanců specializovaného oddělení, zaměřující se na snížení negativního vlivu psychotropní látky na odsouzeného, je rozsáhlá a zahrnuje aktivity jednoduché primární prevence až po psychotera-

peutické působení. Osobnost odsouzeného a míra její dekompenzace je určujícím činitelem rozsahu poskytnuté odborné péče, která se svým pojetím může lišit.

Zjednodušeně řečeno *bezdrogová zóna* má odlišné úkoly od OSZ, i když obecný cíl je stejný. Zcela zvláštní postupy jsou uplatňovány v rámci substituční terapie. Z tohoto důvodu je nutná diferenciacie odsouzených.

2.4.1 Program zacházení na oddílu spec. zacházení (OSZ):

Činnosti a aktivity v rámci oddělení specializovaného zacházení (dále jen OSZ) představují intenzivní nefarmakologickou terapii, se zaměřením především na reedukační cíl. Hlavním cílem je motivace k životu bez drog.

Cíl a obsah programu zacházení je realizován prostřednictvím nabídky tzv. *aktivit*. Prioritu v nabídce mají terapeutické techniky různého typu (skupinová psychoterapie, komunitní setkání, sociálně právní poradenství, arteterapie, hatha-jóga apod.). Důležitou úlohu představují vzdělávací aktivity zaměřující se na společnost (občanská výchova, právní vědomí apod.). Doplnkově je možné zvolit zájmové aktivity především sportovního charakteru. Při práci s odsouzenými tohoto oddílu se upřednostňuje činnost v menších skupinách (cca 8 - 12 odsouzených) z důvodu větší efektivity. Odborní pracovníci specializovaného oddělení sestaví pro odsouzeného na základě komplexní zprávy či její aktualizace tzv. program zacházení. Ten se dělí na část **povinnou** a část **výběrovou**.

Povinná část programu zacházení představuje především oblast speciálně výchovných aktivit, dále oblast pracovní, vzdělávací a utváření vnějších vztahů. Aktivity stanovené v povinné části programu zacházení jsou trvalejšího charakteru a jsou rušeny pouze výjimečně z vážných důvodů na základě rozhodnutí týmu odborných pracovníků. Mezi povinné aktivity patří:

- **pracovní aktivity** - práce potřebná k zajištění každodenního provozu věznice, pracovní terapie;
- **vzdělávací aktivity** - vzdělávání organizované či realizované středním odborným učilištěm a odborným učilištěm (rekvalifikační kurz), vzdělávání vedené či kontrolované zaměstnanci specializovaného oddělení výkonu trestu, vzdělávací činnosti obsahují prvky sebeobsluhy (praní, žehlení, šití);

- **speciálně výchovné aktivity** - individuální a skupinová speciální pedagogická a psychologická působení vedená kompetentními zaměstnanci, činnosti terapeutické a sociálně právní poradenství;
- **utváření vnějších vztahů** - podpora kontaktů s osobami blízkými a sociálním zázemím včetně komunikace s nevládními organizacemi zabývajícími se péčí o toxikomany (léčebny, charity, komunity apod.).

Výběrová část programu zacházení: v ostatních aktivitách, zejména zájmových má odsouzenému možnost výběru. Tuto aktivitu v nepovinné části je odsouzený povinen navštěvovat nejméně jedno hodnotící období (tj. tři měsíce), poté může prostřednictvím vychovatele požádat speciálního pedagoga o zrušení nebo změnu aktivity. Speciální pedagog projedná návrh odsouzeného a rozhodne, zda odsouzenému aktivitu v tzv. *programu zacházení* zruší nebo změní.

Naplnování cíle a obsahu programu zacházení se hodnotí pravidelně jednou za tři měsíce. Hodnocení úspěšnosti plnění tohoto programu projednají zaměstnanci oddělení včetně psychologa s odsouzeným. Při hodnocení se v případě potřeby program zacházení aktualizuje v souladu s individuálním vývojem osobnosti odsouzeného, změnami v jeho chování, jednání a v souladu se zásadou zvyšování požadavků na kvalitu a rozsah zapojení. Na každé aktualizaci se podílí odsouzený.

Z důvodu pravidelnosti jsou aktivity strukturovány do *fixních týdenních plánů*, což znamená, že příslušná činnost se provádí v neměnný den týdnu, ve stejnou hodinu, konkrétním vedoucím. Týdenní plány jsou zveřejňovány na informační tabuli oddělení. Odsouzení jsou s plněním cíle programu zacházení také průběžně seznamováni prostřednictvím komunitního sezení. Podklady k hodnocení cíle programu zacházení se vyhodnocují zpravidla 1x měsíčně na pedagogické radě za přítomnosti psychologa z důvodu zachování objektivního pohledu na odsouzeného.

Pro zvýšení motivačního úsilí odsouzených je v rámci tohoto oddělení uplatňován *bodový hodnotící systém*, který je průběžně vyhodnocován. V tomto hodnotícím systému (v závislosti na úspěšnosti) je odsouzenému možné povolit určité výhody dané rámcem právních norem upravujících výkon trestu a vnitřním řádem tohoto oddělení. U vzdělávacích činností se při bodování přihlíží k celkové úrovni vzdělanosti i dosažené úrovni školského vzdělání.

2.4.2 Program zacházení na bezdrogových zónách (BZ 1 a BZ 2):

Cíl a obsah programu bezdrogových zón (dále jen BZ) je rovněž jako na OSZ založen na základě pozitivní motivace a propojeného systému povinností a výhod. Aktivity jsou opět rozděleny na povinné a nepovinné, pracuje se s týdenním fixním plánem a bodovým ohodnocením. Naplňování cíle včetně plnění dílčích oblastí programu se hodnotí pravidelně jednou za tři měsíce. Hodnocení úspěšnosti plnění tohoto programu je projednáno s odsouzeným. Při vyhodnocení se program zacházení aktualizuje za účasti odsouzeného.

Hlavním rozdílem mezi OSZ a BZ je důraz na aktivnější přístup ze strany odsouzeného při výběru aktivit a zapojení se do programu zacházení. I když nabídka aktivit vychází ze spektra uvedeného při popisu OSZ, na tomto oddělení již výsledný program zacházení do jisté míry zrcadlí blížící se konec trestu. Větší váhu totiž mají ty aktivity, které mírní důsledky pobytu ve vězeňském prostředí u odsouzených s dlouhými tresty. Odsouzeného bezprostředně připravují na režim běžného života za branami věznice: sociálně právní poradenství, občanská výchova, právní vědomí, kontakt s úřady a institucemi včetně organizací zabývajících se následnou postpenitenciární péčí v oblasti drogové problematiky, rekvalifikační kurzy, sebevzdělávání, sebeobsluha – praní, žehlení, šití atd.

2.4.3 Program zacházení v centru substituční terapie (CST):

Centrum substituční terapie má v tuto chvíli za sebou pět let svojí existence (od r. 2006). Cíl a obsah programu je realizován prostřednictvím nabídky aktivit specializovaného oddělení. Jejich struktura a dělení jsou zachovány, ale prioritu v nabídce mají terapeutické techniky různého typu (např. individuální a skupinová psychoterapie, apod.). Důležitou úlohu hrají vzdělávací aktivity zaměřující se na vztah ke společnosti (občanská výchova, právní vědomí apod.). Doplňkovou úlohu tvoří zájmové aktivity především sportovního charakteru. Z důvodu větší efektivity se při práci s odsouzenými upřednostňuje činnost v menších skupinách (cca 5 – 10 odsouzených).

2.4.4 Program zacházení v krizovém centru (KC):

Způsob zacházení s odsouzeným, který je v krizi, musí být přizpůsoben individuálnímu charakteru jeho obtíží a řídit se hloubkou krizového stavu. Z tohoto důvodu nelze aplikovat standardní způsob zacházení na podmínky krizového oddělení. Aktivity vzdělávacího,

zájmového, pracovního a speciálně výchovného zaměření zde hrají sekundární roli. Výběr metod a forem pomoci zde oproti standardnímu zacházení určuje psycholog, který je seznámen s aktuálním psychickým stavem odsouzeného. Prioritu má intenzivní psychologická případně i psychiatrická péče, jako je krizová intervence, krátkodobá emergentní psychoterapie, krátkodobá, popřípadě střednědobá systematická individuální terapie.

2.5 Personální zabezpečení specializovaného oddělení

Plnění cílů programu zajišťuje na specializovaném oddělení tým odborníků ve složení **psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, lektor-instruktor, vychovatelé a vychovatelé-terapeuti**. Kromě toho specializované oddělení dlouhodobě spolupracuje s dalšími státními i nestátními organizacemi, které se zabývají podobnou problematikou.

Podmínkou k úspěšné realizaci cílů specializovaného oddělení je zkušený kolektiv pracovníků, ve kterém jsou nezbytným předpokladem osobnostní vlastnosti jako empatie, schopnost nadhledu, schopnost komunikace s lidmi a vystupování, schopnost být přirozenou autoritou, schopnost korektního i důsledného jednání. Samozřejmostí je odpovídající odborné vzdělání. Proto se jeho pracovníci pravidelně zúčastňují odborných stáží, konferencí a seminářů k tématice prevence a léčení závislostí.

2.6 Současná situace na specializovaných odděleních

V průběhu let 2005-6 došlo k řadě změn. Především se jedná o přeplněnost věznic, změnu celé filozofie výkonu trestu a z ní vyplývající změnu postavení specializovaných oddělení v rámci vězeňského systému. Spojení těchto nepříznivých událostí mělo za následek útlum efektivity specializovaných oddělení výkonu trestu (SOVT). Jednotlivými změnami se zabýváme v následujícím textu.

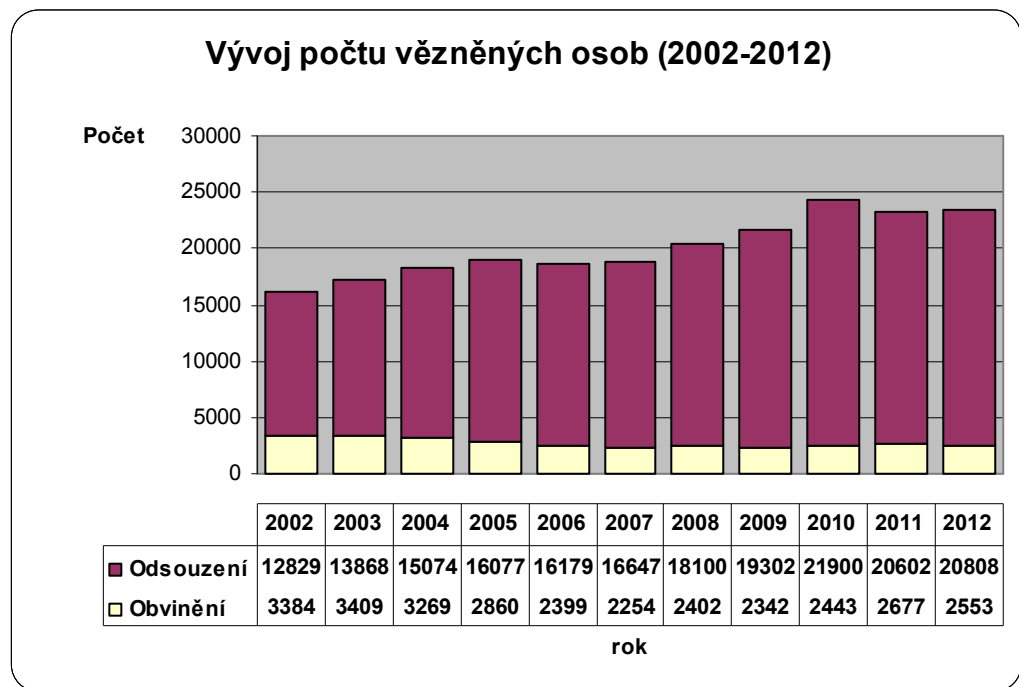
2.6.1 Nárůst naplněnosti věznic

Podle měsíční statistiky (2012) bylo ve věznicích a vazebních věznicích České republiky k 20. lednu 2012 celkem 23361 vězněných osob. Z tohoto počtu však bylo ve výkonu trestu odnětí svobody celkem 20808 odsouzených, zbytek připadá na vazební věznice. Tento počet je o 4783 vězněných osob vyšší, než v r. 2006, kdy byl prováděn první předvýzkum této práce a kdy byla konstatována přeplněnost věznic např. Hospodkou (2006). Ke zvýšeně alarmujícím číslům docházíme při srovnání s rokem 2002. Aktuální počet ubytovaných odsouze-

ných je o 7148 vězňených osob vyšší, než v době vzniku Specializovaného oddělení ve věznicí Příbram. Jde o nárůst na 144% původní hodnoty!

Údaje o naplněnosti věznic (Hospodka, 2006) doplněné aktuálními daty pro letošní rok (Měsíční, 2012) jsme shrnuli do přehledného grafu č. 1.

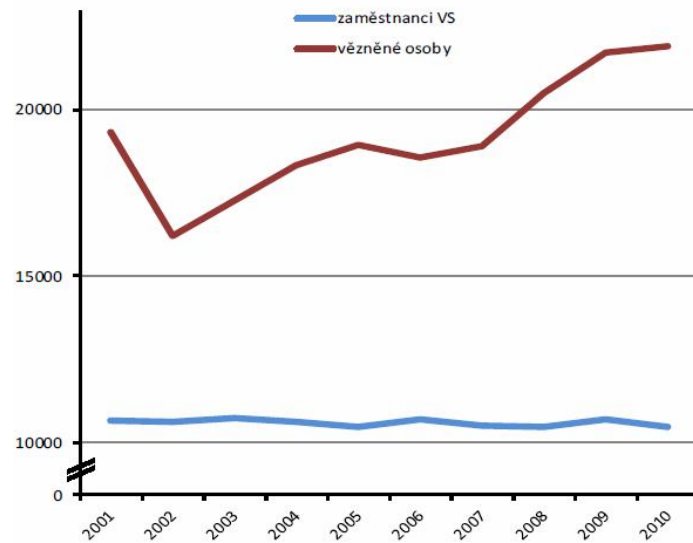
Graf č. 1: *Nárůst počtu vězňených osob v ČR: syntéza údajů (Hospodka, 2006 a Měsíční, 2012) Pozn.: Data jsou vždy k 31.12. příslušného roku, pouze rok 2011 obsahuje údaj k 31.11. (údaje jsou zatím nedostupné) a rok 2012 vychází z aktuálních údajů k 20.1.*



Přestože byla díky vzniku nových věznic (např. věznice Rapotice) částečně navýšena celková ubytovací kapacita, aktuální naplněnost našich věznic je k 20.1.2012 podle měsíční statistiky (Měsíční, 2012) na 113% ubytovací kapacity!

Zatímco počet odsouzených rapidně stoupá, počet zaměstnanců VS ČR má spíše opačný trend. Počet zaměstnanců VS ČR byl v roce 2002 celkem 10595 osob, v roce 2010 již jen 10447 osob, tedy o 200 méně (Roční, 2010).

Graf č. 2: Vývoj v počtu zaměstnanců a vězňených osob. (Roční, 2010).



Z rozhovoru s generálním ředitelem VS ČR Jiřím Treglerem vyplynulo, že „vězeňský systém v ČR je finančně absolutně na dně a veškeré úspory, které je možno hledat v rámci stabilizace veřejných rozpočtů, už nezasahují do kategorie vězeňství“ (Blanda, Prunerová, 2011).

Jak píše Dlouhá (2005), Česká republika se vzdaluje rozvinutým evropským zemím, kde poměr počtu vězňených osob na 100 000 obyvatel činí cca 90 až 100 osob, zatímco u nás je to aktuálně cca 180 osob. Další vývoj situace je přitom velmi nejistý, neboť „...neexistují odborné odhady, zda, kdy a na jaké hodnotě se růst počtu vězeňské populace v ČR zastaví. Bohužel některé změny v oblasti trestní legislativy naznačují, že trend posledních 2 let bude pokračovat“ (Dlouhá, 2005, s. 12-13).

Dlužno je podotknout, že předchozí údaj odpovídá roku 2005: Dnes je tato hodnota ještě vyšší, odhadem se bude pohybovat na více než dvojnásobku počtu, který je běžný v zemích rozvinuté Evropy.

Důsledkem je, že v současné době není v naší republice dodržena ani zákonem stanovená norma minimální 4 m² na jednu vězňenou osobu. Přitom „CPT (Výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání Rady Evropy) (...) dokonce doporučuje minimální výměru ubytovací plochy pro jednu vězňenou osobu v rozsahu 6 m²“ (Dlouhá, 2005, s. 12-13).

Vězeňská služba ČR řeší problém s přeplněností věznic po svém: „*Narůstající počet vězněných osob vyžaduje neustále přijímat opatření k zajištění rovnoměrného využívání stávajících ubytovacích kapacit věznic a vazebních věznic*“ (Hospodka, 2006, s. 10-12).

V praxi to znamená, že se navyšuje kapacita ve **všech věznicích** a na **všech odděleních, tedy i na odděleních specializovaného zacházení**, případně se některá oddělení typu bezdrogových zón mění na oddělení standardní, jako například ve Věznici Bělušice: „*Z důvodu již zmíněného nárůstu odsouzených musí věznice nyní přistoupit ke zrušení jedné bezdrogové zóny a převést ji na běžné oddělení. Tím však přestává být schopna diferencovat v přeplněné ubytovně odsouzené a vytvářet podmínky pro řádné fungování bezdrogové zóny*“ (Jílek, 2005b, s. 18-19).

2.6.2 Struktura ubytování odsouzených

Vliv na psychosociální klima v penitenciárním prostředí nemají jen absolutní počty odsouzených v našich věznicích, ale i charakter ubytování, zejména množství lidí ubytovaných společně. Struktura ubytovacích kapacit podle Dlouhé (2005) „*neodpovídá struktuře v evropských zemích s rozvinutým vězeňským systémem (SRN, Holandsko, Francie, skandinávské země). Na rozdíl od těchto zemí, kde téměř neexistuje hromadné ubytování vězňů a převažuje ubytování samostatné, omezeně po dvou, v ČR stále převládá ubytování hromadné (v některých případech až po 12 až 16 osobách na jedné místnosti) a ubytování po jednom nebo dvou je spíše výjimečné a spíše příznačné pro výkon vazby*“ (Dlouhá, 2005, s. 12-13).

2.6.3 Změna filozofie výkonu trestu odnětí svobody

V průběhu kalendářního roku 2005 došlo společně s personálními změnami na GR VS ČR také ke změně celé filozofie výkonu trestu. Začal být kladen důraz především na bezpečnost výkonu trestu, kontrolní činnost, technický stav objektů, signálně zabezpečovací prostředky, výkon, výstroj a výzbroj příslušníků strážní, eskortní a dozorcí služby.

Jak uvádí Jílek (2004) nebo Sušánka (2006), jako svůj hlavní úkol vnímalo generální ředitelství v období nastávající změny trendu zajištění tzv. *dynamické bezpečnosti*, to znamená nahrazování živé síly technikou. Tehdejší generální ředitel se přitom opíral zejména o dokument nazvaný *Koncepce bezpečnosti Vězeňské služby ČR do roku 2015*. V něm se tvrdí, že „*pouze v bezpečných věznicích je možné realizovat kvalitní programy zacházení*

s vězňenými osobami“ (Sušánka, 2006, s. 5). Ostatní faktory nutné k realizaci kvalitních programů zacházení (např. právě psychosociální klima, kvalitní psychoterapie atd.) tato koncepce naprosto ignoruje.

Přitom si nelze nevšimnout zcela opačných názorů odborníků – psychologů pracujících ve věznicích. Např. PhDr. Jaroslav Hála zdůrazňuje, že *„dnes je ve vězeňství vyspělých států již překonána koncepce pouhé pasivní, technickými prostředky, tj. vysokými betonovými zdmi, drátěnými překážkami a především důmyslně konstruovanými elektronickými signálními a střežícími systémy zajišťované bezpečnosti. Nutně musí být doplňována (...) **pozitivním ovlivňováním psychosociálního klimatu** konkrétní věznice zejména prostřednictvím intenzivní a všestranné komunikace vězeňského personálu s vězňenými osobami zaměřené na prevenci a řešení problémů“* (Hála, 2006, s. 33-34).

2.6.4 Současné trendy v našem vězeňství

Důsledkem všech popsaných skutečností došlo koncem roku 2005 rozhodnutím generálního ředitele VS ČR ke **zrušení samostatného postavení specializovaných oddělení** v rámci výkonu trestu. Pokračovalo další postupné navyšování jejich kapacity při totožném personálním obsazení. Tyto změny byly pocíťovány negativně jak ze strany personálu, tak ze strany odsouzených.

Odsouzení si začali stěžovat na zvýšení anonymity a nedůvěry mezi sebou. Z vlastní zkušenosti jsme zaznamenali výrazné snížení zájmu odsouzených toxikomanů o umístění na specializovaném oddělení.

Zaměstnanci dodnes popisují snížení kvality práce s jednotlivými odsouzenými. Snadno sklouzávají k formalismu, při kterém se klade důraz zejména na „papírové“ vedení aktivit, ale nejde už tolik o náplň aktivit samotných.

Jak uvádí Blanda a Prunerová (2011), současný ředitel v popsaném trendu pokračuje a ačkoliv nynější koncepci bezpečnosti nijak neakcentuje, této koncepci se drží a ponechává ji v platnosti. První náměstek ministra spravedlnosti pak dodává, že pro vězeňskou službu ohledně dalšího vývoje je absolutně prioritní stavebnětechnické zabezpečení našich věznic.

Specializovaná oddělení by přitom měla být místem, které umožňuje úzce specializovanou a vysoce odbornou práci s odsouzenými pro trestné činy spojené s užíváním drog

nebo s drogovou minulostí. Měla by napomáhat **zmírnění negativních důsledků** užívání drog („harm reduction“) odsouzenými, **snižovat riziko recidivy abúzu po propuštění** a u ohrožených jedinců se snažit **zabránit vzniku abúzu psychoaktivních látek přímo ve věznici**.

3 Psychopatologie v penitenciárním prostředí

Psychopatologie ve věznicích do značné míry kopíruje situaci v psychopatologii za zdmi věznic. Jistě je možné se mezi odsouzenými setkat s jakoukoliv diagnózou, nemocí, poruchou či potížemi, se kterými se můžeme setkat i na běžném oddělení psychiatrie, v léčebnách nebo na psychiatrických ambulancích. Můžeme pozorovat problematiku závislosti na návykových látkách, úzkostné poruchy všech druhů, afektivní poruchy, psychózy, nebo poruchy osobnosti. Vzhledem k tématu této práce se chci zaměřit především na poruchy nálady, na agresi a na závislosti ve vztahu k penitenciárnímu prostředí. S tím souvisí i problematika anomálního chování a prisonisace, neboť je to oblast psychopatologie, která agresivitu a poruchy nálady podmiňuje a pro prostředí věznic je typická.

3.1 Anomální chování

Sochůrek (2002b, s. 33) definuje pojem anomální chování jako „*takové chování, které není duševní poruchou či nemocí, ale vyznačuje se výjimečností a odchylností jak od obecně lidské normy, tak i od normy běžné ve vězeňské populaci*“. Dále autor předkládá následující druhy anomálního chování (body a) až f):

- a) **Anomální chování připomínající duševní poruchu** (nemoc). Rozumí tím chování hypochondrické nebo hysterické, případně chování výrazně depresivní s častou somatizací.
- b) **Anomální chování při krizi z uvěznění a jiných osobních krizích**: Jde o reakci reakce na uvěznění, nebo krizi pramenící z rodinné situace, např. žádost o rozvod, úmrtí blízkého člověka apod. Projevuje se strachem z budoucna, zmatečností, lítostivostí, neklidem.
- c) **Anomální chování účelového a protestního charakteru**: zahrnuje nátlakové sebevražedné aktivity, sebepoškozování za účelem vydírání, odmítání stravy a další účelové reakce.

Právě **automutilace** je velmi častou realitou. Jak uvádí Sochůrek (2002b), nejčastější formou automutilace je **pořezání, polykání cizích předmětů či léků, vpravování látek do očí, vytváření vředů** (píchání slin pod kůži), **úmyslné vyvolání infekční nemoci** a další. Motivací k takovému jednání bývá odstra-

nění psychické tenze (často pořezáním mělkými řezy na předloktích), **únik z prostředí** (snaha dostat se na ošetřovnu či do nemocnice), **nátlak na personál k dosažení svého cíle** (přemístění na jinou celu apod.). „*Ve vězeňském prostředí se sebepoškozování dopouštějí nejčastěji vězni, trpící některou z poruch osobnosti (...), nevyzrálí jedinci (mladiství, adolescenti) a abuzéři drog nebo alkoholu, lidé s omezenou adaptační kapacitou*“ (Sochůrek, 2002b, s. 36).

„**Sebevražedné jednání** může být pojato jako vybíjení agresivní motivace, zaměřené proti vlastní osobě. Nejčastěji se však děje jako důsledek zátěžové situace, dále u abuzérů drog a jako výsledek jednání pod vlivem depresivních bludů... (...) V prostředí vězení se nejčastěji setkáváme se sebevraždami nebo jejich pokusy oběšením (strangulací), požitím velkého množství léků a pořezáním“ (Sochůrek, 2002b, s. 37-38). Jak dále tentýž autor uvádí, **motivací** bývá zátěžová situace uvěznění, výčitky svědomí, zdánlivá pomsta personálu (za to, že vězni nebylo vyhověno) či účelové chování před soudním líčením („dělání blázna“). Mezi **faktory zvyšující riziko sebevraždy** řadí Sochůrek (2002b) následující: Abúzus alkoholu nebo drog, mužské pohlaví, osamělost, přítomnost tělesné nemoci, zejména chronické, pocit beznaděje a zoufalství, předchozí pokusy o sebevraždu v osobní nebo rodinné anamnéze a věk nad 40 let.

- d) **Šikanování, násilná jednání, trestné činy a jiná agrese: přímá** vůči zaměstnancům či ostatním odsouzeným nebo **nepřímá** vůči majetku. Může mít podobu agrese plánované či reaktivní. (podrobněji se o tom zmiňujeme v kapitole **3.4 Agrese a agresivita**).
- e) **Selhání**, které má „často podobu nekázně, odmítání plnění povinností, vzdoru nebo rezignace a pasivní rezistence“ (Sochůrek, 2002b, s. 33).
- f) **Odchylné uspokojování potřeb, zejména sexuálních.**

3.2 Prizonizace a druhý život vězňů

Prizonizací rozumíme negativní adaptaci na podmínky života ve vězení. Jak uvádí Sochůrek (2000b), prizonizace velmi snižuje pravděpodobnost úspěšné reintegrace jedince do normální společnosti. Pro kriminálně nenarušené spoluvězně jsou prizonizovaní odsouzení velkou zátěží, zatímco z hlediska personálu se jejich chování jeví téměř bezporuchové

a nekonfliktní. Autor dále rozlišuje následující dvě **podoby prizonizace**:

- **Institucionalizace**, která je výsledkem adaptace na přísně a vysoce organizovaný život ve vězení (časový rozvrh dne, způsob chování vůči personálu atd.). Výsledkem bývá ztráta aktivity odsouzeného, což může být velmi pohodlné.
- **Ideologizace** - znamená „přijetí hodnot a norem kriminální subkultury, v podstatě pravý konformismus“ (Sochůrek, 2002b, s. 34).

Druhý život je „souhrn asociálních aktivit, uplatňování specifické hierarchie a negativních způsobů chování v době, kdy vězňové nejsou v kontaktu nebo pod přímým dozorem pracovníků vězeňské služby. (...) Druhý život je záležitostí především nočních hodin či neviditelných struktur vztahů mezi vězni“ (Sochůrek, 2002b, s. 34-35). Mezi nejčastější formy pak autor řadí:

- **Kolchozy**: slangový výraz pro seskupení 2-4 solventních vězňů či silných jedinců („králů“, „barákových“ apod.), kteří seskupují různé druhy zboží (léky, drogy, cigarety, alkohol, mobilní telefony) a v případě jeho nedostatku mezi ostatními je s vysokou přírůzkou prodávají nebo poskytují za jiné služby.
- **Organizování hazardních her**: za platidla či služby.

Ve výkonu trestu se patologické jevy často kumulují. „Zejména psychicky labilnější vězni mají velice často tendence upínat se na dominantní silné jedince z řad osob s pokročilou kriminální infekcí. Vedle případů, kdy jim imponuje právě kriminální kariéra zkušenějšího vězně, jsou častější ty, kdy se mladý, ve vězení nezkušený prvovězněný člověk upne na narušeného jedince, aniž je schopen rozpoznat jeho skutečný charakter např. proto, že tento vystupuje jako jeho ochránce. Pozvolna tak velice často dochází k postupné změně hodnotové orientace, následované prvními příznaky kriminální infekce“ (Sochůrek, 2002b, s. 36).

3.3 Závislosti

Situace ve věznicích dobře kopíruje civilní drogovou scénu co do frekvence i spektra zneužívaných látek. Před rokem 1989 problém s drogami ve společnosti (a tedy i ve věznicích) raději pro veřejnost „neexistoval“. Přesto se jím odborníci a zaměstnanci věznic museli zabývat.

„Problému šíření drog ve vězeních, zejména zneužívání léčiv s drogovým apealem, si povšimli někteří vězeňští lékaři a psychologové již počátkem 60. let minulého století. I když se těmto zjištěním nevěnovala náležitá pozornost a oficiální místa existenci problému ignorovala nebo popírala, musela vězeňská zařízení na problém reagovat. Ve věznicích začala vznikat Střediska protialkoholní a protitoxikomanické ochranné léčby. I když jejich kapacita byla velmi malá, zkušenosti s jejich fungováním byly velmi pozitivní“ (Bajcura, 2004, s. 10-11). Autor dále uvádí, že problém se začal systematicky zkoumat už ve 2. polovině 70. let. Tehdejší výzkumy prokázaly, že přibližně 35% vězňů zneužívalo ve své životní historii nealkoholové drogy. Byla to převážně léčiva a inhalanty, sniffing. Klasické drogy včetně marihuany se v té době objevovaly jen výjimečně.

3.3.1 Současná situace

„V zemích EU se předpokládá, že 20-40% uvězněných užívá drogy. Dle údajů Odboru zdravotnické služby GR VS v České republice bylo v r. 2000 uživatelů drog ve vězení asi 25%“ (Kalina, 2003, s. 256).

„Nejnovější výzkumy ukazují, že problém drog zasahuje asi 50 až 60% vězeňské populace. Zvláště varující je však skutečnost, že podle našich výzkumů má zkušenost s nealkoholovými drogami asi 82% mladistvých vězňů, což jsou v ČR lidé ve věku 15 až 18 let. Je tak stále zřejmější, že se droga stává významným kriminogenním faktorem“ (Bajcura, 2004, s. 10-11). Autor dále uvádí výsledky výzkumu zaměřeného na nejmladší (tedy nejohroženější) populaci: „Více než 33% respondentů ve věku od 20–24 let užilo ve vězení drogu. (...) Respondenti výzkumu uváděli, že získat drogu ve vězení lze více méně nahodile. Avšak 3,3% vězňů uvedlo, že užilo drogu injekčně, přičemž 1% přiznalo, že se dělilo o injekční stříkačku. Největší podobnost ve způsobu užití drog ve vězeních vykazují skupiny mládeže a dále ti, kteří spáchali zločin související s drogami, zejména v mladším věku, žijí ve velkých městech anebo jsou dlouhodobě vězněni“ (Bajcura, 2004, s. 10-11)

V roce 2005 uveřejnila Vězeňská služba České republiky ve svém periodiku zprávu, že objasnila v předchozím roce (2004) celkem „171 případů zneužití drog ve věznicích a vazebních věznicích, což znamená téměř o 100% více než v roce 2003“ (Jílek, 2005a, s. 15). Tato optimistická informace oslavující zvyšující se kvalitu systému věznic však může být devalvována zjištěním, že stoprocentní nárůst záchytu možná jen kopíruje prosté zvýšení frekvence zneužívání drog ve věznicích.

Zajímavé informace přináší průzkum užívání drog vězňenými osobami za období říjen 2003 až září 2004. „V uvedeném období 12 měsíců bylo testováno celkem 9 467 vězňených osob ze všech 35 věznic v ČR. Každá z věznic poslala 4krát ročně k laboratorním testům vzorky moči, jejichž celkový počet odpovídal nejméně 10% kapacity věznice“ (Mravčík se spoluautory, 2005, s. 58) Výsledky průzkumu podle jednotlivých typů drog a oddělení věznic shrnuje následující tabulka.

Tab. č. 1: Užívání drog vězňenými osobami v r. 2003-2004 (Mravčík a spoluautoři, 2005, s. 58).

Oddělení	Běžná odd.	Bezdrog. zóny	Diferenc. výkon tr.	Ochr. léčba	Σ	Podíl [%]
Počet testovaných	7596	847	764	560	9767	100,0
Pozitivní na amfetaminy	103	5	5	1	114	1,2
Pozitivní na barbituráty	84	4	1	0	89	0,9
Pozitivní na THC	43	3	0	0	46	0,5
Pozitivní na opiáty	39	0	5	0	44	0,5
Pozitivní na kokain	0	0	0	0	0	0
Pozitivních testů - Σ	269	12	11	1	293	3,0
Pozitivních testů [%]	3,5	1,4	1,4	0,2	3,0	-

Cesty průniku drog do věznic

„Zvyšující se počet vězňů s drogovou anamnézou vede nutně ke zvýšení tlaku na průnik drog do věznic. (...) Vězeňská zařízení se stále více stávají středem pozornosti dealerů toxických látek, kteří vyhledávají stále nové cesty k transferu drog do českých věznic“ (Bajcu-
ra, 2004, s. 10-11).

Do věznic jsou drogy distribuovány v drtivé většině podloudným způsobem zvenčí. Zkušenosti ukazují, že tzv. „černý trh“ je zpravidla zajišťován menší dobře organizovanou skupinou odsouzených recidivistů. „Nejčastějšími cestami drog do věznice byly balíčky s potravinami nebo osobním prádlem, hygienickými potřebami, apod. s důmyslně ukrytou drogou. Další cestou bývá dovezení drogy z pracoviště mimo věznici. Mimo tyto nejčastější cesty existuje nepřehledné množství způsobů, jak drogu do věznice dostat. Například při návštěvách, přenosem v tělních tekutinách, prostřednictvím zaměstnanců věznice, při návštěvách

advokáta apod“ (Černíková, 1998, s. 51). Kašička (2000) uvádí kuriózní případ z Vinařic, kde docházelo k přehazování tenisových míčků naplněných drogou přes zeď do věznice pomocí pátky.

3.3.2 Příčiny abúzu drog ve věznicích

K faktorům **extramurálním** (závislost či sklon k abúzu z doby před výkonem trestu – z nejrůznějších příčin) přibývají faktory **intramurální**, dané samotným prostředím věznice. Čepelák (1976) uvádí následující tři důvody abúzu drog ve věznicích (body 1 až 3 volně dle autora):

- 1) **Redukce psychické tenze drogou:** samotné podmínky výkonu trestu představují závažnou situaci vedoucí k psychické tenzi. Nabízí se její redukce drogou.
- 2) **Přijetí do komunity:** droga má v žebříčku hodnot vězeňské subkultury významné místo a její užívání umožní jedinci přijetí a zařazení do komunity.
- 3) **Změna nálady:** touha po uvolnění a odsunutí problémů a touha po povznesené náladě je silným motivačním faktorem.

3.3.3 Spektrum látek zneužívaných ve věznicích

„Nejpopulárnějšími drogami užívanými vězni před jejich uvězněním byly kanabinoidy, stejně jako v normální populaci nebo mezi školáky. (...) Na druhé straně naopak vězňové při srovnání s výše zmiňovanými skupinami raději užívají substance stimulující nervový systém, jako jsou například amfetaminy, ecstasy a kokain“ (Bajcura, 2004, s. 10-11).

V praxi se však ukazuje, že vedle uvedených látek dochází ve věznicích ve velké míře také k abúzu léků (barbituráty, trankvilizéry, hypnotika, benzodiazepiny). Léky jsou vyjma distribuce zvenčí rovněž získávány i kupováním od ostatních odsouzených, jimž byly naordinovány lékařem mnohdy na nemoc, kterou odsouzení úspěšně simulují, především v případech, kde je diagnostika obtížná. Často uvádějí bolesti hlavy, krku, zad, špatný psychický stav, nespavost apod. *„Vězeňští lékaři musí velice často čelit simulantům, a to těm, které vězni nazývají **klepkaři** nebo **holubi**. Zatímco klepkař simuluje chorobu s cílem vymámit z lékaře příslušný lék – drogu (klepku), pak holub specialitu prodává buď závislému odsouzenému nebo častěji kolchozu, který pak s drogou dále obchoduje. Zvláště nebezpečné je shromažďování většího množství léčiv, které může při jejich masivním jednorázovém abúzu vést až k otravě“* (Sochůrek, 2001, s. 29-31). Dále autor uvádí, že naprostá většina závislých po

uvěznění bez problémů přechází na tam dostupné drogy, většinou léčiva. Po propuštění se vězeň bez problému vrací ke své droze.

V současné době se zdá, že jsou na ústupu dříve hojné opiáty ve prospěch ostatních drog. Nejedná se ale zatím o údaj potvrzený studií, spíše o empirický postřeh z praxe. Těžké látky patří spíše k náhražkovým drogám. Jsou zneužívány zejména při nedostupnosti jiných návykových látek. Patří mezi nebezpečné drogy, neboť lze jen obtížně stanovit míru relativní bezpečnosti. Mezi samotnými vězňenými osobami jsou tyto látky nazývány *hloupou drogou*, protože příliš mnoho bere a málo dává. Jedná se zejména o toluen a aceton, případně o další použitelná ředidla.

3.3.4 Rizika abúzu drog ve vězení

Ačkoliv autoři zabývající se problematikou abúzu drog zpravidla upřednostňují především zdravotní či ekonomické důsledky abúzu, ve věznici se k nim přidává navíc hledisko bezpečnostní (nebezpečí **agresivního chování pod vlivem drogy**), výchovné (selhávání působení na vězně, který je pod vlivem drogy) a trestní (existence černého trhu, nedovolená činnost vězňů, konflikty mezi účastníky trhu).

Pokračující abúzus v podmínkách vězení je rizikovým faktorem pro odsouzeného abuzéra i po jeho následném propuštění. Závislý na svobodě znovu vyhledává toxikomanskou subkulturu, čímž se zvyšuje pravděpodobnost jeho dalšího kriminálního působení – a bludný kruh se uzavírá.

3.4 Agrese a agresivita

3.4.1 Vymezení pojmu agrese, agresivita a pojmů blízkých

Obsah pojmů agrese a agresivita je chápán v prostředí penitenciárním i v extramurálním stejným způsobem. Je stejný co do projevů a obecně používané definice jsou platné i zde.

Zájem o problematiku agrese a agresivity má mnoho vědních disciplín: kromě psychologie též pedagogika, sociologie, etologie, filozofie či antropologie. Pravděpodobně z tohoto důvodu v současné době neexistuje jedna beze zbytku všeobecně přijímaná definice agrese. Přesto však, jak potvrzuje Říčan (1999), převládají definice, ve kterých je agrese vni-

mána jako fyzické nebo symbolické chování vedené s cílem někomu ublížit. Vágnerová (2004) agresivitu vnímá jako pouhý projev násilí, zatímco Breakwell (1997) upřesňuje, že se tak koná proti vůli poškozeného. Poněšický (2004) pak vidí agresi jako emočně motivační mohutnost, jež má za cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého. Zdá se tedy, že abychom lidské konání mohli označit za agresi, důležitým atributem je úmysl poškodit druhého. Samo toto konání (např. impulzivní jednání či náhodné poškození druhého bez úmyslu) pak agresí není.

Velmi širokou definici agrese pak přináší Drvota: „*Agresí v nejužším slova smyslu se rozumí destruktivní chování, doprovázené afektem hněvu, vzteku či citem nepřátelství, směřující k fyzickému zranění (tzv. brachiální napadání) jiného jedince či k zničení nějakého předmětu, zastupujícího překážku nebo něco nenáviděného. Nemusí to však vždy být útok fyzický. I slovní napadání, urážka, výsměch, pomluva může být prostředkem agrese. Cílem agrese je zstrašit druhého, zmocnit se objektu či ho odstranit, jinému zmařit a sobě zajistit společenské výhody*“ (Drvota, 1979, s. 148).

Agresivitou rozumíme pak zpravidla dispozici k agresivnímu chování, resp. míru této dispozice, neboli tendenci v nejrůznějších situacích jednat agresivně:

„*Je to tendence k napadání, v širším pojetí je to základní vloha, díky níž může živá bytost dosahovat uspokojení svých životních potřeb*“ (Sillamy, 2001, s. 12).

„*Je to připravenost agresivně reagovat na určité podněty a značnou měrou závisí na kulturních vlivech*“ (Schmidbauer, 1994, s. 10).

„*Agresivita je pojímána v nejširším slova smyslu (tedy nikoliv jen biologickém) jako dispozice k agresivnímu chování. Člověk, který je nadán vysokou mírou agresivity je často a velmi snadno v nejrůznějších situacích náchylný jednat agresivně*“ (Berkowitz, 1998, s. 13).

„*Agresivitou rozumíme soubor předpokladů k jednání se záměrem poškodit a chápeme ji jako multikauzálně podmíněný a složitě strukturovaný fenomén*“ (Šafař, 1999, s. 497).

Asertivita je označení často zaměňované s agresivitou, neboť oba pojmy mají stejný atribut, tj. schopnost prosadit vlastní zájmy pomocí dostatečného sebevědomí. Např. Čermák (1998) definuje agresivitu jako násilné narušení práv jiného člověka, jako ofenzivní jednání nebo proceduru, ale také jako *asertivní* jednání. Nicméně asertivita, jak uvádí Breakwell (1997) se od agresivity liší právě způsobem sebeprosazení, tedy absencí agresivní roviny, tj.

tím, že při asertivním jednání dochází k prosazování vlastních zájmů za současného respektování práva druhého. Asertivní jednání však do agresivního často přechází a hranice mezi oběma pojmy je značně neostrá.

Násilí pak je pojem agrese blízký a dá se podle Čermáka (1998) chápat jako jeden z možných projevů agrese, nebo, jak uvádí Breakwell (1997) jako konkrétní záměrný pokus ublížit. WHO definuje násilí jako „*úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti...*“ (Haškovcová, 2004, str. 13)

Hostilita je podle Čermáka (1998) definována jako negativní postoj k ostatním. **Hněv (zlost, vztek)** pak stejný autor definuje jako afekt, který vzniká náhle a naléhavě a je těžko ovladatelný a s agresí je často spojen.

3.4.2 Druhy agrese

V následující kapitole bych chtěl poukázat na jednotlivé teorie, které se zabývají rozdělením agrese. Kapitola končí integrativním přístupem, který vychází z předložených teorií a popisuje dělení agrese v penitenciárním prostředí.

Moyer (1968) rozlišuje agrese podle podnětů, které ji vyvolávají, a to na **predátorskou** (proti přirozené kořisti, tj. mezidruhovou agrese), **agresi mezi samci** (vnitrodruhovou, sloužící k nastolení skupinové hierarchie), **agresi vyvolané strachem** (v ohrožujících situacích s nemožností úniku), **dráždivou agrese** (následkem frustrace), **mateřskou agrese** (jako reakci matky při ohrožení mláďete) a **sexuální agrese** (především u samců).

Lovaš (2008) dělí agrese podle povahy a kontextů příčin na agrese afektivní a instrumentální. **Afektivní (emocionální, impulzivní) agrese** je dle autora doprovázena silnými negativními emocemi (hněv, zlost, nenávisť) a je reakcí na nějaký averzivní podnět. Cílem je snížení vlastního napětí či frustrace a poškození druhého. **Instrumentální agrese** je zpravidla plánovaná, vědomě kontrolovaná a je nástrojem k dosažení vnějšího cíle. Dojde-li při ní k poškození jiné osoby, jde o sekundární jev. Podobně Berkowitz (1993) rozděluje agrese na **impulzivní** (definicí se prakticky shoduje s pojmem afektivní agrese, jak bylo popsáno výše) a **agresi vědomě kontrolovanou**, kdy agresor anticipuje důsledky svého jednání, což se prak-

ticky shoduje s instrumentální agresí podle Lovaše.

Hartl (2004) agresi rozděluje dle intenzity na čtyři stupně: první stupeň bez vnějších projevů, pouze v myšlení, druhý stupeň v podobě verbální agrese, třetí stupeň má charakter destrukce (např. bouchnutí dveří) a čtvrtý stupeň odpovídá fyzickému napadení druhé osoby.

Fromm (1997) dělí agresi na **benigní** (biologicky adaptivní, obranná reakce na ohrožení životních zájmů, je společná lidem i zvířatům) a **maligní** (biologicky neadaptivní, destruktivní, vyskytuje se jen u lidí, narušuje sociální normy).

Čermák (1998), podobně jako Lovaš (2008) nebo Hartl (2004) agresi rozděluje na **agresi přímou a nepřímou** a **agresi verbální a fyzickou**. Jednotlivé druhy se dají navzájem kombinovat, např. nepřímou fyzickou agresí rozumí autor ničení majetku, jehož vlastníkem je objekt agrese, zatímco přímou fyzickou agresí je fyzický útok na objekt agrese. K předchozím druhům agrese doplňuje Čermák (1998) ještě dimenzi **aktivity, resp. pasivity**, která se pak může s ostatními pojmy opět nezávisle kombinovat, např. do podoby agrese verbální pasivní nepřímé apod.

Integrativní přístup má Čírtková (2006), která – zdá se, vychází z Lovaše, Čermáka a Hartla. Zabývala se **kriminální agresí** a rozdělila ji **podle připravenosti** na reaktivní a promyšlenou, **podle cíle** na instrumentální (zaměřenost na jasný cíl) a odreagovanou (cílem je sama agrese, odreagování), **podle zaměřenosti** na heteroagresi (proti ostatním) a autoagresi (proti sobě), **podle emocionálního doprovodu** na agresi s afektivním zaměřením (např. ofenzivní agrese - doprovázena afektem – zlobou, hněvem, nebo defenzivní agrese, doprovázená strachem) a na agresi s absencí afektivního doprovodu (chladná agrese).

3.4.3 Příčiny agresivity

V dostupné literatuře neexistuje jednotná, vyčerpávající a obecně přijímaná teorie o příčinách agresivity a agresivního chování. Jednotlivé teorie zabývající se zkoumáním příčin agrese a agresivity stavějí na různých teoretických základech. Také v penitenciárním prostředí je použitelná celá řada z níže předložených teorií, zejména pak Netíkova (1997) nebo Gottfredson a Hirschiova teorie (Gottfredson, Hirschi, 1990). Více se jim budu věnovat v závěru této kapitoly.

Zajímavým způsobem předkládá Čermák a spoluautoři (2003) **šest druhů motivace**

k agresivnímu chování, kterými agresor posiluje vlastní sebehodnotu: **Motiv sebezpevnění** (agresi získává prestiž a respekt, např. v rámci šikany), dále **motiv odplaty** (na základě pocitu nespravedlnosti nebo jako obrana před dalším útokem agresora), **motiv spravedlivého rozhořčení** (jako emocionální reakce – např. pocit ponížení při útoku), **motiv opovržení** (verbální či neverbální inzultace, která má zpochybnit hodnotu protivníka), **motiv atribuce úmyslu** (při pocitu ohrožení vlastní identity – přisouzením negativních úmyslů druhé osobě) a **motiv zajištění výhody pro posílení vlastní hodnoty** (snižováním hodnoty jiných např. ponižováním).

Čírtková (2004) je autorkou následujícího rozdělení na 4 hlavní teoretické proudy zabývající se příčinami agresivity a násilí jako jejího projevu: toto rozdělení doplňuji v obsahu jednotlivých bodů podle dalších autorů.

- 1) **Psychologické teorie** vycházejí z osobnostní charakteristiky jedince, případně z jeho psychopatie. Tak např. Freud podle Fromma (1997) při vysvětlování agrese vyšel ze své teorie pudů, kdy ke čtyřem základním pudům později přidal jako pátý pud smrti a z něj vyvozoval a vysvětloval agresivitu člověka jako trvale působící sílu lidskému organismu vlastní. Lorenz (1992) jde v teorii pudů ještě dál a přidává k ní existenci specifických spouštěčů agrese. Tzv. vnitřní akčně specifická energie je odreagována jen za přítomnosti vhodných podnětů sloužících jako spouštěč. Když tyto podněty chybí, energie natolik stoupá, že si jedinec najde terč v objektech náhradních.
- 2) **Teorie sociálního učení** vychází zejména z behaviorismu a tvrdí, že příčinou agresivního chování je vlastně nápodoba, kdy agresor měl možnost podobné chování vidět u svých rodičů či ve svém okolí a jde tedy o naučené chování. Jak uvádí Spurný a Červený (2007) shodně s Bandurou (1977), člověk jedná tak, aby dosáhl svého cíle. Naučil-li se během svého vývoje, že právě agrese je způsob, který nejlépe vede k cíli a úspěchu, osvojí si přímým zpevněním agrese jako optimální a efektivní model chování. Pomocí sociálního učení jsou tedy tyto vzorce chování posilovány zpětnými vazbami z vnějšího prostředí. V učení agresivnímu jednání autor zdůrazňuje jednak princip zástupného podmiňování (dítě vidělo u dospělých dosažení cíle pomocí agresivního jednání), dále pak princip imitace a pozorování (dítě si uloží do paměti představu chování dospělého v závislosti na tom, zda agresivní chování bylo či nebylo u dospělého potrestáno). Neobehavioristé (J. Dollard, I. Doobe, N. Miller, O. H. Mowrer a R. R. Sears.) dle Čermáka (1995) pak tvrdí, že intenzita agrese je v přímé úměře k velikosti frustrace agresora a agrese je vždy dů-

sledkem frustrace. Přitom zároveň existence frustrace vždy vede k nějaké formě agrese.

- 3) **Teorie biologicko-genetické** vysvětlují agresivitu jako vrozenou míru vlastnosti, jak potvrzuje např. Rusthon (1986) na základě výzkumů jednovaječných dvojčat. Podle Čírtkové (2004) však jde o starší spíše zapomenuté a nevyužívané teorie.
- 4) **Sociologické teorie** upozorňují na kulturní podmíněnost agresivity, kdy v závislosti na konkrétním kulturním prostředí je některé jednání považováno za agresivní a v jiném prostředí je bráno jako norma. Čírtková (2004) ve shodě s Harrowerem (1999) pak tvrdí, že jedinec je či není vnímán okolím nebo sám sebou jako oběť či jako agresor právě v závislosti na kulturním kontextu.

Vedle těchto čtyř základních teorií je dle Čermáka (1998) zvažován také vztah agresivity a specifických anatomických struktur v mozku (limbický systém a cerebrální kortex) a závislost na dostupnosti některých neurotransmiterů (acetylcholin, noradrenalin, dopamin a serotonin), které přenášejí informace mezi těmito strukturami. Zde se však prozatím pohybujeme v oblasti výzkumů.

V současnosti se však již setkáváme stále více s integrativními teoriemi agrese a agresivity, které jsou jistě platné i v **penitenciárním prostředí**. Např. Lovaš (2008) provádí syntézu výše uvedených myšlenek a tvrdí, že averzivní pocity typu frustrace či bolesti ovlivňují kognitivní zpracování situace. Situační proměnné zvyšují aktivaci člověka až do podoby negativních afektivních stavů, jako je hněv a hostilita. Autor dále připomíná, že na agresivní chování má vliv celá řada aktivačních faktorů **situačních** (frustrace, útoky, stres, bolest, nepohoda, teplota prostředí, hluk), **biologických** (facilitace – ale i inhibice specifickými mozkovými centry, genetická predispozice, biochemické procesy jako je intoxikace alkoholem či drogami a léky nebo hypoglykémie, hladina testosteronu či serotoninu), **osobnostní** (zvýšená aktivační úroveň, negativní emoce a kvalita kognice při hodnocení situace, ale také pocit bezmoci, provokace verbální i neverbální, temperament, sociální faktory typu sociálního schválení a pozitivního posilování agresivního chování) a **faktory sociálního prostředí** (skupinové a sociální normy a modely řešení situací).

Tedeschi a Felson (1995) doplňují dalších pět faktorů, které mají vliv na agresivní chování a podobně jako Čermák (2003) je vztahují k vlastní sebehodnotě. Agresivitu podle

autorů mohou tlumit **zdvořilostní normy**, potencovat ji může **ospravedlňování agrese např. v masmédiích** nebo **anonymita prostředí** a inhibovat nebo i potencovat ji může také **třetí osoba** nebo **způsob zaměření pozornosti na vlastní já v konfliktní situaci** (buď zaměření směrem dovnitř, k vlastním hodnotám a normám, nebo ven, k očekáváním okolí)

Někteří autoři upozorňují na genderové rozdíly v agresivním chování lidí. Např. Rubin se spoluautory (1998) na základě empirických výzkumů uvádí, že ženská a mužská agrese se významně liší. Gottfredson a Hirschi (1990) konstatují, **že trestné činy za přítomnosti násilí jsou páchány především mladými muži**. Příčina genderového rozdílu zatím nebyla zcela objasněna. Můžeme uvažovat o možném vlivu hladiny testosteronu na agresivitu, jak zdůrazňuje Janata (1999), nebo o vlivu sociálních činitelů, kdy např. Zimmelová (2006) se zamýšlí nad tradiční rolí muže a ženy a jejich časné diferenciaci, kdy při výchově chlapců je kladen důraz na agresivitu a sebeprosazení.

Netík a spoluautoři (1997) se zaměřují na **příčinu agrese ve věznicích** a vidí ji v procesu chybné socializace pachatelů během vývoje, kdy sociálním učením vzniká systém regulace chování. Popisují dvě poruchy socializačního procesu, které mohou opakovaně vyústit v agresivní chování odsouzených:

- 1) **Defektní socializace:** jde vlastně o nedokonalou inhibici agrese následkem defektních předpokladů učení a nevhodné výchovy, např. při emoční deprivaci či malé kontrole dětských agresivních projevů. Jejím následkem by byl výše uvedený první typ neplánované agrese s emočním doprovodem.
- 2) **Deviantní socializace:** autor uvádí, že jde vlastně o osvojení agresivních vzorců chování do osobnostního rejstříku modelů řešení situací, kdy jejich zdrojem jsou normy deviantní subkultury. Vznikají například identifikací s agresivním vzorem, nebo posilováním dětských agresivních projevů během vývoje. Ta bývá příčinou chladné agrese.

3.4.4 Penitenciární diagnostika agresivity

Diagnostika agresivity (a obecně diagnostika osobnosti) u odsouzených je velmi důležitá, neboť nástup výkonu trestu je velmi zátěžová situace. Zátěž sama o sobě, zejména u osob s častým výskytem poruch osobnosti, velmi snadno vede k dekompenzaci odsouzených s četnými agresivními projevy. Násilí je ve věznicích častým jevem. Rovněž samotný důvod

uvěznění – trestný čin mívá často násilný charakter. Podle výsledků diagnostiky by měl být odsouzený zařazen vhodným způsobem na příslušný oddíl věznice v rámci vnitřní diferenciacce (např. též s ohledem na další spoluodsouzené, s ohledem na konkrétní způsob zacházení atd.). Výsledky diagnostiky jsou též důležité při volbě nejvhodnějšího přístupu k odsouzenému a v neposlední řadě pro následnou resocializaci a její příznivou prognózu při výstupu z výkonu trestu.

Diagnostika se obvykle realizuje při nástupu do výkonu trestu a provádí se zpravidla v rámci komplexních vícerozměrných škál. Samostatná diagnostika agresivity však uskutečňována není. Důležitou roli v diagnostice hraje též rozhovor a pozorování.

Přestože byly prováděny pokusy s celovězeňským zavedením některých technik (např. MMPI) a jejich povinným plošným používáním, v současné době neexistuje žádná povinně předepsaná baterie technik pro vyšetřování odsouzených. Psycholog ve věznici vychází zpravidla ze svých zkušeností s jednotlivými technikami a z osobních preferencí. Roli hraje i tradice konkrétního pracoviště. Vězeňským psychologům je pouze nařízeno, že u nepodmínečně odsouzených je nutné vyšetřit osobnost a orientačně intelekt za použití testových metod. V praxi se k vyšetření osobnosti výhodou používá **FPI (Freiburský osobnostní dotazník)**, jinde **EOD (Eysenckův osobnostní dotazník)**, nebo např. **SPARO** či **MMPI**, případně **CAQ (Dotazník klinické analýzy)**, který má i normy pro vězeňskou populaci), atd. Čepelák (1982) uvádí, že se dříve s ve věznicích používal dotazník **B-D-I (Inventář agrese Busse a Durkeevé)**, který mj. dokonce rozlišuje jednotlivé druhy agresivity: nepřímou, verbální a fyzickou), např. při srovnávání hladiny agresivity u prvovězňených a recidivistů.

Jistě by byla použitelná řada dalších dotazníků testujících hladinu agresivity, např. **ICL (Dotazník interpersonální diagnózy)**, **DOPEN** (dotazník se škálou Psychoticizmu, Extraverze a Neuroticizmu), případně **Caprarovy testy agresivity**. O jejich skutečném využití v penitenciárním prostředí v ČR nejsou v odborné literatuře dostupné poznatky, přestože např. **DOPEN**, jak uvádí Svoboda (1999), je využitelný zejména pro diagnostiku delikventní populace.

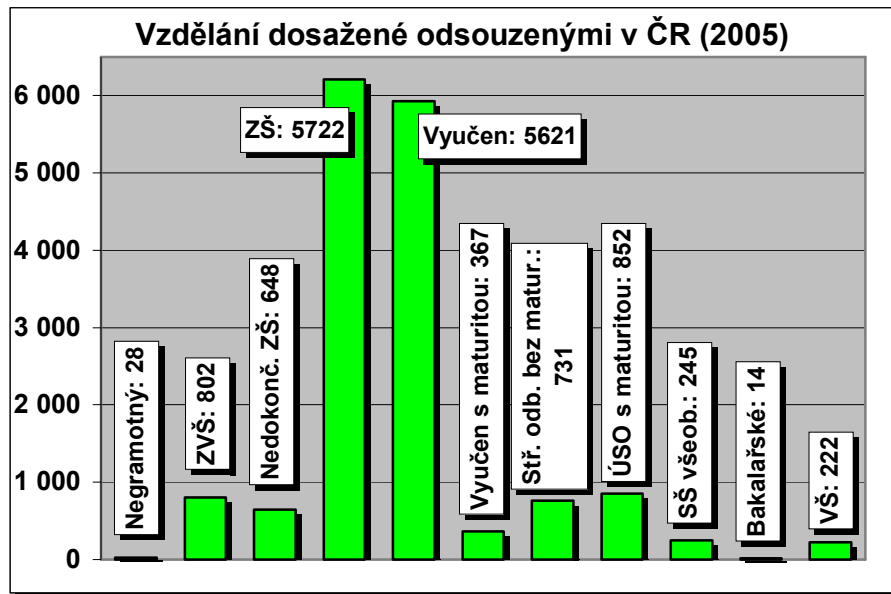
Škálu agresivity má rovněž **Moosův dotazník**, který je určen pro výzkum psychosociálního klimatu v penitenciárním prostředí a který jsme použili v předvýzkumu této práce a který je podrobněji popsán v experimentální části (*kap. 5.1 Moosův dotazník*)

Současný stav, kdy je k diagnostice nejvíce využíván některý ze sebeposuzovacích dotazníků, má řadu nevýhod pramenících ze samotné charakteristiky dotazníku jako psychologické metody. Jak uvádí Svoboda (1999), obecným problémem dotazníků je subjektivita výpovědi vyšetřované osoby o svých vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích atd., míra schopnosti introspekce, schopnost a ochota sdělit informace o sobě a možnost záměrného zkreslení, jazyková problematika u přeložených technik (např. typu dvojitého záporu v češtině) apod., případně nepochopení (osoba odpovídá, jaká by chtěla být, nikoliv, jaká je).

K tomu přistupují další nevýhody plynoucí z charakteru penitenciárního prostředí, jejichž přehled přináším v následujícím textu a které mohou způsobit, že použití dotazníků může výsledný profil odsouzeného zcela zkreslit, ba dokonce se osobnost může jevit jako „normální“.

- **Vliv konstrukce dotazníků:** dotazníky u odsouzených často selhávají, protože nejsou primárně určeny pro vězeňskou populaci. Odsouzený neví, zda má odpovídat z pohledu současné situace při uvěznění, nebo z pohledu života „venku“: („Rád jezdím autem velkou rychlostí“ – odsouzený nemá možnost řídit automobil, položka je pro něj zavádějící a je nutno ji vysvětlovat)
- **Obecný sklon ke lhaní u odsouzených:** mezi odsouzenými je velké množství poruch osobnosti. Odsouzení často lžou „z principu“, za každou cenu. Může se stát, že budou v dotazníku vypovídat záměrně nesprávně.
- **Nízký intelekt a snížené verbální schopnosti odsouzených,** kteří často ani nepochopí, na co se položka ptá (a odpovídají pak náhodně nebo chybně). Naprostá většina odsouzených nemá žádné, nebo jen základní vzdělání.

Graf č. 3: *Vzdělání dosažené odsouzenými v ČR – stav v roce 2005 (Roční, 2005).*



- **Vliv prostředí:** odsouzení jsou často nastaveni paranoidně, mnohdy jsou i odůvodněně opatrní. Mají strach, že by někdo výsledky dotazníků mohl proti nim zneužít, a to i při anonymním vyplňování. Proto se často při vyšetření „maskují“, dávají „středové“ ambivalentní nebo nesprávné odpovědi, jak potvrzuje i Nee (2004). Výsledků vyšetření se obávají, nebo jsou naopak k vyšetření zcela lhostejní a nemotivovaní, což obojí vede ke zkreslení výsledků.
- **Vztah psycholog – odsouzený** nebývá kvalitní, neboť při diagnostice, která se provádí krátce po nástupu do výkonu trestu se odsouzený ani psycholog navzájem neznají a často jde o jejich první kontakt. Je pochopitelné, že odsouzený je ostražitý a nedůvěřivý a opět má tendenci se „maskovat“.

Nicméně k diagnostice agresivity (a osobnosti, event. psychopatie) se dotazníky použít dají, a jak bylo zmíněno dříve v textu, také se používají, protože jejich velkou výhodou je snadnost a rychlost administrace.

Velmi málo se ve věznicích používají k diagnostice **projektivní techniky**, patrně pro časovou náročnost většiny z nich při použití, případně pro omezení většiny těchto technik na individuální administraci.

Obecně lze však říci, že v penitenciárním prostředí při diagnostice agresivity nemají

projektivní techniky žádné omezení a jde použít prakticky jakákoliv z nich. Jak uvádí Svoboda (1999), klient do nich promítá obsahy svých duševních procesů navenek mimo sebe, připisuje je jiným nebo spatřuje v jiných lidech, zvířatech, rostlinách, předmětech nebo dějích. V tom lze také spatřovat velkou výhodu projektivních technik, protože podnětová situace je značně neurčitá a málo strukturovaná a zkoumaná osoba má jen minimální nebo dokonce žádnou možnost záměrně zkreslit výsledky, neboť neví, co daný test sleduje a jak by měla odpovídat.

Jednou z technik, které by šly použít k diagnostice agrese v našich věznicích je **Hand test**. Jak uvádí Bricklin a spoluautoři (1962) a potvrzuje Čepelák (1982), technika dobře zachycuje pohotovost k agresivnímu jednání. Test dle autorů spočívá v předložení deseti tabulí s obrázkem ruky a klient má sdělit, jakou emoci obrázek vyjadřuje. Na hladinu agreivity se usuzuje podle tzv. indexu agreivity („Acting out ratio“, AOR). Ten vyjadřuje relativní váhu sociálně pozitivních kooperativních postojů oproti direktivním, hostilním a agresivním.

Při diagnostice odsouzených lze použít i **Rorschachův test**, kde (jak píše Harsa a kol, 2009), lze detekovat agresivitu podle způsobu uchopení skvrny (převaha *slabých celků* nebo malých či neobvyklých, méně kvalitních *detailů*, interpretace *space*), podle tvarové kvality, podle přítomnosti obsahů zahrnujících agresivní motivy (útok, násilí, explozi, agresivní zvířata, rozmačkané, zmrzačené objekty, poranění, bodné zbraně, zuby, drápy, šípy, krev) a při zvýšeném množství originálních odpovědí.

Z ostatních projektivních technik, jak uvádí Svoboda (1999), lze k diagnostice agreivity použít kromě již uvedených testů **Zulligerův test**, nebotéž **Rosenzweigův obrázkový frustrační test**, **Test nedokončených vět**, **Lüscherův test**, **TAT (Tematicko apercepční test)**, **Barevný pyramidový test**, **Scénotest** nebo **Zrcadlové kreslení**, případně některou z **grafických projektivních technik** (např. **Kresba postavy** či **Test kresby stromu**). Jejich popis by byl však nad rámec této kapitoly.

Jedna z dalších projektivních technik, která umí mj. testovat hladinu agreivity, je **CAE (Chromatický asociační experiment)**. Tato metoda byla použita v experimentální části této práce a její popis je uveden v kapitole *Použité výzkumné metody*.

3.4.5 Terapie agresivity

Psychoterapie

Jak uvádí Marvánová-Vargová a spoluautoři (2008), v zahraničí existují terapeutické programy pro agresory, zabývající se problematikou moci a kontroly agresora, genderovými rolemi, způsoby, jak minimalizovat násilí a jakým způsobem řešit konflikty bez výskytu násilí atd.

U nás se dá zejména extramurálně (např. po výkonu trestu) využít např. Probačně-mediační služby, která organizuje některé terapie agresorů (KBT), případně, dle tiskové zprávy občanského sdružení Persefona, které za podpory Ministerstva vnitra v rámci projektu zprostředkovává bezplatné terapie pachatelům domácího násilí/agresorům: *„Výsledkem nabízených terapií by měl být stav, kdy se dotčený agresor v rámci terapií naučí zacházet se svými agresivními impulzy tak, aby nevedly k páčání násilí v daném či dalším vztahu. (...) Služba je nastavena tak, aby ji mohly využít násilné osoby dobrovolně anebo z nařízení v rámci probíhajícího řízení“* (Persefona, 2010, s. 1).

S agresí se dá ve věznici pracovat formou individuální nebo skupinové psychoterapie. Mohou být jednak hledány zdroje agrese, terapeut může ale také upozorňovat na málo funkční copingové strategie a učit strategie nové. Někdy pomáhá kognitivní terapie, kdy se klienti seznamují s tím, jak souvisí jejich agresivní chování s jeho destruktivními účinky a hledají způsoby, jak se neadekvátních reakcí vyvarovat. Neexistuje však nařízený terapeutický směr, který by byl pro věznice závazný a spíše se odvíjí od výcviku, zaměření a preferencí samotného psychologa, který terapii vede.

Psychoterapií agrese delikventů se zabýval např. Rauchfleisch (2000), který míní, že agresivita je vlastně charakteristickou determinantou osobnosti a chování mnoha delikventů je následek jejich životních zkušeností. Příčiny vidí, podobně jako Netík a spoluautoři (1997) v časném vývoji jedince. Terapeutické pokusy pak často podle Rauchfleische u odsouzených selhávají právě z toho důvodu, že agrese je i během terapie všudypřítomná, odsouzení se od ní neumí oprostit a projevují ji alespoň nepřímou např. „bojkotováním“ terapií. Přesto má smysl s agresivitou terapeuticky pracovat.

Farmakoterapie agrese

V případě, že psychoterapií nelze u některého odsouzeného agresivitu zvládnout, ať už pro masivní dlouhodobé agresivní projevy nebo akutní projev nezvládnutelné agrese, lze

využít i možností farmakoterapie.

Höschl se spoluautory (2004) uvádí, že farmakologická kontrola agrese je zčásti založena na výzkumech serotoninergního systému. Některé léky (typu SSRI) zvyšují hladinu serotoninu v organismu. Jsou používány především k léčbě depresivních stavů, ale ukazuje se, že působí dobře i jako prostředek ke snížení nepřátelských pocitů, k navození příjemných stavů, a tím i ke snížení nadměrné agresivity. SSRI, zejména fluoxetin, snižují neagresivní impulzivní chování i impulzivní agresi u osob s různými poruchami osobnosti. K akutnímu zklidnění lze podle autora s dobrým efektem použít léky ze skupiny benzodiazepinů. Jejich použití má však svá omezení zejména u poruch osobnosti, neboť déle trvající léčba je kontraindikována vzhledem k návykovému potenciálu.

Agrese je však příznakem mnoha stavů, které je třeba dobře odlišit a diagnostikovat, protože je správné léčit příčinu (nemoc), nikoliv agresivitu (příznak). Proto bychom např. u psychózy (která se ve věznicích, a zejména u odsouzených uživatelů drog snadno může objevit) neléčili agresivní projevy, ale samotnou psychózu pomocí, a to pomocí antipsychotik (Risperdal, Zyprexa). Podobně při agresivních projevech následkem kraniocerebrálního poranění (např. při nějaké „mimořádné události“ s následkem úrazu) je nutné zaměřit se především na léčbu samotného poranění. Agresivní projevy můžeme rovněž pozorovat při konzumaci drog či alkoholu v rámci odvykacího syndromu nebo zejména při intoxikaci, dále ze somatických chorob např. při CMP, frontotemporální demenci, infarktu myokardu a při dalších stavech. Při diagnostikované depresi použijeme při agresivitě antidepresiva (agresi u deprentů dobře ovlivňuje např. Asentra, Lithium a další. Podrobnosti o léčbě uvádíme v kapitole **3.5.5 Terapie deprese**.

Prvotní je tedy vždy *léčit* vyvolávající stav agresivních projevů. Léčba samotného projevu je druhotná.

3.4.6 Agresivita u uživatelů drog

Dle Smolíka (2002), nebo Höschla a spoluautorů (2004) je možné pozorovat agresivitu jako jeden z častých projevů intoxikace alkoholem, sedativy a hypnotiky, také kokainem, stimulancii a organickými rozpouštědly. Rovněž u odvykacích projevů můžeme často pozorovat agresivitu. Abstinenční syndrom u opiátů vede ke zvýšené iritabilitě, jež může být spojena s agresi.

Zde však mluvíme o agresivitě v přímé souvislosti s abúzem drog, nicméně v praxi se ukazuje, že u většiny dlouhodobých uživatelů drog se často můžeme setkat s obecně zvýšenou pohotovostí k agresivnímu jednání i v době, kdy nejsou pod vlivem látky nebo při odvykací fázi. Je pravděpodobné, že již sám fakt užívání drogy je dán nějakou změnou v osobnosti abuzéra ve smyslu menších zábrán a nižší míry volní seberegulace, která může vést k agresivnímu jednání stejně tak, jako k snadnému užití drogy. Příčina a následek zde patrně bude v kruhové kauzalitě, kdy užívání drogy vede ke změnám v osobnostní struktuře a naopak osobnostní predispozice usnadňuje abúzus. Agresivní projevy u poruch osobnosti pak jsou častým projevem, jak uvádí Smolík (2002), nebo Höschl (2004).

3.4.7 Agrese a agresivita ve věznicích

Agresivní chování se často vyskytuje v náročných životních situacích, daných vývojovou periodou (puberta), ale i v zátěžových situacích, jako při uvěznění. Agresivní chování pak nemusí být jen projevem samotného útoku či obrany, ale jak uvádí Poněšický (2004), může také zintenzivnět vnímání a cítění sebe sama, poskytnout pocit síly, vlastní identity. Agresivní chování také poskytuje i kontakt; narážením na okolí, potyčkami s lidmi je zesílen pocit vlastního sebevnímání. V této souvislosti je třeba zmínit i sebepoškozování, jehož cílem bývá zesílení sebecítění.

Zdá se tedy, že problém příčiny agrese a agresivity v penitenciárním prostředí je složitější, než se na první pohled jeví. Navíc podle zjištění Netíka a spoluautorů (1997) agresivita zpravidla nebývá u odsouzených rysem povahovým, pokud se nejedná o tzv. chladné agresory. Nepotvrzují to ani osobnostní testy, ani analýza jejich chování. Autor uvádí, že z tohoto hlediska se pojem agresivity – alespoň z forenzně psychologického hlediska – jeví spíše jako zavádějící.

Agresivní chování u pachatelů bývá podle Netíka a spoluautorů (1997) dvojí povahy a ve svém rozdělení (viz dále) se vlastně shoduje např. s Čermákovým rozdělením agrese (Čermák, 1998) na agresi emocionální a instrumentální.

Netík a spoluautoři (1997) uvádí, že prvním typem penitenciární agrese ze strany odsouzených je agrese neřízená, neplánovitá, reaktivní (tedy situační - na pozadí nějakého konfliktu), kdy bývá přítomen i silný emoční doprovod. Agrese se stává cílem chování. V osobnosti pachatelů lze nalézt afektivní labilitu, explozivitu, poruchy regulace chování, na-

růstající neurotizaci, masivní vnitřní napětí a specifickou vazbu na oběť a životní podmínky. Naopak – jde-li o řízené, plánovité agresivní chování bez emočního doprovodu, kdy agrese slouží jako prostředek k dosažení cíle (chladná agrese), bývá tato agrese podmíněna převážně osobnostně. Autoři pak osobnost pachatele charakterizují jako bezohlednou, s nízkou inhibicí – nezdrženlivou, egocentrickou, se sklonem k porušování norem a pravidel, bez schopnosti empatie.

West (1963) u recidivistů zjišťuje, že u plných 36% z nich se dá prokázat výrazná agresivita, a to bez rozdílu, zda jde o pachatele násilné nebo majetkové trestné činnosti. Naproti tomu Netík (1997) uvádí, že agresivita u odsouzených bývá zachycena pomocí psychologických testů u pachatelů majetkové trestné činnosti častěji, než u pachatelů násilných trestných činů. Opírá se přitom o četné výzkumy, stejně jako Kuchta (2005), který jeho tvrzení v podstatě potvrzuje a uvádí, že pachatelé majetkově trestné činnosti vykazují vyšší míru agresivity, než pachatelé úmyslného usmrcení. Vysvětluje to tím, že uvedení pachatelé užívají agresi jako způsob řešení problémů (a proto jsou agresivní) a nikoliv naopak, tedy že by byli agresivní a proto užívali agresi, jak se často domníváme.

3.5 Deprese a depresivita

Křivohlavý (2003) uvádí, že depresivní porucha je jednou z nejrozšířenějších nemocí na celém světě. Prevalence deprese podle Smolíka (2002) nesouvisí ani s etnickým původem, ani se vzděláním, příjmem nebo manželstvím. Liší se však genderově: autor odhaduje prevalenci deprese na 5-9% u žen a na 2-3% u mužů. Tentýž zdroj pak udává, že existují i studie prokazující celkovou prevalenci od 9 do 20%, přičemž celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy je u žen 10-25% a u mužů 5-12%.

Je pravděpodobné, že **mezi odsouzenými** je tento výskyt ještě daleko vyšší, neboť - jak uvádí Němec (1993), Netík (1997) a Putwain a Sammons (2002), **uvěznění má velký vliv na psychiku odsouzeného**, může vést až k tzv. šoku z uvěznění a **deprese se u odsouzených při výkonu trestu objevuje velmi často**. Žádný z autorů však neuvádí prevalenci deprese ve věznicích.

3.5.1 Vymezení pojmu deprese, depresivita a pojmů blízkých

Pojem deprese nemá v současné době přesně ohraničený význam a obsah a dá se chápat různými způsoby. Pod pojmem deprese totiž bývá označováno široké kontinuum stavů od fyziologické varianty nálady až po psychopatologický stav.

Zvolský (1996) jednoduše vymezuje pojem deprese ve smyslu psychopatologického stavu tak, že jej přirovnává ke smutku, od kterého se depresivní patická nálada liší svou intenzitou, trváním a nezávislostí svého vzniku na psychogenních faktorech.

Podle Höschla a spoluautorů (2004) je deprese stav charakterizovaný smutkem, beznadějí, pocity viny, vlastní špatnosti, insuficience, hypochondrickým zaměřením, somatickými a vegetativními obtížemi. Jinde Höschl (1997) charakterizuje patologicky pokleslou náladu od běžného smutku zejména intenzitou, délkou trvání, nízkou odklonitelností, tím, že vzniká bez podnětu či je podnět nedostačující, resp. neadekvátní a tím, že ovlivňuje ostatní duševní děje.

Mentzos (2005) upozorňuje ještě na jeden aspekt odlišnosti běžného smutku od patologické deprese: při smutku není narušena sebeúcta.

Praško (1998) odlišuje depresivní emoce (smutnou náladu, plačtivost, úzkost, podrážděnost a sebelítost) od depresivního chování (uzavírání se do sebe, nesoustředěnost, zpomalenost, event. až i suic. pokusy) a ještě dále od depresivních tělesných pocitů a vegetativních příznaků (malátnost, svalová hypotonie, pocit tíhy v těle, třes rukou, pocení, tachykardie či sexuální poruchy). Pojmem *depresivita* pak lze označit míru pozorovatelných vnějších projevů depresivního ladění, tedy depresivní chování podle Praška (1998).

Dobiáš (1984) pak ještě připomíná spíše historický výraz pro depresi, a to melancholie, který byl spíše dříve spojován s těžkou depresí, při které se můžeme setkat i s psychotickými příznaky (bludy, sluchové halucinace). Melancholická nálada se pak podle Dobiáše vyznačuje sklíčeností, zamlklostí, pláčem a zpomalením psychických funkcí.

Říčan a spoluautoři (1997) upozorňuje, že tendence ke kolísání nálad je typická pro období puberty a adolescence. Současně však připomíná, že dospívající jsou též velmi rizikovou skupinou pro vznik patologické deprese včetně následného značného rizika abúzu alkoholu, drog, promiskuity či suicidálního chování jako důsledků poruchy nálady.

3.5.2 Druhy deprese

Kadlecová (1983) odděluje depresi jako samostatné onemocnění od deprese ve smyslu příznaku jiné nemoci. Deprese pak tedy může být primární, resp. sekundární při různých somatických (revmatická artritida) či duševních (schizofrenie) onemocněních. Depresi jako samostatné onemocnění pak podmiňuje charakteristickým klinickým obrazem, průběhem, odpovědí na terapii, určitým biologickým a biochemickým korelátům.

Angold (1988a) rozlišuje dokonce 8 různých obsahů pojmu deprese, a to deprese jako projev běžného kolísání nálady ve smyslu dysforie, deprese jako přiměřená fyziologická reakce v nějaké nepříznivé situaci, deprese jako stálý povahový rys ve smyslu depresivní poruchy osobnosti dle DSM VI, deprese jako symptom (patická, depresivní nálada), deprese jako syndrom (tj. skupina symptomů společně se vyskytující), deprese jako samostatná choroba a deprese jako hendikep znemožňující běžný způsob života.

Depresivní poruchu je možné následně zařadit do některé z diagnóz tak, jak je nabízí MKN 10²:

F32: **Depresivní fáze:** tehdy, objeví-li se depresivní porucha u jedince poprvé.

F33: **Rekurentní (periodická) depresivní porucha:** opakovaná depresivní porucha.

F31: **Bipolární afektivní porucha:** střídají-li se epizody deprese s epizodami mánie.

F34: Jde-li o poruchu nálady, která trvá dva roky a déle, zvažujeme **cyklotymii** (střídání nálad) nebo **dystymii** (pokles nálady bez epizod elevované nálady.).

F38: **Smíšená afektivní epizoda:** jsou-li současně depresivní i manické příznaky

At' už pod pojmem deprese rozumíme syndrom, symptom, samostatnou nozologickou jednotku, nebo jen běžnou odezvu na duševní utrpení v podobě fyziologického smutku, vždy se jedná o závažný psychický stav s možnými dalšími fyzickými i psychickými následky, který může vyústit v život ohrožující jednání a proto je vždy nutné se takovou poruchou nálady zabývat.

²**Pozn:** Jednotlivá kritéria MKN uvádí např. Smolík (2002)

3.5.3 Příčiny deprese

O příčinách vzniku deprese uvádí jednotliví autoři řadu hypotéz. Obecně je můžeme rozdělit na psychosociální a biologické. Žádnou z těchto teorií nelze jako příčinu vzniku deprese u odsouzených vyloučit.

Psychosociální příčiny

- **Hypotéza zranitelnosti:** Praško a Prašková (1990) přinášejí Perrisovu hypotézu zranitelnosti, kdy autor říká, že čím je jedinec zranitelnější, tím menší množství externích událostí vyvolá depresivní onemocnění. Význam událostí tedy subjektivně roste se zranitelností jedince. V zátěži pak snadněji vzniká nemoc. Mezi zátěžové situace patří např. určité generační období, stres, životní událost apod. S touto hypotézou je nutno souhlasit - uvěznění je pochopitelně významným stresem.
- **Psychoanalytická teorie** podle Praška a Praškové (1990) vysvětluje vznik deprese na základě ztráty (byť imaginární) milovaného objektu v orální fázi vývoje při porušení vztahu mezi matkou a dítětem. Týká se věku do 1,5 roku věku. U odsouzených můžeme běžně najít významnou rodinnou psychopatologii.
- **Kognitivní teorie** podle Praška a Praškové (1990) vidí příčinu vzniku deprese v tzv. kognitivní triádě (negativní vnímání sebe sama, světa a budoucnosti) a tedy v nepřiměřeném kognitivním zpracování zkušenosti.
- **Behaviorální teorie** podle Praška a Praškové (1990) je založena na předpokladu, že depresi způsobuje nesprávné nebo nedostatečné pozitivní posilování, na které byla osoba zvyklá a náhle se jí ho nedostává.
- **Interpersonální přístup chápe depresi jako následek** porušení interakčních sekvencí s blízkou osobou, což vede k nespecifické aktivaci (Praško, Prašková, 1990). Tato aktivace se vlivem společenských rituálů změní ve smutek.
- **Model sebekontroly** dle Wellera a spoulaautorů (1996) vychází z předpokladu, že deprezentí nemají dostatek sebehodnoty, náhledu na sebe a sebestvrzení. Osobní úspěchy přisuzují svému okolí a své neúspěchy sobě samým.
- **Somatické onemocnění** se často vyskytuje společně s depresí. Tělesná porucha se může prezentovat psychiatrickou symptomatikou a deprese může zpětně podmiňovat

somatické onemocnění, jak potvrzuje i **Vinař** (2009). Dle **Cohena** (2002) se prevalence vzniku deprese u somaticky nemocných pohybuje až okolo 50%! **Faldyna** (2009) odhaduje komorbiditu deprese u somatických onemocnění následovně: u pacientů po CMP na 10-27%, u Parkinsonovy choroby až 50%, po IM 40-45%, u nádorových onemocnění 25%. **Brown** (1992) zjišťuje, že nad 30% pacientů hospitalizovaných na somatických odděleních trpí současně duševní chorobou, ale jen 1-2% z nich je vyšetřeno psychiatrem. Jaká je přesně etiologie komorbidity, to zatím není zcela patrné, můžeme však zvažovat působení somatické nemoci jako stresogenu. Nelze však vyloučit ani biologické spolupůsobení nemoci a tím se již dostáváme na pomezí obou skupin hypotéz. Z praxe je zřejmé, že nemocnost u odsouzených, a zejména u odsouzených toxikomanů, je vysoká (žloutenky, HIV, cirhóza jater atd.).

Biologické příčiny

Anders (2005a) zvažuje jako příčinu deprese genetické faktory, účinky stresu, imunoendokrinní změny na ose hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvin, uvolňování cytokinů či neurochemické příčiny (poruchy synapsí a tím i přenosu signálů na nervové úrovni). Dále udává, že nálada a její poruchy jsou závislé na jednotlivých anatomických útvarech v mozku a na jejich funkcích a vzájemném propojení. Mezi tyto části patří zejména talamus, limbický systém, amygdala, hypokampus a prefrontální kůra. Významný vliv má i vegetativní nervový systém a zejména hypotalamus, který řídí doprovodné tělesné projevy spojené se změnou nálad (tlak, pulz, pocení).

Höschl (2002) považuje za prokázané, že významnou roli při vzniku deprese hraje dědičnost, nicméně způsob přenosu a konkrétní podoba přenášeného defektu se zatím nepodařila prokázat. Anders (2005a) pak udává pravděpodobnost vzniku depresivní poruchy při postižení jednoho rodiče 10-13%.

Smolík (1996) upozorňuje na abnormity EEG u většiny deprezentů, kauzalita však zatím zůstává otevřená.

Uhrová (2005) upozorňuje na látky, které mohou vyvolat depresi. Řadí mezi ně mnoho léků (antikonvulziva, cytostatika, antihistaminika, diuretika, inhibitory cholinesterázy, inhibitory prostaglandinů, centrálně působící antihypertenziva, indometacin), steroidy či psychoaktivní látky (alkohol, opioidy, kokain, amfetaminy, halucinogeny, inhalační látky, fency-

klidin, sedativa, hyponotika).

Janík (1989) uvádí několik teorií o nedostatku některých neurotransmiterů (katecholaminová či serotoninová teorie), o jejich nesprávném poměru (hypotéza o poměru noradrenalinu a serotoninu, resp. acetylcholinu).

Weller (1996) pak přináší ještě novější teorii **dexamethasonové suprese (DST)**, kdy je podáním dexamethazonu u deprezentů zjištěno zvýšení hladin adrenokortikotropního hormonu a kortizolu, což je přesně naopak, než u zdravých lidí. Vedle toho sledoval též souvislost hladiny růstového hormonu a deprese u dětí a zjistil, že depresivní děti trpí hyposekrecí tohoto hormonu.

3.5.4 Penitenciární diagnostika deprese

Diagnostika deprese v penitenciárním prostředí není běžná. Odsouzení si zpravidla neuvědomují, že se jedná o příznaky deprese a lékař u nich tyto příznaky nehledá. Někteří odsouzení se za příznaky deprese stydí a vnímají depresi jako slabost. Proto ji nepřiznají. K diagnostice deprese u odsouzených lze použít postupy běžné i extramurálně.

Screening deprese

Screening deprese ve věznicí by měl zvládnout praktický lékař. Jak uvádí Raboch a Laňková (2008) v doporučení pro praktické lékaře, diagnostika je relativně snadná, pokud na depresivní poruchu myslíme.

Na možnost deprese má lékaře upozornit již typická symptomatologie duševní i tělesná, přestože ne každý člověk v depresi prožívá všechny tyto pocity. A každý občas pocítí některý z nich, jak připomíná Maloney a Kranzová (1996). Smolík (2002) předkládá spektrum možných příznaků. Jsou to: pocity únavy, apatie, nedostatek energie, změny chuti k jídlu oběma směry, úbytek libida, nedostatek radosti z věcí, které dříve přinášely potěšení, například sport, filmy, čas strávený s přáteli, pocit *prázdne hlavy*, častý nebo stálý pocit beznaděje nebo zoufalství, emoční labilita, cefalea, pocit izolace a neporozumění ze strany okolí, ztráta zájmu o vnější vzhled nebo naopak až přehnaný zájem o fyzický vzhled, poruchy spánku oběma směry, neschopnost představit si jiné pocity, přemýšlení o smrti, např. představy, jaký klid může smrt přinést, nebo úvahy, jak každý bude truchlit, jakmile příslušná osoba zemře. Češková (2001) udává, že úvahy o sebevraždě se vyskytují asi u 2/3 depresivních pacientů.

Raboch a Laňková (2008) připomínají, že při opakovaných návštěvách pacienta v ordinaci s polymorfními nebo nespecifickými obtížemi, by měla být zvážena diagnóza deprese jako základní nemoci nebo komorbidity. Autoři dále zdůrazňují, že pro diagnostiku poruch nálady je důležitý pohovor a pozorování, kdy je důležité se vyptat zejména na charakter a délku trvání příznaků, jaká je pracovní výkonnost, psychomotorické tempo, míra soustředění, změny hmotnosti atd. Mezi rizikové faktory, které by nás měly na možnost deprese upozornit, patří chronická stresová zátěž nebo nedávná tragická či nepříjemná událost a nedostatek sociální podpory (smrt v rodině, ztráta/změna zaměstnání, rozvod, domácí násilí apod.), předchozí výskyt depresivní epizody, výskyt depresivní nebo bipolární poruchy v rodinné anamnéze či medikace s rizikem indukce deprese.

Na rozdíl od somatických onemocnění nemáme zatím žádná objektivní kritéria deprese (např. laboratorní nálezy). Při podezření na možnost deprese však je možné podle Rabocha a Laňkové (2008) ke screeningu použít originální českou techniku, a to dvouotázkový dotazník PRIME MD2, který je zaměřen na dva hlavní příznaky deprese – pokles nálady a ztrátu zájmů. Dotazník se vztahuje k období právě uplynulého měsíce. Ač autoři mluví o „otázkách“, jde spíše o dvě tvrzení, která zjevně vycházejí z kritérií MKN 10 pro depresi (např. Smolík, 2002). Výsledek testu je pozitivní, byla-li alespoň jedna otázka pacientem zodpovězena kladně. Lékař by při tomto nálezu měl pokračovat v diagnostice deprese. Dotazník je možno použít buď ve formě předtištěného formuláře, nebo jej modifikovat do formy otázek v přímém rozhovoru s pacientem.

Podle Rabocha a Laňkové (2008) při stanovení diagnózy posuzujeme závažnost deprese (např. dotazník PHQ-9³), přítomnost tzv. *somatického syndromu*, event. přítomnost psychotických příznaků v anamnéze, riziko suicidia a opakování epizod.

Somatický syndrom, nebo také *sickness behaviour* popisuje např. Večeřová (2006). Podle autorky je jeho součástí anorexie, anhedonie, poruchy kognice a paměti, ztráta libida a poruchy spánku.

K suicidálnímu riziku Beer (2005) připomíná, že za velmi rizikové období se považuje přechodné zdánlivé zlepšení psychického stavu pacienta, aniž by byly vyřešeny příčiny

³ **Pozn:** Znění dotazníku PHQ-9 je uvedeno v příloze P2.

obtíží a kdy pacient není ochoten mluvit o suicidálních myšlenkách. Za rizikového pacienta z hlediska suicidia pak uvádí jakýsi „prototyp“ charakterizovaný následujícími vlastnostmi: muž, starší, svobodný, žijící osaměle, sociálně izolovaný, který již má sebepoškození nebo suicidiální pokus v anamnéze; s poruchami spánku ve smyslu plus i minus, zanedbaný, udávající zhoršení paměti, tenzní, s pocity viny, s beznadějnou budoucností a těžkou depresí.

Podrobné cílené vyšetření

Pokud screening ukáže na pravděpodobný výskyt deprese, k podrobnému vyšetření (event. s možností kvantifikace) pak je k dispozici celá řada dalších specializovaných dotazníků a škál sebesuzovacích, z nichž některé může zadávat lékař, jiné pouze psycholog. Nicméně jak lékař, tak psycholog je ve věznici k dispozici, případně při nejasnostech lze ještě konzultovat pacienta s psychiatrem, který bývá zpravidla dostupný na požádání, případně je k němu možné odsouzeného odvézt na nejbližší polikliniku.

Z diagnostických metod lze k diagnostice deprese využít dotazníky nebo projektivní techniky. Z dotazníků to může být např.:

- **BDI (Beckova sebesuzovací stupnice deprese)**, která je vhodná podle Praška (1995) též ke sledování dynamiky nemoci; **CES-D**, který je jak uvádí Křivohlavý (2003) velmi krátký a snadný k vyhodnocení, **DDF (Diferenciální dotazník deprese)**, což je sebesuzovací škála s větším množstvím tvrzení a hodí se již spíše, jak uvádí Steck (2008) pro podrobnější vyšetření, např. na určování variant syndromů v průřezovém pozorování, na určení stupně závažnosti deprese, (screening), ale i na zjišťování změn v průběhu farmakoterapie nebo psychoterapie. Dále lze použít např. **HAMD (Hamiltonova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese)**, na které, jak uvádí Hedlung a Vieweg (1979) hodnotí lékař objektivní a anamnestická data, jako je agitovnost, suicidalita, poruchy spánku a další tělesné příznaky. **MADRS (stupnice Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese)** je podle Montgomeryho a Asbergové (1979) technika podobná předchozí (HAMD). **SDS (Zungova sebesuzovací stupnice deprese)** je z dalších sebesuzovacích škál, která má relativně jednoduché vyhodnocení, jak uvádí Laňková (2004). Pro starší vězně by bylo možné užít i **GDS (Geriatrická škála deprese)**.

Většina těchto dotazníků je běžně k dispozici a distribuují je též farmaceutické firmy

zdarma, tzn. pro vězeňského lékaře jsou volně dostupné, takže rozpočet vězeňské služby jejich pořízení nijak nezatíží.

Kromě toho se depresivita dá zaznamenat i dalšími technikami zaměřenými na vyšetření osobnosti včetně technik projektivních, např. **CAE (Chromatický asociační experiment)**, který je podrobněji popsán v druhé části této práce), **MMPI (Minnesotský dotazník)**, **ROR (Rorschachův test)**, **TAT (Tematický apercepční test)** nebo i **Nedokončené věty**. Popis těchto jednotlivých technik ve vztahu k depresi přesahuje rámec této kapitoly. Tyto techniky však mají omezení v tom, že je může používat pouze psycholog, nikoliv lékař. Vězeňský psycholog je limitován technikami, které vlastní, které umí a které mu je věznice ochotna zaplatit.

Projevy deprese můžeme jako vedlejší produkt vyšetření zaznamenat i v dalších technikách, primárně určených pro vyšetření např. intelektu (**WAIS-R, WAIS-III, WISC-III**), kde zaznameneáme zpomalené psychomotorické tempo, nepozornost apod. Tato vyšetření se ale ve věznicích běžně neprovádějí.

Jak uvádí Janíček a Höschl (2004), existují i objektivní přístrojové metody k zaznamenání deprese. Příkladem může být PET (pozitronová emisní tomografie), která pomocí radioaktivně značené látky (glukózy aj.) umožňuje pomocí PET kamery vizualizaci činnosti mozku. Aktivní tkáň je více prokrvená (vliv úkolu, halucinace apod.) a více vychytává buňkami glukózu, což PET zaznamená jako „rozsvícené“ místo tkáně. Jde však o techniku běžnému užití zatím málo dostupnou a spíše experimentální.

Další diagnostické upřesnění deprese: MKN 10

Každý vězeňský lékař je povinen řídit se systémem Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10). Poruchy nálady v něm jsou řazeny pod položky začínající F3x. Systém zahrnuje manickou fázi, bipolární poruchu, depresivní fázi, periodickou depresivní poruchu, trvalou poruchu s bludy a jiné poruchy nálady.

Jak uvádí Smolík (2002), MKN 10 přináší kritéria ke stanovení deprese, která vězeňskému lékaři pomáhají současně určit její hloubku podle množství splněných hlavních a vedlejších příznaků. Abychom mohli mluvit o depresi, mají obtíže trvat alespoň 2 týdny a musí splňovat některá z následujících kritérií:

Hlavní příznaky:

1. depresivní nálada,
2. pokles zájmu nebo potěšení při příjemných aktivitách
3. pokles energie nebo zvýšená unavitelnost

Vedlejší příznaky:

1. Ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty
2. Výčitky a pocity viny
3. Opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu
4. Snížená schopnost myslet nebo soustředit se, nerozhodnost, váhavost
5. Změny PMT: Agitovanost nebo zpomalení (subj. nebo objektivně)
6. Poruchy spánku jakéhokoliv typu
7. Změna chuti k jídlu (zvýšení či snížení) s odpovídající změnou hmotnosti

Závažnost deprese se pak stanoví následovně - podle splnění hlavních a vedlejších příznaků: Jsou-li splněny 2+2 nebo 3+1 příznak, jde o mírnou depresi. Při splnění 2+4 nebo 3+3 příznaků jde o středně těžkou depresi a při splnění 3+5 a více příznaků jde o těžkou depresi.

Depresivní poruchu je možné následně zařadit do některé z diagnóz F31-F38 tak, jak je nabízí MKN 10⁴.

Diferenciální diagnostika depresivního syndromu:

Vězeňský lékař by měl umět odlišit depresi od **somatických stavů**, které ji mohou napodobovat. Raboch s Laňkovou (2008) doporučují provést fyzikální vyšetření minimálně zaměřené na udávané somatické příznaky k vyloučení jiných příčin obtíží, než je deprese. Podle autorů je nutné vyloučit somatické příčiny únavy. Tak např. vyšetření krevního obrazu vyloučí anémii, vyšetření CRP nebo FW vyloučí zánět nebo onkologické onemocnění, základní biochemické vyšetření séra a moče vyloučí chronické onemocnění, vyšetření hladin hormonu TSH vyloučí hypotyreózu.

K odlišení **depresivního syndromu navozenému psychoaktivními látkami a léky** slouží důkladná anamnéza a případně testy prokazující přítomnost těchto látek v těle.

⁴ **Pozn:** Jednotlivá kritéria MKN uvádí např. Smolík (2002)

Raboch s Laňkovou (2008) ve shodě se Smolíkem (2002) dále ještě upozorňují na možnost záměny **demence** a **depressivní pseudodemence**, na **fyziologický smutek** (který je méně intenzivní, nebrání adaptaci na běžnou životní zátěž, má zjevnou příčinu, doba do odeznění se udává mezi 6 a 12 měsíci), případně **depresi u jiného psychického onemocnění** (např. schizoafektivní psychóza).

Dle Češkové (2001) je do tohoto výčtu nutné zařadit i možnost záměny deprese s projevem některé z **poruch osobnosti**, zejména **hraniční**, kdy můžeme vidět obraz rychle se měnící a na zevní podněty reagující dysforie. Jak již bylo zmíněno, ve věznici je nakumulováno velké množství poruch osobnosti.

Nesmíme však zapomenout také na možnost záměny deprese s poruchou přizpůsobení, která je však ve své intenzitě slabší a nesplňuje kritéria deprese dle MKN-10.

3.5.5 Terapie deprese

Cílem terapie je dosažení remise (tedy alespoň zmírnění příznaků, v lepším případě odstranění příznaků) a snížení rizika relapsu (znovuvzplanutí v období remise) či recidivy. Formy terapie, které jsou prokázány jako účinné popisují v následujícím přehledu. Z historického hlediska je můžeme rozdělit na nefarmakologické a farmakologické, resp. např. podle Anderse (2005b) na biologické a nebiologické, kdy pod pojmem **biologická terapie** rozumí **terapii farmakologickou** (antidepresiva, event. v kombinaci s hypnotiky, anxiolytiky, thymoprofylaktiky, antipsychotiky) a **nefarmakologickou terapii** (EKT, TMS, fototerapie). **Nebiologickou terapii** rozděluje na **specifickou a podpůrnou psychoterapii a psychoedukaci**.

Konkrétní formu léčby volí vězeňský lékař nebo konzultující psychiatr podle více faktorů. Jeho rozhodnutí závisí na fázi onemocnění, jeho tíži, recidivě, rezistenci na některý druh léčby, na dostupnosti a snášenlivosti jednotlivých typů léčby a jistě i na osobních preferencích lékaře či terapeuta a pacienta. V poslední době se však s oblibou kombinuje psychoterapie a farmakoterapie (následně či paralelně) a předpokládá se, že tato kombinace je účinnější, než samostatná farmakoterapie či samostatná psychoterapie, neboť účinky obojího se potencují: *„Kombinace psychoterapie a medikamentózní léčby by měla být zvážena u pacientů, kteří léčebně nedostatečně odpověděli na samotnou léčbu antidepresivy nebo na samotnou psychoterapii. (...) Studie posledních let potvrzují, že nejlepších léčebných výsledků u deprese*

je dosahováno při kombinaci farmakoterapie a psychoterapie“ (Raboch, Laňková, 2008, s. 5).

Vězeňský lékař nebo psychiatr by měl dobře umět rozlišit jednotlivé fáze onemocnění tak, jak je popsal Anders (2005b), který rozděluje léčbu do 3 fází, protože i fáze onemocnění je faktorem, který určuje způsob léčby:

- **akutní fáze** (6-12 týdnů), je zaměřena na úpravu symptomů.
- **pokračovací fáze** (4-9 měsíců), je zaměřena na prevenci relapsů.
- **udržovací fáze** (rok, event. až doživotně), je zaměřená na prevenci recidiv.

Psychoterapie

Jak uvádí Raboch s Laňkovou (2008), je-li zaměřena přímo na léčbu deprese, jde o krátkodobé systematické postupy, při nichž léčba trvá 12–16 týdnů. Autoři pak předkládají některé psychoterapeutické směry, které jsou podloženy důkazy o efektivitě při léčbě deprese: *„Interpersonální (IPT), kognitivně-behaviorální (KBT) a krátká dynamická PT – jsou u většiny pacientů v akutní fázi léčby mírné a středně těžké deprese srovnatelně účinné jako farmakoterapie. Měly by být rovnocenně zvažovány při první volbě léčby, zejména pak u pacientů, kteří tento druh léčby upřednostňují. Není-li znatelné žádné zlepšení po 6–8 týdnech léčby nebo není-li dosaženo remise do 12 týdnů, je doporučeno nasazení antidepresiv“ (Raboch, Laňková, 2008, s. 5).*

Anders (2005b) doporučuje jako metodu první volby při léčbě deprese KBT nebo IPT, jako metodu druhé volby behaviorální terapii (často v rámci KBT) a jako metodu třetí volby krátkodobou dynamickou terapii.

KBT se podle Kurzové a spoluautorů (2003) zaměřuje na chování pacienta včetně jeho myšlenkové přípravy. Základní tezí KBT je, že změnou myšlení je možné navodit změnu chování. Cílem je zjistit a systematicky přebudovat nesprávné kognitivní vzorce pacienta, tj. narušit bludný kruh (např. negativní pojetí sebe sama, světa...) a naučit ho přiřazovat situacím jiný význam.

IPT, jak uvádí Rahn a Mahnkopf (2000) je cíleně zaměřená na změnu mezilidských vztahů. V tomto přístupu se zpracovávají typické interpersonální problémy spojené s konkrétním onemocněním, tedy s depresí. Je koncipovaná jako krátkodobá léčba. Pro terapii depresí

je podle autora IPT používána od r. 1985 a pro tyto účely vypracoval postupy G. Klerman a B. Weissman.

Farmakoterapie

Malá (2002) vyzdvihuje fakt, že antidepresiva kladně ovlivňují patickou náladu, zvyšují dynamogenii, upravují spánek, tenzi a negativní myšlení. Ve farmakoterapii deprese se uplatňují jednotlivé skupiny antidepresiv, které vznikaly postupně a které se liší svým účinkem a vlastnostmi. Farmakoterapie ve věznicích se provádí spíše výjimečně, spektrum léků pak kopíruje spektrum léků používaných při léčbě deprese extramurálně.

Raboch a Laňková (2008) přináší v přehledu hlavní účinky jednotlivých skupin léků používaných k léčbě deprese, a to podle jejich působení na mediátory. Podle autora lze z antidepresiv použít skupinu **TCA** (antidepresiva tricyklická: amitriptylin, nortriptylin, kломipramin atd.), která působí nepříliš selektivně na zpětné vychytávání noradrenalinu, dopaminu a serotoninu a která jsou podle Floriána (1998) používána v léčbě deprese již od r. 1957. Přestože mají časté nežádoucí účinky, nejsou návyková a jsou velmi účinná a i v dnešní době mají svou platnost. **SSRI** (selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu) jsou moderní skupinou tzv. třetí generace antidepresiv a - jak uvádí Raboch a Laňková (2008), vyznačují se dobrou snášenlivostí a bezpečností, malým rizikem předávkování, nízkým počtem lékových interakcí a jednoduchostí podání, pro kterou jsou dnes skupinou léků první volby. **SARI** (serotoninové antagonisté a blokátory zpětného vychytávání serotoninu: nefazodon, trazodon, např. Trittico) mají kromě antidepresivního účinku i velmi dobré anxiolytické vlastnosti. Pro užití ve věznicích, kde je velké riziko zneužití návykových látek a kde si odsouzení často stěžují podle mých zkušeností na poruchy spánku, je tato skupina velmi vhodná, neboť, jak uvádí Raboch a Laňková (2008): „...vzhledem k sedativním vlastnostem a příznivému vlivu na spánkovou architekturu jsou užívány i jako hypnotikum, a to hlavně tam, kde je užití benzodiazepinových hypnotik riskantní“ (Raboch, Laňková, 2008, s. 7). Podobně podle stejných autorů na poruchy spánku účinkují **NASSA** (noradrenergní a specifické serotonergní antidepresivum, např. Mirtazapin), tzv. 4 generace antidepresiv. Při výskytu deprese současně s anxiétou a tenzí lze využít **MAO** (inhibitory monoaminové oxidázy: fenelzin a tranylcypromin), které však, jak uvádí Křivohlavý (1997), nejsou pro některé nežádoucí účinky předepisovány příliš často. Z dalších skupin antidepresiv lze použít **SNRI** (blokátory zpětného vychytávání seroto-

ninu a noradrenalinu), **NARI** (blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu: reboxetin), **NDRI** (blokátory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu: bupropion), **SRE** (stimulátory zpětného vychytávání serotoninu: tianeptin) nebo i galenika (třezalka tečkovaná), jejíž účinek je s antidepresivy srovnatelný, jak potvrzuje Raboch a Laňková (2008).

Další možnosti léčby deprese

K biologické nefarmakologické terapii deprese se dá použít i několik dalších metod, které mají však pro prostředí věznice velmi omezené použití, proto se o nich zmíním jen okrajově. Pro podrobnější informace odkazuji na jednotlivé autory.

Jak uvádí **Tuček** (2002), antidepresivní účinek má též **TMS** (transkraniální magnetická stimulace), která používá k ovlivnění mozkové aktivity silné magnetické pole.

Styx (2003) popisuje, že jednodenní spánková deprivace má krátkodobý euforizující účinek.

Fototerapie se dle Praška (1995), ale i jiných autorů používá u pacientů se sezónní depresí (deprese typicky v zimním období). Aplikací světla se spektrem podobným slunečnímu záření harmonizují biorytmy a upravuje vylučování hormonů. Světlo se aplikuje po dobu 1-3 týdny po dobu dvě hodiny denně v ranních hodinách.

Janíček a Höschl (2004) pak připomínají při léčbě těžkých depresí renesanci elektrokonvulzivní terapie (EKT) v posledních letech. Uvádějí, že po EKT se v mozku odehraje prakticky totéž jako při léčbě antidepresivy, ale účinek na molekulární úrovni nastupuje rychleji. Princip je stejný jako u kardioverze. Indikací EKT je těžká, na antidepresiva nereagující deprese. EKT se aplikuje v celkovém počtu 10 aplikací s frekvencí 2-3x týdně. Drobné poruchy paměti, které bývají následně zaznamenány, zpravidla spontánně vymizí.

3.5.6 Deprese u uživatelů drog

Zdá se, že vznik a vývoj deprese a abúzus drog mohou navzájem střídavě fungovat jako příčina a následek.

Jak uvádí Miovský (2003), následkem užívání drog včetně konopí může dojít u predisponovaných osob k rozvoji ve velmi intenzivních, hlubokých stavů deprese či úzkosti a napětí. Tyto stavy mohou přejít až k panikám, kdy hrozí nebezpečí agrese či sebepoškození,

případně až k psychotickým stavům. Výjimečná není ani agrese nebo autoagrese. Drogy tedy působí jako spouštěč, který provokuje latentní duševní onemocnění. Deprese pak může pokračovat i po odeznění intoxikace. K rozvoji deprese může dojít i po jednorázové první zkušenosti s konopím. Neexistuje možnost, jak kvalifikovaně předvídat, u koho nastane a u koho ne. Autor též ve shodě s Nešporem a spoluautory (1996) upozorňují na výskyt deprese u užívání THC, LSD či Pervitinu, ale i dalších látek včetně alkoholu.

Stejně tak je ovšem velmi pravděpodobné, že mnoho deprezentů sáhne po drogách (zejména euforizujících) jako po řešení svojí poruchy nálady. Např. u celé třetiny každodenních uživatelů konopí byla mj. zjištěna přítomnost deprese, úzkosti a podrážděnosti (Atkinson, 2003). Bohužel krátkodobá elevace nálady po užití drogy vyústí následně v ještě hlubší depresi a případně další příznaky (úzkost, vinu, únavu, poruchy spánku atd.). Tyto pocity pak vedou k dalšímu užití látky. Mnohdy pak již nejde odlišit, co bylo příčinou a co následkem, depresivní onemocnění u uživatelů drog je zkrátka poměrně běžné.

3.5.7 Deprese a depresivita ve věznicích

Jak uvádí Putwain a Sammons (2002), uvěznění má velký vliv na psychiku odsouzeného. U vězňů se běžně vyskytují pocity frustrace, nudy a důsledkem toho i násilné jednání, u náchylnějších jedinců až psychotické symptomy (halucinace, deziluze), dále pak anxieta, **depresivita** a případně i suicidální jednání.

Výkon trestu, zejména u prvotrestaných, představuje velkou psychickou zátěž (někdy hovoříme až o "šoku z uvěznění"). Jde o krizovou situaci, při které hraje roli mnoho faktorů: sociální izolace, odloučení od blízkých osob, závislost na ostatních, výrazná změna životních podmínek, monotonie, nahromadění mnoha osob na malém prostoru, vynucené dodržování pravidel a řádu, cizí prostředí, trvalý kontakt s osobami, které byli jedinci určeny (spoluvězni, dozorcí, vychovatelé...), stigmatizaci, poklesu sebehodnoty, zadluženost, nebo špatný zdravotní stav (zejména u uživatelů drog – hepatitidy atd.). Jde o zátěžovou situaci takového významu, že můžeme hovořit o stresu.

Se zátěžovými situacemi se vypořádáváme tzv. copingovými mechanismy (zvládáním, strategiemi). Na způsob zvládání mají dle Šolcové a Kebzy (1998) vliv osobnostní charakteristiky. Mezi odsouzenými je však naprostá většina velmi nezralých či patologických osobností. Copingové mechanismy mají rovněž velmi nezralé, neumožňující řádnou adaptaci na zátěžové situace. Tento fakt se odráží na samotném páčání trestných činů, na zvýšeném

abúzu drog mezi odsouzenými, ale i na rozvoji psychických onemocnění: maladaptivní zdlávací strategie totiž dlouhodobě nevedou k přizpůsobení. Jak uvádí Heim (1991), jestliže proces copingu selhává, dochází k poškození - psychické či somatické chorobě.

Němec (1993) popisuje tzv. syndrom uvěznění u psychopatických jedinců. Ve výkonu trestu u těchto jedinců progredují jejich anomálie a zhoršuje se jejich sociální fungování. Reakce na vězeňské podmínky může mít podobu poruch agresivních, hypochondrických, hysterických či **depresivních**.

Netík se spoluautory (1997) vedle toho rozděluje delikventní populaci do jednotlivých tříd. Za zdůraznění stojí tzv. typ neurotický, u kterého je delikventní chování důsledkem řešení neuvědomovaného intrapsychického konfliktu. Charakterizuje jej zvýšená úzkostnost, dráždivá slabost, neurovegetativní poruchy, **depresivní ladění**, hysterické reakce, nutkavé vtíravé představy). Tento typ také bývá označován jako emočně nestabilní jedinec. Patrně je tedy mezi odsouzenými nejnáchylnější ke vzniku poruch nálady.

Depresi samotnou u odsouzených (a zejména odsouzených uživatelů drog) pak můžeme vnímat jako výslednici spolupůsobení více faktorů: sociální nezralosti, nezralých copingových mechanismů, reakcí na aktuální stres, jako výraz rezignace při opakovaných neúspěšných pokusech k adaptaci, důsledek dlouhodobého abúzu drog a patrně i dalších vlivů.

3.5.8 Deprese a agresivita

Jak uvádí Rutz a spoluautoři (1999), projevy depresivity u mužů se často liší od žen. U mužů vidíme častěji iritabilitu, **agresivitu**, antisociální chování, zneužívání alkoholu, sníženou kontrolu impulzivity a sníženou toleranci stresu. Naproti tomu ženy často udávají příznaky somatické, častěji využívají a navštěvují lékaře a také u nich častěji dochází ke zhoršení některých somatických chorob: astmatu, artritidy, migrény, diabetu, epilepsie. Souhlasné výsledky studie uvádějí Maier a spoluautoři (1999) a vysvětlují tím i částečně rozdílnou prevalenci deprese u mužů a u žen. Smolík (2002) udává, že výskyt depresivní poruchy je zhruba dvojnásobný u adolescentních a dospělých žen, než u adolescentních a dospělých mužů. Nejvíce mužů i žen je postiženo v rozmezí věku 25-44 let, podstatně nižší procento depresí vzniká ve věku nad 65 let. Podobně Češková (2001) udává prevalenci deprese v průměru 17%. Výskyt deprese u mužů a žen v poměru přibližně 1:2 potvrzuje též Uhrová (Uhrová, 2005).

Maier a spoluautoři (1999), stejně jako Grootheest a spoluautoři (1999), nabízí vysvětlení, že vznik depresivity a její projevy jsou závislé na způsobu zpracování stresu a že ženy a muži zpracovávají stres rozdílným mechanismem. Naproti tomu Rutz a spoluautoři (1999) míní, že genderová predispozice k afektivní poruše, suicidii a alkoholizmu je zřejmě geneticky determinována. Je možné, že důvodem může být i neschopnost mužů požádat o pomoc. Tento "mužský" obraz deprese není proto často rozpoznán a adekvátně léčen: atypické depresivní symptomy vyhodnocujeme jako agresivní chování či abúzus návykových látek.

Je pravděpodobné, že podobně jako děti si mnoho mužů a zejména mnoho odsouzených (tedy podobně jako děti nezralých či patologických osobností) neuvědomuje svůj pokles nálady. Cítí pouze nepohodu a manifestují ji agresí a tendencí k abúzu. O léčbu poruchy nálady proto nepožádají, ale léčení nejsou také proto, že dostupnost lékařské péče během výkonu trestu je nižší.

Nezralá struktura osobnosti vedoucí k nezralým adaptačním mechanismům (copingu), chronická zátěž, chronická frustrace a genderová predispozice manifestovat depresivitu agresí tedy patrně často při poruchách nálady u odsouzených mužů - toxikomanů vede k agresivním či autoagresivním projevům.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

4 Výzkumný problém, cíle, otázky a hypotézy

4.1 Operacionalizace pojmů

Agrese versus agresivita:

Vyskytne-li se v dalším textu pojem *agrese*, je tím myšleno jakékoliv konkrétní jednání nebo čin směřující k násilnému narušení práv jiného člověka, a to bez ohledu na **cílenost** (bez ohledu na snahu ublížit, či nikoliv), bez ohledu na **formu** (verbální, fyzická, nepřímá agrese), a bez ohledu na **přítomnost emočního doprovodu**.

Zkratkou „AGR (agrese)“ označujeme míru agrese zjištěnou dotazníkem SPK v rámci předvýzkumů), tzn. míru agresivního jednání na vězeňském oddíle, což je i dobře patrné z položek dotazníku, které tento index sytí, např: *Mezi členy našeho kolektivu bývají často spory a hádky; Členové našeho kolektivu si často tropí jeden z druhého kanadské žertíky; V našem kolektivu panuje většinou skryté napětí; V našem kolektivu jsou nadávky na denním pořádku.* (Blíže v příloze č. P2 – Definitivní znění otázek SPK).

Obsah pojmu *agresivita* chápeme jako testově měřitelnou tendenci (predispozici) k agresi, a to ve shodě s autory testu CAE (Ščepichin a kol, 1995). Agresivita je zde kvantifikována jako jedna a táž proměnná, kdy se podle její míry jedná o *populační normu* pro daný věk, resp. o pásmo *asertivity*, nebo o pásmo *agresivity v užším slova smyslu* (nejvyšší hodnota)⁵. Mám-li na mysli přímo individuální míru agresivity u daného jedince zjišťovanou testem CAE, značím ji v textu zkratkou „AG“.

Deprese versus depresivita:

Pojmem *deprese* je míněn některý ze syndromů nebo onemocnění, splňující kritéria **MKN-10** (např. Smolík, 2002). Zahrnuje navenek pozorovatelné **depresivní chování** (uzavírání se do sebe, nesoustředěnost, zpomalenost, event. až i suic. pokusy atd.), případně subjektivně udávané **depresivní emoce** (smutnou náladu).

⁵ **Pozn:** Podrobnější informace o vyhodnocování agresivity v testu CAE uvádíme v kapitole CAE (podkapitola 5.2.4 *Způsob vyhodnocení a interpretace testu*).

Pojem *depresivita* je v této práci využíván jako testově měřitelná hloubka deprese. Depresivita má široké kontinuum stavů od normy přes subdepresivitu až k depresivitě a naopak může nabývat i hodnot záporných (elevovaná nálada).⁶

Program CAE pak operuje s dalšími pojmy, jako je míra anxiety (ANX), dominance (DOM), egocentrismus (EGO), hypersenzitivita (HYS), (psychosociální) nezralost (NZR), emoční oploštělost (OPL), tendence k rizikovému chování (RIZ), míra sebehodnoty (SEH), intrapsychická tenze (TNZ), a unavitelnost (UNV). Žádný z těchto pojmů se svým obsahem nijak nevymyká běžnému chápání, proto není nutné je blíže specifikovat.

4.2 Výzkumný problém

V návaznosti na uvedené teoretické poznatky uvedené v teoretické části práce a v souladu s operacionalizovanými pojmy se v této empirické části práce zabýváme souvislostí výskytu depresivity a agresivity u odsouzených uživatelů drog ve věznicí Příbram.

4.3 Výzkumné cíle

Cílem empirického šetření bylo rozšířit data získaná na základě předvýzkumu I, zpracovaného v rámci diplomové práce, a poukázat na skutečnost, že agresivita u odsouzených uživatelů drog může mimo jiné souviset též s typicky mužským způsobem vyrovnání se s depresivitou.

V penitenciárním prostředí je věnována velká pozornost agresii odsouzených, která je zpravidla vnímána jako úmyslná a nebezpečná. Bývá řešena potrestáním „viníka“, ale nikdo se již nezabývá příčinami a event. možnostmi ovlivnění agresivity odsouzených jinou cestou, než represivními opatřeními a není nám známa studie, která by mapovala možnou souvislost agresivity odsouzených v našich věznicích s depresivitou.

Výsledky empirického šetření by tedy měly ilustrovat poznatky zmíněné v teoretické části a s ohledem na výše zmíněný předpoklad souvislosti agresivity a depresivity popsat jeho specifika.

⁶ **Pozn:** Podrobnější informace o vyhodnocování depresivity v testu CAE uvádíme v kapitole CAE (podkapitola 5.2.4 Způsob vyhodnocení a interpretace testu).

Poznatky mohou být využity při způsobu zacházení (psychoterapie) s odsouzenými na specializovaném oddělení pro závislé, kteří vykazují známky zvýšené agresivity, případně mohou být podkladem k zahájení léčby antidepressivy. Získaná data mohou být též využita v rámci primární penitenciární prevence při snižování výskytu agrese (event. snižování výskytu mimořádných událostí) u odsouzených uživatelů drog, resp. u odsouzených obecně. Práce je využitelná pro vězeňské psychology, lékaře, speciální pedagogy nebo vychovatele.

Výzkumné cíle této práce můžeme rozdělit na hlavní a vedlejší.

Hlavní výzkumné cíle:

- 1) **Zjistit míru depresivity a agresivity** u odsouzených uživatelů drog věznice Příbram
- 2) **Porovnat míru zjištěné depresivity s mírou agresivity** u vyšetřovaných osob a v diskuzi zvážit možnou příčinnou souvislost.

Vedlejší výzkumný cíl:

- 3) **Zmapovat výskyt** dalších osobnostních a psychopatologických proměnných, které měří použitá technika a posoudit jejich vztah k míře agresivity a depresivity.

4.4 Výzkumná otázka a hypotézy

Výzkumná otázka č. 1: Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram?

- **H1₀:** U odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram neexistuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity.
- **H1_A:** U odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity.

Výzkumná otázka č. 2: Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog na SOVT věznice Příbram?

- **H2₀:** U odsouzených uživatelů drog na SOVT věznice Příbram neexistuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity.
- **H2_A:** U odsouzených uživatelů drog na SOVT věznice Příbram existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity.

Výzkumná otázka č. 3: Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog na OVT věznice Příbram?

- **H₂₀:** U odsouzených uživatelů drog na OVT věznice Příbram neexistuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity.
- **H_{2A}:** U odsouzených uživatelů drog na oddíle OVT věznice Příbram existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem agresivity a depresivity.

5 Použité výzkumné metody

5.1 Moosův dotazník

5.1.1 CIES

Východiskem k předvýzkumu I. a II. této práce se stala studie pracovníků bývalého Penologického ústavu Panovského a Čepeláka z roku 1984, která se tehdy jako první u nás (a bohužel i poslední) zabývala měřením psychosociálního klimatu v našich věznicích (viz Panovský, Čepelák, 1984). Autoři vycházeli z techniky určené pro tento účel s názvem *Correctional Institutions Environment Scale (CIES, Stupnice prostředí nápravných ústavů)*.

Tato stupnice (známá také jako Moosův dotazník) „je jedním z devíti indexů sociálního klimatu, které zkonstruoval R. H. Moos (...) v laboratoři sociální ekologie na Stanfordské univerzitě“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 28).

Základní princip použitý při konstrukci Moosovy stupnice CIES je odvozen „z teorie H. A. Murraye (...), podle níž určité prostředí vytváří specifické sociální klima, vykonávající vliv (v Murrayově terminologii tlak) na chování“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 29).

Autor konstruoval tuto techniku měření psychosociálního klimatu ve věznicích s úmyslem „zamezit nebo alespoň zredukovat na minimum porušování řádu výkonu trestu (...), zlepšit osobní možnosti odsouzených pro jejich život na svobodě (...) a snížit návratnost do výkonu trestu“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 11).

Jak uvádí **Panovský a Čepelák** (1984), CIES vznikla ze stupnice atmosféry na psychiatrických odděleních náhradou a úpravou některých položek. V konečné podobě se CIES skládala z „...86 položek měřících 9 dimenzí tlaku, které jsou zařazeny do 9 subškál. Pět subškál má 10 položek, čtyři subškály po 9 položkách“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 29).

5.1.2 SPK (Stupnice psychosociálního klimatu)

Po úpravách Panovského a Čepeláka (1984) vznikla modifikovaná verze CIES pod názvem Stupnice psychosociálního klimatu (SPK), která si „podržela tři základní dimenze CIES – dimenzi vzájemných vztahů, dimenzi osobního rozvoje a dimenzi udržování systému“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 98). Oproti původní originální metodě byla však rozšířena o škálu agresivity.

„Výšetřovací pomůcka SPK byla standardním způsobem aplikována na náhodných výběrech ze 6 nápravných jednotek, což reprezentovalo celkem 189 odsouzených“ (Panovský, Čepelák, 1984, s. 98). Autoři se pomocí této metody zabývali i zjišťováním psychosociálního klimatu z pohledu příslušníků nápravných ústavů ve srovnání s odsouzenými.

5.1.3 Popis subškál SPK

Sociální klima je podle Panovského a Čepeláka (1984) diagnostikováno pomocí 10 subškál. Tyto subškály měří tři základní dimenze sociálního klimatu – **dimenzi vzájemných vztahů**, **dimenzi osobního rozvoje** a **dimenzi udržování (a změny) systému**. Autoři v dalším textu popisují jednotlivé subškály následovně:

Dimenze vzájemných vztahů ukazuje povahu a intenzitu osobních vztahů v daném sociálním prostředí. Tyto proměnné měří typ a intenzitu mezosociálních vztahů jednak mezi odsouzenými v příslušné jednotce (oddílu, oddělení, skupině), jednak mezi ústavním personálem a odsouzenými v téže jednotce. Skládá se z následujících subškál:

- 1) **Zapojení do programu (ZAP):** Subškála měří, jak se odsouzení angažují v každodenním fungování programu své jednotky, jak vynakládají energii v činnostech jednotky a jakou projevují iniciativu v sociální interakci s ostatními odsouzenými.
- 2) **Poskytování morální podpory (POD):** Subškála měří míru, s jakou si odsouzení navzájem poskytují podporu v souladu s cíli programu a v jaké míře tuto podporu dostávají od členů ústavního personálu
- 3) **Projevování se (spontánnost) (SPO):** Subškála měří rozsah, v němž jsou odsouzení povzbuzováni k otevřenému vyjadřování svých pocitů a k otevřenému jednání a jaká je jejich ochota otevřeně se projevovat
- 4) Přidanou subškálu **agrese (AGR)** autoři doporučují zařadit jako 4. subškálu do **dimenze vztahů**. Vyjadřuje míru takových projevů na oddíle, které mohou být označeny jako agresivní.

Dimenze osobního rozvoje: Podle autorů ukazuje možnost „sebezlepšení“ a osobního rozvoje danou programem zacházení ve věznici. Zahrnuje následující tři subškály:

- 1) **Autonomie (AUT):** Subškála zjišťuje, do jaké míry jsou členové vedeni k iniciativě v činnostech souvisejících s cíli programu, aby se ujímali úkolů souvisejících s fungováním jednotky a přebírali odpovědnost za své jednání.
- 2) **Praktická orientace programu (PR-O):** Subškála zjišťuje, do jaké míry je vyvíjen tlak na odsouzené, aby se připravovali na propuštění, tj. *„zvyšování všeobecného vzdělání a zejména profesní příprava, další prvky přípravy na budoucí život, vytyčování si určitých cílů a práce na jejich dosažení“* (Panovský, Čepelák, 1984, s. 32).
- 3) **Orientace v osobních problémech (OS-P):** Subškála měří míru podpory k tomu, aby se odsouzení zabývali svými osobními problémy a pocity, aby lépe než dosud chápali pozadí svého chování a získali vhled do svých problémů.

Dimenze udržování a změny systému: Zjišťuje, do jaké míry věznice či oddělení funguje řádným, jasně organizovaným a souvislým způsobem. Skládá se z následujících tří subškál:

- 1) **Pořádek a organizace (P-OR):** Subškála zjišťuje, jaké místo má pořádek a organizace v životě odsouzených, v oblasti vnějších projevů odsouzených a toho jak vypadají.
- 2) **Jasnost programu (J-PR):** Uvedená subškála měří, jak jasná a zřetelná jsou pravidla a postupy v jednotce a do jaké míry odsouzený ví, co může očekávat v obvyklém denním programu, je-li dodržován.
- 3) **Kontrola ze strany příslušníků (KON):** Zjišťuje rozsah, v němž příslušníci *„používají určitých opatření k udržení odsouzených pod nezbytnou kontrolou“* (Panovský, Čepelák, 1984, s. 33).

Tab. č. 2: Přehled dimenzí a subškál. Zkratky jsou dále v textu pro jednoduchost používány, stejně jako v manuálu SPK (zpracováno podle: Panovský, Čepelák, 1984).

Dimenze a jejich subškály	Zkratka
Dimenze vzájemných vztahů	
1) Zapojení do programu	ZAP
2) Poskytování morální podpory	POD
3) Projevování se (spontánnost)	SPO
4) Agrese	AGR
Dimenze osobního rozvoje	
5) Autonomie	AUT
6) Praktická orientace programu	PR-O
7) Orientace v osobních problémech	OS-P
Dimenze udržování a změny systému	
8) Pořádek a organizace	P-OR
9) Jasnost programu	J-PR
10) Kontrola ze strany příslušníků	KON

5.1.4 Validita dotazníku

Validita: Jelikož dotazník byl sestaven z položek již existujícího dotazníku určeného k měření psychosociálního klimatu ve věznici (CIES), můžeme předpokládat určitou úroveň *pojmové validity*. Z hlediska populace, pro kterou je test určen, můžeme hovořit o *validitě parciální*. Pro potřeby této práce byla nutná úprava formulace jednotlivých položek. Ta však nenarušila jejich obsah a smysl.

Reliabilita české podoby Moosova dotazníku dle Panovského a Čepeláka (1984) byla zjišťována metodou *test – retest*. Autory byla konstatována dostatečná *stabilita* testu. *Ekvivalenci* nelze zjišťovat, neboť není k dispozici alternativní forma testu.

5.1.5 Konstrukce vlastní verze dotazníku

Dostupná verze Moosova dotazníku byla přeložena a používána v nesrovnatelných společensko-ekonomických podmínkách. Původní koncepce dotazníku SPK do značné míry odpovídá tehdejší představě o působení kolektivu na převýchovu odsouzených, který je již řadu let odbornou veřejností považován za nereálný – stejně jako pokusy vysvětlit kriminální chování pouze určitou strukturou osobnosti.

V našem vězeňství stejně jako v celé společnosti mezitím došlo k radikálním změnám⁷. Oproti stavu před r. 1989 došlo k zásadní změně – vyvedení vězeňství z resortu vnitra do resortu spravedlnosti. Změnily se (či zanikly) nejen používané pojmy a jejich význam, ale změnila se vůbec filozofie vězeňství a tím i očekávání, jak bude s odsouzenými zacházeno a jaké podmínky pro pomoc při jejich začlenění do společnosti po vykonání trestu bude vězeňství mít⁸.

Uvedené změny v našem vězeňství, potažmo celé společnosti, nás vedly k nutnosti přeformulovat větší část otázek, ze kterých se dotazník skládá. Změny se týkaly zejména tzv. *aktivit* odsouzených (jejich faktické existence, ale i pojmenování), pojmenování součástí věznic a zaměstnanců.

Pokud se tedy některé formulace od původních výrazně liší, je to tím, že jsme se snažili dodržet dvě hlediska:

⁷ *Pozn.: Jako dobrý příklad překotných změn ve vězeňství může dobře posloužit **Zákon o výkonu trestu odnětí svobody (ZVTOS)**: Původní ZVTOS je **Zákon č. 59/1965 Sb.** Ten byl novelizován v roce 1968 (**Zákon č. 173/1968 Sb.**), další novela je č. 47/16973. Pod č. 17/1973 vyšel první **Řád výkonu trestu odnětí svobody**. První zásadní novela ZVTOS po roce 1989 je č. 179/1990. Pod č. 247/1992 vyšel nový ZVTOS. Následovala novela ZVTOS č. 294/1993, č. 18/1994 a pak **úplné znění ZVTOS**. V současnosti je platný **Zákon č. 169/1999 o VTOS** (je třeba uvádět „v platném znění“, protože již byl 6x (!) novelizován).*

⁸ *Pozn.: Ústavy nápravné výchovy byly přejmenovány na **věznice** a zaměstnanci již nejsou uniformováni příslušníci SNV, nýbrž z valné většiny civilní zaměstnanci VS ČR (jen nejstarší recidivisté ještě oslovují **vychovatele** tehdejším „**veliteli**“ nebo „**náčelníku**“). Výkon trestu byl výrazně individualizován, s odsouzenými se nezachází jako s velmi málo diferencovanou masou prostřednictvím organizovaných skupin (**kolektivů**), ale pomocí **individuálních programů zacházení**.*

1. **Zachovat pochopitelnost otázek pro odsouzené** tak, aby otázky vycházely z reality výkonu trestu v současné době (výrazy typu *kolektiv, samospráva, poradenská skupina* či *ústav nápravné výchovy* jsou již dnes historií).
2. **Zachovat (resp. ozřejmit) obsah**, který položka zjišťuje, přičemž jsme zachovali polaritu otázky ve smyslu sycení kladnou či zápornou odpovědí.

Původní znění všech položek SPK uvádím v příloze P4. Mnou upravené a použité formulace otázek v příloze P5.⁹

5.1.6 Způsob administrace dotazníku a znění instrukce

Administrace dotazníku je velmi jednoduchá a lze ji zadávat skupinově¹⁰. Seznam 110 položek¹¹ slouží současně jako záznamový arch. V jeho záhlaví je tučně vytištěná instrukce, proband čte jednotlivé položky a označením písmene „P“ (platí), resp. „N“ (neplatí)¹² dává najevo souhlas, resp. nesouhlas s platností daného výroku.

⁹ **Pozn:** Otázky byly přeformulovány např. takto:

Příklad: otázka č. 40

Původní formulace: *Pohádá-li se člen našeho kolektivu velmi hrubě s jiným, je jejich chování projednáváno výchovným pracovníkem nebo samosprávou (příp. na schůzce kolektivu nebo poradenské skupiny).*

Nová formulace: *Pohádá-li se odsouzený na našem oddělení velmi hrubě s jiným, je jejich chování projednáno vychovatelem nebo pedagogem na aktivu se všemi odsouzenými na oddělení.*

¹⁰ **Pozn:** Plné znění tištěné instrukce uvádíme v příloze P6

¹¹ **Pozn:** Plné znění všech položek uvádíme v příloze P5.

¹² **Pozn.:** Původně jsme použili pro zaškrťování kladné a záporné odpovědi „klasická“ dotazníková písmena „A“ / „N“. V prvním pokusném testování na několika dobrovolnících (nezařazených později do výsledku) docházelo však ke zmatení smyslu otázky díky **negaci** ve formulaci. Důsledkem byla nesprávná odpověď. Např. v otázce „**Když něco děláme dobře, nenechají to vychovatelé bez povšimnutí**“ zaškrtl odsouzený písmeno „N“, ve smyslu **nenechají**, přičemž odpověď „N“ by byla následně vyhodnocena jako nesouhlas s tvrzením, tedy „**nechají**“. Úpravou do výsledné podoby se tento problém vyřešil.

5.1.7 Způsob vyhodnocení a interpretace dotazníku

Dotazník má celkem 110 položek¹⁰, na které se odpovídá (P) = tvrzení platí pro naši věznici, náš oddíl, resp. (N) = neplatí. Je tedy možná pouze odpověď typu ANO/NE.

Otázky jsou součástí deseti subškál. Položky jsou formulované **negativně** i **pozitivně**. Proto v některých případech příslušnou škálu sytí **odpověď kladná** a v jiných případech **odpověď záporná**.

Tab. č. 3: Způsob skórování.

	Odpověď kladná [„P“, tvrzení platí]	Odpověď záporná [„N“, tvrzení neplatí]
Otázka formulovaná • kladně	1 bod	0 bodů
Otázka formulovaná • záporně	0 bodů	1 bod

Tab. č. 4: Skórovací klíč - význam zkratk vysvětlují u popisu jednotlivých subškál (podle: Panovský, Čepelák, 1984).

Subškála	Sycení kladnou odpovědí	Sycení zápornou odpovědí
ZAP	6, 39, 58, 63, 74, 81	37, 49, 65, 83
POD	11, 21, 25, 27, 45, 46, 79	2, 18, 35
SPO	1, 34, 53, 66, 70	10, 24, 44, 78, 87
AGR	91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 109	93, 99, 105, 108, 110
AUT	17, 33, 52, 69, 86	9, 60, 61, 77, 88
PR-O	3, 19, 36, 41, 55, 71	12, 26, 62, 80
OS-P	14, 29, 48, 64, 82, 89	5, 20, 57, 73
P-OR	4, 38, 56, 72, 85	7, 13, 28, 47, 54
J-PR	15, 31, 50, 67, 84	22, 30, 42, 59, 75
KON	8, 23, 40, 43, 76	16, 32, 51, 68, 90

Celkový skór každé subškály je dán počtem položek, na které proband odpověděl ve skórovaném směru.

5.2 CAE (Chromatický asociační experiment)

Chromatický asociační experiment je psychodiagnostickým nástrojem, který se nachází na pomezí projektivních a psychometrických technik. Jak uvádí Ščepichin (1995), užití barev není v psychodiagnostice ničím novým. V České republice se postupně prosazují např. *Lüscherovy barvové testy*, známý je také *Pfister-Heissův test barevné pyramidy*, *chromatický diferenciál* a další postupy, kde jsou barvy využity buď přímo nebo zprostředkovaně.

Autorem testu byl v 70-tých letech v Československu Vadim Ščepichin. Jak uvádí autor testu (Ščepichin a spoluautoři, 1995), při své práci na dětském psychiatrickém oddělení v Mostě se původně snažil užívat k diagnostice Osgoodův sémantický diferenciál. Ten se však ukázal být pro dětskou populaci příliš obtížným. Pro práci lépe vyhovoval princip barvových testů, vycházejících z emocionální reakce člověka na barvy. Spojil proto oba uvedené principy, a tak vznikl test Chromatický asociační experiment (dále jen CAE). „*Barvy se v CAE přiřazují slovům tak, jako u Osgooda slova slovům*“ (Ščepichin a spoluautoři, 1995, s. 9).

Test prošel téměř čtyřicetiletým vývojem a dnes je s úspěchem využíván v klinicko-psychologické praxi, v pedagogicko-psychologických a manželských poradnách a osvědčil se i v dopravní psychologii. Jak uvádí Ščepichin a spoluautoři (1995), ještě za autorova života byl aplikován při psychologických vyšetřeních v rámci celostátního výzkumu *Faktory ovlivňující kriminalitu mladistvých Romů*, který prováděl Výzkumný ústav kriminologický v Praze.

CAE lze použít v psychologické diagnostice všude tam, kde je potřeba vyšetřit osobnost a vztahy. Mapuje individualitu člověka zejména v rovině vztahové a psychodynamické. Vzhledem k tomu, že jeho instrukce je jednoduchá a administrace relativně nezávislá na verbálních schopnostech klienta, je výtěžný i u osob se sníženým intelektem, klientů rychle unavitelných, nebo lidí dlouhodobě sociálně deprivovaných. „*Hodí se jak při vyšetřování v rámci normální populace, tak pro praxi klinicko-psychologických pracovišť při psychiatrických ambulancích a ostatních léčebných zařízeních*“ (Ščepichin a spoluautoři, 1995, s. 9).

Test přináší komplexní náhled na individualitu člověka komplexně, tedy nejen osobnostní rysy nebo v případě psychiatrických pacientů diagnostické posouzení, ale do centra pozornosti se dostává zároveň širší psychosociální kontext. CAE v tomto ohledu plně vyhovuje požadavku víceosé diagnostiky duševních chorob, jakou požaduje nová klasifikace ICD-10 nebo americký DSM IV.

5.2.1 Princip CAE

Testový materiál tvoří 12 pastelek standardních barev. Pomocí nich se klient vyjadřuje ke 49 standardním podnětovým slovům.

Barvy v CAE

Jednotlivé z barev vyvolávají u člověka specifickou emoční odezvu, která, jak uvádí Ščepichin a spoluautoři (1995) je u značné části populace přinejmenším obdobná, a tudíž z preference, resp. odmítání té které barvy mohou vyplývat i některé obecnější zákonitosti. Osoby, které seřazují barvy statisticky velice nepravděpodobným způsobem, se něčím liší od osob, jejichž uspořádání je statisticky normální.

„Diagnostika na základě hierarchizace barev užitých v CAE je sice nedílnou součástí testu, avšak pokládáme ji spíše za vodítko pomocné. Těžiště metody spočívá ve vyjádření prezentovaných slov nabídnutými barvami, čímž dosahujeme jakéhosi usměrnění projekce, a tím i vyšší adresnosti testu ve srovnání s většinou jiných projektivních metod“ (Ščepichin a spoluautoři, 1995, s. 15).

Podnětová slova v CAE

Jak uvádí Ščepichin a spoluautoři (1995), seznam 49 podnětových slov, který je klientům při administraci CAE prezentován, je sestaven tak, aby co do největší míry zastupoval realitu člověka. Zahrnuje slova, která se vztahují k sebehodnocení (*já, ideální já, nejlepší muž, nejlepší žena*), partnerskou problematiku odráží ideál osoby opačného pohlaví. Problematiku současné rodiny mapují odpovídající pojmy (*domov, děti, manželka...*). *Sex, intimní styk, milenka a láska* se vztahují ke sféře psychosexuální. *Láska* navíc souvisí s laděním, stejně jako *radost, štěstí a nálada*. *Kamarádi, zábava, muži, ženy a lidé* zastupují obecně sociální vztahy. *Bolest, úzkost, strach a nemoc* bývají užitečné při hodnocení depresivních a úzkostných stavů, hypersenzitivity, eventuálně psychických poruch. *Samota* a *únava* mohou vypovídat o zvýšené navitelnosti nebo aktuální exhausti. *Samota* se rovněž uplatňuje (spolu se slovem *zábava* a dalšími) při posuzování sociální přizpůsobivosti, extra- nebo intravertovanosti. *Klid, ticho, hluk, život, smrt* mívají význam při diagnostice psychotických poruch schizofrenního okruhu, intrapsychického neklidu a tenze. *Život* se dále vztahuje k míře spokojenosti s vlastním bytím, životním stylem a standardem. *Smrt* může v určitých kombinacích znaků psychologa upozornit na eventuální suicidální tendence. *Útočit, hádka, rvačka* jsou v relaci s psychologickou dimenzí asertivita – agresivita. *Práce, pracoviště, nadřizený a vzdělání* zastupují okruh pra-

covních aktivit a související problematiky. *Vítězství* a *být první* vypovídají o aspirační úrovni. Vztahují se též k dimenzi dominance – submisivita. *Budoucnost, minulost, změna a život*, souvisejí s časovou osou (bilancování, očekávání apod.). *Sny* a *snění* mívají vztah k přáním, touhám, míře realizmu při hodnocení okolního světa a uplatňují se v diagnostice psychotických poruch. *Alkohol* a *nuda* mají význam zejména při posuzování maladjustací různého druhu.

5.2.2 Validita testu

Podle autorů manuálu (Ščepichin a spoluautoři, 1995) byl test validován srovnáním kontrastních skupin a za použití ROR a 16 PF. Hodnotila se přítomnost symptomu a intenzita daného znaku. Autoři uvádějí plnou či částečnou shodu v 96% s ROR a 85% s 16 PF. Validita byla ověřována na souboru 1875 osob. Z toho 490 bylo klientů z normální populace, zbývajících 1385 osob tvořili pacienti z ambulantní i lůžkové psychiatrické péče.

5.2.3 Způsob administrace CAE a znění instrukce

Test lze podle Ščepichina a spoluautorů (1995) administrovat individuálně i skupinově. Klient má k dispozici sadu dvanácti pastelek a záznamový list obsahující seznam 49 podnětových slov prezentovaných ve standardním pořadí (pozn.: mužům zadáváme slova kamarádi, manželka a milenka, ženám kamarádky, manžel a milenec). Čas snímání testu není omezen, u normální populace trvá administrace cca 30 minut, u psychiatrických pacientů někdy déle.

Instrukce pro skupinové zadání: „*Zde máte sadu pastelek obsahující dvanáct barev a zde je seznam slov. Přiřaďte, prosím, ke každému ze slov tři z barev, které se podle vás k němu nejvíce hodí a zde je запиšte (ukážeme na první tři políčka v archu). O přiřazování zbytečně nerozmýšlejte, pracujte spíše intuitivně, poddejte se prvnímu dojmu z daného slova. Nic není špatně a nic není správně, nemůžete nic zkazit. V pořádku je vše, co je v souladu s vaším cítěním. Pokud by se vám nepodařilo pro některé slovo vybrat barvy tři, můžete užít jednu barvu dvakrát a doplnit ji další, nebo volit jednu barvu třikrát. Snažte se však, pokud možno, vybrat barvy tři“ (Ščepichin a spoluautoři, 1995, s. 22).*

Poté, co klienti vyberou barvy pro všechna podnětová slova, přeloží okraj záznamového archu tak, aby viděli jen podnětová slova a pokračuje se další částí instrukce: „*Ted', pro-*

sím, budeme přiřazovat každému ze slov známku jako ve škole, a to podle toho, jakou si dané slovo zaslouží. Jednička je známka nejlepší, čtyřka nejhorší. Pozor, pětku nemáme! Dvojka a trojka jsou něco mezi, podle toho, kam se slovo spíše kloní. Znamky pište sem na okraj (ukážeme na okraj vlevo od podnětových slov)“ (Ščepichin a spoluautoři, 1995, s. 22).

Když je klient hotov, následuje třetí fáze vyšetření: *„A nyní seřadte pastelky do pořadí od nejlepší (nejsympatičtější, nej příjemnější) po nejhorší (nejméně sympatickou, nejméně příjemnou). Pořadí zapište pod sebe do záznamového archu (ukážeme kam)*“ (Ščepichin a spoluautoři, 1995, s. 22).

5.2.4 Způsob vyhodnocení a interpretace testu

Vyhodnotit lze CAE ručně (způsobem „tužka-papír“) podle pravidel k vyhodnocení. V dnešní době je však k dispozici i počítačový program „CAE“, který jsme užili my a jehož pomocí je vyhodnocení rychlejší. Jak uvádí Ščepichin a spoluautoři (1995), výsledky interpretujeme podle velkého množství kritérií. Sledujeme zejména:

- a) Hierarchii barev
- b) Kombinaci barev v hierarchii
- c) Frekvenci jednotlivých barev v protokolu
- d) Nevědomé hodnocení podnětových slov
- e) Vědomou sebereprezentaci
- f) Hierarchii podnětových slov
- g) Rozložení nevědomého hodnocení v protokolu
- h) Shody a neshody nevědomého s vědomým hodnocením
- i) Barvové asociace slov (1. až 3. řádu, tj. shoda ve výběru 3 až 1 barvy u dvou slov)
- j) Perseverace, barvové stereotypie

Vlastní interpretace a postupy při ní přesahují rámec této práce. Odkazují proto na příslušnou literaturu (Ščepichin a spoluautoři, 1995). V následujícím textu se zaměříme pouze na oblasti, které byly zásadní pro naše výzkumné šetření, tedy na principy zachycení možné agresivity a depresivity v jednotlivých protokolech.

Hodnocené proměnné.

PC program „CAE“ dokáže kvantifikovat následující pojmy: agresivita (AG), depresivita (DEP), míra anxiety (ANX), dominance (DOM), egocentrismus (EGO), hypersenzitivita (HYS), (psychosociální) nezralost (NZR), emoční oploštělost (OPL), tendence k rizikovému chování (RIZ), míra sebehodnoty (SEH), intrapsychická tenze (TNZ) a unavitelnost (UNV). Podrobněji jsou rozpracovány v oddíle **4.1 Operacionalizace pojmů**.

Znaky agresivity v CAE

Míru agresivity stanovujeme v protokolu podle přítomnosti následujících znaků, jak uvádí Ščepichin a spoluautoři (1995):

- a) podle nevědomé hodnoty podnětových slov *útočit*, *hádká*, *rvačka*. Běžně tato slova mívají zápornou hodnotu. Již ambivalence u slova *útočit* svědčí o slabší senzitivitě a ochotě jít do konfliktu a tedy o socializované agresivitě. Podobně hodnota slova *hádká* ukazuje na míru verbální pohotovosti a *rvačka* na tendenci k fyzickým konfliktům. Ve vyhodnocení se zohledňuje pohlaví probanda (muži mají blíže k maskulinním, tedy k agresivnějším vzorcům chování). Kladné hodnocení těchto podnětových slov bývá již zřetelnou známkou zvýšené agresivity. Čím jsou vědomá hodnocení výše uvedených podnětových slov lepší, tím větší podíl agresivity lze předpokládat.
- b) Asociace *já s útočit*, *rvačka*, *hádká* jsou známkou zvýšené agresivity. Je-li současně v asociačním řetězci *smrt* a jsou-li i další testové znaky patické, je třeba uvažovat i o nebezpečí autoagrese, případně o autoagresivních tendencích.
- c) Převaha krajních nevědomých hodnocení (bývá nadpoloviční zastoupení).
- d) Náznak barvové stereotypie.

Agresivita je podle autorů (Ščepichin a spoluautoři, 1995) kvantifikována jako jedna a táž proměnná, kdy se podle její míry (podle počtu bodů) jedná ještě o **populační normu** pro daný věk (0-3,5 bodů), nad touto normou pak leží pásmo **asertivity** (4-4,5 včetně) a nad tímto pásmem již pásmo **agresivity v užším slova smyslu** (5-13 bodů včetně).

Znaky depresivity v CAE

Míru depresivity stanovujeme v protokolu podle přítomnosti následujících znaků, jak uvádí Ščepichin a spoluautoři (1995):

- a) Index užití tmavých barev od 42% výše. Hodnoty okolo 39% jsou ještě náznakem subdeprese (u staršího klienta již v pásmu širší normy).
- b) Do pozice 6 v hierarchii barev se vyskytují dvě a více tmavých barev. Barvy jasné bývají odsunuty do spodní poloviny hierarchie (pod pozici 7 včetně).
- c) Nevědomé hodnocení podnětového slova *radost* je horší, než kladné (tzn. ambivalentní, nebo záporné). Náznak symptomu rovněž tehdy, je-li vědomé hodnocení tohoto slova horší, než 1. Nevědomé hodnocení podnětového slova *nálada* horší, než +- (náznak symptomu, pokud vědomé hodnocení nálady je horší než 2).
- d) U depresí bývá poměrně časté vědomé podhodnocování podnětových slov (v případě neshody mezi vědomým a nevědomým hodnocením bývá nevědomé hodnocení příznivější).
- e) U subdeprese bývá index shody často vyšší, než 50%. S nárůstem depresivity pak tento index může klesat (obdobně v ROR klesá F+% při prohlubování depresivní symptomatologie).
- f) Jsou-li časté známky úzkosti a neklidu současně.
- g) Snížené sebehodnocení, a to zejména nevědomé, ale náznak symptomu je přítomen i tehdy, pokud je já hůře hodnoceno i vědomě.
- h) Nízký počet asociací se slovem *já*.

Pojem *depresivita* se podle autorů (Ščepichin a spoluautoři, 1995) v závislosti na míře hodnoty proměnné (podle počtu bodů) nachází v pásmu normy (0 bodů) přes subdepresivitu¹³ (2-3 body) až k depresivitě (4-7 bodů). Škála může rovněž nabývat i záporných hodnot, v tom případě se jedná o elevaci nálady (sub-/mání).

¹³ **Pozn.:** Počítačový program „CAE“ používá při vyhodnocení zavádějící pojem *subdeprese*, a to ve smyslu malá míra depresivity. Pro účely této práce budu používat pojem „*subdepresivita*“, aby nedocházelo k matení pojmů.

6 Předvýzkum I (2005-2006)

Jako předvýzkum I. byla použita diplomová práce (Dvořák, 2006), která se zabývala psychosociálním klimatem v prostředí věznice. V průběhu času sledovala změny psychosociálního klimatu percipovaného skupinou odsouzených mužů – toxikomanů podrobených zvláštnímu programu zacházení na specializovaném oddělení pro drogově závislé. Tyto změny dávala do souvislosti se změnami koncepce našeho vězeňství. Podrobnější informace jsou zmíněné v již uvedené diplomové práci (Dvořák, 2006).

6.1 Výzkumné otázky předvýzkumu I

- **Výzkumná otázka č. 1:** Existuje při prvním testování (11/05) statisticky významná odlišnost psychosociálního klimatu na SOVT a OVT?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Existuje při druhém testování (6/06) statisticky významná odlišnost psychosociálního klimatu na SOVT a OVT?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Existuje statisticky významná odlišnost psychosociálního klimatu na SOVT mezi prvním (11/05) a druhým (6/06) testováním?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Existuje statisticky významná odlišnost psychosociálního klimatu na OVT mezi prvním (11/05) a druhým (6/06) testováním?

6.2 Popis výzkumného vzorku předvýzkumu I

Šetření bylo provedeno na dvou skupinách dospělých odsouzených mužů. Do šetření nebyli zařazeni ti odsouzení, kterým měl končit trest dříve, než bude provedeno druhé testování. Délka trestu jednotlivých respondentů u obou skupin nepřekročila čtyři roky (v průměru 24 měsíců). Důvodem trestu byla u obou skupin opakovaná majetková trestná činnost, v jednom případě neplacení výživného a v pěti případech loupežné přepadení. O prvotrestané šlo výjimečně. Etnicky byly v obou skupinách zařazeni přibližně z jedné čtvrtiny Romové. Nejvyšším dosaženým vzděláním v obou skupinách byl ukončený učební obor s maturitou, ve většině případů však šlo pouze o ukončené základní vzdělání a nezřídka i o nedokončené základní vzdělání. Do průzkumu nebyli zahrnuti jednotlivci se známkami aktuálně probíhající duševní choroby (jeden případ anxiózní deprese a jeden případ paranoidní schizofrenie) a jedinci, u kterých od nástupu trestu uplynula doba kratší než 1 měsíc.

Skupina č. 1 byla získána náhodným výběrem dobrovolníků z odsouzených zařazených na specializovaném oddělení výkonu trestu pro drogově závislé (N= 64). Věkové rozpětí bylo 18-43 let, průměr 28,9 let při směrodatné odchylce 5,4. Vzhledem k charakteru oddělení (specializované oddělení výkonu trestu pro drogově závislé) byla podmínka drogové kariéry v době před nástupem do výkonu trestu splněna automaticky u všech odsouzených na tomto oddělení.

Skupina č. 2 byla získána náhodným výběrem dobrovolníků ze standardních oddílů výkonu trestu podle seznamu klientů drogové poradny (N=62). Věkové rozpětí bylo 19 až 47 let, průměr 31 let při směrodatné odchylce 5,2. Nutným kritériem pro zařazení byla drogová kariéra odsouzeného v době před výkonem trestu odnětí svobody (záznamy drogové poradny a zdravotního střediska). Aby byla zachována homogenita obou vzorků, byl dalším kritériem i věk odsouzeného, ačkoliv podle Panovského a Čepeláka (1984) nemá věk podstatný vliv na percepci psychosociálního klimatu odsouzeným.

6.3 Administrace předvýzkumu I.

Během administrace jsme se snažili zachovávat standardní podmínky vyšetřování: skupiny maximálně 20 odsouzených, dostatečně velká místnost s vyloučením přítomnosti osob nezúčastněných na průzkumu a stejný standardní způsob předání instrukce a předložení formulářů.

Dotazník byl zadán pouze dobrovolníkům, kteří byli opakovaně ujištěni, že výsledky výzkumu jsou jen pro naše výzkumné účely, vedení věznice s nimi nebude seznámeno a nijak se zpětně represivně nedotknou jejich života.

Před administrací dotazníku byli všichni informováni o účelu testování a byla zdůrazněna jeho anonymita. Dotazníky byly vyplňovány pod šifrou (pro potřeby srovnání výpovědí probandů s časovým odstupem) a s uvedením věku probanda. Administrátor informoval probandy o délce dotazníku a způsobu jeho vyplňování. Délka administrace nebyla časově limitována (trvala cca 20 minut).

Odsouzení vyplňovali dotazník klidně, soustředěně a zodpovědně. Během vyplňování dotazníků (či po jeho skončení) docházelo k dotazům ohledně smyslu jednotlivých položek spíše výjimečně. Pokud se stalo, že respondenti požadovali (ojediněle) radu ohledně vol-

by odpovědi, byla jim pouze zopakována příslušná část instrukce.

Následně po skončení vyplňování byla s odsouzenými provedena diskuze na téma psychosociálního klimatu, která zpravidla vznikala spontánně a vycházela z položek dotazníku.

6.4 Zpracování dat předvýzkumu I.

Podle skórovacího klíče¹⁴ byly příslušným způsobem získány z jednotlivých formulářů hrubé skóry pro jednotlivé subškály. Četnosti odpovědí byly vyneseny do grafů (podrobněji: Dvořák, 2006). Grafy potvrdily normální rozložení hodnot. Výsledky z testování obou oddílů v listopadu 2005 a v červnu 2006 byly vzájemně porovnány pomocí subškálových průměrů vyjádřených v procentech (Dvořák, 2006).

Pro statistické zpracování dat získaných z administrovaných dotazníků byl vybrán *Studentův t-test*, který se užívá pro porovnání dvou nezávislých výběrů při normálním rozložení hodnot. Vlastní vyhodnocení pak proběhlo pomocí počítačového programu *Microsoft Excel*. Uvedení kompletní dokumentace testování hypotéz (4 testování x 10 subškál) by velmi znepřehlednilo tuto část práce, proto zde jen ve stručnosti uvedu základní výstupy předvýzkumu I. Podrobnější výsledky lze nalézt v již zmíněné diplomové práci (Dvořák, 2006).

6.5 Souhrn výsledků předvýzkumu I a jejich interpretace

Zjištění stavu psychosociálního klimatu na obou oddílech a jejich vývoj ve sledovaném období uvádíme v **následujícím souhrnu**:

- **V prvním šetření v 11/05** skupina odsouzených toxikomanů na oddíle SOVT a její psychosociální klima dává obraz motivujícího, iniciativního, angažujícího se a spontánního prostředí s důrazem na rozvoj vzájemných vztahů a osobní rozvoj odsouzených, s přiměřenou dávkou uspořádanosti a organizovanosti. Toto prostředí výrazně kontrastuje svým psychosociálním klimatem s oddílem OVT, který se vyznačuje nižší jasností programu, ale současně vyšší a častější kontrolou ze strany

¹⁴ Podrobnosti uvádíme v kapitole 5.6.1 *Způsob administrace dotazníku a znění instrukce*.

příslušníků vězeňské služby a větší represí vyváženou nízkou spontaneitou a malým důrazem na osobní rozvoj a vzájemné vztahy.

- **Ve druhém šetření v 6/06** zjišťujeme, že zatímco situace v oddíle OVT se prakticky nezměnila, na oddíle SOVT došlo k takovému posunu, že při vzájemném srovnání nalezneme dva oddíly s prakticky totožným schématem psychosociálního klimatu, který odpovídá původnímu obrazu OVT. Obraz uspořádaného, organizovaného, kontrolovaného prostředí s jasnými pravidly, ale s nevýrazným důrazem na osobní rozvoj odsouzených, s nízkou spontaneitou (otevřeného vyjadřování pocitů a postojů), případě SOVT zatím ještě s částečnou převahou v dimenzi vzájemných vztahů.

6.6 Vývoj oddílu SOVT - souhrn

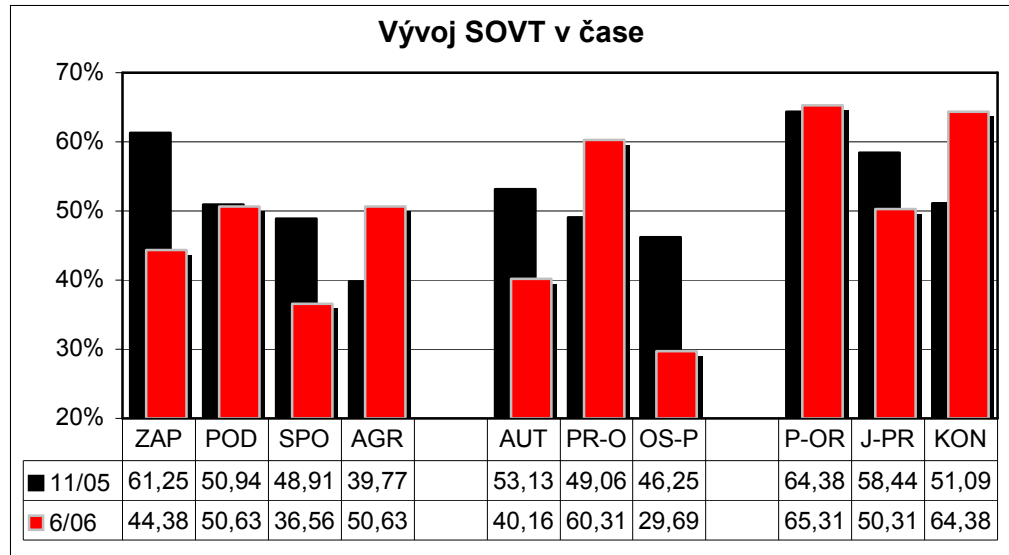
Ve sledovaném období došlo v našem vězeňství a zejména na specializovaných odděleních k výrazným organizačním změnám (podrobněji v teoretické části práce, kapitola: **2.6 *Současná situace na specializovaných odděleních***). Tyto změny se projeví v nesplněných očekáváních odsouzených ohledně účinnosti programu zacházení (nadměrná velikost pracovních skupin, formalismus a snížení kvality programu). Nesplněný očekávání spolu se snížením soukromí odsouzených a zvýšením represivních opatření se projeví v následujících subškálách psychosociálního klimatu:

- **Subškála „Zapojení do programu“ (ZAP):** Pokles subškály ZAP na oddíle SOVT během sledovaného období ukazuje na výrazné snížení chuti členů angažovat se v nových podmínkách v programu a projevit svoji vlastní iniciativu. Přestali si vážit toho, že jsou členy právě tohoto oddílu a dělají jen to, „co se jim řekne“ s cílem „nějak přežít výkon trestu“. Frekvence sociálních interakcí mezi jednotlivými členy oddílu se následkem ztráty intimity při vzrůstu počtu členů skupiny omezila.
- **Subškála „Projevování se - spontánnost“ (SPO):** Otevřené vyjadřování svých pocitů a otevřené jednání je u odsouzených vždy nižší, než mezi běžnou populací. Mezi odsouzenými toxikomany pak díky jejich extrémně paranoidnímu nastavení je tento rys zdůrazněn ještě daleko více. Vezmeme-li v úvahu, že míra spontánnosti klesá také s velikostí skupiny a s příchodem nových členů do skupiny, je s podivem, že rozdíl mezi stavem v této subškále v 11/05 a v 6/06 není ještě podstatně větší.

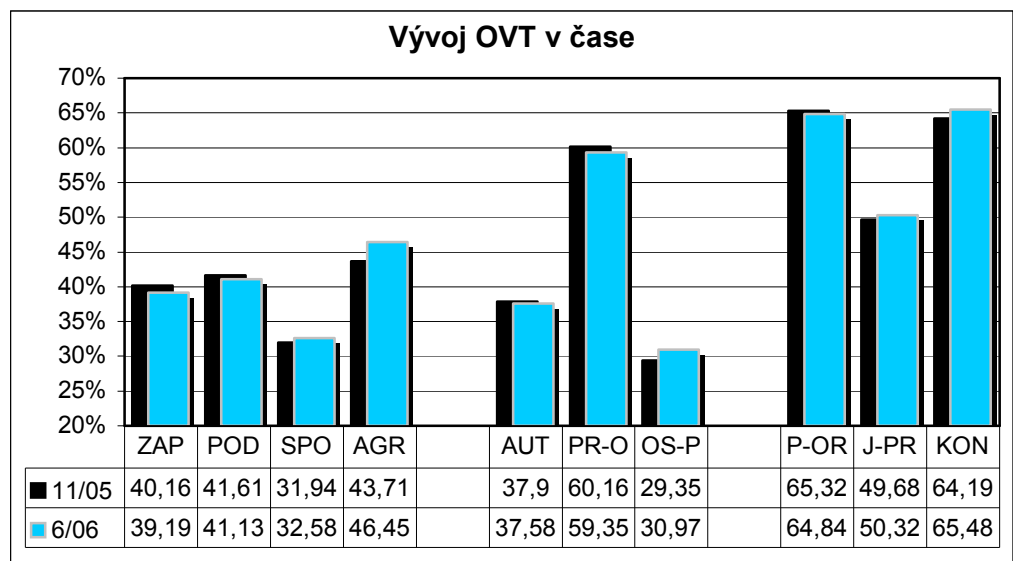
- **Subškála „Agrese“ (AGR):** Statisticky významný nárůst indexu AGR je z hlediska tolik diskutované prevence bezpečnosti pozoruhodný a alarmující. Rychlost a rozsah změn na oddíle SOVT (přeplněnost, zvýšená restriktce) v součtu s emoční nevyzrálostí, labilitou a impulzivitou drogově závislých může být odpovědí na tento fakt.
- **Subškála „Autonomie“ (AUT):** Subškála sleduje, jak se odsouzení ujmají úkolů souvisejících s fungováním oddílu, jak přebírají odpovědnost za svoje jednání a jak vyvíjejí iniciativu související s cíly programu. Pokles indexu AUT říká, že odsouzení na SOVT přestávají být motivováni k iniciativě, odpovědnosti za chod oddílu a svůj další osud, převládá pasivita a rezignace. Je to pochopitelné – sebemenší negativní změna má u populace drogově abundujících jedinců právě tento vliv: *„Skupiny závislých pacientů totiž bývají pasivnější než např. skupiny pacientů s neurózou“* (Nešpor – Csémy, 77).
- **Subškála „Orientace v osobních problémech“ (OS-P):** Index OS-P sleduje rozsah, v němž jsou odsouzení podněcováni k tomu, aby se zabývali svými osobními problémy a pocity. Je pravděpodobné, že nejde ani tak o snížení zájmu o osobní problémy, jako spíše o snížení potřeby tyto problémy prezentovat před ostatními. Subškála OS-P patrně úzce souvisí s *Dimenzí vzájemných vztahů*: na přeplněném neosobním oddíle je nejspíše odkrytí a přiznání osobních problémů vnímáno jako slabost, jako informace lehce zneužitelná a proto „je potřeba ji dobře tajit“. Ve skupinové psychoterapii je tento posun vyloženě kontraproduktivní.
- **Subškála „Praktická orientace programu“ (PR-O):** Subškála zjišťuje tlak personálu věznic na zvyšování všeobecného vzdělání odsouzených, a přípravu na budoucí život, tlak na vytyčování si určitých cílů a snahu o jejich dosažení. Nárůst indexu PRO je na první pohled paradoxní, ale pochopitelný. Při celkové ztrátě efektivity programu zacházení je „nutné“ formálně zachovat alespoň samotný program zacházení - sám pro sebe. Je tedy vyvíjen tlak na odsouzené, aby všechny aktivity prováděli pravidelně, důsledně a poctivě – byť beze smyslu.
- **Subškála „Kontrola ze strany příslušníků“ (KON):** Zjišťuje rozsah represivních opatření ze strany příslušníků, aby udrželi oddíl pod nezbytnou kontrolou. Nárůst indexu KON patrně odpovídá skutečnému stavu ve věznici, kdy v souvislosti se ztrátou samostatného postavení SOVT (a jeho zařazením pod běžný výkon trestu) došlo i na SOVT

k většímu důrazu na bezpečnost, jsou častěji prováděny prohlídky, namátkové kontroly stavu odsouzených (početní prověrky) na pracovištích apod.

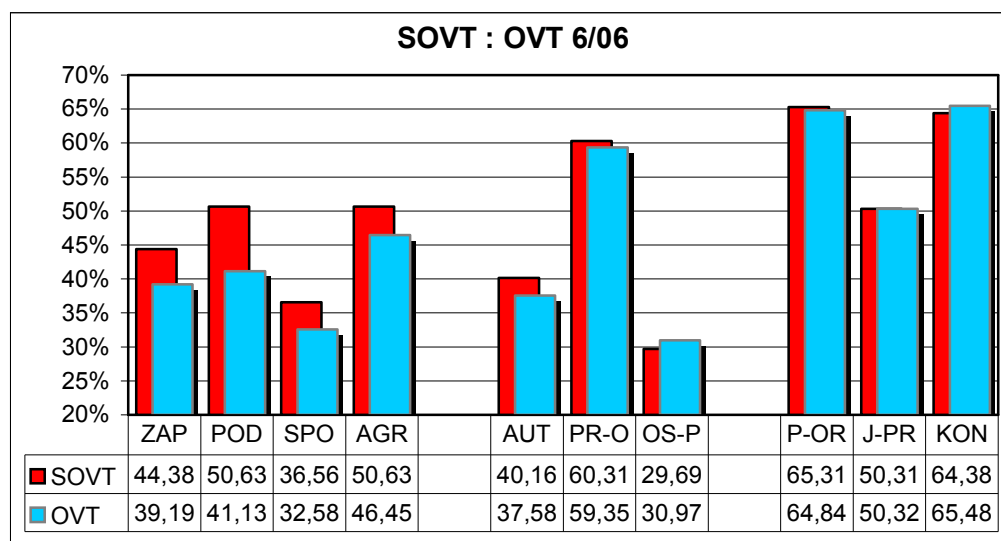
Graf č. 4: Porovnání oddílu SOVT při prvním a druhém testování (vývoj v čase).



Graf č. 5: Porovnání oddílu OVT při prvním a druhém testování (vývoj v čase).



Graf č. 6: Porovnání oddílu SOVT a OVT při druhém testování.



6.7 Závěr předvýzkumu I. pro účely této práce

Z pohledu této práce je důležitý zejména závěr předvýzkumu I. ohledně míry a vývoje subškály AGR dotazníku SPK: V subškále AGR došlo během sledovaného období k výraznému nárůstu na oddíle OVT, ale zejména na oddíle SOVT. Oddíl SOVT se tím přiblížil poměrům na oddíle OVT do té míry, že při druhém testování již v míře agrese podle dotazníku SPK nebyl mezi oběma oddíly statisticky významný rozdíl¹⁵.

¹⁵ **Pozn.:** V rámci předvýzkumu I při testování v 11/05 ani při testování v 6/06 nebyl zjištěn v hodnotách AGR mezi oddílem SOVT a OVT statisticky významný rozdíl. V obou případech však došlo k nárůstu hodnot v průběhu času mezi oběma testováními. Při srovnání hodnot z testování v 11/05 a 6/06 byla změna u SOVT (ze 40% na 51%) vyhodnocena jako statisticky významná, zatímco u OVT nebyl zjištěn statisticky významný vývoj hodnoty této subškály. Při druhém testování došlo tedy k přiblížení hodnot AGR na obou oddílech na prakticky totožnou úroveň.

7 Předvýzkum II (1/2011)

Výzkumný problém předvýzkumu II

V druhém předvýzkumu jsme navázali na výsledky předvýzkumu I. a zaměřili jsme se na subškálu AGR dotazníku SPK.

Pro účely hlavního výzkumu této práce bylo vhodné nejprve druhým předvýzkumem zmapovat, zda předpoklad vysoké hodnoty na subškále AGR zůstává pro oba oddíly na podobné, tedy na zvýšené úrovni, jako při předvýzkumu I a zda je stále rozdíl mezi oddílem OVT a SOVT statisticky nevýznamný.

7.1 Cíle a výzkumné otázky předvýzkumu II

Cílem empirického šetření předvýzkumu II bylo zmapovat aktuální situaci na SOVT a OVT z hlediska psychosociálního klimatu, ale již pouze z pohledu subškály AGR (agrese). Bylo tedy nutné vzájemně znovu srovnat oba oddíly v této proměnné a údaje získané tímto novým testováním porovnat s výsledky získanými pro škálu AGR v r. 2006.

Výzkumná otázka č. 1: Existuje v současné době rozdíl v psychosociálním klimatu z pohledu subškály AGR na oddílech SOVT a OVT?

- **H_{II10}:** Psychosociální klima na oddílech SOVT a OVT z hlediska subškály AGR se při testování v roce 2012 statisticky významně neliší.
- **H_{II1A}:** Psychosociální klima na oddílech SOVT a OVT z hlediska subškály AGR se při testování v roce 2012 statisticky významně liší.

Výzkumná otázka č. 2: Existuje rozdíl v psychosociálním klimatu z pohledu subškály AGR na oddíle SOVT mezi testováním v roce 2006 a v roce 2012?

- **H_{II20}:** Psychosociální klima na oddíle SOVT z hlediska subškály AGR se při testování v roce 2006 a 2012 statisticky významně neliší.
- **H_{II2A}:** Psychosociální klima na oddíle SOVT z hlediska subškály AGR se při testování v roce 2006 a 2012 statisticky významně neliší.

Výzkumná otázka č. 3: Existuje rozdíl v psychosociálním klimatu z pohledu subškály AGR na oddíle OVT mezi testováním v roce 2006 a v roce 2012?

- **H_{II30}**: Psychosociální klima na oddíle OVT z hlediska subškály AGR se při testování v roce 2006 a 2012 statisticky významně neliší.
- **H_{II3A}**: Psychosociální klima na oddíl OVT z hlediska subškály AGR se při testování v roce 2006 a 2012 statisticky významně neliší.

Administrace předvýzkumu II.

Administrace probíhala stejným způsobem, stejnou technikou, na stejných oddílech a dokonce i ve stejných prostorách za dodržení stejných podmínek, jako tomu bylo u předvýzkumu I. Proto odkazujeme na kapitolu *Administrace předvýzkumu I*.

7.2 Popis výzkumného vzorku - předvýzkum II

Vzorek předvýzkumu II odpovídal vzorku vlastního výzkumu, byl proveden na stejné skupině odsouzených. Proto odkazujeme na kapitolu *Popis výzkumného vzorku*.

7.3 Návratnost a filtr výběru zpracovaných dotazníků

Záznamové listy pro dotazníky SPK při předvýzkumu II byly součástí záznamových archů pro vlastní výzkum. Proto se o návratnosti a filtru zmíníme v kapitole *Návratnost a filtr výběru testových záznamů*.

7.4 Zpracování dat předvýzkumu II.

Vzhledem k tomu, že šlo o použití stejné techniky za stejných podmínek, byla také data zpracována totožným způsobem, jako tomu bylo v předvýzkumu I (blíže: kapitola **6.4 Zpracování dat předvýzkumu I**). Narozdíl od roku 2006, kdy jsme zpracovávali data kompletní pro škálu SPK (tedy četnosti pro všechny subškály), nyní jsme se zaměřili již jen na subškálu AGR, která nás zajímá z hlediska zaměření této práce. Chtěli jsme zachytit eventuelní dynamiku, tedy zjistit, zda v této škále došlo k významnější změně oproti stavu při provádění předvýzkumu 2.

Souhrnné četnosti odpovědí pro subškálu AGR dotazníku SPK vyjadřuje následující tabulka. Pro lepší přehlednost uvádíme paralelně v prvním sloupci též četnosti pro stejnou subškálu získané v roce 2006 v rámci předvýzkumu I:

Tab. č. 5: Souhrn četností pro oddíl SOVT a OVT a subškálu AGR (předvýzkum I a II).

	Předvýzkum I 6/2006	Předvýzkum II 1/2012
SOVT	648	671
OVT	576	653

Pro statistické zpracování dat získaných z administrovaných dotazníků byl opět vybrán *Studentův t-test*. Vlastní vyhodnocení pak proběhlo pomocí počítačového programu *Microsoft Excel*, stejně jako u předvýzkumu č. I.

7.5 Testování hypotéz předvýzkumu II

Testování hypotézy H_{II1} (srovnání SOVT a OVT 2012):

$$\begin{aligned} v &= 124 \\ t_{0,05} &= 1,96 \\ t &= 0,33 \\ t_{0,05} &> t \end{aligned}$$

OVT 11/05 a 6/06: Protože vypočtená hodnota t je nižší, než kritická hodnota na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, přijímám nulovou hypotézu H_{II1_0} a zamítám alternativní hypotézu H_{II1_A} : **Neexistuje statisticky významný rozdíl pro subškálu AGR mezi testováními na oddíle SOVT a OVT v 1/2012.**

Testování hypotézy H_{II2} (vývoj na oddíle SOVT):

$$\begin{aligned} v &= 124 \\ t_{0,05} &= 1,96 \\ t &= -0,46 \\ t_{0,05} &> t \end{aligned}$$

SOVT 6/06 a 1/12: Protože vypočtená hodnota t je nižší, než kritická hodnota na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, přijímám nulovou hypotézu H_{II2_0} a zamítám alternativní hypotézu H_{II2_A} : **Neexistuje statisticky významný rozdíl pro oddíl SOVT pro subškálu AGR při testování v 11/2005 a 1/2012.**

Testování hypotézy H_{II3} (vývoj OVT):

$$\begin{aligned} v &= 124 \\ t_{0,05} &= 1,96 \\ t &= -1,42 \\ t_{0,05} &> t \end{aligned}$$

OVT 6/06 a 1/12: Protože vypočtená hodnota t je nižší, než kritická hodnota na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, přijímám nulovou hypotézu H_{II3_0} a zamítám alternativní hypotézu H_{II3_A} : **Neexistuje statisticky významný rozdíl pro oddíl SOVT pro subškálu AGR při testování v 11/2005 a 1/2012.**

7.6 Souhrn výsledků předvýzkumu II a jejich interpretace

Zpracováním četností odpovědí dotazníku SPK, které sytí subškálu AGR, jejich vzájemným porovnáním pro oddíl SOVT a OVT a vzájemným porovnáním obou oddílů oproti stavu v roce 2006 jsme došli k závěru, že mezi oběma předvýzkumy nedošlo ani na jednom z obou oddílů ke statisticky významným změnám v indexu AGR.

Předvýzkum II prokazuje, že v současné době je rozdíl mezi oběma oddíly v subškále AGR statisticky nevýznamný, tzn. oba oddíly jsou z tohoto hlediska srovnatelné. Znamená to, že za uplynulé období od roku 2006 do roku 2012 nedošlo k významným změnám, které by měly za následek takovou změnu psychosociálního klimatu, aby se projevila v subškále AGR dotazníku SPK.

8 Postup a organizace sběru dat, administrace testu

Administrace proběhla společně s předvýzkumem II. Během administrace byly zachovány standardní podmínky vyšetřování: práce probíhala skupinově, po maximálně 15 respondentech, v dostatečně velké místnosti, každý proband měl svoje pracovní místo (stůl, židle, přiměřené osvětlení), s vyloučením přítomnosti osob nezúčastněných na průzkumu, byl zajištěn stejný způsob předání instrukce a předložení formulářů.

K výzkumu byli přizváni pouze dobrovolníci a ti byli opakovaně ujištěni, že výsledky výzkumu budou využity jen pro potřebu našeho výzkumu, vedení věznice s nimi nebude seznámeno a nijak se zpětně represivně nedotknou jejich života.

Záznamové archy byly vyplňovány anonymně, pouze s uvedením věku, který je nutný pro vyhodnocení. Administrátor informoval probandy o délce práce a způsobu vyplňování. Čas nebyl omezen, trval průměrně 55 minut.

Po vyplnění dotazníku SPK pro předvýzkum II¹⁶ byl respondentům předložen test CAE. Každý účastník výzkumu měl k dispozici sadu dvanácti pastelek a záznamový list obsahující seznam 49 podnětových slov prezentovaných ve standardním pořadí. Byla dodržena formulace instrukce doporučená autorem testu¹⁷.

Probandi vyplňovali dotazník a test klidně, soustředěně a zodpovědně. Během vyplňování docházelo k dotazům ohledně smyslu jednotlivých položek spíše výjimečně. Pokud se stalo, že respondenti požadovali (ojediněle) radu ohledně volby odpovědi, byla jim pouze zopakována příslušná část instrukce.

¹⁶ **Pozn.:** Způsob administrace předvýzkumu II byl stejný, jako v případě předvýzkumu I, neboť šlo o stejnou techniku i prostředí a byly dodrženy totožné podmínky zadání. Podrobnější informace lze nalézt v kapitole 6.3 Administrace předvýzkumu I.

¹⁷ **Pozn.:** podrobněji v kapitole 5.2.3 Způsob administrace CAE a znění instrukce.

9 Návratnost a filtr výběru testových záznamů

Vzhledem k organizaci administrace výzkumu byla návratnost testových materiálů 100%.

Na základě zkušeností s předvýzkumem I jsme raději nadhodnotili počet osob, které se účastnily výzkumného šetření, abychom následně mohli vyřadit neúplně či chybně vyplněný testový materiál. Původně jsme z každého oddílu testovali 70 odsouzených, celkem tedy 140 probandů. Testové materiály byly následně zkompletovány pro předvýzkum II (dotazník SPK) a vlastní výzkum (CAE). Při vyhodnocení jsme nebrali v úvahu záznamové listy s neúplnými nebo nesprávně zaznamenanými odpověďmi, např. pokud byly některé položky bez odpovědi. Vyřazeny byly i záznamové archy, ze kterých byla patrná zjevná nespolečná spolupráce (např. stereotypně se opakující jedna odpověď pro všechny položky). Zachovali jsme pouze ty testové materiály, kdy bylo možné použít ve spárovaném materiálu jak data získaná v dotazníku SPK, tak data získaná pomocí CAE.

Po tomto zásahu zůstalo z oddílu SOVT použitelných 67 záznamových archů a z oddílu OVT 63. Pro optimalizaci vzorku a jejich srovnatelnost se vzorkem původním při testování v rámci předvýzkumu I byly náhodným výběrem odstraněny celkem 4 záznamové archy a tím se vzorek probandů přiblížil předvýzkumu I i v tomto parametru.

Plná návratnost a relativně nízké procento nesprávně či neúplně vyplněných dotazníků a testových protokolů bylo patrně způsobeno dobrovolností, důkladným vysvětlením smyslu výzkumu, dodržením standardní instrukce, anonymitou, ale současně i kontrolou úplnosti vyplnění dotazníků při jejich odevzdávání. Také je pravděpodobné, že způsob administrace nebyl pro respondenty náročný a vyhovoval i intelektově subnormním jedincům.

10 Popis výzkumného vzorku

Vlastní výzkumné šetření bylo provedeno na dvou stejných skupinách respondentů, jako při předvýzkumu II.

Při výběru vzorku jsme vycházeli ze stejného principu tvoření vzorku jako při předvýzkumu I. Pokusili jsme se jednotlivé charakteristiky obou skupin co nejvíce přiblížit původnímu vzorku: délka trestu jednotlivých respondentů u obou skupin nepřekročila čtyři roky (v průměru byla tentokrát 26 měsíců, tj. o dva měsíce delší. Jednalo se o stejné oddíly, proto byla rovněž nejčastěji důvodem trestu obou skupin opakovaná majetková trestná činnost, vzácně (ve 4 případech) loupežné přepadení. O prvotrestané šlo výjimečně (5x). Z hlediska příslušnosti k etniku byli v obou skupinách zařazeni přibližně jedné čtvrtiny Romové.¹⁸ V obou skupinách bylo nejčastější vzdělání základní, často pak dokonce nedokončené základní, výjimečný byl ukončený učební obor bez maturity.¹⁹ Na oddílech jsme nezaznamenali žádné akutně probíhající duševní onemocnění, pro které bychom museli nějakého respondenta z výzkumného souboru vyloučit. Do vzorku nebyli zařazeni jedinci, u kterých od nástupu trestu uplynula kratší doba než 1 měsíc. Obě skupiny byly získána náhodným výběrem dobrovolníků z odsouzených zařazených na příslušný oddíl. Na oddíle SOVT byla podmínka drogové kariéry v době před nástupem do výkonu trestu splněna automaticky (je jí podmíněno zařazení na tento oddíl), na oddíle OVT byl proveden výběr pouze těchto odsouzených podle záznamů drogové poradny. Z důvodů vyšší homogenity obou vzorků byl dalším kritériem i věk odsouzených, stejně jako u předvýzkumu č. I.

Respondenti z oddílu **SOVT** (n=64) se pohybovali ve věkovém rozpětí 20-47 let, průměr 29,91 let při směrodatné odchylce 5,65, rozptylu 31,97 a mediánu 29.

Respondenti z oddílu **OVT** (n=62) se pohybovali ve věkovém 25-47 let, průměr 32,37 let při směrodatné odchylce 5,8, rozptylu 33,65 a mediánu 30.

¹⁸ **Pozn.:** Konkrétně šlo o zastoupení 15 Romů pro SOVT (24% vzorku) a 18 Romů pro OVT (29%).

¹⁹ **Pozn.:** Rozložení úrovně bylo následující: Na oddíle SOVT jsme zaznamenali u 52 (81%) respondentů vzdělání základní, v 11 případech (17%) nedokončené základní vzdělání a v jednom případě učební obor bez maturity. Na oddíle OVT pak v 56 (90%) případech vzdělání základní a v 6 (10%) případech nedokončené základní vzdělání.

11 Zpracování dat výzkumu a testování hypotéz

11.1 Zpracování testového materiálu: Program CAE

Ke zpracování dat získaných přiřazením barev k podnětovým slovům jsme použili počítačový program *Chromatický asociační experiment* firmy *Horkel Elektronik Test*, který zrychluje a zjednodušuje poměrně náročné vyhodnocení testu a umožňuje získat pro hodnocení klienta i takové podklady, jejichž manuální výpočet by byl příliš náročný a zdlouhavý.

Pomocí programu jsme tak získali číselné údaje o míře depresivity a agresivity u jednotlivých odsouzených, které jsme vyjádřili pomocí četností.²⁰

11.1.1 Výskyt agresivity

Dle testu CAE může agresivita nabývat hodnot od 0 do 13 bodů²¹.

Na oddíle SOVT bylo zjištěno, že z celkového počtu 64 respondentů se ve 31% případech hodnota agresivity nachází v pásmu normy (tj. nabývá hodnoty 0-3,5 bodu), u 5% v pásmu asertivity (4-4,5 bodu) a u 64% v pásmu agresivity (nad 5 bodů). Minimum hodnoty bylo 1,5, maximum 9,5, průměr 6,01 (zjevná agresivita) a medián byl roven 5,5 při rozptylu 8,8 a směrodatné odchylce $\sigma=2,84$.

Na oddíle OVT bylo zjištěno, že z celkového počtu 62 respondentů se ve 27% případech nachází hodnota agresivity v pásmu normy (tj. nabývá hodnoty 0-3,5 bodu), u 8% v pásmu asertivity (4-4,5 bodu) a u 65% v pásmu agresivity (nad 5 bodů). Minimum hodnoty bylo 1,5, maximum 9,5, průměr 6,15 (zjevná agresivita) a medián byl roven 5,5 při rozptylu 8,17 a směrodatné odchylce $\sigma=2,86$.

²⁰ **Pozn:** Uvedení kompletní tabulky četností by nadměrně zatížilo rozsah této práce, přičemž nezpracovaná data sama o sobě nemají velkou výpovědní hodnotu. Proto jsme se rozhodli ji nezařadit.

²¹ **Pozn:** Podrobnější informace o vyhodnocování agresivity v testu CAE včetně číselných rozmezí pro jednotlivá pásma uvádíme v kapitole CAE (podkapitola 5.2.4 *Způsob vyhodnocení a interpretace testu*).

Tab. č. 6: Výskyt agresivity na oddílech (vyjádřeno v absolutních číslech a v procentech, zaokrouhleno na celá čísla).

AGR	SOVT	OVT	Celkem
Pásmo (body)			
Norma (0-3,5)	20 (31%)	17 (27%)	37 (30%)
Asertivita (4-4,5)	3 (5%)	5 (8%)	8 (6%)
Agresivita (5 a více)	41 (64%)	40 (65%)	81 (64%)

11.1.2 Výskyt depresivity

Dle testu CAE může depresivita nabývat hodnot od -2 do 7 bodů.²²

Na oddíle SOVT bylo zjištěno, že z celkového počtu 64 respondentů se ve 14% případech hodnota depresivity nachází v pásmu normy (tj. nabývá hodnoty 0 nebo 1 bod), ve 47% respondentů v pásmu subdepresivního ladění (2-3 body) a u 30% respondentů v pásmu depresivního ladění (4-7 bodů). Celkem v 9% respondentů se vyskytla elevovaná nálada. Minimum hodnoty bylo -1, maximum 7, průměr 2,77 (subdepresivní ladění) a medián 3 (subdepresivní ladění) při rozptylu 4,05 a směrodatné odchylce $\sigma=2,01$.

Na oddíle OVT bylo zjištěno, že z celkového počtu 62 respondentů se v 18% případech hodnota depresivity nachází v pásmu normy (tj. nabývá hodnoty 0 nebo 1 bod), u 40% respondentů v pásmu subdepresivního ladění (2-3 body) a u 37% respondentů v pásmu depresivního ladění (4-7 bodů). Celkem u 5% respondentů se vyskytla elevovaná nálada. Minimum hodnoty bylo -1, maximum 7, průměr 2,77 (subdepresivní ladění) a medián 3 (subdepresivní ladění) při rozptylu 4,05 a směrodatné odchylce $\sigma=2,01$.

²² **Pozn:** Podrobnější informace o vyhodnocování depresivity v testu CAE včetně číselných rozmezí pro jednotlivá pásma uvádíme v kapitole CAE (podkapitola 5.2.4 Způsob vyhodnocení a interpretace testu).

Tab. č. 7: Výskyt depresivity na oddílech (absolutní čísla a v procentech – zaokrouhleno na celá čísla).

DEP			
Pásmo (body)	SOVT	OVT	Celkem
Norma (0-1)	9 (14%)	11 (18%)	20 (16%)
Subdepresivita (2-3)	30 (47%)	25 (40%)	55 (44%)
Depresivita (4-7)	19 (30%)	23 (37%)	42 (33%)
Elevace nálady (0 až -2)	6 (9%)	3 (5%)	9 (7%)

Získali jsme též data o dalších proměnných, které lze pomocí počítačového programu vyhodnotit a kvantifikovat: míra anxiety (ANX), dominance (DOM), egocentrismu (EGO), hypersenzitivity (HYS), nezralosti (NZR), emoční oploštělosti (OPL), tendenci k rizikovému chování (RIZ), míře sebehodnoty (SEH), intrapsychické tenzi (TNZ) a unavitelnosti (UNV). Jejich hodnoty v souhrnu vyjadřuje tabulka na následující straně.

Tab. č. 8: Další získané proměnné - kritérium pro hodnocení přítomnosti znaku (body) a souhrnné četnosti na jednotlivých oddílech.

	kritérium (body)	SOVT	OVT	CELKEM
ANX	3 a více	14 (22%)	15 (24%)	29 (23%)
DOM	4 a více	24 (38%)	36 (58%)	60 (48%)
EGO	1	46 (72%)	42 (68%)	88 (70%)
HYS	3 a více	5 (8%)	5 (8%)	10 (8%)
NZR	3 a více	27 (42%)	27 (44%)	54 (43%)
OPL	3 a více	18 (28%)	23 (37%)	41 (33%)
RIZ	1	48 (75%)	47 (76%)	95 (75%)
SEH nižší	2-3	18 (28%)	15 (24%)	33 (26%)
SEH vyšší	1	14 (22%)	15 (24%)	29 (23%)
TNZ	1	17 (27%)	12 (19%)	29 (23%)
UNV	5 a více	52 (81%)	52 (84%)	104 (83%)

8.2 Statistická analýza dat: Program SPSS 15.0

a) *Depresivita versus agresivita*

Údaje o depresivitě a agresivitě u jednotlivých respondentů jsme dále zpracovali prostřednictvím korelační analýzy v programu SPSS 15.0. Tím jsme zjišťovali, zda oba faktory mají vzájemný vztah a jak je tento vztah těsný.

K ověření síly korelace mezi proměnnými jsme použili parametrický způsob získání korelačního koeficientu (Pearsonův korelační koeficient). Mezi proměnnými předpokládáme lineární vztah, usuzujeme na jejich normální rozdělení a náhodný charakter, pevně danou nulovou hodnotu a rovnoměrný nárůst.

Ke zhodnocení síly korelace jsme vyšli z Chráska (2000) a hodnoty korelací interpretovali podle následující tabulky:

Tab. č. 9: Interpretace hodnot korelačního koeficientu (Chráska, 2000, s. 201).

Koeficient korelace	Interpretace
$ r = 1$	naprostá závislost (fčnı závislost)
$1,00 > r \geq 0,90$	velmi vysoká závislost
$0,90 > r \geq 0,70$	vysoká závislost
$0,70 > r \geq 0,40$	střednı závislost
$0,40 > r \geq 0,20$	nızká závislost
$0,20 > r \geq 0,00$	slabá (nepoužitelná) závislost
$ r = 0$	naprostá nezávislost

Nejprve jsme sledovali vzájemný výskyt agresivity (AG) a depresivity (DEP) u odsouzených na oddıle SOVT (n=64). Výpočet prokázal vysokou pozitivnı korelacı mezi oběma proměnnými.

Tab. č. 10: Agresivita (AG) a depresivita (DEP) u odsouzených na oddíle SOVTI (korelace je signifikantní na hladině $\alpha=0,01$).

	Oddíl SOVT	AG	DEP
AG	Pearson Correlation	1	,747
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	64	64
DEP	Pearson Correlation	,747	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	64	64

Dále jsme sledovali vzájemný výskyt stejných proměnných u odsouzených na oddíle OVT (n=62). Výpočet prokázal vysokou pozitivní korelaci mezi oběma proměnnými.

Tab. č. 11: Agresivita (AG) a depresivita (DEP) u odsouzených na oddíle OVT (korelace je signifikantní na hladině $\alpha=0,01$).

	Oddíl OVT	AG	DEP
AG	Pearson Correlation	1	,704**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	62	62
DEP	Pearson Correlation	,704**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	62	62

Vzhledem ke skutečnosti, že v obou případech jde o významnou a velmi podobnou korelaci mezi oběma proměnnými, rozhodli jsme se oba vzorky spojit do většího a zjistit korelaci obou proměnných u všech odsouzených uživatelů drog bez ohledu na umístění na ten který oddíl. Výpočet podle očekávání prokázal vysokou pozitivní korelaci mezi oběma proměnnými.

Tab. č. 12: Agresivita (AG) a depresivita (DEP) u odsouzených na obou oddílech (korelace je signifikantní na hladině $\alpha=0,01$).

	Oddíl SOVT+OVT	AG	DEP
AG	Pearson Correlation	1	,726**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	126	126
DEP	Pearson Correlation	,726**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	126	126

b) Agresivita versus další proměnné

Stejným způsobem jsme provedli výpočet korelačních koeficientů pro agresivitu a další osobnostní proměnné, které byly kvantifikovány pomocí programu CAE.

Tab. č. 13: Agresivita (AG) ve vztahu k dalším proměnným (korelace označená symbolem ** je signifikantní na hladině $\alpha=0,01$).

AG	ANX	DOM	EGO	HYS	NZR	OPL	RIZ	SEH	TNZ	UNV
Pc	,558**	,503**	-,046	,683**	,061	,814**	,054	-,748**	,022	,566**
Sig.	,000	,000	,607	,000	,500	,000	,549	,000	,808	,000
N	126	126	126	126	126	126	126	126	126	126

Výpočet prokázal:

- **Vysokou pozitivní korelaci** mezi agresivitou a emoční oploštělostí (0,81).
- **Vysokou negativní korelaci** mezi agresivitou a sebehodnotou (-0,75).
- **Střední pozitivní korelaci** mezi agresivitou a hypersenzitivitou (0,68), agresivitou a unavitelností (0,57), agresivitou a anxiitou (0,56) a agresivitou a dominancí (0,50).

- **Slabou pozitivní korelaci** mezi agresivitou a psychosociální nezralostí (0,06), agresivitou a tendencí k rizikovému chování (0,05) a agresivitou a intrapsy-
chickou tenzí (0,02).
- **Slabou negativní korelaci** mezi agresivitou a egocentrismem (-0,05).

c) Depresivita versus další proměnné

Následně jsme provedli výpočet korelačních koeficientů pro depresivitu a další osobnostní proměnné, které byly kvantifikovány pomocí programu CAE.

Tab. č. 14: Depresivita (DEP) ve vztahu k dalším proměnným (korelace označená symbolem ** je signifikantní na hladině $\alpha=0,01$).

DEP	ANX	DOM	EGO	HYS	NZR	OPL	RIZ	SEH	TNZ	UNV
Pc	,641**	,540**	-,132	,652**	,045	,731**	-,030	-,674**	,037	,555**
Sig.	,000	,000	,140	,000	,615	,000	,742	,000	,678	,000
N	126	126	126	126	126	126	126	126	126	126

Výpočet prokázal:

- **Vysokou pozitivní korelaci** mezi depresivitou a emoční oploštělostí (0,73).
- **Střední pozitivní korelaci** mezi depresivitou a hypersenzitivitou (0,65), de-
presivitou a anxiétou (0,64), mezi depresivitou a unavitelností (0,56) a depresi-
vitou a dominancí (0,54).
- **Střední negativní korelaci** mezi depresivitou a sebehodnotou (-0,67).
- **Slabou pozitivní korelaci** mezi depresivitou a psychosociální nezralostí (0,05)
a depresivitou a intrapsy-
chickou tenzí (0,04).
- **Slabou negativní korelaci** mezi depresivitou a egocentrismem (-0,13) a mezi
depresivitou a tendencí k rizikovému chování (-0,03)

8.3 Testování hypotéz

Testování hypotézy H1 (agresivita a depresivita na obou oddílech dohromady):

Pearson Correlation: 0,726**
Sig. (2-tailed): 0,000
N: 126
 $\alpha = 0,01$

Protože korelační koeficient r prokazuje vysokou závislost proměnných na hladině $\alpha = 0,01$, zamítáme nulovou hypotézu nezávislosti sledovaných veličin $H1_0$ a přijímáme alternativní hypotézu $H1_A$: **Existuje statisticky významná funkční závislost mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram.**

Testování hypotézy H2 (agresivita a depresivita na oddíle SOVT):

Pearson Correlation: 0,747**
Sig. (2-tailed): 0,000
N: 64
 $\alpha = 0,01$

Protože korelační koeficient r prokazuje vysokou závislost proměnných na hladině $\alpha = 0,01$, zamítáme nulovou hypotézu nezávislosti sledovaných veličin $H2_0$ a přijímáme alternativní hypotézu $H2_A$: **Existuje statisticky významná funkční závislost mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog na SOVT věznice Příbram.**

Testování hypotézy H3 (agresivita a depresivita na oddíle OVT):

Pearson Correlation: 0,704**
Sig. (2-tailed): 0,000
N: 64
 $\alpha = 0,01$

Protože korelační koeficient r prokazuje vysokou závislost proměnných na hladině $\alpha = 0,01$, zamítáme nulovou hypotézu nezávislosti sledovaných veličin $H3_0$ a přijímáme alternativní hypotézu $H3_A$: **Existuje statisticky významná funkční závislost mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog na OVT věznice Příbram.**

12 Souhrn výsledků výzkumu a jejich interpretace

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi výskytem agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog na specializovaném oddělení věznice Příbram.

Nejprve jsme pomocí dotazníku SPK (předvýzkum II) administrovaného na specializovaném oddělení výkonu trestu (SOVT) a na běžném oddíle výkonu trestu (OVT) ověřili, že na obou oddílech existuje pouze statisticky nevýznamná změna v hladině agrese (AGR) oproti stavu v roce 2006 (předvýzkum I). Vzájemným srovnáním hodnot pro oba oddíly jsme dále zjistili, že neexistuje statisticky významný rozdíl AGR mezi SOVT a OVT. Současná situace na obou oddílech věznice je tedy v tomto parametru totožná, jako v roce 2006.

Následně jsme na obou oddílech administrovali test CAE a pomocí něj nejprve zjistili výskyt agresivity (AG) a depresivity (DEP) na obou oddílech. Na SOVT bylo zjištěno, že 30% odsouzených vykazuje známky depresivity, subdepresivní ladění jsme našli dokonce u 47% odsouzených. Na oddíle OVT byly hodnoty v pásmu depresivity u 37% respondentů a hodnoty v pásmu subdepresivity u 40% respondentů. Smolík (2002) přitom uvádí, že prevalence deprese u mužů je 2-3%. Tento přibližně desetinásobný nárůst výskytu deprese ve srovnání s běžnou populací se dá vysvětlit zjištěním Němce (1993), Netíka (1997) nebo Putwaina a Sammonse (2002), že **uvěznění** často vede ke vzniku deprese. Velký vliv má pak jistě i fakt, že se jedná o **uživatele drog**, u kterých dochází často k hlubokým depresivním stavům, ale i agresi či autoagresi, jak uvádí Miovský (2003) nebo Nešpor se spoluautory (1996).

Poté jsme srovnali vzájemný výskyt agresivity a depresivity u odsouzených na obou oddílech. Z výsledků kvantitativní analýzy zjištěných hodnot vyplývá, že **výskyt agresivity a depresivity na obou oddílech** je ve velmi těsném funkčním vztahu – **vykazuje vysokou korelaci**. Nález koresponduje s tvrzením Rutze a spoluautorů (1999), že agresivita může být zejména u mužů projevem způsobu zvládnání deprese.

Vedlejším nálezem našeho šetření je současný výskyt **agresivity** a dalších sledovaných proměnných. Pro oba oddíly konstatujeme vysokou pozitivní korelaci mezi agresivitou a **emoční oploštělostí**, vysokou negativní korelaci mezi agresivitou a **sebehodnotou**, střední pozitivní korelaci mezi agresivitou a **hypersenzitivitou, zvýšenou unavitelností, anxiétou a dominancí**. Myslíme si, že vyjma dominance se jedná o projevy deprese tak, jak je uvádí

např. Smolík (2002), že korelace popsaných proměnných s agresivitou je spíše výrazem těsné korelace depresivity a agresivity. Dominanci pak je možné vnímat jako jeden z projevů agresivity a nejspíše proto dominance s agresivitou těsně koreluje.

Podobně jsme zjišťovali výskyt **depresivity** s dalšími sledovanými proměnnými. Nacházíme vysokou pozitivní korelaci mezi depresivitou a **emoční oploštělostí**, střední pozitivní korelaci mezi depresivitou a **hypersenzitivitou, anxiétou, zvýšenou unavitelností a dominancí** a střední negativní korelaci mezi depresivitou a **sebehodnotou**. Tento společný výskyt depresivity a jednotlivých jmenovaných proměnných (s výjimkou dominance) vysvětlujeme tím, že se jedná o příznaky deprese, jak bylo již výše popsáno. Popsaná korelace dominance s depresivitou je nejspíše důsledkem těsné korelace depresivity s agresivitou a jedná se tedy nejspíše o projev agresivity.

Překvapilo nás, že jak pro depresivitu, tak pro agresivitu nacházíme jen nízkou až slabou korelaci s intrapsychickou tenzí, psychosociální nezralostí, egocentrismem a tendencí k riziku, protože např. známky **zvýšené intrapsychické tenze** vykazuje na oddíle SOVT 27% a na oddíle OVT 19% respondentů, známky **nezralosti** na oddíle SOVT 42% a na oddíle OVT 44% respondentů, známky **egocentrismu** na oddíle SOVT 72% a na oddíle OVT 68% respondentů a známky **tendence k riziku** na oddíle SOVT dokonce 75% a na oddíle OVT 76% respondentů.

13 Diskuze

9.1 Cíl práce, výzkumný problém a výzkumná otázka

Empirickým šetřením jsme se pokusili zmapovat jedno z témat psychopatologie vězeňství v ČR: Agresivitu a depresivitu u odsouzených uživatelů drog. Zaměřili jsme se na specifika týkající se psychopatologie uvězněných uživatelů drog v kontextu vývoje vězeňství v ČR v posledních letech.

Hlavním cílem empirického šetření bylo prozkoumat výskyt agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog. Nejedná se o hlubokou a podrobnou analýzu. Jsme si vědomi, že téma je velice široké a závažné a že by si zasloužilo mnohem rozsáhlejší a hlubší zkoumání. Práce však přináší některé zajímavé poznatky z této oblasti.

Ve výzkumném šetření jsme se zabývali souvislostí výskytu depresivity (jako měřitelné míry poklesu forie) a agresivity (jako predispozice k agresivnímu jednání, tedy k agresi) u odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram.

Na základě analýzy zjištěných dat jsme dospěli k následujícím závěrům platným pro náš výzkumný soubor:

U odsouzených uživatelů drog na specializovaném oddělení výkonu trestu věznice Příbram (SOVT) přetrvává zhoršené psychosociální klima ve sledovaném znaku představovaném škálou agrese (AGR), která je vysoká, odpovídá standardnímu oddílu výkonu trestu (OVT) a odpovídá stavu v době prvního předvýzkumu, tj. před 6 lety (r. 2006).

U odsouzených uživatelů drog na SOVT i na OVT se ve vysoké míře vyskytuje současně agresivita a depresivita. Budeme-li depresivitu vnímat jako měřitelný projev probíhající deprese, míra předpokládané deprese na obou oddílech mnohonásobně přesahuje výskyt deprese v běžné populaci.

Zhodnotíme-li výsledky našeho šetření, jsme toho názoru, že výsledky výzkumný cíl naplnily a na výzkumnou otázku odpovídají: můžeme konstatovat, že u odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram se agresivita a depresivita se vyskytují ve zvýšené míře a jejich výskyt současně vykazuje statisticky významnou korelaci (vysokou funkční závislost).

9.2 Srovnání s jinými výzkumy

Není nám známa žádná práce, která by se výskytu agresivity a depresivity u odsouzených uživatelů drog věnovala či podobným způsobem mapovala tuto oblast. Jsou autoři (např. Putwain a Sammons, 2002), kteří se zabývají např. vyšším výskytem depresivity u odsouzených. Nešpor a spoluautoři (1996) nebo Miovský (2003) upozorňují na výskyt depresivity a agresivity u konzumentů drog. Další (např. Rutz a spoluautoři, 1999) poukazují na možné zvládnání deprese agresivním chováním. Řada autorů se tedy zabývá např. tématem deprese a depresivity nebo tématem agrese a agresivity samostatně a z různých úhlů pohledu, ale o vzájemné souvislosti témat nacházíme spíše okrajové zmínky, ať už v empirických šetřeních nebo v teoretických pracích.

Podobně i téma specializovaných oddělení a případně psychosociální klima věznice ve vztahu k vývojovým změnám vězeňství v ČR je spíše ojedinělé (např. Dvořák, 2006). Podílí se na tom určitě poměrně krátká historie trvání specializovaných oddělení, ale jistě i zrušení Penologického ústavu, jehož zaměstnanci se problematikou psychosociálního klimatu věznice již před více než čtvrt stoletím zabývali patrně jako poslední u nás (Panovský, Čepe-lák, 1984).

Vzhledem k tomu, že žádný z nám dostupných pramenů se nezabýval agresivitou a depresivitou podobným způsobem, jako tato práce, nemůžeme výsledky našeho šetření srovnávat s žádnými studii. Právě z důvodu ojedinělosti zaměření naší práce se domníváme, že výsledky našeho kvalitativního šetření mohou přispět k posunu ve výzkumné činnosti a mohou být např. výchozím zdrojem pro další výzkumy.

9.3 Soubor

Důvodem možného zkreslení výsledků může být složení výzkumného souboru. Empirické šetření bylo provedeno u dvou skupin odsouzených. Pro zachování homogenity vzorků bylo nutné použít metodu cíleného výběru, tzn. vybrat např. pouze odsouzené s délkou trestu do 4 let, vždy více než měsíc od nástupu trestu, pouze odsouzení s drogovou kariérou atd.

Není možné přesně stanovit, do jaké míry mohl např. požadavek odstupu více než jednoho měsíce od nástupu výkonu trestu ovlivnit výskyt depresivity (a případně jiných proměnných), když víme, že uvěznění se právě depresí často projevuje. Časový odstup tedy

pravděpodobně vede spíše k adaptaci a tudíž může vést i ke snížení výskytu deprese.

Podobně relativně vysoký výskyt romského etnika ve vzorku, vyšší, než v běžné populaci, mohl mít vliv na výskyt jednotlivých proměnných. Opět nám ale není známa studie, která by se zabývala zvládním uvěznění romským etnikem. Při vyloučení těchto osob ze vzorku by však byl počet účastníků kvalitativního výzkumu nedostatečný a zároveň by nerespektoval reálné etnické složení ve věznicích.

Vzdělání respondentů bylo ponejvíce pouze základní, ale často dokonce nedokončené základní. V tomto ohledu není jisté, do jaké míry ovlivňuje výše dosaženého vzdělání copingové mechanismy při zvládnání deprese.

Objektivní zhodnocení jednotlivých možných popsáných faktorů a jejich vlivu na výskyt proměnných však přesahuje možnosti této práce a bylo by vhodné se mu věnovat v rámci dalšího empirického šetření.

9.4 Použité techniky

Vnímáme, že na výsledcích výzkumného šetření se použité techniky podílí velmi významnou měrou. Jedním z důležitých faktorů je validita použitých technik.

Dotazník SPK, který jsme použili u obou předvýzkumů, vychází z dotazníku CIES. Vzhledem k tomu, že dotazník byl sestaven z položek již existujícího dotazníku určeného k měření psychosociálního klimatu ve věznici (CIES), můžeme předpokládat určitou úroveň *pojmové validity*. Pro potřeby této práce byla nutná úprava formulace jednotlivých položek. Ta však nenarušila jejich obsah a smysl (blíže v popisu této techniky, kapitola **5.1.5 Konstrukce vlastní verze dotazníku**). Proto předpokládáme zachování validity. *Reliabilita* české podoby Moosova dotazníku dle Panovského a Čepeláka (1984) byla zjišťována metodou *test – retest*. Autory byla konstatována dostatečná *stabilita* testu. *Ekvivalenci* nelze zjišťovat, neboť není k dispozici alternativní forma ani původního testu, ani formy SPK.

Validita testu CAE byla podrobně popsána v kapitole **5.2 CAE (Chromatický asoci- ační experiment)**. Nemáme tedy důvod o validitě tohoto testu pochybovat.

Dalším faktorem, který se mohl podílet na výsledku dat, jsou omezení daná charakteristikami techniky: Dotazníky, jak uvádí i Svoboda (1999), jsou zatíženy **subjektivitou** vý-

povědi vyšetřované osoby, mírou schopnosti **introspekce**, **ochotou** a **schopností sdělit informace** o sobě, možnost **záměrného zkreslení**, **jazykovou problematikou** (např. typu dvojitého záporu v češtině) apod., případně **nepochopením zadání** (osoba odpovídá, jaká by chtěla být, nikoliv, jaká je). K tomu přistupují další nevýhody plynoucí z charakteru penitenciárního prostředí, jako je **obecný sklon ke lhaní u odsouzených**, **nízký intelekt** a **snížené verbální schopnosti odsouzených**, případně až **jazyková bariéra** (prakticky čtvrtina vzorku je romské etnikum), **nízké vzdělání odsouzených**, nebo **vliv prostředí** a **paranoidní nastavení odsouzených** (blíže v kapitole *3.4.4 Penitenciární diagnostika agresivity*). Dotazníku SPK se týkaly limity dané prostředím i charakteristikou techniky. Pro CAE byly eliminovány obtíže charakteristické pro dotazník, ale zůstaly limity dané prostředím.

Tato omezení jsme si uvědomovali již před zahájením šetření, proto jsme kladli důraz na dobré navázání kontaktu s respondenty, důkladné vysvětlení a podrobnou instrukci, zachování standardních podmínek vyšetřování a stejný způsob administrace pro všechny respondenty, dále na anonymitu vyplňování, dobrovolnost a opakované ujištění, že výsledky výzkumu jsou jen pro potřebu výzkumu, vedení věznice s nimi nebude seznámeno a výsledky se nijak zpětně represivně nedotknou života respondentů.

9.5 Možnosti dalšího směru výzkumných šetření

Není jasné, do jaké míry se na sledovaných proměnných (zejména na agresivitě a depresivitě) a jejich hodnotách podílí fakt uvěznění, do jaké míry užívání drog a do jaké míry případně osobnostní charakteristika respondentů (a další jiné neznámé faktory). Tyto souvislosti se nám jeví podnětnými pro další výzkum. V této empirické práci je však nebylo možné vzhledem k jejímu rozsahu zahrnout do našeho výzkumu, přestože vnímáme, že odpověď na ně by byla jistě velmi důležitá.

Na základě provedeného empirického šetření tedy vidíme bohatý potenciál v dalším zpracovávání tématu podrobnějším výzkumem, který může být pojat např. jako:

- Srovnání odsouzených uživatelů drog se skupinou neodsouzených uživatelů drog.
- Srovnání odsouzených uživatelů drog s odsouzenými, kteří drogy neužívají.
- Srovnání výskytu stejných proměnných s jinou věznicí či jinými věznicemi.
- Ověření výsledků našeho šetření na větším vzorku.
- Ověření výsledků našeho šetření jinými technikami sledujícími stejné proměnné.

- Srovnání výsledků našeho šetření s podobným vzorkem s odstupem času ke sledování dynamiky stavu ve stejné věznici.
- Srovnání psychosociálního klimatu nebo výskytu agresivity a depresivity v časové studii, která by sledovala souvislost případných změn na specializovaném oddělení věznice Příbram, v celé věznici nebo celkově v našem vězeňství.

V průběhu času lze zohlednit i vliv dalších proměnných, např. množství a strukturu prováděných aktivit s odsouzenými, kvalifikovaný výběr odsouzených na oddělení atd., obsazenost věznic, množství financí nasměrované do vězeňství či na specializovaná oddělení, poměr zaměstnanců na jednoho odsouzeného, kvalifikovanou psychologickou péči a její dostupnost, dostupnost psychiatrické péče, prováděnou diagnostiku, prováděné terapie, užívání psychofarmak atd.

Další zpracování těchto témat by bylo užitečné také proto, že se v naší republice psychopatologii odsouzených výzkumy příliš nevěnují.

9.6 Využitelnost výzkumu v praxi

Je pravděpodobné, že deprese jako onemocnění není u odsouzených správně, včas a v dostatečné míře diagnostikována. Napovídají tomu nejen výsledky tohoto výzkumného šetření, ale také poznatky z praxe. V případě agresivních projevů odsouzeného následují ve věznici zpravidla represivní opatření. Navzdory tomu, že represe je velmi důsledná, naše empirické šetření ukazuje, že hladina agrese zůstává dlouhodobě na vysoké úrovni. Je tedy pravděpodobné, že samotná represivní opatření nebudou mít velký preventivní účinek, neboť se nezabývají příčinou agresivního chování. Jistě existují i jiné zdroje agrese u odsouzených, než je afektivní porucha, nicméně vysoké procento výskytu depresivity u odsouzených nelze ignorovat.

Domníváme se, že kdyby byla u odsouzených diagnostikována deprese včas, bylo by možné preventivně terapeuticky zasáhnout, ať už ve formě psychoterapie, farmakoterapie antidepresivy nebo v optimálním případě kombinací obojího a tím významně napomoci ke snížení výskytu mimořádných událostí na základě agresivního nebo autoagresivního jednání odsouzených. Je rovněž pravděpodobné, že tyto poznatky se týkají nejen odsouzených závislých na návykových látkách, ale obecně všech odsouzených. S opatrností (je nutné nejprve ověřit výsledky práce na odsouzených obecně) lze tedy využitelnost této práce rozšířit na celou po-

pulaci odsouzených.

Konkrétní využitelnost práce v praxi, pakliže ji shrneme do jednotlivých bodů, je následující:

- a) Využití výsledků empirické práce v podobě změny pohledu na agresivní projevy odsouzených, případně na agresivní projevy uživatelů návykových látek. Znalosti popsaného mechanismu zvládnání deprese je možné využít částečným upuštěním od represivních opatření po agresivních projevech odsouzených uživatelů návykových látek (resp. odsouzených obecně) a nahradit tato represivní opatření kvalitní psychodiagnostikou a následnou psychoterapií nebo farmakoterapií.
- b) Práce může být podkladem pro zdůraznění významu psychodiagnostiky odsouzených obecně a významu stanovení míry agresivity a depresivity již při nástupu do věznice a dále kdykoliv během výkonu trestu při agresivních projevech některého z odsouzených.
- c) Práce může být využita jako podklad při zvážení oprávněnosti a smysluplnosti současné koncepce bezpečnosti VS ČR, kde je prakticky jedinou prioritou zajištění tzv. *dynamické bezpečnosti*, to znamená nahrazování živé síly technikou (Jílek, 2004 nebo Sušánka, 2006). Mohla by podpořit některé hlasy (Hála, 2006), volající po změně současného stavu.
- d) Práce může být též podkladem pro možné koncepční změny na specializovaných odděleních, případně jako inspirace pro efektivní práci s drogově závislými odsouzenými.
- e) Využití práce spatřujeme též v možnosti formulace doporučení pro práci s odsouzenými, kteří vykazují známky agresivního chování, příp. známky deprese. Mohlo by se jednat o manuály pro lékaře věznic, pro psychology nebo pro pedagogy a vychovatele. Tím může dojít ke snížení výskytu tzv. mimořádných událostí. Toto opatření tedy může mít preventivní efekt a zvýší se tím i vnitřní bezpečnost věznic.
- f) Práce může být východiskem pro další možné studie zabývající se touto či podobnou tematikou.

III. ZÁVĚR

Tato práce navázala na informace získané předvýzkumem I, který byl proveden v roce 2006 a který konstatuje, že v průběhu roku 2006 došlo k výraznému zhoršení psychosociálního klimatu na specializovaných odděleních (Dvořák, 2006). Zhoršení klimatu předcházelo zrušení samostatného postavení specializovaných oddělení v rámci výkonu trestu koncem roku 2005. Od té doby, jak ukazuje předvýzkum II, až do současnosti je situace neměnná a např. ve škále agrese (SPK) prakticky odpovídá klimatu na standardním oddílu výkonu trestu (Dvořák, 2006).

V provedeném empirickém šetření jsme se pokusili zmapovat výskyt depresivity (jako měřitelné míry poklesu forie) a agresivity (jako predispozice k agresivnímu jednání, tedy k agresi) u odsouzených uživatelů drog ve věznici Příbram.

Na základě analýzy zjištěných dat jsme dospěli ke zjištění, že u odsouzených uživatelů drog na SOVT i na OVT se ve vysoké míře vyskytuje současně agresivita s depresivitou. Je-li depresivita projevem probíhající deprese, míra předpokládané deprese na obou oddílech mnohonásobně přesahuje výskyt tohoto onemocnění v běžné populaci. Současně však není tomuto zvýšenému výskytu deprese věnována dostatečná pozornost. Agresivní projevy jako možnosti zvládnání deprese nejsou diskutovány, není s nimi počítáno a agrese odsouzených je řešena represivními opatřeními.

K otázce diagnostiky deprese

Svou prací bychom chtěli poukázat na fakt, že v rámci vězeňství v ČR potřebná, pravidelná a účinná diagnostika deprese chybí, přestože se jedná o jedno z nejrozšířenějších onemocnění na celém světě (Křivohlavý, 2003). Vzhledem ke skutečnosti, že možná souvislost agrese a deprese je jen velmi málo frekventovaným tématem a není nám známa žádná další výzkumná práce, která by se v našich podmínkách touto problematikou zabývala v potřebném rozsahu, věříme, že výsledky naší práce mohou být prakticky využitelné. Otázkou zůstává, zda si poznatky najdou svoji cestu ke kompetentním pracovníkům a zda i tito pracovníci je budou ochotni začlenit do své práce.

K otázce diagnostiky psychosociálního klimatu ve věznicích

Psychosociální klima je pojem, který je v našem vězeňství spíše opomíjen. Je však zřejmé, že pokud by byla věnována diagnostice psychosociálního klimatu odpovídající pozornost, mohou být získané informace hodnotným a dobře využitelným východiskem pro zlepšení zajištění vnitřní bezpečnosti věznic a snížení výskytu mimořádných událostí.

K otázce budoucnosti specializovaných oddělení

Specializovaná oddělení by měla být místem, které umožňuje úzce specializovanou a vysoce odbornou práci s odsouzenými pro trestné činy spojené s užíváním drog nebo s drogovou minulostí. Měla by napomáhat i zmírnění negativních důsledků užívání drog, snižování rizika recidivy abúzu po propuštění a u ohrožených jedinců se pomáhat zabránit vzniku abúzu návykových látek přímo ve věznici.

V současné době však specializovaná oddělení svoji dřívější funkci neplní. Nabízí se tedy otázka, zda existence specializovaných oddělení v této podobě má svoje opodstatnění a zda není správnější neplýtvat prostředky na zajištění neefektivních aktivit v programu zacházení s odsouzenými uživateli návykových látek, neplýtvat financemi na ohodnocení speciálních pedagogů a psychologů na specializovaných odděleních a raději pouze zajistit výkon trestu standardním způsobem.

K otázce dalšího vývoje našeho vězeňství

Zatímco počet odsouzených rapidně stoupá, počet zaměstnanců VS ČR má klesající trend (Roční, 2010). Vězeňský systém v ČR je finančně na dně (Blanda, Prunerová, 2011). Česká republika se vzdaluje rozvinutým evropským zemím v poměru počtu vězněných osob na počet obyvatel a činí přibližně dvojnásobek, současně struktura ubytování neodpovídá zemím s rozvinutým vězeňským systémem (SRN, Holandsko, Francie, skandinávské země).

Vězeňská služba ČR řeší problém navyšováním kapacity ve všech věznicích a na všech odděleních, tedy i na odděleních specializovaného zacházení. Klade důraz především na bezpečnost výkonu trestu, kontrolní činnost, technický stav objektů, signálně zabezpečovací prostředky, výkon, výstroj a výzbroj příslušníků strážní, eskortní a dozorcí služby. Opoziční hlasy odborníků pracujících ve vězeňství (Hála, 2006) nejsou, a možná ani nemohou být vy-

slyšeny. Odsouzení reagují na zvýšení anonymity a nedůvěry mezi sebou větším formalizmem při vykonávání aktivit včetně psychoterapie. Rovněž zaměstnanci popisují snížení kvality práce s jednotlivými odsouzenými, snadno sklouzávají k rutině, při kterém se klade důraz zejména na „papírové“ vedení aktivit, ale nezáleží tolik na náplni aktivit samotných.

Za zvážení stojí přehodnocení skutečné platnosti koncepce našeho vězeňství, případně vypracování koncepce nové, s případným přihlédnutím k poznatkům získaným v této práci.

Závěrečné zhodnocení

Zhodnotíme-li výsledky našeho šetření, věříme, že cíl empirického šetření byl i přes diskutované limity naplněn.

Doufáme, že alespoň malým dílem tato práce mohla přispět k prozkoumání této dosud velmi opomíjené oblasti v našem vězeňství a že má svoji praktickou využitelnost v penitenciární psychodiagnostice, v zacházení s odsouzenými, v penitenciární prevenci či jako podklad nových koncepcí našeho vězeňství a že může být východiskem či srovnáním pro jiné studie podobného typu.

Na úplný závěr bychom chtěli vybídnout vězeňské zdravotníky, vězeňské psychology, vychovatele a pedagogy, kteří rozhodují o způsobu zacházení s odsouzenými, podílejí se na diagnostice, na výchově, provádějí terapii nebo se jen setkávají s agresivními projevy odsouzených, aby této skutečnosti věnovali pozornost.

IV. POUŽITÉ ZDROJE

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Anders, M. (2005a). Etiologie a patogeneze depresivní poruchy. In M. Anders, T. Uhrová & J. Roth, *Depresivní porucha v neurologické praxi* (pp. 43-58). Praha: Galén.
3. Anders, M. (2005b). Terapie depresivní poruchy. In M. Anders, T. Uhrová, & J. Roth, *Depresivní porucha v neurologické praxi* (pp. 59-109). Praha: Galén.
4. Angold, A. (1988a). Childhood and Adolescent Depression I. Epidemiological and Ethiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601 - 617.
5. Angold, A. (1988b). Childhood and Adolescent Depression II. Research in Clinical Population. *British Journal of Psychiatry*, 152, 476-492.
6. Atkinson, R.L., et al. (2003). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing.
7. Bajcura, L. (2004). Vězení, drogy a společnost v rozšířené Evropě. *České vězeňství*, 2, 10-11.
8. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. N. J.: Prentice Hall.
9. Beer, M. D., Pereira, S. (2005). *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada.
10. Bergmann, CH., Fröhlich, E. (1974). *Methodenspezifische Einflüsse bei der Messung von Gruppenatmosphäre und Socialverhalten des Leiters*. Jena: WAG.
11. Berkowitz, L. (1993). *Aggression its causes, consequences and control*. New York, NY: Mc-Graw-Hill.
12. Berkowitz, L. (1998). Affective aggression: The role of stress, pain, and negative affect. In R. G. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy* (pp. 49-72). San Diego, CA: Academic Press.

13. Blanda, R., Prunerová, M. (2011). Jaká bude budoucnost českého vězeňství? *České vězeňství, 1*, 15.
14. Breakwell, G.M. (1997). *Coping with aggressive behaviour*. Leicester: BPS Books.
15. Bricklin, B., Piotrowski, Z. A., Wagner, E. E. (1962). *The Hand Test: With special reference to the prediction of overt aggressive behavior*. Springfield: Charles C. Thomas.
16. Brown, T. M. (1992). *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek.
17. Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Willey.
18. Buss, A. H., Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 343-348.
19. Cohen, R. M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.
20. Čepelák, J. (1976). *Obraz abúzu drog a toxikománie u odsouzených. Bulletin Výzkumného ústavu penologického*. Praha: VÚP.
21. Čepelák, J. (1982). *Penitenciární psychologie: Díl 1 Úvod do penitenciární psychologie: Penitenciární psychologická diagnostika*. Praha: VŠ SNB.
22. Čermák, I. (1995). Princip specifičnosti při studiu agrese. *Čs. psychologie, 2*, 117-126.
23. Čermák, I. (1998). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta.
24. Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P. (2003). *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Sdružení SCAN.
25. Černíková, V. (1998). Drogová scéna v českých věznicích. *České vězeňství, 3*, 51.
26. Češková, E. (2001). Afektivní poruchy. In J. Raboch, & P. Zvolský, *Psychiatrie* (pp. 253-268). Praha: Galén.

27. Čírtková, L. (2004). *Forenzní psychologie*. Plzeň: Nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o.
28. Čírtková, L. (2006). *Policejní psychologie*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o.
29. Dlouhá, R. (2005). Vězeňská služba z ekonomického pohledu. *České vězeňství, 1*, 12-13.
30. Dobiáš (1984). *Speciální psychiatrie*. Praha: Avicenum.
31. Dollard, J. et al. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
32. Drvota, S. (1979). *Od zvířete k člověku*. Praha: Panorama.
33. Dvořák, L. (2006). *Psychosociální klima na Specializovaném oddělení věznice Příbram*. Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, filozofická fakulta, katedra psychologie, vedoucí práce PhDr. Miluše Urbanová.
34. Faldyna, Z. (2009). Psychiatrické konzilium a depresivní porucha. *Psychiatrie pro praxi, 3*, 135-138.
35. Florian, J.; Paclt, I. (1998). *Psychofarmakologie dětské deprese*. Praha: Grada, Inpress.
36. Fromm, E. (1997). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: Lidové noviny.
37. Gottfredson, M. R., Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
38. Grootheest van, D.S., Beekman A.T., Broese van Groenou M.I., Deeg D.J. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 7*, 391-398.
39. Hála, J. (2006). Dynamická bezpečnost. *České vězeňství, 1*, 33-34.
40. Haluzová, S. (2003). *Skupinová práce s odsouzenými*. Rigórní práce, Univerzita Karlova v Praze, filozofická fakulta, katedra psychologie.

41. Harrower, J. (1999). *Applying psychology to crime*. London: Hodder & Stoughton.
42. Harsa P., Žukov I., Csémy L. (2009). Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1, 20–26.
43. Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
44. Haškovcová, H. (2004). *Manuálek o násilí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů.
45. Hathaway, S. R., McKinley, J. C. (2000). *Minnesotský multifázový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum.
46. Hedlung, J. L.; Vieweg, B. W. (1979). The Hamilton rating scale for depression. *Journal of Operational Psychiatry*, 2, 149-165.
47. Heim, E. (1991). Job Stressors and Coping in Health Professions. *Psychotherapy Psychosom*, 55, 90-99.
48. Hospodka, M. (2006). K aktuální problematice výkonu vazby a trestu odnětí svobody. *České vězeňství*, 2, 10-12.
49. Höschl, C. (1997). Poznamenání ohněm: Normální a patologické nálady. *Vesmír*, 76, 125-128.
50. Höschl, C. (2002). Poruchy nálady (afektivní poruchy). In C. Höschl, J. Libiger, & J. Švestka, *Psychiatrie* (pp. 409-434). Praha: Tigris.
51. Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
52. Chráška, M. (2000). *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého.
53. Janata, J. (1999). *Agrese tolerance a intolerance*. Praha: Grada Publishing.
54. Janíček, J.; Höschl, C. (2004). *Kde bydlí lidské duše*. Praha: Portál.
55. Janík, A. (1989). *Speciální psychiatrie*. Praha: SPN.

56. Janoušek, J. (1988). *Sociální psychologie*. Praha: SPN.
57. Ježek, S. (2005). Diagnostika klimatu školy. Smysluplnost vs. srovnatelnost. In *Konference AŠP SR a ČR: Novinky v pedagogické a školní psychologii*. (pp. 30-36). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
58. Jílek, M. (2004). O českém vězeňství u Kulatého stolu 2004. *České vězeňství*, 5, 12-15.
59. Jílek, M. (2005a). Vězeňská služba v roce 2004. *České vězeňství*, 1, 15.
60. Jílek, M. (2005b). Vězení nejsou jen mříže (díl 7). *České vězeňství*, 2, 18-19.
61. Jílek, M. (2005/c). Vězení nejsou jen mříže (díl 10). *České vězeňství*, 6, 22-23.
62. Kadlecová, B. (1983). Charakteristiky klinických obrazů deprese v dětském věku. *Československá psychiatrie*, 6, 376-379.
63. Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
64. Kašička, F. (2000). *Drogy a jejich zneužívání ve vězeňském prostředí*. Bakalářská práce, Policejní akademie ČR v Praze, vedoucí práce PhDr. Vratislava Černíková, CSc.
65. Kollárik, T. (1990). Ke štúdiu sociálnej atmosféry v skupine. *Československá psychologie*, 6, 500-510.
66. Kollárik, T. (1992). *Sociálna psychológia*. Bratislava: SPN.
67. Krech, D., Crutchfield, R. S., Ballachey, E. L. (1962). *Individual in Society*. London: McGraw-Hill Book Company.
68. Křivohlavý, J. (1979). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing.
69. Kuchta, J., Válková, H. et al. (2005). *Základy kriminologie a trestní politiky*. Praha: C. H. Beck.

70. Kurzová H., Honzák R., Krombholz J. (2003): *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum.
71. Laňková, J. (2004). *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
72. Lovaš, L. (2008). Agrese. In J. Výrost, I. Slaměník, *Sociální psychologie* (pp. 267-284). Praha: Grada Publishing.
73. Lorenz, K. (1992). *Takzvané zlo*. Praha: Mladá fronta.
74. Maier M., Gansicke M., Gater, R., Rezaki M., Tiemens B., Urzua R. F. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 3, 241-52.
75. Malá, E. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Portál.
76. Maloney, M., Kranzová, R. (1996). *O úzkosti a depresi*. Praha: Nakladatelství Lidových novin.
77. Mentzos, S. (2005). *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál.
78. Měsíční statistika Vězeňské služby České republiky (2012). Praha: GŘ VS ČR.
79. Miovský, M. (2003). Halucinogenní drogy. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II.* (pp. 169-173). Praha: Úřad vlády ČR.
80. Mišovičová, E. (1982). *Zodpovednosť a jej vplyv na sociálno-psychologickú klímu a štrukturu pracovného kolektivu*. Praha: Institut řízení Praha.
81. Mitáš, V. (2005). Vězeňská služba si zaslouží uznání. *České vězeňství*, 4, 2-5.
82. Montgomery, S. A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
83. Montgomeryová, E (2005). Jen v bezpečných věznicích lze provádět kvalitní programy zacházení s odsouzenými. *České vězeňství*, 3, 8-9.

84. Moos, R. H. (1974). *The Social Climat Scales: An Overview*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
85. Moyer, K. E. (1968) *Personality and Assessment*. New York: Wiley.
86. Mravčík, V. a kol. (2005). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, odbor pro koordinaci protidrogové politiky, úřad vlády České republiky.
87. Nakonečný, M. (1967). *Úvod do sociální psychologie*. Praha: Univerzita Karlova.
88. Nakonečný, M. (1970). *Sociální psychologie*. Praha: Svoboda.
89. Nee, C. (2004). The offender's perspective on crime: methods and principles in data collection. In A. Needs & G. J. Towl, (Eds.), *Applying psychology to forensic practice* (pp. 3-17). Malden, MA; Oxford: BPS Blackwell.
90. Němec, J. (1993). *Psychopatie a kriminalita: Život ze dne na den*. Praha: Centurion.
91. Nešpor, K a kol. (1998). *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag.
92. Nešpor, K; Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí*. Praha: PCP.
93. Netík, K., Netíková, D., & Hájek, S. (1997). *Psychologie v právu: úvod do forenzní psychologie*. Praha: C. H. Beck.
94. Panovský, E.; Čepelák, J. (1984). *Technika měření psychosociálního klimatu v prostředí nápravně výchovného ústavu*. Praha: Správa sboru nápravné výchovy ČSR.
95. Parygin, B. D. (1981). *Socialno-psychologičeskij klimat kollektiva*. Leningrad: Nauka.
96. Persefona, o.s. (2010). *Pomoc obětem domácího násilí, sex. násilí a znásilnění*. Brno: Persefona.
97. Poněšický, J. (2004). *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton.

98. Praško, J. (1995). *Co dělat s velkým vnitřním kritikem, aneb jak krok za krokem bojovat s depresí*. Praha: PCP.
99. Praško, J. (1998). *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada Publishing.
100. Praško, J., Prašková, H (1990). Deprese a psychoterapie. *Československá psychologie*, 2, 120-127.
101. Putwain, D., Sammons, A. (2002). *Psychology and crime*. Hove: Routledge.
102. Raboch J., Zvolský P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum.
103. Raboch, J., Laňková, J. (2008). *Deprese: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
104. Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000): *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.
105. Rauchfleisch, U. (2000). *Doprovázení a terapie delikventů*. Boskovice: Nakladatelství Albert.
106. Roční statistika Vězeňské služby České republiky (2005). Praha: GŘ VS ČR.
107. Roční statistika Vězeňské služby České republiky (2010). Praha: GŘ VS ČR.
108. Rubin, K. et al. (1998). Intrapersonal and maternal correlates of aggression, conflict, and externalising problems in toddlers. *Child Development*, 6, 1614-1629.
109. Rushton, J. P., Fulker, D. W., Neale, M. C., Nias, D. K. and Eysenck, H. J. (1986). Altruism and aggression: The heritability of individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1192-1198.
110. Rutz, W., Walinder, J., Rhimer, Z., Pestality, P. (1999). Male depression-stress reaction combined with serotonin deficiency. *Lakartidningen*, 10, 1177-78.
111. Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Brno: Paido.

112. Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
113. Říčan, R. (1999). Frustrace z pojmu agrese. *Československá psychologie*, 2, 180-183.
114. Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
115. Sisel, J. (2004). Nejde jen o odvykání. *České vězeňství*, 6, 2.
116. Schönwälder, U.-M. (1972). *Führungsverhalten unter Belastung*. Jena: WAG.
117. Schmidbauer, W. (1994). *Psychologie lexikon základních pojmů*. Praha: Naše vojsko.
118. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
119. Sochůrek, J. (2000). Současná toxikomanická scéna vězněné kriminální populace. In A. Marešová, J. Sochůrek, J. Válková, *Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích* (pp. 95-101). Praha: IKSP.
120. Sochůrek, J. (2001). *Sociálně patologické jevy*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
121. Sochůrek, J. (2002a). *Nástin vybraných problémů forenzní psychologie I*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
122. Sochůrek, J. (2002b). *Nástin vybraných problémů forenzní psychologie II*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
123. Spurný, J.; Červený, V. (2007). *Násilí z pohledu společenských věd*. Praha: Policejní akademie.
124. Steck, P. (2008). *Diferenciální dotazník depresivity*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
125. Styx, P. (2003). *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.

126. Sušánka, V. (2006). O bezpečnosti věznic jednal management VS ČR. *České vězeňství, 1*, 5.
127. Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
128. Šafář, M. (1999). Některé aspekty agresivity ve vztahu k vybraným sportovním činnostem In Z. Hanzelová & H. Válková (Eds.), *Pohyb a zdraví* (pp. 497-501). Olomouc: Univerzita Palackého.
129. Ščepichin, V., Ščepichinová, G., Malá, K. (1995). *Chromatický asociační experiment: manuál k testu*. Trnávka: Horkel.
130. Šolcova, I., Kebza, V. (1996). Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie, 6*, 480 - 487.
131. Tedeschi, J.T., Felson, R. B. (1995). *Violence, aggression, and coercive actions*. Washington: APA.
132. Marvánová-Vargová, B., Pokorná, D., Toufarová, M. (2008). *Partnerské násilí*. Praha: Linde.
133. Tuček, J. (2002). Transkraniální magnetická stimulace. *Psychiatrie pro praxi, 3*, 121-123.
134. Uhrová, T. (2005). Definice základních pojmů a diagnostika. In M. Anders, T. Uhrová & J. Roth, *Depresivní porucha v neurologické praxi* (pp. 23-42). Praha: Galén.
135. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
136. Večeřová-Procházková, A. (2006). Stres, deprese a somatická onemocnění z pohledu psychoneuro-imuno-endokrinologie. *Psych@som, časopis psychosomatické medicíny, 4*, 142-143.
137. Vinař, O. (1995). Psychofarmaka, klinická psychofarmakologie. *Remedia, Supplementum II, 5*, 16-22.

138. Vinař, O. (2009). Deprese u somatických nemocných. *Medicína po promoci: časopis postgraduálního vzdělávání lékařů*, 5, 89-98.
139. Výrost, J.; Slaměnik, I. (2001a). *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Grada.
140. Výrost, J.; Slaměnik, I. (2001b). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.
141. Výrost, J., Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
142. Weller EB, Weller RA, Svadjian H. Mood disorders. In M. Lewis, (Eds), *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* (pp. 650–655) Baltimore: Williams and Wilkins.
143. West, D. J. (1963). *The habitual prisoner*. London: Macmillan.
144. Zimmelová, P. et al. (2006). *Domácí násilí: násilí na mužích a seniorech*. Praha, Kroměříž: Triton.
145. Zvolský, P. et al. (1997). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.
146. Zvolský, P. et al. (1996). *Obecná psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova.

V. SEZNAM PŘÍLOH

P1	Návaznost součástí SOVT Věznice Příbram	132
P2	Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9	133
P3	Algoritmus léčby deprese	134
P4	Původní znění otázek SPK.....	135
P5	Definitivní znění otázek dotazníku SPK	140
P6	Instrukce použitá v dotazníku SPK	145

P1 Návaznost součástí SOVT Věznice Příbram

Grafické znázornění prostupnosti **Specializovaného oddělení Věznice Příbram pro drogově závislé** v průběhu celého reedukačního působení na odsouzeného toxikomana (v původní podobě před rokem 2006):



- Do **centra substituční terapie** přichází odsouzený přímo, a to z indikace psychiatra (neprochází tedy standardním nástupním oddělením). Po absolvování substitučního programu pokračuje automaticky na oddíle specializovaného zacházení.
- Na **oddíl specializovaného zacházení** se může odsouzený dostat z centra substituční terapie, ale i výběrem na nástupním oddělení. Po přibližně ročním pobytu pokračuje pobyt na bezdrogové zóně 2.
- **Bezdrogová zóna 1** slouží pro odsouzené, kteří užívali drogu a nyní jsou motivováni k dobrovolné abstinenci, na **bezdrogovou zónu 2** jsou zařazeni odsouzení, kteří nejsou a nebyli uživateli drogy, ale lze je považovat za jedince ohrožené drogou.

P2 Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9

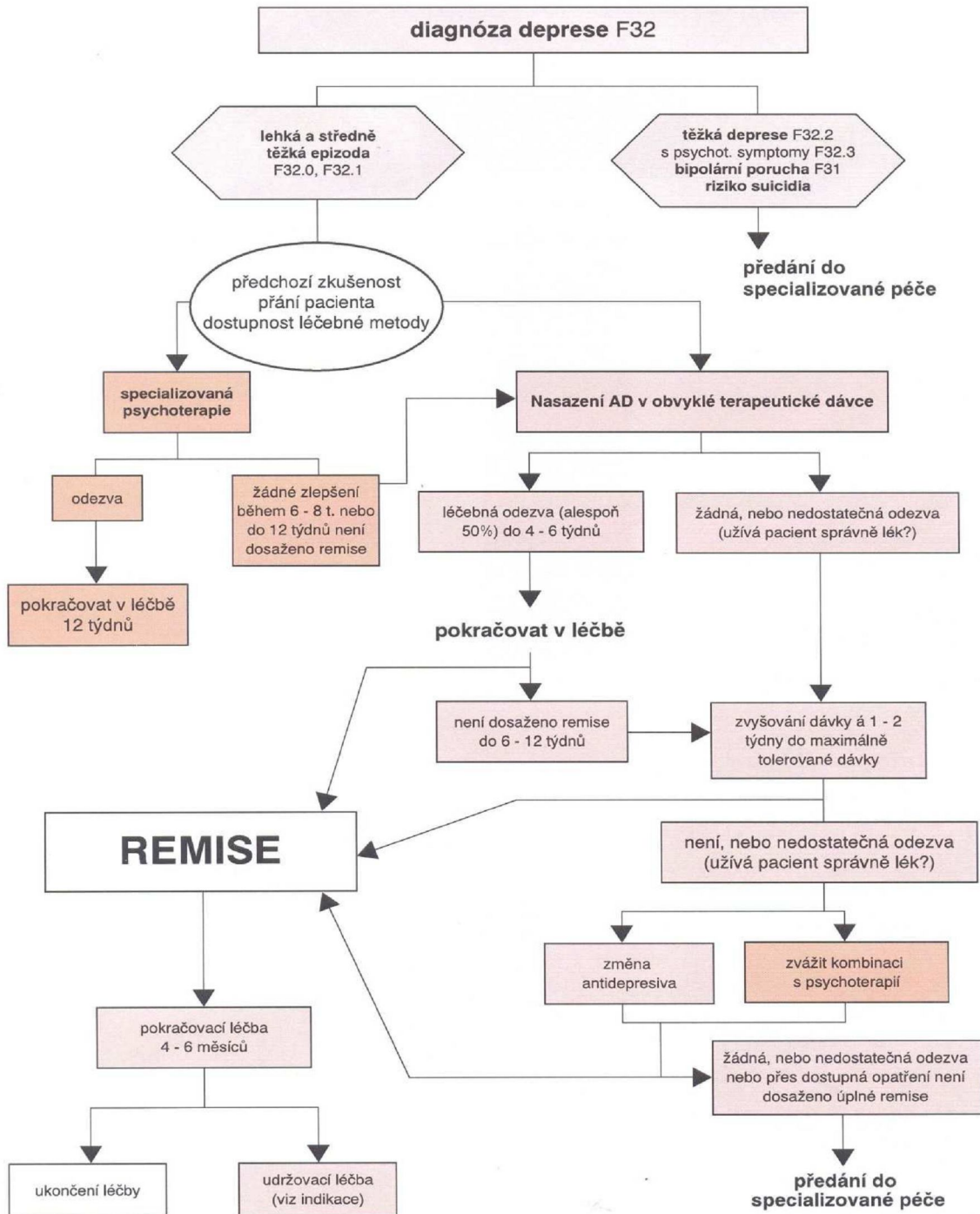
(Podle: Raboch a Laňková, 2008, s. 15)

Míváte během posledních 2 týdnů (nebo i déle) následující obtíže?	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času
1. Smutnou nebo pokleslou náladu, nebo pocity beznaděje?	0	1	2
2. Málo nebo žádnou radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?	0	1	2
3. Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení se nebo naopak nadměrné spaní?	0	1	2
4. Únavu nebo nedostatek energie?	0	1	2
5. Nechuť k jídlu nebo naopak přejídání?	0	1	2
6. Pocity vlastní nedostatečnosti nebo selhání nebo neúspěchu?	0	1	2
7. Potíže soustředit se - např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?	0	1	2
8. Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?	0	1	2
9. Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebýt nebo si dokonce vzít život?	0	1	2
Bodové skóre	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		
<p>Hodnocení tíže deprese podle bodového skóre: 0–4: žádná deprese 5–9: mírná deprese (F320) 10–14: středně těžká deprese (F321) 15–19: těžká deprese (F322) 20–27: velmi těžká deprese (F322)</p>			

P3 Algoritmus léčby deprese

(Podle: Laňková, 2004, s. 1)

ALGORITMUS LÉČBY DEPRESE V PRIMÁRNÍ PÉČI



P4 Původní znění otázek SPK

(Podle: Panovský, Čepelák, 1984)

1. Členové našeho kolektivu se mohou kdykoliv obrátit na vychovatele a říci mu, co mají na srdci
2. Pracovníci ústavu mají většinou málo času na to, aby nás pochválili (je-li to na místě)
3. Pracovníci ústavu, s nimiž přichází náš kolektiv do styku, kladou zvýšený důraz na to, abychom získali nebo si rozšířili pracovní kvalifikaci
4. Pracovníci ústavu dbají pečlivě na to, aby byli odsouzení čistí a upravení
5. Pracovníci ústavu, pracující s naším kolektivem, se zřídka kdy zajímají o naše osobní problémy
6. Členové našeho kolektivu vynakládají poměrně dosti úsilí ve všech činnostech, které se provádějí na oddělení v rámci kulturně výchovné práce
7. Na oddělení, kde je i náš kolektiv, je řada věcí špatně organizována, takže bývá někdy v některých věcech zmatek
8. Pracovníci ústavu důsledně kontrolují, jak plníme své povinnosti
9. Pracovníci ústavu, s nimiž přicházíme do styku, většinou odrazují odsouzené od jakékoliv kritiky a jakýchkoliv připomínek, týkajících se poměrů v našem kolektivu
10. Odsouzení jsou při individuálních nebo skupinových pohovorech většinou velmi neupřímní, neboť se bojí vyjádřit otevřeně své pocity a názory
11. Pracovníci ústavu, s nimiž je náš kolektiv ve styku, většinou rádi pomohou odsouzenému, neví-li si s něčím rady
12. Pracovníci ústavu se starají více o to, jak se odsouzení cítí nebo co si odsouzení myslí, než o to, jaké mají praktické problémy
13. Kulturní místnost bývá často v nepořádku nebo je používána k účelům, které s kulturně výchovnou činností nesouvisejí.
14. Výchovní pracovníci usilují o to, aby si členové našeho kolektivu vzájemně pomáhali při řešení osobních problémů (buď v rámci přátelských vztahů nebo spíše na besedách nebo schůzkách poradenských skupin, jejichž program je na řešení osobních problémů zaměřen)
15. Když dělají členové našeho kolektivu něco dobře, nenechají to výchovní pracovníci bez povšimnutí.
16. Mnohé poklesky členů našeho kolektivu, které by měly být projednány nebo i potrestány, unikají pozornosti pracovníků ústavu.
17. Výchovní poradci rádi přijímají naše podněty ke zlepšení situace v našem kolektivu
18. Členové našeho kolektivu si zřídka kdy pomáhají
19. Ve výchovných činnostech, kterých se účastníme, je věnována velká pozornost praktickým otázkám našeho života po propuštění na svobodu.
20. Členové našeho kolektivu mluví zřídka kdy o svých osobních problémech se spoluodsouzenými.

21. Mistři na pracovišti nám ochotně radí, jak se máme vyrovnat s pracovními problémy
22. Členové samosprávy mívají obvykle rozdílné názory na některé záležitosti, týkající se života našeho kolektivu
23. Pracovníci ústavu důsledně dohlížejí, jak je na ubytovnách pro odsouzené udržována čistota
24. Když odsouzení nesouhlasí v něčem s jinými členy kolektivu, obvykle svůj nesouhlas nevyslovují (ponechávají si svůj názor na věc pro sebe)
25. Většina pracovníků ústavu, s nimiž přicházíme do styku, má zájem o to, aby se nám v prvním období života na svobodě po propuštění z výkonu trestu dostalo pomoci
26. Pracovníci ústavu kladou nepatrný důraz na to, aby se odsouzení prakticky připravovali na život po propuštění na svobodu
27. Pracovníci ústavu pomáhají novým členům našeho kolektivu seznámit se s povinnostmi a problémy našeho kolektivu
28. Členové našeho kolektivu jsou často neupravení
29. Pracovníci ústavu mají zájem poznat pocity a duševní stavy odsouzených
30. Pracovníci ústavu nemívají vždy shodné názory na způsob jednání s odsouzenými.
31. Jestliže je odsouzený přemístěn na jinou ložnici nebo jiné oddělení (do jiného kolektivu) nebo přeřazen na jinou práci, někdo z pracovníků ústavu mu vždy vysvětlí důvod, proč se tak děje.
32. Kontrola chování odsouzených na pracovištích je nedůsledná
33. Pracovníci ústavu hodnotí kladně, mají-li členové našeho kolektivu zájem přijmout nějakou funkci
34. Členové našeho kolektivu jsou výchovnými pracovníky povzbuzováni, aby při výchovných pohovorech nebo na schůzce skupiny (besedě) vyjadřovali otevřeně své pocity a názory.
35. Pedagogové, psychologové a sociální pracovníci mají velmi málo času na to, aby se věnovali těm členům našeho kolektivu, kteří potřebují jejich pomoc.
36. Členové našeho kolektivu jsou povzbuzováni, aby se vážně zabývali plány do budoucna po propuštění na svobodu.
37. Pro náš kolektiv je organizováno málo takových kulturně výchovných akcí (besed, přednášek a diskuzí a zájmových kroužků), do nichž bychom se mohli aktivně a hlavně otevřeně zapojit (ne se jich účastnit jen pasivně)
38. Činnost na oddělení, kde je náš kolektiv, je pečlivě plánován a plán se dodržuje.
39. Členové našeho kolektivu si váží toho, že jsou právě v tomto kolektivu.
40. Pohádá-li se člen našeho kolektivu velmi hrubě s jiným, je jejich chování projednáváno výchovným pracovníkem nebo samosprávou (příp. na schůzce kolektivu nebo poradenské skupiny).
41. Na oddělení, kde je i náš kolektiv, jsou zavedeny takové způsoby výchovné práce, které nám pomáhají při řešení praktických problémů života na svobodě.
42. Naprostá většina pořádaných akcí (např. přednášek, besed apod.) je pro větší část členů našeho kolektivu nesrozumitelná.

43. Pracovníci ústavu používají své autority, je-li to zapotřebí.
44. Je velmi těžko říci, co si doopravdy myslí a co pociťují členové našeho kolektivu.
45. Rozumnější a uvážlivější členové našeho kolektivu pomáhají méně vyspělým při řešení jejich problémů.
46. Pracovníci ústavu povzbuzují náš zájem o skupinové činnosti (sportovní, kulturní, vzdělávací aj.)
47. Na oddělení, kde je náš kolektiv, je obvykle nepořádek
48. S vychovatelem se mluví o osobních problémech zcela otevřeně.
49. Pro náš kolektiv se organizuje málo takových akcí, které by upoutaly naši pozornost natolik, aby nás to nutilo přemýšlet a diskutovat o jejich obsahu.
50. Jestliže někdo z kolektivu poruší nějaký předpis (nějaké nařízení), je mu jasné, jak na to budou nadřízení reagovat.
51. Chování členů samosprávy není pracovníky ústavu tak důsledně kontrolováno jako chování členů našeho kolektivu.
52. V některých případech je dána členům našeho kolektivu možnost jednat samostatně, ne pouze podle pokynů a rozkazů.
53. Člen našeho kolektivu může říci bez obav a zcela upřímně vychovateli – v rozhovoru, o který požádal – že vůči němu nejednal spravedlivě.
54. Dost často není dodržován plán činnosti oddělení, v němž je náš kolektiv. Některé plánované akce se často přesouvají nebo se vůbec nekonají.
55. Na oddělení, kde je i náš kolektiv, se klade důraz na doplnění školního vzdělání.
56. Pracovníci ústavu, s nimiž je náš kolektiv ve styku, jsou sami příkladem čistoty a upravenosti.
57. Pracovníci ústavu se nezajímají o sexuální problémy odsouzených.
58. V našem kolektivu se vedou při přednáškách, besedách a na schůzkách poradenských skupin docela zajímavé a otevřené diskuse.
59. Členové našeho kolektivu zpravidla nevědí, jak je posuzují mistři – v čem je hodnotí kladně a v čem záporně.
60. Pracovníci ústavu nám málokdy poskytují možnost ujmout se dobrovolně nějaké činnosti a nést za ni zodpovědnost.
61. Pracovníci ústavu, pracující s naším kolektivem, většinou nechtějí uznat rozumné požadavky nebo návrhy, které přednesou odsouzení
62. Pracovníci ústavu berou ve výchovné činnosti málo zřetele na to, co budeme dělat po propuštění na svobodu.
63. Členové našeho kolektivu vyvíjejí poměrně dost úsilí, aby bylo v kolektivu přátelské ovzduší (bez závažných nedorozumění).
64. Výchovní pracovníci vedou členy našeho kolektivu k tomu, aby si vzájemně více rozuměli.
65. Členové našeho kolektivu neprojevují žádnou vlastní iniciativu pro zlepšení úrovně života v kolektivu; dělají prostě jenom to, co je jim nařízeno.

66. Naši výchovní pracovníci zastávají názor, že je užitečné diskutovat zcela otevřeně o různých závažných otázkách a názorech – i přit se o ně.
67. Členové našeho kolektivu jsou v pravidelných intervalech seznamováni s tím, jak je vychovatelé hodnotí.
68. Mnozí ústavní pracovníci mluví s odsouzenými familiárně (podomácku, zcela nenuceně, bez odstupu)
69. Pracovníci ústavu povzbuzují odsouzené, aby podávali návrhy na zlepšení chodu oddělení.
70. Členové našeho kolektivu povětšinou říkají, co si opravdu myslí – např. na skupinových besedách, při výuce občanské nauky apod.
71. Členové našeho kolektivu jsou vedeni k tomu, aby se naučili správným způsobem, jak řešit své osobní problémy, s nimiž se mohou setkat po propuštění na svobodu.
72. Práce na našem oddělení je vždy dobře organizována.
73. Odsouzení hovoří zřídka mezi sebou o svém sexuálním životě a o svých sexuálních problémech.
74. Většina členů našeho kolektivu se aktivně zapojuje do kulturně výchovných akcí, jejich cílem je příprava na život na svobodě.
75. Pracovníci ústavu, s nimiž přicházíme do styku, mění často názory na důležité záležitosti, týkající se našeho kolektivu.
76. Na pracovištích se soustavně kontroluje kvalita práce odsouzených.
77. Samospráva, působící v našem kolektivu, pracuje nedostatečně, neplní úkoly, které má plnit.
78. Členové našeho kolektivu mají většinou sklon skrývat před výchovnými pracovníky své pocity.
79. Většina pracovníků ústavu se nás snaží povzbudit a dodat nám životní odvahy.
80. Na našem oddělení je věnováno málo pozornosti tomu, abychom se naučili zvládat náročnou situaci, které bude před nás klást život na svobodě.
81. Náš kolektiv (aspoň většina jeho členů) usiluje o dobrou pověst.
82. Skupinové diskuse, které jsou organizovány na oddělení, povzbuzují odsouzené k tomu, aby se snažili pochopit pravé zdroje svých osobních problémů.
83. Členové našeho kolektivu nejsou dost snaživí a odpovědní při plnění svých úkolů na pracovišti
84. Když přijde nový odsouzený do našeho kolektivu, někdo z pracovníků ústavu mu vysvětlí, jaký je na oddělení (kde je náš kolektiv) režim a jaká činnost se tam vykonává, a co se tedy od něj očekává.
85. Jen málokdy začínají schůzky skupin s výchovnými pracovníky (či různé besedy, výuka apod.) se zpožděním.
86. Členové našeho kolektivu mají možnost říci své připomínky k tomu, co se děje na pracovišti.
87. Při skupinových pohovorech, besedách apod. příležitostech hovoří většina odsouzených velmi nerada o sobě samých.

88. Většina členů našeho kolektivu nemá zájem podávat nějaké návrhy a podněty ke zlepšení chodu oddělení nebo pracoviště.
89. Pracovníci ústavu vedou odsouzené k tomu, aby hlouběji porozuměli své povaze a pohnutkám svého chování.
90. Zneužívání, obstarávání nebo předávání alkoholu a drog (včetně léků a prostředků k fetování) uniká z větší části kontrole pracovníků ústavu.
91. Mezi členy našeho kolektivu bývají často spory a hádky
92. Členové našeho kolektivu si často tropí jeden z druhého kanadské žertíky
93. Většina členů kolektivu se chová k sobě ohleduplně
94. V našem kolektivu panuje většinou skryté napětí.
95. V našem kolektivu jsou nadávky na denním pořádku
96. Dost členů kolektivu se chová ke druhým násilně jen proto, aby se ukázali.
97. Silní jedinci („tvrdí chlapi“) mají v kolektivu přední postavení
98. Mezi členy našeho kolektivu panuje spíše nepřátelství, než přátelství
99. V našem kolektivu se téměř nevyskytují pomluvy
100. Většina členů našeho kolektivu si vzájemně nedůvěřuje
101. Velká část členů našeho kolektivu má stále podrážděnou náladu
102. Prostředí, v němž žijeme, provokuje k násilnému chování
103. Členové kolektivu si často navzájem vyhrožují
104. Členové kolektivu často proti sobě intrikují.
105. Mezi členy našeho kolektivu dochází jen zřídka ke sporům
106. Důležité je, aby člověk jednal tvrdě, jinak v kolektivu neobstojí
107. Někteří členové kolektivu se tu snaží ovládat druhé
108. V našem kolektivu se téměř nevyskytují rvačky
109. Ve vzájemných vztazích mezi členy kolektivu převládá násilí.
110. V našem kolektivu se téměř nevyskytují výbuchy zlé nálady.

P5 Definitivní znění otázek dotazníku SPK

1. Kdykoliv se můžeme obrátit na vychovatele a říci mu, co máme na srdci
2. Zaměstnanci věznice mají většinou málo času na to, aby nás pochválili (je-li to na místě)
3. Zaměstnanci, s nimiž přicházíme do styku, kladou zvýšený důraz na to, abychom získali nebo si rozšířili kvalifikaci
4. Zaměstnanci dbají pečlivě na to, aby byli odsouzení čistí a upravení
5. Vychovatelé na našem oddělení se zřídka zajímají o naše osobní problémy
6. Většina odsouzených na našem oddělení vynakládá poměrně značné úsilí ve všech činnostech na oddělení a v aktivitách programu zacházení, do kterých jsou zařazeni
7. Na našem oddělení je řada věcí špatně organizována, takže bývá někdy v některých věcech zmatek
8. Zaměstnanci věznice důsledně kontrolují, jak plníme své povinnosti
9. Zaměstnanci, s nimiž přicházíme do styku, většinou odrazují odsouzené od jakékoliv kritiky a jakýchkoliv připomínek, týkajících se poměrů na oddělení a ve věznici
10. Odsouzení jsou při pohovorech s vychovatelem a jinými zaměstnanci věznice většinou velmi neupřímní, bojí se vyjádřit své pocity a názory
11. Kterýkoliv zaměstnanec věznice většinou rád pomůže odsouzenému, neví-li si tento s něčím rady
12. Zaměstnanci se starají více o to, jak se odsouzení cítí nebo co si odsouzení myslí, než o to, jaké mají praktické problémy
13. Kulturní místnost bývá často v nepořádku nebo je používána k účelům, ke kterým není určena
14. Vychovatelé usilují o to, abychom si vzájemně pomáhali při řešení osobních problémů (buď v rámci přátelských vztahů, nebo na aktivech, jejichž program je na řešení osobních problémů zaměřen)
15. Když něco děláme dobře, nenechají to vychovatelé bez povšimnutí
16. Mnohé naše poklesky, které by měly být projednány nebo i potrestány, unikají pozornosti vychovatelů i dozorců
17. Vychovatelé a pedagogové rádi přijímají naše podněty ke zlepšení situace na oddělení
18. Na oddělení si zřídka vzájemně pomáháme
19. Ve vzdělávacích a speciálních aktivitách programu zacházení je věnována velká pozornost také praktickým otázkám našeho života po propuštění z výkonu trestu
20. Málokdy mezi sebou mluvíme o osobních problémech
21. Odsouzeným, zařazeným do práce, mistři ochotně radí, jak se vyrovnat s pracovními problémy
22. Naši vybraní zástupci (barákoví) při jednáních s vychovatelem nebo jinými zaměstnanci věznice mívají obvykle jiné názory na některé záležitosti, týkající se života na oddělení, než ostatní odsouzení

23. Zaměstnanci věznice důsledně dohlížíjí, jak je na ubytovnách pro odsouzené udržována čistota
24. Když odsouzený nesouhlasí v něčem s jiným odsouzeným, obvykle svůj nesouhlas nevyšloví (nechá si svůj názor na věc pro sebe)
25. Většina zaměstnanců, se kterými přicházíme do styku, má zájem o to, aby se nám v prvním období života po propuštění z výkonu trestu dostalo pomoci
26. Zaměstnanci většinou kladou jen nepatrný důraz na to, aby se odsouzení prakticky připravovali na život po propuštění z výkonu trestu
27. vychovatelé a dozorcí pomáhají novým odsouzeným zařazeným na naše oddělení seznámit se s povinnostmi a problémy, které u nás jsou
28. Odsouzení na našem oddělení jsou často neupravení
29. Zaměstnanci věznice mají opravdový zájem na poznání pocitů a duševního stavu nás, odsouzených
30. Všichni zaměstnanci nemívají vždy shodné názory na způsob jednání s odsouzenými
31. Jestliže je odsouzený přemístěn na jinou ložnici, jiné oddělení nebo vyřazen z práce, někdo ze zaměstnanců mu vždy vysvětlí důvod, proč se tak děje
32. Kontrola chování odsouzených zařazených do práce je na pracovištích nedůsledná
33. Vychovatelé hodnotí kladně, přijdou-li odsouzení s nějakou vlastní iniciativou
34. Jsme vychovateli a jinými zaměstnanci povzbuzováni, abychom při rozhovorech vyjadřovali otevřeně své pocity a názory
35. Pedagogové, psychologové a sociální pracovníci mají velmi málo času na to, aby se věnovali těm odsouzeným, kteří potřebují jejich pomoc
36. Odsouzení jsou povzbuzováni, aby se vážně zabývali plány do budoucna po propuštění z výkonu trestu
37. Je pro nás organizováno málo akcí, do kterých bychom se mohli aktivně a hlavně otevřeně při diskusích zapojit (ne se jich účastnit jen pasivně)
38. Činnost na našem oddělení a v aktivitách programu zacházení je pečlivě plánována a plán se dodržuje
39. Odsouzení zařazení na naše oddělení si váží toho, že jsou umístěni právě zde
40. Pohádá-li se odsouzený na našem oddělení velmi hrubě s jiným, je jejich chování projednáno vychovatelem nebo pedagogem na aktivu se všemi odsouzenými na oddělení
41. Na našem oddělení vychovatelé používají takové způsoby práce, které nám pomáhají při řešení praktických problémů života na svobodě
42. Naprostá většina akcí, kterých se účastníme, je pro větší část odsouzených nesrozumitelná
43. Zaměstnanci věznice používají své autority, je-li to zapotřebí
44. Je velmi obtížné říci, co si doopravdy myslí a cítí odsouzení na našem oddělení
45. Rozumnější a uvážlivější odsouzení na oddělení pomáhají méně zdatným při řešení jejich problémů

46. Zaměstnanci povzbuzují náš zájem o skupinové činnosti (sportovní, kulturní, vzdělávací aj.)
47. Na našem oddělení je obvykle nepořádek
48. S vychovatelem lze mluvit o osobních problémech zcela otevřeně
49. Organizuje se pro nás málo takových akcí, které by upoutaly naši pozornost natolik, aby nás to nutilo přemýšlet a diskutovat o jejich obsahu
50. Jestliže odsouzený poruší nějaký předpis (nějaké nařízení), je mu jasné, jak na to bude reagováno
51. Chování určených zástupců odsouzených (barákových) není tak důsledně kontrolováno jako chování ostatních odsouzených
52. V některých případech je dána odsouzenému možnost jednat samostatně, ne pouze podle pokynů a rozkazů
53. Na našem oddělení můžeme v rozhovoru, který si vyžádáme, říci vychovateli bez obav a zcela upřímně, že vůči nám nejednal spravedlivě
54. Dost často nejsou dodržovány plánované aktivity. Některé akce se často přesouvají nebo se vůbec nekonají
55. Na našem oddělení se klade důraz na rozšiřování znalostí odsouzených
56. Zaměstnanci věznice, se kterými jsme ve styku, jsou sami příkladem čistoty a upravenosti
57. Zaměstnanci věznice se nezajímají o sexuální problémy odsouzených
58. Na aktivech našeho oddělení a v aktivitách programu zacházení se vedou docela zajímavé a otevřené diskuse
59. Odsouzení zařazení do práce zpravidla nevědí, jak je posuzují mistři – v čem je hodnotí kladně a v čem záporně
60. Je nám málokdy poskytnuta možnost ujmout se dobrovolně nějaké činnosti a nést za ni odpovědnost
61. Vychovatelé, pedagogové ani další zaměstnanci věznice většinou nechtějí uznat rozumné požadavky nebo návrhy, které přednesou odsouzení
62. V programech zacházení se bere jen málo zřetel na to, co budeme dělat po propuštění z výkonu trestu
63. Odsouzení zařazení na naše oddělení vyvíjejí poměrně dost úsilí, aby u nás bylo přátelské ovzduší (bez závažných nedorozumění)
64. Vychovatelé nás vedou k tomu, abychom si vzájemně více rozuměli
65. Odsouzení na našem oddělení neprojevují žádnou vlastní iniciativu pro zlepšení úrovně života na oddělení; dělají prostě jen to, co je jim nařízeno
66. Naši vychovatelé zastávají názor, že je užitečné diskutovat zcela otevřeně o různých závažných otázkách a názorech – i přít se o ně
67. Jsme pravidelně seznamováni s tím, jak nás vychovatelé hodnotí
68. Mnozí zaměstnanci věznice mluví s odsouzenými familiárně (podomácku, zcela nenuceně, bez odstupů)

69. Vychovatelé nás povzbuzují, abychom podávali návrhy na zlepšení života na oddělení
70. Odsouzení na našem oddělení, jak je znám, většinou říkají, co si opravdu myslí
71. Jsme vedeni k tomu, abychom se naučili správným způsobům řešení svých osobních problémů, se kterými se můžeme setkat po propuštění z výkonu trestu
72. Činnosti na našem oddělení jsou vždy dobře zorganizovány
73. Odsouzení mezi sebou hovoří o svém sexuálním životě a o svých sexuálních problémech zřídka
74. Většina odsouzených z našeho oddělení se aktivně zapojuje do aktivit, jejichž cílem je příprava na život po propuštění z výkonu trestu
75. Zaměstnanci věznice, se kterými přicházíme do styku, mění často názory na důležité záležitosti týkající se našeho oddělení
76. Na pracovištích se soustavně kontroluje kvalita práce tam zařazených odsouzených
77. Vybraní zástupci odsouzených na našem oddělení pracují nedostatečně, neplní úkoly, které mají plnit
78. Odsouzení na našem oddělení mají většinou sklon skrývat před vychovateli a pedagogy své pocity
79. Většina zaměstnanců věznice se nás snaží povzbudit a dodat nám životní odvahy
80. Na našem oddělení i v aktivitách programu zacházení je věnováno málo pozornosti tomu, abychom se naučili zvládat náročné situace, které před nás bude klást život po propuštění z výkonu trestu
81. Odsouzení na našem oddělení (alespoň jejich většina) usiluje o jeho dobrou pověst
82. Aktivity s odsouzenými organizované na našem oddělení a vybrané aktivity programu zacházení povzbuzují odsouzené k tomu, aby se snažili pochopit pravé zdroje svých osobních problémů
83. Odsouzení zařazení do práce zpravidla nejsou dost snaživí a odpovědní při plnění zadaných úkolů
84. Když přijde na oddělení nový odsouzený, vychovatel mu vysvětlí, jaký je na oddělení režim a co se tedy od něj očekává
85. Jen málokdy začínají různé aktivity se zpožděním
86. Odsouzení zařazení do práce mají možnost říci své připomínky k tomu, co se na jejich pracovišti děje
87. Při skupinových aktivitách hovoří většina odsouzených velmi nerada o sobě samých
88. Většina odsouzených nemá zájem podávat nějaké návrhy a podněty ke zlepšení života na oddělení (nebo na pracovišti, pokud jsou zařazení do práce)
89. Zaměstnanci věznice vedou odsouzené k tomu, aby hlouběji porozuměli své povaze a pohnutkám svého chování
90. Zneužívání, obstarávání nebo předávání alkoholu, drog a jiných nepovolených věcí (mobilní telefony apod.) uniká z větší části kontrole zaměstnanců věznice
91. Na našem oddělení bývají často spory a hádky
92. Na oddělení si často jeden odsouzený druhému provádí kanadské žertíky

93. Většina odsouzených na oddělení se k sobě chová ohleduplně
94. Na našem oddělení panuje většinou skryté napětí
95. Na našem oddělení jsou nadávky na denním pořádku
96. Dost odsouzených se chová ke druhým násilně jen proto, „aby se ukázali“
97. Silní jedinci mají na našem oddělení přední postavení
98. Na oddělení panuje mezi odsouzenými spíše nepřátelství, než přátelství
99. Na našem oddělení se téměř nevyskytují pomluvy
100. Většina odsouzených na oddělení si vzájemně nedůvěřuje
101. Velká část odsouzených na našem oddělení má stále podrážděnou náladu
102. Samo prostředí, v němž na oddělení žijeme, provokuje k násilnému chování
103. Odsouzení si na oddělení často navzájem vyhrožují
104. Odsouzení na oddělení proti sobě často intrikují
105. Na našem oddělení dochází jen zřídka ke sporům
106. Důležité je, aby člověk jednal tvrdě, jinak na oddělení neobstojí
107. Někteří odsouzení na oddělení se tu snaží ovládat druhé
108. Na našem oddělení se téměř nevyskytují rvačky
109. Ve vzájemných vztazích na našem oddělení převládá násilí
110. Na našem oddělení se téměř nevyskytují výbuchy zlé nálady

P6 Instrukce použítá v dotazníku SPK

Kromě slovní instrukce si mohli respondenti ještě znovu před vyplněním přečíst důležité údaje z instrukce v záhlaví dotazníku a podle potřeby se k nim opakovaně vracet i během vyplňování:

Instrukce: Dotazník je anonymní, nepodepisujte se. Nespěchejte, na vyplnění máte dost času. Přečtěte si jednotlivé věty z uvedeného seznamu a u každé z nich posuďte, zda vy-
stihuje společenské ovzduší na Vašem oddělení, ve Vaší věznici.

-Pokud podle Vás věta **platí** (nebo do velké míry platí), **zakroužkujte** písmeno **(P)**

-Pokud věta **neplatí** (nebo téměř neplatí), **zakroužkujte** písmeno **(N)**