

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**MOŽNOSTI PREDIKCE AGRESE U PSYCHIATRICKÉ  
POPULACE PROJEKTIVNÍMI METODAMI**

**POSSIBILITY OF AGGRESSION PREDICTION IN PSYCHIATRIC PATIENTS  
BY PROJECTIVE TESTS**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Martin Dušák  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

**2017**

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Možnosti predikce agrese u psychiatrické populace projektivními metodami“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 19. března 2017

.....  
Bc. Martin Dušák

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D., za ochotu a cenné připomínky při psaní této práce i při studiu základů Rorschachovy metody.

Dále děkuji všem účastníkům výzkumu, především personálu a pacientům Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské, Psychiatrické nemocnice Bohnice a Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, a to za jejich vstřícný přístup a umožnění realizace výzkumu.

V neposlední řadě děkuji také rodičům, přátelům a všem, kteří mě podporovali během celého studia.

## Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část .....	6
1 Definice pojmů .....	6
2 Formy agrese.....	7
3 Teorie agrese.....	9
3.1 Biologické determinanty agrese .....	10
3.2 Sociální determinanty agrese .....	12
4 Psychodynamika agrese .....	14
5 Agrese u psychických poruch .....	19
6 Psychologická diagnostika agresivity ve smyslu osobnostního rysu.....	28
6.1 Rorschachova metoda .....	28
6.2 Hand test .....	37
6.2 Další metody .....	40
7 Společensko-právní aspekty agresivních psychiatrických pacientů .....	43
7.1 Společenské aspekty.....	43
7.2 Právní aspekty .....	45
Výzkumná část.....	47
8 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky.....	47
8.1 Výzkumný problém.....	47
8.2 Výzkumné cíle .....	47
8.3 Výzkumné otázky.....	48
9 Sběr dat a výzkumný soubor.....	49
9.1 Klinická populace.....	49
9.2 Neklinická populace.....	51
10 Použité metody.....	54
11 Způsob zpracování dat .....	58
12 Etika výzkumu .....	59
13 Výsledky .....	60
13.1 Deskriptivní statistika.....	60
13.2 Inferenční statistika .....	68
13.3 Odpověď na výzkumné otázky .....	73
14 Diskuze.....	74
15 Závěry .....	78
16 Souhrn .....	79
Seznam použitých zdrojů a literatury .....	83
Přílohy .....	92

## Úvod

*„Jsem člověk, nic lidského mi není cizí“ - Terence*

Agrese je nedílnou součástí lidského života. Její projevy jsou tak různorodé, tak jako lidé sami. Jeden ji projeví jako asertivitu při hledání zaměstnání, druhý křikem na druhého a další ve rvačce před hospodou. Agrese se může projevovat jako sociálně akceptovatelné chování, stejně tak jako zavrženíhodné až trestné.

V této práci se budeme soustředit právě na ty projevy agrese, které nejsou v mezích normy, na formy patologické. Budeme tak činit v kontextu duševních nemocí – jak může agrese ovlivňovat prožívání nebo jak duševní nemoc může měnit regulaci agrese.

Východiskem práce je současná společenská situace, kdy byli psychiatričtí pacienti, někdy právem, někdy neprávem, dáváni do souvislosti s útoky či napadením. V několika případech došlo i k zabití lidí. Vzpomeňme na kauzy např. z Horní Břízy, Uherského Brodu nebo Žďáru nad Sázavou. Dochází tak často ke stigmatizaci pacientů a vytváření negativního obrazu o psychiatrické péči.

K našemu zkoumání jsme zvolili projektivní metody. Je to jednak z důvodu zájmu autora práce o tyto metody, a dále se pak tyto metody jeví jako ideální při posouzení agresivních tendencí, jelikož nám umožňují nahlédnout do méně vědomých vzorců lidského chování.

Výzkum agrese je v psychologii velmi hojný, stejně tak možnosti jejího posouzení projektivními metodami. V českém prostředí se však podrobnější výzkum, který by využíval všech dostupných škál, dosud neobjevil.

# Teoretická část

## 1 Definice pojmů

Jednotná teorie agrese v současnosti neexistuje, z literatury je patrná její multidimenzionální podmíněnost, především pak biologickými, psychickými a sociálními faktory. Definice **agrese** je obecně přijímána např. v tomto znění: „*manifestní pozorovatelné chování vedené úmyslem poškodit jiný organizmus (člověka nebo zvíře) anebo neživotný předmět.*“ (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002, 166). Zdůrazňována pak bývá především záměrnost tohoto chování. S agresí jsou spjaty další pojmy, které bývají někdy zaměňovány či používány jako synonyma, uvádíme zde proto jejich definice:

- **Agresivita** „*je určitá vlastnost, povahový rys. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učením) i psychosociálně (emoční oblast a vliv vnějšího prostředí). Tato vlastnost je u každého člověka ve větší nebo menší míře obsažena*“ (Harsa, Žukov, & Csémy, 2009, 20). Obecně lze tedy považovat agresivitu za rys osobnosti, který je předpokladem agresivního chování.
- **Hněv** je emocionální doprovod některých typů agrese, obvykle prožívaný jako nelibý pocit. Sám o sobě není okolí škodlivý, avšak může být spojen s nejrůznějšími psychosomatickými doprovody a následky (Willantová, 2014).
- **Hostilita** je chápána jako obecné negativní vztahování se k jedinci i ostatním lidem. Je pro ně typické, že ostatní lidé jsou vnímání pouze kriticky a negativně (Čermák, 1999; Valentová, 2013).
- **Násilí** definuje Meloy (2004, 192) jako „*chování, které zahrnuje použití zjevné aplikace či výhružky, které s největší pravděpodobností povede k zranění člověka.*“ Odlišuje tak násilí a agresí v tom smyslu, že agrese může obsahovat složku násilí, není to však podmínka. Naproti tomu násilí musí nutně obsahovat agresivní složku.
- **Asertivita** naproti tomu je formou neagresivního sebeprosazení. Je jí možné považovat za sociálně přijatelnou formu projevení agresivity. Jedná se o schopnost prosadit své názory, tak aby byly v rámci existujících zákonů (Čermák, 1999; Výrost & Slaměnik, 2008).

## 2 Formy agrese

Agrese může nabývat mnoha forem, a tak se i v literatuře objevuje velká spousta jejího dělení a rozlišení. Za podstatné lze považovat dělení agrese na plánovanou, impulzivní a psychotickou. (Höschl et al., 2002; Látalová, 2013; Siever, 2008).

**Plánovaná** agrese povětšinou není reakcí na aktuálně působící stres, není doprovázena silnými emocemi (hněv, strach) a není reakcí na frustraci (Siever, 2008). Tato forma agrese je také nazývána jako predátorská, instrumentální či proaktivní. Predátorská agrese je společná jak lidem, tak zvířatům. Je podmíněna obživným pudem a slouží především k získání potravy (Orel, 2016). V normě ji můžeme také považovat za formu chování s cílem přežít ve svém prostředí. Nebo například může být přítomna ve snaze dosažení určitého cíle, např. fotbalista fauluje protihráče, aby zabránil vstřelení branky. Patologicky se projevuje jako agresivní chování samo pro sebe, bez zjevného racionálního cíle.

**Impulzivní** agrese je naproti tomu doprovázena zvýšenou aktivací autonomního nervového systému a je provázena silnými emocemi. Nejčastěji ji považujeme za reakci na aktuálně působící stres. Můžeme se s ní setkat pod názvy reaktivní, afektivní nebo hostilní agrese. Impulzivní agrese se stává patologickou ve chvíli, kdy je podnět způsobující agresi nepřiměřený v reakci na ni (Siever, 2008). Hranice toho, kdy je agrese již patologická, není jasně daná a vždy závisí na více faktorech a individuálním posouzení případu (Orel, 2016; Siever, 2008).

Látalová (2013, 81) k tomuto dělení řadí agresi **psychotickou**. Tato agrese je přímo spojena s akutní psychotickou symptomatikou. Její původ je možné hledat v imperativních halucinacích, paranoidních halucinacích nebo kognitivních distorzích.

Vanko a Hapčová (2013) uvádějí ještě **tyranizování** jako specifickou formu agrese. Jde o plánovanou destruktivní agresi, pro kterou je charakteristické opakované ubližování druhé osobě. Vyznačuje se nerovností mezi vykonavatelem agrese a obětí, která není schopna se bránit.

Vanko a Hapčová (2013) dále uvádějí dělení agrese na základě dalších kritérií, které vychází mj. z práce s metodou Hand test:

- podle **směru**
  - autoagrese (proti sobě),
  - heteroagrese (proti druhým),
- podle **způsobu útočení**
  - přímá,
  - nepřímá (zástupná),
- podle **aktivity a retroaktivity**
  - reaktivní,
  - proaktivní (viz impulzivní – plánovaná),
- podle **stupně společenské závažnosti**
  - potlačená,
  - slovní,
  - proti věcem,
  - proti živým organizmům,
- podle **času**
  - aktuálně probíhající,
  - anticipační (proběhne v budoucnu),
  - ex post (již v minulosti, proběhla).

Můžeme ještě dále doplnit podle Pechové (2011) o další dělení:

- fyzická – verbální,
- benigní – maligní (destruktivita),
- individuální – meziskupinová.



### 3 Teorie agrese

Existují spousta teorií agrese, některé vycházejí z více biologických předpokladů, jiné akcentují spíše vztahové příčiny. V následující kapitole je více rozebrána psychoanalytická (či psychodynamická teorie) agrese. Zde je v tabulce č. 1 uveden stručný přehled teorií, které se nějakým způsobem agresí věnují.

Tab. 1 Přehled teorií agrese

Teorie	Autor	Definice
Biologická teorie	Charles Darwin	Agrese jako přirozená součást lidského chování (Crook, 1983).
Etologická teorie	Konrad Lorenz	Agrese je odvozená na instinktu, nejedná se o reakci na vnější podmínky (Lorenz, 1992).
Frustrační teorie	John Dollard a Neal Miller	„Výskyt agrese vždy předpokládá existenci frustrace, a naopak, existence frustrace vždy vede k určité formě agrese“ ((Miller, 1941, 1 in Plháková, 2006, 164).
Psychoanalytické teorie	Sigmund Freud	Agrese vychází z nevědomí, buď z konfliktů, v pozdější revizi teorie z pudů (Freud, 1999).
	Erich Fromm	Agrese je společná zvířatům i lidem, pouze lidé jsou však schopni maligní (destruktivní) agrese, která vrozená není (Fromm, 1997).
	Alfred Adler	Agrese jako kompenzace pocitu méněcennosti (Drapela, 2003).
	Karen Horney	Agrese jako reakce na bazální anxieta, nejistotu (Horney, 2000).
Teorie sociálního učení	Albert Bandura	Agrese jako naučené chování skrze pozorování, či skrze přímou zkušenost (Výrost & Slaměnik, 2008).
Teorie posilňování instrumentální agresivní odpovědi	Arnold H. Buss	Agrese jako instrumentální nástroj, který je využit v sociálním kontextu k dosažení cíle (Buss, 1961).

### 3.1 Biologické determinanty agrese

Některé aspekty agrese je možné považovat za vrozené a některé za získané, v této části si blíže rozebereme ty vrozené, biologické determinanty.

- **Heredita**

V literatuře je obecně přijímán fakt, že sklony k agresivním projevům se do jisté míry dědí (Čermák, 1999; Látalová, 2013).

Výzkum na švédské populaci ukázal, že sklony k násilí jsou ze značné části determinovány rodinnými vztahy, a to jak z biologického, tak environmentálního hlediska. V tomto výzkumu bylo zkoumáno celkem 12,5 milionů osob z období let 1973–2004 a měřítkem agrese bylo odsouzení za násilný trestný čin (Frisell, Lichtenstein, & Långström, 2011).

Rhee a Waldman (2002) provedli metaanalýzu 51 studií, které se zabývaly dvojčaty a adaptovanými dětmi. Podle jejich statistického modelu je možné pomocí genetických faktorů vysvětlit 32 % rozptylu, pomocí sdíleného prostředí poté 16 % a nesdíleného prostředí 43 % rozptylu, zbylých 9 % jsou ostatní biologické vlivy.

- **Pohlaví, chromozomy**

Ze statistických údajů vyplývá, že muži se dopouštějí v drtivě většině častěji trestné činnosti, jsou zodpovědní přibližně za 90 % násilné trestné činnosti (Nedbalová, 2012).

Z genetického hlediska se potvrzuje vliv chromozomu Y na mužskou agresi, zejména pak v případě mužů s nadbytečným chromozomem, tedy konfigurací XYY. V běžné populaci se nadbytečný chromozom Y vyskytuje v poměru 1:550, kdežto ve vězeňském prostředí je tento poměr mezi 1:35 až 1:100 (Čermák, 1999). Přítomnost nadbytečného chromozomu má za následek nadměrnou produkci mužských hormonů, což vede i k tvorbě více maskulinního charakteru. Tyto osoby mají více svalové hmoty, větší tělesnou hmotnost. Jak Čermák (1999) poznamenává, tyto rysy nemusí nutně vést k antisociálnímu chování, avšak v kombinaci se zkušeností může postupně vzniknout pro daného jedince funkční vzorec chování: násilí jako dosažení svého cíle.

U žen se zkoumal vliv mutací nepřítomnosti jednoho chromozomu X (XO) nebo přítomnosti tří X chromozomů. Výsledky studií však nejsou tak průkazné, jako u těch mužských (Čermák, 1999).

- **Hormony**

V kontextu agrese je nejvíce diskutováno o testosteronu, který bývá vnímán ve vztahu k agresi až kauzálně (Archer, 1991). Jiní autoři však shrnují výsledky jako sporné (Siever, 2008), avšak nepopírají jistý vztah testosteronu k agresi.

Čermák (1999) shrnuje výzkum, podle něhož se objevují vyšší hladiny testosteronu u vězňů, kteří jsou odsouzeni za násilný trestný čin. S tím rozdílem, že ti, kteří se dopustili činu v afektu, nemají tak vysoké hladiny testosteronu, jako ti, kteří svůj čin plánovali.

U žen je podle Čermáka (1999) vliv hormonů ještě méně jasný, diskutuje se o vlivu premenstruačního syndromu.

- **Centrální nervová soustava**

Z mozkových celků, které s agresi souvisí, jsou obecně považovány dvě struktury – limbický systém a prefrontální kůra (Orel, 2016). Limbický systém má silný vztah k emocím a pudům. Prefrontální kůra je obecně zodpovědná za regulaci lidského chování, za plánování a kultivaci chování.

Siever (2008) v souvislosti s limbickým systémem a neokortexem hovoří o dvou systémech, *top-down* „brakes“ a *bottom-up* „drive“. *Top-down* je vázán na neokortex a slouží k regulaci agrese „shora-dolů“. Ke snížené schopnosti prefrontální kůry regulovat agresi může dojít poškozením (úraz, nádor), vývojově menším objemem nebo neurotransmitterovou dysbalancí (viz níže). *Bottom-up*, zespod-nahoru, je vázán na limbický systém, kde agresivní impulzy vznikají, abnormální aktivita může být způsobena nadměrnou aktivitou, přílišnou citlivostí nebo opět neurotransmitterovou disbalancí.

- **Neurotransmitery**

Aktivita neurotransmiterů je dalším z biologických činitelů, které hrají ve vzniku a modulaci agrese velkou roli. Za významné se v této souvislosti považuje serotonin (inhibice a kontrola agrese), noradrenalin a dopamin (aktivace při stresu, spouštění i inhibice agrese), acetylcholin (aktivace agrese) (Čermák, 1999; Höschl et al., 2002; Látalová, 2013).

- **Věk**

Olweus (1979) provedl longitudinální studii zaměřenou na stabilitu agresivního chování v čase. Od dětského věku až po dospělost. Ukazuje se, že se jedná o poměrně stabilní znak osobnosti, který se objeví kolem třetího roku života a následně je možné ho pozorovat v určité míře až do dospělosti. Stabilitu agrese v čase přirovnává ke stabilitě v inteligenci.

Čermák (1999) uvádí, že agresivní chování má tendenci klesat s vyšším věkem, což je vysvětlováno úbytkem sil, zhoršujícím se zdravotním stavem a vyzráváním osobnosti. Mladší lidé mají větší šanci identifikovat se s agresivním vzorem.

Pro ilustraci uvedme, že většina pachatelů, kteří v Česku napadnou policistu, je ve věku 18-34 let (Mesiarkinová, 2012).

### **3.2 Sociální determinanty agrese**

Kromě biologických determinant agrese můžeme také nalézt řadu sociálních faktorů, které ji ovlivňují.

Mezi hlavní sociální determinanty agrese můžeme řadit rodinu, resp. výchovu, situační vlivy a další společenské faktory.

- **Výchova**

Výchova a vztah jedince k primární rodině jsou velmi podstatné faktory, které ovlivňují agresivní chování. Z vývojového hlediska se jedná především vztah pečující osoba – dítě. Dynamika tohoto vztahu je blíže popsána v následující kapitole.

Neméně důležitý je proces socializace dítěte, které si postupně zvnitřňuje chování (i prožívání) okolních osob, v němž je agrese obsažena. V některých společnostech může být agrese nejen přijímána, ale zároveň vyžadována (Höschl et al., 2002). Stává se poté pro tyto osoby součástí normality.

Traumatické zkušenosti z dětství jsou také jedním z faktorů, které přispívají k vyšší agresi v dospělosti. Jedinci, kteří byli zneužíváni, pak sami často zneužívají své potomky nebo bližní. To však nemusí být pravidlo, tito lidé mohou být i v dospělosti v pozici oběti (Koukolík, 2002; Zanarini et al., 1999).

Podle Čermáka (1999) může také nepřítomnost rodiče způsobit vyšší náchylnost k agresi v dospělém věku.

- **Situační vlivy**

Předchozí determinanty představovaly formu predispozice pro agresivní chování, které mohou být spuštěny určitým podnětem v dané situaci. K těmto faktorům můžeme řadit tři skupiny podnětů: averzní podmínky (bolest, frustrace, provokace), agresivní naladění (negativní naladění, stres, nepohoda) a podněty, které agresi aktivizují (fyzický nebo verbální útok, znehodnocení, zesměšnění) (Anderson a Huesmann, 2003 in Mesiarkinová, 2012).

Agresi může také facilitovat skupina lidí, dav. Jedinec ztrácí pocit osobní zodpovědnosti, což spolu s pocitem moci, který větší skupina vyvolává, může vést k agresivní projevům (Vágnerová, 2004).

Výrost a Slaměník (2008) uvádí také teplotu jako jeden z faktorů, který může ovlivňovat hostilní afekt. Výzkumy nejsou plně průkazné. Předpokládá se, že výrazně chladné, ale především horké prostředí může způsobit vyšší náchylnost k agresivnímu chování.

Negativní vliv na pohodu jedince, a tedy i vyšší potenci k agresi, může mít také hluk, narušení osobní nebo intimní zóny (Výrost & Slaměník, 2008).

Čermák (2003) zdůrazňuje, že agrese není osamoceně stojící fenomén a vždy je nutné ho posuzovat jak v intrapsychickém, tak interpersonálním kontextu. Za vhodný přístup ke studiu agrese považuje kombinaci idiografického a nomotetického přístupu. Tedy že je nutné sledovat individuální projevy agrese jednotlivce a posuzovat je v širším kontextu konstruktů, které se agresi pokouší vysvětlit.

- **Společenské faktory**

Mezi faktory, které agresi mohou ovlivňovat, patří i nejrůznější společenské jevy. Jedním z nich jsou média – častější prezence násilného obsahu ve filmech, zprávách, počítačových hrách. Tyto podněty mohou způsobovat desenzibilaci vnímání násilného chování a jeho normalizaci (Čermák, 1999).

Látalová (2013) uvádí, že nižší socioekonomický status je jedním z podstatných prediktorů násilného chování.

## 4 Psychodynamika agrese

V úvodu práce bylo zmíněno několik možných teorií agrese, v této části se blíže podíváme na psychodynamickou teorii, která je jednak blízká autorovi práce, a také má své místo při interpretaci dat z projektivních metod.

Agrese byla zájmem psychoanalýzy téměř od jejího vzniku a rozšíření. Stručný historický exkurz je zde na místě pro lepší pochopení současného pojetí.

V rámci topografického modelu bychom agresivní tendence nacházeli v nevědomí, ve strukturálním modelu pak v Id. V širším slova smyslu to znamená, že agrese má původ v biologické danosti. Z těchto dvou psychologických jednotek získává také svou energii (ať si pod tím představíme cokoliv, viz níže různá pojetí). Samu o sobě tuto sílu nemůžeme hodnotit z etického hlediska jako dobrou nebo špatnou, její síla je neutrální. Může sloužit jak k adaptaci, udržení života, obraně, tak k útoku zranění atp. (Poněšický, 2010).

Freud ve své pudové teorii nejprve rozlišoval dva pudy, a to pud Já (sebezáchovné) a libido. Tuto teorii upravil poté, co se věnoval studiu narcismu. V něm chápal pud Já jako podmnožinu libida – u těchto poruch je samo Já obsazeno libidem, vlastní Já je milováno. Ani u této teorie však nezůstal a zřejmě také pod vlivem událostí první světové války formuloval druhou duální teorii pudů. Tentokrát však rozlišoval pud života (Erós) a pud smrti (Thanatos). Libido je v tomto pojetí vyjádření síly Erótu a agrese pak forma vyjádření Thanatu.

Podle této teorie obsahuje vše živé dva mody: chuť žít, vytvářet a chuť ničit, pokoušet se vrátit zpět do své anorganické podoby. Východisko z konfliktu mezi dvěma pudy viděl Freud v přijetí konfliktní povahy lidského bytí (Poněšický, 2010).

Tato teorie nebyla nikdy plně přijata a je dnes považována za překonanou. Jejím hlavním nedostatek bylo mj. to že Thanatos nemá v těle orgán, který by s ním byl spojen a nelze ho tudíž považovat za pud. Vyžadovalo by to mnohem větší modifikaci pudové teorie než jen její pouhé rozšíření o tento pud.

Jednotný pohled na agresi však ani dnes nepanuje. Mentzos (2000) shrnuje tři základní pohledy, které se vztahují k jejímu vzniku:

1. Hypotéza agresivního pudu – analogicky k pudu sexuálnímu. Někteří psychoanalytici ji odmítají ve smyslu energickém, jiní dokonce odmítají existenci vrozených biologických vzorců, které jedince disponují k agresi.

2. Teorie frustrace – formulována v roce 1939 Dollardem, Millerem, Doobem, Mowrerem a Searsem. Její předpoklad je že: „*Výskyt agrese vždy předpokládá existenci frustrace, a naopak, existence frustrace vždy vede k určité formě agrese*“ (Miller, 1941, 1 in Plháková, 2006, 164). Tato teorie je dnes velmi často citována v učebnicích psychologie, byla však velmi brzy modifikována.
3. Reaktivní hypotéza – radikální forma frustrační teorie. Agrese podle ní není možná bez daného vnějšího podnětu. V podstatě tak popírá vnitřní svět člověka a říká, že agrese bude přítomna tak dlouho, dokud bude přítomen vnější zdroj frustrace.

Je velmi nepravděpodobné, že by se některým z extrémních pólů mohl sám vysvětlit vznik agresivního chování. Ve své komplexnosti je obtížné vysvětlit vznik agrese více teoriemi, natož jednou. Jako vhodný se v tomto přístupu jeví bio-psycho-sociální přístup, který integruje podstatné faktory při vzniku agrese.

Mentzos (2000) k seznamu však ještě dodává, že neobsahuje velmi důležitý aspekt agrese, tedy že je naprosto nezbytná k prosazení vlastních libidinózních zájmů, potřeb a potřeb Self. Odkazuje tak k možnému mísení, až splynutí, sexuálního a agresivního pudu. Kdežto původní teorie považovala tyto pudy jako protikladné, spolu zápasící, modernější pojetí je vidí jako promíchané. V normě je agrese využita k dosažení něčeho libého, něco, co daný člověk chce. V patologické podobě se pak můžeme setkat s „funkceprostou“ agresí, která je viděna jako součást desintegračního procesu. Agrese v tomto pojetí není považována za primární psychologickou veličinu, ke které by se postupně, např. během analytického procesu, propracovávalo, ale něco, co je důsledkem desintegrace psychických funkcí.

Agresi tedy můžeme považovat za souhru jak vrozeného, tak reaktivně vyvolaného.

Poněšický (2010) uvádí další alternativní hypotézy ke vzniku agrese:

- **Hypotéza úzkost**

Vychází z předpokladu, že agrese se potvrdila již u dětí v prvním roce života. U dětí je podle výzkumu možné vysledovat krátký moment úzkosti před samotným agresivním výbuchem. Dítě jí odvrací hrozící pocity bezmoci, který by ho přivedl do bolestivého pocitu.

Nemusí se přitom jednat nutně o reakci na agresivní chování rodiče, ale např. o necitlivé reagování na potřeby dítěte, které pak zaplaví strach, že jej rodič opustí.

Odlišnost od frustrační teorie zde není příliš zřejmá, zdá se, že ona úzkost nebo např. strach ze ztráty vztahu rodiče, můžeme považovat za formu frustrace, která dítěti hrozí. Emočním doprovodem by v tomto případě byla úzkost. Tato hypotéza však přináší velmi důležitý pohled, tady vliv vztahu rodič – dítě na agresi.

- **Hypotéza obrany či preventivní agrese**

Vychází z předpokladu rané traumatizace jedince. Ten byl v minulosti vystaven situaci, které se nemohl bránit a která narušila jeho integritu. V budoucnu je tak mnohem citlivější na situace, které by mohly způsobit podobné zranění, a reaguje způsobem, který je mu naneštěstí tak blízký – agresí. Podle Poněšického (2010) se mohou tyto obrany, nebýt znovu traumatizován, stát ústředním motivem života jedince.

- **Hypotéza agrese coby forma komunikace a vztahovosti**

Existuje jistá afektivní přirozenost reagovat zlostí na nejrůznější mezilidské situace. Její komunikativní smysl je určen oběma stranám konfliktu. Pro jednoho je to vyjádření, že s něčím nesouhlasí, něco odmítá. Druhému to dává možnost reagovat na základě přijatého sdělení, ať už také agresí, „také nesouhlasím“ nebo např. empatií, pochopením.

Winnicott (2007) hovoří o velmi primitivní vztahovosti v souvislosti s agresí. Považuje ji za vyjádření primitivní lásky. U malého dítěte, které nemá zdaleka integrovány nejrůznější psychické funkce, je agrese téměř synonymem pro aktivitu. Pokud kope v děložce, nepředpokládáme, že se chce prokopat ven. Pokud kouše do prsu při sání mléka, nemyslíme si o něm, že ho chce zničit. Pokud se dítě batolí a zničí při tom nějaký předmět, nepřipisujeme mu destruktivní intence. Jedná se o vedlejší produkt jeho počínání (Široký, 2001, 365). Pro dítě je tedy agrese jen jednou z forem vztahování se ke světu, aniž bychom mu přisuzovali destruktivní úmysly.

Tyto projevy jsou během vývoje osobnosti integrovány v agresi, který může a nemusí být pod vědomou kontrolou jedince. Jak Winnicott (2007) poznamenává, osobnost nevznikne v určitou dobu, je to dlouhodobý proces, který je ovlivněn řadou faktorů, včetně vnějších okolností. Mluví tak i o postupném nástupu duševní nemoci, kdy agrese není v průběhu času podřízena vědomé kontrole. Opět však je důležité zdůraznit, že sama agrese nebo agresivní chování neznamená duševní poruchu.



Agrese je také v úzké vazbě s formou citového připoutání neboli attachmentu. Ta je typická pro nejistý, popř. dezorganizovaný typ vazby. Během první měsíců a let života si dítě postupně internalizuje svůj vztah s pečující osobou, nejčastěji matkou, podle kterého se v budoucnu bude vztahovat jak k sobě, tak k druhým lidem. V ideálním případě by mělo dítě nabýt vnitřní jistoty, že svět je dobrý a je možné se na něj spolehnout. Pokud je však pečující osoba nedostupná nebo nespolehlivá, dítě žije v neustálé úzkosti z toho, že matku může ztratit. Úzkost se může manifestovat jako strach nebo také jako agrese. Agrese zde také funguje jako forma komunikace, která má za úkol pečující osobě sdělit, že je dítě nespokojeno, pokud není tato osoba na blízku. Dítě se tak snaží opuštění předejít tím, že se projevuje agresivně (Bowlby, 2013; Cassidy & Shaver, 2008).

Agresivní jsou nejčastěji chronicky odmítané děti, s nejistým a dezorganizovaným typem vazby (Cassidy & Shaver, 2008).

V neposlední řadě je třeba zmínit velmi důležitou komponentu agresivního chování, která byla prozatím mezi popisovanými teoriemi přítomna spíše v pozadí, a tou je strach. Mahler (ústní sdělení, 18. 12. 2015) tvrdí, že za agresí je vždy schován strach. Pravděpodobně někdy více vědomý, někdy méně. Výše popsané teorie Winnicotta nebo Poněšického to z vývojového hlediska potvrzují. Jedná se o strach ze ztráty objektu nebo v obecné rovině strach, že o něco přijdu, ať už to je strach o život, o osobní integritu, o věci, které mohou lidé považovat za důležitou součást své osobnosti, a následně přichází agrese, která má za úkol ochránit zájmy jedince. Je důležité mít tento předpoklad, především pokud se budeme snažit s klientem či pacientem soucítit. To může být velmi obtížné, zvláště pokud je pacient verbálně či dokonce brachiálně agresivní. Sledem událostí může tak být aktivován i psychologův systém obran, kterých je agrese součástí. Je tedy vhodné, aby sám psycholog si byl vědom vlastních agresivních pohnutek tak, aby v klienta v kontaktu s ním nepoškodil (obrazně i doslova).

Švýcarský filozof Alain de Botton (The School of Life, 2016) navrhuje zajímavé mentální cvičení. Vychází z předpokladu, že dítěti málokdy připisujeme zlé intence, tak jak jsou popsány výše. Najdeme pro jeho chování vždy o něco shovívavější vysvětlení, než tomu tak činíme s dospělými. „Nejspíše má hlad“, „možná mu chybí jeho hračka“ nebo „asi už je ospalé“. S dospělými však činím přesný opak jejich chování často přisuzujeme ty nejzlejší motivy, především pak v partnerských vztazích. „Už mě nemiluje“, „chce se vykrotit z večere s mojí matkou“ atp. Proto de Botton navrhuje aplikovat přístup,

kterým se vztahujeme k dospělým jako k malým dětem, jejichž potřeby nejsou naplněny. Ne ve formě povyšování se, označování druhého jako dětinského nebo omlouvání jeho chování, spíše jako forma empatického vcítění, kdy se snažíme vědomě najít jiné příčiny chování druhého než ty, které jsou na první pohled předkládány, tedy agrese.

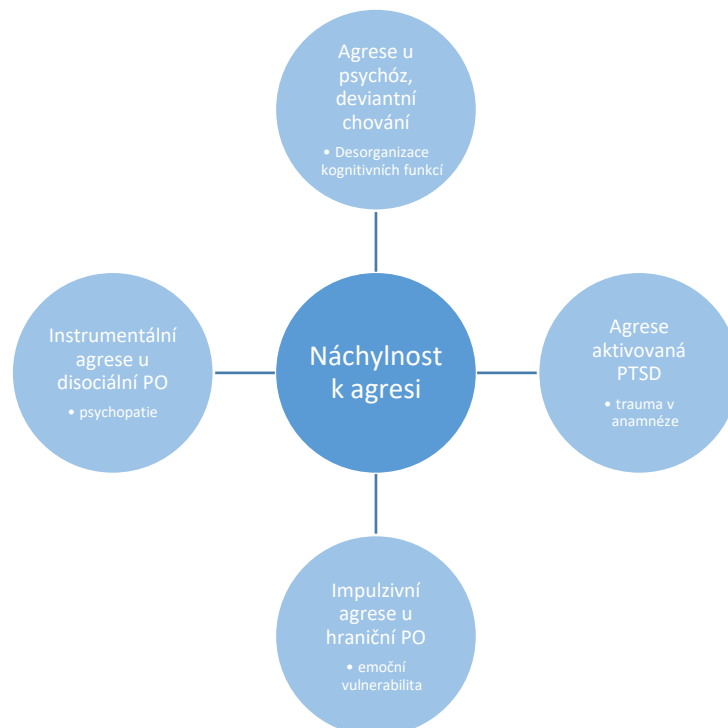
## 5 Agrese u psychických poruch

V kontextu psychických poruch můžeme najít řadu faktorů, které mohou zvýšit pravděpodobnost agresivního chování. V grafu č. 1. jsou uvedeny nejčastější psychické poruchy, které mohou přispívat ke zvýšenému výskytu agresivního chování. Agrese mít podle kontextu různé projevy. V případě psychotických onemocnění se jedná o narušení a desorganizace psychických funkcí, zhoršení vnímání reality a může se projevit jako např. sexuálně deviantní chování, vraždy, znásilnění. V případě psychopatie se jedná o manifestaci instrumentální agrese a kriminální činnosti. U posttraumatické stresové poruchy (PTSD) k ní může dojít, pokud je znovu aktivován vzorec původní situace, ve kterém k traumatu došlo, což může vyústit v agresi. U hraniční poruchy osobnosti je agrese facilitována zvýšenou citlivostí, křehkostí osobnosti, což může vyústit v její impulzivní ventilaci (Siever, 2008).

Agrese je však nejčastěji přítomna spolu s abúzem návykových látek, jako je alkohol a stimulantia (Höschl et al., 2002; Siever, 2008).

V následující kapitole tak prozkoumáme jednotlivé psychické poruchy, které jsou v kontextu agrese nejdůležitější, vycházíme přitom z dělení Látalové (2013).

*Graf 1. Náhylnost k agresi a psychiatrické diagnózy dle Siever (2008).*



- **Schizofrenie**

Spojení agrese a schizofrenie je veřejností bedlivě sledováno. Ve velmi zjednodušené podobě se může jednat až o synonymum, kdy se by se dalo říci, že „schizofrenici jsou ti blázni, zavřete je, než nám něco udělají“. Tento strach pramení především z neznalosti veřejnosti této duševní poruchy, malé osvěty a zjednodušováním problematiky v médiích. Často tak může docházet ke stigmatizaci pacientů.

Prevalenci agresivního chování zkoumal Swanson et al. (2006). Během půl roku sledoval výskyt agresivního chování u 1400 pacientů se schizofrenií. U 19 % z nich se vyskytla nějaká forma agrese, u 3,6 % z nich pak těžší formy násilí (vyhrožování, napadení smrtícím nástrojem, ublížení na zdraví), celková prevalence schizofrenie je až 1 % z populace (Vágnerová, 2004).

Za rizikové faktory pro výskyt agrese u pacientů se schizofrenií lze považovat pozitivní psychotické příznaky, abúzus psychoaktivních látek nebo dlouhodobá léčba. Naopak mezi faktory, které „brzdí“ agresi, patří spíše negativní psychotická symptomatika nebo dodržování léčby (Látalová, 2013; Swanson et al., 2006). Riziko agrese je také vyšší u pacientů, kteří měli v dětství v anamnéze poruchy chování.

Výše zmíněný abúzus návykových látek je podle Látalové (2013) jedním z nejdůležitějších faktorů, které vedou k agresi u pacientů se schizofrenií. Není tedy podle ní možné, aby byl neklid léčen, pokud primárně není řešen problém návykových látek.

- **Bipolárně afektivní porucha**

Ani u pacientů s bipolárně afektivní poruchou (BAP) není agrese dominujícím znakem.

Binder a McNeil (1988) provedli výzkum, ve kterém porovnávali tři skupiny pacientů: s psychózou, mánií a ostatními diagnózami, z hlediska jejich agresivity jak před přijetím k hospitalizaci, tak během ní. Pacienti s mánií patřili nejčastější mezi ty, kteří napadli personál nemocnice, celkem 12 případů ze 46 osob. Spolu s pacienty s psychózou také vykazovali nejčastější projevy agrese mimo nemocnici. Autoři připisují tento rozdíl mezi skupinami mj. situačním vlivům, kdy pacienti s mánií snášeli prostředí nemocnice po hospitalizaci hůře.

K podobným záběrům došli i Barlow, Grenyer a Ilkiw-Lavalle (2000). Ze vzorku 1269 pacientů jich bylo vybráno 174 jako agresivních (13,7 %). Pacienti s psychózou

a mánií se mnohem častěji než ostatní skupiny pacientů projeví agresivně. Zajímavý je údaj, že agrese se v průměru objevila dva dny po přijetí do nemocnice.

Oquendo et al. (2000) se zaměřili na prozkoumání suicidality u BAP. Celkem 44 pacienty rozdělili do dvou skupin na ty, kteří se pokusili o sebevraždu, a na ty, kteří tak neučinili. Zjistili, že pacienti se sebevražedným pokusem v anamnéze byli také mnohem častěji agresivní vůči okolí. K podobným výsledkům došel i Michaelis et al. (2004). Tento fakt zmínil také např. Winnicott (2007), který hovoří o sebevraždě a vraždě jako o psychodynamicky velmi podobném fenoménu.

Látalová (2013) shrnuje, že u jedné čtvrtiny pacientů s bipolárně afektivní poruchou můžeme očekávat projevy agrese. Jako rizikový faktor lze opět považovat abúzus návykových látek.

- **Organické poruchy**

S agresí u organického poškození mozku se můžeme setkat především u demencí, u traumatického poškození mozku a u epilepsie. K agresí u těchto pacientů dochází v důsledku poškození nebo deteriorace mozkové kůry, a následně tak k horší kontrole volního jednání.

U pacientů s demencí je nutné rozlišovat, zda se jedná o úmyslnou agresí, či o agitovanost. Agresí z definice hodnotíme jako záměrné chování. Kdežto agitovanost jako nadměrná slovní či motorická činnost, bez zjevného záměru. Toto chování však může být interpretováno jako agresivní pro pozorovatele. Pacienti s demencí mohou být agresivní na personál nemocnice při běžných činnostech, které je nutné s pacienty vykonávat, jako např. převlékání nebo hygiena. Pacienti to mohou vnímat jako něco proti své vůli a budou se přirozeně bránit (Látalová, 2013).

Látalová (2013) uvádí, že agresivní chování se může vyskytnout u 25–50 % pacientů s demencí.

Traumatické poškození mozku je poměrně častou příčinou agresivního chování. Dochází k němu při poškození prefrontální mozkové kůry, konkrétně pak frontálních ventromediálních laloků. Agrese může nabývat podob hašteření až fyzického násilí (Látalová, 2013).

S poškozením mozku se také pojí pojem pseudopsychopatická osobnost. Ta byla popsána na kazuistice pacienta, který po operaci mozku začal chovat nezodpovědně,

nerozhodně a nerealisticky. Pacient dosahoval v neuropsychologických testech výsledků průměrných nebo nadprůměrných, tedy proti očekávání, které by danému poškození mozku odpovídalo. Při experimentu s expozicí násilných obrazů se u psychopatických osobností nemění, nebo jen velmi málo, kožní vodivost. Stejně tomu tak bylo i v případě tohoto pacienta. Pokud však začal o daných obrazech mluvit, kožní vodivost se zvedla na úroveň běžné populace (Koukolík, 2002). Na základě této kazuistiky také Damasio formuloval teorie somatických markerů.

U pacientů s epilepsií je agresivita přítomna buď ihned po záchvatu, nebo mezi nimi. Míra agrese je u těchto pacientů zhruba dvakrát vyšší než u zdravé populace a je podmíněna především geneticky (Látalová, 2013).

- **Deprese**

Agrese je v dynamice deprese velmi důležitým faktorem. Většinou však není explicitně mířena na druhé lidi, ale je obrácena proti vlastní osobě. V psychoanalytické literatuře se jedná o oblíbený předpoklad (Látalová, 2013; Winnicott, 2007). Pokud se však hněv objeví, je nejčastěji zaměřen na členy nejužší rodiny.

Mentzos (2000, 2012) popsal tři bludné kruhy deprese. Jedním z nich je i strach pacienta projevit agresi vůči objektu, což by znamenalo jeho možnou ztrátu, ze které mají pacienti strach. To má však i vztah k sociálnímu stažení pacientů s depresí, kteří se této ztráty objektu bojí, a tím, že se sami stáhnou od okolního světa, tak této retraumatizaci sami předcházejí. Zde bychom mohli hledat i okamžiky, kdy se depresivní pacient může projevit agresivně. Tedy jakési preventivní odstrčení druhého ještě předtím, než to bude moci daný člověk udělat. U depresivních pacientů se tedy může jednat o vyjádření úzkosti, frustrace, beznaděje.

Opět je důležité mít na paměti zneužívání návykových látek, popř. komorbiditu s dalšími duševními poruchami, jako je hraniční nebo narcistická porucha osobnosti (Látalová, 2013).

- **Disociální porucha osobnosti (DPO)**

Disociální porucha osobnosti se vyznačuje sníženou empatií, neuznáváním sociálních norem a odlišným emočním prožíváním, které vede k tomu, že reagují impulzivně, výbušně. Lidé s DPO nemají k agresi daleko a je pro ně typická. Tyto faktory vedou

k tomu, že tito lidé končí velmi často ve vězení, podle Látalové (2013) až 75 % vězeňské populace tvoří lidé s disociální poruchou osobnosti.

V literatuře se objevují jako kategorie disociální porucha osobnosti, která je platná jak pro Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN), tak asociální nebo antisociální, jež se objevuje naopak v Diagnostickém a statistickém manuálu. V úzké souvislosti s těmito diagnózami je také pojem psychopatie. Ve své podstatě diagnózy označují podobné vzorce chování a prožívání, avšak pojem psychopatie vyjadřuje poruchu na kontinuu mezi normou a patologií, kdežto pojmy disociální PO a antisociální PO jsou vyjádření kategorií jasně oddělených, neboť jejich diagnostika probíhá pouze na pozorovaném chování (Gacono & Meloy, 1994; Látalová, 2013).

Příčiny vzniku DPO je možné hledat opět ve všech dimenzích bio-psycho-sociálního modelu, avšak u této poruchy je častěji zdůrazňován vliv biologických faktorů, jako je nesprávná funkčnost zrcadlových neuronů, hypoaktivita amygdaly a frontálního kortexu (Látalová, 2013).

V neprospěch také hovoří diagnóza ADHD v dětském věku, podle statistik se pak až u jedné třetiny dětí rozvinou poruchy chování, které jsou předstupněm poruch osobnosti v dospělosti. Léčba v raném věku se snahou zabránit vzniku DPO v dospělosti je však eticky sporná (Látalová, 2013).

- **Hraniční porucha osobnosti (HPO)**

Agrese a výbuchy hněvu u hraniční poruchy osobnosti jsou jedním z diagnostických kritérií jak podle MKN-10, tak podle DSM-V. Mezi další znaky HPO patří chronické pocity prázdnoty, nestálé emoční vztahy, narušený pocit sebehodnoty a také sebepoškozování a suicidální tendence.

Prevalence agrese u HPO je tedy velmi vysoká, až 75 % (Mancke, Herpertz, & Bertsch, 2015a). Jedná se přitom o její impulzivní formu. Agrese u HPO vychází opět z řady faktorů jak biologických, tak psychologických a sociálních. V jádru stojí křehkost těchto lidí, kteří jsou velmi senzitivní, a mohou tak na přetížení reagovat právě agresí, a to jak proti druhým, tak proti sobě. Sebepoškozování může mít formy automutilace, abúzu alkoholu, promiskuity.

Z biologického hlediska zmiňují Mancke, Herpertz a Bertsch (2015b) především abnormální reaktivitu mezi prefrontálním kortexem a limbickým systémem.

U pacientů s HPO je ovšem také častější viktimizace. Pacienti mají často v anamnéze zneužívání v dětství, které může později podporovat jejich vulnerabilitu v dospělosti, 46 % ze vzorku 362 pacientů bylo obětí agrese v dospělosti. Velká část z nich měla partnera, který je v dospělosti zneužíval, často bylo také reportováno znásilnění (Zanarini et al., 1999).

- **Maligní narcismus**

Je forma těžké patologie osobnosti, nejedná se o samostatnou diagnostickou jednotku, jsou i v ní však přítomny rysy narcistické a disociální poruchy osobnosti. Jedná se o hraniční patologii s nižší úrovní organizace (Látalová, 2013; Riegel, Preiss, & Harsa, 2015).

V jádru jde o narcistickou poruchu osobnosti se všemi jejími znaky, např. velikášské představy o vlastní hodnotě, potřeba obdivu, vykořisťování vztahů a druhých lidí atd. Jejich sebevědomí je křehké a závislé na hodnocení druhých, vztahování funguje ve dvou modech, buď idealizace, nebo devalvace. Při devalvaci se objevuje i agrese, která má za úkol druhého zbavit hodnoty (Látalová, 2013).

Porucha je spojena s asociálními rysy, které však nesplňují kritéria pro disociální poruchu osobnosti. Tito jedinci se mohou dopustit krádeže, vraždy nebo patologického lhaní, ale jsou schopni loajality a sounáležitosti s jinými (Kernberg, 2003 in Látalová, 2013).

Hlavní agresivním rysem je ego-syntonní sadismus. Jedná se o rys ukotvený v jejich charakteru, mají tendence ponižovat a symbolicky kastrovat druhé, touží po pomstě. Agrese může být také obrácena proti jejich vlastní osobě, pokud se nacházejí v depresivní fázi. Často se pak pokoušejí o sebevraždu. V těchto případech se také nejčastěji dostávají do odborné péče (Látalová, 2013).

Posledním znakem maligního narcismu jsou paranoidní rysy, které jsou spojené s projekcí nenávisti vůči těm, kteří je perzekuovali. Jsou chronicky nedůvěřiví vůči ostatním lidem, vidí je jako hlupáky, které je nutné ponížit, nebo naopak idealizovat (Látalová, 2013).

- **Posttraumatická stresová porucha (PTSD)**

Agrese u PTSD není hlavním charakteristickým znakem této poruchy, pokud se však objeví, bývá to ve formě ego-dystonní agrese. Agrese je víceméně logickým vyústěním



napětí a anxiety, která byla způsobena traumatickou událostí. Agrese se poté může objevit ve vypjatých událostech nebo v případě, že je znovuaktivován vzorec, který je podobný původní události. Tato podobnost však nemusí být zřejmá ani samotnému pacientovi ani pozorujícím (Látalová, 2013; Siever, 2008).

Agrese může být také obrácena proti člověku samotnému ve formě sebepoškození či sebevraždy (Látalová, 2013).

- **Poruchy chování**

Agrese u poruch chování je jedním z diagnostických kritérií a je pro tento okruh patologie charakteristická. Může se objevovat agrese proti lidem, zvířatům, věcem nebo nedodržování sociálních norem. Tyto vzorce chování musí být stabilní v čase a nesmí se jednat o ojedinělé případy (Orel, 2016).

Prevalence poruch chování je podle odhadů ze Spojených států amerických okolo 2-9 %, a až s pětkrát vyšším zastoupením u chlapců než u dívek (Látalová, 2013).

Poruchy chování jsou z hlediska etiopatogeneze determinovány jak geneticky (až 70 %), tak psychologicky a sociálně. Z psychologických faktorů je vhodné zmínit vliv intelektu na průběh onemocnění, nižší verbální inteligenční kvocient je spojen s menší schopností verbalizovat své potřeby a následnému přímému vybití skrze jednání. Nižší IQ může také souviset s menší schopností porozumět sociálním normám. Ze sociálních faktorů se jedná především o vliv rodiny. Disharmonické vztahy v rodině, zanedbávání, psychopatologie rodičů, jejich nezáměr o dítě, to vše může působit negativně na rozvoj dítěte a přispívat tak ke vzniku poruch chování (Látalová, 2013).

Poněšický (2004) zmiňuje, že vyšší vrozená agresivita dítěte může způsobit vyšší míru odmítání ze strany rodičů. Rodič, který by si s běžně agresivním dítětem poradil, může být tak nadměrně frustrován a tato frustrace se pak projeví ve vztahu k dítěti. To se pak může cítit necitlivým chováním rodiče podrážděno.

Léčba poruch chování je obtížná a velmi často se v dospělosti stávají z těchto dětí jedinci s disociálními rysy nebo disociálními poruchami osobnosti. V dětství se jeví jako vhodná péče jak o dítě samotné, tak práce s celou rodinou (Látalová, 2013).

- **Psychoaktivní látky**

Současný výskyt agrese a abúzus psychoaktivních látek je velmi častý, tyto látky mohou mít různý účinek vzhledem k danému jedinci, jeho patologii i vlivům prostředí.

Agrese se může vyskytnout jak při akutní intoxikaci, tak při vysazení látky nebo jako následek dlouhodobého užívání drog (Höschl et al., 2002; Látalová, 2013).

Látalová (2013, 121) zdůrazňuje, že „většina duševně nemocných není agresivních, většina násilných činů je spáchána duševně zdravými lidmi, případně „zdravými lidmi“, kteří zneužívají psychoaktivní látku“. Jako důležitý faktor se pak v interakci duševní porucha – agrese jeví sociální prostředí, ve kterém dotyčný vyrůstal. Většinou se jedná o podmínky, ve kterých je agrese nejen povolována, ale přímo vyžadována (Höschl et al., 2002; Látalová, 2013).

Nejvýraznější vliv na agresi u duševních poruch má alkohol a psychostimulancia (Höschl et al., 2002).

Výskyt agrese je nejčastější při akutní intoxikaci, může se však objevit při dlouhodobém užívání, vzniku závislosti nebo při abstinčním syndromu (Látalová, 2013).

Specifický účinek působení alkoholu není plně znám, avšak obecně přijímaný předpoklad je jeho působení na prefrontální kortex, zhoršuje schopnost člověka adekvátně vyhodnotit podněty z okolí a způsobit tak častější agresivní chování (Höschl et al., 2002).

Vztah alkoholu a agrese je podle Höschla et al. (2002) nelineární, tedy že velmi malé dávky agresi nezpůsobí a velmi vysoké naopak jedince tlumí. Co je možné považovat za malé a velké dávky je různé, a je nutné vzít v potaz více faktorů, např. individuální rozdíly.

Čermák (1999) uvádí, že při požití alkoholu v experimentálních podmínkách byl v projektivních metodách zaznamenán častější výskyt agresivních fantazií.

Podle různých autorů (Čermák, 1999; Höschl et al., 2002; Látalová, 2013) je alkohol velmi často přítomen u násilných činů, ať už na straně pachatele, tak na straně oběti, a to v rozmezí 66–75 %.

Vliv psychostimulancií na agresi je podle Čermáka (1999) dvojitý. V nižších dávkách ji aktivuje, ve vyšších působí spíše inhibičně. Zdůrazňuje rozpoložení jedince a jeho osobnostní dispozice. Látalová (2013) uvádí, že psychostimulancia způsobují agresi i ve vyšších dávkách, dále také při vysazení drogy, případně se také agrese objevuje při obstarávání drogy. Agresivní chování vzniká podle jejího popisu při paranoidních stavech, kdy se jedinec cítí být ohrožen a brání se.

Další psychoaktivní látky, které mohou mít na agresi vliv, jsou: opiáty, halucinogeny, anabolické steroidy, benzodiazepiny, nikotin nebo kofein (Čermák, 1999; Höschl et al., 2002; Látalová, 2013).

## 6 Psychologická diagnostika agresivity ve smyslu osobnostního rysu

K posouzení agrese je v psychologii řada metod. Od standardizovaných dotazníků, posuzovacích škál, pozorování či projektivních metod. Na posledně jmenované se zaměřuje i tato práce, a proto jim bude věnován největší prostor.

### 6.1 Rorschachova metoda

Hermann Rorschach ve své příručce Psychodiagnostik nevěnuje agresi příliš pozornosti. Můžeme v ní najít pouze pár zmínek a v rejstříku u položky *agrese* najdeme pouze odkaz na „self-assertion“, tedy sebeprosazení. To je spojeno s verbalizací aktivních lidských pohybů. Rorschach hovoří o flexi a extenzi. Právě extenze považuje za projev sebeprosazení, avšak také podle něj často spojené s neurotickými inhibicemi (Rorschach, 1951).

Agrese byla během vývoje testu reflektována, avšak nejednalo se o systematické výzkumy. Nejčastěji byl přítomen psychoanalytický, symbolický výklad obsahů (Exner, 1969), který mohl a pravděpodobně často i byl předmětem zkreslení vyšetřující osoby. Popř. se objevovaly interpretace spojené se zvířecími pohyby nebo barvovými odpověďmi.

Gacono a Meloy (1994) ve své knize zmiňují (a v plném znění uvádějí) článek od Roberta Lindera z roku 1943, který se agresivním fenoménům v metodě věnuje a některé interpretace jsou platné i dnes.

Systematičtější zaměření na agresi se objevuje až s nástupem Komprehenzivního systému, ve které je agrese spojena s agresivním pohybem neboli AG, viz níže.

Pro posouzení agrese však byly vytvořeny speciální agresivní kategorie, které jsou níže podrobně rozebrány.

#### **Agresivní odpovědi**

Gacono a Meloy (1994) ve své knize postupně rozebírají několik diagnostických skupin, které jsou náchylné k agresivnímu chování, od poruch chování přes psychopaty až po sexuální agresory. Na základě rozsáhlého výzkumu pak hovoří celkem o šesti skórech, které jsou spojeny s agresivitou. Jedná se o *Aggressive Movement (AG)*, *Aggressive Content (AgC)*, *Aggressive Potential (AgPot)*, *Aggressive Past (AgPast)*, *Sado-Masochism (SM)* a *Aggressive Vulnerability (AgV)*.

## **Aggressive Movement (AG) – Agresivní pohyb**

AG je skórován podle pravidel Exnerova systému (Exner, 2009), tedy u každé pohybové odpovědi (M, FM nebo m), která obsahuje zjevně agresivní činnost, např. zabíjení, bití, rozbíjení, hádání se. Činnost se musí odehrávat v přítomnosti. Příklad odpovědi na III. tabuli: „*Dva lidé, hádají se, jeden na druhého křičí.*“, „*muž, který zuří*“.

Exner (2003) na základě výzkumů předpokládá, že zvýšený výskyt AG je možným prediktorem verbální i nonverbální agrese v reálném prostředí. Tento projev však nemusí být považován za antisociální či společensky nepřijatelný. Dodává dokonce, že AG se objevil alespoň jednou u nepacientské populace častěji než u pacientské, 63 % ku 48 % právě s jedním AG.

V obecné rovině můžeme považovat AG za ego-dystonní projev agrese, jak v kontextu normy, tak patologie. AgC (viz níže) je pak vhodnější ukazatel ego-syntonní agrese. Zde je však nutné rozlišovat její projev v normě, kde mohou být tyto projevy interpretovány jako průbojnost, asertivita. U pacientů s disociálními rysy se jedná o projev ego-syntonní agrese (Gacono & Meloy, 1994).

Gacono a Meloy (1994) však zjistili, že u některých skupin, které jsou agresivní *in vivo*, nejsou přítomny AG odpovědi. Jednalo se dokonce o rozlišovací znak mezi skupinami (děti i adolescenti s poruchami chování a dospělí muži i ženy, poruchy osobnosti, psychotičtí pacienti). Tento jev je spojen s neschopností symbolizace agrese, a tedy jejím projevením se ve formě AG odpovědi, ale s jejím přímým vybitím neboli agováním. Agrese se u těchto skupin lidí projevuje při ve formě nejrůznějších obsahů, které jsou popsány níže.

Jako výjimky z pravidla uvádí Gacono a Meloy (1994) dospělé disociální ženy a sexuální vrahy. U žen může být vyšší produkce AG způsobena jejich výchovou, kdy jejich projevy agrese nejsou tak akceptovány jako u mužů. Tuto interpretaci však můžeme považovat za spornou. U disociálních poruch je superego sníženo, až neexistující. Což vliv socializace v podstatě vylučuje.

Sexuální vrazi jsou podle Gacona a Meloye (1994) úzkostní, dysforičtí a patologicky narcističtí. Tyto faktory podle nich přispívají k tomu, že je agrese u této skupiny pacientů prožívána jako ego-dystonní.

Z pohledu forenzní psychologie je velmi sporný předpoklad, že produkce AG skóru nějakým způsobem predikuje agresi *in vivo*. Gacono a Meloy (1994) shrnují tyto výzkumy jako protikladné.

Porovnání výskytu AG přehledně zpracoval Gacono a Evans (2012, 545).

### **Aggressive Content (AgC) – Agresivní obsah**

Agresivní obsah je kódován pro všechny obsahy, které jsou obvykle považovány za predátorské, nebezpečné nebo ohrožující. Příklad odpovědi na tabuli VI. „*Vypadá to jako pistole*“, nebo tab. IV.: „*To je drak, letí.*“.

Škála byla poprvé představena v roce 1988 Carlem Gaconem v jeho disertační práci, a právě agresivní obsahy lze považovat za hlavní proměnnou spojenou s ego-syntonní agresi, a tedy i k posouzení agresivních tendencí u jedince. Pro představu, jak které objekty je vhodné skórovat jako AgC, je v tabulce č. 2 uveden překlad těch obsahů (Gacono & Meloy, 1994, 264), které jsou vybrány z Workbooku CS. Studenti a odborníci z řad psychologů hodnotili, které z uvedených položek považují za potencionálně ohrožující. Přehled je zamýšlen tak, aby pomohl při rozhodování, zda udělit či neudělit AgC. V tabulce jsou uvedeny pouze položky, kde u obou skupin dosáhla shoda minimálně 80 %, kompletní verze je k nalezení v příloze č. 8.

*Tab. 2 Agresivní obsahy, přeloženo dle Gacona a Meloye (1994)*

	Studenti (N=31)		Odborníci (N=32)			Studenti (N=31)		Odborníci (N=32)	
	N	%	N	%		N	%	N	%
černá vdova	27	87	32	100	příšera	25	81	28	88
bomba	26	84	31	97	atomový hřib	28	90	28	88
kulka	29	93	30	94	nukleární hlavice	31	100	32	100
kobra	25	81	31	97	chřestýš	27	87	31	97
démon	29	93	26	81	škorpión	26	84	30	94
d'ábel	27	87	30	94	žralok	26	84	28	88
Drákula	25	81	30	94	brokovnice	28	90	32	100
exploze	31	100	31	97	tornádo	27	87	26	81
pistole	25	81	27	84	torpédo	27	87	30	94
sekyrka	25	81	26	81	vampýr	26	84	30	94
hurikán	29	93	27	84	upír	25	81	28	88
nůž	28	90	32	100	erupce sopky	31	100	28	88
raketa	28	90	27	84					

V dalším výzkumu (Baity & Hilsenroth, 2002) byly proměnné hodnoceny ve vztahu k „Aggression Chart Rating Scale“ (ACRS), metoda vytvořená k hodnocení agresivity pacientů při diagnostickém vyšetření. Vyskytly se signifikantní korelace s proměnnými AgC, AG a MOR, po regresivní analýze se však ukázalo, že AgC je jediný esenciální faktor, který je schopný predikovat agresi tak, jak ji klinik hodnotil v ACRS.

Jedna z nejnovějších studií, která se AgC věnovala (Kivisto & Swan, 2013), ukázala AgC jako schopné predikce agrese v rámci laboratorního experimentu. Autoři také uvádějí, že žádná ze sebeposuzovacích metod nebyla schopna toto chování předpovědět, podobně jako AG. Podle autorů byl však znatelný trend k signifikantním výsledkům. AgC podle nich představuje unikátní vhled do predikce *in vivo* agrese.

Darcangelo (1997) zaznamenal zvýšení AgC a AG u odhalených mužských násilníků, kteří se projevovali všeobecně agresivně, tak i sexuálně agresivně.

Ve vzorku žen z normální populace, bez kriminální historie, zaznamenal Neubauer (2001), že AgC bylo spojeno s potlačeným vztekem (sebehodnocení probandek), avšak bez zmínek o fyzické historie v anamnéze. Tento jev se interpretoval tak, že AgC může být projevem sublimované agrese, nebo také ukazatel současného stavu rozzlobenosti.

V rámci R-PAS jsou agresivní obsahy kódovány jako AGC (Lečbych, 2016).

### **Aggressive Potential (AgPot) – Agresivní potenciál**

Agresivní potenciál je kódován, pokud se k agresivnímu činu schyluje, připravuje se jeho provedení. Příklad z Workbooku CS (Exner, 2009, 313): „*To je pěst připravená něco nebo někoho trefit*“ (tab. VI.). Pokud odpověď obsahuje dva objekty, u kterých je patrné, že se schyluje k agresivní akci, je skórován AgPot pouze jednou. Avšak pokud by byla odpověď např.: „*To vypadá jako nůž, který se chystá někoho bodnout*“, skórujeme jak AgC, tak AgPot.

White (1999) zjistil, že ženy odsouzené za trestné činy s hraniční poruchou osobnosti skórují AgPot 3,5krát častěji alespoň jednu tuto odpověď než ty, které HPO neměly.

AgPot je také spojováno s problematickým zvládnutím agresivních impulzů (Gacono & Evans, 2012). AgPot byl např. signifikantně vyšší u skupiny sexuálních vrahů než u psychopatů, kteří nepáchali sexuálně motivované činy, a než u nenásilných pedofilů (Huprich, Gacono, Schneider, & Bridges, 2004). Ve skupině studentů vysokých škol zjistil

Mihura et al. (2003), že AgPot má vztah ke škálám měřícím sebepoškození, suicidální tendence a impulzivita.

Skórování AgPot může být v CS jako AG. V rámci R-PAS je kódováno jako AGM (Lečbych, 2016).

### **Aggressive Past (AgPast) – Agresivní minulost**

Agresivní minulost skórujeme, pokud se agrese stala v minulosti nebo pokud jí byl objekt vystaven v minulosti. Kategorie je velmi podobná morbidním odpovědím (MOR) z Komprehensivního systému a ve většině případů se skóry budou překrývat, u AgPast však nekódujeme druhou podmínku z CS, tedy že „*je objektu přisouzen zřetelně dysforický pocit*“ (Exner, 2009, 81).

Příklad odpovědi s agresivní minulostí na X. tabuli: „*(...) to vypadá brouk, do kterého někdo vyvrtal díru, tady je krev*“ (Gacono & Meloy, 1994, 266).

Tato kategorie je spojena spíše s agresí zaměřenou proti sobě, což se může projevit jako suicidální tendence, masochismus a celkově negativní sebepojetí (Gacono & Meloy, 1994; Lečbych, 2016).

### **Sado-Masochism (SM) - Sadomasochismus**

Pokud se v odpovědi objeví devalvovaný, agresivní nebo morbidní obsah, který je doprovázen příjemným afektem, kódujeme SM. Příklad z VII. tabule: „*žena, která tancuje, někdo ji ustřelil hlavu (smích)*“ (Gacono & Meloy, 1994, 266).

Pozitivní afekt je nejčastěji vyjádřen smíchem nebo úsměvem, je však nutné rozlišit, kdy se jedná o libý afekt spojený s morbidní scénou, tady tendence ke skórovanému sadomasochismu, a kdy se jedná o uvolnění tenze subjektem, který může být znepokojen z odpovědi, kterou vytvořil. SM musí být skórováno přímo při administraci, kdy si je administrátor jistý reakcí subjektu. Tento fakt znesnadňuje výzkumné možnosti proměnné, kdy není možné skórovat archivní protokoly. Některé výzkumy potvrzují vztah SM k reálné sadistické orientaci (Gacono, Bannatyne-Gacono, Meloy, & Baity, 2005).

### **Aggressive Vulnerability (AgV) – Agresivní zranitelnost**

Agresivní zranitelnost je kódována, pokud je percept subjektem identifikován jako zranitelný k útoku, zneužitý nebo pokud se daný objekt snaží skrýt před predací. Příklad: „*To je motýl, tady se snaží přikrýt křídly, tak aby ho nikdo nesežral.*“ Stejně jako AgPast



naznačuje AgV pasivní vztah k agresivním impulzům (Gacono et al., 2005), s tím rozdílem, že AgPast implikuje masochistickou identifikaci a AgV náchyllost k tomu, aby byl subjekt zneužit, zraněn nebo pronásledován. AgV byla představena v roce 1994 a je nejméně zkoumanou proměnnou. Gacono et al. (2005) uvádí, že do daného roku nebyla dosud publikována jediná studie, která by se proměnnou zabývala. Po rešerši databáze EBSCO, platí tato situace i nadále.

### **Kombinace AgC, AgPast a AgPot**

Pokud se vyskytují v protokolu současně odpovědi s AgC a AgPot, značí to spíše agresi namířenou ven. AgC značí, že jsou signifikantní druzí vnímáni jako méně kontrolovatelní, pokud je vztah v ohrožení. Současně jsou však vnímáni jako kontrolující, signalizováno proměnou AgPot (Mihura et al., 2003; Polák & Obuch, 2011).

Kombinace AgPot a AgPast je asociována spíše s agresí namířenou proti vlastně osobě, tak jak je měřena Personality Assessment Inventory (Mihura et al., 2003; Polák & Obuch, 2011).

Levy (1998) se ve svém výzkumu věnoval fyzicky zneužívaným dětem. Předpokladem studie bylo, že chlapci budou ve svém projevu více agresivní (a AgC u nich budou častější) než dívky. Tento předpoklad se potvrdil. AgC a AgPot byl signifikantně vyšší u chlapců než u dívek. AgPast nezaznamenal statisticky významný rozdíl.

### **Proměnné Exnerova systému vztahující se k agresi**

Lečbych (2016, 164) vybírá na základě knihy Gacona a Meloye (1994) ty proměnné Exnerova systému, které mohou být pro posuzování agrese relevantní:

1. **Vysoká hodnota lambda** ( $L > 0,99$ ) značí vyhýbavý styl zpracování. Lidé s vysokou L jsou uzavřeni svému prožívání, které je redukováno na minimální, zvládnutelnou úroveň. Za cenu toho, že jejich chování pak může být okolím vnímáno jako nepřiléhavé. Vyznačují se „tunelovým viděním“, nebo „klapkami na očích“ se zaměřením pouze na cíl, který oni sami sledují (Exner, 2009).
2. **Absence tvarově-dimenzionálních odpovědí** ( $FD = 0$ ). FD je obecně spojena se schopností introspekce, posuzování vlastních vnitřních stavů, zvážení více pohledů na věc, pozitiva a negativa. Lidé bez FD mají menší schopnost kriticky zhodnotit své chování a to, jak by mohlo ovlivnit druhé lidi.

3. **Absence difúzních odstínových odpovědí** ( $\text{SumY} \leq 1$ ). Tyto odpovědi jsou spojeny s přítomností situační úzkosti. Úzkost, která může v sociální situacích působit jako brzda nevhodného, agresivního chování.
4. **Přítomnost reflexních odpovědí** ( $\text{Fr} + \text{rF}$ ) a **zvýšený index egocentricity** ( $\text{Ego} > 0,45$ ) se vztahují k sebestředným tendencím. Lidé upřednostňují své zájmy před ostatními. Vyšší zaujetí sebou pak může mít za následek přehlížení potřeb druhých.
5. **Personalizované odpovědi** (PER), ve zvýšené míře představuje snahu o udržení kontroly nad situací tím, že se člověk odvolává na své zkušenosti. Tito lidé mohou být vnímáni jako autoritářští, dominantní nebo úzkoprsí (Polák & Obuch, 2011).
6. **Lidské pohybové odpovědi s nízkou kvalitou tvaru** ( $\text{MQ-} \geq 0$ ), ojedinělá hodnota M- může být vykládána jako zmatek, narušení ideačního procesu. Ve zvýšené míře indikuje divné, narušené myšlení (Polák & Obuch, 2011). Jsou také spojeny s deficitem v empatii (Lečbych, 2016).
7. **Nízká kvalita tvarového zpracování** ( $\text{X-} \% > 0,29$ ) signalizuje zkreslení vnímání reality, narušení mediačního procesu. Interpretace okolní podnětu není obvyklá. Je na místě se při interpretaci zaměřit na to, zda se mínusové odpovědi nevyskytují při nějakých podnětech častěji než u jiných, tzv. homogenita (např. na prvních tabulích, chromatických, achromatických, ve spojení s určitými obsahy atp.) (Lečbych, 2016; Polák & Obuch, 2011).

Pokud se jedná o pacienta se schizofrenií, je nutné vzít v potaz ještě zvýšený počet bizarních odpovědí (lvl 2 skóry), pozitivní PTI index (Lečbych, 2016).

Kompletní seznam proměnných, které se mohou k agresi vztahovat, je uveden v příloze č. 9 (Gacono & Evans, 2012; Gacono, Meloy, & Bridges, 2000).

Hodnocení agresivity se také objevuje v **Böhmově systému** interpretace, který je stále podnětný pro současné posuzování agresivních fenoménů v metodě (Říčan, Šebek, Ženatý, & Morávek, 1981).

Říčan et al. (1981) hovoří o devíti kategoriích, které je možné spojovat s výkladem agrese v Rorschachově metodě v Böhmově systému. Doplněny jsou zkratky, které odkazují na dané proměnné v Exnerově CS.

1. **Výklad bílých ploch (S).** Jejich zaměření klientem může signalizovat obecnou potřebu uplatnění a nezávislosti. Při interpretaci je nutné přihlídnout k jejich tvarové kvalitě, sukcesi odpovědí, typu uchopení a typu prožívání. Rizikové jsou ty se sníženou kvalitou (FQ-), pokud se objeví jako první odpověď na první tabuli, dále pokud se v celém protokolu objevují spolu se špatnou kvalitou celků (Wv) a spolu s neobvyklými detaily (Dd). Podle stylu prožívání (EB) se jedná buďto o agresi zaměřenou dovnitř nebo ven.
2. **Typ uchopení s vysokým počtem celků (W).** Souvisí se zvýšenou aspirační úrovní. Je nutné brát v potaz kvalitu uchopení (DQ). Pokud je zhoršená a v kombinaci s „*extratenzivním egocentrickým zážitkovým typem*“ (Říčan et al., 1981, 218), může to signalizovat oportunistické chování, nedostatek morálních zábran nebo bezohlednost. Můžeme se s ním setkat u antisociálních psychopatů (Říčan et al., 1981, 234).
3. **Kinestetické odpovědi s agresivním obsahem (M).** Souvisí s odkladem či usměrněním agresivních impulzů a více souvisí s agresivními fantaziemi než se zjevným agresivním chováním. Záleží však na kombinaci s dalšími faktory, které zde popisujeme. V kombinaci s pohybem zvířat (FM) a objektů (m) mluví autoři o nižší úrovni socializace agresivních popudů (Říčan et al., 1981).
4. **Čistě barvové odpovědi (C) v kombinaci s interpretací bílých ploch (S) a agresivními obsahy (AgC).** Autoři usuzují, že při této kombinaci proměnných se jedinec špatně ovládá v konfliktních situacích. Při zvýšeném počtu těchto proměnných mluví o manifestní destruktivní agresivitě (Říčan et al., 1981).
5. **Kolize s červenou.** Jedná se o odpovědi typu: „... *toto červené nevím...*“, „... *to červené sem nepatří...*“ atp. Souvisí s potlačováním agrese, které se vyskytuje u neurotiků i krutých delikventů. U jedinců se sadistickými útoky v anamnéze se jedná podle autorů o paniku, kterou vyvolává asociace krve na červenou barvu (Říčan et al., 1981, 235).
6. **Špatné nebo agresivní řešení tabule VII.** Tedy v případě interpretace vnitřního bílého prostoru. Podle Říčana et al. (1981, 235) to signalizuje: „*paranoidně agresivní napětí, jež proband promítá do okolí a pokládá ho za nepřátelské a frustrující.*“

7. **Agresivní obsahy (AgC, AgPast).** Mezi agresivní obsahy řadí Říčan et al. (1981) exploze, agresivní zvířata, rozmačkané, zmrzačené objekty, zničení, roztržení, poranění, bodné zbraně, zuby, dráty, šípky atp.
8. **Deskripce a špatné pracovní společenství.** Projevuje se postojem k testu, nejrůznějšími zesměšňujícími, ironizujícími poznámkami nebo pouhým popisem tabule (inkoustová skvrna). Jsou typické pro probandy nižší inteligence nebo jedince s pocitem intelektové méněcennosti (Říčan et al., 1981)
9. **Otáčení tabulí a vysoký počet odpovědí v poloze c).** Podle autorů jde nejobecnější projev opozice a vzdoru. Byl pozorován zvýšený u adolescentů s konflikty v rodině. Může se také jednat o stenické zvládnutí, „agresivního“ zpracování šoku (Říčan et al., 1981).

S posuzováním agresivity souvisí také **škála pro posouzení primárního procesu myšlení** a jeho manifestace, kterou v roce 1977 představil Holt (Lerner, 2011). Zjednodušeně řečeno, primární proces myšlení je „řeč“ nevědomí, kde neplatí pravidla logiky, lineární plynutí času, libidinózní a agresivní pudy nejsou pod kontrolou a ve své podstatě je „vše možné“. Např. sny jsou také tvořeny z primárního procesu. Naproti tomu sekundární proces myšlení představuje ten, který již bere ohled na realitu a Ego se v této pozici snaží najít kompromis mezi požadavky Id a reality.

V samotné Holtově škále nalezneme hodnocení jak libidinózních přání, tak agresivních, vždy jsou rozlišeny skóry první a druhé úrovně. Z hlediska agrese<sup>1</sup> se jedná o:

- Level 1 – vražedná a zjevně sadomasochistická agrese
  - Útok (sadistická agrese) – živé sadistické fantazie, anihilace osob nebo zvířat.
  - Oběť agrese (masochismus) – extrémní viktimizace, extrémní bezmoc, sebevražda.
  - Výsledek agrese (následky) – rozpadlé, shnilé, zmrzačené elementy, katastrofy.
- Level 2 – sociálně více tolerované formy agrese a hostility
  - Útok – exploze, boj, oheň, děsivé postavy, zbraně, drápy.

---

<sup>1</sup> Přeloženo dle Lerner (2011, 173).

- Oběť agrese – člověk nebo zvíře zraněné nebo v bolestech, vyděšené osoby a zvířata, postavy nebo objekty v nejisté, riskantní pozici.
- Výsledek agrese – zraněné nebo deformované osoby nebo zvířata, chybějící části, krev, následky přírodních katastrof (oheň, bouřky).

Lečbych (2016) upozorňuje, že je nutné tuto škálu brát jako doplňkovou, vzhledem k tomu, že slouží především k popisu dynamiky osobnosti a nejsou k dispozici relevantní studie, které by predikovaly *in vivo* agresi.

## 6.2 Hand test

Metoda Hand test byla vytvořena Edwinem E. Wagnerem ke konci 50. let minulého století. Její podnětový materiál tvoří 10 karet, na kterých jsou vyobrazeny lidské ruce v různých polohách, kromě karty poslední, která je prázdná. Proband má za úkol říkat, co by daná ruka mohla dělat, resp. si na poslední kartě nějakou ruku představit a říci, co by mohla dělat daná ruka.

Již velmi brzy po svém vzniku (1962) byl Hand test využit jako metoda odhadující agresivní tendence. Ve své studii ji Bricklin, Piotrowski a Wagner (1962) využili k rozlišení agresivních a neagresivních pacientů. Předpokládali, že proměnné spojené s agresí (AGG a DIR) budou implikovat častější agování (acting-out) agresivních impulzů. Oproti tomu proměnné COM, AFF, DEP a FEAR budou agresivní tendence spíše brzdit. Tento předpoklad se potvrdil a ukázalo se i následnými studiemi, že metoda je k posouzení agresivních tendencí vhodná. Tento trend však zastínil i jiné diagnostické možnosti, které metoda nabízí (Lečbych, 2013).

Indexy, které tendence k agování vyjadřují, jsou: **Acting out ratio (AOR)** a **Acting out score (AOS)**. Obě se skládají ze stejných proměnných, vyjadřují tutéž věc pouze jiným číselným ukazatelem.

AOR je poměr mezi sociálně pozitivními proměnnými (AFF + COM + DEP) na levé straně a mezi proměnnými spojenými s agresivními tendencemi (AGG + DIR) na straně pravé. Pravostranná převaha indikuje vyšší pravděpodobnost agování agrese. Tato forma vyjádření je častější v klinické praxi (Lečbych, 2013).

AOS je vyjádření stejných proměnných, avšak ve formě podílu, tedy: (DIR + AGG) – (AFF + DEP + COM). Za rizikové se považují hodnoty AOS > 0.

Lečbych (2013) uvádí, že hodnoty indikující acting out, je nutné interpretovat jako možné tendence k tomuto chování, avšak ne jako predikce specifického chování. Je podle něj také vhodné přihlídnout k proměnným MAL a PATH, které mohou interpretace zpřesňovat – i pokud je např. převažuje levá strana AOR nebo pokud je poměr vyrovnaný, je ve spojení s těmito proměnnými agování stále pravděpodobné.

Samostatně vyčleněnou kategorií pro posouzení **agresivity** v metodě je kategorie **AGG**. Je definována jako odpověď, kdy ruka způsobuje bolest, projevuje hostilitu nebo agresi. Příklady odpovědí mohou být „boxuje“, „dává někomu facku“, „ukazuje Q posmívá se spolužákovi a ukazuje na něho“ (Lečbych, 2013; Vanko & Hapčová, 2013).

Vyšší hodnoty AGG můžeme najít u delikventů, osob s poruchami osobnosti a s těžšími trestnými činy (Vanko & Hapčová, 2013). Podle norem dle Fridricha a Nociara (1991) se hodnoty normy pohybují okolo jedné odpovědi na protokol, u kriminální populace to je okolo dvou a půl odpovědi na protokol.

Haramis a Wagner (1980) provedli studii, ve které pomocí Hand testu a Rorschachovy metody rozlišovali mezi agresivními a neagresivními alkoholiky. Hand test byl schopen tyto dvě skupiny diskriminovat na základě odpovědí vztahujících se jak k agresi, tak k jejímu brždění.

V českém prostředí použili metodu ke zkoumání agrese Harsa, Žukov a Csémy (2009). Porovnávali pacienty s poruchami osobnosti, s depresemi a se schizofrenií. Signifikantní rozdíly mezi skupinami se objevily v proměnných vztahujících se k odstupu od reality (WITH) a k úrovni patologie (PATH), avšak k překvapení autorů se tak nestalo v indexu AOR ani v AGG. Tuto skutečnost si autoři vysvětlují možným útlumem v důsledku medikace, popř. situačními faktory a danou náladou probandů.

Dále např. Slánský (2008) využil HT k diskriminaci instrumentální a afektivní agrese v populaci pachatelů majetkové trestné činnosti. Metoda se ukázala jako schopná tyto skupiny rozlišit na základě proměnných z interpersonální kategorie, které byly častější u skupiny pachatelů instrumentální agrese. Spolu s touto proměnou je nutné brát v potaz proměnnou PATH, která byla v této skupině nižší. Naopak pachatelé, kteří měli sklon k afektivní agresi, skórovali častěji ACT, tedy vyšší orientaci na okolí než na lidi s vyšším počtem PATH.

Mesiarkinová (2012) ve svém výzkumu využívala mj. Hand test k rozlišení sexuálních deviantů odsouzených za trestný čin. Kontrolní skupinu tvořili odsouzení za trestný čin

krádeže, bez sexuálních přečinů v anamnéze. Proměnné AOS ani PATH však mezi skupinami nebyly schopny diskriminovat. Autorka práce to přičítá možné opakované administraci metody probandům, kteří projdou během trestního řízení rozličnými psychologickými testy, jejichž je Hand test součástí. Dále podle ní hraje roli možnost stylizace odpovědí tak, aby působily více sociálně přijatelně. Brány v potaz jsou i situační faktory.

Kotten (2002) ve své práci využila HT k diskriminaci hospitalizovaných dětí na psychiatrickém oddělení. Rozdělení do skupin proběhlo po pozorování dětí personálem. Výsledky nepotvrdily hypotézu, že by byl schopen HT oddělit agresivní děti od neagresivních, AOS ani AGG nebylo signifikantně rozdílné.

Ke shora uvedenému je vhodné zmínit možnost značného vědomého ovlivnění metody tak, aby proband působil ve světle, v jakém si přeje být on sám. Singer et al. (1969) zadali test probandům celkem dvakrát během jednoho vyšetření. V prvním případě se jednalo o standartní administraci. Ve druhé požádali examínátoři jednu skupinu probandů, aby se ukázala v co nejlepším světle. Druhé skupině řekli, aby naopak podala co nejhorší výkon. Výsledky potvrdily možné snadné ovlivnění výsledků probandy.

Je však také nutné zohlednit možné metodologické nedostatky studií, ve kterých je s HT operováno. Vzhledem k poměrné jednoduchosti metody na administraci i vyhodnocení se jedná o metodu často využívanou v diplomových pracích. Nezkušenost s testem, nedostatečně rozdílné skupiny, malé vzorky, to vše může signifikantně ovlivnit výsledky výzkumů, tuto práci nevyjímaje.

Hand test je vždy nutné brát jako metodu potvrzovací, nikoli heuristickou, a měla by vždy být kombinována s dalšími metodami. Je možné ji použít jako screeningovou metodu (Lečbych, 2013; Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013). Jeví se také vhodná na seznámení probanda s testovou situací, před administrací jiných projektivních metod jako ROR nebo TAT (Pernička, ústní sdělení 27. 10. 2016).

## 6.2 Další metody

Hlavním zaměřením této práce jsou Rorschachova metoda a Hand test, jež byly popsány výše. Nejsou však jedinými metodami, kterými je možno agresi posuzovat. Zde uvedeme výčet a stručný popis nejdůležitějších metod, vč. dotazníkových.

- **Tematický apercepční test (TAT)**

Je další projektivní metodou, u které je možné hledat projevy agrese. Test tvoří celkem 31 obrázků interpersonálních situací, které jsou svým vyobrazením nejednoznačné. Nejsou administrovány všechny tabule, ale tvoří se sady pro muže, ženy, chlapce a dívky. Proband je vyzván, aby k obrázkům řekl příběh co možná nejdramatičtější, má popsat, co si jednotlivé osoby myslí a co cítí. Jako příklad posuzování agresivní tendencí pomocí je možné uvést studii, kterou provedl Lindzey a Tejessy (1956), kteří posuzovali agresi z hlediska 10 proměnných<sup>2</sup>: ignorování pistole, agresivní zvraty, smrt následkem vnějších sil, násilí, smrt a selhání vedlejších postav, chybné rozpoznání, silné agresivní fantazie, silný slovník, konstruktivní závěr, konstruktivní charakter.

- **Rosenzweigův obrázkový frustrační test**

Publikován v roce 1945. Jedná se o verbálně-tematický test, který obsahuje 24 obrázků, ve kterých jsou nastíněny nejrůznější mezilidské konfliktní situace. Proband má za úkol napsat první odpověď, která ho k situaci napadne. Vyhodnocení testu je přímo zaměřeno na agresivní chování. První kategorií je směr agrese: extrapunitiva (k okolí), intrapunitiva (k vlastní osobě) a impunitiva (snaha přenést se přes frustraci). Druhou kategorií je typ agrese: převládající překážka, obrana „já“ a trvání potřeby (Svoboda et al, 2013).

- **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)**

MMPI-2 je osobnostní inventář tvořený celkem 567 položkami a je možné u něj vyhodnotit desítky škál. Není tedy překvapením, že díky své rozsáhlosti obsahuje také škály, které se věnují agresi. Nichols (2011, 42) uvádí primární a sekundární znaky, které se vztahují k agresi, iritabilitě a hostilitě. K primárním patří *Zloba (ANG)* a *Agresivita (AGGR)*. K sekundárním *Explozivní chování (ANG1)*, *Iritabilita (ANG2)*, *Chování typu A (TPA)*, *Netrpělivost (TPA1)*, *Hypomanická aktivace (RC9)*, *Trpělivost/Popření*

---

<sup>2</sup> Volně přeloženo dle (Lindzey & Tejessy, 1956).



*podrážděnosti a zloby (S4 (low)), „Koss-Butscher Threatened Assault“ a „Lachar-Wrobel Problematic Anger critical items“.*

- **Inventář agrese Busse a Durkeeové (B-D-I)**

Test obsahuje 75 položek, na které má proband odpovídat stylem, zda pro něj tvrzení platí či neplatí. Vyhodnocení poskytne rozdělení na pět druhů agresivity (fyzická, nepřímá, verbální, popudlivost a negativismus), dva druhy hostility (resentiment a podezíravost) a pocity viny. Právě agrese a hostilita jsou dvěma hlavními faktory, kterými jsou položky syceny (Svoboda et al., 2013).

- **Caprarovy testy agresivity**

Jedná se o sadu šesti sebesupozovacích dotazníků, které obsahují 20 až 40 položek, jsou hodnoceny na tří nebo šesti bodové Likertově škále. Názvy jednotlivých dotazníků jsou: Iritabilita, Náchylnost k emocionálním reakcím, Strach z trestu, Potřeba nápravy, Hostilní přemítání, Tolerance vůči násilí (Svoboda et al., 2013).

- **Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20)**

Metoda z oblasti tzv. risk managementu, popř. threat assessmentu. Tyto metody se snaží predikovat mj. agresivní chování v různých situacích. Do Česka se tato metoda pozvolna dostává, především díky práci Valentové (2013), nově byla vydána i v české oficiální verzi. Metoda je hodnocena celkem ve třech škálách, které zaškolený pracovník hodnotí 0, 1 nebo 2 body. Jedná se o tyto škály: Historická, Klinická a Řízení rizika. Hodnotí se nejruznější aspekty probandova života – vztahy, zaměstnání, traumatické zážitky, násilí v anamnéze, reakce na léčbu, náhled atd. Výsledný skóre je indikátorem možného nežádoucího chování.

- **State-trait Anger Expression Inventory (STAXI)**

Inventář byl publikován poprvé v roce 1988, v české verzi je používán pouze experimentálně, bez oficiálního vydání. Objevuje se pod názvem „Inventář hněvu jako stavu a rysu jejich výrazu“. Obsahuje 44 položek, které zachycují dva hlavní faktory, „State-anger“ a „Trait-anger“. Metoda dosahuje dobrých psychometrických vlastností (Dolejš et al., 2016).

- **Škála hněvivosti a nahněvanosti (ŠHaN)**

Metoda je dostupná v českém překladu, původní verzi vytvořil Spielberg v roce 1980. Je složena ze dvou částí – první se zaměřuje na hněv jako aktuální emoční stav a druhá, která bere hněvivost jako emoční nastavení trvalejšího rázu. Metoda obsahuje 30 položek s výběrem ze 4 možností u každé položky (Dolejš et al., 2016).

Pro úplnost můžeme zmínit i některé další metody, které s tématem souvisejí:

- Anger Situation Questionnaire (ASQ)
- Dotazník agresivity Busse a Perryho (BPAQ)
- The Questionnaire on Moral Attitudes toward Aggression (CAMA)
- Multidimenzionální škála hněvu (MŠH)
- Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)
- Souhrnná Analýza Rizik a Potřeb Odsouzených (SARPO)
- The Aggression Scale
- The Impulsive/Premeditated Aggression Scale (IPAS)
- The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ)
- Violence Risk Appraisal Guide (V-RAG)

## 7 Společensko-právní aspekty agresivních psychiatrických pacientů

### 7.1 Společenské aspekty

Považujeme za důležité zmínit některé kauzy násilných činů, které byly přímo či nepřímo spojeny s jedincem, který trpěl duševní poruchou. V některých případech je toto spojení nepochybně oprávněné, v jiných případech přinejmenším nešťastné. Jak bylo zmíněno výše, agresivních pacientů je menšina, většina trestných činů je spáchána lidmi bez duševní poruchy a lidé s duševní poruchou jsou více náchylní k zneužití, než že aby oni sami byli pachateli. Může tak docházet ke stigmatizaci pacientů nebo k diskreditaci psychiatrické péče v očích veřejnosti.

V této části bychom rádi ve stručnosti načrtli současný mediální pohled na psychiatrickou péči a pacienty. Vzhledem k tomu není možné dosáhnout dostatečné objektivity, která ale není v tomto případě cílem, jde nám o vnímání těchto případů médií a společností, proto jsou v této části využity i méně věrohodná, až bulvární média, která jsou však zároveň jedněmi z nejčtenějších.

Za nejvýraznější případy, jež se během posledních let dostaly do povědomí veřejnosti v souvislosti s člověkem trpícím duševní poruchou, který spáchal trestný čin, můžeme považovat ty ze Žďáru nad Sázavou, Uherského Brodu a Horní Břízy.

Chronologicky prvním byl případ ze **Žďáru nad Sázavou**, k události došlo 14. října 2014. V něm šestadvacetiletá žena vešla do střední školy, kde ubodala šestnáctiletého studenta a dále zranila dvě studenty a policistu. Žena byla v únoru toho roku propuštěna z Opavské psychiatrické nemocnice, kde se podle všeho léčila pro paranoidní schizofrenii. Její forma léčby byla změna z ústavní na ambulantní ochranu léčbu. Podle slov jejího psychiatra, žena na kontroly docházela a brala i potřebné medikamenty (Nohl, Pokorný, & Rodriguez, 14. října 2014; Pavlíček, Šimánek, & Ožana, 15. října 2014).

Stejná žena už jednou útočila v Havířově, v té době (květen 2012) napadla učitelku a sedmiletou dívku vzala jako rukojmí (Česká televize, 14. října 2014).

V souvislosti s touto kauzou bylo diskutováno o funkčnosti ochranného léčení a o schopnosti ochránit společnost před nebezpečnými pacienty. Byl kritizován jak soud, který nařídil změnu formy ochranné léčby, tak psychiatři, kteří byli zodpovědní za léčbu pacientky (Česká televize, 14. října 2014).

V **Uherském Brodě** došlo k události 24. února 2015. Třiašedesátiletý muž v restauraci Družba zastřelil osm lidí, poté spáchal sebevraždu. Tento incident se řadí k největším tragédiím v historii České republiky (Novinky.cz, 25. února 2015).

Podle dostupných informací chtěl tímto činem pachatel řešit svou situaci, kdy se cítil šikanován a žádný z úřadů mu nemohl pomoci (iDNES.cz, 25. února 2015b). V médiích byl probírána pachatelův psychický stav, podle některých informací docházel na psychiatrii. Státní zástupce však nepřičetnost pachatele nepotvrdil (Greplová, 26. února 2015). Podle dalších zdrojů byla pachatelova žena léčena pro schizofrenii (iDNES.cz, 25. února 2015a). V souvislosti s tímto pachatelem se objevovaly nálepky jako psychopat (iDNES.cz, 25. února 2015d) nebo asociál (iDNES.cz, 25. února 2015c). Zmínka o pachatelově ženě v tomto kontextu není příliš relevantní a může spíše podvědomě vzbuzovat negativní konotace o lidech se schizofrenií.

Posledním výše zmíněným případem je ten z **Horní Břízy**. Devětadvacetiletý útočník nožem napadl a usmrtil knihovnici poté, co došlo ke sporu o čtenářský průkaz. K události došlo 25. května 2015. Podle dostupných informací muž v lednu daného roku ukončil ústavní léčbu, která byla změněna na léčbu ambulantní (Švec, 26. května 2015).

O pachateli se hovořilo jako o psychopatovi (Kosová, 2. června 2015) i jako o schizofrenikovi (Blesk.cz, 7. srpna 2015). Podle dalších informací trpěl muž paranoidní schizofrenií. Hlasy mu prý říkaly, aby ženu zabil. Pachatel byl následně umístěn do zabezpečovací detence, trestní stíhání bylo zastaveno pro nepřičetnost (P. Ježek, 11. února 2016).

Byla opět zpochybňována schopnost psychiatrické péče dostatečně dobře ochránit společnost tím, že na svobodu poslala takto nebezpečného muže (Blesk.cz, 7 srpna 2015; P. Ježek, 11. února 2016).

Podle rešerše je patrné, že nejčastěji spojovanou diagnózou s nebezpečím pro veřejnost je schizofrenie. Jsou to nejen výše zmíněné případy, ale objevují se i další kauzy (Blesk.cz, 27. května 2015; Česká televize, 13. ledna 2017; Fuksa, 8. prosince 2015; Lesková, 9. února 2012). Tyto články zmiňují, že je v Česku až 800 pacientů s psychózou, kteří jsou nebezpeční svému okolí.

Zdaleka nejčastěji se však v médiích objevují zprávy, že z psychiatrické nemocnice (v textu stále většinou označovány jako léčebny) utekl okolí nebezpečný člověk např. (Blesk.cz, 7. prosince 2010; iDNES.cz, 3. července 2013; T. Ježek, 3. května 2010;

Novinky.cz, 27. září 2013; Šubrt, 6. února 2012). Tyto zprávy se nejčastěji objevují v regionálních verzích webových stránek, a tak jejich dopad není tak velký, pravděpodobně slouží spíše k informování veřejnosti. Přesto však to může k celkovému obrazu psychiatrických pacientů přispívat. O pacientech, kteří mají strach a utekli z léčebny tak často portály neinformují.

## 7.2 Právní aspekty

Problematiku společensky nebezpečných pachatelů (a pacientů) upravuje v českém právu zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Konkrétně pak Hlava V., třetí díl, § 98 až §100 trestního zákoníku.

Podle trestního zákoníku existují dva typy trestních sankcí, které slouží jako donucovací prostředky sloužící k ochraně před páčáním trestné činnosti. Jedná se o tresty a ochranná opatření. Trestem se rozumí nápravné opatření např. ve formě odnětí svobody, odejmutí věci, veřejně prospěšné práce atd. Mezi ochranná opatření (§ 98) patří:

- ochranné léčení (§ 99),
- zabezpečovací detence (§ 100),
- zabránění věci (§ 101),
- ochranná výchova (§ 84–86).

Podstatným pro tuto práci jsou první dvě jmenovaná opatření.

V rámci českého právního systému je možné uložit současně trest a ochranné opatření – ochranná léčba nebo zabezpečovací detence.

V určitých případech je možné od potrestání upustit a současně však uložit ochranné léčení nebo zabezpečovací detenci (§ 47). K tomu dojde v případě, že pachatel spáchal trestný čin ve stavu snížené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou a soud uzná, že ochranné léčení je vhodnou formou nápravy. Pokud soud uzná, že ochranné léčení by daném případě nevedlo k dostatečné ochraně společnosti, může soud uložit zabezpečovací detenci. Další podmínkou je, že se soud domnívá, že zabezpečovací detence bude plnit svůj účel lépe než trest.

Ochranná opatření nejsou primárně udělována na základě závažnosti činu, ale řídí se o potřebou léčby jedince, jeho výchovy a izolace od společnosti (Drnová, 2014).

Ochranné léčení může nabýt dvou forem, a to:

- ambulantní,
- ústavní,

o formě rozhoduje soud na podkladě znaleckého posudku psychiatra.

Ve formě ambulantní zůstává pacient ve svém přirozeném prostředí a dochází pravidelně na kontroly, nebo by tak alespoň měl činit.

Ve formě ústavní je pacient hospitalizován v psychiatrické nemocnici, které jsou k tomuto úkonu uzpůsobeny (mj. zabránění útěku). Ústavní léčba se ukládá na dva roky s tím, že po uplynutí této doby je nutné požádat soud o její prodloužení, bez stanovení horní hranice. V současnosti je k dispozici 14 psychiatrických nemocnic, které umožňují výkon ochranného léčení.

Ochranné léčení se může uložit v případech že:

- pachatel spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný nebo
- pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním.

Ochranné léčení lze nařídit i spolu s trestem. V tom případě nastoupí pachatel k výkonu trestu do věznice, která je uzpůsobená k tomuto účelu, tj. že součástí tohoto zařízení je specializované oddělení ochranné léčby. V současnosti jsou tato oddělení ve věznicích Znojmo, Rýnovice, Heřmanice, Opava a Kuřim (Drnová, 2014).

Zabezpečovací detence je vyšší stupeň ochranného léčení a soud ji ukládá v případě, že se domnívá, že by uložení ochranné léčby neplnilo svůj cíl, tedy ochranu společnosti.

Institut zabezpečovací detence je v České republice dostupný od 1. 1. 2009 a je vykonáván ve střežených ústavech spadajících pod Vězeňskou službu České republiky, v Ústavu pro zabezpečovací detenci Věznice Opava a Ústavu zabezpečovací detence Vazební věznice Brno.

## Výzkumná část

### 8 Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky

#### 8.1 Výzkumný problém

V teoretické části jsme popsali a definovali agresi a s ní související pojmy. Jedná se o problematiku, která zasahuje jak do samotných psychologických teorií, tak do klinické praxe. Jedná se také o problematiku společenskou s přesahem do právní oblasti.

Výzkum agrese je možné realizovat pomocí mnoha metod. Pro tuto práci byly zvoleny metody projektivní, které svou podstatou umožňují nahlédnout do méně vědomých vzorců myšlení a prožívání. Tento fakt je podstatný např. při forenzní posudkové práci, kdy je po psychologovi požadováno, aby posoudil, jak je daný jedinec náchylný k agresivnímu chování. V tomto kontextu mohou, a také mají, vyšetřované osoby tendenci ke zkreslení obrazu své osoby do jimi požadovaného světla. Projektivní metody mohou tento problém do určité míry odstranit.

V kapitole o společensko-právních aspektech byl také diskutován fakt propuštění či nepropuštění pacienta z léčby. V silách všech zdravotnických pracovníků by měla být snaha rozlišit ty, kteří mohou být bezpečně propuštěni a kteří nikoliv. Jedná se pochopitelně o nesnadný, ne-li nemožný úkol, ale v našich snahách by mělo být tuto problematiku zkoumat a snažit se zabránit tragickým událostem.

#### 8.2 Výzkumné cíle

Při formulaci výzkumných cílů vycházíme z výzkumného problému. Zajímá nás tedy, jestli a popř. jakým způsobem jsou námi zvolené metody (Rorschachova metoda a Hand test) vhodné k posouzení agresivních tendencí.

Primárním cílem práce je identifikovat ty proměnné z obou testů, které jsou k posouzení agrese významné. Na základě vybraných proměnných poté srovnat pacienty, kteří byli personálem označeni jako agresivní, s pacienty, kteří sklony k agresi nevykazovali.

Sekundárním cílem práce bude srovnat z vybraných proměnných klinickou skupinu, tvořenou všemi pacienty psychiatrických nemocnic a neklinickou (kontrolní), tvořenou studenty a studentkami vysokých škol. Vzhledem k neekvivalentnosti obou skupin budou

tyto výsledky interpretovány s obezřetností a slouží především k načrtnutí hlavních trendů, které bychom mohli předpokládat v případě vyváženějšího vzorku.

### **8.3 Výzkumné otázky**

**Primární výzkumná otázka:** Jaké proměnné vztahující se k agresi v Rorschachově metodě a Hand testu jsou schopny odlišit agresivní a neagresivní pacienty?

**Sekundární výzkumná otázka:** Jaké proměnné vztahující se k agresi v Rorschachově metodě a Hand testu jsou schopny odlišit klinickou a neklinickou populaci?



## 9 Sběr dat a výzkumný soubor

### 9.1 Klinická populace

Probandi pro klinickou populaci byli vybráni z celkem tří zařízení: Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži a Psychiatrická nemocnice Bohnice. Instituce byly osloveny emailem s popisem realizovaného výzkumu.

Personál psychiatrických nemocnic ve všech případech předem seznámil klienty s výzkumem a ti měli možnost se do něj dobrovolně zapojit. Jednalo se tak o záměrný výběr přes instituci v kombinaci s dobrovolným samovýběrem.

Výzkum byl vždy v krátkosti představen i výzkumníkem. Informovaný souhlas byl z důvodu ochrany soukromí pacientů uzavřen po dohodě s personálem pouze v ústní podobě.

Před administrací proběhl s pacienty různě dlouhý spontánní rozhovor. Po něm byly sebrány základní demografické údaje. U klinické skupiny se jednalo o délku současné hospitalizace, počet celkových hospitalizací, první hospitalizace, diagnóza, se kterou se pacient léčí, případně zjištěna primární droga. Probandi byli dotazováni na zkušenost s metodami. Případné nedorozumění ohledně metod bylo uvedeno na pravou míru a větší diskuze byla provedena po administraci. Metody byly administrovány v pořadí Hand test, Rorschachova metoda. Verbatim byl zapisován do počítače. Protokoly byly následně zaslány pracovníkům zařízení, kteří tak měli možnost sdělit pacientům výsledky.

Pro klinickou populaci byli vybráni probandi na základě následujících kritérií:

- věk 18 let a starší,
- současná hospitalizace na psychiatrickém oddělení,
- přítomnost agrese nebo agresivity v anamnéze; resp. jejich nepřítomnost pro druhou skupinu.

**Kritérium agrese** bylo ponecháno na pracovnících zařízení, kteří tak ze své klinické zkušenosti vybrali ty, pro které byly tyto znaky charakteristické, zároveň však také ty, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit.

Pacienti pak byli podle hodnocení personálu rozděleni do dvou skupin. Jednu skupinu tvořili pacienti, u kterých byla míra agrese vyšší v porovnání běžnou zkušeností personálu. V této skupině jsou především zařazeni pacienti z **ochranných léčeb**, ale nejenom ti.

Někteří pacienti s agresí byli toho času hospitalizováni na běžném oddělení, i tak však vykazovali známky agrese. Ve druhé skupině byli pacienti, u kterých nebyla agrese primárním znakem jejich hospitalizace, a tato skupina slouží jako srovnávací v rámci klinické populace. Jednalo se především o pacienty v **komunitní léčbě**.

Ve skupině agresivních pacientů jsou tak pachatelé trestné činnosti (N=4), sexuální agresori (N=2) a verbálně agresivní (mj.) v prostředí zařízení (N=5).

Všem pacientům bylo společné to, že u nich v **anamnéze byl přítomen abúzus drog**. Jako hlavní drogu označilo 14 pacientů pervitin, 3 alkohol a zbylých 5 uvádělo více drog. Tento jev není překvapivý a je v souladu s teorií (Höschl et al., 2002; Látalová, 2013).

Od původního záměru získat probandy na detenčních ústavech v Opavě a v Brně muselo být nakonec upuštěno. V jednom případě nebyly výzkumy povoleny vůbec a ve druhém nebylo možné výzkum z bezpečnostních důvodů na daném pracovišti realizovat. Preferováni tak tedy byli pacienti z ochranných léčeb.

Údaje pro klinickou populaci jsou vždy rozděleny na tři části:

- všichni pacienti z klinické populace – (N=22),
- neagresivní pacienti – (N=11),
- agresivní pacienti – (N=11).

V tabulce č. 3 jsou uvedeny věkové charakteristiky jednotlivých skupin.

*Tab. 3 Věkové charakteristiky jednotlivých skupin*

	Klinická			Neagresivní			Agresivní		
	průměr	SD	N	průměr	SD	N	průměr	SD	N
<b>Muži</b>	31,26	4,65	19	31,22	3,31	9	31,30	5,79	10
<b>Ženy</b>	28,33	0,58	3	28,00	0,00	2	29	0,00	1
<b>Celkem</b>	30,86	4,43	22	30,64	3,23	11	31,09	5,54	11

Nejmłodším muži bylo 21 let (ag.), nejmladší ženě 28 let (neag.). Nejstaršímu muži bylo 39 let (ag.), nejstarší ženě 29 let (neag.).

V tabulce č. 4 jsou uvedeny údaje o průměrné délce vzdělání pacientů a délka hospitalizace v době prováděného výzkumu.

Tab. 4 Věkové charakteristiky agresivních

	Klinická		Neagresivní		Agresivní	
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD
<b>Vzdělání</b>	12,36	2,40	13,09	2,78	11,64	1,80
<b>Délka hospitalizace</b>	115,86 dnů	110,16	136,10 dnů	77,70	95,67	136,18

Pro větší část pacientů se jednalo o první hospitalizaci (N=9), 7 pacientů bylo hospitalizováno dvakrát, 3 pacienti třikrát, maximum byly 4 hospitalizace (N=3).

## 9.2 Neklinická populace

Probandi do neklinické populace byli vybráni z řad **studentů** psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Byli osloveni hromadně přes ročníkový e-mail s nabídkou účasti na výzkumu. Dobrovolně se přihlásilo celkem 23 probandů a s 20 z nich byl výzkum realizován. Sběr dat byl tedy realizován formou dobrovolného samovýběru.

Před administrací metod proběhl různě dlouhý spontánní rozhovor. Během něho byl také výzkum blíže představen. Byl podepsán informovaný souhlas (viz příloha). Následovalo sebrání základních demografických údajů, zjištění, zda a popř. jaké zkušenosti probandi mají s administrovanými metodami. Následovala jejich administrace v pořadí Hand test, Rorschachova metoda podle standartních instrukcí. Examinátor a proband byli rozloženi vedle sebe. Za účast probandům ve výzkumu jim byl přislíben verbatim jejich protokolů, zaslaný v elektronické podobě, bez poskytnutí výsledků či sekvence skóru.

Probandi pro neklinickou populaci byli vybráni na základě následujících kritérií:

- věk 18 let a starší,
- nepřítomnost psychiatrické diagnózy.

V tabulce číslo 5 jsou uvedeny popisné charakteristiky neklinické populace z hlediska věku.

Tab. 5 Věkové charakteristiky neklinické populace

Pohlaví	Počet	Průměr	SD	Minimum	Maximum
<b>Muži</b>	3	21,67	0,58	20	22
<b>Ženy</b>	17	22,23	0,90	20	24
<b>Celkem</b>	20	22,10	0,96	20	24

Průměrná délka vzdělání u neklinické populace činila 15,05 let (SD = 0,39), ve většině případů se jednalo o studenty třetího ročníku psychologie.

V následujících grafech jsou porovnány probandi z hlediska věku a vzdělání. Skupina AG0 je kontrolní skupina studentů, AG1 jsou neagresivní pacienti a AG2 jsou pacienti agresivní.

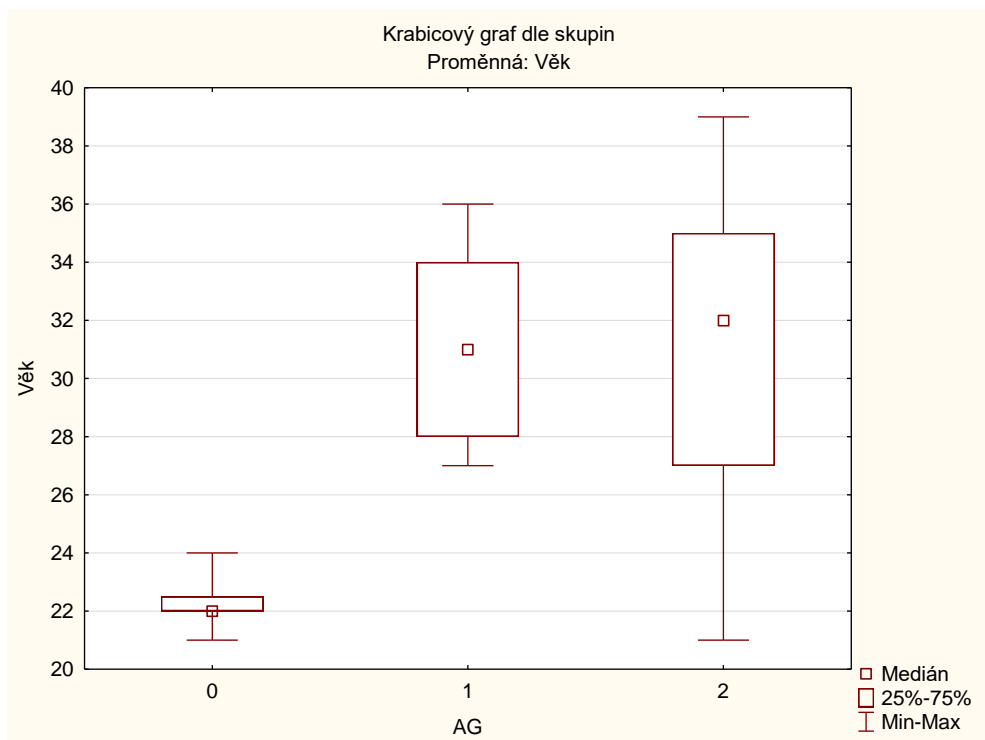
Jak je z popisů a grafů č. 2 a č. 3 zřejmé, kontrolní skupina se výrazně liší od skupiny klinické ( $p < 0,001$  u věku, vzdělání i pohlaví). Za daných možností se podařilo získat pouze tento vzorek, který je tedy oproti klinické tvořen především ženami, studentkami vysoké školy, a výrazně mladšími.

Tato práce je zaměřena především na psychiatrické pacienty, a kontrolní skupina je proto upozaděna. V přílohách č. 4–7 jsou uvedeny kompletní popisné statistiky, obsahující proměnné CS (Exner, 2009), čtenář si tak může sám udělat obrázek, jak mnoho se kontrolní vzorek liší od normativního vzorku CS. Případné rozdíly od normy podle Exnera budou v potřebných případech komentovány.

Co se týče rozdílů ve věku v rámci klinické populace, agresivní pacienti se v průměru vzdělávali méně let než pacienti neagresivní, což odpovídá předpokladu Látalové (2013), tedy že agrese se váže na nižší vzdělání a socioekonomický statut obecně. Tento rozdíl však nebyl statisticky významný ( $p=0,18$ ).

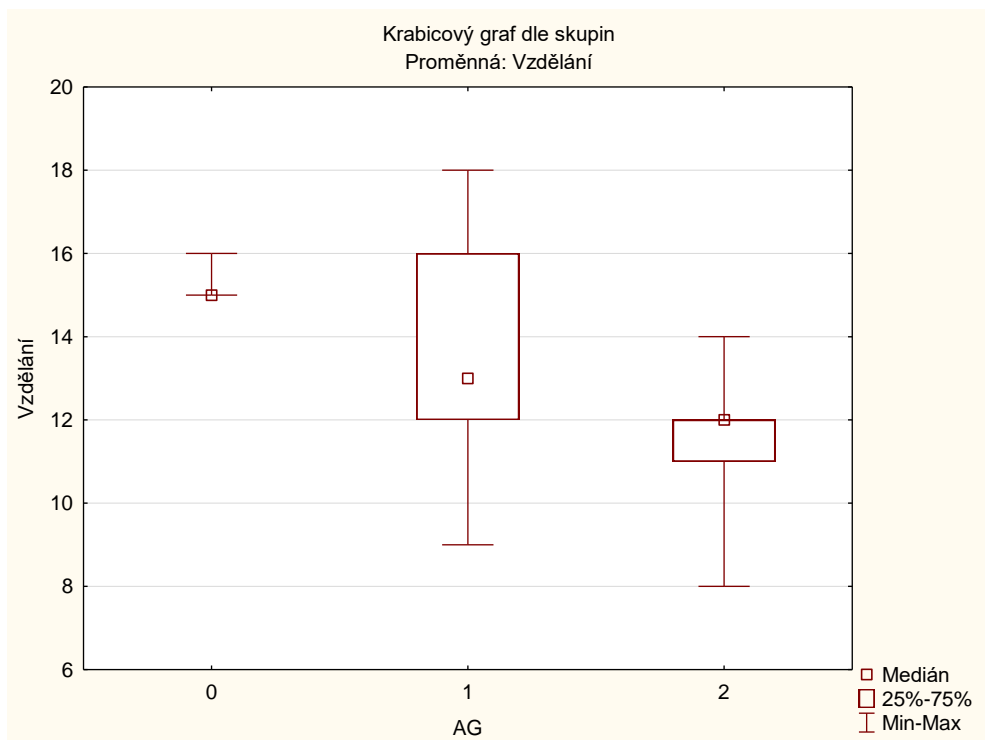
V rámci deskriptivní i inferenční statistiky bude kontrolní skupina srovnávána s kompletní klinickou skupinou.

Graf. 2 Porovnání skupin podle věku



Pozn.: 0 – kontrolní skupina; 1 – neagresivní pacienti; 2 – agresivní pacienti; vzdělání v letech

Graf. 3 Porovnání skupin podle vzdělání



Pozn.: 0 – kontrolní skupina; 1 – neagresivní pacienti; 2 – agresivní pacienti; vzdělání v letech

## 10 Použité metody

- **Rorschachova metoda**

Rorschachova metoda vznikala na počátku 20. století a její současná podoba byla poprvé publikována v roce 1921. Její autor Hermann Rorschach, švýcarský psychiatr, původně zamýšlel svou metodu jako test percepce, nikoli jako projektivní test, kam je dnes zpravidla řazen. Metodu viděl vhodnou především k odlišení pacientů se schizofrenií. Krátce po publikování metody však zemřel a práce se ujali jeho spolupracovníci. Metoda se rozšířila postupně do Spojených států amerických, do Jižní Ameriky i do Asie. Za hlavní proud můžeme považovat americkou a evropskou větev testu.

Ve USA se kolem této metody postupně vytvořilo několik způsobů administrace, skórování a interpretace, přičemž mezi jednotlivými systémy byly značné rozdíly a bylo velmi obtížné, ne-li nemožné, sdílet poznatky mezi systémy. Jednalo se o systémy Becka, Klopfera, Hertzové, Rapaporta se Schaferem a Poitrowského (Exner, 1969).

Na evropském kontinentě se stal vlivným především Böhmův přístup k metodě. Za zmínku stojí i dílo maďarského psychologa Ference Mérei (Lečbych, 2016).

Největší zásluhu na dnešní podobě testu má John E. Exner, Jr., který svým Komprehensivním systémem, poprvé vydaným v roce 1974, sjednotil pět různých amerických škol. Vytvořil standardizovaný systém administrace, skórování a interpretace, s důrazem na zahrnutí *evidence-based* proměnných.

Exner roce 2006 zemřel. Jeho rodina, jako majitelé autorských práv, uzavírá systém dalším změnám na počest jeho památce. Zde začíná vznik zatím nejnovějšího systému k Rorschachově metodě – R-PAS neboli Rorschach Performance Assessment System, za kterým stojí tým pěti výzkumníků: Meyer, Mihura, Viglione, Erard a Erdberg (Lečbych, 2016; Meyer, Mihura, Viglione, Erard, & Erdberg, 2011).

Testový materiál tvoří deset standartních tabulí o velikosti 24 x 18 cm. Jsou na nich vyobrazeny inkoustové skvrny, téměř symetrické. Pět tabulí obsahuje pouze černou barvu (achromatické - I., IV., V., VI. a VII.), zbylých pět je chromatických, dvě jsou černočervené (II., III.) a tři jsou pastelové (VIII., IX. a X.).

Administrace probíhá individuálně, proband a examinátor jsou rozloženi ideálně vedle sebe. Examinátor by měl před administrací metody provést krátký rozhovor o tom, zda se proband již s metodou někdy setkal nebo zda mu již byla v minulosti administrována.

Případné nepřesnosti je třeba uvést na pravou míru a vysvětlit, že se nejedná o test paměti, ale že nás zajímá, co proband uvidí zde a nyní.

Krátký popis testu může být např., že se jedná o řadu inkoustových skvrn a úkolem probanda bude říci, co to může být. Poté můžeme přistoupit k samotné administraci. První je tzv. asociační fáze. Ta započne tím, že probandovi předložíme první tabuli a doplníme ji standartní instrukcí: „Co to může být?“. Během ní examinátor zaznamená doslovné odpovědi klienta. Po jejím skončení u X. tabule přejdeme k fázi tzv. inquiry. V ní se snažíme získat od probanda informace o lokalizaci, determinantě a obsahu. Zde je nutná znalost všech kódovacích kategorií tak, aby se examinátor mohl vhodně doptat a byl si tak již při administraci jistý, který kód odpovědi přiřadí.

Dalším krokem k celému vyhodnocení je vytvoření tzv. sekvence skórá. Jedná se o skóry přiřazené k jednotlivým odpovědím, tak jak šly za sebou. Z nich se následně vypočítává strukturální souhrn. V něm můžeme najít nejrůznější proměnné, indexy a trsy proměnných. Při interpretaci je nutné se držet pravidel manuálu, zahrnovat informace jak z jednotlivých trsů, tak ze sekvence skórá a samotných verbalizací klienta.

- **Hand test**

Metodu Hand test (v českém překladu Test ruky nebo také Tematická apercepce ruky) vytvořil ke konci 50. let minulého století Edwin E. Wagner. Původní myšlenka Hand testu byla, že by měl sloužit k predikci reálného chování, pomocí měření tzv. akčních tendencí, které si proband to ruky projikuje. Ty je možné považovat za formu určitého vzorce reagování, který je probandovi blízký (Lečbych, 2013).

Wagner (in Lečbych, 2013, 13) předpokládá, že *„lidské chování je organizované hierarchicky a akční tendence, které jsou na vrcholu organizovaného celku, jsou nejrychleji přístupné reálné akci.“* Pokud si tedy proband projikuje do vyobrazených rukou určité obsahy a významy, je možné předpokládat, že se podobné vzorce vyskytnou i v jeho chování.

Wagner (in Lečbych, 2013) pracuje s teorií osobnosti, která je podle něj tvořena dvěma složkami. Fasádové Self (FS) a Introspektivní Self (IS). FS je soustava naučeného chování a akčních tendencí, které jsou lehce přístupné vědomí a skrze něj je zprostředkován vztah s okolím. Je přímo navázáno na percepčně motorický systém

člověka. IS je soustava představ a fantazií, tužeb a životních cílů. IS ovlivňuje chování člověka skrze FS (Vanko & Hapčová, 2013).

Hand test vnikal v době, kdy byly projekční metody kritizovány pro svou spornou validitu. Podle Lečbycha (2013) se tento fakt podepsal i na tom, jak je dnes metoda vnímána. Tedy s velmi úzkým využitím, se zaměřením na agresivní tendence. Jak však uvádí ve své monografii, možnosti použití Hand testu jsou mnohem širší a barvitější.

Hand test obsahuje celkem deset standartních tabulí, na kterých jsou vyobrazeny lidské ruce v různých polohách, kromě poslední karty, která je prázdná.

Probanda na administraci připravíme tím, že mu sdělíme, že budeme ukazovat obrázek s nakreslenou rukou a jeho úkolem bude říci, co by mohla dělat tato ruka. Při podání první karty zopakujeme instrukci, tedy: „Co by mohla tato ruka dělat?“. Postupujeme tak až k X. tabuli, která je prázdná, při jejím podání řekneme „Tato karta je prázdná. Představte si, prosím, jakoukoliv ruku a řekněte mi, co by mohla dělat“ (Lečbych, 2013, 20).

Záznam testu tvoří verbatim odpovědi. Zaznamenávána je také reakční část probanda na každou novou tabuli. Pokud je to nutné pro objasnění odpovědi, doptáváme se probanda ihned po udání odpovědi, vyhýbáme se jakýmkoliv návodným nebo sugestivním otázkám.

Jednotlivým odpovědím jsou přiřazeny skóry z celkem čtyř kategorií (Lečbych, 2013):

- interpersonální odpovědi – obsahy spojené s interakcí s lidmi (AFF – náklonost; DEP – závislost; COM – komunikace; EXH – exhibice; DIR – řízení; AGG – agresivita),
- environmentální odpovědi – obsahy spojené s interakcí s prostředím (ACQ – získávání; ACT – aktivita; PAS – pasivita),
- odpovědi spojené s maladjustací – obsahy spojené s tenzí, napětím, úzkostí (TEN – napětí; CRIP – zmrzačení; FEAR – strach),
- odpovědi značící staženost – odpovědi, kde selhala symbolizace (DES – popis; BIZ – bizarní; FAIL – selhání).

Doporučeno je také přiřadit obsahové skóry, celkem 20 kategorií (Lečbych, 2013).

Tyto kategorie jsou i součástí strukturálního souhrnu. Ten tvoří dále indexy Acting out score a Acting out ratio. Zaznamenán je také reakční čas na každou tabuli.



Hlavní předností testu je jeho jednoduchost, rychlost administrace i vyhodnocení. Styl, jakým je podnětový materiál nakreslen, umožňuje různé projekce, nejen ty, které splňují základní instrukci (Lečbých, 2013).

Jednoduchost podnětového materiálu je zároveň i slabinou testu, což může vést k jeho snadnému vědomému zkreslení probandem (Singer & Dawson, 1969).

## 11 Způsob zpracování dat

Protokoly z Rorschachovy metody, zaznamenané stylem tužka-papír, byly přepsány do elektronické podoby a následně oskórovány podle pravidel Exnerova systému (Exner, 2009), spolu s doplňkovými škálami pro agresivní obsahy podle Gacona a Meloye (1994). Správnost skóru byla průběžně konzultována s vedoucím práce.

Sekvence skóru byla vložena do počítačového programu „Code for Hermann: Enhanced Structural Summary and Supplementary Scales“ neboli CHESSES (Fontan et al., 2013), který umožňuje výpočet strukturálního souhrnu a sečtení nezbytných proměnných.

Protokoly Hand testu byly po přepsání skórovány podle pravidel upraveného manuálu od Lečbycha (2013), s přihlédnutím ke kategoriím od Vanka a Hapčové (2013) pro skórování agrese.

Podstatné proměnné strukturálního souhrnu Hand testu byly spočítány pomocí tabulky v MS Excel.

Proměnné z obou testů poté byly převedeny do datové matice v MS Excel a následně vloženy do programu Statistica 12, ve kterém byly provedeny potřebné statistické operace.

Jako první byly získány popisné statistiky všech skupin.

Pro testování normality byl použit Shapiro-Wilkův W test. Většina hodnot nevykazovala normální rozložení, pro inferenční statistiku byly tedy zvoleny neparametrické metody.

Pro porovnání skupin mezi sebou byl zvolen Mann-Whitneyův U test.

Hladina spolehlivosti alfa byla testována standardně na úrovni  $p < 0,05$ .

## 12 Etika výzkumu

Všichni probandi byli informováni o dobrovolnosti výzkumu, bylo to také výběrové kritérium pro tvorbu vzorku, jak v případě klinické, tak neklinické populace. Probandi z neklinické populace se do výzkumu hlásili na základě nabídky elektronickou poštou. Motivací pro ně bylo seznámení se s metodou a poskytnutí verbatimu jejich protokolu, bez poskytnutí skóru nebo výsledků testu.

Probandi z klinické skupiny měli možnost se do výzkumu přihlásit po oslovení personálem nemocnice. Jejich protokoly byly zaslány pracovníkům, kteří tak měli možnost jim výsledky sdělit.

Probandi z neklinické populace podepsali informovaný souhlas (příloha č. 3).

Po dohodě s personálem nemocnic byli probandi z klinické populace informováni o svých právech ústně, bez nutnosti kdekoli uvádět své jméno.

Byla zdůrazněna anonymita výzkumu s možností kdykoliv od něj odstoupit.

## 13 Výsledky

### 13.1 Deskriptivní statistika

#### 13.1.1 Rorschachova metoda

V této části jsou uvedeny popisné statistiky proměnných z Rorschachovy metody, se kterými bude v další části prováděna inferenční statistika. Popisné statistiky všech proměnných z Exnerova systému jsou uvedeny v přílohách č. 4–7.

V tabulce č. 6 jsou statistiky pro klinickou skupinu s rozdělením na neagresivní a agresivní pacienty a kompletní kontrolní skupinou.

Statistiky proměnných jsou uvedeny v této i následujících tabulkách jak ve formě hrubého skóru, tak ve formě poměru k celkovému počtu odpovědí v testu. Proměnná SumAG vyjadřuje součet všech agresivních fenoménů, které se v protokolu objevily, tj. AgC + AgPast + AgPot + AG + AgV.

Proměnná Sadomasochismus (SM) nebyla ani jednou v celém vzorku kódována, a není proto zahrnuta ve výpočtech.

**Počet odpovědí (R)**, který byl vyšší v případě všech skupin, nejvíce pak u agresivních pacientů. Při porovnání s Exnerovými normami (22,32; SD=4,40) se jedná o výrazně vyšší hodnoty.

Očekávané R pro pacienty se sklonem pro predátorskou agresi je spíše nižší (R=18,9; SD=5,17), kdežto pro sexuální devianty a pedofily je tato hodnota vyšší (R=26,5; SD=11,8 resp. R=29,5; SD=11,3) (Gacono et al., 2000). Hodnoty vzorku v této práci se tedy blíží spíše těmto hodnotám. Výsledek je možné přičítat vyšší motivaci pacientů se výzkumu zúčastnit, jelikož to pro ně mohlo být zpestření programu, který např. při ochranném léčení může být stereotypnější, zvláště při delších hospitalizacích. Také je nutné vzít v úvahu nehomogenitu vzorku z hlediska diagnózy, která nebyla kritériem pro zařazení do výzkumu. Tou byla agrese v anamnéze. I samotná vyšší agresivita se mohla projevit ve snaze podat vyšší výkon, a tím pádem i vyšší počet odpovědí.

**Agresivní obsahy (AgC)** se vyskytly u všech probandů vč. kontrolní skupiny. Tento fakt je očekávatelný, a pokud bychom brali v úvahu populární odpovědi, je velmi pravděpodobné, že proband získá dva agresivní obsahy – na II. tabuli medvěd a na X. tabuli krab. Záleží však na verbalizaci klienta, jestli mluví např. o plyšovém medvědovi

Tab. 6 Agresivní fenomény v Rorschachově metodě, popisná statistika

	Kontrolní skupina (N=20)						Neagresivní pacienti (N=11)						Agresivní pacienti (N=11)					
	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl
<b>R</b>	27,55	7,58	20	14	42	57,52	24,91	8,51	11	14	43	72,49	29,91	8,48	11	18	50	71,89
<b>AgC</b>	4,90	2,07	20	2	9	4,31	5,36	3,07	11	1	11	9,45	8,64	3,29	11	3	16	10,85
<b>AgPast</b>	1,45	1,28	16	0	5	1,63	1,45	0,93	9	0	3	0,87	3,46	1,64	11	1	6	2,67
<b>AgPot</b>	0,75	0,91	10	0	3	0,83	0,73	0,90	5	0	2	0,82	1,64	1,21	9	0	4	1,45
<b>AG</b>	0,35	0,67	5	0	2	0,45	0,45	0,52	5	0	1	0,27	0,73	0,79	6	0	2	0,62
<b>AgV</b>	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,09	0,30	1	0	1	0,09	0,09	0,30	1	0	1	0,09
<b>SumAG</b>	7,45	2,89	20	2	14	8,37	8,09	2,47	11	4	11	6,09	14,55	4,48	11	8	24	20,07
<b>SumAG/R</b>	0,27	0,06	20	0,14	0,38	0,00	0,33	0,07	11	0,23	0,47	0,01	0,50	0,17	11	0,30	0,92	0,03
<b>AgC/R</b>	0,18	0,06	20	0,12	0,33	0,00	0,21	0,11	11	0,07	0,41	0,01	0,30	0,13	11	0,09	0,62	0,02
<b>AgPast/R</b>	0,05	0,04	20	0,00	0,15	0,00	0,07	0,05	11	0,00	0,14	0,00	0,11	0,04	11	0,05	0,19	0,00
<b>AgPot/R</b>	0,03	0,04	20	0,00	0,14	0,00	0,03	0,04	11	0,00	0,12	0,00	0,06	0,05	11	0,00	0,15	0,00
<b>AG/R</b>	0,01	0,02	20	0,00	0,06	0,00	0,02	0,03	11	0,00	0,07	0,00	0,02	0,03	11	0,00	0,06	0,00
<b>AgV/R</b>	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	11	0,00	0,03	0,00	0,00	0,01	11	0,00	0,03	0,00

Pozn.: R – počet odpovědí; AgC – agresivní obsahy; AgPast – agresivní minulost; AgPot – agresivní potenciál; AG – agresivní pohyb; AgV – agresivní zranitelnost; SumAG – suma všech agresivních fenoménů (AgC+AgPast+AgPot+AG+AgV); SumAG/R – podíl sumy agresivních obsahů a počtu odpovědí; AgC/R – podíl agresivních obsahů a počtu odpovědí atd.

Tab. 7 Proměnné strukturálního souhrnu Hand testu, popisná statistika

	Kontrolní skupina (N=20)						Neagresivní pacienti (N=11)						Agresivní pacienti (N=11)					
	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl
<b>R</b>	23,55	9,53	20	12	46	90,79	21,55	8,85	11	13	40	78,27	24,55	8,78	11	16	44	77,07
<b>AOS</b>	-5,65	4,49	20	-16	2	20,13	-2,18	2,71	11	-8	2	7,36	-2,09	4,89	11	-12	8	23,89
<b>AOR</b>	3,15	2,23	20	1	9	4,98	1,89	1,18	11	0,6	5	1,40	2,10	1,37	11	0,2	4	1,87
<b>L_AOR</b>	8,90	4,90	20	2	18	23,99	5,55	3,27	11	3	14	10,67	6,55	3,91	11	2	17	15,27
<b>P_AOR</b>	3,25	1,37	20	1	5	1,88	3,36	1,57	11	1	6	2,45	4,45	2,88	11	1	10	8,27
<b>INT</b>	12,50	5,69	20	5	23	32,37	9,55	4,32	11	5	20	18,67	11,45	4,78	11	5	22	22,87
<b>ENV</b>	8,35	4,31	20	2	17	18,56	7,27	3,72	11	3	16	13,82	7,55	4,41	11	2	19	19,47
<b>MAL</b>	2,65	1,87	20	0	7	3,50	2,64	1,86	11	0	6	3,45	3,27	2,49	11	1	9	6,22
<b>WITH</b>	0,05	0,22	20	0	1	0,05	2,09	2,43	11	0	7	5,89	2,27	2,61	11	0	8	6,82
<b>PATH</b>	2,75	2,00	20	0	7	3,99	6,82	5,36	11	0	18	28,76	7,82	5,65	11	2	22	31,96
<b>AGG</b>	1,80	1,11	20	0	5	1,22	1,82	0,87	11	1	3	0,76	3,64	2,42	11	1	9	5,85

Pozn.: R – počet odpovědí; AOS – Acting out score; AOR – Acting out ratio; L\_AOR – levá strana AOR (AFF+DEP+COM); P\_AOR – pravá strana AOR (DIR+AGG); INT – interpersonální kategorie; ENV – environmentální kategorie; MAL – maladjustace; WITH – staženost; PATH – skór patologie; AGG – agresivita.

v případě II. tabule (bez AgC), či zdůrazňuje klepeta u kraba (s AgC). Hodnoty pro AgC byly obecně vyšší, než jaké uvádí Gacono a Meloy (1994), jak pro kontrolní, tak pro obě patientské skupiny. V případě studentů se může jednat o vyšší asertivitu, průbojnost či motivovanost, neznamená to nutně jejich větší sklon k agresi, a jak Gacono a Meloy (1994) uvádějí, vždy je nutné brát v potaz kontext vyšetření. V teoretické části byl zmíněn výzkum Neubauera (2001), který dával AgC u ženské normální populace do souvislosti s potlačeným vztekem či sublimací agrese. Je vhodné zmínit, že řada probandek při úvodním interview zmiňovala situační stres spojený s nejrůznějšími faktory, což se mohlo v testu také projevit.

U agresivních pacientů byl průměrný skóre AgC 8,64 (SD=3,29), což jsou mnohem vyšší hodnoty, než které uvádějí ve svém vzorku Gacono a Meloy (1994)<sup>3</sup>. To je možné přičítat řadě faktorů. Jedním z nich může být specificita vzorku, tedy že byli personálem vybráni vhodní probandi pro výzkum. Dále vzhledem k velikosti vzorku náchylnost ke zkreslení výsledků extrémními hodnotami. Maximum AgC na jeden protokol bylo 16, což znamená, že proband u 62 % odpovědí uvedl nějaký agresivní obsah (při SumAG dokonce 92 %). Poté to lze také přičítat zvýšené motivaci pacientů produkovat odpovědi, a tím i více AgC, jak bylo zmíněno výše. Dalším faktorem mohl být jiný kontext vyšetření obou vzorků. V našem výzkumu jsou přítomní pacienti z nemocnic, kdežto v tom provedeném Gaconem a Meloyem (1994) byli především probandi z věznic. To mohlo způsobit jiný styl odpovídání, jelikož jsou u těchto probandů odlišné motivační faktory. V neposlední řadě to může být způsobeno také stylem kódování autora práce a jeho nadhodnocení určitých obsahů. Posledním faktorem, který mohl hrát roli, byl fakt, že někteří pacienti znali předem, na co se výzkum zaměřuje, proto mohl hrát roli určitý priming.

Průměrná hodnota AgC na jeden protokol byla v případě agresivních pacientů 0,3 (SD=0,13), což znamená, že se nějaký agresivní obsah objevil téměř ve třetině odpovědí. V případě neagresivních se jednalo o 0,21 (SD=0,11), tedy zhruba v pětině odpovědí. Hodnoty kontrolní skupiny byly pouze o něco nižší než u neagresivních pacientů, a to 0,18 (SD=0,06).

Je nutné vzít také zohlednit verbalizace probandů. U agresivních pacientů byly častější dramatictější verbalizace, např.: „(...) *démonická lebka, satanistická, jak démon to vypadá*

---

<sup>3</sup> V porovnání s disociační poruchou osobnosti (M=3.95; SD=2.55).

(...).“ VIII. tabule, nebo byla patrná pozitivní identifikace s agresivním obsahem, např.: „*tady puma, tygr, krásný zvíře tady. (inq.) (...) Krásný? No, tak krásně vytvarování, oči, hlava, zuby, jak dvě pumy naproti sobě.*“ VIII. tabule).

Pro přesnou interpretaci je nutná také podrobná znalost anamnézy, která však není součástí analýzy tohoto výzkumu.

Další proměnnou zahrnutou v analýze byla **agresivní minulost** (AgPast). Na úvod zmiňme, že je pravděpodobné, že proband získá jednu AgPast odpověď na VI. tabuli, kde je populární odpověď zvířecí kůže. Záleží opět na jeho verbalizaci, např. „*zvíře stažené z kůže*“ bude s kódem AgPast, kdežto samotná „*zvířecí kůže*“ nikoli (Gacono & Meloy, 1994). Hodnoty AgPast jsou úzce spjaty s hodnotami MOR. Jak bylo zmíněno v teoretické části MOR, má o jednu kódovací podmínku navíc. Hodnoty AgPast a MOR u všech skupin byly téměř totožné (viz přílohy pro hodnoty MOR).

Průměrné hodnoty byly u agresivních pacientů vyšší než u ostatních skupin ( $M=3,45$ ;  $SD=1,64$ ). Pokud pracujeme s předpokladem, že zvýšené AgPast může signalizovat negativní sebeobraz, masochismus, agresi zaměřenou proti sobě či ranou traumatizaci, je vzorek pacientů k těmto fenoménům náchylnější (Gacono et al., 2005). V poměru k počtu odpovědí se AgPast vyskytl u agresivních pacientů v 11 % odpovědí, kdežto u neagresivních v 7 % a u kontrolní skupiny v 5 % odpovědí. Ve vzorku Gacona a Meloye (1994) vykazovali nejvyšší hodnoty AgPast pacienti s disociální poruchou osobnosti a schizofrenií ( $M=1,07$ ;  $SD=1,17$  resp.  $M=1,03$ ;  $SD=1,31$ ).

Pro normální populaci uvádí Gacono a Meloy (1994) průměrné hodnoty AgPast 0,25 ( $SD=0,61$ ), v případě našeho vzorku byly tyto hodnoty výrazně vyšší 1,45 ( $SD=1,28$ ). To může být dáno specificitou výzkumného vzorku, který byl tvořen studenty psychologie i způsobem výběru vzorku. Participanti mohou mít vyšší tendence jednak k sebepoznání obecně. Někteří probandi mohou být také vystaveni nejrůznějším psychologickým potížím, a účast ve výzkumu je snahou je řešit (Lečbych & Seitl, 2013).

U neagresivních pacientů byly hodnoty velmi podobné kontrolní skupině ( $M=1,45$ ;  $SD=0,93$ ). Pro tuto skupinu je však nutno data interpretovat s ohledem na jiné faktory. Jednalo se o pacienty hospitalizované pro závažnější psychologické obtíže, někteří byli hospitalizováni dlouhodobě. Např. hodnoty PHR byly u skupiny pacientů vyšší a zároveň nižší hodnoty GHR než u kontrolní skupiny.

**Agresivní potenciál** (AgPot) byl stejně jako u předchozích proměnných vyšší u agresivních pacientů ( $M=1,64$ ;  $SD=1,21$ ) než u neagresivních pacientů ( $M=0,73$ ;  $SD=0,9$ ) a kontrolní skupiny ( $M=0,75$ ;  $SD=0,91$ ). AgPot může být spojen s tlakem agresivních impulzů (Lečbych, 2016). Ve vzorku studentů vysoké školy byl spojen s impulzivitou, sebepoškozováním či suicidalitou (Gacono et al., 2005).

Ve vzorku Gacona a Meloye (1994) byly naměřeny nejvyšší hodnoty AgPot u vzorku sexuálních agresorů ( $M=0,9$ ;  $SD=1,48$ ) a pro normální populaci pak  $M=0,16$  ( $SD=0,40$ ). Tedy nižší než v případě vzorku v tomto výzkumu. Vyšší hodnoty mohou být ovlivněny podobnými faktory jako v předchozích případech, tedy náchylností malého vzorku k extrémním hodnotám nebo stylem kódování výzkumníka.

Pokud však vezmeme v potaz vzorek v této práci, bez ohledu na předpokládané hodnoty, je AgPot další proměnnou, která dotváří obraz o skupině agresivních pacientů. V poměru k ostatním skupinám byl jejich skóre zvýšený. Objevil se celkem u 6 % odpovědí, proti 3 % jak u neagresivních pacientů, tak u kontrolní skupiny.

**Agresivní pohyb** (AG) je proměnnou z Exnerova systému a její výskyt je spojen se symbolizací agrese. V našem vzorku byl stále stejně patrný trend, tedy že hodnoty byly vyšší u agresivních pacientů. Tento fakt je spíše v rozporu s teorií (Gacono & Meloy, 1994), tedy že by hodnoty AG měly být u většiny skupiny pacientů spíše nižší, zato ale zvýšené hodnoty AgC. Přesto však hodnoty AG byly u všech skupin nejnižší ze skupiny skóreů zabývajících se agresí (kromě AgV a SM). Vyšší AG oproti přechodným výzkumům je pravděpodobně způsobeno bližším nerozlišováním diagnostických kategorií.

U kontrolní skupiny byly hodnoty nižší ( $M=0,35$ ;  $SD=0,67$ ) než v případě Exnerova vzorku ( $M=1,11$ ;  $SD=1,15$ ). To může být dáno především nižším věkem probandů a také tím, že ve skupině jsou spíše ženy.

**Agresivní vulnerabilita** (AgV) byla v celé populaci skórována pouze ve dvou případech. Příklad jedné je od pacienta z agresivní skupiny, odpověď na III. tabuli: „*tady ještě jako když padaj dvě osoby, z nějakýho baráku*“. Tato proměnná značí náchylnost k agresi, zranitelnost, ohroženost nebo snahu se ochránit před agresí zvnějšku. Jedná se o experimentální proměnnou, pro kterou nejsou v současnosti zatím žádné výzkumy.

**Suma agresivních fenoménů** (SumAG), jak bylo zmíněno výše, jedná se o součet všech předchozích agresivních kategorií, tedy AgC + AgPast + AgPot + AG + AgV. Tento součet není standardním vyjádřením těchto fenoménů, jedná se o experimentální propočtení,



se kterým budou také skupiny porovnávány. Podle popisu výše není překvapením, že agresivní pacienti vykazovali v tomto indexu nejvyšší hodnoty ( $M=14,55$ ;  $SD=4,48$ ). V poměru k odpovědím se jednalo o celých 50 %, to znamená, že v průměru se v každé druhé odpovědi agresivních pacientů objevil nějaký obsah, který byl spojen s agresivitou. V případě neagresivních pacientů to bylo 33 % a u kontrolní skupiny pak 27 %.

Při přesnější interpretaci je nutné brát v úvahu faktory, které byly zmíněny v předchozích odstavcích. Tedy anamnézu klienta, jeho verbalizace odpovědi, sekvence skóru, strukturální souhrn, případně diagnostické další metody. Zohlednění všech zmiňovaných faktorů však přesahuje rámec této práce.

Při interpretaci zjištěného výsledku v rámci námi zkoumaných vzorků je možné uvažovat o vnitřním světě agresivních pacientů jako o hostilním a zaplaveném agresivními fenomény, což má za následek, že se pak i agresivně projevují a jsou tak hodnoceni i ostatními. Jejich impulzy mohou být zaměřeny jak proti druhým, tak proti sobě.

### 13.1.2 Hand test

Výsledky popisné statistiky u Hand testu jsou zobrazeny v tabulce č. 7.

**Průměrný počet odpovědí (R)** byl vyrovnaný napříč skupinami. Altman (2012) uvádí 22 jako průměrný počet odpovědí, z tohoto hlediska se skupiny výrazně neliší.

**Acting out score (AOS)** a **Acting out ratio (AOR)** vyjadřují stejnou informaci, pouze v jiné podobě. Kritické jsou kladné hodnoty u AOS nebo pravostranná převaha poměru u AOR (AGG+DIR). Tyto hodnoty jsou kritické i v případech, kdy nedosahují zmíněných hranic, avšak jsou přítomny zvýšené indexy patologie (PATH) a maladjustace (MAL) (Lečbych, 2013).

U normální populace je očekáván poměr AOR zhruba 3 : 2 s tím, že pro ženy je o něco vyšší než pro muže, tzn., že ženy uvádějí kategorie AGG a DIR méně často (Lečbych, 2013).

U kontrolní skupiny byla výrazná převaha levé strany poměru AOR (8,9 : 3,25), což může značit silnější snahu o formulaci sociálně pozitivního chování. Tento fakt je dán pravděpodobně výzkumným vzorkem – u studentů a studentek psychologie není tato silná převaha příliš překvapivým zjištěním.

U klinických skupin nebyl tento poměr tak rozdílný, přesto se neblížil kritickým hodnotám ( $AOR < 1$ ), s přihlédnutím k hodnotám **patologie (PATH)** a **maladjustace**

(MAL) se tyto hodnoty mohou považovat za rizikové. U neagresivních to bylo  $M=6,82$  ( $SD=5,36$ ) pro PATH, resp.  $M=2,64$  ( $SD=1,86$ ) pro MAL a u agresivních pak  $M=7,82$  ( $SD=5,65$ ) pro PATH, resp.  $M=3,27$  ( $SD=2,49$ ) pro MAL.

Samotná proměnná pro **agresivitu** (AGG) byla vyšší u agresivních pacientů než u ostatních skupin ( $M=3,64$ ;  $SD=2,42$ ).

Vzhledem k normám (Fridrich & Nociar, 1991) se jedná o podstatný nále. Autoři uvádějí, že průměr pro kriminální populaci jsou průměrné hodnoty  $M=2,6$  ( $SD=2,1$ ) pro muže a  $M=2,4$  ( $SD=2,2$ ) pro ženy. Vyšší hodnoty jsou způsobeny především tím, že při skórování bylo přihlédnuto k rozšířeným skórovacím kategoriím pro agresivitu podle Vanka a Hapčové (2013)<sup>4</sup>.

Hodnoty pro kontrolní skupinu byly  $M=1,8$  ( $SD=1,11$ ) a  $M=1,82$  ( $SD=0,87$ ) pro neagresivní pacienty. Tyto hodnoty jsou mírně zvýšené, avšak lze to opět přičítat skórovacím kategoriím.

### 13.1.3 Klinická skupina

V tabulce č. 8 a 9. jsou uvedeny popisné statistiky pro kompletní klinickou skupinu spolu s výsledky kontrolní skupiny, které zde pro větší přehlednost uvádíme znovu, aby měl čtenář možnost porovnat obě skupiny vedle sebe.

Je pochopitelné, že při sloučení obou klinických skupin se smažou extrémní hodnoty a výsledky jsou zprůměrovány.

Hodnoty jsou i tak podle očekávání a můžeme pozorovat jednotlivé trendy, které byly popsány výše. Tedy že klinická skupina produkuje v průměru více **agresivních fenoménů** (SumAG), a to ve všech proměnných, které jsou v této skupině obsaženy.

V Hand test se některé hodnoty vyrovnaly (pravá strana AOR, tj. DIR a AGG), kdy obě skupiny produkují stejné množství těchto fenoménů. Kontrolní skupina však produkuje více sociálně žádoucích odpovědí (levá strana AOR, tj. AFF, DEP a COM).

Zůstávají rozdíly v proměnných signalizující patologii (PATH), což je způsobeno tím, že některé fenomény se v kontrolní skupině vůbec nevyskytovaly. Tedy že pacienti viděli v kartách i jiné věci než jen ruce, ale např. „chobotnice“ nebo „kohouty“ (BIZ).

Signifikantní rozdíly jsou blíže popsány v následující kapitole.

---

<sup>4</sup> Hodnoty bez nich byly  $M=2,55$  ( $SD=1,86$ ) pro agresivní pacienty.

Tab. 8 Agresivní fenomény v Rorschachově metodě, popisná statistika

	Kontrolní skupina (N=20)						Klinická skupina (N=22)					
	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl
<b>R</b>	27,55	7,58	20	14	42	57,52	27,41	8,68	22	14	50	75,30
<b>AgC</b>	4,90	2,07	20	2	9	4,31	7,00	3,53	22	1	16	12,48
<b>AgPast</b>	1,45	1,28	16	0	5	1,63	2,45	1,65	20	0	6	2,74
<b>AgPot</b>	0,75	0,91	10	0	3	0,83	1,18	1,14	14	0	4	1,30
<b>AG</b>	0,35	0,67	5	0	2	0,45	0,59	0,67	11	0	2	0,44
<b>AgV</b>	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,09	0,29	2	0	1	0,09
<b>SumAG</b>	7,45	2,89	20	2	14	8,37	11,32	4,83	22	4	24	23,37
<b>SumAG/R</b>	0,27	0,06	20	0,14	0,38	0,00	0,42	0,15	22	0,23	0,92	0,02
<b>AgC/R</b>	0,18	0,06	20	0,12	0,33	0,00	0,26	0,13	22	0,07	0,62	0,02
<b>AgPast/R</b>	0,05	0,04	20	0,00	0,15	0,00	0,09	0,05	22	0,00	0,19	0,00
<b>AgPot/R</b>	0,03	0,04	20	0,00	0,14	0,00	0,04	0,04	22	0,00	0,15	0,00
<b>AG/R</b>	0,01	0,02	20	0,00	0,06	0,00	0,02	0,03	22	0,00	0,07	0,00
<b>AgV/R</b>	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	22	0,00	0,03	0,00

Pozn.: R – počet odpovědí; AgC – agresivní obsahy; AgPast – agresivní minulost; AgPot – agresivní potenciál; AG – agresivní pohyb; AgV – agresivní zranitelnost; SumAG – suma všech agresivních fenoménů (AgC+AgPast+AgPot+AG+AgV); SumAG/R – podíl sumy agresivních obsahů a počtu odpovědí; AgC/R – podíl agresivních obsahů a počtu odpovědí atd.

Tab. 9 Proměnné strukturálního souhrnu Hand testu, popisná statistika

	Kontrolní skupina (N=20)						Klinická skupina (N=22)					
	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl	průměr	SD	četnost	min.	max.	rozptyl
<b>R</b>	23,55	9,53	20	12	46	90,79	23,05	8,74	22	13	44	76,33
<b>AOS</b>	-5,65	4,49	20	-16	2	20,13	-2,14	3,86	22	-12	8	14,89
<b>AOR</b>	3,15	2,23	20	1	9	4,98	2,00	1,25	22	0,2	5	1,57
<b>L_AOR</b>	8,90	4,90	20	2	18	23,99	6,05	3,55	22	2	17	12,62
<b>P_AOR</b>	3,25	1,37	20	1	5	1,88	3,91	2,33	22	1	10	5,42
<b>INT</b>	12,50	5,69	20	5	23	32,37	10,50	4,55	22	5	22	20,74
<b>ENV</b>	8,35	4,31	20	2	17	18,56	7,41	3,98	22	2	19	15,87
<b>MAL</b>	2,65	1,87	20	0	7	3,50	2,95	2,17	22	0	9	4,71
<b>WITH</b>	0,05	0,22	20	0	1	0,05	2,18	2,46	22	0	8	6,06
<b>PATH</b>	2,75	2,00	20	0	7	3,99	7,32	5,40	22	0	22	29,18
<b>AGG</b>	1,80	1,11	20	0	5	1,22	2,73	2,00	22	1	9	4,02

Pozn.: R – počet odpovědí; AOS – Acting out score; AOR – Acting out ratio; L\_AOR – levá strana AOR (AFF+DEP+COM); P\_AOR – pravá strana AOR (DIR+AGG); INT – interpersonální kategorie; ENV – environmentální kategorie; MAL – maladjustace; WITH – staženost; PATH – skór patologie; AGG – agresivita.

## 13.2 Inferenční statistika

### 13.2.1 Porovnání dvou vzorků – agresivní a neagresivní pacienti

- Rorschachova metoda

V tabulce č. 10 jsou uvedeny výsledky Mann-Whitneyova U testu pro porovnání dvou vzorků – **neagresivní a agresivní pacienti**, z hlediska proměnných v Rorschachově metodě.

Tab. 10 Agresivní fenomény v Rorschachově metodě, dle skupin neagresivní a agresivní

	Neagresivní a agresivní pacienti						
	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p	sign.	d
<b>R</b>	104	150	38	-1,48	0,140		
<b>AgC</b>	95	159	29	-2,07	0,039	*	1,03
<b>AgPast</b>	83	171	17	-2,86	0,004	**	1,50
<b>AgPot</b>	100	153	34	-1,71	0,088		
<b>AG</b>	116	137	50	-0,66	0,511		
<b>AgV</b>	127	127	61	0,03	0,974		
<b>SumAG</b>	77	177	11	-3,25	0,001	*	1,79
<b>SumAG/R</b>	81	172	15	-2,95	0,003	*	1,33
<b>AgC/R</b>	100	153	34	-1,71	0,088		
<b>AgPast/R</b>	95	159	29	-2,07	0,039	*	1,03
<b>AgPot/R</b>	105	149	39	-1,41	0,158		
<b>AG/R</b>	121	132	55	-0,33	0,743		
<b>AgV/R</b>	126	127	60	0,00	1,000		

Pozn.: Sčt. poř. sk.1 – součet pořadí skupiny 1 (neagresivní pacienti.); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (agresivní pacienti.); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (odhad normálního rozložení); p – hodnota statistické významnosti; sign. – signifikance výsledku \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ; d – Cohenovo d (ukazatel míry účinku).

R – počet odpovědí; AgC – agresivní obsahy; AgPast – agresivní minulost; AgPot – agresivní potenciál; AG – agresivní pohyb; AgV – agresivní zranitelnost; SumAG – suma všech agresivních fenoménů (AgC+AgPast+AgPot+AG+AgV); SumAG/R – podíl sumy agresivních obsahů a počtu odpovědí; AgC/R – podíl agresivních obsahů a počtu odpovědí atd.

Signifikantní výsledky se objevily u řady proměnných. Jako první se projevily **agresivní obsahy (AgC)**. Podle teorie (Gacono et al., 2005; Gacono & Meloy, 1994) se jedná o předpokládaný výsledek. Podle odvážnější interpretace jde o dobrou predikci *in vivo* agrese, které byla u námi zkoumané populace přítomna. Vzhledem k velikosti vzorku a jeho složení však mohlo dojít k určitému zkreslení, neboť jsou v něm pacienti s různou mírou agrese (násilná trestná činnost, sexuální agrese, verbální agrese k personálu), společný jim byl abúzus psychoaktivních látek. Podle konzervativnější interpretace můžeme uvažovat o nadměrnější zaujetí agresivními objekty (Baity & Hilsenroth, 2002). U poměru AgC k počtu odpovědí se statisticky významný výsledek neobjevil, což bylo pravděpodobně způsobeno některými extrémními případy (viz popisná statistika).

Statisticky významné hodnoty se vyskytly u **agresivní minulosti** (AgPast), tak jak bylo zmíněno výše, může signalizovat u jedince negativní sebeobraz, masochismus či agresí zaměřenou proti sobě (Gacono et al., 2005). Jako další možnou interpretaci uvádí Exner a Erdberg (2005, 258): „*naštvaný pocit viktimizace*“, který by mohl vysvětlit část vyššího podílu těchto odpovědí u agresivních pacientů. Ve všech případech se jednalo o hospitalizované pacienty, u kterých pak mohou hrát roli i situační faktory, tedy např. prostředí nemocnice i délka hospitalizace. Ve skupině agresivních pacientů trvala hospitalizace u některých případů více než rok, a navíc někteří předtím pobývali ve vazbě. Naproti tomu neagresivní pacienti byli častěji léčeni komunitní formou. Spolu s větším zaujetím o agresivní témata (AgC) tak může tato skupina agresivních pacientů obecně produkovat více **agresivní fenoménů** (SumAG). Vzhledem k pohlaví vzorku (muži) tak můžeme uvažovat o celkově vyšší vrozené agresivitě, chuti bojovat za svá práva, popř. za svou nevinu. Zároveň však s přítomností AgPast jsou zde přítomny znaky negativního sebeobrazu či rané viktimizace. Pokud tedy tyto pacienti během svého života nabyli především negativní vztahové zkušeností založené na agresí a násilí, mohou se podle toho chovat i dnes a zároveň je možné, že jiné formy vztahovosti zažili pouze sporadicky. Celkově nižší vzdělání této skupiny také napovídá o pravděpodobně menší možnosti kultivace agrese v sociálně prospěšné chování. Jak bylo zmíněno výše, můžeme o vnitřním světě těchto pacientů uvažovat jako o hostilním a zaplaveném agresivními fenomény.

U všech statisticky signifikantních výsledků bylo pomocí webového formuláře<sup>5</sup> vypočítáno Cohenovo  $d$ , které nám ukazuje, o kolik směrodatných odchylek se odlišují průměry obou skupiny. Hodnoty  $d > 0,8$  jsou považovány za ty se silným efektem. Při hodnotách  $d$  okolo 1, jako v případě AgC nebo AgPast/R, bude průměr 85 % agresivních pacientů bude vyšší než těch neagresivních a při náhodném výběru je zde 76 % šance, že správně rozřadíme probanda do dané skupiny podle těchto proměnných.

V případě  $d = 1,8$ , jako je tomu u SumAG, je průměr 96 % agresivních pacientů vyšší než neagresivních a je zde 90% šance na správné rozřazení do skupiny.

---

<sup>5</sup> Dostupné z <http://www.uccs.edu/~lbecker/> (zprístupněno 27. 2. 2017).

- **Hand test**

V tabulce č. 11 jsou uvedeny výsledky Mann-Whitneyova U testu pro porovnání dvou vzorků – **neagresivní a agresivní pacienti**, z hlediska proměnných v Hand testu.

Tab. 11 Proměnné strukturálního souhrnu Hand testu, dle skupin neagresivní a agresivní

	Neagresivní a agresivní pacienti					
	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p	sign. d
<b>R</b>	105	149	39	-1,41	0,158	
<b>AOS</b>	127	127	61	0,03	0,974	
<b>AOR</b>	127	126	60	0,00	1,000	
<b>L_AOR</b>	111	142	45	-0,98	0,325	
<b>P_AOR</b>	116	137	50	-0,66	0,511	
<b>INT</b>	111	142	45	-0,98	0,325	
<b>ENV</b>	130	124	58	0,16	0,870	
<b>MAL</b>	120	133	54	-0,39	0,694	
<b>WITH</b>	124	129	58	-0,13	0,896	
<b>PATH</b>	117	136	51	-0,59	0,555	
<b>AGG</b>	96	158	30	-2,00	0,045	* 1,00

Pozn.: Sčt. poř. sk.1 – součet pořadí skupiny 1 (neagresivní pacienti.); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (agresivní pacienti.); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (odhad normálního rozložení); p – hodnota statistické významnosti; sign. – signifikance výsledku \*  $p < 0.05$ ; d – Cohenovo d (ukazatel míry účinku).

R – počet odpovědí; AOS – Acting out score; AOR – Acting out ratio; L\_AOR – levá strana AOR (AFF+DEP+COM); P\_AOR – pravá strana AOR (DIR+AGG); INT – interpersonální kategorie; ENV – environmentální kategorie; MAL – maladjustace; WITH – staženost; PATH – skór patologie; AGG – agresivita.

Signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami se objevil u proměnné AGG (agresivita), s velikostí účinku  $d=1,00$ . To znamená, že 84 % průměru agresivních pacientů je vyšší než těch neagresivních a je zde 76 % pravděpodobnost správného zařazení do skupiny při náhodném výběru.

Tento výsledek je v souladu s teorií (Vanko & Hapčová, 2013) i normami (Fridrich & Nociar, 1991), že jedinci s trestnou činností a sklonek k agresi produkují více těchto fenoménů.

Rozdíl se neprojevil u Acting out ratio (AOR), které je jednak spojeno s DIR a pak je zde přítomna kompenzace v podobě druhé strany poměru (AFF, COM, DEP), která pak také posouvá hodnoty do zdánlivě nerizikových hodnot (viz výše).

Z hlediska dalších proměnných se skupiny nelišily většina hodnot byla velmi daleko od signifikantních výsledků.

### 13.2.2 Porovnání dvou vzorků – klinická a neklinická skupina

- **Rorschachova metoda**

V tabulce č. 12 jsou uvedeny výsledky Mann-Whitneyova U testu pro porovnání dvou vzorků – **kontrolní a klinická skupina**, z hlediska proměnných v Rorschachově metodě.

Tab. 12 Agresivní fenomény v Rorschachově metodě, dle skupin kontrolní a klinická

	Kontrolní a klinická skupina						
	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p	sign.	d
<b>R</b>	436	468	215	0,13	0,900		
<b>AgC</b>	351	552	141	-1,98	0,048	*	0,73
<b>AgPast</b>	341	562	131	-2,23	0,026	*	0,65
<b>AgPot</b>	383	520	173	-1,17	0,242		
<b>AG</b>	381	522	171	-1,22	0,222		
<b>AgV</b>	410	493	200	-0,49	0,623		
<b>SumAG</b>	316	588	106	-2,87	0,004	**	0,97
<b>SumAG/R</b>	274	630	64	-3,93	0,000	***	1,29
<b>AgC/R</b>	334	570	124	-2,42	0,016	*	0,82
<b>AgPast/R</b>	317	587	107	-2,85	0,004	**	0,91
<b>AgPot/R</b>	388	516	178	-1,06	0,290		
<b>AG/R</b>	380	523	170	-1,25	0,213		
<b>AgV/R</b>	410	493	200	-0,49	0,623		

Pozn.: Sčt. poř. sk.1 – součet pořadí skupiny 1 (kontrolní sk.); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (klinická sk.); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (odhad normálního rozložení); p – hodnota statistické významnosti; sign. – signifikance výsledku \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ ; d – Cohenovo d (ukazatel míry účinku).

R – počet odpovědí; AgC – agresivní obsahy; AgPast – agresivní minulost; AgPot – agresivní potenciál; AG – agresivní pohyb; AgV – agresivní zranitelnost; SumAG – suma všech agresivních fenoménů (AgC+AgPast+AgPot+AG+AgV); SumAG/R – podíl sumy agresivních obsahů a počtu odpovědí; AgC/R – podíl agresivních obsahů a počtu odpovědí atd.

Vzhledem k rozdílnosti souborů je možná interpretace rozdílů mezi klinickou a neklinickou skupinou velmi limitovaná. Tyto výsledky uvádíme pro úplnost a čtenář musí brát v úvahu demografické údaje, které jsou uvedeny v 9. kapitole.

Signifikantní výsledky se vyskytly jak u řady jednotlivých proměnných (AgC, AgPast a jejich poměry k počtu odpovědí), tak i sumární proměnné agresivních fenoménů (SumAG, vč. poměru k počtu odpovědí).

Vzhledem k pohlaví, věku i vzdělání se nejedná o překvapivý výsledek a je v souladu s teorií (Látalová, 2013).

Tyto výsledky spadají pod sekundární výzkumnou otázku a slouží především k načrtnutí možných trendů v oblasti agresivních fenoménů. Je nutné je tedy posuzovat s určitou rezervou.

- **Hand test**

V tabulce č. 13 jsou uvedeny výsledky Mann-Whitneyova U testu pro porovnání dvou vzorků – **kontrolní a klinická skupina**, z hlediska proměnných v Hand testu.

Tab. 13 Proměnné strukturálního souhrnu Hand testu, dle skupin kontrolní a klinická

	Kontrolní a klinická skupina						
	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p	sign.	d
<b>R</b>	436	467	214	0,14	0,890		
<b>AOS</b>	324	579	114	-2,66	0,008	**	0,84
<b>AOR</b>	511	393	140	2,01	0,044	*	0,63
<b>L_AOR</b>	517	387	134	2,17	0,030	*	0,67
<b>P_AOR</b>	403	500	193	-0,67	0,505		
<b>INT</b>	473	431	178	1,06	0,290		
<b>ENV</b>	460	444	191	0,73	0,465		
<b>MAL</b>	417	487	207	-0,33	0,743		
<b>WITH</b>	296	608	86	-3,37	0,001	***	1,22
<b>PATH</b>	295	608	85	-3,39	0,001	***	1,12
<b>AGG</b>	366	537	156	-1,60	0,110		

Pozn.: Sčt. poř. sk.1 – součet pořadí skupiny 1 (kontrolní sk.); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (klinická sk.); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (odhad normálního rozložení); p – hodnota statistické významnosti; sign. – signifikance výsledku \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ ; d – Cohenovo d (ukazatel míry účinku).

R – počet odpovědí; AOS – Acting out score; AOR – Acting out ratio; L\_AOR – levá strana AOR (AFF+DEP+COM); P\_AOR – pravá strana AOR (DIR+AGG); INT – interpersonální kategorie; ENV – environmentální kategorie; MAL – maladjustace; WITH – staženost; PATH – skór patologie; AGG – agresivita.

I u výsledků Hand testu mezi těmito skupinami je nutné mít na paměti rozdíly vzorku, které byly popsány v kapitole 9.

Mezi klinickou a kontrolní skupinou se objevily statisticky významné rozdíly v několika proměnných. Především pak v WITH a PATH. Proměnná WITH obsahuje skóry pro Popis (DES), Bizarní (BIZ) a Selhání (FAIL), tyto kategorie byly v kontrolní skupině výjimečné. U klinického vzorku byly nejvýraznější především bizarní odpovědi, kdy probandi nebyli u některých karet (především II. a V.) schopni rozpoznat, že se jedná o ruku. Časté byly odpovědi *kohout*, *slepice* či *chobotnice*. Také Selhání (FAIL) bylo u klinické populace častější. Tyto odpovědi pravděpodobně signalizují neochotu spolupracovat, účelové vyhnutí se úkolu až poruchy osobnosti (Lečbych, 2013). Proměnná PATH je tvořena sumou odpovědí MAL, a především dvakrát vynásobený skór WITH, čímž jsou výše popsané fenomény ještě zvýrazněny.

Index AOS zaznamenal také signifikantní rozdíly mezi skupinami. U kontrolní skupiny je očekávatelné, že budou převažovat odpovědi signalizující pozitivní sociální chování, zejména vzhledem k tomu, že se jedná o studenty psychologie, a především pak



o ženy. Vyšší AOS spolu s PATH u klinické skupiny pak značí rizikové chování s možným nevhodným sociálním chováním. (Lečbych, 2013).

### 13.3 Odpověď na výzkumné otázky

V kapitole č. 8 jsme stanovili na základě výzkumného problému a cíle primární a sekundární výzkumnou otázku a v této části je na ně odpovězeno.

**Primární výzkumná otázka:** Jaké proměnné vztahující se agresí v Rorschachově metodě a Hand testu jsou schopny odlišit agresivní a neagresivní pacienty?

Ke zjištění rozdílů mezi skupinami byl zvolen Mann-Whitneyův U test.

V Rorschachově metodě se objevila řada proměnných, na jejichž základě je možné odlišit agresivní a neagresivní pacienty. Jedná se agresivní obsahy (AgC), agresivní minulost (AgPast) a suma všech agresivních fenoménů (AgC + AgPast + AgPot<sup>6</sup> + AG<sup>7</sup> + AgV<sup>8</sup>). V případě sumy všech fenoménů a agresivní minulosti bylo možné odlišit skupiny i na základě poměru mezi obsahy a počtem odpovědí (SumAG/R a AgPast/R).

V Hand testu je možné agresivní a neagresivní pacienty rozlišit pomocí proměnné *agresivita* (AGG).

**Sekundární výzkumná otázka:** Jaké proměnné vztahující se agresí v Rorschachově metodě a Hand testu jsou schopny odlišit klinickou a neklinickou populaci?

Rozdíly mezi klinickou a neklinickou skupinou musely být interpretovány s opatrností vzhledem neekvivalentnosti obou vzorků. Tyto výsledky tak slouží především k ukázce možných trendů při rozlišování těchto skupin.

Pro rozlišení obou skupin se ukázaly vhodné následující proměnné v Rorschachově testu AgC, AgPast, SumAG (u všech také jejich varianty poměru vzhledem k počtu odpovědí v testu).

V Hand testu se jeví jako nejvhodnější pro odlišení obou skupin proměnné *stažení se* (WITH) a *patologie* (PATH). Dále pak Acting out score (AOS).

---

<sup>6</sup> Agresivní potenciál.

<sup>7</sup> Agresivní pohyb.

<sup>8</sup> Agresivní zranitelnost.

## 14 Diskuze

Jako první je vhodné se vyjádřit k charakteristice výzkumného souboru. Ten byl vybrán prostřednictvím instituce a v závislosti na posouzení personálu byli vybráni ti pacienti, které pracovníci nemocnice považovali za agresivní či neagresivní. Tímto způsobem bylo vybráno 11 agresivních a 11 neagresivních pacientů. Většina z probandů byli muži (10 v agresivní skupině a 9 v neagresivní skupině). To je dáno nepochybně stylem výběru vzorku, ale také tím, že muži jsou mnohem častější agresory a pachateli trestné činnosti (Nedbalová, 2012). Muži mají obecně svou genetickou dispozicí větší náchylnost k agresi (Čermák, 1999), a tím pádem je větší pravděpodobnost, že budou do vzorku vybráni.

Obě skupiny se také lišily v počtu let studia, nikoliv však signifikantně (pro neagresivní pac.  $M=13,09$ ;  $SD=2,78$ ; a  $M=11,64$ ;  $SD=1,80$  pro agresivní pac.). Byl však patrný trend, který je v souladu s tím, co píše Látalová (2013), tedy že nižší vzdělanost a socioekonomický status obecně jsou jedním ze silných korelátů agresivního chování.

Statisticky významné rozdíly se objevily u řady proměnných z Rorschachovy metody. Jako první zmiňme **agresivní obsahy** (AgC). Pomocí této proměnné bylo možné obě klinické skupiny odlišit ( $d=1,03$ ). Tento výsledek je v souladu s teorií, která hovoří buď o vyšší šanci *in vivo* agrese (Kivisto & Swan, 2013), nebo v konzervativnější interpretaci o vyšším zaujetí agresivními obsahy (Baity & Hilsenroth, 2002). Co však nebylo v souladu s přechozími studiemi, byla celkově vyšší četnost AgC v jednotlivých protokolech, a tím i vyšší průměrná hodnota, u agresivních pac. ( $M=8,64$ ;  $SD=3,29$ ) a i u neagresivních pacientů ( $M=5,63$ ;  $SD=3,07$ ). To přičítáme jednak možnému zkreslení extrémními hodnotami, vyšší motivací pacientů zaobírat se testem (průměrný počet odpovědí pro Rorschachovu metodu byl vyšší než očekávané hodnoty), stylu kódování autora, který mohl nadhodnotit některé kategorie (v rámci konzultací však byla snaha tomuto problému předcházet) nebo priming, kdy vzhledem k prezentaci výzkumu pacienti věděli, že je zaměřen na agresi. Tento trend se objevil i dalších proměnných. V popisné statistice jsou uvedeny i poměry AgC k počtu odpovědí, tento index však ve studiích nebývá využíván a je tak obtížné tyto hodnoty srovnávat.

Další signifikantní rozdíly se objevily u proměnné **agresivní minulost** (AgPast), kdy Cohenovo  $d$  dostáhl hodnoty  $d=1,5$ . Při poměru k počtu odpovědím se jednalo o  $d=1,03$ . Agresivní pacienti se tedy mohli vnímat více jako oběti viktimizace, mít negativnější sebeobraz a agresi zaměřovat více na sebe (Gacono et al., 2005). Jejich hodnoty byly téměř

dvakrát vyšší než u neagresivních pacientů ( $M=3,45$ ;  $SD=1,63$  oproti  $M=1,45$ ;  $SD=0,93$ ). To je možné přičítat jak situačním faktorům (přísnější režim ochranného léčení, pobyt ve vazbě před tímto pobytem oproti komunitní léčbě u neagresivních pacientů), tak jejich dosavadním vztahovým zkušenostem. Většina v dětství viktimizovaných pacientů je v dospělosti obětí agrese, u některých to však může vést i k opaku, a tedy celkově vyšší agresivitě, jako snaha zabránění tomu, aby se jim podobná situace opakovala (Látalová, 2013).

**Sumou všech agresivních fenoménů (SumAG)** je také možné oba vzorky statisticky významně rozlišit ( $d=1,73$ ). Tento index není standardizovanou proměnnou, ale jde o experimentální vyjádření těchto fenoménů. Z hlediska *effect size* se však jedná o nejsignifikantnější proměnnou a znamená tak, že pacienti, kteří byli personálem vybráni jako agresivní, také v testu nejvíce tyto fenomény produkují. Dle teorie (Poněšický, 2010; Winnicott, 2007) můžeme uvažovat o jejich světě jako o nepřátelském či hostilním. Z vývojového hlediska je možné, že agresivní formy vztahovosti jsou pro ně normou a ani jinou neznají.

U **agresivních pohybů (AG)** se nevyskytl statisticky významný rozdíl mezi skupinami, což je v souladu s teorií, že AG není příliš vhodná k odlišení probandů náchylných k *in vivo* agresi (Gacono & Meloy, 1994). AG odpovědi jsou již symbolizovanou formou agrese a tvorbě této odpovědi jsou nutné složitější kognitivní pochody.

**Agresivní potenciál (AgPot)** se objevil v menší míře a jako samostatný není vhodný pro odlišení skupin.

**Agresivní vulnerabilita (AgV)** byla v celém vzorku kódována pouze dvakrát, jedná se o experimentální proměnnou, bez podložení jakýchkoliv výzkumů.

V **Hand testu** se objevil statisticky významný rozdíl v proměnné agresivita (AGG), kdy agresivní skupina pacientů produkovala více těchto odpovědí ( $M=3,64$ ;  $SD=2,42$ ) oproti skupině neagresivních pacientů ( $M=1,82$ ;  $SD=0,87$ ), hodnota Cohenova  $d$  byla  $d=1,00$ .

Obecně očekáváme jednu AGG odpověď u normální populace. Hodnoty nad 2,5 odpovědi na protokol byly v původních normách pouze u kriminální populace (Fridrich & Nociar, 1991). Hodnoty v našem výzkumu jsou vyšší z důvodu využití dodatečných skórovacích kategorií od Vanka a Hapčové (2013), kteří se agresivitě v Hand testu

věnovali podrobněji. Jedná se tedy o očekávaný výsledek, který je v souladu s teorií, normami a celkovým trendem, která se projevil v Rorschachově metodě.

Pro agresivní pacienty tak tento výsledek podle teoretických základů HT znamená, že výrazným rysem jejich vztahování ke světu je agrese. Výsledek je pro nás ukázkou jejich akčních tendencí a preferovanou formou prezentace Fasádového Self, které nám sekundárně zprostředkovává formu jejich Introspektivního Self (Lečbych, 2013).

Podle Wagnera (in Vanko & Hapčová, 2013) je Hand test vhodnější k posouzení Fasádového Self, kdežto Rorschachova metoda (popř. Tematický apercepční test) je více vhodný pro posouzení Introspektivního Self. Podle výsledků obou testů v našem výzkumu jsou tedy v případě agresivních pacientů obě formy Self nastaveny pro vyjádření agrese. Nejedná se tedy pravděpodobně o přechodný stav, ale projevy agrese budou u těchto pacientů časté a agresivita bude v jejich struktuře osobnosti silně zakořeněna.

Pro AOR a AOS se signifikantní hodnoty neprojevily z důvodu přítomnosti DIR na jedné straně poměru a kompenzačních skóreů na druhé straně poměru (AFF, COM, DEP).

Pokud bychom pracovali s oběma testy zároveň, můžeme pozorovat, že jsou ve vzájemné shodě a jsou schopny podle proměnných odlišovat agresivní a neagresivní pacienty. Zajímavé jsou korelace, mezi jednotlivými proměnnými z obou testů (nejsou součástí výzkumné otázky a jsou uvedeny pouze zde). Proměnná AGG z Hand testu signifikantně koreluje s proměnnou AgC a SumAG z Rorschachovy metody, výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 14.

*Tab. 14 Spearmanova korelace mezi proměnnými Hand testu a Rorschachovy metody*

	<b>AGG</b>	<b>sign.</b>
<b>AgC</b>	0,65	**
<b>SumAG</b>	0,70	***

*Pozn.: Hand test: AGG – agresivita; Rorschachova metoda: AgC – agresivní obsahy; SumAG – suma všech agresivních fenoménu (AgC+AgPast+AgPot+AG+AgV); sign. – signifikance výsledku \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$*

V práci jsou uvedeny i rozdíly mezi kompletní klinickou skupinou a kontrolní skupinou, tyto výsledky jsou však interpretovány s opatrností z důvodu nehomogenity vzorků a slouží k načrtnutí možných trendů v agresivních fenoménech. Podle nich je

možné rozlišit kontrolní a klinickou skupinu pomocí řady proměnných v Rorschachově metodě (AgC, AgPast, SumAG) a také v Hand testu (AOS, WITH, PATH).

- **Limity výzkumu**

Za hlavní limity výzkumu lze považovat menší vzorek, který byl tím pádem náchylnější na extrémní hodnoty.

Agresivní pacienti dále nebyli členěni podle diagnózy a jak jsme v kapitole o duševních poruchách popsali, každá specifická kategorie poruch má i svou odlišnou dynamiku agresivního chování. Tento fakt byl vyvážen z části tím, že u všech pacientů byl přítomen abúzus psychoaktivních látek, který je u agresivních pacientů častý (Höschl et al., 2002).

Dalším vhodným kritériem pro zahrnutí do vzorku by mělo být tvrdší rozlišení agresivního chování. Objevovaly se rozdíly v agresi pacientů, někteří měli v anamnéze násilnou trestnou činnost, jiní byli sexuální agresori a další byli verbálně agresivní.

Co se týče kontrolní skupiny, ta byla tvořena především ženami, studentkami vysoké školy, tedy složením velmi se lišícím od obou klinických skupin. Vzhledem k možnostem sběru dat výzkumníka se podařilo získat pouze tento vzorek. Výsledky kontrolní skupiny jsou tak interpretovány s obezřetností a nestojí v popředí této práce.

- **Možnosti aplikace v praxi**

Praktické aplikace těchto zjištění mohou být užitečné v klinické praxi při nutnosti posouzení agresivních tendencí. Mohou sloužit jako referenční údaje v případě posuzování agresivních tendencí pro jednotlivce v klinickém kontextu.

Posouzení agresivních tendencí je důležité při znaleckém zkoumání v soudním řízení a tato práce může sloužit jako uvedení do této problematiky.

- **Návrh na další výzkum**

Jako navazující výzkum by byla vhodná podrobnější analýza proměnných Exnerova systému v kontextu posouzení agrese, které jsou k tomu účelu vhodné. V kapitole č. 7 nebo v příloze č. 9. je uveden jejich podrobnější seznam.

Další výzkum by měl také více zohledňovat jednotlivé diagnózy a formy agrese, čímž by umožnil větší specifitu aplikace zjištění.

## 15 Závěry

Na základě výše uvedených výsledů lze uvést následující závěry:

- potvrdil se předpoklad, že pomocí následujících proměnných v Rorschachově metodě lze odlišit agresivní pacienty od neagresivních
  - agresivní obsahy (AgC) –  $d=1,03$ ,
  - agresivní minulost (AgPast) –  $d=1,50$ ,
  - suma agresivních fenoménů (AgC + AgPast + AgPot + AG + AgV) –  $d=1,79$ .
- V Hand testu je možné odlišit agresivní a neagresivní pacienty pomocí proměnné agresivita (AGG),  $d=1,00$ .
  - Proměnná Acting out score (AOS) nebo Acting out ratio (AOR) se neukázala jako vhodná pro odlišení těchto dvou skupin.
- K odlišení dvou neekvivalentních skupin – klinická a neklinická, je možné na základě těchto proměnných:
  - v Rorschachově metodě:
    - agresivní obsahy (AgC) –  $d=0,73$ ,
    - agresivní minulost (AgPast) –  $d=0,65$ ,
    - suma agresivních fenoménů (AgC + AgPast + AgPot + AG + AgV) –  $d=0,97$ ,
  - v Hand testu:
    - Acting out score (AOS) –  $d=0,84$ ,
    - stažení se (WITH) –  $d=1,22$ ,
    - patologie (PATH) –  $d=1,12$ .

## 16 Souhrn

Práce se zaměřuje na predikaci agrese u psychiatrických pacientů pomocí projektivních metod.

**Agrese** bývá definována jako „*manifestní pozorovatelné chování vedené úmyslem poškodit jiný organismus (člověka nebo zvíře) anebo neživotný předmět*“ (Höschl et al., 2002, 166). S agresí souvisí dále tyto pojmy: **agresivita**, ta se považuje za povahový rys, který je předpokladem agresivního chování (Harsa et al., 2009, 20), **hněv**, který je emočním doprovodem některých typů agrese (Willantová, 2014), **hostilita** neboli obecně negativní vztahování se k ostatním lidem (Čermák, 1999), **násilí**, které je definováno jako „*chování, které zahrnuje použití zjevné aplikace či výhrůžky, které s největší pravděpodobností povede k zranění člověka*“ (Meloy, 2004, 192) a **asertivita**, která je považována za sociálně přijatelnou formu projevení agresivity (Čermák, 1999).

Agresi je možné dělit podle mnoha kritérií, za podstatné můžeme považovat dělení na agresi **plánovanou** (predátorskou, instrumentální), která se vyznačuje tím, že není reakcí na bezprostředně působící hrozbu nebo na frustraci a není doprovázena silnými emocemi (Siever, 2008), dále na **impulzivní**, spojenou se silnou aktivací autonomního nervového systému a je provázena silnými emocemi, nejčastěji se s ní setkáme při reakci na stres či frustraci (Siever, 2008), a nakonec na agresi **psychotickou**, která je spojena s akutní psychotickou symptomatikou. Její původ je možné hledat v imperativních halucinacích, paranoidních halucinacích nebo kognitivních distorzích (Látalová, 2013).

Agrese je determinována jak **biologickými** vlivy (heredita, pohlaví, hormony, CNS, neurotransmitery, věk), tak **sociálně** (výchova, společenské faktory, situační vlivy) a **psychologicky** (Čermák, 1999; Látalová, 2013).

Existuje mnoho psychologických teorií agrese, velmi vlivnými se staly psychoanalytické teorie. Z **psychodynamického** hlediska byl hledán původ agrese nejdříve v pudech (Freud, 1999), modernější teorie hovoří o agresii jako o primitivní formě vztahovosti (Winnicott, 2007) či o jako funkci Self, která je nezbytná k prosazení vlastních libidinózních zájmů a potřeb (Mentzos, 2000).

S agresí jsou spojeny nejrůznější **společenské** a **právní aspekty**. Agrese u psychiatrických pacientů bývá v zájmu veřejnosti médií, v posledních letech se tak stalo

především při popisovaných událostech ve Žďáru nad Sázavou, Uherském Brodu a Horní Bříze. Český právní řád umožňuje pro veřejnost nebezpečné pacienty umístit do tzv. **ochranných léčeb** (součást psychiatrických nemocnic) nebo **zabezpečovacích detencí** (součást věznic). Ochranné léčby mohou probíhat v ústavní nebo ambulantní formě.

Agrese může být spojena s řadou psychických poruch, které mají každá svůj specifický vznik i průběh. Může se podle kontextu projevit různými způsoby. Uvádíme zde nejčastější případy. U **psychotických** onemocnění se jedná o narušení a dezorganizace psychických funkcí a zhoršenému vnímání reality, které může vést k agresivní reakci. V případě **psychopatie** se jedná o manifestaci instrumentální agrese a kriminální činnosti. U **posttraumatické stresové poruchy** (PTSD) může dojít ke znovu aktivování vzorce původní situace, ve které k traumatu došlo, a to vyústit v agresi. U **hraniční poruchy osobnosti** je agrese facilitována zvýšenou citlivostí, křehkostí osobnosti, což se může projevit její impulsivní ventilací (Siever, 2008).

K psychodiagnostice agrese je možné využít řadu psychologických metod. Práce se zaměřuje na Rorschachovu metodu a Hand test. Agresi v **Rorschachově metodě** je možné interpretovat jak podle určitých proměnných v Exnerově systému (Lečbych, 2015), tak podle speciálních skóre vytvořených Gaconem a Meloyem (1994), na které se tato práce zaměřuje. Jedná se o Agresivní obsahy (AgC), zahrnující obsahy, které mohou zranit nebo ohrozit, Agresivní potenciál (AgPot), kdy je agrese připravovaná, ale ještě neprobíhá, Agresivní minulost (AgPast), kdy je objekt poškozen v důsledku agrese, Sadomasochismus (SM), kdy je agresivní obsah spojen s libým afektem a Agresivní zranitelnost (AgV), kdy je objekt popisován jako zranitelný nebo náchylný k agresi. V **Hand testu** jsou to pak jednotlivé skórovací kategorie (AGG), sumy kategorií (MAL, PATH) a poměry proměnných Acting out ratio (AOR) a Acting out score (AOS) (Lečbych, 2013).

V samotném výzkumu byla na základě výzkumného problému a cílů stanovena **výzkumná otázka**, zaměřující se na porovnání dvou klinických skupin podle vybraných proměnných vztahujících se k agresi u obou testů.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 42 probandů, kteří byli rozděleni na tři skupiny: **agresivní pacienti** (N=11), **neagresivní pacienti** (N=11) a **kontrolní skupina** (N=20). Pacienti byli do skupin rozřazeni na základě hodnocení personálu, zda vykazovali či nevykazovali známky agrese. Kontrolní skupinu tvořili studenti vysokých škol.



Probandům byly administrovány dva výše zmíněné testy v pořadí Hand test, Rorschachova metoda v souladu s potřebnými standardy pro administraci podle manuálů (Exner, 2009; Lečbých, 2013). Při administraci a následnému nakládání s daty byl kladen důraz na nutné **etické a právní náležitosti**.

Potřebné skóry byly vloženy do datové matice v MS Excel. Deskriptivní a inferenční statistika byla provedena v programu Statistica 12.

Průměrné hodnoty jednotlivých agresivních obsahů byly zjištěny vyšší, než se očekávalo (Gacono & Meloy, 1994), což mohlo být ovlivněno řadou faktorů (výběr vzorku, velikost vzorku, nadhodnocení výzkumníkem).

Ze statistických metod byl zvolen **Mann-Whitneyův U test**, s hladinou významnosti **p < 0,05**.

Naměřené hodnoty ukázaly signifikantní výsledky u proměnných, pomocí kterých je možné rozlišit agresivní a neagresivní pacienty. Jednalo se o **agresivní obsahy** (AgC;  $d=1,03$ ), **agresivní minulost** (AgPast;  $d=1,50$ ; v poměru k počtu odpovědí  $d=1,03$ ) a **suma agresivních fenoménů** (AgC + AgPast + AgPot + AG + AgV;  $d=1,79$ ; v poměru k počtu odpovědí  $d=1,33$ ). Tyto výsledky byly v souladu s očekáváním v rozlišení agresivních a neagresivních jedinců (Gacono & Meloy, 1994).

V **Hand testu** se objevil statisticky významný rozdíl mezi agresivní a neagresivní skupinou v proměnné **agresivita** (AGG) s hodnotou  $d=1,00$ . Jako jediná se tak ukázala vhodná k rozlišení obou skupin. Hodnoty byly výrazně vyšší u skupiny agresivních pacientů ( $M=3,64$ ;  $SD=2,42$ ), jsou v předpokladu s normami (Fridrich & Nociar, 1991).

**Acting out score** (AOS), resp. **Acting out ratio** (AOR) nebylo schopné skupiny rozlišit, což je dáno přítomností dalších proměnných na obou stranách poměru (DIR na jedné a AFF, COM, DEP na druhé).

Rozdíly mezi **klinickou** a **neklinickou** skupinou byly součástí sekundární výzkumné otázky a jejich výsledky jsou interpretovány s obezřetností vzhledem k neekvivalentnosti obou skupin. Slouží tak k načrtnutí možných trendů při posouzení agrese. Signifikantní rozdíly byly proměnných AgC, AgPast a SumAG v Rorschachově metodě a AOS, WITH a PATH v Hand testu.

**K limitům výzkumu** patří menší vzorek, bližší nerozlišení diagnostických kategorií a nerozlišení pacientů z hlediska charakteru projevované agrese. Dalším limitem bylo

složení kontrolní skupiny, která se z demografického hlediska výrazně lišila od skupiny klinické.

**Z praktického hlediska** jsou zjištění vhodná pro klinickou praxi při nutnosti posouzení agresivních tendencí nebo při znaleckém zkoumání v soudním řízení, kde tato práce může sloužit jako uvedení do této problematiky.

**Další výzkum** by bylo vhodné směřovat k bližší analýze agresivních fenoménů spolu s kompletními proměnnými ze strukturálního souhrnu v Rorschachově metodě. Vhodná by byla také kvalitativní analýza jednotlivých fenoménů.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Altman, Z. (2012). *Administrace a signování TAR - Pracovní materiály k semináři*. Nepublikovaný manuál.
- Archer, J. (1991). The influence of testosterone on human aggression. *British Journal Of Psychology (London, England: 1953)*, 82 ( Pt 1), 1–28.
- Baity, M., & Hilsenroth, M. (2002). Rorschach Aggressive Content (AgC) Variable: A Study of Criterion Validity. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 275–287.
- Barlow, K., Grenyer, B., & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and Precipitants of Aggression in Psychiatric Inpatient Units. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 967–974. <http://doi.org/10.1080/000486700271>.
- Binder, R. L., & McNiel, D. E. (1988). Effects of diagnosis and context on dangerousness. *The American Journal of Psychiatry*, 145(6), 728–732. <http://doi.org/10.1176/ajp.145.6.728>.
- Blesk.cz. (27. května, 2015). Útok dalšího psychicky nemocného člověka: Obavy z 800 psychotiků mezi námi. Získáno 23. února 2017 z <http://www.blesk.cz/clanek/zpravy-udalosti/321453/utok-dalsiho-psychicky-nemocneho-cloveka-obavy-z-800-psychotiku-mezi-nami.html>.
- Blesk.cz. (7. prosince 2010). Mongol v Praze znásilňoval ženy, utekl z psychiatrie! Získáno 23. února 2017 z <http://www.blesk.cz/clanek/zpravy-krimi/146016/mongol-v-praze-znasilnoval-zeny-utekl-z-psychiatrie.html>.
- Blesk.cz. (7. srpna, 2015). Schizofrenik chtěl zabít rodiče: Na otce střílel z kuše, matku bil do hlavy. Získáno 23. února 2017, z <http://www.blesk.cz/clanek/zpravy-krimi/335630/schizofrenik-chtel-zabit-rodice-na-otce-strilel-z-kuse-matku-bil-do-hlavy.html>
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: Smutek a deprese*. Praha: Portál.
- Bricklin, B., Piotrowski, Z. A., & Wagner, E. E. (1962). *The Hand test: A new projective test with special reference to the prediction of overt aggressive behavior*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Buss, A. (1961). *The Psycholog of Aggression*. New York: Wiley.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment - theory, research, and clinical*

- applications* (2.). New York: Guilford Press.
- Crook, D. (1983). Darwin on War and Aggression. *Australian Journal of Politics & History*, 29(2), 344–353. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8497.1983.tb00201.x>.
- Čermák, I. (1999). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta v.o.s.
- Čermák, I., Hřebíčková, M., & Macek, P. (2003). *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Psychologický ústav.
- Česká televize. (13. ledna 2017). V Česku žije asi 800 psychotiků nebezpečných pro své okolí. Získáno 23. února 2017 z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/2012326-v-cesku-zije-asi-800-psychotiku-nebezpecnych-pro-sve-okoli>.
- Česká televize. (14. října 2014). Labilní útočníci propustil soud v únoru, důvody léčby pryč pominuly. Získáno 23. února 2017 z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1013710-labilni-utocnici-propustil-soud-v-unoru-duvody-lecby-pry-pominuly>.
- Česká televize. (22. května 2014). Žena držela v Havířově dětské rukojmí a pobodala učitelku. Získáno 23. února 2017 z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/regiony/1169677-zena-drzela-v-havirove-detske-rukojmi-a-pobodala-ucitelku>.
- Darcangelo, S. M. (1997). *Psychological and personality correlates of the Massachusetts Treatment Centre classification system for rapists. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. ProQuest Information & Learning, US.
- Dolejš, M., Suchá, J., Skopal, O., & Vavrysová, L. (2016). *Agresivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Drapela, V. (2003). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Drnová, I. (2014). *Ochranné léčení z pohledu teorie a praxe*. Masarykova univerzita.
- Exner, J. E. (1969). *The Rorschach Systems*. New York: Grune & Stratton Inc.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach, Basic Foundations and Principles of Interpretation Volume 1*.
- Exner, J. E. (2009). *Rorschach: A Rorschach Workbook for the Comprehensive System, 5th Edition*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Exner, J. E., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach, Advanced Interpretation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Fontan, P., Andronikof, A., Nicodemo, D., Al Nyssani, L., Guilheri, J., Hansen, K. G., ... Nakamura, N. (2013). CHESSSS: A free software solution to score and compute the Rorschach Comprehensive System and Supplementary Scales. *Rorschachiana*, 34(1), 56–82. <http://doi.org/10.1027/1192-5604/a000040>.
- Freud, S. (1999). *Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920-1924*. Prague: Psychoanalytické nakladatelství.
- Fridrich, J., & Nociar, A. (1991). *Test ruky - příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Frisell, T., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Violent crime runs in families: a total population study of 12.5 million individuals. *Psychological Medicine*, 41(1), 97–105. <http://doi.org/10.1017/S0033291710000462>.
- Fromm, E. (1997). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny.
- Fuksa, A. (8. prosince 2015). Schizofrenik ve Zlíně ubodal svou sestru. Získáno 23. února 2017 z <https://www.novinky.cz/krimi/388569-schizofrenik-ve-zline-ubodal-svou-sestru.html>.
- Gacono, C., & Evans, B. (2012). *The Handbook of Forensic Rorschach Assessment*. Taylor & Francis.
- Gacono, C., & Meloy, R. (1994). *The Rorschach Assessment of Aggressive and Psychopathic Personalities*. Taylor & Francis.
- Gacono, C., Bannatyne-Gacono, L., Meloy, R., & Baity, M. (2005). The Rorschach Extended Aggression Scores. *Rorschachiana*, 27(1), 164–190. <http://doi.org/10.1027/1192-5604.27.1.164>.
- Gacono, C., Meloy, R., & Bridges, M. (2000). A Rorschach comparison of psychopaths, sexual homicide perpetrators, and nonviolent pedophiles: Where angels fear to tread. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 757–777. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200006\)56:6<757::AID-JCLP6>3.0.CO;2-I](http://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200006)56:6<757::AID-JCLP6>3.0.CO;2-I).
- Greplová, K. (26. února 2015). Chovanec si myslí, že policie neselhala. Zásah v Brodě ale nechá vyšetřit. Získáno 23. února 2017 z <http://domaci.ihned.cz/c1-63596640-chovanec-si-mysli-ze-policie-neselhala-zasah-v-brode-ale-necha-vysetrit>.
- Haramis, S. L., & Wagner, E. E. (1980). Differentiation between acting-out and non-acting-out alcoholics with the Rorschach and Hand test. *Journal of Clinical*

*Psychology*, 36(3), 791–797.

Harsa, P., Žukov, I., & Csémy, L. (2009). Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(1), 20–26.

Horney, K. (2000). *Neuróza a lidský růst - Zápas o seberealizaci*. Praha: Pragma.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.

Huprich, S., Gacono, C., Schneider, R., & Bridges, M. (2004). Rorschach oral dependency in psychopaths, sexual homicide perpetrators, and nonviolent pedophiles. *Behavioral Sciences & The Law*, 22(3), 345–356.

iDNES.cz. (25. února 2015a). Policie v Uherském Brodě vtrhla do domu útočnicka, vyvedla jeho ženu. Získáno 23. února 2017 z [http://zpravy.idnes.cz/zasah-proti-domu-utok-v-uherskem-brode-dhb-/domaci.aspx?c=A150224\\_230536\\_domaci\\_hro](http://zpravy.idnes.cz/zasah-proti-domu-utok-v-uherskem-brode-dhb-/domaci.aspx?c=A150224_230536_domaci_hro).

iDNES.cz. (25. února 2015b). PŘEHLEDNĚ: Útok v Uherském Brodě a zásah policie krok za krokem. Získáno 23. února 2017 z [http://zpravy.idnes.cz/chronologie-v-pripadu-strelby-z-uherskeho-brodu-fuu-/domaci.aspx?c=A150225\\_104348\\_zlin-zpravy\\_cen](http://zpravy.idnes.cz/chronologie-v-pripadu-strelby-z-uherskeho-brodu-fuu-/domaci.aspx?c=A150225_104348_zlin-zpravy_cen).

iDNES.cz. (25. února 2015c). Střelba v restauraci v Uherském Brodě. Získáno 23. února 2017, z <http://zlin.idnes.cz/strelba-v-restauraci-v-uherskem-brode-d83-/online.aspx?online=1005750>.

iDNES.cz. (25. února 2015d). Střelec byl podivín s psychickými problémy a konfliktní ženou. Získáno 23. února 2017, z [http://zlin.idnes.cz/strelba-v-uherskem-brodu-0xi-/zlin-zpravy.aspx?c=A150225\\_102852\\_domaci\\_pku](http://zlin.idnes.cz/strelba-v-uherskem-brodu-0xi-/zlin-zpravy.aspx?c=A150225_102852_domaci_pku).

iDNES.cz. (3. července 2013). Z léčebny v Dobřanech utekl nebezpečný pacient. Vydržel tam dva dny. Získáno 23. února 2017, z [http://praha.idnes.cz/patrani-po-psychicky-nemocnem-pacientovi-fgd-/praha-zpravy.aspx?c=A130703\\_092754\\_praha-zpravy\\_mav](http://praha.idnes.cz/patrani-po-psychicky-nemocnem-pacientovi-fgd-/praha-zpravy.aspx?c=A130703_092754_praha-zpravy_mav).

Ježek, P. (11. února 2016). Zabil ji hlas v mé hlavě, řekl muž k ubodání knihovnice. Půjde do detence. Získáno 23. února 2017, z [http://plzen.idnes.cz/vrazda-knihovnice-soud-pachatel-nemoc-detence-fot-/plzen-zpravy.aspx?c=A160211\\_093702\\_plzen-zpravy\\_pp](http://plzen.idnes.cz/vrazda-knihovnice-soud-pachatel-nemoc-detence-fot-/plzen-zpravy.aspx?c=A160211_093702_plzen-zpravy_pp).

Ježek, T. (3. května 2010). Pacient z léčebny na útěku, může být nebezpečný. Získáno

23. února 2017 z [http://boleslavsky.denik.cz/zpravy\\_region/pacient-z-lecebny-na-uteku-muze-byt-nebezpecny.html](http://boleslavsky.denik.cz/zpravy_region/pacient-z-lecebny-na-uteku-muze-byt-nebezpecny.html).
- Kivisto, A., & Swan, S. (2013). Rorschach measures of aggression: a laboratory-based validity study. *Journal Of Personality Assessment*, 95(1), 38–45. <http://doi.org/10.1080/00223891.2012.713882>.
- Kosová, P. (2. června 2015). Pohřeb zavražděné knihovnice (27): Lidé podepisovali petici. Získáno 23. února 2017 z <http://tn.nova.cz/clanek/vrazda-v-horni-brize-lide-se-rozlouci-s-knihovnici-hankou.html>.
- Kotten, L. (2002). *The Hand Test as a predictor of aggression for inpatient children within a psychiatric hospital. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. ProQuest Information & Learning, US.
- Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha: Galén.
- Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Lečbych, M. (2013). *Wagnerův Hand test: Aplikace ve výzkumu a praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lečbych, M. (2015). Posuzování agresivních tendencí pomocí Rorschachovy metody a Hand testu. *Psychiatrie : časopis pro moderní psychiatrii*, 19(3), 141–146.
- Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci* (2. vydání). Praha: Grada.
- Lečbych, M., & Seitl, M. (2013). The association between self-report attachment dimensions and the Rorschach Oral Dependency Scale in a sample of Czech adults. *Rorschachiana*, 34(2), 137–155. <http://doi.org/10.1027/1192-5604/a000046>
- Lerner, P. (2011). *Psychoanalytic perspectives on the Rorschach*. New York: Routledge.
- Lesková, I. (9. února 2012). Rodina dítěte zavražděného schizofreničkou hledá viníka. A žádá trest. Získáno 23. února 2017 z [http://zpravy.idnes.cz/rodina-ditete-zavrazdeneho-schizofrenickou-hleda-vinika-a-zada-trest-12t-/krimi.aspx?c=A120209\\_1730387\\_ostrava-zpravy\\_jog](http://zpravy.idnes.cz/rodina-ditete-zavrazdeneho-schizofrenickou-hleda-vinika-a-zada-trest-12t-/krimi.aspx?c=A120209_1730387_ostrava-zpravy_jog).
- Levy, A. E. (1998). *Gender differences among physically abused children on Rorschach indices of adaptive patterns. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. ProQuest Information & Learning, US.

- Lindzey, G., & Tejessy, C. (1956). Thematic Apperception Test: Indices of aggression in relation to measures of overt and covert behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26(3), 567–576. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1956.tb06203.x>.
- Lorenz, K. (1992). *Takzvané zlo*. Praha: Mladá fronta.
- Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015a). Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 278–291. <http://doi.org/10.1037/per0000098>.
- Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015b). Core questions and next steps in research on aggression in borderline personality disorder: Rejoinder for „Aggression in borderline personality disorder—A multidimensional model". *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 298–299. <http://doi.org/10.1037/per0000136>.
- Meloy, R. (2004). *The Psychopathic Mind - Origins, dynamics and treatment*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Mentzos, S. (2000). *Rozumíme sami sobě? - Neurotické zpracování konfliktů*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny.
- Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky*. Praha: Portál.
- Mesiarkinová, K. (2012). *Agresivní tendence v osobnosti sexuálních deviantů a delikventů, jako pachatelů trestných činů*. Masarykova Univerzita.
- Meyer, G., Mihura, J., Viglione, D., Erard, R., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System*. Toledo: Rorschach Performance Assessment System LLC.
- Mihura, J., Nathan-Montano, E., & Alperin, R. (2003). Rorschach measures of aggressive drive derivatives: a college student sample. *Journal Of Personality Assessment*, 80(1), 41–49.
- Michaelis, B., Goldberg, J., Davis, G. P., Singer, T., Garno, J., & Wenzel, S. (2004). Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: a preliminary study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(2), 172–176.



- Nedbalová, T. (2012). *Vývoj kriminality v ČR podle pohlaví se zaměřením na hospodářskou trestnou činnost*. Vysoká škola ekonomická v Praze.
- Neubauer, L. M. (2001). *The relationship between behavior ratings of aggression and an aggression coding system of the Rorschach in a non-patient female sample*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. ProQuest Information & Learning, US.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 Assessment* (2. vyd.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Nohl, R., Pokorný, M., & Rodriguez, V. (14. října 2014). Ve Žďáru zabíjela schizofrenička, která útočila i v Havířově. Získáno 23. února 2017 z <https://zpravy.aktualne.cz/regiony/vysocina/ve-skole-zabijela-psychicky-nemocna-zena-utocila-podruhe/r~1394a6b4539611e488930025900fea04/?redirected=1487862991>.
- Novinky.cz. (24. února 2015). Tragédie v Uherském Brodě patří k jedné z největších v historii ČR. Získáno 23. února 2017 z <https://www.novinky.cz/domaci/362554-tragedie-v-uherskem-brode-patri-k-jedne-z-nejvetsich-v-historii-cr.html>.
- Novinky.cz. (27. září 2013). Z psychiatrické léčebny utekl pacient, může být nebezpečný. Získáno 23. února 2017 z <https://www.novinky.cz/krimi/314567-z-psychiatricke-lecebny-utekl-pacient-muze-byt-nebezpecny.html>.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: a review. *Psychological bulletin*, 86(4), 852–75. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.86.4.852>.
- Oquendo, M. A., Wateraux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal Of Affective Disorders*, 59(2), 107–117.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Pavlíček, L., Šimánek, V., & Ožana, J. (15. října 2014). Útočnice ze Žďáru byla obviněna, hrozí jí až výjimečný trest. Získáno 23. února 2017 z [http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/krimi/utocnice-ze-zdaru-byla-obvinena-hrozi-ji-az-vyjimecny-trest\\_321294.html](http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/krimi/utocnice-ze-zdaru-byla-obvinena-hrozi-ji-az-vyjimecny-trest_321294.html).
- Pechová, O. (2011). *Psychologie agrese a destruktivity*. Olomouc: Univerzita Palackého

v Olomouci.

- Plháčková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Polák, A., & Obuch, I. (2011). *Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr.: Standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. (Triton, Ed.). Praha.
- Poněšický, J. (2010). *Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie* (2. vydání). Praha: Triton.
- Rhee, S. H., & Waldman, I. D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128(3), 490–529.
- Riegel, K., Preiss, M., & Harsa, P. (2015). Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO): představení metody v kontextu DSM-5. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*, 19(1), 20–29.
- Rorschach, H. (1951). *Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception*. New York. New York: Grune & Stratton Inc.
- Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J., & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Siever, L. (2008). Neurobiology of Aggression and Violence. *American Journal of Psychiatry*, 165(April), 429–442. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111774>
- Singer, M., & Dawson, J. (1969). Experimental falsification of the Hand test. *Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 204–205.
- Slánský, T. (2008). *Agrese u pachatelů majetkové trestné činnosti a loupeží*. Masarykova Univerzita.
- Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., ... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives Of General Psychiatry*, 63(5), 490–499.
- Široký, H. (2001). *Meze a obzory psychoanalýzy*. Praha: Triton.

- Šubrt, P. (6. února 2012). Nebezpečný pacient utekl z psychiatrické léčebny. Získáno 23. února 2017 z <http://www.mb-net.cz/nebezpecny-pacient-utekl-z-psychiatricke-lecebny/d-6964>.
- Švec, M. (26. května 2015). Vrah mladé knihovnice měl psychické problémy. Za mřížemi možná neskončí. Získáno 23. února 2017 z <http://www.denik.cz/plzensky-kraj/pomatenec-ubodal-mladou-knihovnici-skonci-za-mrizemi-20150525-fzgr.html>.
- The School of Life. (2016). Why We Should Treat Our Partners Like Small Children. Získáno 3. února 2016 z <https://www.youtube.com/watch?v=ZpdaKbtGyMk>.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Valentová, P. (2013). *Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti pobytu pachatelů trestného činu na svobodě, rizika recidivy a možnosti resocializace*. Univerzita Karlova v Praze.
- Vanko, Š., & Hapčová, M. (2013). Formy a typy agresivních reakcí v protokole Hand testu. In *Kapitoly z psychopatologie* (s. 69–80). Nové Zámky: Psychoprof.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie - 2., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada.
- White, D. O. (1999). *A concurrent validity study of the Rorschach extended aggression scoring categories*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. ProQuest Information & Learning, US.
- Willantová, P. (2014). *Hněv a jeho souvislosti u pacientů s esenciální hypertenzí*. Univerzita Palackého v Olomouc.
- Winnicott, D. (2007). Aggression in Relation to Emotional Development. In *Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (Roč. Internatio, s. 204–218). California: Psychoanalytic Electronic Publishing.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C., & Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 187(2), 65–71.

## **Přílohy**

**Příloha č. 1** – Zadání diplomové práce

**Příloha č. 2** – Abstrakt práce česky a anglicky

**Příloha č. 3** – Informovaný souhlas

**Příloha č. 4** – Popisná statistika kontrolní skupiny

**Příloha č. 5** – Popisná statistika klinické skupiny

**Příloha č. 6** – Popisná statistika neagresivních pacientů

**Příloha č. 7** – Popisná statistika agresivních pacientů

**Příloha č. 8** – Hodnocení agresivní obsahů, přeloženo dle Gacono a Meloy (1994)

**Příloha č. 9** – Kritické proměnné CS pro posouzení agrese v Rorschachově metodě

## Příloha č. 1 – Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. DUŠÁK Martin		F150426

#### TÉMA ČESKY:

Možnosti predikce agrese u psychiatrických pacientů projektivními metodami

#### TÉMA ANGLICKY:

Possibility of aggression prediction in psychiatric patients by projective tests

#### VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
- Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, psychodiagnostiky, psychoterapie, psychopatologie, se zaměřením na agresivitu, agresi a projektivní metody. Dále rozbor současných kauz týkajících se útoků spáchaných lidmi s duševní poruchou.
- Zpracování přehledu dosavadního výzkumu využití databáze EBSCO zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
- Rámcová osnova teoretické části:
  - Definice základních pojmů
    - agrese,
    - agresivita
  - Teorie vzniku a příčin agresivních projevů
  - Projevy agrese v projektivních metodách Rorschachova metoda, Hand Test
  - Agrese u různých duševních poruch
  - Současné případy útoků spáchané lidmi s duševní poruchou
- Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
  - Administrace Rorschachovy metody a Hand Testu v psychiatrických zařízeních pacientům, kteří budou podle předem stanovených kritérií vyhodnoceni jako agresivní,
  - získání kontrolní skupiny, kterou budou tvořit psychiatričtí pacienti vyhodnoceni jako neagresivní. Jako kontrolní skupina bude zvažována nepsychiatrická populace, v závislosti na možnostech sběru dat,
  - předpokladem je získání minimálně 40 probandů (tj. dvě skupiny po 20 osobách),
  - zvažováno bude použití sebeposuzovacích škál z důvodu triangulace dat.
- Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upeřňujícího výzkumu.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bjorkly, S. (1995). Prediction of aggression in psychiatric patients: A review of prospective prediction studies. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 475-502. doi:10.1016/0272-7358(95)00016-1
- Bjorkly, S. (1997). Clinical assessment of dangerousness in psychotic patients: Some risk indicators and pitfalls. *Aggression And Violent Behavior*, 2(2), 167-178. doi:10.1016/S1359-1789(96)00024-9
- Cyruľnik, J. (2000). Aggressive responses in Rorschach protocols of women accused of physical child abuse and neglect. *Dissertation Abstracts International*, 61, 2812.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic Foundations and Principles of Interpretation. Volume 1.* (4ed). New Jersey: Wiley and sons.
- Exner, J. E. (2009). *Rorschach. A Workbook for the Comprehensive system*, 5th ed. (překlad Petržela, M.) Praha: Hogrefe.
- Gacano, C. B., Meloy, J. R. (1994). *The Rorschach Assessment of Aggressive and Psychopathic Personalities*. New York : Routledge

- Gacono, C. B., Bannatyne-Gacono, L., Meloy, J. R., & Baity, M. R. (2005). The Rorschach Extended Aggression Scores. *Rorschachiana*, 27(1), 164-190. doi:10.1027/1192-5604.27.1.164
- Gothelf, D., Apter, A., & van Praag, H. M. (1997). Measurement of aggression in psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 71(2), 83-95. doi:10.1016/S0165-1781(97)00047-4
- Grenyer, B., Barlow, K., & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 34(6), 967-974.
- Haramis, S. L., & Wagner, E. E. (1980). Differentiation between acting-out and non-acting-out alcoholics with the Rorschach and Hand Test. *Journal Of Clinical Psychology*, 36(3), 791-797.
- Harsa, P., Žukov, I., & Csémy, L. (2009). Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 105(1), 20-26.
- Kaslow, N. J., Reviere, S. L., Chance, S. E., Rogers, J. H., Hatcher, C. A., Wasserman, F., & ... Seelig, B. (1998). An empirical study of the psychodynamics of suicide. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 46(3), 777-796. doi: 10.1177/00030651980460030701
- Kivisto, A. J., & Swan, S. A. (2013). Rorschach measures of aggression: a laboratory-based validity study. *Journal Of Personality Assessment*, 95(1), 38-45. doi:10.1080/00223891.2012.713882
- Lečbych, M. (2013). Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci. Praha: Grada
- Lečbych, M. (2013). Wangerův Hand Test: Aplikace ve výzkumu a praxi. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci
- Lečbych, M. (2015). Posuzování agresivních tendencí pomocí Rorschachovy metody a Hand Testu. *Psychiatrie*, 19(3) 141-146
- Lester, D. (1970). Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. *Psychological Bulletin*, 74(1), 1-17. doi: 10.1037/h0029439
- Nijman, H., Merckelbach, H., Evers, C., Palmstierna, T., & ? Campo, J. (2002). Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(5), 390-395. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.0o426.
- Panek, P. E., & Wagner, E. E. (1989). Validation of Two Hand Test Indices of Aggressive Behavior an Institutional Setting. *Journal Of Personality Assessment*, 53(1), 169.
- Poněšický, J. (2010). Agrese, násilí a psychologie moci. Praha : Triton
- Richter, D., & Whittington, R. (2006). Violence in mental health settings: Causes, consequences, management. New York, NY, US: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-0-387-33965-8

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

**Příloha č. 2** – Abstrakt práce česky a anglicky

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Možnosti predikce agrese u psychiatrických pacientů projektivními metodami

**Autor práce:** Bc. Martin Dušák

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 91 / 148 905

**Počet příloh:** 9

**Počet titulů použité literatury:** 108

**Abstrakt:** Práce se věnuje možnostem posouzení agrese u psychiatrických pacientů pomocí projektivních metod. Vychází ze současné společenské potřeby podrobnějšího výzkumu v této oblasti. Primární výzkumnou otázkou bylo, zda je možné pomocí vybraných proměnných v Rorschachově metodě (ROR) a Hand testu (HT) rozlišovat agresivní a neagresivní pacienty. V rámci sekundární výzkumné otázky byly obě skupiny srovnány s kontrolní skupinou. Probandi byli vybráni z populace psychiatrických nemocnic. Na agresivní (N=11) a neagresivní (N=11) byli rozděleni na základě hodnocení personálu. Kontrolní skupinu (N=22) tvořili studující vysokých škol. Interpretační rámec se pohybuje v bio-psycho-sociálním modelu se zaměřením na psychodynamické teorie. Mann-Whitneyův U test ukázal signifikantní rozdíly mezi agresivními a neagresivními pacienty v proměnných: agresivní obsahy (AgC)  $d=1,03$ ; agresivní minulost (AgPast)  $d=1,5$ ; Suma agresivních fenoménů (AgC + AgPast + AgPot + AG + AgV)  $d=1,79$ . Agresivní pacienti produkují v ROR více agresivních fenoménů, nejspíše kvůli jejich předchozím vztahovým zkušenostem. Pomocí HT je možné pacienty rozlišit pomocí proměnné agresivita (AGG) s  $d=1,00$ . V Acting out score (AOS) se tento rozdíl neprojevil. Kontrolní a klinická skupina byly neekvivalentní a jejich rozdíly jsou s tímto vědomím interpretovány.

**Klíčová slova:** agrese, agresivita, Rorschachova metoda (ROR), Hand test (HT)

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Possibility of aggression prediction in psychiatric patients by projective tests

**Author:** Bc. Martin Dušák

**Supervisor:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 91 / 148 905

**Number of appendices:** 9

**Number of references:** 108

**Abstract:** This thesis explores a possibility of an aggression prediction in psychiatric patients by projective tests. The foundation for a research are current public issues and a need for more specific research in this area. The primary research question was whether it is possible to differentiate between aggressive and non-aggressive inpatients by selected variables in Rorschach test (ROR) and Hand test (HT). Both groups were compared with a control group, which was part of the secondary research question. Patients were assigned to each group by a rating of a clinical psychologists whether they were showing signs of aggression or not. The clinical groups consisted of 11 aggressive and 11 non-aggressive patients. The control group was consisted of 22 university students. An interpretation frame was a biopsychosocial model with focus on psychodynamic theories. Mann-Whitney U-test showed significant differences between two clinical groups in following variables: aggressive content (AgC) with Cohens  $d=1,03$ ; aggressive past (AgPast)  $d=1,5$  and a sum of all aggressive phenomena  $d=1,79$ . Aggressive patients produce, in general, more aggressive responses in ROR, probably due to their past relationship experience. HT could differentiate between patients by variable Aggression (AGG) with  $d=1,00$ . Acting out score (AOS) was not significant. Differences between clinical and non-clinical group were interpreted with caution because of the major inequality of these groups.

**Key words:** aggression, aggressiveness, Rorschach test (ROR), Hand test (HT)



### **Příloha č. 3 – Informovaný souhlas**

#### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Možnosti predikce agrese u psychiatrické populace projektivními metodami.*“

**Jméno respondenta/respondentky:** \_\_\_\_\_

**Datum narození:** \_\_\_\_\_

**Respondent/ka souhlasí s psychologickou diagnostikou pro výzkumné účely za níže uvedených podmínek:**

1. Baterie metod je složena z úvodního rozhovoru a dvou projektivních metod – Rorschachova metoda a Hand Test.
2. Před začátkem diagnostiky byl respondent/ka seznámen/a s informacemi o jejím průběhu a podobě.
3. Respondent/ka svým podpisem stvrzuje, že se před začátkem diagnostiky necítí unaven/a, nemocen/á, nebo pod vlivem léků a látek působících na centrální nervovou soustavu.
4. K přímým materiálům, které jsou získané během výzkumu, má přístup pouze řešitel diplomové práce Bc. Martin Dušák a vedoucí práce doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.
5. Získaná data budou využita k výzkumnému účelu (ověřování statistických hypotéz, vývoji využitých diagnostických metod). Data získaná z jednotlivých metod budou součástí číselných nebo kvalitativních souborů, které jsou anonymizovány a zpracovávány bez souvislosti s údaji, které by mohly ve výstupech identifikovat respondenta/respondentku.
6. Respondent/ka má právo kdykoli svůj souhlas s výzkumným využitím dat zrušit.
7. Respondent/ka prohlašuje, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a výše uvedenými body souhlasí se zpracováním osobních údajů získaných během psychologické diagnostiky. Řešitel diplomové práce se zavazuje nakládat s daty podle výše uvedeného zákona a bodů tohoto informovaného souhlasu.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

**Příloha č. 4 – Popisná statistika kontrolní skupiny (N=20)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Věk	22,15	0,88	21,00	24,00	20	22,00	22,00
Vzdělání (roky)	15,10	0,31	15,00	16,00	20	15,00	15,00
R	27,55	7,58	14,00	42,00	20	27,00	Vícenás.
W	10,80	5,45	3,00	23,00	20	10,50	Vícenás.
D	12,90	6,14	3,00	24,00	20	12,50	Vícenás.
Dd	3,85	3,98	0,00	13,00	18	2,50	2,00
S	2,00	1,62	0,00	5,00	16	2,00	2,00
DQ+	7,25	2,63	3,00	13,00	20	6,00	6,00
DQo	18,55	6,71	8,00	35,00	20	19,50	Vícenás.
DQv	1,45	1,50	0,00	5,00	13	1,00	0,00
DQv/+	0,20	0,41	0,00	1,00	4	0,00	0,00
FQ+	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
FQo	12,65	2,96	7,00	20,00	20	12,00	12,00
FQu	6,95	2,76	3,00	13,00	20	6,00	6,00
FQ-	7,60	4,83	1,00	15,00	20	7,00	3,00
FQnone	0,35	0,67	0,00	2,00	5	0,00	0,00
M+	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Mo	2,55	1,19	1,00	5,00	20	2,00	2,00
Mu	0,95	0,76	0,00	2,00	14	1,00	1,00
M-	0,35	0,81	0,00	3,00	4	0,00	0,00
Mnone	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
S-	0,85	1,14	0,00	4,00	9	0,00	0,00
M	3,85	1,60	1,00	7,00	20	4,00	3,00
FM	4,25	2,61	1,00	11,00	20	3,50	3,00
m	2,05	1,64	0,00	5,00	18	1,00	1,00
FM+m	6,30	3,26	2,00	15,00	20	6,00	3,00
FC	1,65	1,27	0,00	5,00	19	1,00	1,00
CF	2,20	1,36	0,00	5,00	19	2,00	Vícenás.
C	0,50	0,69	0,00	2,00	8	0,00	0,00
Cn	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Sum Color	4,35	2,18	2,00	10,00	20	4,00	3,00
WsumC	3,78	1,94	1,50	8,50	20	3,25	2,50
Sum C'	1,85	1,93	0,00	6,00	16	1,00	1,00
Sum T	0,65	0,88	0,00	3,00	9	0,00	0,00
Sum V	1,35	1,63	0,00	5,00	12	1,00	0,00
Sum Y	1,95	2,28	0,00	10,00	16	1,00	1,00
Sum Shading	5,80	4,14	1,00	15,00	20	4,00	3,00
Fr+rF	0,80	1,06	0,00	3,00	9	0,00	0,00
FD	0,90	0,64	0,00	2,00	15	1,00	1,00
F	10,85	4,79	4,00	21,00	20	10,50	5,00
(2)	7,20	2,67	4,00	14,00	20	6,50	5,00
3r+(2)/R	0,35	0,10	0,17	0,54	20	0,34	0,29
Lambda	0,67	0,29	0,31	1,40	20	0,66	Vícenás.
EA	7,63	2,53	5,00	13,50	20	6,50	5,50
es	12,10	5,94	6,00	25,00	20	10,00	7,00
D	-1,45	2,11	-7,00	1,00	11	-0,50	0,00
AdjD	-0,55	1,61	-5,00	2,00	9	0,00	0,00
a (aktivní)	5,40	2,78	1,00	11,00	20	5,00	Vícenás.
p (pasivní)	4,75	3,19	0,00	12,00	19	5,00	5,00
Ma	1,75	1,29	0,00	5,00	17	2,00	2,00
Mp	2,10	1,59	0,00	5,00	16	2,00	3,00
Intelektualizace	3,15	2,06	0,00	8,00	18	4,00	4,00
Zf	14,75	5,31	9,00	28,00	20	13,50	10,00
Zd	-5,43	3,97	-11,50	0,50	19	-6,00	-8,00
Blends	4,70	2,70	1,00	11,00	20	4,00	Vícenás.
Blends/R	0,17	0,09	0,04	0,33	20	0,14	Vícenás.
Afr	0,50	0,16	0,00	0,79	19	0,50	Vícenás.

**Příloha č. 4 – Popisná statistika kontrolní skupiny (N=20) (pokračování tabulky)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Populární	5,50	2,21	3,00	11,00	20	5,00	Vícenás.
XA%	0,73	0,12	0,55	0,94	20	0,73	0,86
WDA%	0,77	0,11	0,59	1,00	20	0,76	0,78
X-%	0,26	0,13	0,04	0,45	20	0,25	0,14
X+%	0,48	0,10	0,26	0,71	20	0,48	0,50
Xu%	0,25	0,07	0,14	0,44	20	0,24	0,33
Izolace/R	0,25	0,15	0,00	0,59	19	0,23	0,29
H	3,20	2,04	1,00	8,00	20	2,50	2,00
(H)	1,80	1,40	0,00	5,00	17	2,00	2,00
Hd	1,10	1,33	0,00	5,00	11	1,00	0,00
(Hd)	0,90	1,07	0,00	4,00	12	1,00	1,00
Hx	0,15	0,37	0,00	1,00	3	0,00	0,00
H+(H)+Hd+(Hd)	7,00	2,51	3,00	12,00	20	6,50	Vícenás.
A	8,70	3,74	2,00	17,00	20	8,00	8,00
(A)	0,55	0,89	0,00	3,00	7	0,00	0,00
Ad	2,85	1,93	0,00	9,00	18	2,50	2,00
(Ad)	0,35	0,59	0,00	2,00	6	0,00	0,00
An	2,30	1,63	1,00	8,00	20	2,00	1,00
Art	1,70	1,59	0,00	5,00	15	1,00	1,00
Ay	0,55	0,69	0,00	2,00	9	0,00	0,00
Bl	0,15	0,37	0,00	1,00	3	0,00	0,00
Bt	1,40	1,05	0,00	4,00	16	1,00	Vícenás.
Cg	1,55	1,28	0,00	4,00	15	1,50	2,00
Cl	0,30	0,73	0,00	3,00	4	0,00	0,00
Ex	0,15	0,37	0,00	1,00	3	0,00	0,00
Fi	0,25	0,44	0,00	1,00	5	0,00	0,00
Fd	0,45	0,69	0,00	2,00	7	0,00	0,00
Ge	0,30	0,73	0,00	3,00	4	0,00	0,00
Hh	1,05	0,94	0,00	3,00	14	1,00	1,00
Ls	1,50	2,19	0,00	9,00	12	1,00	0,00
Na	1,45	1,39	0,00	6,00	15	1,00	2,00
Sc	1,80	1,15	0,00	4,00	17	2,00	2,00
Sx	0,30	0,66	0,00	2,00	4	0,00	0,00
Xy	0,35	0,67	0,00	2,00	5	0,00	0,00
Id	0,55	0,76	0,00	3,00	9	0,00	0,00
DV	0,55	0,76	0,00	2,00	8	0,00	0,00
INCOM	0,65	0,88	0,00	3,00	9	0,00	0,00
DR	0,20	0,41	0,00	1,00	4	0,00	0,00
FABCOM	1,05	1,19	0,00	3,00	10	0,50	0,00
DV2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
INCOM2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
DR2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
FABCOM2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
ALOG	0,05	0,22	0,00	1,00	1	0,00	0,00
CONTAM	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
RawSum6	2,50	1,79	0,00	7,00	18	3,00	Vícenás.
Level 2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Wsum6	6,90	5,16	0,00	18,00	18	7,00	Vícenás.
AB	0,45	0,60	0,00	2,00	8	0,00	0,00
AG	0,45	0,60	0,00	2,00	5	0,00	0,00
COP	1,05	1,10	0,00	4,00	13	1,00	1,00
CP	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
GHR	5,15	1,87	2,00	10,00	20	5,00	4,00
PHR	2,55	1,73	1,00	6,00	20	2,00	1,00
MOR	1,55	1,57	0,00	7,00	16	1,00	1,00
PER	0,85	1,14	0,00	3,00	9	0,00	0,00
PSV	0,10	0,31	0,00	1,00	2	0,00	0,00

**Příloha č. 5 – Popisná statistika klinické skupiny (N=22)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Věk	30,86	4,43	21,00	39,00	22	31,00	28,00
Vzdělání (roky)	12,36	2,41	8,00	18,00	22	12,00	12,00
R	27,41	8,68	14,00	50,00	22	27,50	Vícenás.
W	9,91	4,46	4,00	21,00	22	9,50	7,00
D	14,23	5,85	6,00	25,00	22	12,50	Vícenás.
Dd	3,27	3,57	0,00	16,00	18	2,50	Vícenás.
S	2,23	2,76	0,00	9,00	13	1,00	0,00
DQ+	6,23	3,50	1,00	14,00	22	5,50	5,00
DQo	17,86	7,11	9,00	41,00	22	17,50	11,00
DQv	3,00	4,01	0,00	19,00	18	2,00	1,00
DQv/+	0,32	0,65	0,00	2,00	5	0,00	0,00
FQ+	0,05	0,21	0,00	1,00	1	0,00	0,00
FQo	10,36	4,45	1,00	22,00	22	10,00	10,00
FQu	6,91	3,41	2,00	15,00	22	6,50	4,00
FQ-	9,64	6,48	2,00	27,00	22	7,00	7,00
FQnone	0,45	0,67	0,00	2,00	8	0,00	0,00
M+	0,05	0,21	0,00	1,00	1	0,00	0,00
Mo	1,77	1,54	0,00	6,00	18	1,00	1,00
Mu	1,00	1,31	0,00	5,00	12	1,00	0,00
M-	0,59	0,91	0,00	3,00	8	0,00	0,00
Mnone	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
S-	1,00	1,35	0,00	4,00	9	0,00	0,00
M	3,41	2,44	0,00	9,00	20	3,00	3,00
FM	3,45	2,15	1,00	7,00	22	3,00	Vícenás.
m	3,18	2,32	0,00	8,00	18	3,00	0,00
FM+m	6,64	2,77	1,00	12,00	22	6,50	Vícenás.
FC	1,05	1,29	0,00	4,00	11	0,50	0,00
CF	1,91	1,93	0,00	7,00	16	1,00	Vícenás.
C	0,91	1,06	0,00	4,00	13	1,00	Vícenás.
Cn	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Sum Color	3,86	2,66	0,00	9,00	20	4,00	4,00
WsumC	3,80	2,55	0,00	10,50	20	3,25	2,50
Sum C'	2,00	1,57	0,00	6,00	20	1,00	1,00
Sum T	0,27	0,55	0,00	2,00	5	0,00	0,00
Sum V	0,55	0,86	0,00	3,00	8	0,00	0,00
Sum Y	1,14	1,32	0,00	4,00	12	1,00	0,00
Sum Shading	3,95	2,68	1,00	9,00	22	3,00	2,00
Fr+rF	0,73	1,28	0,00	5,00	8	0,00	0,00
FD	0,36	0,58	0,00	2,00	7	0,00	0,00
F	12,18	6,14	3,00	28,00	22	11,00	Vícenás.
(2)	5,59	3,66	0,00	12,00	20	4,00	4,00
3r+(2)/R	0,30	0,16	0,07	0,70	22	0,25	0,15
Lambda	0,89	0,48	0,13	1,87	22	0,84	1,00
EA	7,20	4,06	1,00	16,50	22	6,75	7,00
es	10,59	4,37	3,00	20,00	22	10,50	11,00
D	-0,82	1,01	-4,00	0,00	12	-1,00	0,00
AdjD	-0,14	1,08	-3,00	2,00	11	0,00	0,00
a (aktivní)	3,91	2,58	0,00	9,00	21	3,50	Vícenás.
p (pasivní)	6,14	3,28	1,00	13,00	22	5,50	4,00
Ma	1,23	1,74	0,00	6,00	10	0,00	0,00
Mp	2,18	1,84	0,00	5,00	17	1,50	1,00
Intelektualizace	1,73	1,70	0,00	5,00	17	1,00	1,00
Zf	14,05	5,09	7,00	27,00	22	12,50	12,00
Zd	-4,80	3,91	-12,50	2,00	21	-5,50	-5,50
Blends	3,45	2,76	0,00	9,00	21	3,00	1,00
Blends/R	0,12	0,09	0,00	0,33	21	0,11	0,12
Afr	0,54	0,24	0,25	1,06	22	0,43	Vícenás.

**Příloha č. 5 – Popisná statistika klinické skupiny (N=22) (pokračování tabulky)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Populární	4,95	2,30	1,00	11,00	22	5,00	Vícenás.
XA%	0,64	0,16	0,27	0,88	22	0,67	Vícenás.
WDA%	0,68	0,16	0,31	0,88	22	0,69	Vícenás.
X-%	0,34	0,16	0,12	0,73	22	0,29	Vícenás.
X+%	0,40	0,16	0,04	0,67	22	0,40	0,50
Xu%	0,25	0,08	0,12	0,36	22	0,24	Vícenás.
Izolace/R	0,16	0,11	0,00	0,44	21	0,15	Vícenás.
H	2,00	1,93	0,00	7,00	16	1,00	Vícenás.
(H)	1,64	1,29	0,00	5,00	18	1,00	1,00
Hd	1,50	1,85	0,00	8,00	15	1,00	Vícenás.
(Hd)	1,23	1,23	0,00	5,00	16	1,00	1,00
Hx	0,23	0,61	0,00	2,00	3	0,00	0,00
H+(H)+Hd+(Hd)	6,36	3,79	0,00	13,00	20	6,00	5,00
A	8,09	2,96	1,00	12,00	22	8,00	11,00
(A)	0,59	1,50	0,00	7,00	7	0,00	0,00
Ad	1,77	1,74	0,00	7,00	17	1,50	2,00
(Ad)	0,36	0,66	0,00	2,00	6	0,00	0,00
An	2,05	1,70	0,00	6,00	18	2,00	1,00
Art	1,05	1,33	0,00	4,00	12	1,00	0,00
Ay	0,41	0,50	0,00	1,00	9	0,00	0,00
Bl	0,59	0,91	0,00	4,00	10	0,00	0,00
Bt	1,64	1,47	0,00	6,00	18	1,00	1,00
Cg	1,41	1,26	0,00	4,00	16	1,00	1,00
Cl	0,14	0,47	0,00	2,00	2	0,00	0,00
Ex	0,32	0,78	0,00	3,00	4	0,00	0,00
Fi	0,55	0,96	0,00	4,00	8	0,00	0,00
Fd	0,32	0,72	0,00	3,00	5	0,00	0,00
Ge	0,23	0,53	0,00	2,00	4	0,00	0,00
Hh	0,36	0,58	0,00	2,00	7	0,00	0,00
Ls	1,09	1,23	0,00	4,00	13	1,00	0,00
Na	0,73	0,98	0,00	3,00	10	0,00	0,00
Sc	2,77	2,69	0,00	12,00	18	3,00	3,00
Sx	0,77	1,63	0,00	7,00	7	0,00	0,00
Xy	0,59	1,33	0,00	6,00	7	0,00	0,00
Id	1,45	2,30	0,00	10,00	14	1,00	1,00
DV	0,23	0,53	0,00	2,00	4	0,00	0,00
INCOM	1,05	1,94	0,00	9,00	11	0,50	0,00
DR	0,55	1,01	0,00	3,00	6	0,00	0,00
FABCOM	0,41	0,73	0,00	3,00	7	0,00	0,00
DV2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
INCOM2	0,32	0,89	0,00	3,00	3	0,00	0,00
DR2	0,09	0,29	0,00	1,00	2	0,00	0,00
FABCOM2	0,09	0,29	0,00	1,00	2	0,00	0,00
ALOG	0,05	0,21	0,00	1,00	1	0,00	0,00
CONTAM	0,05	0,21	0,00	1,00	1	0,00	0,00
RawSum6	2,82	3,86	0,00	18,00	17	2,00	Vícenás.
Level 2	0,50	1,10	0,00	4,00	5	0,00	0,00
Wsum6	8,59	12,01	0,00	51,00	17	5,00	0,00
AB	0,14	0,35	0,00	1,00	3	0,00	0,00
AG	0,41	0,67	0,00	2,00	11	0,00	0,00
COP	0,41	0,67	0,00	2,00	7	0,00	0,00
CP	0,05	0,21	0,00	1,00	1	0,00	0,00
GHR	3,14	2,42	0,00	8,00	20	3,00	Vícenás.
PHR	3,73	2,80	0,00	11,00	20	3,00	Vícenás.
MOR	2,55	1,68	0,00	7,00	21	2,00	2,00
PER	1,00	1,31	0,00	4,00	11	0,50	0,00
PSV	0,14	0,35	0,00	1,00	3	0,00	0,00

**Příloha č. 6 – Popisná statistika neagresivních pacientů (N=11)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Věk	30,64	3,23	27,00	36,00	11	31,00	28,00
Vzdělání (roky)	13,09	2,78	9,00	18,00	11	13,00	Vícenás.
R	24,91	8,51	14,00	43,00	11	26,00	28,00
W	8,73	4,15	4,00	17,00	11	7,00	Vícenás.
D	13,91	6,56	6,00	23,00	11	12,00	6,00
Dd	2,27	2,10	0,00	6,00	8	2,00	0,00
S	2,00	2,49	0,00	7,00	7	1,00	0,00
DQ+	6,64	4,18	1,00	14,00	11	5,00	5,00
DQo	15,82	5,60	9,00	26,00	11	13,00	Vícenás.
DQv	2,09	1,87	0,00	5,00	8	2,00	Vícenás.
DQv/+	0,36	0,67	0,00	2,00	3	0,00	0,00
FQ+	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
FQo	11,45	4,72	5,00	22,00	11	11,00	11,00
FQu	6,00	3,61	2,00	15,00	11	5,00	4,00
FQ-	7,18	3,74	2,00	17,00	11	7,00	7,00
FQnone	0,27	0,65	0,00	2,00	2	0,00	0,00
M+	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Mo	2,09	1,70	0,00	6,00	10	2,00	1,00
Mu	0,55	0,93	0,00	3,00	4	0,00	0,00
M-	0,36	0,67	0,00	2,00	3	0,00	0,00
Mnone	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
S-	0,73	1,27	0,00	3,00	3	0,00	0,00
M	3,00	2,28	0,00	7,00	10	3,00	3,00
FM	3,00	1,79	1,00	6,00	11	3,00	1,00
m	2,09	1,81	0,00	5,00	8	2,00	0,00
FM+m	5,09	2,02	1,00	9,00	11	5,00	Vícenás.
FC	1,09	1,45	0,00	4,00	5	0,00	0,00
CF	1,64	1,75	0,00	5,00	7	1,00	0,00
C	0,55	0,69	0,00	2,00	5	0,00	0,00
Cn	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Sum Color	3,27	2,72	0,00	9,00	9	3,00	Vícenás.
WsumC	3,00	2,26	0,00	7,00	9	2,50	Vícenás.
Sum C'	2,36	1,91	0,00	6,00	10	1,00	1,00
Sum T	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
Sum V	0,27	0,47	0,00	1,00	3	0,00	0,00
Sum Y	1,09	1,30	0,00	4,00	6	1,00	0,00
Sum Shading	3,91	2,26	1,00	8,00	11	4,00	2,00
Fr+rF	1,00	1,67	0,00	5,00	4	0,00	0,00
FD	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
F	11,55	6,15	6,00	28,00	11	10,00	10,00
(2)	4,55	3,21	0,00	10,00	9	4,00	Vícenás.
3r+(2)/R	0,31	0,18	0,07	0,70	11	0,26	Vícenás.
Lambda	0,94	0,49	0,35	1,87	11	0,82	Vícenás.
EA	6,00	3,32	1,00	11,50	11	6,00	7,00
es	9,00	3,82	3,00	17,00	11	9,00	6,00
D	-0,73	0,79	-2,00	0,00	6	-1,00	0,00
AdjD	-0,27	0,90	-2,00	1,00	6	0,00	0,00
a (aktivní)	3,36	2,94	0,00	9,00	10	3,00	1,00
p (pasivní)	4,73	2,33	1,00	9,00	11	4,00	4,00
Ma	1,27	1,85	0,00	6,00	5	0,00	0,00
Mp	1,73	1,62	0,00	5,00	9	1,00	1,00
Intelektualizace	1,55	1,92	0,00	5,00	7	1,00	Vícenás.
Zf	13,09	6,06	7,00	27,00	11	12,00	9,00
Zd	-3,82	3,36	-8,50	2,00	10	-4,50	Vícenás.
Blends	2,91	2,81	0,00	9,00	10	1,00	1,00
Blends/R	0,11	0,10	0,00	0,33	10	0,07	Vícenás.
Afr	0,46	0,16	0,25	0,73	11	0,42	Vícenás.

**Příloha č. 6 – Popisná statistika neagresivních pacientů (N=11) (pokračování tabulky)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Populární	5,18	2,64	2,00	11,00	11	4,00	4,00
XA%	0,70	0,11	0,53	0,88	11	0,68	Vícenás.
WDA%	0,73	0,13	0,53	0,88	11	0,68	Vícenás.
X-%	0,29	0,10	0,12	0,47	11	0,30	Vícenás.
X+%	0,47	0,13	0,26	0,67	11	0,48	Vícenás.
Xu%	0,23	0,07	0,12	0,35	11	0,22	0,20
Izolace/R	0,16	0,11	0,06	0,44	11	0,15	0,07
H	2,18	2,27	0,00	7,00	8	1,00	Vícenás.
(H)	1,55	0,93	0,00	3,00	10	1,00	1,00
Hd	1,45	1,29	0,00	4,00	8	1,00	Vícenás.
(Hd)	1,27	0,90	0,00	3,00	9	1,00	1,00
Hx	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
H+(H)+Hd+(Hd)	6,45	4,11	0,00	13,00	10	5,00	5,00
A	7,91	2,21	5,00	12,00	11	8,00	8,00
(A)	0,27	0,47	0,00	1,00	3	0,00	0,00
Ad	1,00	1,10	0,00	3,00	6	1,00	0,00
(Ad)	0,36	0,67	0,00	2,00	3	0,00	0,00
An	2,09	1,58	0,00	5,00	9	2,00	2,00
Art	0,73	1,27	0,00	4,00	4	0,00	0,00
Ay	0,45	0,52	0,00	1,00	5	0,00	0,00
Bl	0,27	0,47	0,00	1,00	3	0,00	0,00
Bt	1,45	1,04	0,00	3,00	9	1,00	1,00
Cg	1,55	1,57	0,00	4,00	7	1,00	0,00
Cl	0,27	0,65	0,00	2,00	2	0,00	0,00
Ex	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
Fi	0,64	1,21	0,00	4,00	4	0,00	0,00
Fd	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
Ge	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Hh	0,27	0,47	0,00	1,00	3	0,00	0,00
Ls	1,09	1,30	0,00	3,00	6	1,00	0,00
Na	0,64	1,03	0,00	3,00	4	0,00	0,00
Sc	3,09	3,56	0,00	12,00	8	2,00	0,00
Sx	0,45	0,69	0,00	2,00	4	0,00	0,00
Xy	0,64	1,80	0,00	6,00	2	0,00	0,00
Id	0,55	0,69	0,00	2,00	5	0,00	0,00
DV	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
INCOM	0,73	0,79	0,00	2,00	6	1,00	0,00
DR	0,36	0,92	0,00	3,00	2	0,00	0,00
FABCOM	0,27	0,47	0,00	1,00	3	0,00	0,00
DV2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
INCOM2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
DR2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
FABCOM2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
ALOG	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
CONTAM	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
RawSum6	1,55	1,44	0,00	4,00	7	2,00	0,00
Level 2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Wsum6	3,82	3,60	0,00	10,00	7	5,00	0,00
AB	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
AG	0,27	0,47	0,00	1,00	5	0,00	0,00
COP	0,36	0,67	0,00	2,00	3	0,00	0,00
CP	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
GHR	3,45	2,58	0,00	8,00	10	3,00	3,00
PHR	3,09	1,58	0,00	5,00	10	3,00	Vícenás.
MOR	1,73	0,90	0,00	3,00	10	2,00	2,00
PER	1,09	1,04	0,00	3,00	7	1,00	0,00
PSV	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00

**Příloha č. 7 – Popisná statistika agresivních pacientů (N=11)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Věk	31,09	5,54	21,00	39,00	11	32,00	35,00
Vzdělání (roky)	11,64	1,80	8,00	14,00	11	12,00	12,00
R	29,91	8,48	18,00	50,00	11	29,00	Vícenás.
W	11,09	4,64	5,00	21,00	11	10,00	Vícenás.
D	14,55	5,35	8,00	25,00	11	13,00	11,00
Dd	4,27	4,50	0,00	16,00	10	3,00	2,00
S	2,45	3,11	0,00	9,00	6	1,00	0,00
DQ+	5,82	2,82	1,00	9,00	11	6,00	8,00
DQo	19,91	8,09	11,00	41,00	11	18,00	Vícenás.
DQv	3,91	5,34	0,00	19,00	10	2,00	1,00
DQv/+	0,27	0,65	0,00	2,00	2	0,00	0,00
FQ+	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
FQo	9,27	4,08	1,00	14,00	11	10,00	10,00
FQu	7,82	3,09	3,00	12,00	11	8,00	8,00
FQ-	12,09	7,82	4,00	27,00	11	8,00	8,00
FQnone	0,64	0,67	0,00	2,00	6	1,00	Vícenás.
M+	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
Mo	1,45	1,37	0,00	4,00	8	1,00	1,00
Mu	1,45	1,51	0,00	5,00	8	1,00	1,00
M-	0,82	1,08	0,00	3,00	5	0,00	0,00
Mnone	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
S-	1,27	1,42	0,00	4,00	6	1,00	0,00
M	3,82	2,64	0,00	9,00	10	4,00	Vícenás.
FM	3,91	2,47	1,00	7,00	11	3,00	Vícenás.
m	4,27	2,33	0,00	8,00	10	5,00	6,00
FM+m	8,18	2,60	4,00	12,00	11	8,00	7,00
FC	1,00	1,18	0,00	3,00	6	1,00	0,00
CF	2,18	2,14	0,00	7,00	9	1,00	1,00
C	1,27	1,27	0,00	4,00	8	1,00	1,00
Cn	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Sum Color	4,45	2,58	1,00	9,00	11	4,00	4,00
WsumC	4,59	2,68	1,00	10,50	11	4,00	2,50
Sum C'	1,64	1,12	0,00	4,00	10	1,00	1,00
Sum T	0,36	0,67	0,00	2,00	3	0,00	0,00
Sum V	0,82	1,08	0,00	3,00	5	0,00	0,00
Sum Y	1,18	1,40	0,00	4,00	6	1,00	0,00
Sum Shading	4,00	3,16	1,00	9,00	11	3,00	Vícenás.
Fr+rF	0,45	0,69	0,00	2,00	4	0,00	0,00
FD	0,55	0,69	0,00	2,00	5	0,00	0,00
F	12,82	6,35	3,00	23,00	11	14,00	15,00
(2)	6,64	3,93	2,00	12,00	11	4,00	4,00
3r+(2)/R	0,28	0,14	0,14	0,54	11	0,22	Vícenás.
Lambda	0,85	0,50	0,13	1,62	11	0,85	Vícenás.
EA	8,41	4,53	2,50	16,50	11	7,00	10,50
es	12,18	4,47	5,00	20,00	11	11,00	Vícenás.
D	-0,91	1,22	-4,00	0,00	6	-1,00	0,00
AdjD	0,00	1,26	-3,00	2,00	5	0,00	0,00
a (aktivní)	4,45	2,16	2,00	8,00	11	5,00	Vícenás.
p (pasivní)	7,55	3,59	2,00	13,00	11	7,00	Vícenás.
Ma	1,18	1,72	0,00	5,00	5	0,00	0,00
Mp	2,64	2,01	0,00	5,00	8	3,00	Vícenás.
Intelektualizace	1,91	1,51	0,00	4,00	10	1,00	1,00
Zf	15,00	3,97	7,00	20,00	11	17,00	18,00
Zd	-5,77	4,32	-12,50	2,00	11	-5,50	-5,50
Blends	4,00	2,72	1,00	8,00	11	4,00	1,00
Blends/R	0,13	0,09	0,03	0,31	11	0,12	Vícenás.
Afr	0,61	0,28	0,36	1,06	11	0,50	1,00



**Příloha č. 7 – Popisná statistika agresivních pacientů (N=11) (pokračování tabulky)**

Proměnná	Průměr	SD	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus
Populární	4,73	2,00	1,00	7,00	11	5,00	6,00
XA%	0,59	0,20	0,27	0,77	11	0,67	Vícenás.
WDA%	0,63	0,19	0,31	0,82	11	0,70	Vícenás.
X-%	0,39	0,19	0,20	0,73	11	0,29	Vícenás.
X+%	0,33	0,15	0,04	0,50	11	0,39	0,50
Xu%	0,26	0,09	0,12	0,36	11	0,28	0,36
Izolace/R	0,16	0,10	0,00	0,38	10	0,15	Vícenás.
H	1,82	1,60	0,00	4,00	8	1,00	Vícenás.
(H)	1,73	1,62	0,00	5,00	8	1,00	Vícenás.
Hd	1,55	2,34	0,00	8,00	7	1,00	Vícenás.
(Hd)	1,18	1,54	0,00	5,00	7	1,00	1,00
Hx	0,36	0,81	0,00	2,00	2	0,00	0,00
H+(H)+Hd+(Hd)	6,27	3,64	0,00	11,00	10	6,00	Vícenás.
A	8,27	3,66	1,00	11,00	11	10,00	11,00
(A)	0,91	2,07	0,00	7,00	4	0,00	0,00
Ad	2,55	1,97	1,00	7,00	11	2,00	Vícenás.
(Ad)	0,36	0,67	0,00	2,00	3	0,00	0,00
An	2,00	1,90	0,00	6,00	9	1,00	1,00
Art	1,36	1,36	0,00	4,00	8	1,00	1,00
Ay	0,36	0,50	0,00	1,00	4	0,00	0,00
Bl	0,91	1,14	0,00	4,00	7	1,00	1,00
Bt	1,82	1,83	0,00	6,00	9	1,00	1,00
Cg	1,27	0,90	0,00	3,00	9	1,00	1,00
Cl	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Ex	0,55	1,04	0,00	3,00	3	0,00	0,00
Fi	0,45	0,69	0,00	2,00	4	0,00	0,00
Fd	0,45	0,93	0,00	3,00	3	0,00	0,00
Ge	0,45	0,69	0,00	2,00	4	0,00	0,00
Hh	0,45	0,69	0,00	2,00	4	0,00	0,00
Ls	1,09	1,22	0,00	4,00	7	1,00	Vícenás.
Na	0,82	0,98	0,00	3,00	6	1,00	0,00
Sc	2,45	1,51	0,00	5,00	10	3,00	3,00
Sx	1,09	2,21	0,00	7,00	3	0,00	0,00
Xy	0,55	0,69	0,00	2,00	5	0,00	0,00
Id	2,36	2,98	0,00	10,00	9	1,00	1,00
DV	0,27	0,65	0,00	2,00	2	0,00	0,00
INCOM	1,36	2,66	0,00	9,00	5	0,00	0,00
DR	0,73	1,10	0,00	3,00	4	0,00	0,00
FABCOM	0,55	0,93	0,00	3,00	4	0,00	0,00
DV2	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00
INCOM2	0,64	1,21	0,00	3,00	3	0,00	0,00
DR2	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
FABCOM2	0,18	0,40	0,00	1,00	2	0,00	0,00
ALOG	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
CONTAM	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
RawSum6	4,09	5,07	0,00	18,00	10	4,00	Vícenás.
Level 2	1,00	1,41	0,00	4,00	5	0,00	0,00
Wsum6	13,36	15,48	0,00	51,00	10	10,00	Vícenás.
AB	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
AG	0,55	0,82	0,00	2,00	6	0,00	0,00
COP	0,45	0,69	0,00	2,00	4	0,00	0,00
CP	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00
GHR	2,82	2,32	0,00	7,00	10	3,00	1,00
PHR	4,36	3,61	0,00	11,00	10	4,00	1,00
MOR	3,36	1,91	1,00	7,00	11	4,00	Vícenás.
PER	0,91	1,58	0,00	4,00	4	0,00	0,00
PSV	0,09	0,30	0,00	1,00	1	0,00	0,00

**Příloha č. 8 – Hodnocení agresivní obsahů, přeloženo dle Gacano a Meloy (1994):**

	Studenti		Profesionálové	
	četnost	%	četnost	%
šíp	21	68	25	78
sekyra	20	67	29	91
soltýr (ryba s ostrými zuby)	24	77	17	53
netopýr	15	48	17	53
bitevní loď	22	71	24	75
bestie	20	67	18	56
čepel	22	71	28	88
černá vdova	27	87	32	100
bomba	26	84	31	97
kulka	29	93	30	94
klec	18	58	11	34
drápy	23	74	26	81
palice	10	32	22	69
kobra	25	81	31	97
šváb	17	55	12	38
Copperhead (jedovatý had)	22	71	26	81
krokodýl	14	45	24	75
démon	29	93	26	81
d'ábel	27	87	30	94
Ďáblovo znamení	23	74	26	81
střemhlavý bombardér	15	48	28	88
Drákula	25	81	30	94
drak	22	71	20	63
exploze	31	100	31	97
tesáky	22	71	31	97
oheň	19	61	25	78
pěst	13	42	23	72
lesní požár	23	74	29	91
Frankenstein	18	58	27	84
garota (popravčí nástroj)	3	10	25	78
skřeti	17	55	17	53
pistole	25	81	27	84
kladivo	5	16	18	56
sekyrka	25	81	26	81
hurikán	29	93	27	84
šakal	12	39	16	50
medúza	17	55	13	41
kosatka	14	45	25	78
King Kong	16	52	17	53
nůž	28	90	32	100
lev	12	39	22	69
raketa	28	90	27	84
medúza	24	77	21	66

**Příloha č. 8** – Hodnocení agresivní obsahů, přeloženo dle Gacano a Meloy (1994)  
(pokračování):

	Studenti		Profesionálové	
	četnost	%	četnost	%
mumie	16	52	16	50
příšera	25	81	28	88
atomový hřib (mushroom cloud)	28	90	28	88
jehla	15	48	20	63
oprátka	20	64	21	66
atomový hřib (nuclear cloud)	26	84	27	84
nukleární hlavice	31	100	32	100
panter	14	45	23	72
krumpáč	11	36	16	50
kleště štípací	18	58	23	72
krysy	10	32	19	59
chřestýš	27	87	31	97
puška	23	74	32	100
pila	16	52	14	44
škorpión	26	84	30	94
žralok	26	84	28	88
ostré zuby	20	64	23	72
brokovnice	28	90	32	100
perlík	20	64	21	66
had	17	55	25	78
oštěp	20	64	27	84
pavouk	16	52	16	50
šídlo	16	52	16	50
bodlák	21	68	23	72
injekční stříkačka	15	48	21	66
tarantule	24	77	32	100
tygr	14	45	24	75
klíč na kolo	5	16	19	59
tomahawk	21	68	26	81
tornádo	27	87	26	81
torpédo	27	87	30	94
pochoď	16	52	18	56
vampýr	26	84	30	94
upír	25	81	28	88
masožravá rostlina	6	19	16	50
erupce sopky	31	100	28	88
sopka	21	68	24	75
vosa	23	74	24	75
Ploskolebec vodní (had)	21	68	27	84
vlk	13	42	21	66
vlkodlak	19	61	27	84
sršeň	21	68	19	59

**Příloha č. 9 – Kritické proměnné CS pro posouzení agrese v Rorschachově metodě**

Podle (Gacono & Evans, 2012; Gacono & Meloy, 1994; Gacono et al., 2000; Lečbych, 2016)

		<b>Průměrné hodnoty (Exner, 2009)</b>	<b>SD</b>	<b>Kritické hodnoty<sup>9</sup></b>
Centrální sekce	R	22,32	4,40	
	Lambda	0,6	0,31	> 1,00
	SumY	0,61	0,96	≤ 1
	SumT	0,95	0,61	≤ 1
	D	-0,03	0,97	
	AdjD	0,15	0,82	
Afektivní sekce	FC	3,56	1,88	FC < CF+C
	CF+C	2,53		
	S	1,57	1,28	
Interpersonální sekce	COP	2,00	1,38	> 2
	PER	0,92	0,91	
Kognitivní triáda	W (W:M)	8,28	2,36	
	M	4,32	1,95	
	Ma	2,90	1,57	Ma : Mp = 1 : 2
	Mp	1,42	1,03	
	X+%	0,77	0,09	
	X-%	0,07	0,05	> 0,29
	WSum6	4,48	4,08	
	M-	0,07	0,27	≥ 0
Sekce sebepercepce	H	3,21	1,17	H < (H)+Hd+(Hd)
	(H)+Hd+(Hd)	2,28		
	FD	1,18	0,94	= 0
	Fr+rF	0,11	0,43	> 1
	Index egocentricity	0,40	0,09	> 0,45
Konstelace	PTI	0		= 1
Kritické obsahy	An, Bl, Ex, Fi, Fd, Sx, Xy, AG, MOR	2,06		

<sup>9</sup> Pokud jsou explicitně uvedeny v literatuře. V opačném případě se jedná o hodnoty odlišující se od normy.