

---

# Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů

---

Harsa P., Žukov I., Csémy L.<sup>1</sup>

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
3. LF UK a Psychiatrické centrum Praha<sup>1</sup>

---

## SOUHRN

Cílem předložené studie bylo ověřit na vzorku 151 mužů a žen ve věkovém rozmezí 20-40 let možnosti měření a posuzování agrese u psychiatrických pacientů (F 20.0 - psychotické poruchy, F 30.0 - afektivní poruchy, F 60.0 - poruchy osobnosti) a u kontrolní skupiny zdravých osob pomocí projektivních testů. Vstupním kritériem byla průkazná verbální nebo fyzická agrese či autoagrese v průběhu vstupního vyšetření nebo těsně před ním. Vybraní pacienti i kontrolní skupina byli vyšetřeni pomocí zvolených projektivních testů. Výsledky naznačují u pacientů vyšší výskyt osobnostní psychopatologie, depresivních symptomů, emoční nestability či sníženého kontaktu se sociální realitou, tedy významných znaků vztahujících se k možným agresivním tendencím než samotné projevy manifestní agrese.

**Klíčová slova:** agresivita, projektivní testy, psychiatrické poruchy, psychopatologie, deprese, emoční nestabilita.

## SUMMARY

### Harsa P., Žukov I., Csémy L.: Possibility of Aggressiveness Evaluation by Means of Projection Tests in Psychiatric Patients

The study focuses on measurement of aggressive tendencies in psychiatric patients (diagnostic groups F 20.0, F 30.0, F 60.0) and in the control group of healthy people. The sample consisted of 151 men and women at the age of 20-40. The main goal was to examine the expression of aggressiveness in standardized psychological projective tests and methods. The criterion for inclusion to the study was evidence of verbal or physical aggression or autoaggression before admission to treatment. The results suggest more frequent personality psychopathology, depressive symptoms, emotional instability and reduced contact with social reality in patient's group compared to controls. It seems that psychological tests are able to detect these attributes that may be connected with aggressiveness than reflect the aggression per se.

**Key words:** aggressiveness, projective tests, psychiatric disorders, psychopathology, depression, emotional instability.

*Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 1, pp. 20–26.*

---

## ÚVOD

S projevy agrese a agresivity se setkáváme poměrně často. Tyto projevy mohou být společensky přijatelné nebo naopak. Problémem je nadměrná agresivita projevující se nevhodně, v nedostatečně socializované či destruktivní formě.

Mnoho odborníků (Čermák [1], Hewstone [11], Hollander [12], Machač [21], Raboch, Říčan, [28] se snaží o jasné definování toho, co vlastně lidská agrese a agresivita je, čím je determinovaná a jaké nežádoucí agresivní projevy lze regulovat. V určitých kritériích dochází k obecné shodě, ale pokusy o univerzální vymezení agrese dosud selhaly.

Rozdíl mezi pojmy agresivita a agrese lze shrnout do dvou oblastí: 1. Agresivita je určitá vlastnost, povahový rys. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učením) i psycho-sociálně (emoční oblast a vliv vnějšího prostředí). Tato vlastnost je u každého člověka ve větší nebo menší míře obsažena. 2. Agrese je chápána jako jakákoliv forma chování, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit. Agrese nemusí ale vždy vyjadřovat jenom negativní projev v chování.

U člověka může být často její příčinou frustrace. Spojitost agresivity a situace je základem známé teorie agresivního chování, kterou autoři Dollard a Miller [6] v roce 1939 publikovali pod názvem Frustration and Aggression. Jejich hypotéza frustrace-agrese se stala základním teoretickým výcho-

diskem při výzkumu této problematiky. Agresivní chování předpokládá existenci frustrace, a naopak, frustrace vede k některým formám agrese. Celá koncepce je postavena na čtyřech pojmech (frustrace, agrese, potlačení, posunutá agrese). Frustrace může ale vyvolat také jiné reakce (například útěk nebo apatii) než pouze agresi. Agresi se zabývali také Vondráček a Študent [34] a rozdělili ji na potlačenou agresi (bez vnějšího projevu), slovní agresi (nadávání, psaní stížností), agresi proti věcem (ničení, trhání, rozbíjení předmětů a věcí) a agresi proti zvířatům a lidem. Mnoho autorů agresi rozděluje na socializovanou a nesocializovanou, na agresi podmíněnou více biologicky nebo naopak determinovanou více učením a výchovou. Höschl [13] uvádí, že zatímco u zvířat lze agresi zaznamenat snadněji, u lidí je to složitější. Agresi klasifikuje na predátorskou (profesionální vrahové a zločinci, kde primární motivací je hmotný zisk), ideologickou (etnické vraždění či řádění fotbalových fanoušků, kde hmotný zisk není primární motivací), agresi pod vlivem alkoholu a drog, impulzivní agresi (bez plánování a hmotného zisku, kdy se jedná převážně o reaktivní reakce) a agresi ovlivněnou duševní nemocí (halucinace, bludy, demence apod.). Koukolík [20] chápe lidskou agresi jako jakékoli chování cílené na druhého jedince se záměrem ublížit mu. Agresor musí být přesvědčen, že jeho chování cíl poškodí a oběť agrese musí být motivovaná, aby se tomuto agresivnímu chování vyhnula. Rozlišuje mezi lidskou agresi a násilným chováním. U násilného chování je cílem záměrné poškození nebo smrt. Samotná agrese tedy nemusí být ještě patologická. Například pokud šestileté dítě do druhého strčí, jedná se o agresi, ale ne o násilné chování. Násilné chování rozlišuje na tělesné, sexuální a psychologické násilí a přiřazuje k nim i deprivaci a zanedbávání. Násilné chování může být cílené na sebe samotného, na druhé, nebo může být kolektivní. Podle WHO přišlo v roce 2002 na světě v důsledku násilného chování 1,6 milionu lidí o život. Z tohoto počtu polovina spáchala sebevraždu, třetina byla zavražděna a pětina byly životy ztracené v ozbrojených konfliktech.

Objektivní posuzování agresivních dispozic, zhodnocení jejich postavení v kontextu určité kon-

krétní osobnosti a její životní linie, ale i v kontextu určité konkrétní situace, má však i řadu úskalí a průkaznost agresivity bývá (nejen v psychologii) velmi obtížná.

## CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem studie bylo ověřit použitelnost standardizovaných psychodiagnostických instrumentů při zjišťování agresivity u psychiatrických pacientů a kontrolní skupiny.

## METODY

### Výzkumný soubor

Do výzkumu byli zařazeni hospitalizovaní pacienti na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, u kterých jsme na základě dokumentace a anamnestických dat předpokládali výskyt agresivního chování. Soubor tvořilo 151 osob (69 mužů a 82 žen). Převažující vzdělání bylo SŠ a VŠ. Věkové rozmezí 20 - 40 roků (průměrný věk byl 29,4 roků).

Výzkumný soubor tvořili:

- psychiatričtí pacienti z diagnostického okruhu F 20.0 - schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (N=36),
- psychiatričtí pacienti z diagnostického okruhu F 30.0 - poruchy nálady, afektivní poruchy (N=39),
- psychiatričtí pacienti z diagnostického okruhu F 60.0 - poruchy osobnosti a chování u dospělých (N=40),
- kontrolní skupina zdravých osob (N=36).

Vstupním kritériem bylo agresivní chování či tendence k němu: a) manifestní před dobrovolnou či nedobrovolnou hospitalizací; b) latentní, tj. převážně v myšlenkách, nápadech, přáních či fantaziích; c) autoagresivní nebo heteroagresivní jednání. U kontrolní skupiny byla přítomnost duševní poruchy vylučovacím kritériem. Formy agresivních tendencí jsme přehledně shrnuli v tabulce 1.

U mužů s poruchami osobnosti bylo v projevech agrese nejvíce zastoupeno autoagresivní chování

**Tab. 1.** Frekvence výskytu agresivních tendencí u klinických skupin.

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

*Vysvětlivky:* diagnostické kategorie, PO - pacienti z diagnostického okruhu poruchy osobnosti, D - pacienti z diagnostického okruhu poruchy nálady, depresivní poruchy, SCH - pacienti z diagnostického okruhu s přítomností psychotických příznaků, SM=suicidální myšlenky, představy, fantazie či tendence k autoagresivnímu jednání. SP=aktivní suicidální pokus. HA=vnější (heteroagresivní) chování zaměřené na osoby, zvířata či věci.

(suicidální pokusy SP=47,36 %). U žen převažovaly více suicidální myšlenky či fantazie (SM=52,38 %). Z depresivních pacientů řešili svoje psychické problémy pokusem o sebevraždu nejčastěji muži (SP=53,33 %) i ženy (SP=51,16 %). U psychotických pacientů obou pohlaví převažovalo heteroagresivní chování (muži HA=53,33 % a ženy HA=42,85 %). Z celkového počtu pacientů bylo nejvíce suicidálních pokusů u mužů (SP=40,81 %). U žen se vyskytovaly shodně suicidální myšlenky, fantazie a suicidální chování (SM a SP=40,90 %).

To, že psychotičtí pacienti byli převážně heteroagresivní, může být ovlivněno řadou psychotických symptomů, jako jsou potíže v percepčně-kognitivní úrovni, v oslabeném či sníženém kontaktu s realitou, zvýšeném distresu, emočních problémech či převažujícím autistickým nebo paranoidním způsobu myšlení. Významné bylo, že v anamnéze byly (mimo samotný výskyt agresivních myšlenek či tendencí k jejich uskutečnění) přítomny i jiné související faktory (například drogy, alkohol, nezaměstnanost, rodinné problémy, krizové situace, vývojové krize, porušování léčby, psychomotorický neklid, zmatenost, bludná produkce apod.), které se mohly podílet na vzniku agresivního chování.

### Sběr dat

Všichni pacienti byli hospitalizováni na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Vyšetření probíhala v prvním týdnu jejich diagnosticko-terapeutického pobytu. Všichni užívali anxiolytickou, antidepresivní či antipsychotickou medikaci. Pacienti byli vyšetřeni baterií vybraných standardizovaných diagnostických metod.

### Výzkumné instrumenty

Testovou baterii tvořily 3 standardizované projektivní testy. Testování bylo součástí komplexního psychologického vyšetření, které zahrnovalo i osobnostní dotazníky a inventáře. Testování probíhalo v tomto pořadí: Test ruky (The Hand Test)–10 minut, Rorschachův test (ROR)–20 minut a Tematicko-apercepční test (TAT)–20 minut. Kontrolní skupina se zúčastnila pouze testování výše uvedené testovou baterií.

---

## POPIS METOD

---

**Projektivní testy** vypovídají o vnitřním světě (o psychické prezentaci sebe a vztahu k okolnímu světu) posuzovaných jedinců. Tyto psychické prezentace jsou odrazem našeho vývoje, kdy subjektivní obraz je charakterizován osobnostními úrovněmi (percepčně-kognitivní, emoční, volní, motivační, vztahovou i sociální). Důležité je, nakolik posuzovaný jedinec dokáže tyto úrovně smysluplně integrovat v rámci subjektu i k okolnímu světu. Projektivní testy konfrontují subjekt s podnětovou situací, která může mít mnohovýznamový charakter. Způ-

sob, jakým subjekt vnímá, uvažuje a interpretuje testový materiál, odráží základní aspekt jeho psychologického fungování. Do testového materiálu projikuje své myšlenkové procesy, emoce, potřeby, úzkosti a intrapsychické konflikty [32].

**Rorschachův test (ROR)** patří k nejrozšířenějším projektivním testům na světě. Autor Hermann Rorschach ho vytvořil v roce 1921. Test se skládá z deseti tabulí a aplikuje se individuálně. Černobílé (tmavé tabule) jsou: I, IV, V, VI, VII, pestré (tmavé + červená barva) tabule: II, III, barevné tabule: VIII, IX, X.

- Agresivitu lze v ROR posuzovat ze čtyř hledisek:
1. To, jakým způsobem je skvrna interpretována, zda se odpověď týká celé skvrny, nebo menší části, se nazývá způsobem uchopení či apercepce. Ve vztahu k agresivitě lze usuzovat na převahu slabých celků nebo malých či neobvyklých, méně kvalitních detailů. Pokud jsou v odpovědích přítomny i interpretace tzv. meziploch (bílých ploch), může to naznačovat nedostatečné ovládnutí agresivních tendencí.
  2. Determinanty jsou nejdůležitější částí signování, neboť vypovídají o způsobu prožívání vyšetřované osoby. Naznačují, čím byla odpověď určována (tvarem, barvou, kinestetickými počítky apod.). Také zde bude záležet na tvarové kvalitě odpovědi. Měně kvalitní tvary budou suspektní pro slabší percepčně-kognitivní úroveň a patologickou symptomatologii.
  3. Třetí sledovanou oblastí jsou obsahy. Interpretace lidí, zvířat či dalších objektů. K agresivnímu se mohou vztahovat obsahy zahrnující útok, násilí, explozi, agresivní zvířata, rozmačkané, zmrzačené objekty, poranění, bodné zbraně, zuby, drápy, šípy, krev. Krev je známka fobické úzkosti nebo agresivity. Exploze bývá často spojována s nevyrovnanou afektivitou.
  4. Čtvrtým hlediskem je výskyt odpovědí běžných (banálních) a odpovědí originálních. Běžné odpovědi ukazují na dobrý vztah k sociální realitě a svědčí tedy spíše proti přítomnosti agresivních tendencí.

**Test ruky (The Hand Test).** Projektivní test ruky (The Hand test, zkráceně HT), jehož autorem je E. E. Wagner, 1971, dle Fridricha, 1991) tvoří 10 karet. Na devíti kartách je nakreslený tvar lidské ruky a desátá karta je prázdná. Respondent má sdělit, jakou emoci obrázek vyjadřuje. Hodnotí se, zda odpovědi vyjadřují náklonnost, vzájemnost, závislost, předvádění se, direktivnost, agresivitu, aktivitu, pasivitu, strach, napětí a podobně.

Uvedené kategorie jsou řazeny do čtyř oblastí:

1. Interpersonální odpovědi se vztahem k druhým lidem.
2. Enviromentální odpovědi se vztahují k neosobní oblasti a k neosobnímu prostředí.

3. Maladaptivní odpovědi zahrnují formulace, ve kterých se projevuje slabost, vnější zábrany, selhávání při uspokojování potřeb..
4. Odpovědi jsou charakteristické tím, že vyjadřují odstup od interpersonální či enviromentální oblasti. U neurotiků to může znamenat narušenou adaptační schopnost, u psychotiků je oslaben kontakt s realitou.

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

**Tematicko apercipční test (TAT).** Tematicko apercipční test (Thematic Apperception test) vytvořili v roce 1935 Christiana Morganová a Henry Murray z Harvardské univerzity. Klientovi se předkládají obrázky, na kterých jsou lidské postavy v různých mnohovýznamových situacích a klient má ke každému z nich vymyslet nějaký příběh. TAT je vhodný pro posouzení či zachycení míry interpersonálních konfliktů a poruch chování. Je určen ke zkoumání dynamiky osobnosti a jejích postojů a fantazií. Předpokládá se, že vyšetřovaná osoba se identifikuje se zachycenými osobami a interpretuje situace v závislosti na svých zkušenostech a potřebách vědomých i nevědomých. Test se standardně předkládá ve dvou sériích po deseti obrázcích a ve dvou sezeních, která jsou provedena ve dvou dnech po sobě.

Posuzuje se:

1. Jak příběh probíhá a jak skončí.
2. Co si jednotlivé osoby myslí a cítí.

3. Proč k dané situaci došlo.
4. Jaké bude rozuzlení příběhu.
5. Na co osoby na obrázcích myslí.

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

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

## VÝSLEDKY

### Rorschachův test

Z výsledků je zřejmé, že největší potíže při zvládnutí impulzivních tendencí (převahu pudové složky

**Tab. 2.** Skupinové průměry ROR testu, kde rozhodujícím kritériem byly determinanty.

Rorschachův test - determinanty	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
Čistě barvové odpovědi	0,44	0,85	0,67	1,25	F=3,1 p<0,05
Šerosvitově-tvarové odpovědi	0,08	0,03	0,08	0,36	F=3,8 p<0,05
Čistě šerosvitové odpovědi	0,17	0,30	0,33	0,92	F=4,7 p<0,01

**Tab. 3.** Skupinové průměry v ROR testu u odpovědi s obsahy a kontaktem s realitou.

Rorschachův test - determinanty	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
Interpretace zvířat	5,03	6,15	6,79	5,31	F=3,1 p<0,05
Interpretace krve	0,03	0,23	0,13	0,36	F=3,8 p<0,05
Banální odpovědi	4,31	4,85	4,59	3,42	F=4,7 p<0,01
Kontakt s realitou	4,83	4,13	5,13	3,19	F=4,7 p<0,001

**Tab. 4.** Skupinové průměry u kategorií v testu ruky vztahujících se k odstupu od reality a úrovni patologie.

Test ruky (Hand test)	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
Odpovědi vyjadřující odstup od reality	0,36	0,48	0,64	1,86	F=10,1 p<0,001
Odpovědi vyjadřující úroveň patologie	0,89	1,40	2,18	4,44	F=3,8 p<0,001

nad rozumovou, úzkostné prožívání, strach a nejistotu) měli psychotičtí pacienti. Zjistili jsme signifikantní rozdíly mezi skupinami na hladině statistické významnosti ( $p < 0,01$ ) u čistě šerosvitových odpovědí, u čistě barvových a odstínově-tvarových odpovědí ( $p < 0,05$ ). Čistě barvové odpovědi reprezentují impulzivitu, která se hůře ovládá a přizpůsobuje společenským normám. Je snížena racionální kontrola a převažuje pudová složka, tj. tendence k vybíjení afektů a nebrzděná emocionalita. Šerosvitově tvarové odpovědi bývají často spojovány s nevyrovnanými náladami a nedostatečnou tendencí je ovládat. Podobně i u šerosvitových odpovědí je dominující nevyrovnaná afektivní složka, která svědčí především o nezvládnutém úzkostném afektu (tab. 2, tab. 3).

U kategorie obsahů byly u depresivních pacientů nejčastější odpovědi vztahující se k interpretaci zvířat ( $p < 0,05$ ). Pokud přesahují normu (30 %), bývají často spojovány s depresivním syndromem, což souvisí s myšlenkovou nepružností, stereotypií či monotónností asociačních procesů. Z dalších obsahových kategorií byly statisticky významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,05$ ) v odpovědích zahrnujících interpretace krve, a to především u psychotických pacientů a u pacientů s poruchami osobnosti. Odpovědi zahrnující interpretace krve bývají často dávány do spojitosti s přemírou intrapsychické tenze, akutní tísně a úzkosti. Zvýšení výskytu těchto odpovědí může být v důsledku snížené schopnosti zvládat a regulovat emoce. Na pozadí tenze bývají často nedostatečně asimilované a integrované agresivní impulzy, které bývají snadno aktivovány různými dráždivými podněty z okolí.

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,01$ ) jsme zjistili i u položky vztahující se k běžným V odpovědím s nejnižší frekvencí u psychotických pacientů. Tito pacienti bývají často vzdálení reálnému světu. Tyto odpovědi se považují za tzv. ukazatel míry přizpůsobení myšlení sociální realitě, běžným sociálním pravidlům a bývají určitou zárukou konformity, která je nutná pro začlenění člověka do prostředí, tedy jistému „zakotvení“ v lidském světě [25]. Významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,001$ ) jsme také zaznamenali i u tzv. kontroly reality, která je jednou z podstatných funkcí integrujícího Já. Je důležitým prostředníkem mezi potřebami a motivy všeho druhu v interakcích subjektu a podmínkami vnějšího prostředí. Rozsah realitního indexu je v rozmezí 1-8 bodů. Za normu lze považovat 5-7 bodů, což ukazuje na sílu Já. Nejvyšší průměrné hodnoty u indexu reality měli depre-

sivní pacienti ( $M=5,13$ ) a nejnižší ( $M=3,19$ ) psychotičtí pacienti.

### Test ruky (HT)

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

### Tematicko apercepční test (TAT)

V tomto testu jsme při posuzování heteroagresivních či autoagresivních tendencí nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami.

## DISKUSE

V této práci jsme si kladli za cíl ověřit použitelnost projektivních testů při posuzování a měření agrese či projevů, které s tím mohou souviset. Také nás zajímalo, jaké budou rozdíly v projevech agrese mezi jednotlivými klinickými skupinami.

U Rorschachova projektivního testu jsme sledovali znaky, u kterých jsme předpokládali vztah k agresivním tendencím. Ve způsobu apercepce jsme nezaznamenali ani v jednom případě statisticky významné rozdíly mezi skupinami. U determinat jsme zjistili výraznější zvýšení průměrných hodnot u čistě barvových odpovědí, u šerosvitově-tvarových odpovědí a čistě šerosvitových odpovědí, tedy u odpovědí, které se vztahují k emoční nestabilitě a hůře kontrolovaným impulzům. U obsahů jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami v odpovědích zahrnujících uvádění zvířat, krve, snížení výskytu banálních

odpovědi a snížení kontroly sociální reality.

Tyto interpretace jsou velmi často dávány do spojitosti s přemírou intrapsychické tenze, akutní tísně a úzkosti. Na pozadí tenze bývají často nedostatečně asimilované a integrované agresivní impulzy, které bývají snadno aktivovány různými dráždivými podněty z okolí. Statisticky významných rozdílů mezi skupinami dosahovali především psychotičtí pacienti a pacienti s poruchami osobnosti.

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami jsme zjistili také u položky vztahující se k běžným V odpovědím (s nejnižší průměrnou hodnotou u psychotických pacientů). Tyto odpovědi se považují za tzv. ukazatel míry přízpůsobení myšlení sociální realitě a běžným sociálním pravidlům a bývají určitou zárukou konformity, která je nutná pro začlenění člověka do prostředí, tedy jistého „zakotvení“ v lidském světě [25]. Právě psychotičtí pacienti bývají často vzdáleni reálnému světu. Statisticky významné rozdíly mezi skupinami jsme zaznamenali i u kontroly reality, která je jednou z podstatných funkcí integrujícího Já. Je důležitým prostředníkem mezi potřebami a motivy v interakcích subjektu s vnějším prostředím a ukazuje na sílu Já. Oslabení (zejména pod 4 body) je charakteristické pro výraznější duševní poruchy. Tedy u těch, kteří „nesdílejí svět s druhými“, ale mají vlastní svět fantazie, iracionality či autistických myšlenek. Nejvyšší průměrné hodnoty tohoto indexu měli depresivní a nejnižší psychotičtí pacienti.

Pokud jsme srovnávali naše výsledky se závěry měření agrese pomocí Rorschachova testu dle Gocoma a Meloye z roku 1997, tak ve sledovaných znacích (barvové a šerosvitové odpovědi) bylo dosaženo podobných výsledků. To naznačuje dobrou validitu tohoto projektivního testu, zejména při posuzování afektivní složky. U položky zvláštních fenoménů dosáhli pacienti z jejich výzkumu podobných výsledků jako my. Tedy časté odpovědi vztahující se k interpretaci krve, anatomickým a agresivním odpovědím či defektním scénám. Podobně i Morávek [22] se ve svém výzkumu zaměřil na posuzování vybraných znaků (absolutní počet defektních a agresivních odpovědí, šok na II. tabuli, agresivní řešení na tabuli VII. procento interpretace bílých ploch a lidských postav). Zjistil statisticky významné hodnoty (0,1%) u počtu agresivních odpovědí. Jednalo se většinou o odpovědi s obsahem útočných zvířat nebo lidí. Zajímavé bylo, že se Zw odpovědi (interpretace bílých ploch a meziploch, které mohou být považovány za znak agresivního či negativistického postoje) ukázaly být statisticky bezvýznamné, navzdory zkušenostem z literatury a praxe. My jsme dospěli k podobným závěrům. To může souviset s mnoha okolnostmi. Lze si představit, že člověk, který jedná v nekontrolovatelném afektu (často i pod vlivem alkoholu), se může v klidné testové situaci či vlivem léků chovat či odpovídat neagresivně.

V projektivním testu ruky (HT) jsme zaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami

u položek, které zahrnují reakce vyjadřující interpersonální odstup a zvýšenou míru psychopatologie, především u psychotických pacientů. Tyto kategorie jsou dávány do souvislosti se zvýšeným výskytem psychopatologických rysů a oslabeným kontaktem s realitou. Nebylo velkým překvapením, že v těchto dvou položkách nejvíce skórovali psychotičtí pacienti. Větším překvapením pro nás bylo, že v položce tzv. prediktoru agresivity (acting out ratio - AOR) či AGG (počet agresivních odpovědí) nebyly zjištěny signifikantní hodnoty. Index agresivity vyjadřuje relativní váhu sociálně pozitivních kooperativních postojů oproti direktivním a agresivním. Řada autorů, např. Klicperová, Morávek nebo Netík, o tomto indexu uvádějí, že je validní mírou předpovídané agrese. Klicperová [16] se ve svém výzkumu zaměřila na dva sledované znaky - AGG-agresivitu a CRIP-poškození. Odpovědi obsahující sledované znaky hodnotila na tříbodové škále a ze získaných hrubých skóre propočítávala tzv. korigované procento agresivity, které mělo signifikantní hodnotu. Morávek [22] se ve svém výzkumu zaměřil rovněž na vybrané znaky (AGG - počet agresivních odpovědí, CRIP - odpovědi zahrnující poškození objektu a DIR - odpovědi zahrnující direktivní směr, nařízení či ovládání druhých) a zjistil na škále agrese statisticky významné hodnoty. To, proč v našem výzkumu pacienti na škále AOR či AGG nedosahovali statisticky významných rozdílů mezi skupinami, mohlo být (jak jsme se již zmiňovali) v důsledku mnoha faktorů, jako například zklidnění situace či účinků léků. Navíc se projevy agrese mění v průběhu času i okolností.

U Tematicko apercpečního testu (TAT) jsme nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami při posuzování heteroagresivních, autoagresivních tendencí či témat. Přesto lze (přes nesignifikantní hodnoty) nalézt ve skupinových průměrech rozdíly. Například odpovědi, u kterých převažovaly heteroagresivní tendence, byly nejčastější u psychotických pacientů. U pacientů s poruchami osobnosti a depresivních pacientů převažovaly autoagresivní tendence. Ale i v tomto případě sehrávají svůj význam aktivované obranné mechanismy, které mění prožívání a chování posuzovaných pacientů, a ti mohou významně potlačovat agresivní tendence.

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

---

## ZÁVĚR

---

Z výsledků vybraných projektivních metod ve vztahu k hlavnímu cíli výzkumného projektu vyplývá, že měřicí nástroje dokáží spolehlivěji měřit či postihnout dispozice k agresivnímu chování, než že by měřily samotné projevy manifestní agrese. Projektivní testy více diferencovaly ve znacích vztahujících se ke kontaktu se sociální realitou.

V rozdílech mezi skupinami jsme zjistili u pacientů s poruchami osobnosti zvýšené průměry u položek vztahujících se k osobnostní psychopatologii, tedy k rysům jako je podrážděnost, neklid, emoční nestabilita, snížená frustrační tolerance, egocentrismus, vztahovačnost a negativismus. U depresivních pacientů byly významně zvýšené hodnoty u deprese, stereotypie myšlení, pesimismu a introvertních rysů. U psychotických pacientů byly nejvyšší průměrné hodnoty u znaků, které se nejvíce vztahovaly k oslabené integritě osobnosti, ke sníženému kritickému myšlení a sníženému kontaktu s realitou, což ve svém důsledku by mohlo být příčinou snadnějšího uvolňování agrese. Výsledky naznačují vícefaktorovou podmíněnost projevů agrese či v tendenci k nim a rovněž potvrzují, že kombinace projektivních metod se jeví jako vhodná, vzájemně se doplňující a zpřesňující klinické poznatky při posuzování agresivního chování u psychiatrických pacientů.

---

## LITERATURA

---

1. Čermák, I.: Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou, Nakladatelství Fakta, 1999.
2. Čermák, I., Klimusová, H.: Indikátory impulzivní agrese. Československá psychologie, 54, 2000, 5, s. 424-432.
3. Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P.: Agrese, identita, osobnost. Brno, Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003.
4. Čermák, I., Ženatý, J.: Podnětové charakteristiky tabulí Tématicko-apercepčního testu. Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, Vydavatelství MSD, 2005.
5. Čermák, I., Fikarová, T.: Kognitivní charakteristiky příběhu TAT a jejich diagnostický význam. In: Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.: Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, IPVZ, 2006.
6. Dollard, J., Miller, N. E.: Frustration and aggression. New Haven, CT. Yale University Press, 1939.
7. Ferjenčík, J.: Úvod do psychologického výzkumu. Praha, Portál, 2000.
8. Fridrich, J., Nociar, A.: Test ruky. Bratislava, Psychodiagnostika, 1991.
9. Hartl, P.: Psychologický slovník. Praha, Portál, 2005.
10. Heretík, A.: Forenzní psychologie. Bratislava, SPN, 2004.
11. Hewstone, M., Stroebl, W.: Sociální psychologie. Praha, Portál, 2006.
12. Hollander, E., Stein, D.: Impulsivity and aggression. New York, Willey, 1995.
13. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tigris, 2004.
14. Kerlinger, N. F.: Základy výzkumu chování. Praha, Academia, 1972.
15. Kernberg, O.: Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies. New Heaven, Yale University Press, 1984.
16. Klicperová, M.: Hostilita a její diagnostika. Diplomová práce. Praha, FF UK, 1980.
17. Kolář, M.: Skrytý svět šikanování ve školách. Praha, Portál, 1997.
18. Kollárik, T., Poliaková, E., Ritomský, A.: Freiburský osobnostný dotazník. Bratislava, Psychodiagnostika, 1984.
19. Kollárik, T.: Sociální psychologie. Bratislava, SPN, 1993.
20. Koukolík, F.: Sociální mozek. Praha, Nakladatelství Karolinum, 2006.
21. Machač, M., Machačová, H., Hoskovec, J.: Emoce a výkonnost. Praha, SPN, 1985.
22. Morávek, S.: Diagnostika agresivity. Diplomová práce. Praha, FF UK, 2001.
23. Rorschach, H.: Psychodiagnostik. Bern, Verlag Hans Huber, 1962.
24. Řičan, P.: Úvod do psychometrie. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy n. p., 1980.
25. Řičan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek, S.: Úvod do Rorschachovy metody. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1981.
26. Řičan, P.: S Romy žít budeme - jde o to jak. Praha, Portál, 1998.
27. Řičan, P.: Krutost v mediálním věku. Propsy, 4, 1998, 3, s. 6-7.
28. Řičan, P.: Diskuse, frustrace z pojmu agrese. Československá psychologie, 43, 1999, 2, s. 180-181.
29. Řičan, P.: Krutost jako prožitek a jako motiv. Československá psychologie, 43, 1999, 6, s. 543-555.
30. Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Nakladatelství Maxdorf, 2002.
31. Svoboda, M.: Psychologická diagnostika dospělých. Praha, Portál, 1999.
32. Šípek, J.: Projektivní metody. Praha, ISV nakladatelství, 2000.
33. Šrutová, L.: Psychodiagnostika agrese. In: Pavlovský, P.: Soudní psychiatrie a psychologie. Praha, Grada, 2001.
34. Študent, V.: Soudní psychiatrie a trestní právo. Praha, SPN, 1989.
35. Volavka, J.: Neurobiology of violence. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
36. Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.: Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, IPVZ, 2006.
37. Žukov, I. a kol.: Psychofyzilogický korelát impulzivní agrese a chování u delikventů. Československá psychologie, 51, 2007, 4, s. 418-422.

*PhDr. Pavel Harsa, Ph.D.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11  
120 00 Praha 2*