



Zpráva z psychodiagnostického šetření MMPI programu Stop násilí 2024

Diakonie ČCE - Středisko celostátních programů a služeb

Registrační číslo projektu:	CZ.03.02.01/00/22_043/0001448
Číslo programu:	03
Název programu:	Operační program Zaměstnanost plus
Číslo výzvy:	03_22_043
Název výzvy:	Podpora sociálního začleňování cílových skupin

leden 2025

zpracoval: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Mgr. Tereza Opolzerová

Mgr. Věra Víchová

www.nasilivevtazich.cz

Úvod

Program Stop násilí je určen klientům, kteří se dopouštějí násilného chování. Pro období tří let od ledna 2024 do prosince 2026 probíhá výzkum, který se zabývá souvislostí mezi osobnostní strukturou a emoční regulací klientů programu. Na základě sesbíraných dat od klientů, kteří vyplní diagnostický dotazník MMPI, a po následné analýze, bude vypracována Závěrečná výzkumná zpráva. Budou uveřejněny také dílčí výzkumné zprávy vždy za období jednoho roku.

Cíl

Psychologická diagnostika, která je hlavním výzkumným nástrojem v rámci programu Stop násilí, si klade za cíl zmapovat vybrané osobnostní charakteristiky a projevy psychopatologie u klientů psychoterapeutického programu Stop násilí. Dílčími cíli je lepší pochopení příčin násilného chování, tj. identifikace psychologických faktorů, které vedou k násilí. Diagnostika pomáhá také posoudit pravděpodobnost opakování násilného chování. Detekce manipulace a zkreslených odpovědí může zajistit objektivnější diagnostiku, protože násilní jedinci často popírají svou agresi.

Pokud se na základě diagnostiky ukáže, že by klient z terapie měl minimální či žádný profit, může mu být na základě výsledků diagnostiky a po konzultaci s terapeutem doporučen jiný, vhodnější typ terapie či léčby.

Charakteristika metody

Dotazník MMPI®-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2) byl v českém jazyce publikován v rozšířené verzi Testcentrem v Praze v roce 2013. Jeho administraci mohou provádět zaškolení pracovníci (v tomto případě psychoterapeuti), jeho vyhodnocení a interpretaci pak mohou provádět pouze absolventi magisterského stupně akreditovaného studijního oboru psychologie vybaveni teoretickou i praktickou zkušeností s psychodiagnostikou.

MMPI-2 je širokospektrální inventář sloužící ke zjišťování vlastností osobnosti a přítomnosti psychických poruch, slouží jak k obecnému hodnocení osobnosti, tak k identifikaci specifických poruch. Využívá se hojně, jak v klinické a poradenské praxi, tak i ve výzkumu. Jeho popularita, trvající již od jeho prvního vydání v roce 1943, vychází z několika klíčových faktorů: jednoduchosti skórování a administrace, širokého spektra položek, mnoha možností využití, zahrnutí škály validity pro určení spolupráce respondenta a velkého množství empiricky ověřených korelátů.

MMPI-2 se nejčastěji používá k diagnostickým a léčebným intervencím v rámci zdravotnických a poradenských pracovišť. Mimo tento kontext se uplatňuje při doporučování kandidátů na konkrétní pracovní pozice nebo screeningu psychopatologie.

Díky schopnosti odhalit nepřizpůsobení i u jednotlivců mimo identifikované patientské skupiny, je test hojně využíván při výběrových řízeních na vysoce rizikové profesní pozice, které vyžadují důkladný screening uchazečů. Mezi typické příklady patří např. posádky letadel, příslušníci represivních orgánů, hasiči, operátoři tísňových linek, kandidáti na duchovní povolání, operátoři jaderných elektráren. Zde test slouží nejen k výběru, ale i k hodnocení způsobilosti k výkonu služby. Výzkumné aplikace MMPI-2 zahrnují široké spektrum oblastí – od interkulturních studií odpověďových vzorců, přes hodnocení účinnosti léčby, až po rozhodování v soudních případech. Test nachází uplatnění v trestněprávních i civilních řízeních jako jeden z důležitých diagnostických nástrojů.

Inventář MMPI-2 je řazen k dotazníkovým metodám, které jsou založeny na subjektivní výpovědi a vycházejí z introspekce vyšetřovaných osob. Dotazník obsahuje 567 položek, kde dotazovaný hodnotí předložené výroky odpověďmi: souhlasím, nesouhlasím, nevím (pouze ve výjimečných případech). Lze jej administrovat samostatně nebo jako součást další baterie testů. Administrace není časově omezena, většinou se doba pohybuje mezi 60 až 120 minutami. K administraci lze použít tištěnou verzi MMPI-2 ve formě brožury nebo dnes běžnější počítačovou verzi testu. Jednou z hlavních výhod počítačové administrace je její efektivita (60 – 90 minut oproti 90 – 120 minut při tištěné verzi) a snadnost skórování. Důkazy většinou ukazují, že mezi klasickým způsobem administrace tužka papír a počítačovou administrací existuje jen málo významných rozdílů.

Použití diagnostiky MMPI v programu Stop násilí

Diagnostická metoda MMPI byla zařazena do programu na základě doporučení evropské sítě WWP EN (Work with Perpetrators European network), která poskytuje metodickou podporu programům pro osoby dopouštějící se násilí ve více jak 30 evropských zemích. MMPI je jedním z nejčastěji používaných diagnostických nástrojů pro programy zaměřené na násilné osoby. Kromě této diagnostiky se v evropských programech využívají MCMI-IV (Millon Clinical Multiaxial Inventory – IV), STAXI – 2 questionnaire, Buss – Perry aggression questionnaire. Tyto diagnostické nástroje však nejsou v České republice standardizované.

MMPI splňuje svým zaměřením tyto oblasti týkající se osob, které se dopouštějí násilí:

1. Identifikace osobnostních rysů a poruch

- MMPI pomáhá odhalit specifické osobnostní rysy a patologické sklony, které mohou souviset s agresivním chováním (např. antisociální rysy, impulzivita, paranoidní tendence, emoční nestabilita).
- Umožňuje rozlišit mezi primárně agresivním chováním a násilím, které může být důsledkem jiných psychických potíží (např. úzkosti, deprese, psychotické symptomy)

2. Posouzení rizika recidivy násilného chování

- Test poskytuje náhled na možnou budoucí agresi, čímž může pomoci při rozhodování o vhodných terapeutických opatřeních.
- Test napomáhá identifikovat faktory spojené s opakovaným násilným chováním (např. impulzivita, nízká frustrační tolerance) a tím umožňuje cílenou prevenci recidivy.

3. Odhalení skrytých psychických poruch

- Někteří násilní jedinci mohou trpět psychickými poruchami, jako jsou poruchy nálady, psychózy nebo posttraumatická stresová porucha (PTSD), které mohou ovlivňovat jejich chování.
- MMPI pomáhá tyto poruchy diagnostikovat a tím přizpůsobit terapii či léčbu.

4. Posouzení obranných mechanismů a stylu myšlení

- Test ukazuje, jak jedinec interpretuje realitu, jak reaguje na stres a jaké má strategie zvládání konfliktů.
- Pomáhá zjistit, zda agresor své chování bagatelizuje, racionalizuje nebo popírá.

5. Optimalizace terapeutického přístupu

- Výsledky MMPI mohou napovědět, jaký terapeutický přístup bude pro daného klienta nejefektivnější – zda je vhodnější kognitivně-behaviorální terapie (CBT), terapeutická komunita, individuální či skupinová terapie.
- Pomáhá také rozhodnout, zda klient potřebuje farmakologickou léčbu (např. pokud se projeví těžká deprese nebo psychotické rysy).

6. Hodnocení upřímnosti odpovědí a manipulativního chování

- MMPI obsahuje škály na detekci lhaní, bagatelizace či zveličování problémů, což je užitečné u klientů, kteří se snaží manipulovat nebo zkreslovat realitu.
- Pomáhá terapeutům určit, jak spolehlivé jsou informace, které klient poskytuje.

Proces administrace MMPI

V rámci projektu inventář administrují klientům zaškolení psychoterapeuti během vstupního procesu. Psychoterapeuti jsou pečlivě vyškoleni a dobře informováni o krocích potřebných k získání platného a užitečného testového protokolu. Kromě základních informací týkajících se této metody a instrukcí k průběhu testování dbají rovněž na vytvoření vhodných podmínek pro práci. Jsou rovněž vybaveni doplňujícími informacemi, které vycházejí z častých dotazů respondentů. Zadavatelé se rovněž řídí etickými principy používání psychodiagnostických metod.

Vyplněné dotazníky jsou pak zaslány k vyhodnocení a posouzení jejich konzistence a validity. Vyhodnocení je prováděno pomocí počítačového programu, který je součástí metody. Hodnocení výsledků a jejich interpretace je výsledkem znalostí a praktických zkušeností v oblasti psychologie osobnosti, psychopatologie a psychodiagnostiky. Důležitá je rovněž znalost metody, včetně psychometrických parametrů a základních interpretačních postupů. Interpretace inventáře u jednotlivce umožňuje propojit zjištěné výsledky s jeho dalšími osobnostními charakteristikami, jeho aktuálním zdravotním a psychickým stavem, pracovními, rodinnými, kulturními a socioekonomickými podmínkami. V rámci rozhovoru při předání zpětné vazby z výsledků lze též doplnit potřebné informace k dokreslení zjištěných souvislostí. Interpretace inventáře u specifických skupin (klienti programu) obnáší podrobnou analýzu zabývající se především specifickými charakteristikami výzkumného souboru, který lze dále dělit na podskupiny (na základě vnějších kritérií) a ty pak mezi sebou porovnávat.

Vyhodnocení MMPI-2 čítá různé typy škál. Základní jsou validizační a klinické škály. Validizační škály slouží jak pro interpretaci výpovědí klientů, tak pro hodnocení validity celého inventáře. Klinické škály pokrývají přítomnost vybraných vlastností osobnosti a projevy psychopatologie.

Validizační škály

- ? škála – je prostým součtem položek, které dotazovaný nezodpověděl
- L škála – ukazuje na snahu působit dobrým dojmem či na defenzivní postoj
- F škála – ukazuje na agravaci potíží, prožívání distresu či na přítomnou psychopatologii
- K škála – ukazuje na disimulaci přítomných potíží či snahu udělat dobrý dojem
- VRIN + TRIN – škály ukazující konzistenci odpovědí v inventáři
- Fb škála – mapuje neobvyklé odpovědi v inventáři
- Fp škála – mapuje vzácnou psychopatologii
- S škála – škála nadměrné pozitivní sebe prezentace
- FBS – škála validity symptomu
- F–K index rozdíl mezi jednotlivými škálami (rozdíl mezi hodnotami je parametr validity inventáře)

Klinické škály

- HS – Hypochondrie – míra starosti o sebe samého, zaměření na vlastní zdravotní stav, nespecifické stesky v oblasti tělesného fungování, neurotický podmíněný zájem o vlastní tělo...
- D – Deprese – míra nedostatku vitality, nedostatečná víra v budoucnost, emoční stažení, apatie, malá sociabilita, tělesné dysfunkce, pocity méněcennosti, hloubavost...
- HY – Hysterie – míra konverzně hysterické symptomatologie, selhávání ve stresu, ztížená adaptace, zvýšená potřeba náklonnosti, somatické stesky...
- PD – Psychopatická odchylka – kontinuum od akcentované osobnosti až po poruchu osobnosti, nízké sociální přizpůsobení, absence příjemných prožitků, nedbá na sociální normy, nekonformní, případně impulzivní...
- MF – Maskulinita – Femininita – škála – vypovídá o charakteru zájmů, profese, přítomnost konfliktů a obav, úroveň citlivosti, dominance či submise (vysoké hodnoty svědčí o odchylce zájmů od referenční skupiny svého pohlaví) ...
- PA – Paranoia – míra interpersonální senzitivity a podezřavosti, pocity pronásledování a viny, cynismus, rigidita...
- PT – Psychastenie – snížená psychická odolnost, zvýšená anxieta a tenze, sebepochybnosti, pocity viny, neurotická symptomatika, obsedantně – kompulzivní rysy, nízká míra prožívání pozitivních emocí...
- SC – Schizofrenie – škála mapuje bizarní myšlenkové procesy, nezvyklé vnímání sebe i okolí, sociální odcizení, špatné rodinné vztahy, potíže s koncentrací a ovládáním impulzů...

- MA – Hypománie – mírnější stupně manické excitace, nestabilní nálada, hyperaktivita, egocentrismus, psychomotorické zrychlení, impulzivní jednání, sklon k abúzu alkoholu či jiných drog (většinou opačný směr ve vztahu ke škále Deprese) ...
- SI – Sociální introverze – míra introverze, neurotické nebo schizoidní stažení, sociální utlumení, nízká sebedůvěra a sebevědomí (není klasická klinická škála, jde spíše o rys osobnosti)

Kromě těchto základních je možné pracovat i s dalšími typy škál: Restrukturované klinické škály (redukce položek klinických škál, jejich podpora při interpretaci), Faktorové škály (zjišťují vliv aktuálního stavu jedince – zátěž, faktor Anxieta – všeobecné nepřízpůsobení, faktor Potlačení – nízká či vysoká emočně behaviorální kontrola), Harris-Lignoes subškály, (podrobnější rozlišení v případě zvýšených základních klinických škál), Wiener-Harmon škály (rozlišení zjevné a skryté psychopatologie), Obsahové škály (alternativa ke Klinickým škálám, mají srozumitelný obsah – např. se vztahují k požívání úzkosti, strachu, deprese, k projevům agrese, ztráty emoční kontroly, dále mohou vypovídat o nízkém sebevědomí či sociální nepohodě, problémech v rodině, práci apod.).

MMPI pracuje s váženými skóry – T-skóry, které se vztahují ke standardizačnímu souboru. Obecně platí následující rozlišení hodnot T-skórů:

44 a méně	nízká úroveň
45–57	normální úroveň
58–64	mírně zvýšená
65–89	významně zvýšená
90 a více	extrémně zvýšená

Interpretace metody

Vyhodnocení metody je prováděno na různých úrovních a je vyjádřeno graficky nebo v číselných údajích (hrubé skóry, T – skóry). V této fázi výzkumu pracujeme zejména s validizačními a klinickými škálami, včetně jejich podrobnějšího rozlišení na dílčí projevy v souvislosti se zvýšenou mírou psychopatologie. V následujících fázích výzkumu, zejména s ohledem na vyšší počet vyšetřovaných osob, budeme též využívat dalších typů uvedených škál.

Postup při vyhodnocování (dílčí kroky):

- 1) Zhodnocení důležitých okolností, které mohou mít případný vliv, na výsledek inventáře – zjištění přístupu k vyplňování inventáře, informace o vzdělání, pracovních zkušenostech, sociokulturním pozadí, posouzení aktuálního psychického stavu a další vybraná anamnestická a demografická data.
- 2) Posouzení validizačních škál.
- 3) Posouzení profilu klinických škál.
- 4) Interpretace profilu v případě T-skóru vyššího než 59–65 (limit stanoven pro každou škálu zvlášť).
- 5) Výpočty zvláštních výběrových indexů (v hrubých skórech) – Husemannův – agresivita (F+Pd+Ma), Aamodtův – impulzivita (F+Ma), Index nevyzrálости (L+Pd+Ma), Index nevyzrálости (K+Hy), Golbergův (L+Pa+Sc) – (Hy+Pt).
- 6) Psychodiagnostická rozvaha o zjištěných výsledcích jejich vzájemných souvislostech a zasazení do širšího kontextu vyšetření a klientovy situace.

Na základě diagnostiky MMPI lze identifikovat rizikové faktory, které signalizují, že klient má vysokou pravděpodobnost nedokončení terapie nebo v ní selže. Toto je jedno z důležitých hledisek, které bude v rámci výzkumu sledováno a vyhodnocováno. Následně budou tato zjištění implementována do metodických postupů programu, aby se co nejvíce při terapii minimalizovalo riziko neúspěchu.

Mezi hlavní prediktory selhání či neúspěchu v terapii patří:

Impulzivita a antisociální tendence (Pd, ASP, Ma, IC)

- Klienti odmítají autoritu terapeuta, nerespektují pravidla.

Paranoia a nedůvěřivost (Pa, L, K)

- Klienti se uzavírají, mají tendenci vnímat terapii jako hrozbu.

Nízká motivace a pasivita (D, Si, ANG)

- Depresivní klienti mohou rezignovat, introverti se obtížně zapojují.

Obranné mechanismy (L, K, F)

- Popírání problémů, snaha „vypadat dobře“, manipulace s testem.

A) Klinické škály

Psychopatická odchylka (PD)

Vysoké skóre ($T > 65$):

- Impulzivita, odpor k autoritám, neschopnost dodržovat pravidla terapie.
- Nedostatek motivace ke změně, nedůvěra k terapeutovi.
- Časté přerušování terapie z důvodu konfrontace s vlastní odpovědností.

Paranoia (PA)

Vysoké skóre ($T > 65$):

- Silná podezřívavost vůči terapeutovi.
- Klient může terapii považovat za „manipulaci“ nebo „útok“.
- Nedůvěřivost může vést k nedokončení terapie.

Hypomanie (MA)

Vysoké skóre ($T > 70$):

- Nezáměr o dlouhodobou spolupráci, rychlé „přepínání“ mezi různými aktivitami.
- Nedostatek sebereflexe, popírání problémů, nestálost.
- Terapii často ukončí z vlastního rozhodnutí, protože ji považují za zbytečnou.

Deprese (D)

Extrémně vysoké skóre ($T > 80$):

- Silná pasivita a pocit beznaděje → klient se nesnaží o změnu.
- Neschopnost zapojit se do terapie kvůli nízké energii a motivaci.
- Riziko předčasného ukončení kvůli pocitu, že „terapie stejně nepomůže“.

Nízké skóre ($T < 40$):

- Nedostatek introspekce, sklon bagatelizovat problémy.
- Klienti s touto tendencí mohou terapii přerušit, protože si neuvědomují svou potřebu pomoci.

B) Obsahové škály

Ovládání impulzivity (IC)

Nízké hodnoty ($T < 40$):

- Klient se snadno vzdává při prvním neúspěchu.
- Může z terapie odejít kvůli frustraci z pomalého pokroku.

Anger (ANG)

Vysoké hodnoty ($T > 65$)

- Náchylnost k výbuchům vzteku vůči terapeutovi, což může vést k ukončení spolupráce.
- Odmítání odpovědnosti za vlastní agresivní chování.

Sociální introverze (Si)

Extrémně vysoké skóre ($T > 70$):

- Uzavřenost, neochota sdílet pocity a myšlenky v terapii.
- Často končí terapii předčasně, protože se necítí komfortně při interakci s terapeutem.

Extrémně nízké skóre ($T < 30$):

- Povrchní vztahy, odmítání hlubších emočních témat.
- Může vést k odchodu z terapie, protože ji považují za „zbytečnou“ nebo „nezajímavou“.

Další možné příčiny selhání při terapii na základě odpovědných škál

L škála (L) – vysoké skóre ($T > 70$)

- Klient se snaží „vypadat dobře“, potlačuje problémové oblasti.
- Terapii může ukončit, protože popírá vlastní potíže a nevnímá potřebu změny.

K škála – vysoké skóre ($T > 70$)

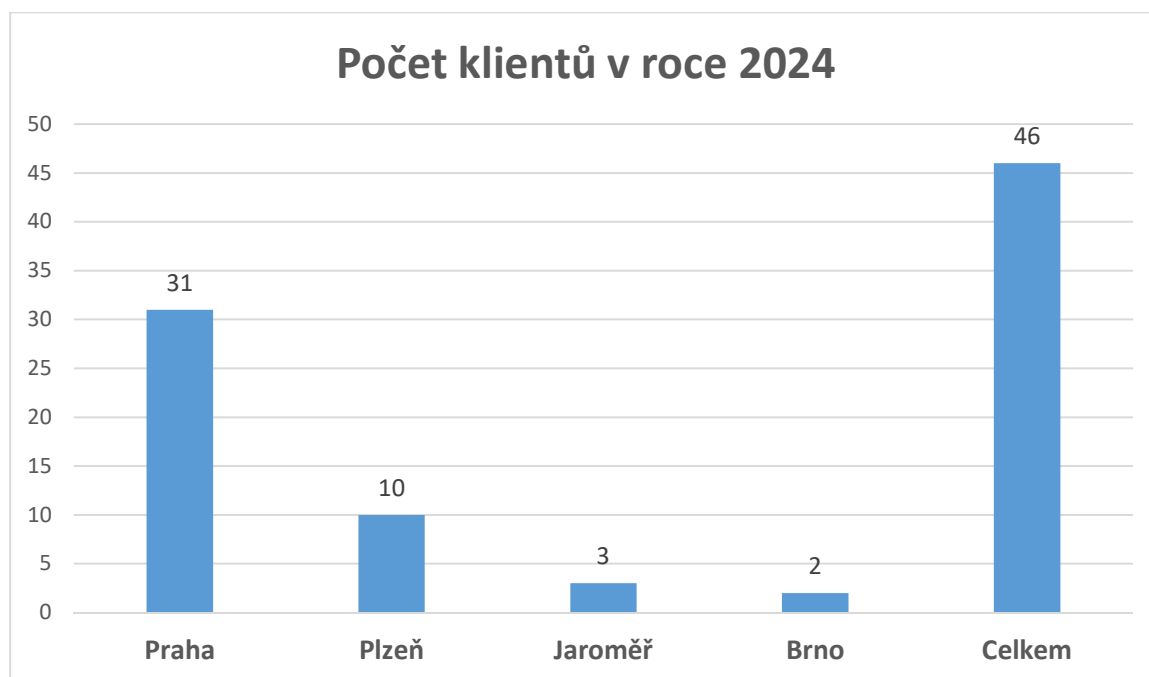
- Obranný přístup → klient si nechce přiznat psychologické problémy.
- Odpor vůči terapeutickému procesu, časté ukončení terapie předčasně.

F škála – extrémně vysoké skóre ($T > 90$)

- Možné simulování psychopatologie, snaha manipulovat výsledky.
- Tito klienti mohou z terapie odejít, pokud si uvědomí, že je nevede k žádnému přímému prospěchu (např. vyhnutí se trestu).

Zkoumaný soubor – aktuální přehled

Níže uvedená tabulka prezentuje výzkumný soubor a jeho charakteristiky na konci roku 2024.



V této fázi výzkumu vzhledem ke stávajícímu počtu respondentů nelze dělat plnohodnotné závěry z výzkumného šetření. Poměrně nízký počet respondentů se dále pak ještě dělí na základě odlišných demografických parametrů. Nicméně počítáme s nárůstem zkoumaných osob, jejím průběžnou psychodiagnostikou, jejím vyhodnocování a sběrem dat.

Závěr

Použití MMPI u klientů s násilným chováním přináší hlubší pochopení jejich osobnosti, motivací a rizikových faktorů, což umožňuje cílenější a efektivnější terapii. Neexistuje jeden univerzální profil násilné osoby, ale určité kombinace škál v MMPI naznačují zvýšené riziko násilného chování. Vysoké hodnoty na škálách Pd, Ma, Pa a ANG ukazují na sklony k agresi a impulzivitě. V programu se používá kombinace MMPI s dalšími diagnostickými metodami (tj. dotazníky Stop násilí – vstup a výstup, rozhovor, pozorování chování). Všechny tyto nástroje jsou následně součástí roční evaluace programu.

Díky této diagnostice je možné nejen lépe pracovat s klientem, ale také minimalizovat riziko opakovaného násilí, což je klíčové pro bezpečnost jak samotného klienta, tak i jeho okolí.

Příloha č. 1

Kazuistika klienta

Muž, 35 let, VŠ vzdělání, pracuje jako výkonný ředitel menší firmy. Děti nemá. Žije cca 2 roky s přítelkyní o 10 let mladší. Pro psychické obtíže se neléčil.

Pozorování: Mladý muž průměrného vzrůstu, upravený vzhled, oční kontakt udržuje, příjemné vystupování.

Z rozhovoru: Přichází kvůli problémům se vztekem. Mrzí jej především vůči partnerce, ale i kvůli rodičům. Rád by porozuměl svému chování a vyvaroval se jej do budoucna. Není s ním sám spokojený a následně trpí výčitkami. Obává se, co zase provede. Obavy z výbuchů jsou pro něj zdrojem neustálého stresu, i když se zrovna nic závažného neděje. Výbuchy vzteku jsou častější v okamžiku, kdy zažívá stres, to mohou být i několikrát denně, v lepším případě proběhne i týden bez výbuchu.

Vyrostl v úplné rodině, má mladšího bratra. Doma byly od dětství neshody, zejména v souvislosti s alkoholismem otce. Pamatuje si, že zažíval pocity bezmoci a vztek i v dětství.

MMPI II

A. KVANTITATIVNÍ INTERPRETACE

Při vyplňování testu se choval normálně, instrukci rozuměl, nedoptával se. Test vyplňoval přibližně 2 hodiny. Pracoval soustředěně.

1. Globální posouzení validity

Respondent nevynechal žádnou položku. VRIN (43) v normě, TRIN (63) v normě značí, že postoj k vyplňování položek je konzistentní. F (67) významně zvýšená, naznačuje tendenci k neobvyklým odpovědím nebo zvýšenému prožívání psychických obtíží, Fp (64) v normě, F-Fb (7) odpovědi v první i druhé části testu jsou relativně stabilní. L (37) hraničně nízká hodnota. F-K (-2) nepřesahuje deset. Předpokládám vnitřní slabost, nedostatek kontroly nad situací spíše než agravaci symptomů. Předpoklad je v souladu s hodnotou škály S (37) – velmi nízká hodnota na škále mimořádně pozitivní sebezprezentace, a také hodnotou škály K (40).

2. Kódový typ není dobře definován

3. Faktorové škály

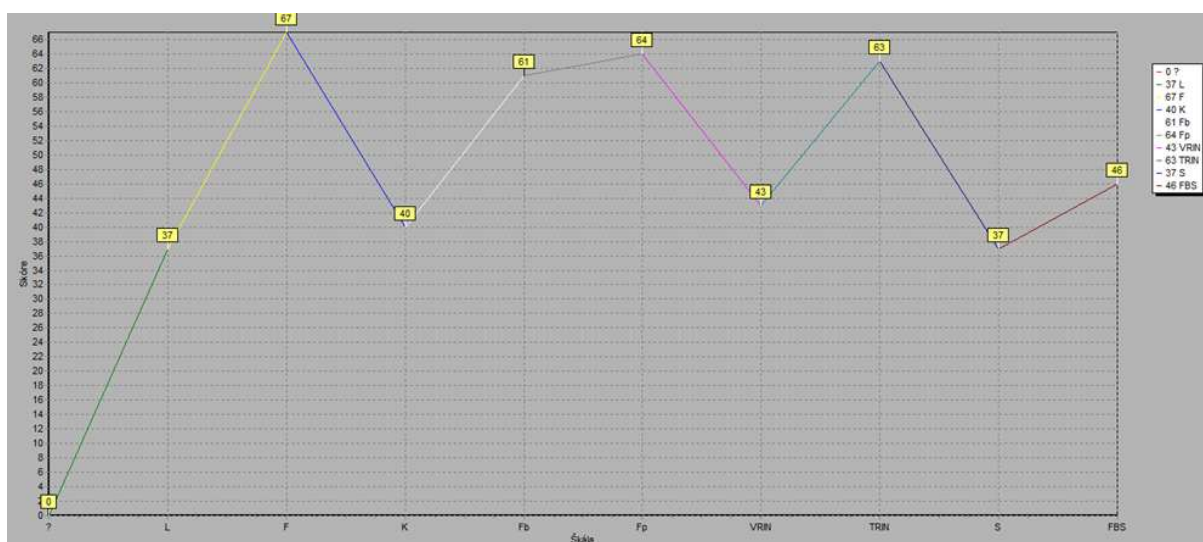
A – škála úzkosti (60) mírně zvýšená, ale stále v normálním rozmezí, sklon k negativnímu emočnímu ladění, pesimizmu, negativnímu sebehodnocení

R – škála potlačení (41) nízká úroveň, tendence k otevřenosti v prožívání pocitů a impulsů a nevybíravost v jejich vyjadřování.

Vztah obou škál: respondenti s těmito hodnotami na škálách A a R sdělují mírně zvýšenou hladinu emocionálního distresu. Vnímají, že mají omezené zdroje pro to, aby se s ním vyrovnali.

4. Analýza jednotlivých klinických a validizačních škál

a) Validizační škály



? (0) respondent nevynechal žádnou položku, výsledek testu je spolehlivější, interpretace není ovlivněna chybějícími odpověďmi

L (37) výrazně snižená

F (67) výrazně zvýšená, naznačuje tendence k neobvyklým odpovědím, emoční potíže, stres, ale nikoliv v extrémní hladině

Fb (61) mírně zvýšené, závěr testu interpretovatelný, Fp (64) mírně zvýšené

K (40) výrazně snižené, respondent zažívá nízkou míru kontroly svých potíží, bude mít tendenci se prezentovat v horším světle, totéž viz nízké S

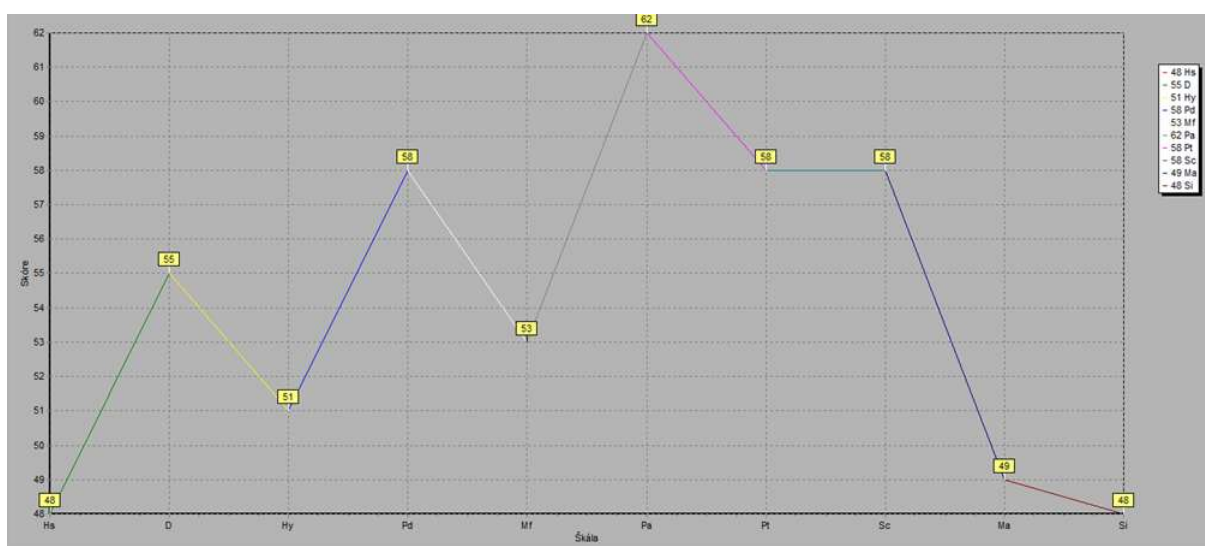
F-K (-2) respondent nemá tendenci agravovat své potíže

S (37) škála mimořádně pozitivní sebeprezentace – výrazně snižená, nízké sebevědomí, negativismus, obavy

TRIN (63) konzistence souhlasných odpovědí – mírně zvýšená, ale přijatelná VRIN (43) nekonzistence variabilních odpovědí – mírně snižena, přijatelná, nepotvrzuje hypotézu o nejasném obrazu o sobě nebo náhodných odpovědích (F, 67)

Protokol je validní a interpretovatelný

b) Klinické škály



HS (48), D (55), Hy (51), Pd (58), Mf (53), Pa (62), Pt (58), Sc (58), Ma (49), Si (48)

Respondent má mírně zvýšené škály 4, 6, 7, 8.

Osoby s mírně zvýšeným skóre na škále 4 Pd psychopatie se projevují extravertizací, sebedůvěrou, prosazováním se, mohou se chovat impulzivně nebo sociálně méně konvenčně.

Respondent má všechny subškály v hladině mírného zvýšení. V rovině prožívání a chování lze očekávat dysforii, impulsivitu, iritabilitu, hostilitu.

Osoby s mírně zvýšeným skóre na škále Pa 6 paranoia - jsou citlivější k detailům, ostražitější, rigidnější. Respondent zvýšeně skóruje na subškále Pa1 persekční myšlenky – což naznačuje tendence k přesouvání viny za problémy na vnější faktory, pocity frustrace, selhání, persekční myšlenky a projekce odpovědnosti za negativní pocity.

U lidí s mírně zvýšeným skórem na škále 7 Pt psychastenie se objevuje psychický diskomfort ve smyslu úzkostnosti, sklony k perfekcionismu, systematickosti, podřádkumilovnosti, tendenci nadměrně se zabývat věcmi, kontrolovat je a obtížnějším rozhodování.

Osoby s mírně zvýšeným skórem na škále 8 mohou být lidé individualističtí, ponoření do vlastního světa, sociálně méně angažovaní. Respondent zvýšeně skóruje na subškále Sc1 sociální odcizení – což naznačuje pocity odcizenosti, tendence k odstupu od druhých lidí, negativní vnímání druhých lidí. Zvýšené skóry na škále Sc2 emocionální odcizení – naznačují pocity odtržení od vlastních emocí, odcizení od druhých lidí, negativní emocionalitu.

B. KVALITATIVNÍ INTERPRETACE

1. Strukturální analýza

Úroveň všeobecného distresu

Významně zvýšené ANX (70), PS/PK (67) ukazuje na vysokou úroveň úzkosti a možnou přítomnost posttraumatických symptomů. DEP2 (72) svědčí pro přítomnost dysforie a emočního nepohodlí.

Kontrola

Emocionální kontrola – respondent zažívá vnitřní pocity hněvu, je iritabilní, netrpělivý. Nízké R (41) ukazuje na otevřenost v prožívání, slabší potlačení emocí a impulsů. Nízké R a K (40) zvyšují pravděpodobnost emočního zahlcení. Pro slabší emocionální kontrolu svědčí dále D-S (39), TPA (69), ANG (59), Hy5 (45) Lze očekávat významnější potíže v regulaci afektu, tendenci k prosazování se a zlobným pocitům. Behaviorální kontrola je spíše nižší. ASP (69), Pd-O (58), Pd2 (58), Re (37), GF (44). V chování je přítomna impulsivita, nekonformní jednání, pragmatičnost v jednání ve směru vlastních cílů a nízká sociální odpovědnost. O-H (67) jako škála nadměrné kontroly hostility, svědčí o tendenci probanda hněv a hostilitu potlačovat, nicméně toto potlačování může vést k vnitřnímu napětí, k jeho nahromadění a následným neočekávaným výbuchům vzteku.

Nálada

Hněv – v prožívání respondenta je patrný zvýšený hněv, zloba a hostilita ANG (59), TPA (67), Sc5 (58).

Alienace – prožívá odcizení od vlastních emocí, blízkých vztahů nebo společnosti jako celku Sc1 (68), Pd5 (60, Sc2 (59).

Úzkost – v prožívání respondenta je patrná zvýšená úzkost ANX (70), Pt (58).

Anhedonie – naznačuje nižší schopnost prožívání příjemných emocí Sc2 (69), D5 (61), D2 (60), DEP (58).

Kognice

Je pravděpodobné, že nebude důvěřovat druhým lidem ohledně jejich dobrých úmyslů, v tomto směru má jeho myšlení ostražitou kvalitu – CYN (63), ASP (69), Pa3 (43), Hy5 (45), Hy-S (43). Pro jistou nekonvenčnost v myšlení a zhoršení kognitivního výkonu svědčí F (67), BIZ (61), Sc (63), Sc2 (69), Sc3 (57). Mírně zvýšené skóre na škále PSY (61) psychoticismus nenaznačuje výrazné psychotické myšlení, spíše sklony k neobvyklým přesvědčením a izolovanému vnímání reality.

Nedůvěřivost k ostatním, odstup od nich, perzekuční pocity, sociální odcizení jsou patrné na škálách Pa1 (68), Sc1 (68), Pa-O (65).

Obranné mechanismy

Z obranných mechanismů se jeví jako nejpoužívanější projekce Pa1 (68), Pa (62), Pd4 (55). Dále také fantazie BIZ (63), Sc (58), Hy5 (45). Pro agování svědčí ASP, Pd (58), Pd2 (58), Sc5 (58).

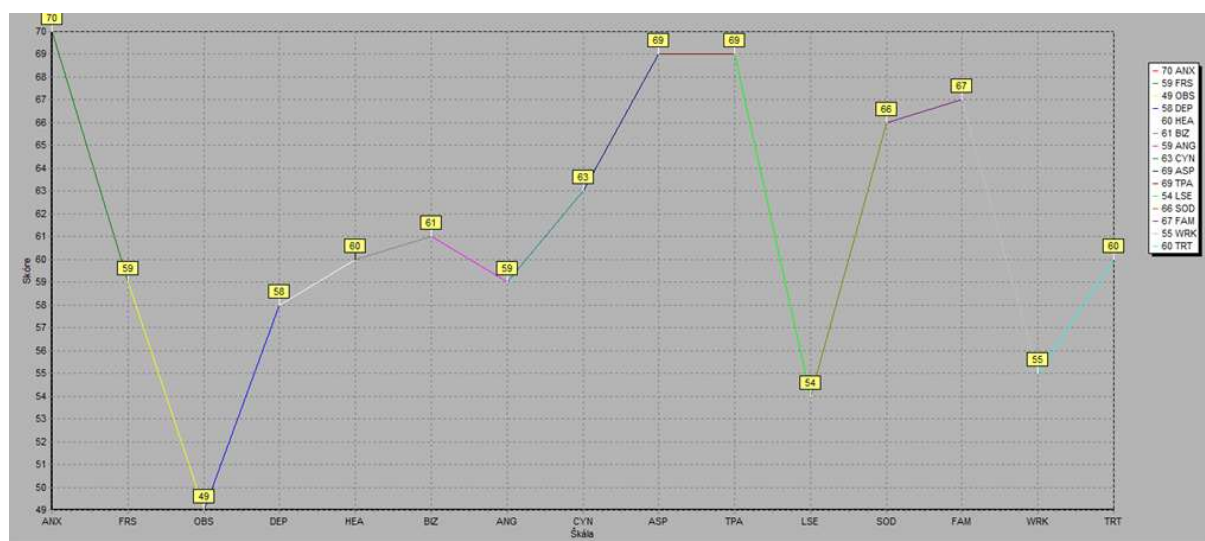
Mezilidské vztahy

Respondent popisuje pocity odcizení se druhým lidem, nepohodlí v mezilidských vztazích Sc1 (68), Si3 (62), Si2 (60), Sc (58), Pd (58), Pd4 (55). Sděluje konflikty v rodině nebo problematické rodinné vztahy Sc1 (68), FAM (67), F (67), Pd1 (56). Přiznává konflikty s autoritami ASP (69), CYN (63), Re (37), tendenci k hostilitě i antisociální postoje a chování, nedůvěru k druhým a negativní očekávání od mezilidských vztahů ASP (69), CYN (63), Re (37, Pd2 (58). V oblasti agresivního prosazování významně skóruje v TPA (67) a mírně zvýšený má i pocit vlastní důležitosti Ma4 (60).

Další problémové oblasti

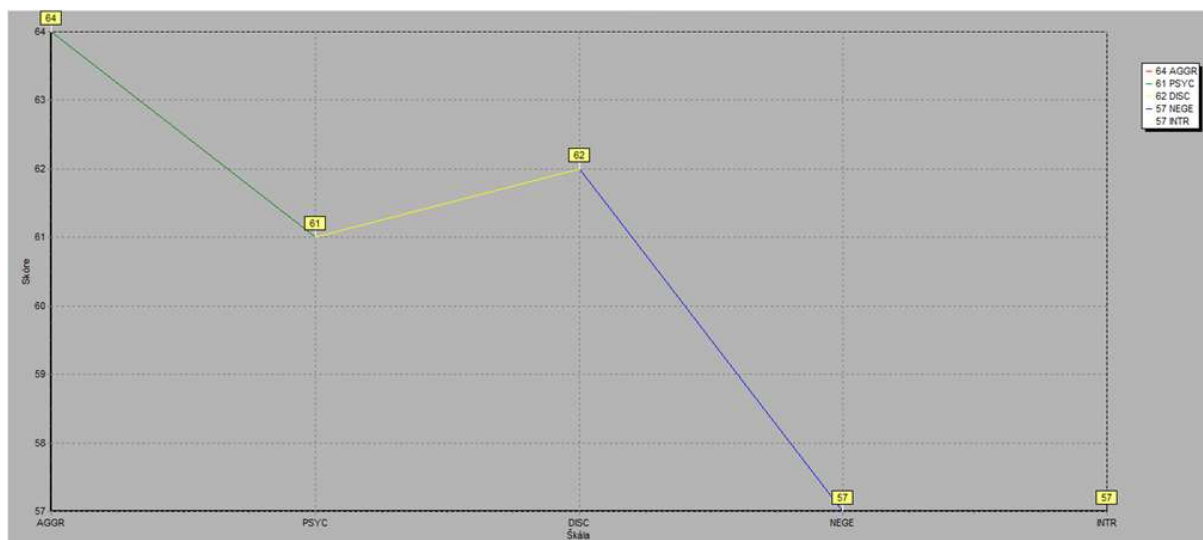
Sděluje potíže se spánkem. V oblasti suicidálních myšlenek má zvýšenou škálu Sc2 (69).

Obsahové škály a subškály



Respondent významně zvýšeně skóruje na škále HEA3 (76) obecný zájem o zdraví - sděluje strach ze zdravotních problémů a zaměření na zdravotní stav. Dále významně zvýšeně skóruje na škále DEP2 (72) dysforie – signalizuje časté pocity smutku, podrážděnosti, emocionální nestability. Na škále ANX (70), skóruje také vysoko, sděluje pocity úzkosti, obavy, nadměrný stres a potíže se zvládáním nepříjemných emocí. Škála TPA (69) chování typu A – ukazuje orientaci na výkon, nátlakovost, sklony k netrpělivosti a vysokému stresu. Sociální vztahy a antisociální sklony se odráží na škále ASP (69) antisociální chování a CYN (63) cynismus. ASP odráží tendenci k impulsivnímu a nekonformnímu chování. CYN nedůvěru vůči druhým lidem a cynický pohled na svět. K sociálnímu chování se dále vztahuje škála SOD (66), která vypovídá o obtížné socializaci a sociální izolaci, a také škála FAM (67) problémy v rodině poukazuje na to, že v rodině zažívá nesoulad, obtížné vztahy a konflikty.

Osobnostní škály



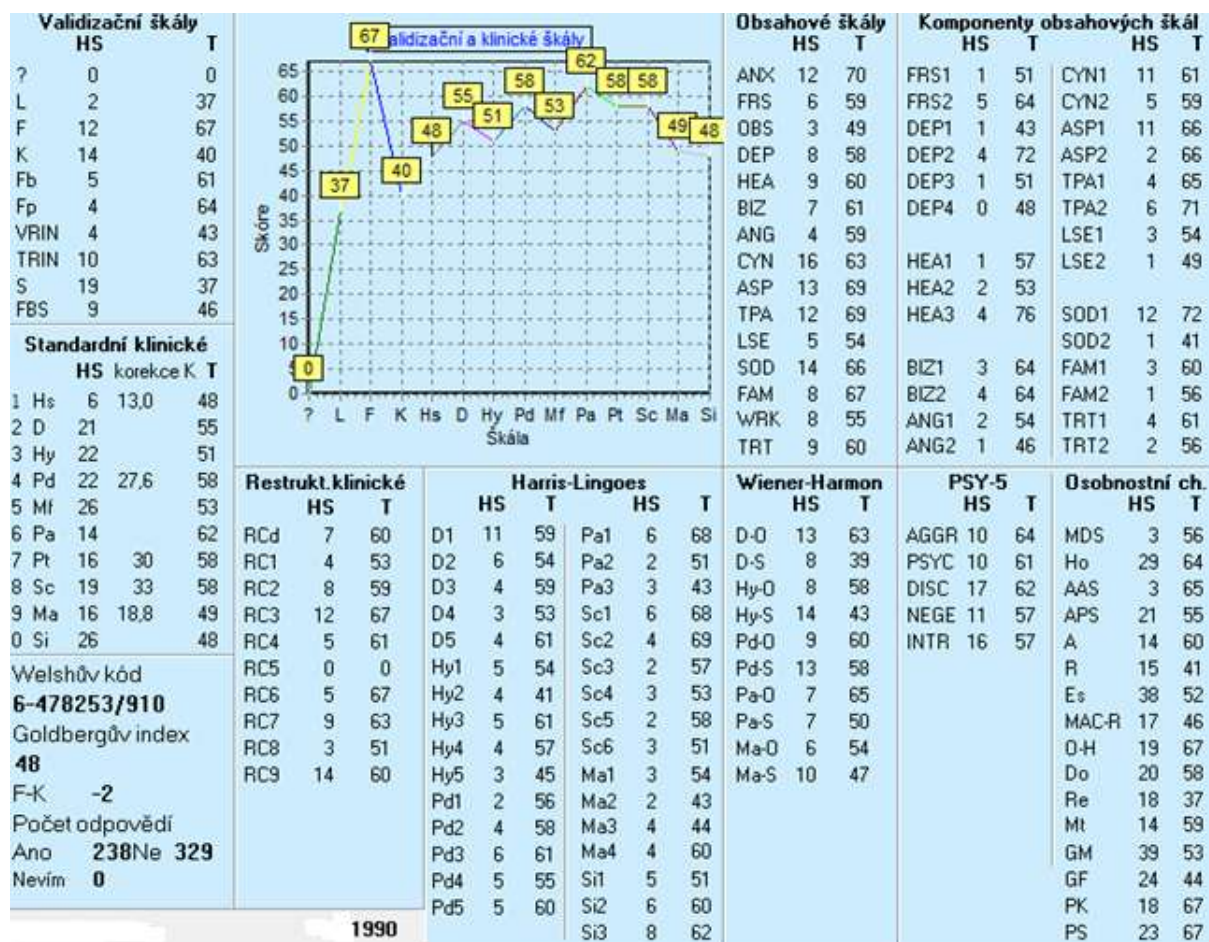
Problémový okruh psychopatologie osobnosti nemá žádnou významně zvýšenou škálu. V oblasti mírného zvýšení se pohybuje všech 5 škál. AGGR (64) agrese naznačuje tendence směrem ke snaze ovládat druhé hrozbou agrese, resentimentu, hostilní touze dominovat, spíše plánovanou formou než impulsivní. PSY (61) psychoticismus – odráží neobvyklá přesvědčení a zážitky, nechuť angažovat se ve světě a ve vztazích s druhými lidmi. DISC (62) nedostatečná sebekontrola – tendence k spontaneitě, lehkomyšlnosti, morální a kognitivní flexibilitě. NEGE (57) negativní emocionalita – skóre naznačuje prožívání obavy, úzkosti, stresu, hněvu, snížení emoční kontroly. INTR (57) nízká pozitivní emocionalita – prožívání obav, nervozity, úzkosti, stresu, hněvu, snížení emoční kontroly, viny a obav.

Závěr

Celkově u respondenta převládá dysforické ladění s dominantními projevy úzkosti, hněvu a frustrace, přičemž prožívání příjemných emocí je nižší. Může se u něj také vyskytovat posttraumatická symptomatika. Myšlení je nastaveno ostražitě, s tendencí k negativním očekáváním vůči druhým lidem, které může vnímat až hostilně. Současně pociťuje nižší schopnost prožívat hlubší city a trpí nedostatkem emočního propojení s okolím. V sociální sféře se cítí nenaplněn.

Regulace afektů je obtížná – je snadno iritabilní, netrpělivý a náchylný k emočním výbuchům. Kontrola chování je oslabená, což dokládají impulsivní epizody v anamnéze. Je citlivý na vnímaný nedostatek respektu. Ve výkonové situaci může být kompetitivní a vykazovat vysokou míru stresu.

Dle výsledků klinických škál nevykazuje výraznější patologii osobnosti, nicméně jsou přítomny akcentované osobnostní rysy, které mu způsobují interpersonální obtíže a na ně navazující dysforie.



Program Stop násilí
Diakonie ČCE – Středisko celostátních programů a služeb
Terapeutické centrum Zvonařka
Šafaříkova 1, Praha 2
tel. +420 777 734 172
e-mail: stop@nasilivevtazich.cz
www.nasilivevtazich.cz; www.scps.diakonie.cz



Program Stop násilí finančně podporují: Evropský sociální fond - Operační program Zaměstnanost +, Ministerstvo vnitra ČR v rámci dotačního programu Prevence sociálně patologických jevů se zaměřením na prevenci a eliminaci domácího násilí prostřednictvím práce s násilnými osobami a osobami nevládající agresí ve vztazích; Ministerstvo spravedlnosti ČR z dotačního titulu Rozvoj probačních a resocializačních programů pro dospělé pachatele; Magistrát hlavního města Prahy v oblasti prevence kriminality a městské části Praha 2, 3, 4, 6, 8 a 10.



www.nasilivevtazich.cz

www.behprotinasili.cz



[@programstopnasili](https://www.facebook.com/programstopnasili)



[@stop_nasili](https://www.instagram.com/stop_nasili)



<https://x.com/StopNasili>

www.nasilivevtazich.cz