

# UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



### DOKTORSKÁ DIZERTAČNÍ PRÁCE

**Posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů  
pomocí psychodiagnostických metod**

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

**Zpracoval:  
PhDr. Pavel Harsa**

**Praha, květen 2008**

# POSUZOVÁNÍ A MĚŘENÍ AGRESIVITY U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ POMOCÍ PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD

## ÚVOD

Agresivita je komplexní fenomén uplatňující se v každodenním životě člověka. Má pozitivní i negativní stránky. Problémem je nadměrná agresivita projevující se nevhodně, v nedostatečně socializované či destruktivní formě. Projevy agrese mají bio-psycho-sociální kontext. Mohou být odrazem určitého psychosociálního vývoje, aktuální situace, osobnostních dispozic a kognitivních strategií. Jde o behaviorální nebo reaktivní komponentu, vyjadřující především míru sebeprosazení nebo impuzivity či násilí jako řešení problému nebo nesouhlasu s běžně uznávanými sociálními normami. Tyto dispozice, postoje a jejich projevy jsou v různé míře zastoupeny u mnoha duševních poruch, mohou být projevem manifestace určité poruchy nebo jsou dokonce jedním z jejích základních příznaků. Objektivní posuzování agresivních dispozic, zhodnocení jejich postavení v kontextu určité konkrétní osobnosti a její životní linie, ale i v kontextu určité konkrétní situace (soudně znalecká činnost) má však i řadu úskalí a průkaznost agresivity (zejména u násilných trestných činů) bývá velmi obtížná. Spolehlivé klinické posouzení míry agresivity má tedy nejen teoretický, ale i praktický význam.

Mnoho odborníků (Čermák, 1998; Hewstone, 2006; Hollander, 1995; Machač, 1985; Raboch, 2001; Říčan, 1999) 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, jejíž 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 (autoři J. Dollard, N. E. Miller, 1939), kterou v roce 1939 publikovali pod názvem Frustration and Aggression. Jejich hypotéza frustrace-agrese se stala základním teoretickým východiskem při výzkumu této problematiky.

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 agresí. Agresí se zabývali také Vondráček a Študent (Študent, 1989) a rozdělili jí na potlačenou agresí (bez vnějšího projevu), slovní agresí (nadávání, psaní stížností), agresí proti věcem (ničení, trhání, rozbíjení předmětů a věcí) a agresí proti zvířatům a lidem. Mnoho autorů agresí rozděluje agresí na socializovanou a nesocializovanou, na agresí podmíněnou více biologicky nebo naopak determinovanou více učením a výchovou.

Höschl (2004) uvádí, že zatímco u zvířat lze agresí zaznamenat snadněji, u lidí je to složitější. Agresí klasifikuje na predátorskou (profesionální vražedci a zločinci, kde primární motivací je hmotný zisk), ideologickou (etnické vraždění či řádění fotbalových fanoušků, kde hmotný zisk není primární motivací), agrese pod vlivem alkoholu a drog, impulzivní agrese (bez plánování a hmotného zisku, kdy se jedná převážně o reaktivní reakce) a agrese ovlivněna duševní nemocí (halucinace, bludy, demence apod.). Koukolík (2006) chápe lidskou agresí 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 rozdíly mezi lidskou agresí 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 agresí, 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 z nich spáchala sebevraždu, třetina byla zavražděna a pětina byly životy ztraceny v ozbrojených konfliktech.

## 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 UK 1.LF 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:

- psychiatrickí pacienti z diagnostického okruhu F 20.0 - schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (N=36)
- psychiatrickí pacienti z diagnostického okruhu F 30.0 - poruchy nálady, afektivní poruchy (N=39)
- psychiatrickí 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 versus heteroagresivní jednání. U kontrolní skupiny byla přítomnost duševní poruchy vylučovacím kritériem.

Formy agresivních tendencí jsme přehledně shrnuli v tabulce 1.

**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.

U mužů s poruchami osobnosti bylo v projevech agrese nejvíce zastoupeno autoagresivní chování (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 siucidální chování (SM a SP=40,90%). To, že psychotičtí pacienti byli převážně heteroagresivní, může být ovlivněno řadou psychotických symptomů - potíže v percepčně-kognitivní úrovni, v oslabeném či sníženém kontaktu s realitou, zvýšeném distresu, emočních problémech, či převažujícím autistickým nebo paranoidním způsobu myšlení.

Významné bylo, 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 UK 1.LF a VFN v Praze. Vyšetření probíhalo v prvním týdnu jejich diagnosticko terapeutického pobytu. Všichni užívali anxiolytickou, antidepresivní či antipsychotickou medikaci. Pacienti byli vyšetřeni baterií vybraných standardizovaných diagnostických metod a projektivních metod.

### *Výzkumné instrumenty*

Testovou baterii tvořily 4 standardizované osobnostní dotazníky a 3 projektivní testy. Testování bylo součástí komplexního psychologického vyšetření a zahrnovalo i projektivní testy. Testování probíhalo v tomto pořadí: Eysenckův dotazník impulzivity - IVE (10 min), Freiburský osobnostní dotazník – FPI, forma A ( 20 minut), Inventář stylů osobnosti a jejich poruch – PSSI (20 minut) a Minnesotský osobnostní dotazník – MMPI-2, PC forma (60-90 minut) a ze tří projektivních testů (Rorschachův test –ROR, Test ruky – HT a Tématicko apercepční test - TAT). Kontrolní skupina se zúčastnila pouze testování výše uvedenou testovou baterii.

## VÝSLEDKY

### *Výsledky osobnostních dotazníků*

V dotazníku IVE byly zjištěny na škále impuzivity statisticky významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,05$ ). Zřetelně zvýšený skór byl zjištěn u pacientů s poruchami osobnosti oproti kontrolní,

Vícedimenzionální Freiburský osobnostní dotazník FPI je charakteristický širší škálou položek vztahujících se k řadě osobnostních vlastností a psychických symptomů. Statisticky významné rozdíly u skupin byly zaznamenány u škály emocionální lability ( $p < 0,001$ ) zejména u pacientů s poruchami osobnosti. U depresivních pacientů dominovala depresivně-anxiozní symptomatika, emoční labilita, zdrženlivost, nespolečenskost, femininita a sociální introverze. U psychotických pacientů byly nejčastěji zvýšeny průměrné hodnoty vztahující se k úzkostnému prožívání, distresu, vulnerabilitě a uzavřenosti.

V osobnostním inventáři PSSI byly zaznamenány signifikantní rozdíly mezi skupinami u škál vztahujících se k širokému spektru patologických rysů především u pacientů s poruchami osobnosti. Ti se jeví jako emočně nestabilní, egocentričtí s řadou rysů (nedůvěra, vztahovačnost, negativismus a impulzivita), které mohou ve vypjatých interpersonálních situacích významně souviset s projevy agrese. Depresivní pacienti měli zvýšené průměrné hodnoty na škálách deprese a pesimismu. Psychotičtí pacienti měli zvýšené skóry na škále paranoidity a negativismu.

V tabulce 2 jsou shrnuty výsledky testování skupinových průměrů u škál vztahujících se k impulzivnímu chování u výše uvedených dotazníků.

**Tab. 2.** Skupinové průměry na škálách impulzivity (IVE-I, PSSI - 11) a emoční lability (FPI - N)

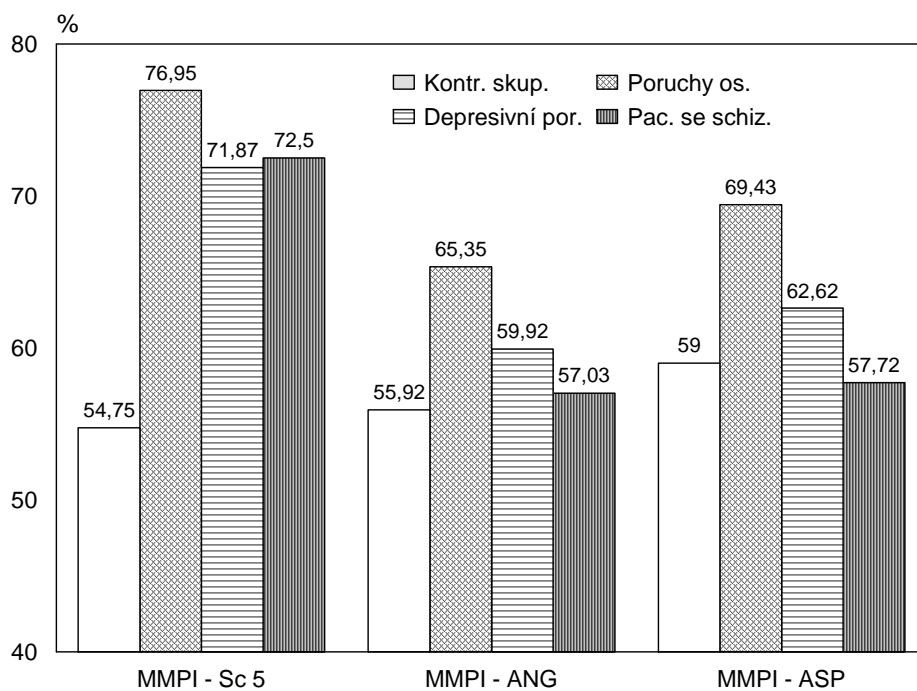
Škála	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
IVE – I impulzivita	8,6	11,1	7,7	9,1	F=3,4; d.f.=3; p=0,019 *
PSSI – 11 impulzivita	50,4	65,7	60,5	60,0	F=14,1; d.f.=3; p=0,000 ***
FPI – N emoční labilita	5,2	6,8	6,8	5,8	F=6,2; d.f.=3; p=0,001 **

Vysvětlivky: Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní \*\*\* pro  $p < 0,001$ , \*\* pro  $p < 0,01$ , \* pro  $p < 0,05$ .

Z výsledků je zřejmé, že impulzivní chování nejlépe diferencuje inventář stylů osobnosti a jejich poruch (PSSI) ale i Freiburský osobnostní dotazník (PFI), kde rozdíly mezi skupinami byli na hladině statistické významnosti (0,01a 0,1%). Z jednotlivých sledovaných klinických skupin dosahovali nejvyšších průměrných hodnot pacienti s poruchami osobnosti.

Minnesotský osobnostní inventář (MMPI-2) se ukázal jako velmi užitečný nástroj, v němž jsme zaznamenali nejvíce signifikantních meziskupinových rozdílů. U klinických škál byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi skupinami u škál deprese, konverzní hysterie, psychopatie, paranoidity, psychastenie, schizofrenie a sociální introverze na hladině statistické významnosti (0,01%). Z jednotlivých diagnostických kategorií měli pacienti s poruchami osobnosti v tomto dotazníku nejvyšší průměrné hodnoty u škál měřících psychopatické rysy, maskulinitu, paranoiditu, emoční nestabilitu, nedostatečnou kontrolu impulzů a tendence k asociálnímu chování a zlobě. U depresivních pacientů jsme zaznamenali zvýšené průměrné hodnoty u škály deprese, psychastenie a schizoidních rysů. Pacienti s psychotickými příznaky měli zvýšené průměrné hodnoty především na škále schizofrenie a paranoidity. U přídatných škál jsme zjistili významné rozdíly mezi skupinami u škál vztahujících se k nedostatečné kontrole impulzů, tendencím k asociálnímu chování a zlobným reakcím. Porovnání výsledků přídatných škál je znázorněno na grafu 1.





**Graf 1.** Skupinové průměry na přídatných škálách v MMPI 2

Vysvětlivky: Sc5-škála zaměřena na nedostatek sebekontroly, ANG-škála posuzující projevy zloby a vzteku, APS-škála zjišťující antisociální rysy osobnosti.

Z výsledků výše uvedených přídatných škál Minnesotského osobnostního dotazníku (MMPI 2), zaměřených na posouzení sebeovládání a kontroly impulzů, zlostných reakcí a tendencí k asociálním projevům, vyplývá, že největší potíže s těmito projevy v chování mají pacienti s DG okruhu F 60 (poruchy osobnosti) oproti zbývajícím klinickým skupinám a kontrole zdravých osob.

## Výsledky projektivních testů

### Rorschachův test

**Tab. 3.** Skupinové průměry ROR testu, kde rozhodujícím kritériem byly determinanty

Rorschachův test - determinanty	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
Čistě barvové odpovědi Fb	0,44	0,85	0,67	1,25	F=3,1 d.f.=3 p=0,030 *
Šerosvitově-tvarové odpovědi HdF	0,08	0,03	0,08	0,36	F=3,8 d.f.=3 p=0,011 *
Čistě šerosvitové odpovědi /Fb/	0,17	0,30	0,33	0,92	F=4,7 d.f.=3 p=0,004 **

Vysvětlivky: Statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní \*\*\* pro  $p < 0,001$ , \*\* pro  $p < 0,01$ , \* pro  $p < 0,05$ .

Z výsledků je zřejmé, že největší potíže při zvládnání impulzivních tendencí (převahu pudové složky 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 ( $p < 0,05$ ). Fb odpovědi reprezentují impulzivitu, která se hůře ovládá a přizpůsobuje společenským normám. Je snížena racionální kontrola a převažuje pudová složka, tj. tendence k vybití afektů a nebržděná emocionalita. HdF odpovědi bývají často spojovány s nevyrovnanými náladami a nedostatečnou tendencí je ovládat. Podobně i u /Fb/ odpovědi je dominující nevyrovnaná afektivní složka, která svědčí především o nezvládnutém úzkostném afektu.

**Tab. 4.** Skupinové průměry v ROR testu u obsahových, banálních odpovědí a kontaktu s realitou

Rorschachův test - obsahy	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
Interpretace zvířat T	5,03	6,15	6,79	5,31	F=3,1 d.f.=3 p=0,032 *
Interpretace krve Blut	0,03	0,23	0,13	0,36	F=3,8 d.f.=3 p=0,043 *
Banální odpovědi V	4,31	4,85	4,59	3,42	F=4,7 d.f.=3 p=0,002 **
Kontakt s realitou NRI	4,83	4,13	5,13	3,19	F=4,7 d.f.=3 p=0,000 ***

Vysvětlivky: statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní \*\*\* pro  $p < 0,001$ , \*\* pro  $p < 0,01$ , \* pro  $p < 0,05$ .

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

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,01$ ) jsme zjistili i u položky vztahující se k běžným tzv. „V“ odpovědím s nejnižší frekvencí u psychotických pacientů. Tito pacienti bývají často vzdáleni reálnému světu. Tyto odpovědi se považují za tzv. ukazatel míry přizpůsobení myšlení sociální realitě, běžným sociálním pravidlům a bývají určitou zárukou konformity, která je nutná pro začlenění člověka do prostředí, tedy jistému „zakotvení“ v lidském světě (Říčan, 1981). Významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,001$ ) jsme také zaznamenali i u tzv. kontroly reality, která je jednou

z podstatných funkcí integrujícího Já. Je důležitým prostředníkem mezi potřebami a motivy všeho druhu v interakcích subjektu a podmínkami vnějšího prostředí. Rozsah realitního indexu je v rozmezí 1-8 bodů. Za normu lze považovat 5-7 bodů a ukazuje na sílu Já. Nejvyšší průměrné hodnoty u indexu reality měli depresivní pacienti (M=5,13) a nejnižší (M=3,19) psychotičtí pacienti.

### *Test ruky (HT)*

**Tab. 5.** Skupinové průměry u kategorií v testu ruky vztahujících se k odstup od reality a úrovni patologie

Test ruky (Hand test)	Kontrolní skupina	Poruchy osobnosti	Depresivní poruchy	Schizofrenie	ANOVA
Odpovědi vyjadřující odstup od reality (WITH)	0,36	0,48	0,64	1,86	F=10,1 d.f.=3 p=0,000 ***
Odpovědi vyjadřující úroveň patologie (PATH)	0,89	1,40	2,18	4,44	F=3,8 d.f.=3 p=0,000 ***

Vysvětlivky: statisticky významné rozdíly vzájemného porovnání mezi skupinami jsou signifikantní \*\*\* pro  $p < 0,001$ , \*\* pro  $p < 0,01$ , \* pro  $p < 0,05$ .

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).

### ***Tématicko apercepční test (TAT)***

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

### **DISKUSE**

V práci jsme si kladli za cíl ověřit použitelnost standardizovaných osobnostních testů a projektivních testů při posuzování a měření agrese či projevů, které s tím mohou souviset. Současně nás zajímalo, jaké budou rozdíly v projevech agrese mezi jednotlivými klinickými skupinami. Z výsledků bylo patrné, že osobnostní dotazníky měří více osobnostní dispozice a pohotovost k agresi než agresi samotnou. To jsme částečně i předpokládali. Vycházeli jsme z klinických zkušeností i teoretických poznatků, kdy je často zmiňována snadnost vzhledu do některých testů a tím i snaha korigovat odpovědi přijatelnějším způsobem, proto jsme do výzkumu zařadili více dotazníků s tzv. lži škálou. Bylo důležité, že přes statisticky významné rozdíly mezi skupinami na lži škále u MMPI-2 a u tzv. korekčních škál (FPI-9 a PSSI-14) nepřesahovalo zvýšení na těchto škálách, zejména u MMPI-2, pásmo normy (T skóre nebyl vyšší než 65 bodů).

Dotazník IVE jsme do výzkumu zahrnuli proto, že nás zajímalo, nakolik se mohou agresivní tendence promítnout na škále impulzivity. Výsledky potvrdily statisticky významné rozdíly mezi skupinovými průměry. Zvýšený skóre byl zaznamenán u pacientů s poruchami osobnosti oproti kontrolní skupině i zbývajícím klinickým skupinám. To u těchto pacientů naznačuje vyšší přítomnost agresivních tendencí s nižší schopností ovládat afektivní impulzy. Nejnižší průměrné hodnoty na této škále měli depresivní pacienti.

Naše výsledky se shodují s nálezy Žukova a kol. (2007), kteří IVE dlouhodobě (u pacientů i pachatelů s násilně trestnou činností) používají. Ve výzkumech dosáhli podobných výsledků jako my s nepatrně vyššími průměrnými hodnotami na škále impulzivity u psychopatických osobností. Je však třeba vzít v úvahu, že naši pacienti nebyli pachateli násilné trestné činnosti.

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

V obdobně koncipovaném výzkumu na posouzení agresivity zařadil do výzkumu tento dotazník Morávek (2001), který posuzoval a měřil agresi u sexuálních agresorů. Na rozdíl od nás vybral pět položek, o kterých se domníval, že spolehlivě měří agresi. Mezi vybrané škály zařadil škálu FPI-2 (agresivita), FPI-4 (frustrační tolerance), FPI-7 (reaktivní agrese) FPI-E (extraverze-introverze) a FPI-N (emoční labilita-stabilita). Signifikantní rozdíl zjistil u škál FPI-7 (reaktivní agrese), FPI-E (extraverze), FPI-4 (frustrační tolerance) a na škále FPI-N (emoční labilita) zejména u pacientů s poruchami osobnosti. Na škále agrese (FPI 2) nezjistil podobně jako my statisticky významné rozdíly. Skutečnost, že se na ostatních zbývajících škálách nepodařilo zjistit statisticky významné rozdíly, přisuzoval Morávek tomu, že tyto položky nemají dostatečnou diskriminační sílu nebo jsou jejich položky příliš průhledné a odpovědi jsou dobře manipulovatelné. V tomto případě mohla u pacientů sehrát význam snaha jevit se jinak než ve skutečnosti a dosáhnout mírnějšího trestu. My jsme se snahou manipulace v odpovědích rovněž počítali. Částečně tomu odpovídalo i zvýšení na škále FPI-9, o kterém jsme se již zmiňovali.

Osobnostní inventář (PSSI) se od klasického dotazníku odlišuje širší škálou možností odpovídat souhlasně - určitě ne, spíše ne, spíše ano a určitě ano. V ČR je tento dotazník poměrně nový. To nás vedlo k tomu, abychom mimo dlouhodobě používané testy zařadili i některý méně známý test. Jeho uplatnění v klinické praxi v ČR lze datovat od roku 2002. PSSI patří k tzv. vícedimenzionálním testům, podobně jako FPI a MMPI-2. V dotazníku PSSI byly signifikantní rozdíly mezi skupinami u položek vztahujících se k širokému spektru osobnostních patologických rysů především u pacientů s poruchami osobnosti. Ti se jeví jako emočně nestabilní, egocentričtí s řadou znaků (nedůvěra, vztahovačnost, negativismus a impulzivita), které mohou ve vypjatých

interpersonálních situacích významně souviset s projevy agrese. Depresivní pacienti měli zvýšené průměrné hodnoty u položek vztahujících se k depresi, a pesimismu. U psychotických pacientů byly průměrné hodnoty zvýšeny především na škále paranoidity, impulzivity a negativismu.

Poslední z osobnostních dotazníků aplikované testové baterie, Minnesotský osobnostní inventář (MMPI-2), je považován za velice efektivní a validní diagnostický nástroj. Poskytuje řadu relevantních klinických výstupů. Pro řadu pacientů je však rozsahem otázek (567) velice náročný. Pomocí škál MMPI-2 jsme zaznamenali nejvíce signifikantních rozdílů mezi skupinami. Z klinických škál byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi skupinami u deprese, konverzní hysterie, psychopatie, paranoidity, psychastenie, schizofrenie a sociální introverze na hladině statistické významnosti (0,01%). U přídatných škál jsme zjistili významné skupinové rozdíly škál vztahujících se k nedostatečné kontrole impulzů, tendencím k asociálnímu chování a zlobným reakcím.

Z jednotlivých diagnostických kategorií měli pacienti s poruchami osobnosti v tomto dotazníku nejvyšší průměrné hodnoty u škál měřících psychopatické rysy, maskulinitu, paranoiditu, emoční nestabilitu, nedostatečnou kontrolu impulzů a tendence k asociálnímu chování a zlobě. U depresivních pacientů jsme zaznamenali zvýšené průměrné hodnoty u škály deprese, psychastenie a schizoidních rysů. Pacienti s psychotickými příznaky měli zvýšené průměrné hodnoty především na škále schizofrenie a paranoidity.

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).

U Rorschachova projektivního testu jsme sledovali znaky, u kterých jsme předpokládali vztah k agresivním tendencím. V úrovni apercepce jsme nezaznamenali ani v jednom případě statisticky významné rozdíly mezi skupinami. U determinat jsme zjistili výraznější zvýšení průměrných hodnot u čistě barvových odpovědí (Fb), u šerosvitově-tvarových odpovědí (HdF) a čistě odstínových odpovědí (/Fb/), tedy u odpovědí, které se vztahují k emoční nestabilitě a hůře kontrolovaným impulzům. U obsahů jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami v odpovědích zahrnujících interpretaci zvířat, krve, frekvence výskytu odpovědi a kontroly sociální realitou.

Tyto interpretace jsou velmi často dávány do spojitosti s přemírou intrapsychické tenze, akutní tísně a úzkosti. Na pozadí tenze bývají často nedostatečně asimilované a integrované agresivní impulzy, které bývají snadno aktivovány různými dráždivými podněty z okolí. Statisticky významné rozdíly mezi skupinami 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 přizpůsobení myšlení sociální realitě a běžným sociálním pravidlům a bývají určitou zárukou konformity, která je nutná pro začlenění člověka do prostředí, tedy jistého „zakotvení“ v lidském světě (Říčan, 1981). Právě psychotičtí pacienti bývají často vzdálení 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 „nesdílí 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 Rorschacha testu dle Gocoma a Meloye (1997), tak ve sledovaných znacích (barvové, šerosvitové a odstínové odpovědi) bylo dosaženo podobných výsledků. To naznačuje dobrou validitu tohoto projektivního testu, zejména při posuzování afektivní složky. U položky zvláštních fenoménů dosáhli pacienti z jejich výzkumu podobných výsledků jako my. Tedy časté odpovědi vztahující se k interpretaci krve, anatomickým a agresivním odpovědím či defektním scénám. Podobně i Morávek (2001) se ve svém výzkumu zaměřil na posuzování vybraných znaků (absolutní počet defektních a agresivních odpovědí, šok na II tabuli, agresivní řešení na tabuli VII. procento interpretace bílých ploch a lidských postav). Zjistil statisticky významné hodnoty (0,1%) u počtu agresivních odpovědí. Jednalo se většinou o odpovědi s obsahem útočných zvířat nebo lidí. Zajímavé bylo, že se 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 (WITH+PATH) jsou dávány do souvislosti se zvýšeným výskytem psychopatologických rysů a oslabeným kontaktem s realitou. Nebylo velkým překvapením, že v těchto dvou položkách nejvíce skórovali psychotičtí pacienti. Větším překvapením pro nás bylo, že v položce tzv. prediktoru agresivity (acting out ratio - AOR) či AGG (počet agresivních odpovědí) nebyly zjištěny signifikantní hodnoty.



Index agresivity vyjadřuje relativní váhu sociálně pozitivních kooperativních postojů oproti direktivním a agresivním. Řada autorů (Klicperová, 1980, Morávek, 2001, Netík, 1997) o tomto indexu uvádí, že je validní mírou předpovídané agrese. Klicperová (1980) se ve svém výzkumu zaměřila na dva sledované znaky (AGG-agresivitu a CRIP-poškození).

Odpovědi obsahující sledované znaky hodnotila na třibodové škále a ze získaných hrubých skóre propočítávala tzv. korigované procento agresivity, které mělo signifikantní hodnotu. Morávek (2001) se ve svém výzkumu zaměřil rovněž na vybrané znaky (AGG-počet agresivních odpovědí, CRIP-odpovědi zahrnující poškození objektu a DIR-odpovědi zahrnující direktivní směr, nařízení či ovládnání druhých) a zjistil na škále agrese statisticky významné hodnoty. To, proč v našem výzkumu pacienti na škále AOR či AGG nedosahovali statisticky významných rozdílů mezi skupinami, mohlo být (jak jsme se již zmiňovali) v důsledku mnoha faktorů, jako například zklidnění situace či účinků léků. Navíc projevy agrese se mění v průběhu času i okolností.

U Tématicko apercipčního testu (TAT) jsme nezaznamenali statisticky významné rozdíly mezi skupinami při posuzování heteroagresivních či autoagresivních tendencí či témat.

Přesto lze (přes nesignifikantní hodnoty) nalézt ve skupinových průměrech rozdíly. Například odpovědi, u kterých převažovaly heteroagresivní tendence, byly nejčastější u psychotických pacientů. U pacientů s poruchami osobnosti a depresivních pacientů převažovaly autoagresivní tendence. Ale i v tomto případě sehrávají svůj význam aktivované obranné mechanismy, které mění prožívání a chování posuzovaných pacientů, a ti mohou významně potlačovat agresivní tendence. Na celkový výsledek testu mohla mít vliv i skutečnost, že s tímto testem jsme měli nejmenší praktické zkušenosti a proto jsme mimo sledované znaky nezařazovali další sledované proměnné.

Při zhodnocení výsledků posuzujících agresi pomocí osobnostních dotazníků jsme dospěli k závěru, že osobnostní dotazníky poměrně dobře diferencují v položkách vztahujících se k psychopatologickým rysům, které s agresivním chováním souvisí. Projektivní testy nám navíc poskytly informace o vnitřní struktuře osobnosti, o její vyrovnanosti, zralosti o percepčně-kognitivní úrovni a kontaktu s realitou. Lze tedy konstatovat, že výsledky potvrzují klinické a forenzní zkušenosti s měřením a posuzováním agrese. Testové metody spíše postihují obecné temperamentové dispozice, sklon k převládajícím emočním reakcím, k měštnání afektů a k explozivním reakcím. 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 psychodiagnostických metod ve vztahu k hlavnímu cíli výzkumného projektu vyplývá, že měřicí nástroje dokáží spolehlivěji měřit či postihnout dispozice agresivního chování projevující se v mnoha negativních vlastnostech osobnosti, než že by měřily samotné projevy manifestní agrese. Potvrdilo se nám, že vybrané osobnostní dotazníky poměrně spolehlivě diferencují projevy agrese či dispozice k nim u jednotlivých klinických skupin a projektivní testy navíc diferencují ve znacích vztahujících se k emočnímu prožívání, obranným mechanismům proti intrapsychickým konfliktům a také v kontaktu se sociální realitou. Výsledky naznačují rovněž i vícefaktorovou podmíněnost projevů agrese či v tendencí k nim a také to, že kombinace osobnostních dotazníků a projektivních metod se jeví jako vhodná, vzájemně doplňující a zpřesňující klinické poznatky při posuzování agresivního chování u psychiatrických pacientů.

## SOUHRN

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

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

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

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

Psychiatrickí pacienti tvořili tři klinické skupiny z diagnostických okruhů s převažujícími psychotickými příznaky (F 20.0) s afektivními poruchami (F 30.0) a s poruchami osobnosti (F 60.0). Kontrolní skupinu tvořili dobrovolníci převážně studenti pražských vysokých škol. Ti se zúčastnili pouze psychologického testování. Klinické skupiny pacientů absolvovaly standardní psychologické vyšetření včetně sběru anamnestických dat, klinického pozorování v průběhu vyšetření a klinického rozhovoru. Výstupem tohoto psychologického testování byl u klinických skupin i podrobný klinický nález.

Všichni pacienti, včetně kontrolní skupiny, byli v průběhu jednoho roku vyšetřeni baterií standardizovaných psychologických testů (4 osobnostních dotazníků a 3 projektivních testů), u kterých jsme předpokládali jejich variabilitu při měření a posuzování agresivity. Samotné vyšetření bylo pro pacienty náročné. Náročné bylo i vyhodnocování jednotlivých testů.

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

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

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

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

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

Získané výsledky naznačují, že posuzovat agresivitu pomocí psychodiagnostických metod není snadné a že výstupy testů nemusí být jednoznačné. Testové metody, jak jsme již psali, postihují více obecné temperamentové dispozice, osobnostní rysy, emoční reakce, městnání afektů a pohotovost k explozivním reakcím.

Poznatky z této práce mohou být jistě užitečné při stanovování míry afektivní agrese u psychiatrických pacientů ale i ve forenzní praxi.

## SUMMARY

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

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

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

1. How selected personality questionnaires and projective methods are able to detect the extent of aggression in groups of probands with different level of aggressiveness (criterion validity).

2. What is the level of agreement in measurement of aggression by projective methods and by personality questionnaires (parallel validity).

3. What are the differences (classifying variable) in different types of aggression and how they will project into test results (qualitative analysis).

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

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

Psychiatric patients were divided into three clinical groups.

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

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

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

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

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

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

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

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



## LITERATURA (vybrané citace)

- Čermák, I.: Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou, Nakladatelství Fakta 1999.
- Čermák, I., Klimusová, H.: Indikátory impulzivní agrese. Československá psychologie 54, 2000, 5, s. 424-432.
- Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P.: Agrese, identita, osobnost. Brno, Psychologický ústav Akademie věd ČR 2003.
- Čermák, I., Ženatý, J.: Podnětové charakteristiky tabulí Tématicko apercepčního testu. Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, Vydavatelství MSD 2005.
- Čermák, I., Fikarová, T.: Kognitivní charakteristiky příběhu TAT a jejich diagnostický význam. In: Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.: Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, IPVZ 2006.
- Dollard, J., Miller, N., E.: Frustration and aggression. New Haven, CT. Yale University Press 1939.
- Ferjenčík, J.: Úvod do psychologického výzkumu. Praha, Portál 2000.
- Fridrich, J., Nociar, A.: Test ruky. Bratislava, Psychodiagnostika 1991.
- Hartl, P.: Psychologický slovník. Praha, Portál 2005.
- Hathaway, R., S., Mc Kinley, C., J.: Minnesota multiphasic personality inventory-2. První české vydání. Úprava Netík, K.: MMPI-2. Praha, Testcentrum 2002.
- Heretík, A.: Forezná psychológia. Bratislava, SPN 2004.
- Hewstone, M., Stroebel, W.: Sociální psychologie. Praha, Portál 2006.
- Hollander, E., Stein, D.: Impulsivity and aggression. New York, Willey 1995.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tigris 2004.
- Kerlinger, N., F.: Základy výzkumu chování. Praha, Academia 1972.
- Kernberg, O.: Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies. New Heaven, Yale University Press 1984.
- Klicperová, M.: Hostilita a její diagnostika. Diplomová práce. Praha, FF UK 1980.
- Kolář, M.: Skrytý svět šikanování ve školách. Praha, Portál 1997.
- Kollárik, T., Poliaková, E., Ritomský, A.: Freiburský osobnostný dotazník. Bratislava, Psychodiagnostika 1984.
- Kollárik, T.: Sociální psychologie. Bratislava, SPN 1993.
- Koukolík, F.: Sociální mozek. Praha, Nakladatelství Karolinum 2006.
- Machač, M., Macháčová, H., Hoskovec, J.: Emoce a výkonnost. Praha, SPN 1985.
- Malá, E.: Agrese u dětí a adolescence. Česká a Slovenská psychiatrie 92, 1996, 1, s. 58 - 67.
- Morávek, T.: Diagnostika agresivity. Diplomová práce. Praha, FF UK 2001.

- Murphy, R., K., Davidshofer, O. Ch.: Psychological testing. New York, Prentice-Hall International 1999.
- Netík, K.: Několik poznámek k problému tzv. agresivity. Sborník referátů XXVI. soudně psychiatrické konference. Praha, Academia 2003.
- Pavlovský, P.: Soudní psychiatrie a psychologie. Praha, Grada 2001.
- Praško, J., a kol.: Poruchy osobnosti. Praha, Portál 2003.
- Raboch, J., Zvolský, P.: Psychiatrie. Praha, Galén 2001
- Reiselová, E.: Možnosti ovplyvňovania agresívneho a prosociálneho správania dětí. Československá psychologie 51, 1997, 2, s. 147 - 156.
- Rorschach, H.: Psychodiagnostik. Bern, Verlag Hans Huber 1962.
- Říčan, P.: Úvod do psychometrie. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy n. p. 1980.
- Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek, S.: Úvod do Rorschachovy metody. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy 1981.
- Říčan, P.: S Romy žít budeme - jde o to jak. Praha, Portál 1998.
- Říčan, P.: Krutost v mediálním věku. Propsy 4, 1998, 3, s. 6 -7.
- Říčan, P.: Diskuse, frustrace z pojmu agrese. Československá psychologie 43, 1999, 2, s. 180 - 181.
- Říčan, P.: Krutost jako prožitek a jako motiv. Československá psychologie 43, 1999, 6, s. 543 - 555.
- Senka, J., a kol.: Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé. Bratislava, Psychodiagnostika 1993.
- Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Nakladatelství Maxdorf 2002.
- Svoboda, M.: Psychologická diagnostika dospělých. Praha, Portál 1999.
- Šípek, J.: Projektivní metody. Praha, ISV nakladatelství 2000.
- Šrutová, L.: Psychodiagnostika agrese. In: Pavlovský, P.: Soudní psychiatrie a psychologie. Praha, Grada 2001.
- Študent, V.: Soudní psychiatrie a trestní právo. Praha, SPN 1989.
- Švancara, J.: PSSI-Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti. Praha, Testcentrum 2002.
- Volavka, J.: Neurobiology of violence. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
- Ženatý, J., Čermák, I., Telerovský, R.: Rorschach a projektivní metody. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha, IPVZ 2006.
- Žukov, I. a kol.: Psychofyziologický korelát impulzivně agresivního chování u delikventů. Československá psychologie, 51, 4, 418-422, 2007.