

---

# Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků

---

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

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,  
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.  
Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK, Praha<sup>1</sup>

---

## SOUHRN

V předložené studii jsme na vzorku 151 mužů a žen ve věkovém rozmezí 20-40 let zjišťovali možnosti posuzování a měření 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. Zajímalo nás nakolik se tento rys zaznamená v položkách jednotlivých testů či dotazníků. Vstupním kritériem byla průkazná verbální, fyzická agrese či autoagrese v průběhu vstupního vyšetření nebo těsně před ním. Vybraní pacienti i kontrolní skupina byli vyšetřeni pomocí zvolených standardizovaných psychologických testů a dotazníků. 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, psychologické testy, psychiatrické poruchy, psychopatologie, deprese, emoční nestabilita.

## SUMMARY

**Harsa P., Žukov I., Csémy L.: Possibilities of Evaluation and Scaling Aggressiveness in Psychiatric Patients by Means of Personality Questionnaires**

The study focuses on measurement 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 questionnaires. 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, psychodiagnostic tests, psychiatric disorders, psychopathology, depression, emotional instability.

*Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 8, pp. 405-411.*

---

## 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 útek nebo apatii) než pouze agresí. Agresí se zabývali také Vondráček a Študent [39] a rozdělili ji 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 rozdělují agresí na socializovanou a nesocializovanou, na agresí podmíněnou více biologicky nebo naopak determinovanou více učením a výchovou.

Höschl [13] uvádí, že zatímco u zvířat lze agresí zaznamenat snadněji, u lidí je to složitější. Agresí 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), agresí pod vlivem alkoholu a drog, impulzivní agresí (bez plánování a hmotného zisku, kdy se jedná převážně o reaktivní reakce) a agresí ovlivněnou duševní nemocí (halucinace, bludy, demence apod.). Koukolík [21] chápe lidskou agresí jako jakékoli chování cílené na druhého jedině 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 ztracené 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 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 let).

#### **Výzkumný soubor tvořili:**

- psychiatrickí pacienti z diagnostického okruhu F2 (dle MKN – 10) - schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (N=36),
- psychiatrickí pacienti z diagnostického okruhu F3 (dle MKN – 10) - poruchy nálady, afektivní poruchy (N=39),
- psychiatrickí pacienti z diagnostického okruhu F6 (dle MKN – 10) - 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.

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

**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.

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 - 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, zmatečnost, 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 anxiolyticou, andidepresivní či antipsychotickou medikaci. Pacienti byli vyšetřeni baterií vybraných standardizovaných diagnostických metod.

### Výzkumné instrumenty

Testovou baterii tvořily 4 standardizované osobnostní dotazníky. 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 min.), Inventář stylů osobnosti a jejich poruch - PSSI (20 min.) a Minnesotský osobnostní dotazník - MMPI-2, PC forma (60-90 min.). Kontrolní skupina se zúčastnila pouze testování výše uvedené testovou baterií.

## VÝSLEDKY

V dotazníku IVE byly zjištěny na škále impulzivity statisticky významné rozdíly mezi skupinami ( $p < 0,05$ ). Zřetelně zvýšený skóre byl zjištěn u pacientů s poruchami osobnosti oproti kontrolní skupině i zbývajícím klinickým skupinám.

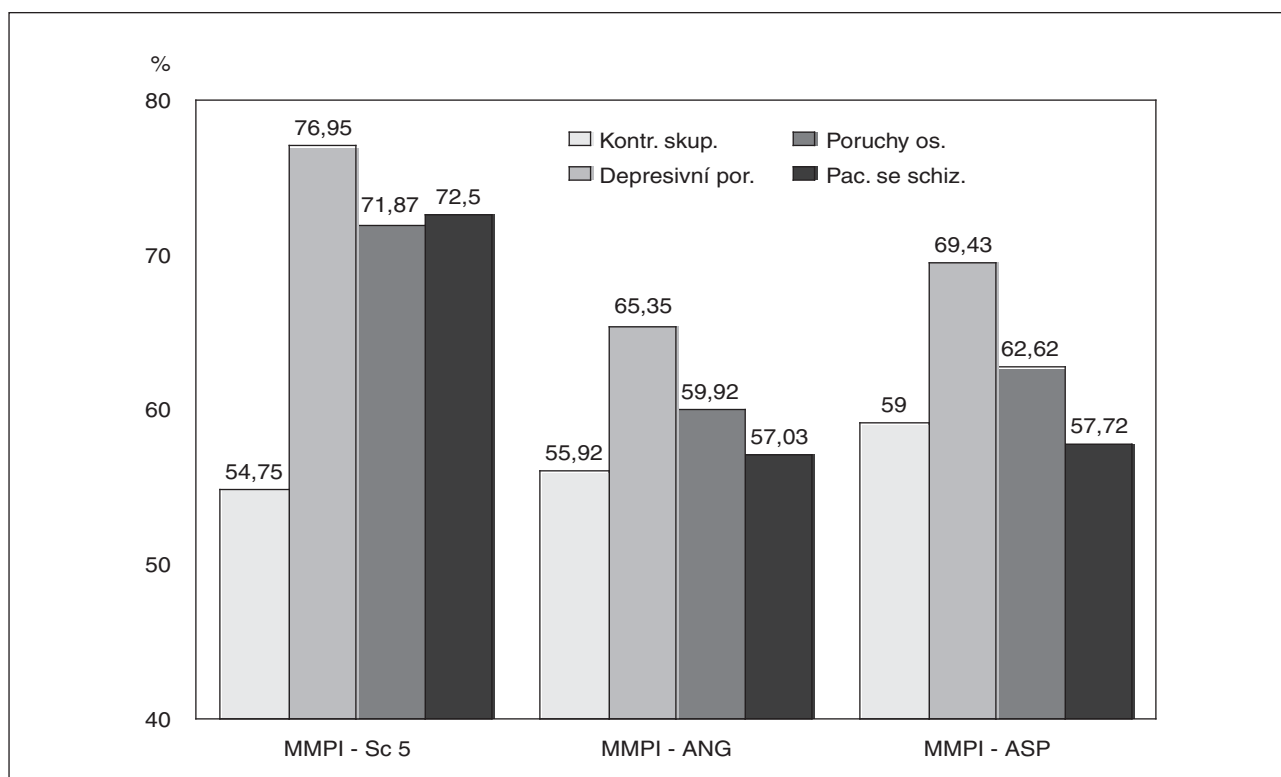
Vicedimenzionální Freiburský osobnostní dotazník FPI je charakteristický širší škálou položek vztahujících se k řadě osobnostních vlastností a psychických symptomů. Statisticky významné rozdíly u skupin byly zaznamenány u škály emoční labilita ( $p < 0,001$ ) zejména u pacientů s poruchami osobnosti. 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

**Tab. 2.** Skupinové průměry na škálách impulzivity (IVE-I, PSSI - 11) a emoční labilita (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; $p < 0,05$
PSSI - 11 impulzivita	50,4	65,7	60,5	60,0	F=14,1; $p < 0,01$
FPI - N emoční labilita	5,2	6,8	6,8	5,8	F=6,2; $p < 0,001$

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



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

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 skóre 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.

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, psychastenien, 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, psychastenien a schizoidních rysů. Pacienti s psychotickými příznaky měli zvýšené průměrné hodnoty především na škále schizofrenie a paranoidity. U přídatných škál jsme zjistili významné skupinové rozdíly škál vztahujících se k nedostatečné kontrole impulzů, tendencím k asociálnímu chování a zlobným reak-

cím. Porovnání výsledků přídatných škál je znázorněno na grafu 1.

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 F6 (poruchy osobnosti) oproti zbývajícím klinickým skupinám a kontrole zdravých osob.

## DISKUSE

V práci jsme si kladli za cíl ověřit použitelnost standardizovaných osobnostních 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 impulzivitu. 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. [43], 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 impulzivitu 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, nespolečenkost, 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, přecitlivělostí a nižší schopností odlišovat podstatné informace od méně důležitých.

V obdobně koncipovaném výzkumu na posouzení agresivity zařadil do výzkumu tento dotazník Morávek [24], 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 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, impulzivitu 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 přídavných 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.

Při porovnání výsledků posuzujících agresi pomocí osobnostních dotazníků jsme dospěli

k závěru, že osobnostní dotazníky poměrně dobře diferencují v položkách vztahujících se k psychopatologickým rysům, které bezprostředně s agresivním chováním souvisejí. 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, větší neklid, dráždivost, emoční nestabilita, snížená frustrační tolerance, egocentrismus, vztahovačnost a negativismus. U depresivních pacientů byly významně zvýšené 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 by ve svém důsledku mohlo být příčinou snadnějšího uvolňování agrese. 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 městnání afektů a k explozivním reakcím. Ukazuje se, že poznatky z výzkumu mohou být přínosné i pro postižení afektivních komponent agresivity.

## ZÁVĚR

Z výsledků vybraných psychodiagnostických metod ve vztahu k hlavnímu cíli výzkumného projektu vyplývá, že měřící 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. U pacientů s poruchami osobnosti převažovaly zvýšené patologické rysy, které s tendencemi k agresivnímu chování (ať již v úrovni ve vztahu k objektu či subjektu) významně korelovaly. U skupiny depresivních pacientů převažovaly znaky svědčící pro depresivní syndrom, poruchu afektivní složky, snížení v položkách vztahujících se k sebezpojetí s převažujícím sebedestruktivním chováním. U psychotických pacientů jsme zaznamenali v důsledku oslabení jejich osobní integrity a kontaktu s realitou snadnější uvolňování agrese. Vícedimenzionální osobnostní dotazníky nám poměrně významně „popisovaly“ široké spektrum patologických rysů osobnosti. Rozdíly mezi sledovanými skupinami v osobnostních charakteristikách a v ukazatelích agrese byly dostatečně průkazné.

U pacientů s poruchami osobnosti měla na projevy agrese či tendence k nim výrazný vliv jejich patologická osobnostní „výbava.“ Poznatky studie naznačují, že posuzovat agresivitu pomocí psychodiagnostických metod není snadné a že výstupy tes-

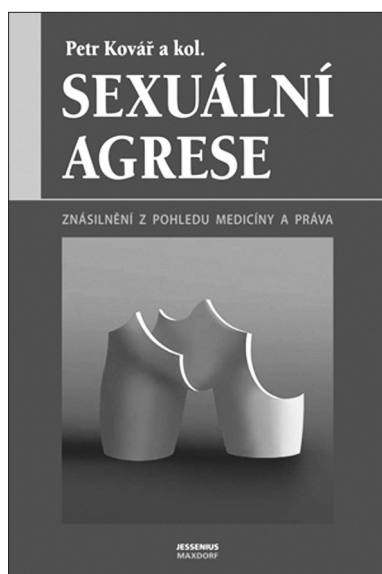
tů vyžadují pro správnou diagnostiku značnou odbornou zkušenost.

## 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. **Dollard, J., Miller, N. E.:** Frustration and aggression. New Haven, CT. Yale University Press, 1939.
5. **Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G.:** Manual of the Eysenck personality questionnaire. London, Hodder and Stoughton, 1975.
6. **Ferjenčík, J.:** Úvod do psychologického výzkumu. Praha, Portál, 2000.
7. **Fridrich, J., Nociar, A.:** Test ruky. Bratislava, Psychodiagnostika, 1991.
8. **Hartl, P.:** Psychologický slovník. Praha, Portál, 2005.
9. **Hathaway, R. S., Mc Kinley, C. J.:** Minnesota multiphasic personality inventory-2. První české vydání. Úprava Netík K.: MMPI-2. Praha, Testcentrum, 2002.
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. **Kalvach, Z.:** Soudné psychiatrické posuzování násilných trestných činů spáchaných v afektu. Čes. a slov. Psychiat. 104, 2008, s. 68-70.
15. **Kerlinger, N. F.:** Základy výzkumu chování. Praha, Academia, 1972.
16. **Kernberg, O.:** Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies. New Heaven, Yale University Press, 1984.
17. **Klicperová, M.:** Hostilita a její diagnostika. Diplomová práce. Praha, FF UK, 1980.
18. **Kolář, M.:** Skrytý svět šikanování ve školách. Praha, Portál, 1997.
19. **Kollárik, T., Poliaková, E., Ritomský, A.:** Freiburský osobnostní dotazník. Bratislava, Psychodiagnostika, 1984.
20. **Kollárik, T.:** Sociální psychologie. Bratislava, SPN, 1993.
21. **Koukolík, F.:** Sociální mozek. Praha, Nakladatelství Karolinum, 2006.
22. **Machač, M., Macháčová, H., Hoskovec, J.:** Emoce a výkonnost. Praha, SPN, 1985.
23. **Malá, E.:** Agrese u dětí a adolescence. Čes. a slov. Psychiat. 92, 1996, 1, s. 58-67.
24. **Morávek, T.:** Diagnostika agresivity. Diplomová práce. Praha, FF UK, 2001.
25. **Murphy, R. K., Davidshofer, O. Ch.:** Psychological testing. New York, Prentice-Hall International, 1999.
26. **Netík, K.:** Několik poznámek k problému tzv. agresivity. Sborník referátů XXVI. Soudné psychiatrické konference. Praha, Academia, 2003.
27. **Pavlovský, P.:** Soudní psychiatrie a psychologie. Praha, Grada, 2001.
28. **Praško, J. a kol.:** Poruchy osobnosti. Praha, Portál, 2003.
29. **Raboch, J., Zvolský, P.:** Psychiatrie. Praha, Galén, 2001.
30. **Reislová, E.:** Možnosti ovplyvňovania agresivného a prosociálneho správania dětí. Československá psychologie, 51, 1997, 2, s. 147-156.
31. **Říčan, P.:** S Romy žít budeme - jde o to jak. Praha, Portál, 1998.

32. **Říčan, P.:** Krutost v mediálním věku. *Prosy*, 4, 1998, 3, s. 6-7.
33. **Říčan, P.:** Diskuse, frustrace z pojmu agrese. *Československá psychologie*, 43, 1999, 2, s. 180 - 181.
34. **Říčan, P.:** Krutost jako prožitek a jako motiv. *Československá psychologie*, 43, 1999, 6, s. 543-555.
35. **Senka, J. a kol.:** Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé. Bratislava, Psychodiagnostika, 1993.
36. **Smolík, P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Nakladatelství Maxdorf, 2002.
37. **Svoboda, M.:** Psychologická diagnostika dospělých. Praha, Portál, 1999.
38. **Šrutová, L.:** Psychodiagnostika agrese. In: Pavlovský P.: Soudní psychiatrie a psychologie. Praha, Grada, 2001.
39. **Študent, V.:** Soudní psychiatrie a trestní právo. Praha, SPN, 1989.
40. **Švancara, J.:** PSSI-Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti. Praha, Testcentrum, 2002.
41. **Vevera, J., Jiráček, R., Uhrová, T., Žukov, I.:** Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 8, 2007, 2, s. 66-71.
42. **Volavka, J.:** *Neurobiology of violence*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
43. **Žukov, I. a kol.:** Psychofyzilogický korelát impulzivně agresivního 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  
e-mail: harsapavel@seznam.cz*



## SEXUÁLNÍ AGRESE

Znásilnění z pohledu medicíny a práva

*Petr Kovář a kolektiv*

Kniha pohlíží na sexuální agresi z úhlů jednotlivých profesí, které se účastní procesního řízení v rámci vyšetřování násilného sexuálního deliktu. Jednotlivé kapitoly napsali kriminalista, genetik, právník, ženský lékař, soudní znalec v oboru sexuologie, soudní patolog a psycholog-psychiatr. Měly by postihnout možná úskalí a zásadní chyby při vyšetřování znásilněné. Tyto chyby totiž vedou v praxi k sekundární viktimizaci postižené, k zásadním omylům při zajištění usvědčujících materiálů a jiným pochybením v rámci procesního řízení.

*Vydalo nakladatelství Maxdorf v roce 2008, 296 str., formát: B5, brož.,  
cena: 395 Kč, edice Jessenius, ISBN: 978-80-7345-161-5.*

**Objednávky můžete posílat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz.**

**Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.**