

Agresivita

z forenzne psychologického
hľadiska

Kurz forenznej psychológie FF MU Brno 2013

Prof. PhDr. Anton Heretik, PhD.

Katedra psychológie FF UK

Bratislava

Cesta k téme agresivity

- Detstvo

- 1973 DP na FF UK: „Diagnostika agresivity u juvenilných delikventov“

školiť : prof.PhDr.G.Dobrotka,CSc.

- 1973-1985 Psychiatrická klinika FN

- 1980 – súdny znalec z odboru psychológia

- 1985 – návrat na KP FF UK, výuka klinickej psychológie, forenznej psychológie, klin.psychodiagnostiky, psychoterapie

„ Prvá vražda sa nezabúda...“

Kľúčové pojmy forenznjej agresológie

- **Agresia** ako jednotka správania
- **Agresivita** ako osobnostná dispozícia
- **Hostilita** ako postoj (zameranosť) osobnosti
- **Afektivita** - osobnostná premenná a stav
- **Interpersonálne a situačné faktory agresie** (viktimologické aspekty, inštrumentálny faktor a i.)



[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

Teórie agresivity – pokus o klasifikáciu

1) Inštinktivistické teórie

2) Behaviorálno - kognitívne teórie

3) Integratívne teórie

Teoretické východiská forenznej agresológie I.

Inštinktivistické teórie

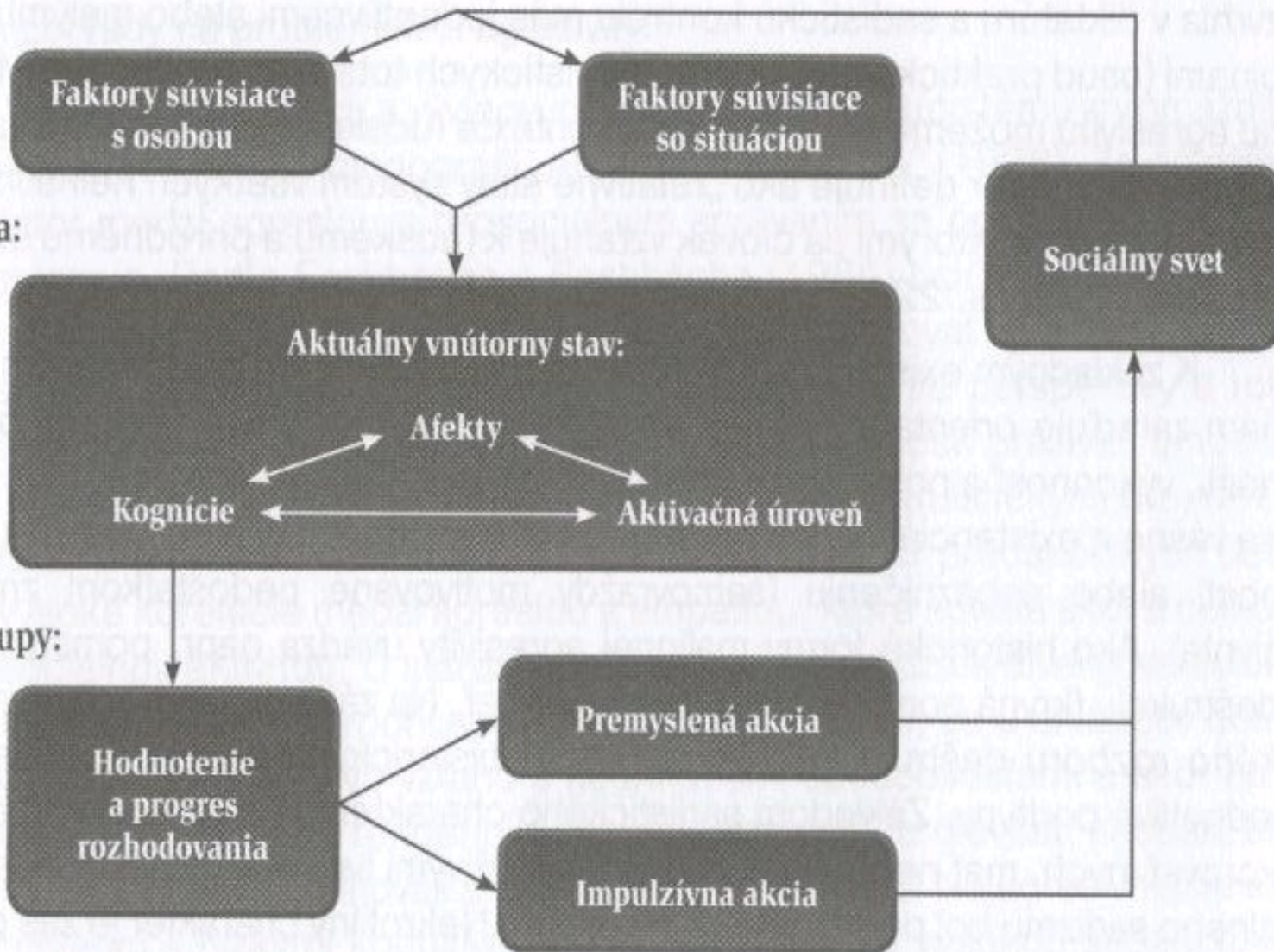
- **psychoanalýza** (S.Freud - Thanatos, A.Adler - inštinkt agresie)
- **etologické teórie** (K.Lorenz - intradruhová agresia)
- **Evolučná psychológia** (D.M.Buss - vražedný inštinkt)
- **iní autori** (W.McDougall, E.C.Tolman, P.T.Young)

Teoretické východiská forenznnej agresológie II.

Behaviorálne teórie

- **frustračne - agresívna hypotéza**
(Yaleská škola)
- **agresivita ako návyk útočenia**
(A.H.Buss, H.Selg)
- **sociálne učenie agresie** (A.Bandura)
- **kognitívne teórie** (H.Geen, L.Lovaš)

Vstupy:



■ Obr. 19: Všeobecný model agresie (Anderson a Bushman, 2002)

Teoretické východiská forenznjej agresológie III.

Integratívne a biopsychosociálne teórie

- **anatómia ľudskej deštruktivity**
(E.Fromm)
- **biopsychosociálny model** (V.Vondráček,
V.Študent)
- **personologický prístup** (G.Dobrotka)

Model extrémnej agresie

„Vražda je extrémna agresia s nezvratnými dôsledkami. Extrémne agresia však tvorí len povestný vrchol ľadovca násilia medzi ľuďmi. Je preto vhodným modelom štúdia ľudskej agresie vôbec. Každý človek je agresor a za určitých okolností sa môže stať i vrahom!“

N=176, 134 premenných (anamnéza, kriminologické faktory, psychodiagnostika, psychiatrické vyšetrenie)

(Heretik 1999)

Metódy forenznjej agresológie I.

Štúdium dokumentácie

- **kriminalistické nálezy**
- **iné expertízy** (súdne lekárstvo, súdna psychiatria)
- **výpovede obvineného a svedkov**
- **zdravotná dokumentácia**
- **register trestov**

Metódy forenznej agresológie II.

Klinické metódy

- interview

- vstupný rozhovor
- rodinná anamnéza
- osobná anamnéza
- terajšie ochorenie
- trestný čin

- pozorovanie správania pri vyšetrení

Metódy forenznej agresológie III.

Psychometrické (testové) metódy

- **viacdimenzionálnosť** - psychomotorika, intelekt, pamäť, emotivita, sociabilita
- **viacúrovňovosť** - sebaopisovacie škály, dotazníky, výkonové testy, projektívne metódy
- **interpretácia výsledkov** v kontexte anamnézy, správania pri vyšetrení a priebehových charakteristík ochorenia
- **syntéza na úrovni osobnosti** (dynamiky, motivácie, štruktúry, formátu)

Preferovaná FP batéria

- **Intelekt:** WAIS-R, Raven PM
- **Pamäť :** WMS, Meili
- **Iné výkonové:** MPDT, MMSE
- **Osobnosť:**
 - - projektívne m.: ROR (ZTT), Hand-t., FDT, AE (Luscher ? Szondi ?)
 - - dotazníky a škály : ICL, BDI, STAI, BDI, N-5, (MMPI ?, FPI ? CAGE, MAST)

Ciele forenznej agresológie

- 1/ Osobnosť páchatel'a trestného činu
- 2/ Motivácia trestného činu
- 3/ Viktimologické aspekty trestného činu
- 4/ Sociálna a individuálna prognostika
- 5/ Prevencia násilnej trestnej činnosti

Sekvenčná analýza motivácie trestného činu

a/ motivačné predpolie

b/ nábehová a iniciálna fáza

c/ realizačná fáza

d/ následná fáza

e/ fáza resocializácia resp. recidívy

Vražda (§145)

- **Revitch a Schlessinger:**
 - 1/sociogénne homicidia
 - 2/situačné homicidia
 - 3/impulzívne homicidia
 - 4/katatymické homicidia
 - 5/kompulzívne homicidia
- **Megargee:**
 - **nedostatočne a nadmerne kontrolované osobnosti**

Extrémna agresia I

**Forezná
psychológia vraždy**

ANTON HERETIK

PSYCHOPROF, spol. s r.o.

Extrémna agresia II

**Forezná
psychiatria vraždy**

Vladimír Novotný, Anton Heretik

PSYCHOPROF, spol. s r.o.

Páchatelia vražd (Heretik 1999)

- Priem. vek : 32,7 roka
- Muži 83 %, ženy 17 %

Rodinná anamnéza:

- mnohodesetné rodiny
- nízky soc. ekonom. status
- výchovný štýl chladný resp.trestajúci
- otec abnorm.osob., alkohol-
- vzťah rodičov krízový, opak.agres.

Vražda (Heretik, 1999)

Osobná anamnéza:

- poruchy správania
- len ZŠ vzdelanie, SŠ+VŠ =10%
- 40 % v krízovom partner. zväzku
- 50 % súdne stíhaných
- 30 % stíhania pre násil. trestné činy

Vraždy (Heretik1999)

Kriminologické faktory:

- 52 % vplyv alkoholu
- 2/3 v afekte hnevu
- miesto činu domov páchatel'a/obete
- nástroj najmä bodnorezné/nože/
- motív - dlhodob. krízový vzťah
- motív zištný asi 1/4 prípadov

Vraždy (Heretik, 1999)

- **Psychol. vyšetrenie:**
- **40% intelektovo subnormní**
- **2/3 poruchy osobnosti (psychopatie)**
- **13 % bez psychopatolog.nálezu**
- **68 % plná trestná zodpovednosť**
- **21% znížená, 11% nezodpoved.**
- **24% ochran. liečba závislostí,**
16 % psychiatrická OL

Vraždy (Heretik 1999)

Viktimológia :

- 6% deti, 2,3 % mladiství, regres.16,4%
- muž 50%, žena 39,3%, muž pri viacnás. 2,8 %, žena pri viacnásob. vražde 2,8%, obe pohlavia pri viacnásob. vr. 5,1 %
- príbuzní polovica prípadov
- 30 % manželské vraždy
- nevinné obete 42%, menší podiel viny
- 47 %, 11% významný podiel (VPC)

Vraždy – vývinové trendy 1979-1989 vs. 1990-1998

„Porevoluční“ páchatelia:

- menej patologické rodinné pozadie**
- vyššie kognitívne výkony**
- častejšia nezamestnanosť**
- menej často pod vplyvom alkoholu**
- častejšie „chladnokrvné“ vraždy**
- častejšie v exteriéroch a strelnými zbraňami**

Vraždy –

vývinové trendy

1979-1998 vs. 1999-2010

- vyššie vzdelanie páchatel'ov (SŠ+VŠ)
- nárast priemerného IQ (97 vs 88)
- nárast páchatel'ov bez psychopatológie (46 vs.14 %)
- častejšie použitie strelnej zbrane (37 vs. 17 %)
- častejšie pripravované a plánované konanie
- nárast zisťne motivovaných vražd
- menej časté priznanie k činu a prežívanie citovo sýtenej ľútosti (Olejárová 2011)

Vraždy – nové fenomény a výzvy pre znalcov

Vraždy na objednávku

(aj u ľudí mimo kriminálnej subkultúry)

Vraždy v rámci organizovaného zločinu

- a) Špecifické motivácie
- b) Prognóza resocializácie
- c) Tlak na znalcov

Vražda novonarodeného dieťaťa (§146)

- mladé slobodné ženy
- 40% inferiórny intelekt
- motív nechcené tehotenstvo, strach z blamáže, predsudky, postoj biol. otca
- Duncan a Duncan:
- 1/ mladé, pasívne, nezrelé prvorodičky
- 2/ staršie, asociálne, bezcitné, trestané

Týranie zverenej osoby (§208)

- **Páchatelia – psychopat. osobnosti, citovo chladní, žiarlivosť, pseudopedagogické motívy**
- **Súčasť rodinného násilia**
- **Motívy: na strane páchatel'a, existencia týranej osoby, osobnosť obete**

Zásady FP posudzovania kriminálneho násilia

- 1/ posúdenie mentálnej náročnosti
- 2/ interakcia páchatel' obet'
- 3/ konanie pod vplyvom afektu
- 4/ psychol. analýza súdnolekárskych a kriminalistických nálezov
- 5/ posúdenie agresivity
- 6/ motivačná analýza
- 7/ prognóza resocializácie

Výstupy pre klinickú prax - diagnostika

- 1) Fenomenológia – agresia ako symptóm
- 2) Diagnostické oddiferencovanie agresie, agresivity, hostility, afektivity a interpersonálno/situačných faktorov
- 3) Diagnostika agresivity na osi osobnosti
- 4) Diagnostika agresivity na psychosociálnej úrovni
- 5) Použitie klinických i testových metód

Výstupy pre klinickú prax - terapia

Zvýraznená agresivita ako problém

- 1) Čo chceme ovplyvniť – správanie ?
afektivitu ? kognície ? vzťahy ?
- 2) Aká je motivácia pacienta/klienta ku zmene ?
- 3) Aké sú terapeutické možnosti –
farmakoterapia ? psychoterapia?
resocializácia ?

Výstupy pre klinickú prax - terapia

Nedostatok agresivity ako problém

- 1) Symptóm depresívnych a úzkostných pacientov/klientov
- 2) Riziko autoagresie
- 3) „Zrelá konštruktívna agresivita“ (Poněšický 2010) ako zdroj energie, stenického emočného prežívania, presadenia sa, sebaúcty...

DOMÁCE NÁSILIE

Viktimologické aspekty

VIKTIMOLÓGIA

VIKTIMA - obeť

Klasifikácia podľa miery zavinenia trestného činu (Mendelsohn):

- a) *úplne nevinná obeť*
- b) *obeť s malým podielom viny*
- c) *obeť rovnako vinná alebo totožná s páchatel'om*
- d) *obeť vinná viac ako páchatel'*
- e) *obeť podstatne viac vinná ako páchatel'*
- f) *simulujúca či imaginárna obeť*

VIKTIMOLÓGIA

- **Viktimita** - náchylnosť, predispozícia človeka stať sa obeťou trestného činu.
- *Statický model viktimity.*
- *Dynamický model viktimity*

VIKTIMOLÓGIA

Viktimácia - proces stávania sa obeťou.

a) primárna viktimácia

b) sekundárna viktimácia

c) terciárna viktimácia

VIKTIMOLÓGIA

Praktické úlohy viktimológie :

1. Výskum kriminogenézy, odhaľovanie latentnej kriminality a ich prevencia.
2. Analýza motivácie trestného činu z hľadiska správania obete.
3. Pomoc pri odhaľovaní neznámych páchatel'ov na základe ich interakcie a poškodenia obete.
4. Posúdenie kvality a rozsahu poškodenia obete
5. Praktická sociálna, zdravotná, právna a psychologická pomoc obetiam zločinu.

Domáce násilie - formy

- fyzické násilie
- verbálne násilie
- sociálne násilie
- ekonomické násilie
- sexuálne násilie
- psychické, emocionálne

Domáce násilie – spoločné znaky

- násilie medzi blízkymi ľuďmi
- nerovnomerné rozloženie síl
- zneužívanie moci a fyzickej prevahy
- strach obeti + manipulácia agresora
- nerešpektovanie práv, potrieb, túžob obeti
- cieľ agresora: nadvláda, moc, vlastníctvo

Kľúčové znaky domáceho násilia

- **Eskalácia** – od urážok sa stupňuje k psychickému znižovaniu ľudskej dôstojnosti až k fyzickým útokom a závažným trestným činom ohrozujúcim zdravie a život.
- **Opakovanie a dlhodobosť** – z jedného útoku akéhokoľvek charakteru sa ešte nedá určiť, či ide o domáce násilie. Môže to však byť jeho začiatok.
- **Jasné a nezpochybniteľné rozdelenie rolí** osoby ohrozenej a osoby násilnej – domáce násilie nie sú vzájemné napadania, hádky, bitky, spory, kde sa role osoby násilnej a osoby ohrozenej striedajú.
- **Neverejnosť** – prebieha spravidla za zatvorenými dverami bytu či domu, mimo spoločenskej kontroly.

Aby bol čin domácim násilím, musia byť naplnené všetky štyri znaky! (Hubálek 2012)

Domáce násilie – obeť

- týrané ženy (16% žien v ČR, „piata žena“ v SR, tvoria 92-98% obetí)
- týraní muži (2-5 % obetí)
- seniori (3-5% generačnej skupiny)
- deti – (CAN child abused and neglected)

Násilie voči ženám v SR (ŠÚ SR r.2008)

Odsúdených 448 páchatel'ov !!!

- 195 za týranie zverenej osoby
- 160 sexuálne zneužívanie
- 43 znásilnenie
- 29 sexuálne násilie
- 11 kupliarstvo
- (štatistika bez vražd a ublíženia na zdraví)

Typy partnerského násila

(Banský a Heretik 2011)

- **Prvý typ** : Eskalácia konfliktu, pocity nerešpektovanosti, zahnanie do kúta, „strata kontroly“ – agresia v dôsledku silnej emoč. aktivácie – v afekte, nie sú jasné role páchatel' - obeť
- **Druhý typ**: Agresia používaná na kontrolu, zastráňovanie partnera, agresia je skôr kontrolovaná, s nižším afektívnym sprievodom, jasnejšia deľba rolí páchatel'-obeť

Páchateľ domáceho násilia

(štatistika r.2002-2012)

- Muž (96,3%)
- Vek 35-50 rokov (46,2%)
- Prvotrestaný (38,9%)
- Nepodmienečný vs. Podmienečný trest
29,8:62,8%)

Podiel domáceho násilia na celkovej násilnej kriminalite v r.

2002 (9%), 2005 (34%), 2012 (26%)

Banský (2013)

Výskum páchatel'ov domáceho násilia I. (Banský 2013)

- Adaptácia na konvenčné nároky života v mladšom veku (vzdel.,prof.,ZVS)
- Maladaptívnosť vo vyššom stred.veku (descen.kariéra, redukcia záujmov, alkohol.)
- Násilie kombinované (brach.+ verbal.)
- Prvý partner.vztah s 1 až 3 deťmi
- Temperament rigidný, oddaný, menej riskujúci, opatrný nestály, nízka empatia, sociál. netolerantnosť

Výskum páchatel'ov domáceho násilia II.

- Deficitná sociabilita, ostražitosť, nedôvera, narcistická vulnerabilita
- Tendencia ku externalizácii viny, ruminácie, ukrivdenosť
- Páchatelia domáceho násilia sú kriminálnici sui generis so špec.prognózou
- Dva resocializačné dizajny : a/ kognitívno behaviorálny manažemen emócií b) hlbinne zameraná terapia psycholog.problémov

Neštandardné diagnózy pri násilí voči ženám

RTS – Rape Trauma Sy (Burgessová a Holmesová 1974)

4 fázy : a) f.útoku b) akútna f. c) f. povrchnej adaptácie d) f.reintegrácie

Syndróm týranej ženy ???

Syndróm naučenej bezmocnosti (Seligman)

Štokholmský syndróm

Child abused and neglected (CAN)

Fyzické, psychické a a emocionálne týranie a zanedbávanie základných potrieb dieťaťa

(Dunovský 1995)

Trestno právne:

- Vražda novonarodeného dieťaťa (§ 146), Vražda (§145), zabitie (§§147,148), usmrtenie (§149) dieťaťa rodičom
- Ublíženia na zdraví (§§155-158) Zanedbanie povinnej výživy (§207), Týranie blízkej a zverenej osoby (§208)
- súlož medzi príbuznými (§ 203)

Child Sexual Abuse (CSA)

Tr.právne: Sexuálne zneužívanie (§201),

- ***Kontaktne a nekontaktné sexuálne správanie dospelého voči dieťaťu (Malá 1995)***

Akútna reakcia na stres (F 43.0)

Ide o prechodnú duševnú poruchu, ktorá je reakciou na nadmernú vonkajšiu, či už fyzickú, alebo psychickú záťaž u ináč zdravých ľudí.

Príznaky (C podľa MKCH):

- 1/ spoločenská izolácia
- 2/ zúženie pozornosti
- 3/ zreteľná dezorientácia
- 4/ hnev, alebo verbálna agresia
- 5/ zúfalstvo, alebo beznádej
- 6/ neprimeraná, alebo nezmyselná hyperaktivita
- 7/ nekontrolovaný, alebo nadmerný zármutoč (podľa lokálnych kultúrnych štandardov)

Akútna reakcia na stres (F 43.0)

Diagnostické kritériá podľa MKCH-10

- **A / Postihnutý je vystavený mimoriadnej duševnej, či fyzickej záťaži**
- **B/ Takmer okamžitý nástup a rozvoj príznakov**
- **(behom 1 hodiny)**
- **C/ Príznaky- vid' predch.obr.**
- **D/ Priebeh : Po odstránení stresoru odoznejú príznaky po dobu nie dlhšiu ako 8 hodín, pri pretrvávajúcom stresore do 48 hodín.**
- **E/ Intenzita môže byť mierna, stredná, alebo ťažká podľa množstva príznakov úzkosti popisovaných pri generalizovanej úzkostnej poruche**
- **Iné symptómy podľa DSM-IV: subjektívny pocit „ochromenia“ a neschopnosť emočnej odpovede, derealizácia a depersonalizácia, disociačná amnézia, vyhýbavé správanie.**

Posttraumatická stresová porucha (43.1)

Posttraumatická stresová porucha je **oneskorenou a pretrvávajúcou reakciou** na stresovú situáciu, či udalosť, ktorá má vynimočne ohrozujúci, či katastrofický charakter.

Príznaky (D podľa MKCH)

- 1/ úplná, či čiastočná neschopnosť vybaviť si dôležité momenty z expozície stresoru
- 2/ prítomné sú aspoň 2 symptómy z nasledujúcich :
 - a/ ťažké zaspávanie, či udržanie spánku
 - b/ podráždenosť, alebo návaly hnevu
 - c/ ťažké s koncentráciou
 - d/ hypervigilancia
 - e/ nadmerná úľaková reaktivita

Posttraumatická stresová porucha (43.1)

Diagnostické kritéria podľa MKCH-10

- A/** Jedinec zažil **traumatickú udalosť** (bol svedkom, alebo musel priamo čeliť) - ohrozeniu vlastného zdravia, osobnej integrity, života, usmrtenie niekoho iného a jeho odpoveďou bol intenzívny strach, beznádej a hrôza.
- B/** Traumatická udalosť je neodbytné a znovu prežívaná niektorým z nasledovných spôsobov -
znovuvybavovanie a znouvuprežívanie
(flashback) vo forme živých spomienok, snov, alebo pri expozícii podobným okolnostiam a podnetom.
- C/ Postihnutý sa vyhýba**, alebo znaží vyhnúť okolnostiam a podnetom, ktoré pripomínajú, alebo sú priamo spojené so stresorom.
- D/ vid' predch. obr.**
- E/ Priebeh:** Kritériá musia B,C,D byť splnené do 6 mesiacov od stresovej udalosti, alebo konca obdobia stresu. Pri diagnostikovaní PTSD po dlhšom období ako 6 mesiacov musia byť zreteľne špecifikované.

Epidemiológia PTSD

Praško a spol. (2002)

- **celoživotný výskyt PTSD v západnej populácii je u žien 10,4-12,3 a u mužov 5,0-6,0 %.**
- **ESEMeD** the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Alonso a spol.2004). 21 425 probandov zo 6 štátov (Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Taliansko, Holandsko a Španielsko)
- Celoživotná prevalencia PTSD bola 1,9 %, z toho u 0,9 % mužov a 2,9 % žien
- komorbidita PTSD veľká depresia 20,7 %, dystýmia 18,4 %, s generalizovaná úzkostná porucha /GAD/ 15,1 %, sociálna fóbia 9,6 %, špecifické fóbie 3,5 %.

Vystavenie traumatickému stresoru

(National Comorbidity Study – Kessler a spol)

- **výskyt** bol u 60,7 % mužov a 50,7 % žien.
- 12,7 % zážitok dokonaného znásilnenia
- 14,3 % uvádzalo obťažovanie, alebo pokus o znásilnenie
- 10,3 % bolo fyzicky napadnutých
- 13,4 % stratilo blízkeho, alebo priateľa homicídiom
- 35,6 % bol niekedy v živote obeťou iného zločinu
- 19,7 % mužov a 11,4 % žien pritom vo svojom živote uvádzalo viac ako 3 traumy.

Etiopatogenetické faktory PTSD

- veľkosť traumy
- vek/vývojové obdobie
- vulnerabilita
- sociálna podpora
- kopingové stratégie

Priebeh PTSD

- 30 % dochádza ku spontánnej úzdruve,
- 40 % pretrvávajú mierne príznaky,
- 20 % dôjde k zlepšeniu, ale pretrvávajú závažné príznaky
- 10 % nedôjde vôbec ku zlepšeniu a môže viesť k trvalej poruche osobnosti

Psychoterapia PTSD

(Rothbaumová 2000)

1/ Tradičné postupy

- Hypnoterapia
- Psychodynamický prístup
- KBT (expozičná t., AMT-anxiety management techniques, syst.desenz., EMDR)

2) Kombinované prístupy

V rámci SPS psychotraumatológia (TN-Hašto, Vojzová, Ševčíková, Ralaus ai)

Krízová intervencia -zásady

- okamžitá pomoc
- redukcia ohrozenia
- koncentrácia na problém „teraz a tu“
- časové ohraničenie (max.6-10 stretnutí)
- intenzívny kontakt s klientom
- štrukturovaný, aktívny až direktívny prístup
- individuálny prístup

Krízová intervencia -aktivity

- poskytovanie emočnej podpory, bezpečia
- ventilácia emócií
- konfrontácia s realitou
- identifikácia najdôležitejšieho problému
- odhalenie „skrytej zákazky“
- zhodnotenie adaptačných mechanizmov
- mobilizácia zdrojov pomoci
- vytvorenie plánu pomoci

Krízové centra pre domáce násilie v SR

- telefon. pomoc (Linka det.istoty Unicef, Linky dôvery)
- krízové centrá a občianske združenia
(Nádej BA, Pomoc obetiam násilia BA, Náruč Za, Srdiečko BB, Slniečko NR ai, Aliancia žien BA)
- azylové domy (Emauzy Holíč, Orchidea Prievidza, Fenestra Košice, Donm ČK Trebišov, Pro familia Humenné)

Agresivita, zlo, či prirodzenosť ?

(pár odpovedí)

- **Agresivita je našou prirodzenosťou**
- **Agresori nie sú „tí druhí“ – agresorom je každý z nás**
- **Odlišujeme sa len v jej intenzite a spôsoboch kanalizovania**
- **Extrémna agresia je len „vrcholom ľadovca“ v spoločnosti**
- **Za istých okolností sa môže stať vrahom každý z nás !**

Literatúra

- A.Bentovim: Týraní a sexuální zneužívání v rodinách. Praha: Grada, 1998
- D.M.Buss: Vrah v nás. Trenčín, Vyd.F. 2009
- L.Čírtková,F.Červinka:Forenzní psychologie. Praha:Support,2004
- A.Heretik : Extrémna agresia I. Forenzná psychológia vraždy. Nové Zámky: Psychoprof, 2012, 2.vyd.
- A.Heretik: Forenzná psychológia pre psychologov,právníkov, lekárov a iné pomáhajúce profesie. Bratislava: Eurokodex, 2010, 3.preprac.vyd.
- K.Holcr (Ed): Kriminológia. Bratislava, Iuris, 2008
- Novotný,V., Heretik,A.: Extrémna agresiaII. Forenzná psychiatria vraždy.Nové Zámky, Psychoprof, 2012
- D.Nutt et al.: Posttraumatic stress disorder : Diagnosis, Management and Treatment, London:Dunitz, 2000
- J.Praško a spol.: Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit. Praha: Maxdorf/Pfizer, 2003
- N.Špatenková a spol.: Krizová intervence v praxi, Praha: Grada, 2004
- Zborník : Násilie v rodine III. Bratislava, Nádej, 2004