



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59100 (13) A

(51) 7 A61B5/00, A61B8/00, A61B10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНІВ АГРЕСІЇ ЖІНКИ, ХВОРОЇ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З БЕЗПЕРЕРВНИМ ПЕРЕБІГОМ

1

2

(21) 2003010442

(22) 17 01 2003

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Спіріна Ірина Дмитрівна, Леонов Сергій Федорович

(73) Спіріна Ірина Дмитрівна, Леонов Сергій Федорович

(57) Спосіб прогнозування ступенів агресії жінки, хворої на параноїдну шизофренію, який відрізняється тим, що заздалегідь формують групу контролю та інші, хворим яких притаманні симптоми фізичної і вербальної агресії, власної та зовнішньої спрямованості, в кожній з груп проводять загальноклінічні та експериментально-психологічні обстеження, виявляють і систематизують ознаки анамнезу життя та хвороби, актуального психічно-

го стану, особливостей особистості, окремих рис агресивності, психотизму, нейротизму, рівня трижовності, патофизиологічних особливостей та не-параметричним шляхом здійснюють статистичну обробку даних, визначають фактори їх неоднорідності при вірогідності  $p \leq 0,05$ , які надалі диференціюють та систематизують, виводять додаткові ознаки агресії, з можливістю оцінки її проявів по наявності факторів відмінності, виводять їх у 4 діапазони, відповідно з якими значенням факторів привласнюють бали від 1 до 4, підсумовують їх по кожному з видів агресії, знаходять їх питому вагу та оцінюють ступінь агресії прямо пропорційно до їхніх значень, причому, якщо питома вага становить менше 30 %, встановлюють помірний ступінь імовірності агресії, якщо 30-60% - високий, а при її значенні понад 60% - дуже високий

Винахід відноситься до медицини, здебільшого до визначення, вимірювань чи реєстрації з діагностичною ціллю, а саме, до психопатологічних досліджень хворих з малодиференційованими скаргами, та може бути використаним в психіатрії, наприклад для прогнозування суспільно небезпечних та аутоагресивних діянь у жінок, що хворі на параноїдну шизофренію, переважно з її безперервним перебігом

На думку дослідників, риси характеру, що складають основу агресивності, є стійкими характеристиками, незалежними від часу та обставин [1], а їхні ознаки набувають ваги у прогнозуванні агресивних вчинків. У зв'язку із цим, зросла увага до особистісних характеристик, що мають відношення до агресії [2, 3, 4, 5]

До останнього часу аналіз суспільно-небезпечних діянь, зроблених жінками, хворими на шизофренію, був наданий лише окремими науковими розробками, а прогнозування агресії зводилося до формального враховування її окремих показників

Наприклад, відомий спосіб прогнозування гетероагресивних вчинків за тестом Баса-Дарки, що містить дослідження особистісних характеристик

пацієнта [6]

До причини, що стримує досягнення очікуваного результату при використанні об'єкта, належить ігнорування в комплексній оцінці сукупності специфічних клінічних та патофизиологічних показників поведінки, соціальних та преморбідних особливостей особистості, а від того, носить досить суб'єктивний характер

Це зумовлене, переважно тим, що відомий спосіб прогнозування заснований лише на самоуявленні пацієнтками як стану свого здоров'я, так і власних поведінчастих вчинків під час опитування, що стримує проведення якісного індивідуалізованого прогнозування ймовірності суспільно небезпечних та аутоагресивних діянь у жінок, хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом

Інших практично значущих об'єктів, щодо прогнозування ступенів агресії жінки, хворої на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, особливо, які б детермінували ризик суспільно небезпечного й аутоагресивного поведінки жінок, хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, що враховували б як клінічну картину хвороби, так і патофизиологічні особливо-

(13) A

(11) 59100

(19) UA

сті особистості, дозволяли б з більшою ефективністю здійснювати профілактику цих форм агресії, авторами-заявниками не встановлено

В основу винаходу поставлено задачу розробити такий спосіб прогнозування ступенів агресії жінки, хворої на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, який шляхом поширення уявлень про специфічні клінічні, патопсихологічні, соціальні та преморбідні фактори особистості забезпечує об'єктивність кінцевого результату при використанні

Вищезазначений технічний результат досягається тим, що у способі прогнозування ступенів агресії жінки, хворої на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, у відповідності з винаходом, заздалегідь формують групу контролю та інші, хворим яких притаманні симптоми фізичної і вербальної агресії, власної та зовнішньої спрямованості, в кожній з груп проводять загальноклінічні та експериментально-психологічні обстеження, виявляють і систематизують ознаки анамнезу життя та хвороби, актуального психічного стану, особливостей особистості, окремих рис агресивності, психотизму, нейротизму, рівня тривожності, патопсихологічних особливостей та непараметричним шляхом здійснюють статистичну обробку даних, визначають фактори їх неоднорідності при вірогідності  $p \leq 0,05$ , які надалі диференціюють та систематизують, виводять додаткові ознаки агресії, з можливістю оцінки її проявів по наявності факторів відмінності, виводять їх у 4 діапазони, відповідно з якими, значенням факторів привласнюють бали, від 1 до 4, підсумовують їх по кожному з видів агресії, знаходять їх питому вагу та оцінюють ступінь агресії прямопропорційно до їхніх значень, причому, якщо питома вага становить менше 30%, встановлюють помірний ступінь імовірності агресії, якщо 30-60% - високий, а при її значенні понад 60% - дуже високий

Причинно-слідчий зв'язок між сукупністю ознак винаходу та зазначеним вище технічним результатом полягає в наступному

Формування контрольної та інших досліджуваних груп, хворим яких притаманні симптоми фізичної і вербальної агресії власної та зовнішньої спрямованості забезпечує якість вибірки даних, їх верифікацію у подальшому. Проведення загальноклінічних і експериментально-психологічних обстежень в кожній з груп, виявлення та систематизація ознак анамнезу життя та хвороби, актуального психічного стану, особливостей особи, окремих рис агресивності, психотизму, нейротизму, рівня тривожності, патопсихологічних особливостей та виведення їх у додаткові групи сприяє повноті обліку даних, можливості аналізу специфічних клінічних та патопсихологічних показників поведінки, соціальних та преморбідних особливостей досліджуваної особистості. Здійснення статистичної обробки даних непараметричним шляхом і визначення факторів їх неоднорідності при вірогідності  $p \leq 0,05$  дозволяє провести обробку даних, які не підпорядковуються нормальному розподілу. Диференціювання і систематизація даних забезпечує виявлення додаткових груп агресії за допомогою не врахованих факторів відмінності. Виведення їх у 4 діапазони з привласнюванням балів, відповід-

но до значень цих факторів, а саме, від 1 до 4, забезпечує високовірогідну інтерпретацію даних. Підсумовування значень факторів по кожному з видів агресії, знаходження їх питомої ваги та оцінка ступенів агресії, прямопропорційно до їхніх значень, сприяє оцінці ступенів ризику та вірогідності виникнення кожного виду агресії, щонайменше, у трьох ступенях. Діапазони формування ступенів імовірності агресії, а саме помірної, високої, дуже високої були експериментально підтверджені при дослідженні понад 160 пацієнток, хворих на параноїдну шизофренію з безперервним типом перебігу, є об'єктивними та найбільш оптимальними

Тож, якість вибірки та повнота обліку даних, можливість їх верифікації, аналіз специфічних клінічних та патопсихологічних показників поведінки, соціальних та преморбідних особливостей досліджуваної особистості, обробка даних, які не підпорядковуються нормальному розподілу, виявлення додаткових груп агресії за допомогою не врахованих факторів відмінності, високовірогідна інтерпретація даних, оцінка ступенів ризику та вірогідності виникнення кожного виду агресії, щонайменше, у 3-х ступенях інформують про високу об'єктивність отримання кінцевого результату

Від так, сукупність ознак винаходу є суттєвою, бо має причинно-слідчий зв'язок з очікуваним технічним результатом, а відсутність об'єкту у досліджуваному «рівні техніки» дозволяє дійти висновку про те, що заявлене рішення задачі відповідає умови «новизна» та «винахідницький рівень»

Відомості, які підтверджують можливість здійснення способу прогнозування ступенів агресії жінки, хворої на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, і отримання вищезазначеного технічного результату полягають в наступному

Заздалегідь формують групу контролю та інші, хворим яких притаманні симптоми фізичної і вербальної агресії власної та зовнішньої спрямованості. В кожній з цих груп проводять загальноклінічні та експериментально-психологічні обстеження. Виявляють і систематизують ознаки анамнезу життя та хвороби, актуального психічного стану, особливостей особи, окремих рис агресивності, психотизму, нейротизму, рівня тривожності, патопсихологічних особливостей. Надалі непараметричним шляхом здійснюють статистичну обробку даних, визначають фактори їх неоднорідності при вірогідності  $p \leq 0,05$ , виводять додаткові ознаки агресії. Отримані дані надалі піддають диференціації та систематизації для оцінки проявів агресії по наявності факторів відмінності у подальшому. Значення цих факторів усереднюють й виводять у 4 діапазони. Потім їм привласнюють бали, від 1 до 4, які підсумовують по кожному з видів агресії та знаходять їх питому вагу. Ступінь агресії оцінюють прямопропорційно до їхніх значень, при цьому, якщо питома вага становить менше 30%, встановлюють помірний ступінь імовірності агресії, якщо 30-60% - високий, а при її значенні понад 60% - дуже високий

При дослідженні патопсихологічних станів, наприклад окремих рис агресивності, найбільш доцільне використання теста Баса-Дарки, для виявлення рис психотизму і нейротизму - теста Айзенка, а при встановленні індивідуальних особистос-

ких факторів - теста Кеттелла [6]. Первинна статистична обробка даних містить визначення вибіркової середньої та її помилки, по результатам описової статистики результатів Первинну вибірку проводять типологічно, з урахуванням приналежності до жіночої статі, нозологічно верифікують, у відповідності з міжнародною класифікацією психічних, поведінкових розладів 10 перегляду (МКБ-10), як шизофренію параноїдної форми з безупинним типом перебігу, враховують факт наявності суспільно небезпечного й аутоагресивного поведіння. Вторинні методи статистичної обробки зводять до непараметричних методик, з використанням комп'ютерної програми, наприклад «Statistica Electronic Manual Index», по якій розраховують точний двосторонній критерій Фішера та враховують критерій Данна [7], при достовірній імовірності безпомилкового прогнозу 95% й вище. Однорідність груп з'ясовують за допомогою критерію «Хі²». Використані критерії були відповідальними за рівні тривожності, патопсихологічні особливості та якість побудови додаткових ознак агресії. Клінічні дослідження включали збір анамнезу хвороби та життя, вивчення актуального психічного стану. Для заглибленого вивчення параметрів агресії використали розроблений багатофакторний опитувальник актуальних клінічних параметрів (таблиця №11), з урахуванням даних про продуктивні та негативні механізми психічно хворих. Для спрощення висновків та наочності аналітичних результатів використовують табличну документацію.

Приклад. Хвора Д., 1966р.н., історія хвороби №7189/99, знаходилась у ЛДКМКП - лікувальному об'єднанні Дніпропетровського Комунального Міжрайонного Клінічного Психоневрологічного центру.

Для прогнозування ступеня агресії цієї хворої, заздалегідь формували групу контролю та інші, хворим яких притаманні симптоми фізичної і вербальної агресії власної та зовнішньої спрямованості, в кожній з груп проводили загальноклінічні та експериментально-психологічні обстеження, виявляли та систематизували ознаки анамнезу життя та хвороби, актуального психічного стану, особливостей особи, окремих рис агресивності, психотизму, нейротизму, рівня тривожності, патопсихологічних особливостей, непараметричним шляхом здійснювали статистичну обробку даних, визначали фактори їх неоднорідності при вірогідності  $p \leq 0,05$ , виводили додаткові ознаки агресії, які надалі диференціювали та систематизували, з можливістю оцінки проявів агресії по наявності факторів відмінності, усереднювали значення факторів, виводили їх у 4 діапазони, відповідно з якими, значенням факторів привласнювали бали, від 1 до 4, підсумовували їх по кожному з видів агресії, знаходили їх питому вагу та оцінювали ступінь агресії прямопропорційно до їхніх значень, за умов розподілу питомої ваги в одному з наданих діапазонів.

Більше. Встановили, що ранній розвиток захворювання був без особливостей. Має спадкоємну обтяженість по лінії дідуся своєї матері, що страждав психічними розладами. Виховувалася в родині з несприятливими матеріальними умовами. Має рідну сестру, що у даний момент психічно здорова. Навчання в школі з 7 років. Навчалася

задовільно, класи не дублювала. Мала характерологічні особливості у вигляді конфліктності і брутальності [ознака №1], часто сварилася з одноплічниками по малозначному приводу, лихословила. Після закінчення школи поступила у медичний інститут, однак освіту не закінчила через «відсутність інтересу». Останнім часом ніде не працює [ознака №2]. Хворіє понад шість років [ознака №3]. Вперше психічні відхилення з'явилися у 1993 році, коли стала дратівливою і злісною, порушився сон по глибині і тривалості. Розлади мислення мали прояви у вигляді маревних висловлень на адресу родичів, вважала що до неї змінили відношення, почали якось по особливому відноситися, знущатися (марення відносин) [ознака №4]. З цього приводу часто «з'ясовувала відносини», конфліктувала і сварилася, загрожувала матері фізичною розпавою, була напружена, тривожна. Була госпіталізована у психіатричний стаціонар. У подальшому перебувала в стаціонарі ще двічі. При обстеженні у даний час орієнтована вірно у власній особистості та часі. Бачить в оточуючих близьких родичів, що «маскуються під чужих» (симптом «позитивного двійника»), заявляє, що навколишні якимось чином на неї впливають, «читають думки» (симптом відкритості). У міркуваннях виявляла резонерство, різноплановість [ознака №5]. Емоційні розлади проявлялися неадекватністю, парадоксальністю, апатією [ознака №6]. Трималася відокремлено.

Отриманий клінічний опис зіставлений із критеріями ризику виникнення агресивних форм поведінки, представлених у таблиці №1. У результаті виявлено 6 ознак, наявність яких підвищує ризик виникнення агресивних форм поведінки в приведеному клінічному прикладі (у тексті ознаки відмічені номерами). Усі вони приведені нижче, і надалі, для підрахунку ступеня агресивності відзначені в таблиці №2 цифрою, виділеною курсивом.

Ознака №1 - конфліктність і брутальність, №2 - ніде не працююча, №3 - хворіє понад шість років, №4 - наявність марення відносин, №5 - різноплановість мислення, №6 - неадекватність, парадоксальність, апатія. Результати клінічного обстеження наведені у таблиці №1.

Результати експериментально - психологічного обстеження за допомогою тестів Кеттелла, Баса - Дарки, Айзенка та Тейлор наведені для зручності аналізу у таблицях №№ 3, 5, 7, 9. Знаком «+» відмічені твердження, що збіглися з відповідним номером питання.

Отримані результати оцінені шляхом підрахунку кількості однакових із стандартними ключами до тестів відповідей і далі рознесені у таблицях №№ 4, 6, 8, 10.

Проведено порівняння отриманих клінічних ознак та оцінок по шкалам тестів з диференціальними критеріями ризику агресивних форм поведінки у таблиці №2, і у разі наявності диференційної ознаки, її значення виділялося у відповідній клітинці курсивом.

Приводимо перелік встановлених тестами патопсихологічних диференціальних ознак, наявність яких підвищує ризик виникнення агресії у даному випадку.

При експериментально - психологічному дослідженні тестом Кеттла виявлена недостатність комунікативних і міжособистісних відносин по шкалах A, F, L, N

Так, були встановлені

1 низькі бали по шкалі «А» «замкнутість - товариськість», що відповідає відособленому й аутичному поведінню хворої (3 бали, 1 стень, низькі значення),

2 посилення характеристик стриманості (стенни (4 бали) по шкалі (F) «стриманість - експресивність»),

3 посилення проявів підозрливості (високі стени (5 балів) по шкалі (L) «довірливість-підозрливість»),

4 риси брутальності, самовпевненості і безпосередності, підтверджені низькими показниками по шкалі «N» «гнучкість - прямолинійність» (2 бали, 2 стени, низькі значення),

5 емоційно - особистісні особливості по шкалах C, E, I, Q<sub>4</sub>

Це дозволило виявити

1 посилення проявів емоційної нестійкості (середні і низькі стени ( $\leq 8$  балів) по шкалі «C» «емоційна нестійкість - стійкість»),

2 прагнення домінувати у відносинах з навколишніми, на що вказують високі значення по шкалі "E" «підкореність - домінантність» (10 балів, високі стени),

3 тенденцію до жорстокості і самовпевненості, на що вказують низькі показники шкали «1» «жорстокість - чуттєвість» (4 бали, 2 стени, низькі значення),

4 посилення напруженості (високі стени (10 балів) по шкалі (Q<sub>4</sub>) «розслабленість-напруженість»),

5 правдивий характер відповідей (значення по шкалі МД - 10 балів, при значенні норми 10-12 балів)

При обстеженні за тестом Баса-Дарки виявлені

1 висока підозрливість (10 балів, високий рівень  $\geq 6$  балів),

2 високий загальний індекс ворожості (15 балів, значимим є рівень  $\geq 14$ )

При обстеженні тестом Айзенка виявлені риси психотизму (високі значення по шкалі «психотизм»

14 балів, значимим є рівень  $\geq 13$ )

Надалі ризик виникнення тієї чи іншої форми агресивного поведіння з'ясовувався шляхом підсумовування виділених курсивом цифр по стовпцях таблиці №2, з наступним множенням на приведені у передостанньому рядку коефіцієнти і прямим зіставленням з наступними критеріями: сума до 30% - помірний ступінь імовірності агресії, сума 30-60 (%) - високий ступінь імовірності агресії, сума у 60-100 (%) - дуже високий ступінь імовірності агресії

Приводимо розрахунок ступеня агресивності наведеного клінічного приклада

Загальна агресивність дорівнює

(Сума балів по шкалі)\*33%=2\*33=66%, тобто становить високий ступінь імовірності даного виду агресії

Гетероагресія (недиференційована) дорівнює

(Сума балів по шкалі)\*3,7%=16\*3,7=59,2%, тобто становить високий ступінь імовірності даного виду агресії

Фізична гетероагресія дорівнює

(Сума балів по шкалі)\*8,3%=2\*8,3=16,6%, тобто становить помірний ступінь імовірності даного виду агресії

Вербальна гетероагресія дорівнює

(Сума балів по шкалі)\*2,9%=18\*2,9=52,5%, тобто становить високий ступінь імовірності даного виду агресії

Аутоагресія (недиференційована) дорівнює

(Сума балів по шкалі)\*3,8%=13\*3,8=49,4%, тобто становить високий ступінь імовірності даного виду агресії

Таким чином, після клінічного випробування «Способу прогнозування ступенів агресії жінки, хворої на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом», була встановлена можливість його використання в практичній психіатрії з досягненням позитивного результату, який стосується отримання кінцевих прогностичних висновків високої ступіні об'єктивності та розробки адекватних лікувальних заходів

Тож, розроблене рішення задачі відповідає умові «промислова придатність» і в сукупності з вищенаведеними твердженнями може бути кваліфіковане винаходом України

Таблиця № 1

## Диференціальні клінічні критерії агресивного поводження

№ п/п	Фактори ризику агресії	Наявність фактору
1.	<b>Преморбідні особливості:</b> <i>Сукупна вираженість психологічних преморбідних особливостей:</i>	
2.	<input type="checkbox"/> у вигляді конфліктності	+
3.	<input type="checkbox"/> у вигляді агресивності	
4.	<input type="checkbox"/> у вигляді брутальності	+
5.	<b>Соціальні особливості:</b> <input type="checkbox"/> непрацюючі	+
6.	<input type="checkbox"/> не маючі професії	
7.	<input type="checkbox"/> маючі середню фахову освіту	
8.	Тривалість захворювання від 6 до 9 років	+
9.	<b>Клінічні:</b> <b>Формальні зміни мислення</b> <input type="checkbox"/> прискорений темп мислення	
10.	<input type="checkbox"/> розпад асоціативного процесу у вигляді різноплановості суджень	+
11.	<b>Розлади сприймання</b> у вигляді імперативних галюцинацій, зв'язаних з актуальним маренням і спрямованих на «вузьке коло» рідних і близьких	
12.	<b>Актуалізація маревних ідей</b> <input type="checkbox"/> загальна актуалізація маревних ідей	+
13.	<input type="checkbox"/> у тому числі по типу маревних ідей ревнощів	
14.	<input type="checkbox"/> у тому числі по типу маревних ідей відносин	+
15.	<b>Спрямованість маревних ідей на «вузьке коло», з безпосередньою мотивацією агресії по типу:</b> <input type="checkbox"/> «маревний захист-помста» і «активний маревний захист»	+
16.	<input type="checkbox"/> «самопокарання», «вистерпність погрози», «протест-помста», «відмовлення-капітуляція»	
17.	<b>Апатичні зміни у вигляді:</b> тьмачності емоцій, випадіння емоцій, паратимії	+
18.	<b>Зниження адекватності самооцінки</b>	
19.	<input type="checkbox"/> переконаність у вірності тільки власної поведінки	
20.	<b>Дисиммулятивні тенденції</b> <input type="checkbox"/> сукупна виразність дисиммулятивних тенденцій	
21.	<input type="checkbox"/> парціальний варіант дисимуляції	
22.	<input type="checkbox"/> дисиммулятивні тенденції по типу «психологізації»	

Таблиця № 2

**Диференціювання ступенів ризику агресивних форм поведінки у жінок,  
що хворіють безупинно поточною параноїдною шизофренією**

№ п/п	Фактори ризику агресії	Загальної агресивності	Гетероагресії (недиференційованої)	Фізичної гетероагресії	Вербальної гетероагресії	Аутоагресії (недиференційованої)	Фізичної аутоагресії
1	2	3	4	5	6	7	8
1	<b>Преморбідні особливості</b>						
2	<i>Сукупна вираженість патопсихологічних преморбідних особливостей:</i>				4		
3	<input type="checkbox"/> у вигляді конфліктності				2		
4	<input type="checkbox"/> у вигляді агресивності	1					
5	<input type="checkbox"/> у вигляді брутальності				1		
6	<b>Соціальні особливості:</b>		4				
7	<input type="checkbox"/> непрацюючі						
8	<input type="checkbox"/> не маючі професії		1				
9	<input type="checkbox"/> маючі середньо фахову освіту						1
10	<b>Тривалість захворювання від 6 до 9 років</b>					2	
11	<b>Клінічні</b>						
12	<b>Формальні зміни мислення</b>		1				
13	<input type="checkbox"/> прискорений темп мислення						
14	<input type="checkbox"/> розпад асоціативного процесу у вигляді різноплановості суджень				4		
15	<b>Розлади сприймання</b>						
16	у вигляді імперативних галюцинацій, зв'язаних з актуальним маренням і спрямованих на «вузьке коло» рідних і близьких					3	
17	<b>Актуалізація маревних ідей</b>		4				
18	<input type="checkbox"/> загальна актуалізація маревних ідей						
19	<input type="checkbox"/> у тому числі по типу маревних ідей рівноців			1			
20	<input type="checkbox"/> у тому числі по типу маревних ідей відносин				4		
21	<b>Спрямованість маревних ідей на «вузьке коло», з бетосередньою мотивацією агресії по типу:</b>						
22	<input type="checkbox"/> «маревний захист-помста» і «активний маревний захист»		3				
23	<input type="checkbox"/> «самопокарання», «вестерлість погрози», «протест-помста», «відмовлення-капітуляція»					1	
24	<input type="checkbox"/>						
25	<b>Апатичні зміни у вигляді:</b>						
26	тупості емоцій, випадіння емоцій, паретимії		2			2	
27	<b>Зниження адекватності самооцінки</b>			4			
28	<input type="checkbox"/> переконаність у вірності тільки власної поведінки		1				

1	2	3	4	5	6	7	8
20	<input type="checkbox"/> парціальний варіант дисимуляції		1				
21	<input type="checkbox"/> дисимультантні тенденції по типу «психологізації»						1
22	<b>Виявлені тестом Кеттела</b> <i>Комунікативні особливості та характер міжособистісних взаємовідносин, у тому числі:</i> Посилення проявів замкнутості (середні і низькі стени ( $\leq 7$ балів) по шкалі «А» «замкнутість - товарищівність»)				1		
23	Посилення характеристик стриманості (середні і низькі стени ( $\leq 4$ балів) по шкалі (F) «стриманість - експресивність»)					1	
24	Посилення проявів підозрливості (середні стени ( $\geq 4$ ) по шкалі (L) «довірливість-підозрливість»)			2			
25	Посилення проявів прямолинійності (середні стени ( $\leq 4$ балів) по шкалі (N) «гнучкість-прямолинійність»)				1		
26	Посилення проявів прямолинійності (низькі стени ( $\leq 3$ балів) по шкалі (N) «гнучкість-прямолинійність»)					2	
27	Посилення проявів наполегливості (середні і високі стени ( $\geq 9$ балів) по шкалі (Q2 балів) поступливість-напористість»)		2				
28	<i>Емоційно -вольові особливості, у тому числі:</i> Посилення проявів емоційної нестійкості (середні і низькі стени ( $\leq 8$ балів) по шкалі «С» «емоційна нестійкість – стійкість»)					4	
29	Посилення проявів доміантності (високі стени ( $\geq 8$ балів) по шкалі (E) «підкореність-доміантність»)				1		
30	Посилення проявів підкореності (середні і низькі ( $\leq 4$ балів) стени по шкалі (E) «підкореність-доміантність»)					1	
31	Підвищення схильності до почуттів (середні і низькі стени ( $\leq 7$ балів) по шкалі (G) «схильність почуттям - висока нормативність поведінки»)		2				
32	Посилення проявів жорстокості (середні і низькі стени ( $\leq 6$ балів) по шкалі (I) «жорстокість-чуттєвість»)				2		
33	Посилення проявів чуттєвості (високі стени ( $\geq 9$ балів) по шкалі (I) «жорстокість-чуттєвість»)					2	
34	Посилення проявів тривожності (високі стени (9 балів) по шкалі «О» «впевненість у собі – тривожність»)				3		
35	Посилення проявів тривожності (високі стени (10 балів) по шкалі «О» «впевненість у собі – тривожність»)					2	

1	2	3	4	5	6	7	8
36	<b>Інтелектуальні особливості, у тому числі:</b> Посилення проявів радикалізму (високі стени ( $\geq 9$ балів) по шкалі (Q1) «консерватизм-радикалізм»)				2		
37	<b>Виявлені тестом Баса-Дарки</b> Фізична агресія (значення по шкалі ( $\geq 7$ балів) більше норми)			1			
38	Непряма агресія (значення ( $\geq 6$ балів) більше норми)		2				
39	Схильність до роздратування (значення ( $\geq 7$ балів) більше норми)				1		
40	Негативізм (значення ( $\geq 3$ балів) більше норми)			3			
41	Образа і ненависть (значення ( $\geq 7$ балів) більше норми)			1			
42	Підозрілість (значення ( $\geq 8$ балів) більше норми)		2				
43	Вербальна агресія (значення ( $\geq 9$ балів) більше норми)		1				
44	Почуття провини (значення ( $\geq 7$ балів) більше норми)					2	
45	Загальний індекс агресивності (значення ( $\geq 22$ балів) більше норми)				2		
46	Індекс ворожості (значення ( $\geq 14$ балів) більше норми)				3		
47	<b>Виявлені тестом Тейлора</b> високі показники рівня тривоги ( $\geq 40$ балів)					2	
48	<b>Виявлені тестом Айзенка:</b> Психотизм (високі показники ( $\geq 13$ балів) по шкалі психотизму)		1				
49	Екстраверсія (високі показники ( $\geq 13$ балів) по шкалі екстраверсія-інтроверсія)				1		
50	Інтроверсія (низькі показники ( $\leq 6$ балів) по шкалі екстраверсія-інтроверсія)						2
51	Нейротизм (високі показники ( $\geq 21$ балів) по шкалі нейротизму)					2	
52	<b>Коефіцієнт множення</b>	33	3.7	8.3	2.9	3.8	25
53	<b>Всього :</b>	66%	59,2%	16,6%	52,5%	49,4%	-

**Умовні позначки:** Цифрами позначена вага кожної ознаки в групі;

Коефіцієнт множення – додаткова величина в останньому рядку таблиці,  
на яку збільшується сума ваг по кожній групі;

Імовірність появи агресії оцінювалась за умов:

Якщо сума до 30 % – помірний ступінь імовірності агресії;

Якщо сума 30 – 60 (%) – високий ступінь імовірності агресії;

Якщо сума у 60 – 100 (%) – дуже високий ступінь імовірності агресії;





## Облік результатів опитування за тестом Баса-Дарки

№	так	ні	№	так	ні	№	так	ні
1		+	31.		+	61	+	
2		+	32	+		62	+	
3		+	33		+	63		+
4	+		34		+	64	+	
5.		+	35		+	65	+	
6.		+	36.	+		66		+
7	+		37	+		67		+
8	+		38.	+		68		+
9		+	39	+		69.		+
10	+		40	+		70		+
11		+	41	+		71	+	
12.	+		42		+	72	+	
13.	+		43	+		73		+
14	+		44	+		74		+
15		+	45		+	75		+
16.		+	46.	+		76	+	
17.	+		47.		+	77	+	
18		+	48	+		78		+
19.		+	49	+		79	+	
20	+		50	+		80		+
21	+		51	+		81		+
22	+		52	+		82		+
23		+	53		+	83		+
24	+		54		+	84		+
25		+	55		+	85		+
26		+	56	+		86	+	
27		+	57	+		87	+	
28		+	58	+		88	+	
29	+		59		+	89	+	
30	+		60		+	90		+



№ п/п		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	так	+				+				+	
	ні				+						+
5	так			+		+	+	+		+	
	ні				+						+
6	так	+		+				+		+	
	ні										
7	так	+		+			+		+		
	ні									+	
8	так				+		+	+		+	+
	ні			+		+					
9	так	+			+	+		+	+	+	+
	ні										
10	так										
	ні										

Таблиця № 8

## Оцінка результатів опитування за тестом Айзенка

Найменування шкали	Бали	Низькі показники	Середні показники	Високі показники
Психотизм	14			+
Екстраверсія-інтроверсія	10		+	
Нейротизм	18			+
Щирість	7	Норма до 10 балів		

## Облік результатів опитування за тестом Тейлор

№ п/п		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	так			+							
	ні				+	+	+			+	
1	так		+	+	+					+	
	ні						+		+		+
2	так				+	+				+	
	ні			+							+
3	так		+			+				+	
	ні										+
4	так	+						+	+	+	+
	ні		+		+						
5	так				+	+		+			
	ні		+						+		
6	так	+									
	ні										

Таблиця № 10

## Оцінка результатів дослідження за допомогою теста Тейлор

Шкала найменування	Бали	Низькі показники	Середні показники	Високі показники	Дуже високі показники
Шкала тривоги	31			+	
Шкала брехли	3				

## Загально – клінічні особливості

№ п/п	Показники
1.	Номер історії хвороби
2.	Шифр по МКБ –10 F.20.00
3.	Номер відділення
4.	Ф.И.О.
5.	В повного років:
6.	до 20 років
7.	20-29 років
8.	30-39 років
9.	40-49 років
5	50-59 років
6	старше 60 років
7	Утворення:
8	початкове
9	неповне середнє
10	середнє
11	середньо спеціальне
12	незакінчене вище
13	вище
14	Професійна орієнтація:
15	робоча
16	службовець
17	професій не має
18	Наявність інвалідності :
19	інвалідність 1-ї групи
20	інвалідність 2-ї групи
21	інвалідність 3-ї групи
22	Відношення до трудової зайнятості:
23	працююча
24	непрацююча
25	домогосподарка
26	що навчається
27	пенсіонерка
28	Давнина захворювання (у роках):
29	до 1 року
30	1-2 року
31	3-5 років
32	6-9 років
33	10-14 років
34	15-19 років
35	20-24 року
36	понад 25 років
37	Дата обстеження
38	Кількість госпіталізацій:
39	1
40	2—5
41	6—10
42	11—15
43	6—20

№ п/п	Показники
44	21 і >
45	Відношення до шлюбу
46	у шлюбі
47	розведена
48	формальний шлюб з неоформленим розводом
49	цивільний шлюб
50	удова
51	у шлюбі не була
52	Мають дітей:
53	одного
54	двох
55	трьох і більше
56	Генетична обтяженість
57	шизофренією
58	обтяженість іншою патологією
59	обтяженість алкоголізмом
60	суїцидальна обтяженість
61	шизофренією
62	Шизофренією в матері
63	шизофренією в батька
64	шизофренією в сестер
65	шизофренією в братів
66	шизофренією в ін. родичів
67	обтяженість ін. патологією
68	ін. психопатологією у сестер
69	ін. психопатологією у братів
70	ін. психопатологією у батька
71	ін. психопатологією у ін. рідних
72	ін. психопатологією у матері
73	Обтяженість алкоголізмом
74	алкоголізмом у матері
75	алкоголізмом у батька
76	алкоголізмом у сестер
77	алкоголізмом у братів
78	алкоголізмом в ін. рідних
79	суїцидальна обтяженість
80	суїцидальними спробами в матері
81	суїцидальними спробами в батька
82	суїцидальними спробами в сестер
83	суїцидальними спробами в братів
84	суїцидальними спробами в ін. рідних
85	завершеними суїцидами в матері
86	завершеними суїцидами в батька
87	завершеними суїцидами в сестер
88	завершеними суїцидами в братів
89	зав. суїцидами в ін. рідних
90	Несприятливі умови виховання
91	Виховання без матері
92	Виховання без батька
93	Сирота
94	Єдина дитина в родині
95	У родині з двома дітьми

№ п/п	Показники
96	У багатодітній родині (2-і більше дітей)
97	В умовах школи-інтернату
98	В умовах дитячого будинку
99	Виховання в умовах уседозволеності
100	Безконтрольності
101	Деспотизму
102	Гперопіки
103	Жорстокості
104	дохворобливі особистісні особливості.
105	У виді дратівливості
106	У виді конфліктності
107	Агресивності
108	Помисливості
109	У виді злопам'ятності
110	У виді брутальності
111	У виді брутальності
112	У виді наполегливості
113	У виді незалежності
114	У виді сміливості
115	У виді рішучості
116	У виді відособленості
117	У виді аутичності
118	У виді невимотивованих страхів
119	У виді тривожності
120	У виді розгубленості
121	У виді сором'язливості
122	Ранимості
123	Чутливості
124	У виді пасивної підкореності
125	У виді сугестивності
126	У виді нерішучості
127	У виді розгальмування потягів
128	У виді побутового чи пияцтва алкоголізму
129	Розлад сприйняття і сенсорного синтезу:
130	Дереалізація
131	Деперсоналізація
132	Розгубленість
133	Щирі зорові галюцинації
134	Щирі вербальні галюцинації
135	Щирі імперативні галюцинації
136	Тактильні галюцинації
137	Псевдогалюцинації.
138	Зорові
139	Вербальні
140	Імперативні
141	Формальні розлади мислення:
142	Паралогічності
143	Амбивалентності
144	Різномановності
145	Розірваність
146	Резонерство
147	Аутичності



№ п/п	Показники
148	Символізм
149	Неологізми
150	Темп мислення нерівномірний
151	Темп мислення уповільнений
152	Темп мислення прискорений
153	Продуктивні розлади мислення
154	маревні ідеї переслідування
155	маревні ідеї величч:
156	маревні ідеї самознищення
157	маревні ідеї переслідування
158	безпосередні маревні ідеї переслідування
159	Відносини
160	Особливого змісту
161	Імперативне марення
162	Отруєння
163	впливу
164	марення релігійного змісту
165	Матеріального збитку
166	Чаклунства
167	Ревнощі
168	Сутяжно-кверулянтське марення
169	Маревні ідеї величч:
170	Власне маревні ідеї величч
171	маревні ідеї вихідництва
172	маревні ідеї реформаторства
173	маревні ідеї високого походження
174	маревні ідеї багатства
175	еротичне марення
176	маревні ідеї самознищення
177	маревні ідеї самознищувачення
178	маревні ідеї гріховності
179	Іпохондричне марення
180	Нігілістичне марення
181	Тенденція до актуалізації марення
182	Тенденція до розширення фабули
183	Висока афективна насиченість
184	Утілення в зовнішнім поводженні
185	Спрямованість на вузьке коло
186	тенденція до стабілізації марення
187	Стабільність
188	монотематичність
189	Тенденція до дезактуалізації марення
190	Інкапсуляція переживань
191	Резидуальне марення
192	віднесення до минулих пол'їв
193	втрата афективного фарбування
194	мають ведучими позитивні синдроми
195	Параюльний
196	Параноїдний
197	Галюцинаторно-параноїдний
198	Парафреничний
199	Іпохондричний

№ п/п	Показники
200	Галюцинаторно-параноїдний
201	Депресивний
202	Депресивно-параноїдний
203	Афективно-маревний
204	Депресивно-іпохондричний
205	Кататонічні включення у т.ч. негативізм включення
206	мають ведучими негативні синдроми
207	Психопатоподібний
208	наявність дефекту
209	апато-абулічний дефект
210	психопатоподібний дефект
211	параноїдний
212	ейфоричний тип
213	змішаний тип дефекту
214	емоційні розлади
215	Ейфорія
216	Гіпотимія
217	Тривога
218	Дисфорія
219	Емоційна лабільність
220	емоційне збіднення
221	Емоційна неадекватність
222	Апатія
223	Амбівалентність
224	патологічні форми поведінки
225	Манірність
226	амбівалентність
227	пасивна підкореність
228	мають гетероагресивну мотивацію
229	продуктивно-психотичні механізми
230	негативно-особистісні механізми
231	продуктивно-психотичні механізми
232	З маревною мотивацією
233	без маревної мотивації
234	З маревною мотивацією
235	Активний маревний захист
236	пасивний маревний захист
237	маревна захист-помста
238	реалізація маревних проєктів
239	маревна демонстрація
240	спокута маревної провини
241	марення псевдореабілітація
242	Непряма маревна мотивація
243	без маревної мотивації
244	імперативні галюцинації
245	Явища психічного автоматизму
246	ідеаторного
247	Сексорного
248	Моторного
249	Негативно-особистісні механізми гетероагресії
250	Ситуаційно-спровоковані дії
251	Ініціативні дії

№ п/п	Показники
252	Ситуаційно-спровоковані дії
253	емоційна безконтрольність
254	Інтелектуальна неспроможність
255	гіпобудія суттєвості і підкореність
256	Ініціативні дії
257	Перекрученість і розгалужування потягів
258	Псевдосоціальна гіперактивність
259	Дефіцит вищих емоцій
260	Мотивація аутоагресії
261	протест-помста
262	нертерпівість погрози
263	самопокарання
264	відмовлення-капітуляція
265	заклик
266	Імперативні галюцинації психічний автоматизм
267	змінені критичні функції
268	до ступеня формальної схоронності критичних функцій
269	утрата критичних функцій
270	до ступеня формальної збереженості критичних функцій
271	Формальний жаль із приводу аутоагресії
272	Формальний жаль із приводу гетероагресії
273	Формально- критичне відношення до хвороби
274	формально-критичне відношення до лікувального процесу
275	Наявність формально- реальних планів на майбутнє
276	втрата критичних функцій
277	заперечення хворобливості свого стану
278	байдужіє відношення
279	переконаність у власній правоті
280	заперечення хворобливості свого стану
281	негативне відношення до лікування
282	заперечення хворобливості свого стану
283	байдужіє відношення
284	Байдужість до аутоагресії
285	Байдужість відношення до гетероагресії
286	байдужіє відношення до свого майбутнього
287	переконаність у власній правоті
288	Переконаність у правоті аутоагресії
289	Переконаність у правильності гетероагресії
290	Дисимулятивні тенденції
291	Аутистична форма
292	Тотальна
293	Парціальна
294	Віднесення переживань до минулого періоду
295	Психологізація
296	Екранування
297	Симуляція психозу

Джерела інформації

1. Baron R.A., Richardson R.D. Human Aggression - N.Y. London: Plenum press, 1989 - P. 24-25
2. Blass T. Understanding behavior in the Milgram

obedience experiment The role of personality, situations, and their interactions // J. of Personality and Social Psychology - 1991 - Vol. 60 - P. 398-413

3 Bushman B J, Cooper H M Effects of alcohol on human aggression an integrative research review // Psychological Bulletin - 1990 - Vol 107 - P 341-354

4 Buss A H Physical aggression in relation to different frustrations // J of Abnormal and Social Psychology - 1963 - Vol 67 - P 1-7

5 Scheier M F, Buss A H, Buss D M Self-

consciousness, selfreport of aggressiveness, and aggression // J of Research in Personality - 1978 - №12 - P 133-140

6 Ахмеджанов Э Р Психологические тесты Составление, подготовка текста, библиография - М, 1996 - 320с

7 Гланц С Медико-биологическая статистика Пер с англ - М Практика, 1999 - 459с