**1. Заключение по данным экспериментально - психологического обследования**

**М., 19 лет**

При проведении психологического обследования испытуемая охотно шла на сотрудничество. Контакт носил свободный неформальный характер и сохраняется таковым до окончания эксперимента. Однако в большей степени она проявляла интерес не к проводимому исследованию и его возможным результатам, а скорее была заинтересована в самом процессе общения, ее привлекала возможность поговорить о себе и своих переживаниях, получить внимание, поддержку и сочувствие. Мотив экспертизы при этом как таковой сформирован не был, так как для него требуется наличие у испытуемого исследовательской мотивации, когда есть заинтересованность в том, чтобы выяснить что-то содержательное о себе, чего в данном случае почти не наблюдалось. Основной вопрос, который интересовал исследуемую был следующим: «Надеюсь, по этим тестам у меня там не полный ужас?». От выполнения заданий и методик исследуемая не отказывалась, выполняла их четко, аккуратно, старательно. Для нее очень важна была сторонняя позитивная оценка, хотя внешне она пыталась демонстрировать безразличие к похвале в свой адрес и постоянно критиковала себя. Желание произвести благоприятное впечатление на экспериментатора являлось ведущей мотивацией испытуемой в процессе психологического обследования.

Фон настроения был неустойчивым в течение всего эксперимента. Отмечалась недостаточность аффективного контроля, невысокий контроль над вербальной и интеллектуальной продукцией. Эмоциональные реакции были средней интенсивности и продолжительности. Движения были немногочисленные, больше скованные, поза чаще статичная, зажатая. Мимика живая, богатая. Речь грамотная, достаточный словарный запас, отмечается частое использование литературных штампов, эпитетов, что является признаком демонстративности и экономии интеллектуальных ресурсом, за счет использования готовых формул («Он казался мне тогда человеком довлатовского типа»).

Испытуемая была общительна, активна в беседе, много и с удовольствием рассказывала о себе, готова была откровенно обсуждать любые даже самые интимные вопросы, которые сама же и задевала, при этом она смущалась, но продолжала рассказывать и прервать ее или направить разговор в другое русло было достаточно трудно. В поведении демонстрировала такие черты, как неуверенность, скромность, застенчивость, инфантильность, хотя в своих суждениях противоречила своему поведению. Выявлялась некоторая противоречивость: то испытуемая утверждала, что она «жутко скованная и закомплексованная», то говорила, что «способна на такие экстравагантные поступки, на какие не каждый осмелится». Эмоциональная поддержка и ободряющая обстановка значительно улучшали продуктивность работы и удовлетворяли актуальную потребность испытуемой.

Темп работы на протяжении всего обследования был высоким. При выполнении целенаправленной деятельности обследуемая практически не утомлялась, эффективность работы на протяжении всего эксперимента оставалась высокой, ухудшения качества работы со временем не происходило. Отмечался высокий уровень трудоспособности.

**Целью настоящего обследования** явилось получение дополнительных экспериментально - психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов, исследование эмоционально-поведенческой сферы, а также уточнение особенностей личности для определения актуального психологического статуса обследуемого.

*В результате проведенного обследования были получены следующие данные:*

***Внимание.*** Время выполнения проб на внимание в пределах возрастной среднестатистической нормы. Исследуемая допустила незначительное количество ошибок. Темп исполнения заданий был высоким. Испытуемая несколько утомлялась при выполнении однообразных заданий, требующих удержания сосредоточенного внимания продолжительное время (корректурная проба, таблицы Шульте и др.). В целом выявлены: средняя устойчивость внимания, средняя концентрация внимания на объектах, хорошая переключаемость, несколько повышенная отвлекаемость, хороший объем внимания (7 информационных единиц при норме 5-7). Кривая, отражающая динамику работоспособности, носила неравномерный, зигзагообразный характер. Т. о. у испытуемой наблюдались легкие нарушения внимания по типу – рассеянность (порхающее внимание) – легкая переключаемость слабо концентрируемого внимания. Такая неустойчивость внимания является признаком эмоциональной лабильности и неустойчивости умственной работоспособности в целом, и отражается в поведении.

*Память.* Выявлены высокие показатели течения мнестической деятельности. В методике на непосредственное произвольное запоминание испытуемая верно воспроизвела 10 слов ко второму предъявлению (в норме до пяти предъявлений). Продуктивность долговременного припоминания составила 100%. При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания ошибок не допустила. При этом работала в быстром темпе. Эффективность опосредованного запоминания составила 100%. Пиктограммы носили конкретный и индивидуально-символический характер, были достаточно эмоционально насыщены. Механическая и логическая память развиты у испытуемой в равной степени. Мотивационный компонент памяти сохранен.

*Мышление.* У испытуемой выявлены единичные, негрубые нарушения операциональной стороны мышления по типу искажения уровня обобщения и отвлечения. Иногда в ее суждениях доминировали сугубо личные, индивидуальные представления о предметах и явлениях, отражающие не столько нарушения формальной логики, сколько эгоцентрические тенденции, желание продемонстрировать свою оригинальность, нестандартность мышления. Эти единичные, ошибочные суждения легко подвергались коррекции при подсказке или просьбе подумать. У исследуемой преобладает конкретно – образный тип мышления, абстрактное мышление развито несколько хуже. Целенаправленность мыслительной деятельности и категориальный строй мышления сохранны в полной мере. Личностный компонент мышления сохранен (соскальзываний, резонерства и разноплановости не выявлено).

В целом когнитивные процессы в пределах нормы. Отмечается только некоторая неустойчивость умственной работоспособности, как признак эмоциональной неустойчивости.

У испытуемой диагностируется очень высокий уровень интеллектуального развития (*методика Векслера*): общий IQ– 132 (очень высокий интеллект), встречается у 2% населения. Невербальный IQ–120 (высокий интеллект). Вербальный IQ– 137 (очень высокий интеллект). Наблюдается несоответствие между отдельными структурными компонентами интеллекта. Вербальный, приобретенный в процессе обучения интеллект или запас общих знаний у испытуемой развит лучше, чем биологический, базовый интеллект. У обследуемой отмечаются: очень высокий уровень эрудиции и общей осведомленности, высокий объем кратковременной памяти, хорошая зрительно-моторная координация, высокая способность к пространственному анализу и синтезу, сохранность всех мыслительных операций. Единственный субтест по которому испытуемая показала неудовлетворительные результаты – это субтест «Расположение картинок». Низкий балл по нему укладывается в среднюю норму, однако, не соответствует высокому интеллекту, поэтому на хорошем общем фоне выглядит как западение и свидетельствует о недостаточно тонком понимании исследуемой причинно-следственных связей в межличностных ситуациях, недостаточности житейского и эмоционального опыта, недостаточной способности к ориентировке в практических ситуациях. Данный субтест относится к заданиям на социальный интеллект, поэтому низкий балл по нему говорит о невысоком социальном интеллекте испытуемой, и как следствие - о невысокой социальной адаптации. Представляет интерес еще один факт. Субтесты «Повторение чисел», «Кодирование» и «Арифметика» очень чувствительны при диагностике тревожно-депрессивных состояний. Снижение результатов по ним часто является признаком внутреннего беспокойства, тревоги, апатии, мешающих больному сосредоточиться на задании. У данной пациентки балл по этим заданиям очень высокий. Этот момент важен, поскольку субъективно испытуемая оценивает себя, как очень тревожную личность.

Основные жалобы испытуемой, которые она распределила в порядке уменьшения значимости:

1. Обмороки или приступы с потерей сознания. Их бывает 2 вида:
* Первый вид: «Возникает внезапно, спонтанно, независимо от настроения и времени суток. Иногда я могу что-то предчувствовать, какая то внутренняя тревога. Непосредственно перед приступом чувствую дикую панику, колотится сердце, затем падаю, как бревно и ничего не помню, при этом не нахожусь в расслабленном состоянии. Длится такой приступ от 2 до 20 минут. Открываю глаза, прихожу в себя, хочется откашляться. Болят вески. Потом чувствую себя нормально, как ничего и не было».
* Второй вид: «Возникает после того, как понервничаю, через 1-2 часа после стресса. Длится такой приступ 3-5 минут. Отключаюсь я при этом не до конца и слышу голоса окружающих, но глаза открыть не могу. Прихожу в себя, начинается истерический плач со всхлипываниями. Что-то мешает в горле и я замечаю, что кто-то отдирает мои руки от горла. Такие приступы могут идти друг за другом. Один прошел, другой начинается и так до 10 раз. Пытаюсь встать, не получается, сильный озноб, а потом дикая слабость и голод».

 Депрессивное состояние: «Не хватает сил верить в себя и в то, что все будет хорошо, не могу контролировать эмоции».

 Проблемы во взаимоотношениях с родителями.

 «Хочу избавиться от навязчивых мыслях о прошлом».

Испытуемая описывает свои жалобы очень красочно, артистично, при этом больше фиксирована на своих переживаниях, нежели на описании физических ощущений, на симптоматике, как таковой не фиксирована, считает себя относительно здоровым человеком.

Считает, что усиление симптоматики у нее происходит без видимых причин или, когда она нервничает, а причину своего болезненного состояния видит в нагромождении трудных жизненных ситуаций, а также вследствие перенапряжения и переутомления на работе.

По методике SCL– 90 у испытуемой обнаружены очень высокие показатели по шкалам «Тревога», «Межличностная сенситивность» и «Депрессивность» (выше, чем у больных неврозами, и даже выше, чем у стационарных психиатрических больных). Незначительно выше нормы здоровых и не доходящие до диапазона невротических больных показатели по шкале «Соматизация». Остальные показатели в пределах нормы. Основные жалобы, которые были диагностированы у испытуемой с помощью симптоматического опросника, выраженные в максимальной степени: подавленное настроение, хандра, ощущение, что будущее безнадежно, мысли о том, чтобы покончить с собой, мысли о смерти, идеи самообвинения, мысли о наказании за совершенные грехи, чувство одиночества, слабость, легко возникающая досада или раздражение, ощущение напряженности и взвинченности, беспокойный, тревожный сон.

По опроснику на депрессию Бэка у исследуемой диагностируется «умеренная депрессия». Испытуемая отмечает наличие у себя практически всех депрессивных жалоб выраженных в легкой или умеренной степени.

*Исследование личности.*

Анализируя результаты методики MMPI, следует учитывать установку испытуемой на утрированную подачу имеющихся у нее слабостей, жизненных трудностей, болезненных симптомов, которая вызвана потребностью в помощи, стремлением обратить внимание экспериментатора на имеющиеся проблемы. Код профиляличности(4,8,2\5) отражает затруднения социализации, связанные с недостаточной способностью исследуемой воспринимать обычаи, правила и нормы, которыми руководствуются в своем поведении большинство окружающих людей. Выраженные затруднения в межличностной сфере, обусловленные у испытуемой отсутствием способности к интуитивному пониманию окружающих, приводят к нарушению ее социальной адаптации. Возникающие при этом чувство недостаточной связи с окружением и неудовлетворенная потребность в контактах сопровождаются нарастанием тревоги и подавленности, а амбивалентное отношение к окружающим порождает наряду со стремлением к контактам угрюмую недоверчивость. Испытуемая характеризуется неконформным поведением и возможной склонностью к девиантным поступкам, что обусловлено у нее трудностями приспособления к тем или иным условиям, а также неспособностью четко осознавать социальную норму. Такой тип профиля, как у исследуемой характерен для личностей с выраженной тенденцией относиться к окружающим с недоверием, воспринимать их как источник потенциальной опасности или, во всяком случае, как людей чужых. Постоянное ощущение угрозы может толкать их на превентивное нападение, в данном случае, в виде открытой вербальной агрессии. Если такой стереотип поведения сохраняется в зрелые годы, он способствует нарастанию отгороженности и отчужденности и усилению нарушений социальной адаптации. Пациентка чувствует себя непонятой и не включенной в социальную среду. Ее личностный профиль свидетельствует о глубокой дисгармоничности, поскольку отражает парадоксальное сочетание ориентировки на внешнюю оценку, на одобрение окружающих, с одной стороны, со склонностью строить свое поведение, исходя из внутренних критериев – с другой, что ведет к трудностям межличностной коммуникации. Испытуемая эгоцентрична и демонстративна. Достижение целей, которые требуют наряженной и длительной деятельности, для нее затруднительно (обнаруживается недостаточная мотивация к деятельности – неспособность организовывать деятельность в соответствии с устойчивыми целями, интересами).

У испытуемой в ситуации фрустрации повышен удельный вес эгозащитных реакций (реакций направленных на защиту своего уязвимого Я) за счет агрессии ориентированной на партнеров по ситуации, завуалированной под иронией и сарказмом. Исследуемая склонна воспринимать окружающий мир как более враждебный, менее безопасный, чем в среднем. У нее снижена фрустрационная толерантность (стрессоустойчивость) и повышена чувствительность к стрессам. В агрессивности преобладает чистая агрессия, которая практически не перерабатывается в требования к конкретным участникам конфликта и в основном выступает как неконструктивный механизм, не приводящий к компромиссному решению и не способствующий разрешению проблемы. У испытуемой диагностируется значительно превышающий норму уровень экстрапунитивных (внешнеобвинительных и внешненаказательных) реакций. Уровень же интрапунитивных (внутриобвинительных) реакций ниже нормы, т.е. исследуемая не склонна к истинной аутоагрессии, а преувеличенное выражение чувства вины, как правило, быстро проходит. Испытывая сожаление, она отрицает свою ответственность, ссылаясь на смягчающие обстоятельства. Исследуемая не склонна фиксироваться на препятствии или обстоятельствах фрустрации. У нее снижен рейтинг групповой конформности, ее реакции отличаются от группового стандарта и могу быть мало предсказуемы. Можно предположить наличие социальной дезадаптаци. (Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга).

Основные механизмы совладающего поведения, используемые испытуемой в стрессовой ситуации: растерянность (на когнитивном уровне) – неадаптивный копинг-механизм, самообвинение (на эмоциональном уровне) – неадаптивный копинг-механизм и компенсация (на поведенческом уровне) – относительно адаптивный копинг-механизм. (Копинг – опросник Хайме). Испытуемая т.о. не обладает ни одним конструктивным механизмом совладания со стрессом и демонстрирует пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей или временным уходом от них, что подтверждает низкую стрессоустойчивость.

У исследуемой определяется неравномерно заниженная актуальная самооценка, как признак эмоциональной лабильности, высокая неудовлетворенность собой, особенно по шкалам «Характер», «Внешность», «Уверенность в себе», о чем свидетельствует максимальное расхождение между идеальной и актуальной самооценкой в данных сферах. Определяется высокий уровень притязаний, адекватная оценка своих возможностей и ресурсов. (Тест на исследование самооценки Дембо – Рубинштейн).

Основной механизм психологической защиты, диагностированный у испытуемой - регрессия. (Плучек).

Интегративный тест тревожности выявляет высокий уровень личностной тревожности, как базового свойства личности и на этом фоне очень высокий уровень ситуативной тревоги. При этом в структуре, как той, так и другой доминирует фобический компонент, являющийся наиболее специфическим фактором в структуре тревоги – тревожности и отражающий ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Это сопровождается выраженным эмоциональным дискомфортом (сниженным эмоциональным фоном, неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью) и астенией (усталостью, вялостью, пассивностью).

По методике Bigfiveу исследуемой диагностируются: выше среднего показатель по шкале экстраверсия, средние личностные ресурсы, низкие готовность к сотрудничеству, и уровень самосознания и организованности и очень низкая эмоциональная стабильность.

Метод незаконченных предложений выявляет выраженную проблемность в сфере межличностных отношений: с близкими родственниками, с противоположным полом, с лицами своего пола.

Основные внутриличностные конфликты:

Испытуемая определяет наличие у себя одного внутриличностного конфликта это конфликт или расхождение между уровнем притязаний и уровнем реальных достижений.

Основные проблемные сферы:

Страхи и опасения:

Знаю, что глупо, но боюсь сойти с ума.

Большинство моих товарищей не знает, что я боюсь общения, потому что оно всегда приводит к конфликтам и люди отворачиваются от меня.

Хотелось бы мне перестать бояться перемещений по городу.

Отношение к родителям:

Моя мать и я плохо ладим.

Считаю, что большинство матерей портят жизнь своим детям, устанавливают диктатуру и заставляют их делать то, что они не хотят и никогда не спрашивают своих детей, чего же они хотят на самом деле.

Я люблю свою мать, но не хочу быть на нее похожей и никак не могу найти с ней контакт.

Думаю, что мой отец редко понимал меня.

Отношение к семье:

Моя семья обращается со мной, как с ребенком.

Большинство известных мне семей распадаются.

По сравнению с большинством других семей, в моей нет тепла.

Отношение к половой жизни:

Супружеская жизнь кажется мне тяжкой работой результатом которой является лишь стабильность, в ней не может быть сексуальной гармонии.

Если бы у меня была нормальная половая жизнь, я была бы счастлива.

Моя половая жизнь отсутствует.

***Т.о. по итогам всего обследования можно предположить, что мы имеем дело с личностью акцентуированной по смешанному типу с преобладанием демонстративных и в меньшей степени эпилептоидных черт.***