

Здійснивши детальний аналіз спеціальної літератури, в процесі психоаналітичної інтерпретації, доходимо таких **висновків**:

1. Політичні ілюзії особистості є вираженням перцептивного спотворення політичних, зокрема владно-підвладних, відносин у суспільстві.
2. Політичні ілюзії є породженням інфантильного досвіду, втіленням комплексу неповноцінності, виражають базову невротичну тривогу, свідчать про регресію до едіпальної ситуації розвитку особистості, несублімованих садистських та мазохістських спонук.
3. Основною функцією політичних ілюзій є захист меж власної Его-ідентичності, забезпечення відносного психологічного комфорту «Я».
4. Захист політичних ілюзій здійснюється за допомогою механізмів психологічного захисту – раціоналізації, інтелектуалізації, заперечення, витіснення, ідентифікації тощо.

Література

1. Беленький В.Х. Социальные иллюзии: опыт анализа // Социологические исследования, 2001. – № 5. С. 110 – 116.
2. Блейхер В. М. Толковый словарь психиатрических терминов: около 3000 терминов / [под ред. С. Н. Бокова]. – Воронеж.: МОДЭК, 1995. – 639 с.
3. Мак-Вильямс, Нэнси. Защитные механизмы / Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе — Москва: Класс, 1998. — 480 с.
4. Психологический словарь: словарь / [под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Педагогика-Пресс, 1996. – 440 с.
5. Философский словарь / [под ред. И. Т. Фролова]. – 4-е изд. – М.: Политиздат, 1981. – 445 с.
6. Фрейд З. Психология масс и анализ человеческого «Я»: Роман / Пер. с нем. – СПб.: Издательская Группа «Азбука-классика», 2009. – 192 с.
7. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни / Пер. с нем. О. Медем. – СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2011. – 224 с.
8. Фрейд З. Семейный роман невротиков: Сборник / Пер. с нем. Р.Ф. Додельцева. – СПб.: Издательская Группа «Азбука-классика», 2009. – 224 с.
9. Фрейд З. Три очерки по психологии сексуальности / Пер. с нем. М.Ф. Вульфа. – К.: Издательство «Здоровья», 1990. – 144 с.

Резюме. У статті з'ясовуються причини породження, зміст, функції та механізми формування і збереження політичних ілюзій особистості з точки зору психоаналітичного підходу. Проводиться порівняння різних тлумачень феномену ілюзії в міждисциплінарному науковому дискурсі й аргументується специфіка політичних ілюзій.

Ключові слова: захисні механізми, ілюзії, політичні ілюзії, комплекс неповноцінності, едіпальна ситуація.

Резюме. В статье выясняются причины порождения, содержание, функции, механизмы формирования и сохранения политических иллюзий личности с точки зрения психоаналитического подхода. Проводится сравнение различных толкований феномена иллюзии в междисциплинарном научном дискурсе и аргументируется специфика политических иллюзий.

Ключевые слова: защитные механизмы, иллюзии, политические иллюзии, комплекс неполноценности, эдипальная ситуация.

© 2012

С. М. Мустафаев (г.Симферополь)

СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Актуальность проблемы и анализ литературы. Одним из наиболее распространенных психосоматических заболеваний, страдающие которым требуют психологического сопровождения и внимания в аспекте, вторичной профилактики и реабилитации, являются ишемическая болезнь сердца и ее наиболее опасное следствие – инфаркт миокарда.

Актуальность психологических исследований больных ИМ обусловлена рядом причин.

Во-первых, уже не одно десятилетие ИМ и ИБС включены в перечень так называемых «болезней цивилизации», чем подчеркнута признания значимой роли социально-психологических и психологических факторов в происхождении данной кардиальной патологии. Во-вторых, ИМ находится на первом месте по причине смертности. В-третьих, широкий спектр психологических нарушений, наблюдаемых у большинства кардиологических больных, зачастую мешают их возвращению к нормальной социальной активности,

способствуя еще большей дезадаптации личности и усугублению течения заболевания, инвалидизации. Кроме того, в последние годы отмечается заметное омоложение инфаркта миокарда, по причине чего теряют полноценную активность и дееспособность люди далеко еще предпенсионного возраста [5, 9].

Декларативно в современной медицине приоритетной является биопсихосоциальная модель болезни и здоровья, которая постулирует необходимость учета в каждом конкретном случае удельного веса, взаимовлияния и взаимозависимости факторов биологической, психологической и социальной природы, как при рассмотрении патогенеза заболевания, так и саногенеза в аспекте комплексной терапии и реабилитации больных [5;8; 9;13;15-17].

Однако в реальной медицинской практике собственно психологические механизмы отношений «личность и болезнь» или «личность в условиях болезни» зачастую находятся вне зоны активного внимания специалистов и потому оставляют невостребованным богатый теоретический и прикладной психологический материал, внедрение которого могло бы повысить эффективность мероприятий по психологическому сопровождению больного человека [2;5;9;13;16].

Действующая психосоматическая медицина, как научная дисциплина в западной психосоматической медицине, представлена преимущественно психодинамическим и когнитивно-поведенческим подходами. Отечественные психологические исследования в области кардиологии выполнены в русле теорий деятельности, психологии отношений и психологии установки. Результатом этих теоретических и практических разработок становится открытие перспективных направлений работы по психологическому сопровождению кардиологических больных [2;5;8;10;13].

В связи с появлением работ, посвященных исследованию субъективного мира соматически больных, по изучению субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терминов, определяющих психическое состояние человека. Так, А. Гольдшейдер впервые ввел понятие «аутопластическая картина болезни»; Р.А. Лурия – «внутренняя картина болезни»; Е.А. Шевалев и В.В. Ковалев – «переживание болезни»; Е.К. Краснушкин – «чувство болезни»; Л.Л. Рохлин – «сознание болезни», «отношение к болезни»; В.Н. Мясичев, С.С. Либих – «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» [2; 9;15].

В целом следует отметить, что многочисленные исследования выполнены в русле как клинико-психиатрических, так и общепсихологических теорий. Общим является признание значимой роли субъективной стороны заболевания.

Однако в ряде публикаций, посвященных психосоматическим проблемам в кардиологии, несколько утрачивает свое значение такое принципиальное положение отечественной психологии как *активность психического отражения*. При таком подходе жизнь больного человека зачастую предстает своеобразным результатом воздействия объективных факторов, изменяющих структуру и содержание деятельности, систему значимых отношений личности, либо становится фатальным следствием определенного личностного преморбида, что нивелирует понимание личности больного как субъекта – активного творца собственной жизни [1;6;14;17].

На современном этапе изучения проблемы отношений «личность-болезнь» актуальным является использование положений культурно- исторической теории, психологии отношений, теории деятельности и концепции сознания [6;15;17] и смыслового подхода [6], что позволит перенести акцент с генетического анализа на функциональный. Это позволяет максимально качественно рассмотреть традиционные психосоматические проблемы в кардиологии, увидеть диалектическое единство сознания и деятельности и вторичную обусловленность и опосредованность деятельности картиной мира субъекта находящегося в условиях болезни. В частности, изучение субъективной картины мира больных ИБС и ИМ может иметь весьма серьезные и плодотворные перспективы.

Такой подход ставит задачу качественного изучения психосоматических соотношений в условиях кардиальной патологии с целью оказания полноценного психологического сопровождения: психодиагностики, психопрофилактики, психокоррекции, психотерапии и реабилитации больных инфарктом миокарда и ишемической болезни сердца в целом.

Таким образом, **целью данной статьи** является методолого-теоретическое и эмпирическое обоснование перспективности изучения субъективного мира больных ИБС и ИМ с использованием теории сознания и смыслового подхода.

Сознание, в силу своей изначальной активности, обеспечивает субъекту презентацию, интерпретацию и, что наиболее важно, генерацию действительности [14;17], определяя в конечном итоге специфическое поведение и деятельность больного человека.

Так, формирующийся образ болезни, предвосхищая актуальную стимуляцию, генерирует познавательные гипотезы, направленные на осознание и интерпретацию больным своих интрацептивных ощущений, их причин, последствий, а также массы других факторов, связанных с заболеванием. В результате этого процесса разнородные стимулы либо укладываются в «концепцию» болезни и тем самым дополняют и укрепляют образ

собственного заболевания, либо, не соответствуя имеющейся «концепции», иначе реконструируют его [17].

Известно, что в ситуации болезни происходят своеобразные изменения в структуре деятельности, ее операциональных, динамических и мотивационных характеристик [9;15].

ИМ и ИБС могут оказывать патогенное влияние на условия протекания деятельности, ослабляя посредством соматогений ее энергетический потенциал, нарушая динамические, процессуальные характеристики. Это, в свою очередь, может сказываться на операциональной стороне деятельности больного, снижая ее продуктивность [9]. Однако наиболее значимыми в аспекте развития личности кардиобольных являются нарушения, происходящие в мотивационно-потребностной сфере, выявляемые в процессе изучения индивидуального сознания больного человека. В условиях кризисной жизненной ситуации, осознания наличия заболевания с высокой степенью витальной угрозы, каковыми являются ИБС и ИМ, у больного человека изменяется «социальная ситуация развития». При этом ведущим, смыслообразующим мотивом деятельности, зачастую становится мотив сохранения жизни и здоровья [9;15].

В обычных условиях, условиях «vigor vitals», в структуре иерархии мотивов человека этот мотив, как правило, неактуален и представляет собой соподчиненный, поддерживающий необходимый тонус, уровень активности личности. В ситуации же хронического соматического заболевания зачастую происходит «сдвиг мотива на цель» [9;17], когда ранее вспомогательный мотив сохранения здоровья становится ведущим, определяя целевую функцию деятельности и подчиняя себе все остальные мотивы этой новой деятельности по «жизнеобеспечению».

Тем не менее, описанный механизм не является единственно возможным вариантом психологической адаптации личности к заболеванию. В частности, в основе анозогностических и эргопатических установок, столь характерных для больных с высокой степенью коронарной активности (поведения типа «А»), кризисное противоречие в условиях кардиологического заболевания разрешается личностью либо посредством игнорирования (отрицания) болезни, либо «уходом в работу» [11].

Известно, что больные ИБС и инфарктом миокарда представляют собой неоднородную группу [2;4; 8;10;13].

Широкий диапазон психологических особенностей в условиях болезни зависит от большого количества факторов, из которых определяющими своеобразием внутренней картины болезни являются преморбидные особенности личности. В частности, для больных ИБС и ИМ с высокой степенью «коронарной» активности (поведение типа «А») характерно формирование типов отношения к болезни с элементами игнорирования или отрицания болезни: «эргопатический», «анозогностический» по методике «ТОБОЛ» (авторы А.Е. Личко, Н.Я. Иванов) [7,11]. Такие установки во многом увеличивают риск учащения приступов стенокардии и возникновения ИМ у больных ИБС, а также развитие повторного ИМ в реабилитационный период [2;4;11].

С уменьшением «коронарного» типа поведения увеличиваются показатели невротизации: тревожные, ипохондрические, сенситивные, меланхолические и другие [11].

Основное содержание исследований. Проведенное нами исследование особенностей субъективной картины мира, в частности соотношения образов здоровья и болезни в субъективной картине мира больных ИБС и ИМ с различной степенью коронарной активности, позволило обнаружить подобные же результаты.

В исследовании приняли участие 65 человек больных ИБС на этапе амбулаторного лечения и ИМ на этапе реабилитации. Мы использовали разработанную в рамках «психологии отношений» В.Н. Мясичева методику-опросник «тип отношения к болезни» для психодиагностики типа реакции личности на болезнь. В основу типологии отношения к болезни положена классификация, предложенная А. Е. Личко и Н.Я. Ивановым [7;11]. Так же были использованы методика Пиктограммы в модификации процедуры интерпретации анализа продукции когнитивной деятельности, предложенная Ф.Е. Василюком [2], и методика ММИЛ, в адаптации Березина Ф.В с соавторами [1] .

Нами были получены следующие результаты. Действительно, для больных с высокой степенью коронарной активности были характерны типы отношения с элементами отрицания болезни из 29 больных: у 10 был обнаружен «Анозогностический тип», у 14 «Эргопатический тип» и у 5 «гармоничный тип» отношения к болезни. Тогда как для больных с «Низкой коронарной активностью» (тип «В») обнаруживались типы отношения с элементами ипохондризации – «Ухода в болезнь». Из 22 больных обнаружены: 4 – «меланхолический тип», 5 – «тревожный тип», 9 – «ипохондрический тип», 4 – «неврастенический тип». Для больных со средней коронарной активностью (тип АВ) были характерны следующие типы отношения. Из 14 человек: у 2 – гармоничный тип, у 3 – анозогностический, у 2 – неврастенический, у 2 – ипохондрический, у 1 – сензитивный и у 4 – эргопатический. Данные получение по изучению актуального психологического статуса и личностных особенностей больных ИБС и ИМ также показали наличие самых разнообразных моделей личностного профиля и актуального статуса, свидетельствующие о необходимости дифференцированного подхода в реабилитационно- терапевтическом и психологическом - диагностическом, коррекционном сопровождении данных больных.

Согласно проведенному эмпирическому исследованию, изменения, происходящие в мотивационно-потребностной сфере больных инфарктом миокарда и ИБС, отражены в структуре субъективной картины мира и частности доминировании его смысловой образующей [2], что позволяет говорить о том, что мир воспринимается и интерпретируется этими больными сквозь призму субъективного оценочного отношения, пристрастности, эмоциональной вовлеченности и даже «охваченности». Происходит своеобразная фиксация больных на своем внутреннем мире, мире эмоций, чувств, смыслов, отражающая их эгоцентрическую сосредоточенность, отход от окружающей предметной и социальной действительности в субъективную реальность значимых, связанных с болезнью переживаний. Данный вывод подтверждается низкими показателями актуализации предметных образов и его чувственной ткани, что свидетельствует о недостаточной направленности сознания больного человека на внешний, предметный мир, малой включенности в процесс предметно-материального «бытового» мировосприятия.

Обнаруженная отрицательная связь между ипохондрическими проявлениями и опорой на предметное содержание образа сознания свидетельствует о том, что, чем больше человек погружен во внутренний мир переживаний, вовлечен в процесс построения «концепции» болезни, тем меньше его сознание обращено к внешнему миру – миру предметов, внешних явлений, событий.

Полученный результат, с одной стороны, является показателем изоляции ипохондрического больного, чрезмерно озабоченного состоянием своего здоровья от внешней действительности, которая, не представляя значимости, привлекается лишь для проекции (объективации) элементов, связанных с болезнью. С другой стороны, он свидетельствует о направленности сознания на поиск и интерпретацию интроцептивных ощущений в терминах «языка тела», столь характерного для процессов построения «концепции болезни» ипохондрическим больным [17].

Проведенный качественный анализ в целом доминирующих смысловых образов сознания в группе кардиологических больных позволяет констатировать наличие крайних вариантов неэффективной смысловой адаптации в условиях болезни. Они отражают как ипохондрическую фиксированность некоторых больных, так и больных с выраженными анозогностическими установками, когда наличие серьезного заболевания игнорируется, нарушается режим лечения, обнаруживая при этом приоритет социальных, профессиональных и других ценностей безотносительно к ограничивающему возможности влиянию болезни.

В широком пространстве разнообразных сочетаний преморбида и типов реагирования на болезнь существуют как близкие варианты развития личности больного, а значит и схожие по своей смысловой организации образы болезни и здоровья, так и типами отношения к болезни. При этом оба они являются для личности больного неадекватными способами адаптации в ситуации болезни.

Анозогнозия, характеризующаяся нарушением критичности по отношению к своему соматическому состоянию, осознанным или неосознаваемым отрицанием наличия заболевания, его возможных последствий опосредована, как было обнаружено, ригидностью образа здоровья и дефицитарностью образа болезни. Вследствие этого, восприятие и оценка окружающего мира, действительности и самого себя противоположные, что представлено в различных картинах мира, соотношениях образов болезни и здоровья их содержательных характеристик.

Показательными примерами непродуктивных механизмов сознательной регуляции являются выявленные нами кардиобольные с анозогностическим и ипохондрическим происхождением безотносительно оценки собственного соматического состояния. То есть образ болезни у анозогностика существует вне контекста собственного «Я» и представлен в виде формальных схем, знаний о болезни, которые не определяют конструктивного поведения больного человека, наоборот усугубляя тяжесть имеющегося состояния. Элементы анозогнозии, лежащие в основе «эргопатического» и «гармоничного» типов отношения к заболеванию у больных с высокой степенью «коронарной» активности [11], являются, на наш взгляд, следствием разрешения смыслового конфликта в пользу образа здоровья.

Ведущий мотив профессиональной и социальной самореализации, глорический тип эмоциональной направленности этих больных (ориентация на активную жизненную позицию, достижение успеха и признания) вступают в противоречие с новыми, диктуемыми заболеванием мотивами сохранения жизни и здоровья, придавая последним характер «знаемых», не определяющих поведение и деятельность больных.

Ипохондрически настроенный больной, напротив, чрезмерно сосредоточен на собственных болезненных и других неприятных ощущениях, эмоциях, чувствах, вовлечен в построение «концепции» болезни относительно причин и последствий заболевания. При этом уход за здоровьем становится ведущим смыслообразующим мотивом, мотивом-суррогатом, побуждающим больного к избирательной дефицитарной активности.

Качественный анализ результатов показал: в основе ипохондрической фиксации лежит доминирование образа болезни, его «смысловая загруженность», эмоциональная насыщенность, что приводит к подавлению образа здоровья, редукции и/или не дифференцированности его содержания, что снижает его деятельностный саногенный потенциал. Образ здоровья при этом оказывается ущербным, не побуждающим личность на

адекватные способы достижения улучшения самочувствия и организацию позитивной жизни и деятельности. Оценка широкого спектра элементов действительности осуществляется сквозь призму гипертрофированного образа болезни, который является индикатором тех потребностно-мотивационных преобразований личности в условиях болезни.

Выводы:

1. Получение данные по изучению субъективного мира больных ИБС и ИМ показали наличие самых разнообразных моделей – личностных особенностей, актуального психического статуса, отношения к болезни, изменение структуры образов сознания данных больных. Что в очередной раз свидетельствуют о необходимости дифференцированного, индивидуального, личностного подхода к разработке и реализации комплексных мероприятий в реабилитационно-терапевтическом процессе и психологическому сопровождению данных больных.

2. В результате данного исследования были не только подтверждены выдвинутые гипотезы, но, прежде всего, продемонстрированы возможность и необходимость эмпирического изучения различного рода изменений, происходящих в субъективной картине мира больных ИБС и ИМ. Таким образом, исследование особенностей субъективной картины мира кардиологических больных способствует более глубокому пониманию своеобразного поведения и деятельности, феноменологически представленного в повседневной клинической практике.

2. Представленную модель различных видов соотношения образов болезни и здоровья, их качественных, содержательных характеристик можно рассматривать в качестве внутренних, собственно психологических механизмов формирования дезадаптивных типов отношения к болезни у больных с различной степенью «коронарной активности», в частности анозогнозических установок и ипохондрической фиксации.

3. Смещение акцента с внешних поведенческих и на исследование субъективной картины мира, в частности, на изучение соотношения образов болезни и здоровья больных ИБС и ИМ, представляется нам конструктивной моделью в аспекте решения задач психодиагностики, вторичной психопрофилактики, терапии и реабилитации в процессе психологического сопровождения кардиобольных.

Литература:

1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). — М.: «Фолиум», 1994. — 175 С.
2. Василюк Ф.Е. Структура образа // Вопросы психологии. — 1993 — С. 5-19.
3. Введение в клиническую психологию: учебник для студентов медицинских вузов. — Т. I. — М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 416 с.
4. Зайцев В.П., Лебедь В.Б. Формирование личностных изменений после инфаркта миокарда //Кардиология. — 1984.— № 1.— С. 97-99.
5. Клиническая психология: Учебник /под ред. Б.Д Карвасарского. — СПб: Питер, 2004. — 960 с.
6. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. — 3-е изд., доп. — М.: Смысл, 2007. — 511с.
7. Личко А. И., Иванов Н. Я. Медико-психологическое обследование соматических больных //Ж. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1980. — №8. — С. 1195-1198.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. — М.: Медпресс-информ, 2002. — 592 с.
9. Николаева В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1992. — 48с.
10. Положенцев С.Д., Руднев Д.А., Чиж В.А. Психологические особенности больных ИБС с поведенческими факторами риска (тип А) // Кардиология. —1990. — №4.
11. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях // Сб. ст. под ред. Л.И. Вассермана, В.П. Зайцева. — Л.: Медицина, 1990. — 248 с.
12. Психопатология, психология эмоций и патология сердца: тез. докл. Всес. симп. — М., 1988. — 189 с.
13. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. — М., 1972. —194с.
14. Смирнов С.Д. Психология образа: проблема активности психического отражения. — М.: изд-во МГУ, 1985. — 231с.
15. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — М. : Аргус, 1995. — 320 с.
16. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М. : Медицина 1986. — 384 с.
17. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 286 с.

Резюме. В статье дается теоретическое и эмпирическое обоснование актуальности изучения

субъективного мира больных ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда. Рассматривается специфика смысловых детерминант лежащих в основе анозогнозических и ипохондрических типов отношения к болезни.

Резюме. У статті подається теоретичне та емпіричне обґрунтування актуальності вивчення суб'єктивної картини світу хворих на ішемічну хворобу серця та інфарктом міокарда. Розглядається специфіка смислових детермінант, що лежать в основі анозогнозичних та іпохондричних типів ставлення до хвороби.

Summary. The paper presents theoretical and empirical support for the relevance of studying the subjective world view of coronary heart disease and myocardial infarction. We consider the specific semantic determinants underlying anozognozical and hypochondriac types of attitude to the disease.

© 2012

Л. М. Примиская (м. Київ)

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА КЕТТЕЛА В СЕМЕЙНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Постановка проблемы. Тест Кеттелла является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности, как за рубежом, так и у нас в стране. Тест разработан Рэймондом Кеттеллом. Автор обосновал свой тест рядом доказательств, полученных из различных источников: факторным анализом различных данных, повторяемостью в культурах, их сходными проявлениями в различных возрастных группах, предсказыванием поведения и доказательством того, что многие особенности генетически обусловлены.

В общем и целом, тест Кеттелла не должен быть основным диагностическим инструментом клинического психолога. Однако он отлично подходит для того, чтобы лучше понять личность и наклонности клиента. Тест Кеттелла наиболее уместен при работе с «нормальными» людьми в консультировании или психотерапии, а также как дополнительный инструмент для клиентов с некоторыми психическими нарушениями.

Цель нашей статьи заключается в анализе особенностей применения теста Кеттелла в семейном консультировании. В этой статье будут по очереди рассмотрены все отдельные шкалы относительно их применения в семейном консультировании, а также предложены рекомендации в семейной терапии.

Анализ результатов исследования. Материал этой статьи взят из нескольких источников. Отличный обзор 16-ти шкал, глобальных факторов и их интерпретации мы находим в пособии Кеттелла (Cattell¹). Авторы Карсон и О'Делл (Karson & O'Dell²) написали один из первых подробных учебников по клинической интерпретации данного теста. Учебник Кеттелла и других авторов (Cattell and others⁴) предлагает ранний взгляд на вопросы интерпретации. Кеттелл и Шургрер (Cattell & Schuerger⁵) собрали огромное количество информации по интерпретации конфигураций результатов. Данные об использовании данного теста с семейными парами взяты из нескольких вышеупомянутых источников, а также из книги Родни Нурс (Rodney Nurse⁶).

В этой статье будут по очереди рассмотрены все отдельные шкалы, а также предложены советы по терапевтической работе. Каждая из 16 шкал предполагает определенные результаты по другим шкалам, вместе составляющие типичные конфигурации. Например, если у клиента высокий показатель по шкале А, логично ожидать, что у него также будут высокие показатели по шкалам Е (доминантность), F (оживленность) и Н (социальная смелость). Если же по этим шкалам показатели не высокие, это говорит о том, что результат по шкале А нетипичен. Например, клиент показал следующие результаты: высокий по шкале А, высокий по шкале F, высокий по шкале Н, но низкий по шкале Е. В таком случае, мы имеем дело с экстравертом, склонным к подчинению. Об этом важно помнить, интерпретируя тест данного пациента. Как известно, взаимосвязи между шкалами послужили основой для группировки их в глобальные факторы.

Все это – полезные гипотезы для интерпретации. Важно помнить, что это только гипотезы, а следовательно, их нужно сверять с данными, полученными из других тестов. Различные сочетания шкал с высокими или низкими показателями помогают нам лучше узнать данного пациента. Скажем, в вышеприведенном примере следует обратить внимание на нетипичное сочетание А+, Е-. Кроме того, важно помнить, что означает тот или иной балл в шкалах. Например, 5 и 6 – это средние результаты, 4 и 7 – слегка отличаются от среднего, однако это может быть ситуативной, т.е. вызвано особенностями ситуации тестирования. Поэтому не следует переоценивать значимость показателей 4 и 7. Их также называют «низким средним» и «высоким средним» показателями. Иногда они могут иметь некоторую значимость, а иногда – полностью приравниваться к средним. Поскольку мы не знаем наверняка, не нужно обращать на них чрезмерного внимания.

Переходим к рассмотрению 16 шкал и применения их в консультировании.

Фактор А. Это очень стабильный фактор – показания по нему существенно не меняются в течение жизни, даже если человек намеренно хочет измениться при помощи психотерапии. Шкала фактора А измеряет теплоту.