УДК 159.9.072.43-159.972-616.89-616-052

О.С.Аврамчук

Використання ТАТ для діагностики захисних механізмів у клінічній практиці

Захисні механізми допомагають особистості впоратись з напругою внутрішніх конфліктів, потягів та афектів. Особистісні порушення призводять до ригідного використання певного набору механізмів захисту. Тематичний апперцептивний тест дозволяє створити контрольовану ситуацію дослідження захисних механізмів особистості при психічних порушеннях.

Ключові слова: психоаналітична діагностика, захисні механізми, тематичний апперцептивний тест.

Защитные механизмы помогают личности справиться с напряжением внутренних конфликтов, влечений и аффектов. Личностные нарушения приводят к ригидному использованию определенного набора механизмов защиты. Тематический апперцептивный тест разрешает создать контролируемую ситуацию исследования защитных механизмов личности при психических нарушениях.

Ключевые слова: психоаналитическая диагностика, защитные механизмы, тематический апперцептивный тест.

Більшість психічних процесів особистості протікають не усвідомлено. В певний момент ми лише відстежуємо сліди цих процесів. Так ми маємо думку як результат мислення, образ під час згадування та інше. В той час процеси, що формують нашу поведінку та афекти залишають сліди, які важко виявити без цілеспрямованого пошуку.

Існує багато діагностичних технік і методик для дослідження особистості. Більшість з них характеризують особистість виходячи із зовнішньо притаманної їй поведінки чи свідомого розуміння людиною себе. Водночас неусвідомлені процеси залишаються у тіні й часто формують відповіді на шкальовані тести.

Найбільш близько до дослідження несвідомого наблизилась психоаналітична теорія. З того часу, як З.Фройд звернув увагу на неусвідомлений конфлікт особистості, з'ясувалися поведінкові та афективні прояви, що виникають "в інших областях", тим самим зменшуючи внутрішню напругу. Депресія, скорбота, викликані важкою втратою, й інші внутрішні проблеми, що формують самооцінку особистості, можуть не усвідомлюватися людиною й знаходити вихід у фізичних симптомах, наприклад, агресивні

© О.С.Аврамчук

почуття можуть бути спрямовані проти самого себе (стан депресії й спроби здійснення самогубства) або заміщені психосоматичними симптомами (такими, як мігрень або гіпертонія) [3].

Уявлення, спогади, фантазії, думки й почуття, що суперечать нашим уявленням про себе й світ, що нас оточує, про те, що можливо чи ні, залишаються несвідомими, оскільки їх активно придушують, тому що "думати про них нестерпно, тривожно". Ці всі думки можуть викликати занадто сильне занепокоєння, відчуття провини й болю, якщо почати усвідомлювати їх у собі. Цей рівень Фройд назвав динамічним несвідомим [2]. Витіснення як стримуючий фактор може іноді слабшати, у результаті чого неусвідомлене виходить назовні, хоча, як правило, і в зміненому вигляді завдяки захисним механізмам. Наприклад, увісні у вигляді сновидіння, під час стресу у вигляді симптомів або під впливом наркотиків чи алкоголю у вигляді не характерної для особистості поведінки, в основі якої лежать глибинні імпульси-переживання.

Важлива роль у сприйнятті й адаптації до реальності належить саме захисним механізмам особистості. Будучи невід'ємною частиною "Я", вони забезпечують збереження його цілісності.

Один із сучасних психоаналітиків Бреннер характеризує психологічний захист як певний аспект мислення, що відбиває взаємодію між Его та Ід [4]. Залежно від особливостей конфліктної ситуації "Я" може застосовувати захисні механізми як захист від тиску потягів, так і для їхнього задоволення. Згідно з Бреннером, "Я" використає будь-яку установку, сприйняття, відволікання уваги, зсув на інші форми поведінки й взагалі усе, "що є під рукою" для забезпечення комфорту.

З розвитком психоаналітичної клінічної теорії почався розподіл на архаїчні (первинні) й більш зрілі (вторинні) захисні реакції. Перші характеризуються психологічним уникненням або радикальним відкиданням фактів, що турбують, останні – містять у собі більшу пристосованість до реальності.

Іншим важливим для клінічної практики припущенням, що випливало з теорії Его-психології, стала гіпотеза, що для психологічного здоров'я необхідно мати не тільки зрілі захисні реакції, але також бути здатним використати різноманітні захисні процеси [1]. Здатність особистості до сприйняття реальності, навіть коли вона надзвичайно неприємна, не вдаючись до більш примітивного захисту, подібного до заперечення, є ознакою пластичності, адаптованості особистості.

Інакше кажучи, стало зрозумілим, що людина, яка відповідає на будь-який стрес звичною для нього стратегією переживань

(наприклад, проекцією чи запереченням) не настільки психологічно благополучна, як людина, що користується різними, залежно від обставин, способами.

Ми погоджуємося з думкою, яка неодноразово висвітлювалась в психоаналітичній літературі, що ригідне використання певних механізмів захисту характеризує порушену особистість і реагування через симптоми психічних порушень є проявами захисту [1,2,6,8].

Враховуючи, що використання відповідних захисних механізмів особистістю неусвідомлене, то було б хибне припущення, розглядати людину, яка найчастіше використовує проекцію та раціоналізацію кандидатом в пацієнти з маячнею чи нав'язливістю. Тобто не ригідність захисних механізмів є фактором розвитку психічного порушення, а психічне порушення примушує "Я" реагувати відповідним чином.

Виникнення тривог психотичного ряду (наприклад, загроза цілісності: "бути поглинутим матір'ю", чи страх розщеплення при зіткненні з реальністю або втрати контакту з нею) пов'язують саме з раннім дитинством. Недозріле Его змушене розвивати специфічні захисні механізми, які характеризують симбіотичні об'єктні відносини.

М.Кляйн, описуючи типові механізми психічного захисту раннього Его (розщеплення об'єкта й імпульсів, ідеалізація, заперечення внутрішньої й зовнішньої реальності й "придушення (stifling)" емоцій), відмітила, що більша частина цих явищ, які переважають у перші місяці життя – пізніше виявляється в симптоматичній картині шизофренії. Ж. Бержере зазначає, що коли захист від страху не здатний залишатися в рамках невротичної ситуації (тобто витіснятися), проявляються механізми захисту психотичної системи: аутизм (як спроба відновити первинний нарцисизм в замкненій системі), відмова від реальності (повна чи часткова), яка в подальшому потребує створення нової адаптивної для пошкодженої особистості реальності або її реконструкція з іншим змістом, що призводить до формування маячного трактування дійсності.

Саме ці захисні механізми й сформували більшість первинних (архаїчних, примітивних) форм психологічного захисту. Примітивні захисти діють загальним, недиференційованим чином у всьому сенсорному просторі індивіда, об'єднуючи між собою когнітивні, афективні й поведінкові параметри, у той час як більш розвинені захисти здійснюють певні трансформації чогось одного – думок, почуттів, відчуттів, поведінки або деякої їхньої комбінації [6].

Аналізуючи аналітичну теорію, Н.Мак-Вільямс узагальнила захисні механізми, розмежувавши наступним чином. До первинних механізмів було віднесено: примітивна ізоляція, проекція, інтроекція, проектна ідентифікація, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація та знецінення, розщеплення Его та дисоціація. Вторинні: репресія, регресія, ізоляція, інтелектуалізація, раціоналізація, моралізація, компартменталізація, анулювання, поворот проти себе, зсув, реактивне формування, реверсія, ідентифікація, від реагування зовні та на себе, сексуалізація й сублімація.

Для нашого дослідження ми використали саме такі захисні механізми з метою створення комплексів, які будуть, на нашу думку, визначними в діагностичному процесі психічних порушень.

Метою нашого дослідження стала гіпотеза, що для певних категорій психічної патології характерні відповідні захисні механізми. Враховуючи факт, що психічні процеси в своїй більшості неусвідомлені, ми звернули увагу на діагностичні методики, які дозволяють безсвідомим стимулам проявлятися в афективному чи поведінковому відреагуванні.

З.Фройд, описуючи позиції класичної аналітичної психотерапії, вказував на правило "вільного асоціювання", звертаючи увагу, що саме в такі моменти неусвідомлене пробивається у вигляді спогадів, обмовок, фантазій. Продовження цього правила знайшло своє відображення й в психодіагностиці (плями Роршаха, асоціативний експеримент К.Юнга, методика незакінчених речень Сакса-Сіднея).

Якщо взяти до уваги, що взаємодія між лікарем та пацієнтом (дослідником та досліджуваним) відображує динамічну сторону психічних процесів у поведінці та афективних реагуваннях, то ми маємо право стверджувати, що в цій взаємодії будуть проявлятися захисні механізми.

Звернувшись до методики "Тематичний апперцептивний тест", ми мали на увазі створити контрольовану ситуацію обстеження, метою якої було дослідження психологічних механізмів захисту.

Тематичний апперцептивний тест (ТАТ) був вперше описаний у статті К.Моргана і Г.Мюррея в 1935 році. У цій публікації ТАТ представлений як метод дослідження уяви, що дозволяє охарактеризувати особистість обстежуваного завдяки тому, що завдання тлумачення зображених ситуацій, яке ставилося перед обстежуваним, дозволяло йому фантазувати без обмежень і сприяло ослабленню механізмів психологічного захисту [5, 11].

Дана методика неодноразово використовувалась в клінічних дослідженнях механізмів психологічного захисту [7, 9, 10, 11].

Ф.Крамер в лонгітюдному дослідженні з використанням методики ТАТ визначила залежність розвитку когнітивних процесів й механізмів захисту: "онтогенез" механізмів захисту по типу заперечення, проекції та ідентифікації.

На нашу думку, "вільне фантазування" також сприяло верифікації проявів механізмів захисту, дозволяючи проявлятися більш чітко та конкретно, до ситуації-стимулу зображення чи вербалізованої частини розповіді.

При побудові емпіричної моделі дослідження ми враховували той факт, що дослідження, які намагалися знайти прямі кореляції між змістом картин чи розповідей та особистісними проявами (в тому числі й механізми захисту), не мають одностайної думки і в ряді експериментів мали кардинально протилежні результати.

В нашому дослідженні ми акцентували увагу на безпосередній інтерпретації результатів ТАТ і на аналізі самої ситуації обстеження (тих механізмах психологічного захисту, що проявлялись у взаємодії лікар-пацієнт під час проведення методики).

Для дослідження стимульний матеріал був використаний частково. На підставі досліджень А.Хартмана (1970) та Л.Беллака (1986) базовий набір склав 9 таблиць. Для чоловіків таблиці: 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7BM, 10, 12M, 13MF; для жінок у базовий набір входять 1, 2, 3BM, 4, 6GF, 7GF, 9GF, 10, 13MF. Додатково було запропоновано використання для чоловіків 18BM, для жінок 18GF та для всіх таблиця з чистим листом. Включення додаткових таблиць мало на меті актуалізацію психотичних тривог (страх бути поглиненим чи поглинути й залишитись на самоті).

Отже, нами було виділено кілька категорій, які фіксувалися протягом дослідження: латентний період, загальна поведінка та емоційний стан, особливості психологічного захисту як неусвідомлена реакція на зображення чи зміст розповіді, реакція на інтерпретації чи коментарі (уточнення) лікаря та спроможність до усвідомлення актуалізованих проблем (конфліктів).

Леонтьєв у своїй праці вказує, що "психологічні захисти проявляються у всіх тих досить численних випадках, коли логіка розповіді має на увазі звернення до певного матеріалу, хворобливого для обстежуваного, несумісного з його уявленням про себе або якимсь іншим чином, що породжує в обстежуваного стан внутрішньої напруги або конфлікту" [5].

Автор пропонує проводити інтерпретації про наявність захисних механізмів та їх зміст через тенденції уникнення певних змістовних областей, в їхньому повному блокуванні, чи у

перериванні сюжетної лінії, у порушенні логіки сюжету. Однією формою прояву захисних тенденцій можна вважати різні способи дистанціювання обстежуваного від змісту розповідей, що переслідує на меті збільшенню особистісної дистанції між оповідачем й описуваними їм подіями, для зниження їх конфліктності й включення розповіді у внутрішній світ. Також однією з форм захисного "відчуження", на які звертає увагу автор, є символізація в розповідях особистісних проблем обстежуваного, що детально описується в психоаналітичній традиції.

Для інтерпретації отриманих даних ми використовували "Посібник захисних механізмів" Фебе Крамер (1991, 2006). В своїх дослідженнях автор зосередила увагу на трьох механізмах захисту: заперечення, проекція та ідентифікація. Вона вказувала на взаємозв'язок психологічних механізмів захисту залежно від віку та розвитку інтелектуально-когнітивних процесів. Як резюме у статті "Seven Pillars of Defense Mechanism Theory" ("Сім стовпів теорії захисних механізмів", 2008) [10] автор звертає увагу на те, що заперечення виступає як найменш зріла форма психологічного захисту. Як основа заперечення досягається шляхом додавання негативного маркера (наприклад, "ні", "не") до сприйняття, мислення або почуттів. Отже, думка чи почуття стає зігнорованим або перекрученим. Другий захист, проекція, когнітивно складніший процес. Він функціонує, видаляючи тривожні думки або почуття від людини, шляхом розміщення або приписування їх до когось або чомусь. На когнітивному рівні використання проекції вимагає здатності диференціювати між внутрішніми й зовнішніми стимулами, і розвитком внутрішніх "стандартів", за якими певні думки й почуття оцінені як неприпустимі. Третій захист, ідентифікація, відрізняється від інших двох тим, що намагається змінити дійсність через зміну власного "Я", щоб стати "більш кількісно та якісно привабливішою як певна людина, якою захоплюються, або група людей". Пізнавальна складність цього захисту, як зауважується, полягає в стані диференціювання між собою та іншою особистістю, диференціювання себе серед "багатьох інших", з метою сформувати стійкі уявлення "тих інших", і взяти їх як власні певні якості, які будуть служити для забезпечення безпеки й почуття власної гідності (Ф.Крамер, 1987).

У дослідженні взяли участь 19 досліджуваних – 12 чоловіків і 7 жінок. Усі обстежувані знаходились на стаціонарному лікуванні Житомирської обласної психіатричної лікарні №1 з наступними діагнозами: 9 пацієнтів – параноїдна шизофренія (F20.0); 10 – змішаний тривожно-деперсивний розлад (F41.2).

Спочатку було проведено діагностичне інтерв'ю, метою якого було виключення органічного симптомокомплексу й формування досліджуваних груп відповідно до мети дослідження. Таким чином до першої групи увійшли пацієнти на параноїдну шизофренію, й відповідно до гіпотези дослідження передбачалося домінантне використання примітивних форм психологічного захисту [1,3,6]. До другої групи – пацієнти на тривожно-депресивний розлад, які, реагуючи на невротичному та межовому рівнях, відповідно, використовували як примітивні, так і зрілі захисти.

На початку була дана інструкція Мюррея до оригінального ТАТ: "Цей тест на уяву, однієї з форм інтелектуальної діяльності. Я збираюся показати вам кілька картинок по черзі, а ваше завдання придумати настільки хвилюючу розповідь, наскільки це взагалі можливо. Розповідайте, що передувало подіям, зображеним на картинці, опишіть, що відбувається в цей момент, що почувають герої й про що думають. Далі, розповідайте про наслідки даної ситуації. Проговорюйте ваші думки вголос так, як вони приходять до вас у голову. Ви зрозуміли? От перша картинка" [10].

Саме така форма подання цілей та мети дослідження, на нашу думку, більш доцільна. По-перше, уява як процес не потребувала від людини інтелектуального нагромадження й акцент робився на обговорення "вільних фантазій", що спадали на думку. По-друге, інструкція, направлена на уяву, мала стимулювати несвідому тривогу у пацієнтів з психотичним рівнем організації особистості за рахунок відсутності та недиференційованості меж власного "Я" й активізувати примітивні механізми захисту. По-третє, це створювало більш вільне асоціювання для невротичної та межової структури особистості у фруструючих ситуаціях під час дослідження. Для прикладу через обговорення, що "правильних" або "неправильних" варіантів не буває", "будь-яка розповідь, що відповідає інструкції, доречна" активізувалися проблеми пов'язані з вибором, довірою та ідентичністю.

Робота з членами першої групи відзначилась очікуваною тривогою на початку. Учасники звертали увагу, на те, що "...не вмію фантазувати", "...в мене не має уяви", "...а навіщо це вам, я же не якийсь псих...". Латентний період перед кожною картинкою був нерівномірно тривалим, й найчастіше супроводжувався мовчанням. По-перше, це пов'язано з особливостями мислення та вольовими дисоціаціями даної патології. По-друге, таке явище можна розглядати як супротив внутрішнім конфліктам, що актуалізувалися під дією стимулів та реакції на дослідження. В даному випадку ми можемо стверджувати, що тривога зростала не лише на

безсвідомі потяги, а й як реакція, що певні знання несуть загрозу для особистості. Під час дослідження поведінка пацієнтів в основному зверхня, звернення та повернення їх уваги до інструкції викликало недовіру, занепокоєння.

Складенні оповідання найчастіше були короткі, не відповідали інструкціям. Порушення структури розповіді проявлялося в неоформлених темах, зміст був нечітким, образам приписувались неоднозначні й часто протилежні якості. Під час розповіді емоційні прояви не відповідали вербалізованому змісту. Відмова та мовчання в ряді ситуацій могла свідчити про тенденцію пацієнтів до ізоляції внутрішніх переживань від існуючої ситуації.

Розщеплення частини описів за картинами на декілька не пов'язаних змістом історій, наділення певних образів чи предметів визначно негативними чи позитивними якостями може свідчити про розщеплене "Я". Для прикладу опис картини №2 пацієнткою Н., 36 років: "...Тут жінка...молода. Я не знаю, хто вона така... Думає, що вона розумна. Таким, як вона, потрібно роги обламувати, щоб носа не задирала... Знала я таку одну... Он бачите інші працюють для страни. Вони такі трудяги, як я та ви. От ви – розумна людина, але ви лікар. Усі мають вірити в Бога. Земля – це те, що нам дає Бог. Ми працюємо на ній і він нам дає їжу... і коню... і чоловіку біля нього...".

Узагальнюючи дослідження в першій групі наступні захисні механізми відзначались як: заперечення (проявлялося в уникненні включення у розповідь певних об'єктів та предметів: "...на передньому плані дівчина... вона думає про майбутнє, про навчання... це усе..." (карт. ТАТ №2); "... це був лист, який я писала своєму чоловіку, але не маю грошей відправити..." (карт. ТАТ №16 – чистий лист)); маячне приписування хибного змісту картинкам: "...ви підозрюєте, що його вбили... я нічого про це не знаю" (карт. ТАТ №12М); "...його схопили і тягнуть в тюрму, але він гордий тим, що пішов проти системи" (карт. ТАТ №18ВМ)); примітивна ідеалізація чи знецінення (в контексті захисного механізму розщеплення, проявилось в наділені об'єктів лише позитивними чи негативними рисами узагальнюючого характеру: "...він добрий", "...не знаю, просто старий"); проекція (пацієнти наділяли власними негативними переживаннями чи фантазіями образи й саму історію, які в даний момент не визнавали у собі чи наділяли історію "злоякісним, агресивним" змістом без адекватних підстав: "...він сумний, тому що його залишили усі... закрили, ще й заставляють грати..." (карт. ТАТ №1); "... вона напилася – от і валяється, зі мною такого не буває..." (з анамнезу пацієнт зловживає спиртними напоями, карт.

ТАТ №3ВМ); "...Що ще!? Може хватить… Вона його придушила, бо вже дістав... Значить так і треба..." (карт. ТАТ №18GF); проекція проявлялася в той момент, коли лікарю приписувались певні риси поведінки та реагування значимої фігури (пацієнтка К. очікувала, що лікар почне критикувати її за використання ненормативної лексики та ображання людей на малюнках, і в той час намагалася спровокувати відповідну поведінку, частіше акцентуючи на цьому увагу; пацієнт М. неодноразово вказував, що лікарю "все одно", тому не сприймає те, що говорить пацієнт і це "гальмує його").

Особливістю досліджуваної групи було те, що ніхто з досліджуваних не ідентифікував себе з людьми, зображеними на картинках, описати майбутнє чи минуле викликало ще більше труднощів, так само як наділити образи певними якостями. Чистий лист викликав у пацієнтів підозрілість, в той час як поведінка була зверхньою і відсутність зображення в основному не викликала цікавості (сприймалось "як має бути").

При зверненні на певні аспекти розповіді (наприклад: "Можливо, щось схоже переживаєте й Ви в даний момент", "Чи не нагадує ситуація, яку Ви щойно описали якісь момент з вашого власного життя" та інші) пацієнти зазвичай заперечували чи намагалися дати відповідь не по змісту питання – "Ні, ніколи..."; "Ви що думаєте я все вигадала...".

Уникнення відповідей шляхом замовчення чи як реакція на часткову інтерпретацію даних, розцінювалась як комплексна дія механізмів ізоляції та заперечення.

Друга група виявила кращу адаптованість до ситуації обстеження, ніж попередня. Ситуативна тривога на початку дослідження доволі швидко зникла, що допомогло пацієнтам ефективніше фантазувати. Розповіді були розгорнуті й в більшості відповідали вимогам інструкції. Включення в проекцію образів "Я" проявлялося в ідентифікації себе з певними образами картин.

Під час дослідження захисних механізмів в роботі учасників групи було відзначено значне використання інтелектуалізації та раціоналізації (відбувалася підміна відчуттів та переживань раціональними поясненнями чи гіпотезами: "...Не приємно бачити як когось заставляють робити те, що не подобається. Кому сподобається грати на скрипці, коли можна побігати на вулиці. Я його розумію, тому що самого заставляли грати на піаніно" (карт. ТАТ №1); "Вона розуміє, що він піде і назавжди... Хоче спинити, але розуміє, що вже час втрачений, і нічого не поробиш..." (карт.ТАТ№4)). Ідентифікація як механізм захисту проявлялась в наступних прикладах: "...Я хотів би так вміти відмовляти жінці. Щоб знали хто володіє ситуацією..." (карт. ТАТ №4); в сукупності з

проекцією – "...Я б також його придушила, ви не знаєте як мені важко жити з чоловіком. Хоча може вона і не душить, але все одно я хочу бути сильною..." (карт. ТАТ №18GF). Особливістю групи були регресивні тенденції, які найчастіше знаходили вихід у спогадах, сексуальні теми сприймалися як непристойне та сором'язливе, а агресія заперечувалась чи замінювалась на протилежне: "...Вони так схожі на моїх бабусю й діда. Вони були щасливі, і я поряд з ними також. Це були найкращі часи мого дитинства..." (карт. ТАТ №10); "...Мені здається, він не може її любити. Подивіться як він підняв брови, ніби російською "снисходительно". Терпіти не можу таких лицемірів, вони думають що кожна жінка для них..." (карт. ТАТ№10).

Картина №16 більшістю сприймалась з зацікавленістю. Подив швидко знаходив місце в асоціаціях: "Це мені нагадало, як мені прийшов лист. На конверті написано, що я виграла гроші, а в середині порожня бумажка..."; "...Я подумала, проте, як можна почати життя з початку, з чистого листа... Як Ви думаєте це можливо?"; "Ви забули забрати чисту бумагу... Да, нічого в голову не лізе... Перше, про що подумав, що ви не уважний, але не хотів Вас ображати...".

Заперечення, яке було присутнє у розповідях, найчастіше супроводжувалось раціоналізацією. Звернення уваги на такі моменти викликало у деяких пацієнтів подив на кшталт "це і так зрозуміло".

Звернення та інтерпретації моментів емоційного переживання і поведінки під час опису історій сприймались достатньо адекватно. В більшості ситуацій пацієнти погоджувались, що деякі картинки та розповіді мали місце в їхньому житті.

Отже, в нашому дослідженні ми намагалися використати методику ТАТ з метою активізації захисних механізмів під час взаємодії лікар-пацієнт. Нам вдалося виявити, що для пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії, притаманні примітивні форми захисту (розщеплення, заперечення, проекція та примітивна ідеалізація й знецінення), поряд з відсутністю тенденції до ідентифікації та регресії, що ми спостерігали у пацієнтів з тривожно-депресивним розладом. Схильність до інтелектуалізації свідчить про зріле "Я", яке використовує захисні механізми для пристосування до конфліктної ситуації, а не на її заміну.

В той час ми розуміємо, що нам не вдалося підтвердити наявності відповідності між певними психічними порушеннями та ригідністю захисних механізмів. Отримані дані дають нам інформацію про рівні структурної організації особистості, на яких індивід відреагує конфліктні моменти, таким чином підтвердивши

гіпотезу про перманентність примітивних механізмів захисту на психотичному рівні організації.

Список використаних джерел

1. Бержере Ж. Психоаналитическая психопатология: теория и клиника / Ж. Бержере; [пер. с фран. А.Ш. Тхостова]. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2001. – 400 с. – (Серия "Классический университетский учебник"; Вып.7)
2. Блюм Г. Психоаналитические теории личности / Г. Блюм; [пер. с англ. А.Б.Хавина]. – М.: изд. "КСП", 1996. – 224 с.
3. Браун Д., Педдер Дж. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер; [пер. с англ. Ю.М. Яновской]. – М.: Независимая фирма "Класс", 1998. – 224 с.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д.Карвасарский. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
5. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест: [2-е изд., стереотипное] / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000.– 254 с.
6. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; [пер. с англ. под ред. М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича]. – М.: Независимая фирма "Класс", 2001. – 480 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып.49)
7. Проективная психология / [пер. с англ.].– М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.– 528 с. – (Серия "Мир психологии").
8. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд; [пер. с англ. М. Р. Гинзбурга]. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.
9. Cramer Ph. Longitudinal Study of Defense Mechanisms: Late Childhood to Late Adolescence / Ph. Cramer // Journal of Personality. – 2007. – Vol. 75, Issue 1. – pp. 1–24
10. Cramer Ph. Seven Pillars of Defense Mechanism Theory / Ph. Cramer // Social and Personality Psychology Compass. – 2008. – #2. – pp. 1963-1981.
11. Murray H.A. Thematic Apperception Test Manual / H.A. Murray. – Cambridge: Harvard University Press, 1943.

Defense mechanisms help the person to cope with pressure of internal conflicts, inclinations and affects. Personal infringements lead rigid to use of a certain set of mechanisms of protection. Thematic apperception test allows to create a controllable situation of research of defense mechanisms of the person at mental disability.

Keywords: psychoanalytic diagnosis, defense mechanisms, thematic apperception test.

Отримано: 7.06.2011