

Sławomir Bukowski, Barbara Kosmala

TECHNIKI PROJEKCYJNE W IDENTYFIKACJI PRZEKONAŃ

PROJECTION TECHNIQUES IN IDENTIFYING CONVICTIONS

Poradnia Zdrowia Psychicznego Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek”
Kierownik: dr n. med. Sławomir Bukowski

**projection techniques
identifying convictions
eclectic therapy**

W pracy przedstawiono możliwości, jakie daje zastosowanie technik projekcyjnych w identyfikowaniu przekonań osób poddanych psychoterapii grupowej. Na konkretnych przykładach pokazano proces tworzenia „sytuacji projekcyjnych” oraz zasady ich interpretacji w kategoriach poznawczych. Całość osadzono w ramach studium przypadku, odnosząc podejmowane działania do konkretnej osoby badanej i jej problemu. Prezentowane podejście wpisuje się w nurt eklektycznych koncepcji psychoterapii.

Summary: The paper presents opportunities offered by using projection techniques in identifying convictions of people subject to group psychotherapy. The creation process of „projection situations” and rules of their interpretation in cognitive terms has been shown using specific examples. The entirety of it has been set in the framework of a case study, relating the undertaken activities to a specific person subject to research and their problem. The presented approach fits into the trend of eclectic conceptions of psychotherapy.

Wstęp

W praktyce terapeutycznej coraz bardziej powszechnym zjawiskiem jest dostosowywanie technik — mających różnorodne podstawy teoretyczne — do konkretnych problemów psychologicznych zgłaszanych przez pacjentów, z uwzględnieniem własnych kompetencji i doświadczeń. Celem tych działań jest przede wszystkim podniesienie skuteczności psychoterapii [1]. Zwolenników tego pragmatycznego podejścia, zwanego też eklektyzmem technicznym, nie interesują zazwyczaj złożone analizy na poziomie metateorii, lecz głównie efekty terapii. Bardziej dojrzałe metodologicznie są próby integracji psychoterapii na poziomie modeli teoretycznych czy identyfikacji wspólnych czynników leczących [2, 3, 4].

W prezentowanym artykule przedstawiliśmy sposoby wykorzystania technik projekcyjnych, mających genezę w koncepcjach psychodynamicznych, do identyfikacji przekonań — metody charakterystycznej dla terapii poznawczych. Przy czym, mówiąc o technikach projekcyjnych nie mamy na myśli tradycyjnych testów projekcyjnych, lecz sytuacje stwarzane przez terapeutów w trakcie psychoterapii grupowej, w których wykorzystuje się mechanizm projekcji. Otrzymana w ich wyniku diagnoza ma charakter behawioralny, w której funkcje opisowe i interpretacyjne dominują nad funkcjami porównawczymi i predykcyjnymi. Przedmiotem diagnozy są zachowania i projektowane przekonania, które w dalszej kolejności zamierza się poddać oddziaływaniom terapeutycznym.

Samo pojęcie projekcji traktowaliśmy w szerszym znaczeniu niż psychoanalityczne — jako redukcję wieloznaczności lub wybór elementów materiału testowego zgodnie z posiadanymi przez osobę badaną schematami poznawczymi. Jak już wspomniano, techniki projekcyjne stosowaliśmy w warunkach psychoterapii grupowej. Staraliśmy się nadać im charakter zabawy — tak, by uczestnicy sesji emocjonalnie zaangażowali się w działanie i jednocześnie pozostawali nieświadomi ujawnianych przekonań i uczuć. Wartość sytuacji projekcyjnych oceniliśmy na podstawie ich analizy w odniesieniu do konkretnego pacjenta.

Analiza pojęcia „projekcja”

Projekcja jest pojęciem wieloznacznym i w zależności od orientacji teoretycznej używana bywa do opisu różnych zjawisk. Definiowana jest zazwyczaj jako rzutowanie wewnętrznych, subiektywnych stanów podmiotu na rzeczywistość zewnętrzną oraz interpretowanie zgodnie z nimi tej rzeczywistości [5]. Psychoanalicy zawężili pojęcie projekcji do przypisywania innym własnych nieakceptowanych i nieświadomych cech, motywów i emocji, by zredukować lęk i towarzyszące mu cierpienie związane z nimi i nadali mu charakter mechanizmu obronnego. Tak rozumiana projekcja współwystępuje z innym mechanizmem obronnym — z zaprzeczaniem własnym nieakceptowanym cechom [6]. Zdaniem behawiorystów działanie projekcji jest procesem uczenia się, w którym jednostka za projektowanie na innych nieakceptowanych myśli i pragnień nagradzana jest redukcją lęku i niepokoju. Z kolei, w psychologii poznawczej projekcją nazwać możemy spostrzeganie wieloznacznej sytuacji w kategoriach własnych schematów poznawczych lub własnych motywów, redukujące jej wieloznaczność [7].

Szersze znaczenie projekcji nadał Rapaport wprowadzając pojęcie „hipotezy projekcyjnej” [za: 8]. Według niego każde zachowanie człowieka jest uzewnętrznieniem własności jego osobowości. Technika projekcyjna jest zatem sytuacją, w której swoboda przypisywania przez osobę badaną dowolnemu materiałowi bodźcowemu indywidualnych znaczeń pozwala na określenie jej sposobów psychicznego funkcjonowania [za: 8]. Trafność techniki projekcyjnej zależy od stopnia, w jakim osoba badana nie jest świadoma, że w trakcie badania ujawnia własne przekonania i emocje.

Analiza techniki projekcyjnej obejmować może trzy czynniki. Pierwszy to czynnik wywołujący projekcję, czyli materiał, na jakim osoba badana dokonuje projekcji (np. wzrokowy, słuchowy, ustrukturalizowany, nieustrukturalizowany). Drugi dotyczy mechanizmu projekcji (zachowania testowego), który w dużym stopniu zdeterminowany jest rodzajem materiału projekcyjnego. Wyróżnić można cztery typy zachowań testowych.

- selekcja prezentowanego materiału, kiedy osoba badana posiada pełną swobodę w zakresie spostrzeganego pola bodźców oraz ich poznawczej kategoryzacji i integracji, interpretacja znaczeń materiału testowego polegająca na przypisywaniu psychologicznych i społecznych właściwości zdarzeniom, postaciom i obiektom,
- rzutowanie polegające na tworzeniu postaci, obiektów i zdarzeń nieistniejących w materiale testowym,
- wybór z określonego zbioru możliwości wskazujący preferencje osoby badanej.

Trzeci czynnik wiąże się z interpretacją materiału testowego. Po sformułowaniu hipotez interpretacyjnych na podstawie poszczególnych obserwacji następuje ich integracja,

by ostatecznie odnieść je do psychologicznego i społecznego kontekstu funkcjonowania osoby badanej [8].

Autorem innej klasyfikacji technik projekcyjnych jest Lindzey [9]. Wyróżnił on w niej:

- materiał testowy (wzrokowy, słuchowy, dotykowy, ustrukturowany, nieustrukturowany),
- typ reakcji (skojarzeniowa, konstrukcyjna, uzupełnianie, wybór i porządkowanie),
- typ interpretacji (formalna, treściowa, dymensjonalna, całościowa),
- cel badania (opis osobowości, diagnoza cech, diagnoza nozologiczna),
- metoda badania (indywidualna, grupowa, ograniczenie, swoboda wypowiedzi),
- konstrukcja testu (teoretyczna, empiryczna).

Reasumując, choć status metodologiczny pojęcia „projekcja” i badań z nią związanych jest często traktowany jako dyskusyjny, to jednak zgromadzona dotychczas wiedza, zwłaszcza kliniczna, dotycząca tego zjawiska, pozwala na jego efektywne wykorzystywanie zarówno w diagnostyce, jak i terapii zaburzeń psychicznych.

„Projekcyjne” studium przypadku

1. Dane dotyczące pacjenta

Pacjent lat 24. Ma średnie wykształcenie. Studiuje turystykę. Jest kawalerem. Od 12. roku życia zgłaszał skargi na trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi. Z tego powodu kilkakrotnie korzystał z konsultacji w dziecięco-młodzieżowej poradni psychologicznej. W 2005 roku zgłosił się — głównie za namową rodziców — do poradni zdrowia psychicznego z powodu silnej tendencji do unikania kontaktów z innymi ludźmi, lęku przed negatywną oceną oraz trudności w nawiązywaniu bliższych relacji społecznych. Podczas pierwszej konsultacji wstępnie postawiono hipotezę o istnieniu u niego zaburzeń osobowości unikającej. Pacjent nie był leczony farmakologicznie. Został zakwalifikowany do grupy terapeutycznej. Wspólnie z nim uzgodniono następujące cele psychoterapii: obniżenie poziomu lęku, ograniczenie unikania sytuacji społecznych oraz pokonywanie trudności w nawiązywaniu bardziej swobodnych i satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi, zwłaszcza z kobietami.

2. Badanie przejawów twórczości pacjenta

Uczestnikom terapii grupowej udzielono następującej instrukcji: „Na następne spotkanie grupy, zadaniem każdego z was będzie przyniesienie dowolnego przejawu własnej twórczości. Istotne jest to, abyś przyniósł coś, co sam stworzyłeś, co jest dla Ciebie ważne, z czego jesteś dumny”. Protokół projekcyjnego badania przejawów twórczości pacjenta składał się z kilku etapów opisanych w poniższej tabelce. Ich efektem były przekonania przypisane pacjentowi przez grupę i terapeutów, które sam zaakceptował.

Przedstawiona procedura pozwoliła na zidentyfikowanie przekonań pacjenta odpowiadających za silną tendencję do uciekania w świat fantazji, gier planszowych i filmów fantastycznych kosztem uczestniczenia w relacjach z innymi ludźmi. Umożliwiła także doświadczenie przez niego emocji korektywnych. Początkowo jego reakcje na negatywne informacje udzielane przez uczestników ujawniły silną tendencję do zaprzeczania i silną postawę obronną. W dalszej części ćwiczenia pacjent wykazał większą elastyczność i akceptację oceny wydanej przez innych.

Tabela 1. **Protokół projekcyjnego badania przejawów twórczości pacjenta**

<p>Opis obiektu:</p> <p>Miniaturowe figurki bohaterów filmów fantastycznych. Zostały one bardzo precyzyjnie — z zegarmistrzowską dokładnością — pomalowane przez badanego.</p>
<p>Emocje grupy wobec obiektu:</p> <p>W grupie głównie ujawniane było uznanie i podziw dla dokładnego, wymagającego wiele czasu i precyzji pomalowania figur przez pacjenta. Dwóch uczestników wyraziło nostalgię i tęsknotę w związku z przypomnieniem sobie klimatu beztroskiego dzieciństwa.</p>
<p>Emocje badanego w trakcie prezentacji:</p> <p>Badany ujawnił wysoki poziom wstydu i zakłopotania.</p>
<p>Interpretacje grupy:</p> <p>„Tęskni za beztroskim dzieciństwem”, „Ucieka od zewnętrznego życia do ciepłego kącika”, „Stworzył sobie cichy azyl”, „Potrafi się postarać, mimo iż twierdzi, że jest leniwy”, „Robi coś dokładnie, albo wcale”, „Ma potrzebę wyjątkowości”, „Chce być indywidualistą”, „Złość i agresję wyraża w sposób bezpieczny, nie bezpośredni”</p>
<p>Przekonania przypisane badanemu przez grupę i terapeutów:</p> <p>„Dzieciństwo jest azylem”, „Muszę uciec od świata zewnętrznego”, „Robię coś dobrze i dokładnie, albo wcale”, „Moje dzieło musi być doskonałe”, „W życiu liczą się najlepsi”, „Tylko silni wygrywają”, „Muszę unikać rywalizacji”, „Jestem indywidualistą”</p>
<p>Emocje badanego w trakcie interpretowania jego prac:</p> <p>Badany nadal ujawniał zakłopotanie, choć na nieco niższym poziomie.</p>
<p>Komentarz badanego:</p> <p>„Chyba jestem perfekcjonistą”, „Ostatnio tak bardzo już nie uciekam w świat fantazji”, „Rywalizacji nie podejmuję, bo nie widzę takiej potrzeby”</p>
<p>Komentarz eksperymentatorów:</p> <p>Badany ujawniał w trakcie prezentacji wysoki poziom zakłopotania i wstydu, co koresponduje z jego lękowymi antycypacjami, dotyczącymi bycia negatywnie spostrzeganym przez innych. W trakcie interpretacji badany nadal, choć w mniejszym stopniu, ujawniał zakłopotanie i wstyd. W konsekwencji podejmował liczne próby tłumaczenia się i obrony poprzez zaprzeczanie, racjonalizację oraz nagłe uciekanie w świat fantazji — w sytuacji nasilenia się przekonania o niskim poczuciu własnej wartości („Marzę teraz o obejrzeniu nowego filmu fantastycznego”).</p>

3. Projekcja ról grupowych — „gra w golfa”

Uczestnicy sesji terapeutycznej zostali podzieleni na dwie grupy i otrzymali komplet do gry w pokojowego golfa. Podano im następującą instrukcję: „Otrzymaliście sprzęt do gry w golfa. Waszym zadaniem jest rozegranie turnieju. Sami musicie ustalić jego reguły i zasady punktacji”. Po skończonej grze, pacjentów poproszono o przyporządkowanie sobie jednej z ról grupowych. Wyróżniono następujące role: lider zadaniowy, lider emocjonalny, dewiant, aktywista, nawigator, sumienie grupy, strażnik norm, szara eminencja, dobry uczeń, kontestator, buntownik, outsider, kozioł ofiarny, biedactwo, błazen, maskotka, plaster miodowy. Następnie pacjenci przypisali role innym uczestnikom. Omawiany przez nas pacjent przypisał sobie rolę „dobrego ucznia” oraz „outsidera”. Jego ocena była zbieżna z ocenami pozostałych uczestników. Najwięcej osób przyporządkowało mu rolę „outsidera”, a w drugiej kolejności — „dobrego ucznia”.

W kolejnym etapie ćwiczenia zachęcono uczestników do udzielania sobie informacji zwrotnych dotyczących przekonań związanych z ich funkcjonowaniem w grupie. Zidentyfikowano następujące przekonania pacjenta: „Nie muszę się angażować w działanie grupy”, „Sprawy innych są mi obojętne”, „Nie lubię rywalizować”, „Gdyby okazało się, że jestem gorszy, byłoby to przykre”.

4. Analiza wyboru postaci, z którą zidentyfikował się pacjent

Członkowie grupy otrzymali polecenie wybrania powszechnie znanej postaci, z którą się identyfikują, która może stanowić dla nich wzór do naśladowania. Opisywany przez nas pacjent wybrał postać Jamesa Sawyera Forda, jednego z bohaterów telewizyjnego serialu „Zagubieni”. To typ twardego człowieka, nastawionego konfrontacyjnie do innych, nie zabiegającego o ich akceptację. Owładnięty jest on pragnieniem zemsty. Mimo że pod maską twardziela skrywa resztki człowieczeństwa i współczucia dla innych, emocje te rzadko jednak dochodzą do głosu. Pacjent przyznał, że w postaci tej imponuje mu siła, niezależność i konsekwencja. Nie zrażają natomiast postawy agresywne i antyspołeczne. Zidentyfikowano następujące przekonania: „Muszę być silny i niezależny”, „Tylko z silnymi liczą się inni”, „Cel uświęca środki”.

5. Projekcyjna interpretacja życiorysu

Prezentacja i omówienie życiorysu w grupie terapeutycznej są dla pacjentów ważnym elementem procesu leczenia. Zazwyczaj pacjenci otrzymują szczegółowe instrukcje, co taki życiorys powinien zawierać, na jakie sprawy powinni zwrócić uwagę. W przypadku projekcyjnej interpretacji życiorysu postępowaliśmy dokładnie odwrotnie. To pacjent decydował o tym, co i w jakim zakresie chciał ujawnić. W interpretacji istotne było nie tylko to, co napisał, ale również to, co zostało pominięte, i z jakich powodów. Omawiany przez nas pacjent ujawniał wyraźną tendencję do przeceniania siebie i pomijania tych faktów, które mogłyby wskazywać na jego błędy lub słabości. I tak na przykład, bardzo ogólnikowo wspominał o trudnościach z terminowym zaliczeniem egzaminów, wielokrotnie podkreślając w swoim życiorysie, że jest inteligentnym, zdolnym, choć leniwym studentem. Przekonania pacjenta, które udało się zidentyfikować na podstawie zaprezentowanego życiorysu, zawiera tabela nr 2.

Tabela 2. Przekonania pacjenta kluczowe/ warunkowe/ i instrumentalne

Przekonania	Przekonania kluczowe	Przekonania warunkowe	Przekonania instrumentalne	Cechy / zachowania / postawy
DOTYCZĄCE WŁASNEJ OSOBY	„Jestem gorszy/PRZEKONANIE KOMPENSACYJNE: „Jestem wyjątkowy”	„Muszę myśleć, że jestem wyjątkowy, aby zrekompensować to, że jestem gorszy”	„Nigdy nie przyznawaj się do słabości”, „Nie mogę pokazać po sobie, że czynniki się przejmuję”	Zaprzeczanie własnym problemom, niechcianym uczuciom, koncentrowanie się na sobie i swoim poczuciu wartości. Tendencja do fantazjowania o własnej mocy i sile. Podatność na nawracające stany depresyjne na przemian z nadmiernym poczuciem własnej mocy. Tendencja do wycofywania się z kontaktów z innymi ludźmi w czasie pogorszenia nastroju i załamania struktur obronnych.
DOTYCZĄCE INNYCH	„Inni są lepsi/ PRZEKONANIE KOMPENSACYJNE: „Jestem lepszy od innych” „Inni zawsze mnie oceniają”	„Muszę zaprzeczać krytyce i wszelkim negatywnym informacjom na mój temat” „Muszę być góra, aby zrekompensować to, że jestem gorszy” „Jeśli ktoś okaże się lepszy, to nie zniosę takiej utraty twarzy” „Skoro jestem lepszy od innych, to nie muszę się starać” „Skoro sam stałem się na siebie koncentruję, to inni też stałem mnie oceniają”	„Muszę się bronić przed negatywną oceną” „Muszę zaprzeczać krytyce mojej osoby” „Ludzie powinni mnie doceniać, za to, że jestem” „Nie muszę szczególnie się starać i być pracowity” „Mogę traktować innych z pobłażaniem” „Nie zniosę negatywnej oceny” „Muszę zaprzeczyć, że mnie obchodzi ocena innych” „Ludzie muszą mnie podziwiać”	Brak asertywnej reakcji w sytuacji konfrontacji z innymi: albo skrajne wycofanie, albo agresywna rywalizacja, np. skłonność do bójek. Odkładanie nauki na ostatnią chwilę i zaniedbywanie stanów depresyjnych. Egocentryczne nastawienie. Oczekiwanie od innych szczególnego traktowania. Uciekanie w świat fantazji i unikanie sytuacji oceny przez innych: unikanie rozmów, unikanie patrzenia w oczy, zasłanianie twarzy w trakcie rozmowy, wycofanie się z kontaktów, unikanie podrywania dziewczyn.
DOTYCZĄCE ŻYCIA I ŚWIATA	„W życiu liczą się tylko siła i najłepszy” „Ludzie dzielą się na lepszych i gorszych”	„Gdyby okazało się, że jestem słaby lub gorszy, nie zniósłbym tego” „Gorszymi i słabszymi można gardzić”	„Muszę należeć do lepszej kategorii osób”	W okresach poczucia mocy — wywyższanie się i pogardzanie innymi, w okresach obniżonego nastroju — wycofanie, i nadmierne skupienie na fantazjach o własnej sile i mocy.
DOTYCZĄCE PRZYSZŁOŚCI	„Przyszłość sama ułoży się dla mnie pozytywnie”	„Nie muszę wiedzieć, co będą robić w przyszłości, gdyż inni powinni mi ją ułatwić”	„Nie myśl o przyszłości” „Nie planuj”	Uciekanie od planowania w świat fantazji i w świat wirtualny. Unikanie myślenia o przyszłości.

Wnioski

Zastosowanie technik projekcyjnych pozwoliło zweryfikować wstępną hipotezę o istnieniu u pacjenta zaburzeń osobowości unikającej. W trakcie dalszych obserwacji okazało się, że spełnia on kryteria mieszanych zaburzeń osobowości — osobowości narcystycznej z cechami unikającej. Początkowo ujawniał silną zewnątrzsterowną postawę: „Mama mówi, że powinienem przychodzić na terapię, ale ja nie jestem tego pewien, czy chcę w niej uczestniczyć. W domu mam ciekawsze zajęcia”. Po kilku miesiącach nastąpiły u pacjenta pozytywne zmiany. Obniżył się jego poziom lęku na spotkaniach w grupie. Stał się aktywny, zaczął swobodnie wypowiadać się na najtrudniejsze nawet tematy. Stopniowo pokonywał (także poza grupą) trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi, w tym także z dziewczynami. Ograniczył czas poświęcony grom planszowym i filmom fantastycznym na rzecz spotykania się z kolegami z uczelni, wyjeżdżania na obozy sportowe.

W trakcie terapii pacjent ujawnił wyraźny, utrwalony wzorzec poczucia własnej wyjątkowości i wielkości. Przejawiał się on w fantazjach o szczególnej mocy, spostrzeganiu siebie jako osoby niezwykle atrakcyjnej interpersonalnie i oczekiwaniach wyjątkowego traktowania — na tle innych pacjentów — w zakresie obowiązujących reguł dotyczących zadań domowych czy usprawiedliwiania nieobecności. W wyniku oddziaływań terapeutycznych nastąpiło osłabienie regulacyjnej funkcji przekonań: „Ludzie powinni doceniać mnie za to, że jestem” oraz „Nie muszę szczególnie się starać i być pracowity”. Wzrosła jego zdolność do przyjęcia konstruktywnej krytyki, zaczął zwracać większą uwagę na reakcje otoczenia. Uświadomił sobie, że nie musi stale udowadniać sobie i innym, że jest kimś wyjątkowym. Wspólnie z pacjentem wypracowano przekonania alternatywne w stosunku do pierwotnych, sztywnych i dysfunkcyjnych: „Jestem na swój sposób wyjątkowy i nie muszę stale tego sobie udowadniać”, „Mogę czasem pozwolić sobie na słabości i nadal dobrze o sobie myśleć”, „Bycie obojętnym na innych pozbawia mnie korzyści i przyjemności bycia w grupie”. W trakcie terapii staraliśmy się wzmacniać regulacyjną funkcję nowych, bardziej adaptacyjnych przekonań pacjenta.

Podsumowanie

Zastosowanie technik projekcyjnych w identyfikacji przekonań ma wiele zalet. Gdy sytuacja projekcyjna zostanie właściwie ustrukturalizowana — tak, by badana osoba nie miała świadomości ujawniania w jej trakcie swoich istotnych przekonań i emocji — uzyskujemy materiał charakteryzujący się dużym stopniem obiektywizmu, którego pozyskanie w tak bezpośredni sposób w innej sytuacji byłoby często niemożliwe. Możemy w stosunkowo krótkim czasie i za pomocą prostych środków dotrzeć do istotnych problemów psychologicznych pacjentów, weryfikować postawione na początku leczenia hipotezy diagnostyczne lub formułować nowe. Zastosowane przez nas w terapii grupowej techniki projekcyjne miały formę zabawy, co stanowiło istotny czynnik integrujący grupę, zwiększający poziom zaufania i otwartości jej członków. Okazało się również, że ta forma pracy grupowej pełniła funkcję katartyczną, redukującą napięcie emocjonalne związane z obszarami funkcjonowania jednostki, zaktywizowanymi w trakcie pracy terapeutycznej. Przedstawione przez nas działania wpisują się w nurt psychoterapii integracyjnej, w której obok prób integracji modeli teoretycznych, nie stroni się od eklektyzmu technicznego

dostosowując procedury terapeutyczne do problemów pacjenta, bez tworzenia koncepcji jego całościowego rozumienia.

Piśmiennictwo

1. Grzesiuk L, Jakubowska U. Nurty teoretyczne w psychoterapii. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 1995.
2. Alford BA, Beck AT. Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
3. Czabała Cz. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN; 2002.
4. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. Integracyjna psychoterapia uzależnień. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
5. Ekel J, Tomaszewski T. Orientacja w otoczeniu. W: Tomaszewski T, red. Psychologia. Warszawa: PWN; 1982.
6. Seligmann M, Walker E, Rosenhan W. Psychopatologia. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 2003.
7. Grzegołowska-Klarkowska H. Mechanizmy obronne osobowości. Warszawa: PWN; 1986.
8. Stasiukiewicz M. Testy projekcyjne. W: Strelau J, red. Psychologia – podręcznik akademicki. Tom 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
9. Lindzey G. Klasyfikacja technik projekcyjnych. W: Stasiukiewicz M, red. Wybrane problemy testów projekcyjnych. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP i UW; 1989.

Adres: Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Lekarskiej „CePeLek”
ul. Koszykowa 78
00-911 Warszawa