

8

Het ontwikkelingsprofiel als kaart van de persoonlijkheid

Zoals aangegeven biedt het ontwikkelingsprofiel een overzicht van de voor een individu kenmerkende attitudes. Hierdoor wordt het mogelijk om empirisch toetsbare hypothesen op te stellen, over de wijze waarop de interactie van deze variabelen het manifeste gedrag van cliënten bepaalt.

Zo kan de stelling worden geformuleerd dat attitudes van het niveau 'Verzet' (40), vaak gepaard zullen gaan met attitudes van het niveau 'Symbiose' (30), omdat verwacht kan worden dat het onvermogen om zelfstandig te functioneren een extra belemmering vormt voor het innemen van een autonoom standpunt.

Op analoge wijze kunnen ook hypothesen over toekomstig gedrag worden ontwikkeld. Zo kan bijvoorbeeld de verwachting worden uitgesproken dat cliënten die een ernstige lichamelijke aandoening hebben, in eerste instantie hierop minder depressief zullen reageren als ze deze aandoening 'loochenen' ('vervalsen' 07), dan degenen die dit niet doen. En vervolgens dat deze cliënten in een latere fase van hun ziekte, als de confrontatie hiermee niet meer uit de weg kan worden gegaan, juist vaker depressief zullen worden dan degenen die de ernst van hun toestand eerder onder ogen zagen en hierover konden 'rouwenv' (89) (van 't Spijker, 2005, in dit boek).

Hierbij moet worden aangetekend dat de betekenis van de interactie van persoonlijkheidsvariabelen bij het voorspellen van toekomstig gedrag beperkt is, omdat hierbij ook andere factoren zoals lichamelijke ziekten, de invloed van belangrijke anderen en positieve of negatieve life events, een belangrijke rol kunnen spelen. Zo kan bijvoorbeeld het verlies van een kind de betekenis van het streven naar maatschappelijk succes aanzienlijk relativieren.

Bij onderzoek ten behoeve van indicatiestelling voor behandeling van persoonlijkheidsproblematiek moet de onderzoeker de gegevens van het ontwikkelingsprofiel samenvatten tot een concrete, heldere en overzichtelijke beschrijving van het habituele functioneren van de onderzochte cliënt en vervolgens uitgaande hiervan, aangeven welke behandeling vermoedelijk het best aansluit op diens mogelijkheden en beperkingen.

Het samenvatten van gegevens¹

Het ontwikkelingsprofiel biedt de mogelijkheid tot verschillende mogelijkheden voor het samenvatten of aggregeren van gegevens.

In feite is een attitude al een samenvatting van een aantal observaties, die een of enkele belangrijke kenmerken gemeen hebben. De cliënt geeft blijk van ‘externe normen’ (34) als voor hem alleen het oordeel van anderen telt. Hij is pas tevreden over een aankoop als blijkt dat anderen dat een goede keuze vinden, en voelt zich pas schuldig als blijkt dat anderen het grootschalig – voor privé-doeleinden – gebruiken van de printer op zijn werk afkeuren.

Een ontwikkelingsniveau verwijst naar een gemeenschappelijk kenmerk van de attitudes op dat niveau, bijvoorbeeld ‘het onvermogen om zelfstandig te functioneren’ bij het niveau ‘Symbiose’ (30). Dit biedt de mogelijkheid om de 90 items van het profielschema samen te vatten tot tien niveauscores. Dit type beschrijvingen worden ook wel aangeduid als meerassige of multidimensionele diagnostiek.

Het is ook mogelijk om de scores op de ‘primitieve disadaptieve’ niveaus 0 tot en met 2, de scores van de ‘neurotisch disadaptieve niveaus’ 3 tot en met 5 en de scores van de ‘adaptieve niveaus’ 6 tot en met 9 bij elkaar op te tellen, waardoor de gegevens gereduceerd worden tot drie scores: de Prim.Disadap, de Neur.Disadap en de Adap score.

Door alle scores op de adaptieve niveaus (6 tot en met 9) en alle scores op de disadaptieve niveaus (0 tot en met 5) bij elkaar op te tellen, kunnen de tien niveaus worden samengevat tot twee scores die een indicatie geven van de mate waarin de cliënt blijk geeft over adaptieve, respectievelijk disadaptieve attitudes te beschikken. Deze worden aangeduid als de Adap en Disadap scores.

Tenslotte kan de verhouding tussen deze scores worden aangegeven door de Adap score door de Disadap score te delen: de Adap / Disadap Ratio (ADR).

De gegevens van het ontwikkelingsprofiel kunnen ook worden gebruikt voor een zogeheten categorale classificatie. Hierbij wordt de cliënt getypeerd door het niveau waarop hij het hoogste scoort.

De cliënt die het hoogst op niveau 3 scoort, functioneert ‘Symbiotisch’. Desgewenst bestaat hierbij de mogelijkheid om aan te geven of de cliënt daarnaast overwegend boven of overwegend onder dit niveau functioneert, de ‘higher level’ of de ‘lower level’ ‘Symbiotische’ cliënt. Dit is echter geen samenvatting van alle gegevens, maar typering van de cliënt op enkele hoofdkenmerken.

1 Niveau 2 ‘Egocentriciteit’ blijkt een tussenpositie in te nemen (zie ook Polak, 2005 – in dit boek). Een matige manifestatie van dit niveau lijkt bij het ‘neurotische disadaptieve’ cluster te horen; sterke manifestaties bij het ‘primitieve disadaptieve’ cluster. Mogelijk is er in het eerste geval sprake van een zich terugtrekken als zelfbescherming, terwijl in er het tweede geval sprake is van een habitueel onvermogen.

Een globale interpretatie van de gegevens

Aanbevolen wordt om te beginnen met een globale interpretatie van de gegevens uitgaande van de niveau scores.

Attitudes op de onderste drie niveaus, ‘Structuurloosheid’ (00), ‘Fragmentatie’ (10) en duidelijke en zeer duidelijke manifestaties van ‘Egocentriciteit’ (20) verwijzen naar het ontbreken of in elk geval onvoldoende aanwezig zijn van basale psychische vermogens. Aangenomen wordt dat het alsnog verwerven van deze vermogens in de regel niet of slechts in beperkte mate mogelijk is. Daarom wordt er ook gesproken van behandeling uitgaande van het deficit of van het handicap model. Juist door het onderkennen van de eventuele beperkte mogelijkheden van de cliënt, kan grote therapeutische winst worden geboekt. In de eerste plaats wordt voorkomen dat de behandeling door het nastreven van onhaalbare doelen een ‘mission impossible’ wordt, met als gevolg ontmoediging van cliënt en vaak ook escalatie van zijn klachten en problemen. In de tweede plaats kan winst worden geboekt, door het zoeken naar omstandigheden, waarin het ongewenste gedrag minder vaak optreedt, of waarin de gevolgen hiervan minder schadelijk zijn en door het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om beter met de eigen beperkingen om te gaan.

Bij cliënten waarvan het gedrag gedomineerd wordt door attitudes kenmerkend voor de hogere disadaptieve niveaus (30 tot en met 50) behoort, mits zij over voldoende adaptieve mogelijkheden beschikken, het werken vanuit een dissonantie model tot de mogelijkheden. Hierbij wordt aangenomen dat de cliënt op de een of andere manier zichzelf in de weg zit. De dissonantie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op een intrapsychisch conflict tussen wens en verbod, of op het handelen vanuit disadaptieve schemata, fundamentele vooronderstellingen, die in strijd zijn met de objectieve of feitelijke realiteit. Voor de beïnvloeding van dergelijke dissonanties is een scala aan interventietechnieken ontwikkeld zoals het actief exploreren en modificeren van de gedragsmatige manifestaties ervan, of het emotioneel opnieuw doorleven van de situatie waarin deze ontstonden.

Deficit en dissonantie zijn extremen op een continuüm. Er is een groot tussengebied. Bij cliënten waarvan het gedrag kenmerken vertoont van ‘Structuurloosheid’ (00) en ‘Fragmentatie’ (10) en ‘Egocentriciteit’ (20), maar die de beschikking blijken te hebben over adaptieve attitudes, is gedragsmodificatie of exploratie van de emotionele achtergrond van hun klachten of problemen een optie.

Omgekeerd ligt het voor de hand om bij cliënten waarvan het gedrag kenmerken vertoont van ‘Symbiose’ (30), ‘Verzet’ (40) of ‘Rivaliteit’ (50) en die blijk geven over weinig of geen adaptieve attitudes te beschikken, in eerste instantie uit te gaan van het *deficit model*.

Ook cliënten die in belangrijke mate op adaptieve niveaus functioneren, kunnen door een toename van hun draaglast, bijvoorbeeld door externe stress of door levensfaseproblematiek, of door een afname van hun draagkracht, bijvoorbeeld door het ouder worden, problemen hebben waarbij zij hulp behoeven. Als zij over hogere adaptieve cognitieve vermogens beschikken en in staat zijn om te rouwen, dan mag worden verwacht dat

zij hun problemen onder ogen kunnen zien en deze, voorzover mogelijk, ook kunnen oplossen.

Belangrijke specifieke kenmerken

Het adaptieve deel (niveaus 6 tot en met 9) van de ontwikkelingslijn ‘Sociaal gedrag’, laat zien in welke mate iemand er in is geslaagd om zich een plaats in de samenleving te veroveren en indien dat niet of niet voldoende het geval is, wat daarbij is misgegaan. Persoonlijkheidskenmerken zijn tamelijk stabiel. Daarom is het habituele gedrag van de cliënt in het recente verleden een redelijke basis voor verwachtingen over zijn gedrag in de nabije toekomst. Heeft hij bij zijn studie of in zijn werk, of bij het aangaan van een vaste relatie een weloverwogen keuze kunnen maken en door kunnen zetten bij de realisering van zijn voornemens, dan kan worden verwacht dat hij dat in de toekomst ook kan doen, vooropgesteld dat de condities waaronder dat gebeurde, niet ingrijpend zijn veranderd. Ging er iets mis, dan bieden de disadaptieve (niveaus 0 tot en met 5) van deze lijn, informatie over de aard van de problemen die hierbij een rol speelden, bijvoorbeeld dat de cliënt vaak belangrijke keuzen in zijn leven herziet (‘wisselvalligheid’ 11).

De ontwikkelingslijn van ‘Relaties’ biedt met name informatie over de te verwachten interactie tussen onderzoeker, adviseur of hulpverlener en de cliënt. Hieraan kunnen richtlijnen worden ontleend voor het optimaliseren van de samenwerking. Op niveau 0 (‘Structuurloosheid’) is als de cliënt contacten als wezensvreemd ervaart (‘ontbreken van affectiviteit’ 02) een gepaste afstand aangewezen. Bij cliënten die op niveau 1 (‘Fragmentatie’) functioneren zijn relaties zelden langdurig. Maar als dat wel het geval is, dan kan de cliënt zeer heftig en agressief reageren op het verbreken of zelfs op het onderbreken hiervan, omdat hij hierdoor innerlijk ontregeld raakt (‘kader’ 12). Op niveau 2 (‘Egocentriciteit’) is het aannemen van de ‘leveranciers’ (22) rol vaak de enige manier om in te voegen. De adviseur of hulpverlener moet vooral niet de indruk wekken dat hij iets weet of kan. Alles wat hij inbrengt is een weergave van wat de cliënt zelf heeft aangegeven, waarbij deze hem niet zelden devalueert wegens de geringe toegevoegde waarde of het gebrek aan originaliteit van zijn bijdrage. Op niveau 3 (‘Symbiose’) krijgt de adviseur of hulpverlener vaak de rol van almachtige ‘ouder’ (32) toebedeeld. De cliënt is vaak bereid om alles te doen wat hem gezegd wordt, op voorwaarde dat de ander de verantwoordelijkheid overneemt en ervoor zorgt dat alles goed komt. Als het einde van de relatie in zicht komt, blijkt vaak dat er in feite weinig is veranderd. De cliënt is nog steeds niet in staat om zelfstandig te functioneren, de klachten nemen toe en alles is even erg als het ooit geweest is, of erger. Op niveau 4 (‘Verzet’) wordt de ander als een ‘overheerster’ (42) ervaren, waarmee een vaak meer of minder verborgen machtsstrijd van het ‘ja, maar’ type wordt aangegaan. Op niveau 5 (‘Rivaliteit’) moet de hulpverlener er op bedacht zijn dat de cliënt zich, in vergelijking met hem een ‘looser’ voelt. Een andere valkuil is het seksualiseren van de relatie, waarbij de hulpverlener als de ‘ideale geliefde’ (52) wordt ervaren en het vestigen van een ‘echte’, dat wil zeggen niet-hulpverlenersrelatie het enige doel van de cliënt wordt.

De scoring op ontwikkelingslijn ‘Zelfbeeld’ verwijst vaak naar het dominante niveau in het profiel van de cliënt. Een ‘ontbrekend’ (03) of een vaag zelfbeeld (13) is een belang-

rijke indicatie dat terughoudendheid moet worden betracht bij het ter discussie stellen van rigide disadaptieve attitudes, zoals 'defensiviteit' (48) omdat deze mogelijk 'Structuurloosheid' (00), of 'Fragmentatie' (10) moeten compenseren.

Scores op de onderste drie niveaus van de ontwikkelingslijn 'Normen' signaleren een belangrijke valkuil in die gevallen waarin een samenwerkingsverband moet worden aangegaan. Op deze niveaus ervaart de cliënt zijn disadaptief en eventueel antisociaal gedrag als vanzelfsprekend of juist en is hij alleen bereid om in contact te treden met mensen die dat ook vinden. Een opstelling waarin zijn standpunt wel gerespecteerd, maar niet gedeeld wordt, kan hij in de regel niet verdragen. De hulpverlener moet dan voor zichzelf nagaan hoever hij met de cliënt wil meegaan. Soms kunnen deze cliënten hun standpunt zo overtuigend presenteren, dat anderen hun vermogen om deze ter discussie te stellen verliezen en eventueel zelfs op verzoek van de cliënt strafbare handelingen plegen!

Ook de attitudes van de onderste drie niveaus op de ontwikkelingslijn van 'Behoeften' zijn moeilijk te veranderen. Dat betekent overigens niet dat er geen zinvolle interventies mogelijk zijn. Deze hebben echter betrekking op het voorkomen van situaties die deze behoeften activeren en het zoeken naar andere, minder schadelijke manieren om deze te bevredigen. Scores op identiteit (65) en intimiteit (75) zijn daarentegen aanwijzingen dat de cliënt in staat is om zijn leven vorm te geven op een wijze die bij hem past, rekeninghoudend met de legitieme belangen van anderen. 'Integriteit' (85) en 'zingeving' (95) geven aan dat de cliënt over een innerlijk referentiekader of levensbeschouwing beschikt. Deze adaptieve behoeften bieden richtlijnen voor de eigen ontwikkeling. Bovendien mag worden verwacht dat confrontatie met tegenslagen en vooral met het eigen falen, beter kan worden verdragen.

Het effect van psychologische interventies wordt in belangrijke mate bepaald door de mate waarin deze in overeenstemming zijn met de cognitieve vermogens van de cliënt. Cliënten die 'geen psychische fenomenen' kunnen erkennen (06), voelen zich niet aangesproken door een aanbod om naar de betekenis van hun klachten te kijken, maar zijn eventueel wel bereid om na te gaan onder welke omstandigheden hun klachten toenemen of juist verminderen. Iets dergelijks geldt voor cliënten die de oorzaak van hun klachten uitsluitend buiten henzelf zoeken ('niet-persoonlijkheidsgereerde cognities', 16). Cliënten die zich wel realiseren dat er iets mis met ze is, maar die dat beleven als iets wat ze overkomt, zijn in de regel beter bereid om hun gedrag te veranderen als dit direct gericht is op een vermindering van hun klachten of problemen. Cliënten die tot 'zelfbeschouwing' (66) in staat zijn kunnen zich realiseren dat hun klachten of problemen mede bepaald worden door de betekenis die zij aan fenomenen in binnen en buitenwereld toekennen, bijvoorbeeld dat hun angst om te falen mede bepaald wordt door de hoge eisen die zij aan zichzelf stellen. Cliënten die over hogere adaptieve cognitieve strategieën beschikken ('empathie' 76, 'contextgerelateerde cognities', 86 en 'metacognities', 96) zijn hierdoor in staat om ook de wereld buiten henzelf te beschouwen.

Het vermogen tot gedragsverandering wordt ook mede bepaald door de probleemoplossende strategieën van de cliënt. Kenmerkend voor disadaptieve reacties op stress is dat het positieve rendement van dit gedrag overtroffen wordt door de negatieve consequenties ervan. De cliënt die er 'impulsief' (06) op los slaat als iemand hem tegen zit, is op dat

moment zijn spanning en frustratie kwijt, maar brengt zich door deze reactie in de regel nog veel meer in de problemen. Omdat disadaptieve probleemoplossende strategieën ook iets opleveren worden ze moeilijk opgegeven. De faalangstige cliënt is vaak niet bereid om de lat wat lager te leggen, omdat zijn overmatige idealen een belangrijk onderdeel uitmaken van zijn ‘idealen-gerelateerd zelfbeeld’ (53) waarbij ‘zijn’ identiek is met ‘uitzonderlijk zijn’. Kenmerkend voor adaptieve probleemoplossende strategieën is dat de cliënt tegenslagen kan verdragen en vooral zijn eigen aandeel daarin onder ogen kan zien, zonder zijn gevoel van eigenwaarde te verliezen (‘assertiviteit’ 68).

Belangrijke disadaptieve ‘Diverse thema’s’ zijn het ‘ontbreken van basisvertrouwen’ (39) en ‘moreel masochisme’ (49). Sommige cliënten geven aan niet het gevoel te hebben een plaats op de wereld te hebben (‘ontbreken van basisvertrouwen’, 39), maar zijn toch bereid om hun problemen te bespreken of om allerlei activiteiten te ondernemen. Pas als deze tegenstrijdigheid aan de orde wordt gesteld, wordt duidelijk dat zij er bij voorbaat van overtuigd zijn dat een verandering van hun toestand niet tot de mogelijkheden behoort. Pas dan ook kan deze fundamentele vooronderstelling ter discussie worden gesteld. Gebeurt dat niet dan dreigt het gevaar van een self fulfilling prophecy in de vorm van een lange en uitzichtloze behandeling. Bij cliënten waarvan uit het profielinterview blijkt dat zij prettige of bevredigende ervaringen uit de weg gaan en zich soms welbewust met ellende overladen (‘moreel masochisme’ 49), bestaat de kans dat zij in het traject van advisering en behandeling op dezelfde wijze zullen reageren. Op het ogenblik dat ze voor een examen slagen of als hun klachten afnemen, worden zij wanhopig en beëindigen het contact. Ook hier is het zinvol om deze attitude al bij de terugrapportage van het onderzoek te signaleren en in alle oprechtheid de vraag aan de orde te stellen, in hoeverre de cliënt in staat is een verbetering van zijn klachten of problemen te verdragen. Een belangrijk adaptief thema is ‘rouw’ (89). Als de cliënt in staat geweest is het verlies van een belangrijke ander of een andere teleurstellende ervaring onder ogen te zien en dusdanig te verwerken dat er weer ruimte is ontstaan voor nieuwe ervaringen, dan is dat een aanwijzing dat hij waarschijnlijk ook in de huidige situatie in staat zal zijn om zijn problemen en het risico dat deze mogelijk niet of slechts ten dele oplosbaar zijn, onder ogen te zien.

Het onderzoek van cliënte E uit hoofdstuk 7 geeft een voorbeeld van een complexe sterke/zwakte-analyse. De eerste indruk die cliënte maakt is redelijk adaptief. Modeontwerpster, zelfstandige winkelier, van slag na een scheiding. In tweede instantie wordt duidelijk dat er ook belangrijke andere problemen zijn. Onzekerheid over haar capaciteiten als volwassen vrouw en een onvermogen om zelfstandig te functioneren. De ernst hiervan blijkt ook uit de lage Adap. / Disadap. Ratio (0.27). Belangrijke informatie voor de keuze van de behandeling is verder dat cliënte enerzijds haar problemen helder kan beschrijven, maar hierbij het gevoel heeft dat deze haar overkomen en dat de oorzaak hiervan gelegen is in het lot, het gedrag van andere mensen of in bepaalde kenmerken van haar eigen lichaam. Dat betekent dat cliënte zich waarschijnlijk niet aangesproken zal voelen door een aanbod om nader in te gaan op de betekenis en de achtergrond van haar problemen. Daar kwam ze ook niet voor. Echter ook bij een klachtgerichte behandeling moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat cliënt naar een oplossing zal streven die van buiten komt, hetgeen in dit geval ook daadwerkelijk is gebeurd.

Het ontwikkelingsprofiel is een kaart van de binnenwereld die al naar gelang het doel waarvoor deze wordt gebruikt, zowel gedetailleerde informatie als een globaal overzicht kan bieden. In de volgende hoofdstukken worden verschillende expedities beschreven die gebruikers van deze kaart hebben ondernomen.
Immers: 'The proof of the pudding is in the eating.'

Literatuur

- Abraham K. (1925). Psychoanalytische Studien zur Characterbildung (*Psychoanalytic Studies on Personality Development*) Wien Internationaler Psychoanalytischen Verlag.
- Abraham R.E. (1990). Psychoanalytische Persoonlijkheidsdiagnostiek (The psychoanalytic diagnosis of personality). In R.E. Abraham (ed) *Diagnosis in Psychiatry* (pp 23-40) Boerhaave Course University of Leyden.
- Abraham R.E. (1993). The developmental profile: the psychodynamic diagnosis of personality. *Journal of Personality Disorders* 7 (2) 105-115
- Abraham R.E. (1997). *Het Ontwikkelingsprofiel, een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Abraham R.E., Van H.L., van Foeken I., Ingenhoven T.J.M., Tremonti W., Pieper-de Vries I., Groot de J., Spijkerman 't S., Spinhoven Ph. The Developmental Profile. *Journal of Personality Disorders* 15(5), 457-473.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (D.S.M.-IV). Washington D.C.
- Berne E. (1964). Games People Play. *The Psychology of Human Relationships*. New York. Ballantine Books.
- Blum H.P. (1982). Theories of the Self and Psychoanalytic Concepts: Discussion. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (30) 959-978
- Colarusso C.A. & Nemiroff R.A. (1987). Clinical Implications of Adult Developmental Theory. *American Journal of Psychiatry* 144 (10) 1263-1270
- Erikson E.H. (1963). Eight Stages of Man. In: *Childhood and Society*. London Imago Publishing Co, ltd.
- Freeman T. (1975). The use of the Profile Schema for the Psychotic Patient. In: *Studies in Child Psychoanalysis*. London. Yale University Press.
- Freud A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen (The Id and the Mechanisms of Defense)* Wien. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud A. (1963). The concept of developmental lines. *The Psychoanalytic Study of the Child* XVIII. 245-265
- Freud S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (Three essays on the theory of sexuality). *Gesammelte Werke* (98-107). S. Fischer Verlag.
- Freud S. (1914). *On Narcissism Standard Edition* (14) p. 77 Londen: Hogarth Press.
- Hartmann H. (1948). Comments on the Psychoanalytic Theory of Instructual Drives. In: *Essays on Ego Psychology* (1964). New York International Universities Press, inc.
- Horner A.J. (1984). *Object Relations and the Developing Ego in Therapy*. London Jason Aronson Inc.
- Klein G.S. (1976). *Psychoanalytic Theory. An Exploration of Essentials. The Vital Pleasures*. 210-238. New York. International Universities Press, Inc.
- Kohlberg L. (1981). *The Philosophy of Moral development. Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco. Harper & Row.
- Kohut H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York. International Universities Press Inc.
- Loevinger J. (1976). Stages of Ego Development. In: *Ego Development*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.
- Luborsky L. & Crits-Christoph P. (1990). *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York. Basic Books Inc. Publishers.
- Mahler S. (1974). Symbiosis and Individuation. The Psychological Birth of the Human Infant. *The Psychoanalytic Study of the Child* XXIX. 189-106.

- Maslow A.H. (1954) *Motivation and Personality*. Harper Collins Publishers.
- Piaget J. (1962). The Stages of the Intellectual Development of the Child. *Bulletin of the Menninger Clinic* (26) 120-128.
- Sims A. (1988). Urge, Drive & Will: Disturbance of Volition. In: *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*. Toronto: Balliere Tindall.
- Sjöbäck H. (1973). *The Psychoanalytic Theory of Defensive Processes./The Behavioural Referents of the Defensive Processes*. New York. John Wiley & Sons.
- Vaillant G.E. (1994). Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1) 44-50