

АГРЕССИВНОСТЬ И СООТНОШЕНИЕ САМООЦЕНКИ С УРОВНЕМ ПРИТЯЗАНИЙ

*Былкина Н.Д.,
Институт психологии РАН*

Самооценка (СО) и уровень притязаний (УП) являются тесно связанными личностными образованиями [3, 4, 10, 13]. Их характеристики традиционно рассматривались как полностью соответствующие друг другу [3, 4, 13, 16]. Однако в последнее время в ряде работ было установлено, что высоты самооценки и притязаний не всегда идентичны. Например, довольно часто человек, низко оценивающий свои способности в какой-либо области, ставит при этом крайне высокие цели. Случается также, что низкие уровни целеполагания сопровождаются неожиданно высокой самооценкой [4, 5, 14].

Открытый феномен является не просто неким абстрактным фактом, поскольку обнаружено, что рассогласованность уровней притязаний и самооценки связана с повышенной тревожностью, выраженной фрустрированностью, неадекватными реакциями на препятствия и неудачи, нарушенными отношениями с окружающими и, возможно, с развитием серьезных психосоматических расстройств [1, 6, 8, 11].

Эти результаты указывают, во-первых, на то, что соотношение самооценки и УП играет важную роль в процессах психологической и соматической регуляции. Во-вторых, они позволяют предположить, что особенности сочетания самооценки и УП могут определять, в частности, и другие внутриличностные характеристики. Точное определение последних важно со многих точек зрения. Это и более полное “феноменальное” описание личностного профиля, задаваемого тем или иным соотношением притязаний и самооценки, и изучение механизмов их расхождения и гармонизации, и выявление эффектов (как негативных, так и позитивных) взаимодействия их высот, и т.д.

В данной работе, как ясно из ее заглавия, изучается вопрос о связи соотношения самооценки и уровня притязаний с одной из важных личностных характеристик - агрессивностью. В психологии не существует однозначного и всеми принимаемого определения агрессивности [21, 22]. В данной работе под агрессивностью будет пониматься склонность к частому возникновению

эмоции гнева, выражению недовольства, хроническая раздражительность, обвинительные тенденции, стремление к нанесению морального ущерба, унижению - как себя, так и окружающих.

Интерес к агрессивности определялся по крайней мере четырьмя причинами:

1) Вышеописанными теоретическими выкладками относительно гипотетической роли пары "самооценка-притязания" в формировании личностных характеристик;

2) Указаниями на возможную связь агрессивности и расхождения самооценки и УП, которые имеются в некоторых экспериментальных работах (см., в частности, [7]). Так, в работе Залуценовой [11] показано, что при фрустрирующих обстоятельствах, в случае неудачи, люди с расхождением СО и УП продуцируют самообвинительные агрессивные реакции. Вообще же полновесных экспериментальных исследований, посвященных связи агрессивности с самооценкой и притязаниями, не проводилось.

3) Представлениями о возможности возникновения агрессивности как реакции на внутриличностное противоречие (между самооценкой и притязаниями). Внутренний конфликт является типичной моделью фрустрации, а фрустрация, согласно неомпиористским представлениям Дж. Долларда [23] - источник агрессии.

4) Наблюдениями и впечатлениями автора, полученными при обследовании людей с конфликтными СО и УП. Это были специфические враждебные реакции: часто агрессия, ни коей мере не обращенная к экспериментатору, была как бы "разлита" во всем, о чем бы ни говорили испытуемые. Она выражалась в негативных характеристиках всех персонажей, о которых шла речь (врачей, родных, правительства, соотечественников, иностранцев...), в недовольном и раздраженном тоне, мимике, жестах. Нередко агрессивность выглядела "непонятным" всплеском негативных эмоций на фоне демонстративно благожелательного поведения по отношению к собеседнику.

Объектом исследования были две группы испытуемых - соматически здоровые люди и страдающие язвенной болезнью 12перстной кишки (по 50 человек в каждой). Выбор психосоматических больных не случаен. Именно у них можно увидеть ярко выраженный конфликт СО и УП [1]. Им же приписывается выраженная агрессивность [1, 28]. При этом некоторые авторы отмечают склонность язвенных больных к подавлению агрессии

[25, 28]. Таким образом, использование нормальной и клинической подвыборки позволяло уточнить не только интенсивность агрессии в связи с сочетанием высот СО и УП, но и особенности ее проявления.

Методика.

Для диагностики агрессивности были использованы "Тест руки" Э.Вагнера [19] и методика "Рисунок Человека" [15, 25].

Выбор "Теста Руки" определялся в первую очередь тем, что он позволяет оценить не только общий уровень агрессивности, но и составляющие его установки - как способствующие ее внешнему проявлению, так и блокирующие ее, что соответствовало поставленным задачам.

Стимульным материалом в данной методике служил набор из 10 карточек, одна из которой пуста, а на 9-ти остальных даны изображения человеческой кисти в различных положениях. Испытуемый должен был перечислить действия, которые может производить изображенная на карточке рука. Он побуждался к описанию как можно большего числа гипотетических действий. При необходимости ответы уточнялись и затем расклассифицировались по следующим категориям:

Агрессия: сюда относились ответы, в которых рука была доминирующей, оскорбляющей, хватающей и т.п. (например: рука, дающая пощечину; наносящая удар противнику; и т.д.).

Директивность: Рука олицетворяла руководство, влияние на других (например: "дирижирует оркестром", "указывает, что надо делать", "требует, чтобы человек шел туда-то" и т.д.).

Страх: ответы отражают страх перед агрессией со стороны другого лица ("поднятая в страхе рука", "защищается от удара" и т.п.).

Эмоциональность: Рука выражала привязанность, теплое отношение ("рука гладит кошку", "ласково трогает ребенка").

Коммуникация: рука предстает пытающейся общаться с кем-либо, причем нуждаясь в контакте так же или больше партнера ("показывает, как пройти", "подзывает к себе").

Зависимость: действия руки выражают зависимость от доброжелательности собеседника, партнера, связаны с подчинением другому лицу ("рука просит что-то - корочку хлеба, например", "солдат салютует своему генералу") [19].

Ответы испытуемых могли быть отнесены также к категориям Демонстративность, Ущербность, Активная безличность, Пассивная безличность, Описание, однако в подсчете баллов агрессивности они не участвовали [19].

Для уточнения данных об агрессивности использовалась также методика "Рисунок человека". В литературе указывается на возможность диагностики по "Рисунку человека" агрессивности [15, 25]. Описанные в литературе принципы использовались в настоящей работе. Испытуемого, которому давался чистый лист стандартного формата, простой карандаш и ластик, просили, согласно инструкции [15], "нарисовать человека". От дальнейших комментариев экспериментатор старался воздерживаться, давая их в самых крайних случаях и в самом общем виде (например: "нарисуйте так, как вы считаете нужным" и т.п.). В протоколе отмечались положения листа, наличие или отсутствие перворачиваний, перерисовываний, стираний, а также вербальные комментарии испытуемого.

Результаты и обсуждение.

Агрессивность испытуемых оценивалась на основе описаний ими действий рук, изображенных на карточках Теста Вагнера. Каждое высказывание оценивалось в 1 балл и могло быть отнесено только к одной категории. Суммарный балл агрессивности подсчитывался по формуле: $A = (Agr + Дир) - (Стр + Эмоц + Коммун + Завис)$ и мог принимать как положительные, так и отрицательные значения.

ТАБЛИЦА 1. Показатели агрессивности по Тесту Руки у здоровых людей и язвенных больных

шкала	норма		больные
	СО=УП	СО><УП	СО><УП
агрессия	5.45	6.12	3.80
директивность	2.40	3.30	2.05
страх	2.59	2.12	1.76
эмоциональн.	3.50	3.25	1.87
коммуникация	1.08	3.20	3.30
зависимость	2.72	3.62	3.50
общ.балл агрессивности	-2.04	-2.75	-4.58

Полученные результаты свидетельствуют об общих весьма невысоких показателях агрессивности (общий ее балл принимает везде отрицательные значения).

В целом это соответствует данным аналогичных работ, проведенных на отечественной выборке и демонстрирующих отрицательные значения баллов агрессивности у взрослой нормы (в отличие от психопатов, делинквентов и т.п.) [19].

Отрицательный знак баллов агрессивности у всех подгрупп отражает превалирование установок на социальную кооперацию и запрещение агрессии над собственно агрессивными тенденциями.

Как видно из таблицы, наибольший суммарный балл по агрессивности получили здоровые испытуемые с согласованными СО и УП; наименьший - язвенные больные с расхождением СО и УП; наконец, промежуточный уровень агрессивности фиксируется у здоровых людей с расхождением СО и УП. (Статистический анализ с помощью критерия Фишера показывает, что наиболее сильно выражены различия между больными и здоровыми людьми с расхождением СО и УП ($F=4.19$, $p=0.04$), тогда как различия в агрессивности между двумя подвыборками нормы слабее ($F=3.05$, $p=0.09$)).

Из сопоставления суммарных баллов агрессивности следует, что, во первых, ее уровень ниже при конфликте между самооценкой и притязаниями, и, во-вторых, что язвенные больные демонстрируют значимо более низкий общий уровень агрессивности, нежели здоровые люди.

Кроме того, данные таблицы указывают, что количество ответов у язвенных больных значительно меньше, чем у здоровых людей. Это может отражать несколько пониженный уровень их психической активности, обусловленный, возможно, общей соматической ослабленностью. Косвенным подтверждением может служить то, что время выполнения и данного, и других заданий у больных было значительно больше; более выраженными были паузы перед ответами; нередко язвенники довольно долго и с трудом подбирали подходящие слова и определения, быстро уставали.

Анализ полученных результатов был бы неполным без учета данных о выраженности установок, способных как содействовать ее внешнему проявлению, так и блокировать его.

Среди здоровых испытуемых баллы по первым двум “собственно агрессивным” категориям выше у людей с расхождением СО и УП. Разница в директивных установках между людьми с различным типом соотношения СО и УП весьма значительна ($F=3.89$; $p=0.05$) (Табл.1). Эти данные могут отражать тот факт, что конфликт между оценкой себя и привычным уровнем целей приводит к росту агрессивных тенденций. Возникает потребность во враждебных, разрушительных поступках; окружающие воспринимаются как противостоящие субъекту; увеличиваются конфронтационные установки, стремление находиться в позиции превосходства. Этот факт может быть объяснен с точки зрения представления о дискордантности СО и УП как модели фрустрации. Действительно, низкая оценка себя, ощущение своего несоответствия желаемому образу, уровню развития тех или иных качеств, как и неудачи в попытках достичь потребной высоты самоуважения (вследствие, в частности, ошибочной - завышенной или заниженной относительно самооценки - высоты целеполагания) носят для человека ярко выраженный фрустрирующий характер. Одним из результатов переживания фрустрации, как известно, является рост агрессивности, более частое возникновение гнева [20, 22]. Именно эти реакции, отразившиеся в ответах Теста Руки и, нередко, во внешних проявлениях недовольства, раздражения, казавшихся немотивированными вспышками враждебности, мы и могли наблюдать у людей с рассогласованием СО и УП.

Однако само по себе увеличение агрессивных установок не означает общего повышения уровня личностной агрессивности - важен их удельный вес в общей структуре агрессивных диспозиций.

Сравнение баллов по категориям истинной агрессии и кооперации демонстрирует, что выраженность таких “кооперативных” установок, как “зависимость” и “коммуникация”, более велика в случае несоответствия высот СО и УП (для случая “зависимости” $F=2.48$, $p=0.10$; для “коммуникации” $F=12.03$, $p=0.0009$); показатели же по категориям “страх” и “эмоциональность” в обсуждаемых подгруппах примерно равны (Табл.1).

Люди с расходящимися СО и УП чаще отвечали фразами, отражающими установки на подчинение другому лицу, зависимость от благорасположенности окружающих, стремление получить помощь: “просит милостыню”, “поднял руку - хочет попросить”.

силье разрешения выйти" и т.д. Кроме того, у испытуемых с рассогласованностью СО и УП более часто встречались вербальные реакции, свидетельствующие о стремлении к установлению контакта, потребности во взаимодействии, общении с окружающими ("коммуникация"). Важно, что подобные ответы (например: "рукой показывает: подойди сюда", "объясняет, как добратся", "показывает, что получил пятерку" и т.п.), как правило, подразумевают, что общающееся лицо нуждается в партнере так же, или в большей степени, чем партнер - в нем [19]. Здесь как бы "сливаются" потребность в межличностных контактах и зависимость от "внешних объектов" - других людей. Таким образом, сравнение показателей агрессивности у здоровых людей с разным типом соотношения СО и УП показало, что общий уровень агрессивности (готовности к открытому проявлению агрессии) при рассогласовании высот самооценки и притязаний ниже. Этот результат оказывается следствием блокирования агрессивнотирективных устремлений (превышающих таковые у людей с конкордантными самооценкой и притязаниями) со стороны также более активных у них диспозиций социального типа - к кооперации и сотрудничеству.

Общий уровень агрессивности у язвенных больных, как видно из таблицы, невелик: -4.58 балла. Эта величина показывает, что "кооперативные" диспозиции в этой группе проявлены значительно сильнее агрессивных.

Среди тенденций, блокирующих проявления агрессии и доминирования, у больных, как и у здоровых испытуемых с той же формой соотношения СО и УП, особенно выражены установки зависимости и коммуникации (Табл.1). Язвенники приписывали изображенным на карточках рукам действия подчинения, выражения согласия (например: "подайте, пожалуйста, мне руку, я не могу сам сойти"(исп. Ш.,N44)), попыток установления контакта, демонстрации нужды в ком-то и т.д. Эти результаты еще раз подтверждают, что общий для язвенников и значительной части здоровых людей феномен рассогласования высот самооценки и притязаний порождает зависимость от окружающих, стремление быть с ними постоянно в тесном взаимодействии, получать извне поддержку и признание. Активность подобных тенденций, как уже указывалось, может быть следствием неспособности этих людей к самостоятельному регулированию само-

оценки, высоты целей, и связанных с ними эмоциональных состояний дистресса, в частности, тревоги.

Величина баллов по категориям агрессии и директивности у язвенных больных относительно невелика. Значимо меньшее по сравнению со здоровыми людьми количество ответов по этим категориям (для "агрессии" $F=16.37$, $p=0.000$; для "директивности" $F=10.54$, $p=0.001$) могло быть следствием нескольких факторов. Язвенные больные в целом дали меньшее количество ответов, что может быть связано, как уже указывалось, с их несколько пониженной психической активностью. Кроме того, важную роль играл, как представляется, "межличностный" характер тестирования агрессивности. Испытуемые должны были давать ответы, обращаясь непосредственно к экспериментатору. Последний, во избежание искаженной интерпретации ответов, мог попросить уточнить описание, "развернуть" ситуацию и т.д. Возможно, именно боязнь потери доброжелательного к себе отношения, страх неодобрения со стороны экспериментатора-эксперта, оценивающего самые разные стороны их личности, приводил язвенных больных, как людей с наиболее выраженными (среди обследованных групп) потребностями зависимости, к стремлению исключить из своего поведения любые агрессивные проявления и уменьшал количество открыто агрессивных ответов, даже в тех случаях, когда такой ответ прямо провозглашался характером рисунка.

Так, в частности, многие язвенные больные, беря в руки карточку с изображением сжатой в кулак руки, давали описание следующего типа: "Нет, ну это только не нападение, не удар. Это... человек рассматривает свои мускулы"(исп.Н.,N34).

В отличие от других "кооперативных" категорий, под категорию "эмоциональность" у язвенных больных подпало значимо меньшее количество ответов, нежели у здоровых людей с расхождением СО и УП ($F=11.65$; $p=0.001$). Эти результаты частично могут отражать и специфику эмоциональности язвенников, поскольку под категорию "эмоциональность" в Тесте Руки попадают ответы, отражающие адекватное выражение этих чувств и отношений - рукопожатие, "обнимание", глядящие движения и т.д. Возможно, язвенные больные, испытывая сильную потребность в тесном контакте, поддержке, будучи зависимыми от благожелательности окружающих, неспособны к проявлению и выражению подобных чувств по отношению к другим людям

(следует отметить в этой связи, что данные о низкой развитости "эмоциональных" установок у язвенных больных хорошо согласуются с общепринятыми идеями о дефицитности их эмоциональной сферы, отсутствии адекватных средств переживания, выражения и коммуницирования эмоций [24, 26, 27, 28]).

Итак, в соответствии с Тестом Руки разница в уровнях агрессивности здоровых и больных язвой людей образуется за счет уменьшения у последних количества ответов агрессивного и доминантного характера при примерном равенстве баллов по категориям социального сотрудничества.

В свете полученных результатов важно было уточнить выраженности непосредственно агрессивных установок у язвенных больных, поскольку, как показал анализ, ответы в Тесте Руки, связанные с демонстрацией агрессивности, могли быть подвержены у язвенников особому влиянию факторов социальной желательности. Соответствующие данные были получены благодаря "Рисунку человека". На основании принципов, предложенных авторами оригинальной методики и ее отечественной модификации [15, 25], нами были выделены следующие критерии, или признаки, той или иной степени агрессивности рисующего:

1. Особенности изображения лица: выдающиеся зубы, выдвинутый подбородок, раздвинутые, выдающиеся ноздри, сдвинутые брови.

2. Характерная агрессивная поза: руки, сжатые в кулаки, или поставленные на пояс, свирепое выражение лица, раздвинутые ноги.

3. Особенности изображения конечностей: длинные ноги, руки, разведенные в сторону руки, большие, длинные пальцы, более пяти пальцев, выделенные суставы, отделенные пальцы или кисти рук, пальцы-стрелы, пальцы-палочки, голые пальцы ног.

4. Особенности графики: наличие большого числа ломаных линий, острых углов, линий с нажимом.

В зависимости от выраженности всех этих признаков каждому рисунку присваивался балл от 1 до 5 : 5 - наименее агрессивный рисунок, 1 - наиболее агрессивный. Оценка осуществлялась 5-ю экспертами-психологами; две крайних оценки отбрасывались, из оставшихся трех рассчитывался средний балл.

Как видно из Табл.2, в целом уровень агрессивности всех рисунков невелик. Внутри выборки здоровых испытуемых люди с дискордантными отношениями СО и УП показали значимо

большую агрессивность. У язвенных больных - наивысшие баллы, значимо отличающиеся от таковых как у здоровых людей с расхождением СО и УП, так и с их согласованностью. Таким образом, по результатам анализа проективного рисунка человека величина агрессивных установок значимо выше в клинической выборке.

Таблица 2. Баллы по агрессивности язвенных больных и здоровых людей в зависимости от соотношения СО и УП (по "Рисунку Человека").

норма		язв. больные
СО=УП	СО><УП	СО><УП
4.54	3.87	2.85

Данные о выраженности агрессивных тенденций у здоровых людей с разным типом соотношения СО и УП по двум методикам в целом соответствуют друг другу и демонстрируют, что она (агрессивность) больше при рассогласовании СО и УП ($F=8.86$, $p=0.01$). Результаты же язвенных больных по тесту Руки и Рисунку человека не совпадают: если первый обнаруживает малую выраженность агрессивных тенденций у язвенников, то второй - напротив, наибольшую среди трех рассматриваемых подгрупп ($F=20.47$, $p<0.00$). Однако, сопоставление данных, полученных из наблюдений за специфическим "пассивно-агрессивным" поведением язвенников в ходе всего обследования, многочисленными речевыми знаками вытеснения отрицания агрессии, из результатов Теста Руки и Рисунка человека позволяет все же сделать вывод о значительной величине собственно агрессивных установок у язвенных больных.

Выражение их, однако, затруднено в силу особой активности установок зависимости и принадлежности язвенных больных. Вот почему результирующая агрессивности, т.е. показатель готовности к ее открытому проявлению, оказывается у язвенных больных наименьшей.

"Рисунок Человека" позволил выявить важные, как представляется, особенности агрессивности язвенных больных. Рисунки подавляющего большинства больных имели абстрактный, выхоленный характер: человек изображался, как правило, в виде схемы, символа. Часто отсутствовало лицо, одежда, важные части тела; они могли не иметь объема, "содержимого". (Следует

отметить, что эти характерные черты рассматриваются рядом авторов как свидетельство низкой дифференцированности образа тела, характерного для психосоматических больных, знак их невысокой психической организации в целом [28]). Важно, что в качестве признаков агрессивности в рисунках выступали в основном остроконечные, похожие на стрелки или палки ноги и руки, отделенные длинные пальцы, большое количество ломаных линий, острых углов.

Агрессивность же в рисунках здоровых людей была более "художественно разработанной": она выражалась в открыто агрессивной позе, сдвинутых бровях, наличии оружия, "грозном" выражении лица, увеличенности ноздрей, сильном нажиме при рисовании т.п. Рисунки здоровых людей казались гораздо более "очеловеченными", разработанными; абстрактных изображений, схем, в отличие от линографических рисунков язвенных больных, практически не встречалось.

Можно предположить, что эти различия отражают разницу форм и уровней агрессивности здоровых людей и психосоматических - язвенных - больных. Возможно, кумуляция агрессивных элементов рисунка здоровых людей в лице, присутствие предметов, несущих агрессивную функцию (в частности, оружия) свидетельствует об их способности к вербальному, опосредованному выражению агрессии. В отличие от них, у психосоматических пациентов можно увидеть более примитивный агрессивный символизм, "приуроченный" к действиям, причем действиям непосредственным, когда части тела сами представляют собой оружие, средства выражения агрессии - руки-палки, пальцы-стрелы, вытянутые, заостренные, ломаные конечности в совокупности с отсутствием прорисовки лица. Уместно вспомнить здесь данные некоторых авторов, предполагающих, что переживание неопосредованных культурными способами эмоций способно оказывать особенно патогенное воздействие на телесное функционирование [24, 28].

В заключение некоторые выводы.

Выявлена связь между соотношением высот самооценки и уровня притязаний с показателями агрессивности. Агрессивные, директивные и доминантные устремления, тенденции к противостоянию, враждебности сильнее при несоответствии между тем, как человек оценивает себя, и высотой его притязаний. При дис-

гармоничности СО и УП возрастают также и противодействующие агрессивным зависимые установки - к кооперации, тесным контактам с окружающими. Это приводит к блокированию внешнего направленного выражения агрессии, и общий уровень агрессивности у людей с неравенством высот СО и УП оказывается значительно ниже, чем у людей с конкордантностью самооценки и притязаний.

Сравнение данных “нормальной” и клинической выборки показало, что, с одной стороны, большая глубина конфликта самооценки и притязаний связана с большей величиной собственно агрессивных побуждений и, с другой стороны, с меньшей готовностью к ее открытому проявлению (по сравнению со случаем небольшого расхождения высот СО и УП).

Обнаруженные данные указывают на “примитивность” способов переживания и выражения агрессии у психосоматических больных, что, возможно, отражает особенности их психического функционирования и связано с патогенезом заболевания.

Литература:

Былкина Н.Д. (1995). Соотношение самооценки и уровня притязаний в норме и при психосоматической патологии. Автореферат дис. канд. психол. наук.

Бороздина Л.В., Былкина Н.Д., Щедрова Л.В. (1995). Соотношение высот самооценки и уровня притязаний у больных язвенной болезнью 12перстной кишки. Рукопись, депон. в ГЦНМБ N24786. Москва.

Божович Л.И., Славина Л.С. (1976). Случаи неправильного взаимоотношения ребенка с коллективом и их влияние на формирование личности. Вопросы психол., N1.

Бороздина Л.В. (1993). Исследование уровня притязаний. Москва.

Бороздина Л.В., Видинска Л. (1980). Соотношение самооценки и уровня притязаний. Личность в системе общественных отношений. Курск.

Бороздина Л.В., Залученова Е.А. (1993). Увеличение индекса превожности при расхождении самооценки и притязаний. Вопросы психол. N1.

Бороздина Л.В., Русаков С.В. (1983). Концепция Я и характер реакции на фрустрацию как детерминанты социальной адаптации

молодежи. в: Понимание и общение в учебно-воспитательном процессе. Фрунзе.

Бороздина Л., Шулепова О.В. (1987). Соотношение самооценки и уровня притязаний в норме и при некоторых видах психосоматической патологии в: Личность и труд. Сб., депон. в ИНИОН. Москва.

Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. (1989). Словарь-справочник по психодиагностике. Киев.

Джемс У. (1991). Психология. Москва.

Залученова Е.А.(1995). Соотношение самооценки и уровня притязаний на некоторые личностные особенности. Дис. канд. психол.наук. Москва.

Захарова А.В. (1989). Уровень притязаний как показатель самооценки. В: Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. N1.

Зейгарник Б.В. (1981). Теория личности Курта Левина. Москва.

Коломинский Н.Л. (1972). Самооценка и уровень притязаний учащихся старших классов вспомогательной школы в учебной деятельности и межличностных отношениях. Дис.канд.психол.наук. Минск.

Каталог интерпретаций “Дом-дерево-человек”. (1990). Москва.

Миславский Ю.М. (1991). Саморегуляция и активность личности в юношеском возрасте. Москва.

Роджерс К. (1986). К науке о личности. В :История зарубежной психологии. Москва.

Романова Е.С., Потемкина О.Ф. (1993). Графические методы в психологии. Москва.

Руководство по применению Теста Руки. (1992). Москва.

Судаков К.В. (1981). Системные механизмы эмоционального стресса. Москва.

Харченко А.И. (1995). Системный анализ явления агрессии человек-человек. Москва.

Хекхаузен Х. (1986). Мотивация и деятельность. тт.1, 2. Москва.

Dollard J., et al. (1939). Frustration and aggression. New Haven.

Krystal H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. Amer.J. Psychother. v.33(1).

Machover K. (1949). Personality Projection in the Drawing of Human Figure. Springfield.

Neill L., Sandifer M. (1982). The clinical approach to alexithymia. A review. Psychosomatics. v.23(12).

Sifneos P. et al. (1977). The phenomenon of alexithymia observations in neurotic a. psychosom. patients. Psychother. a. Psychosom., v.28(1-4), - p.47.

Taylor G. (1987). The Psychosom. medicine and contemporary psychoanalysis. Madison Connecticut .v.3 p.391.