УДК 159.9:331.4
DOI https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2026.3.14

Шмуліченко О. В.
аспірант
ПрАТ «Вищий навчальний заклад
«Міжрегіональна Академія управління персоналом»
ORCID: 0009-0001-8900-4838

МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ

MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION OF MEDICAL WORKERS IN CONDITIONS OF OCCUPATIONAL STRESS

У статті представлено результати емпіричного дослідження механізмів психологічного захисту медичних працівників хірургічного профілю в умовах високої стресогенності професійної діяльності в період воєнного стану. Визначено особливості психологічного реагування медичних працівників, професійна діяльність яких пов'язана з високою відповідальністю, емоційним напруженням, необхідністю оперативного прийняття рішень та тривалим впливом стресогенних чинників. Емпіричним шляхом визначено специфіку використання механізмів психологічного захисту лікарями та середнім медичним персоналом хірургічного профілю. У дослідженні взяли участь 267 медичних працівників, з яких 110 лікарів та 157 представників середнього медичного персоналу. У якості діагностичного інструментарію застосовано методику «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика – Х. Келлермана, що дає змогу визначити вираженість основних механізмів психологічного захисту. Встановлено, що в обох групах (ГЛ та ГСМП) представлені різні механізми захисного реагування, їх вираженість має певні відмінності. Найчастіше у лікарів виявлялися інтелектуалізація, заперечення, витіснення та проекція, тоді як у середнього медичного персоналу – заперечення, витіснення, регресія, заміщення та реактивне утворення. Виявлено статистично значущі міжгрупові відмінності за показниками окремих механізмів психологічного захисту ($p<0,001$). У лікарів більш вираженою була інтелектуалізація, що може вказувати на тенденцію до раціоналізації та емоційного дистанціювання у складних професійних ситуаціях. У середнього медичного персоналу вищі показники регресії та реактивного утворення можуть відображати використання менш конструктивних способів зниження внутрішньої напруги. Отримані результати засвідчують необхідність урахування особливостей психологічного захисту медичних працівників під час розробки програм психологічної підтримки, профілактики професійного виснаження та розвитку адаптаційних ресурсів працівників на робочому місці.

Ключові слова: психологічний захист, механізми психологічного захисту, медичні працівники, лікарі, середній медичний персонал, професійний стрес, стресостійкість, резильєнтність.

The article presents the results of an empirical study of the mechanisms of psychological protection of medical workers of the surgical profile in conditions of high stress of professional activity during the period of martial law. The features of the psychological response of medical workers whose professional activity is associated with high responsibility, emotional stress, lack of operational decision-making and prolonged exposure to stress factors were determined. The specifics of the use of psychological protection mechanisms by doctors and medical staff of the surgical profile were empirically determined. The study involved 267 medical workers, of whom 110 were doctors and 157 were representatives of medical staff. The method "Lifestyle Index" by R. Plutchik – H. Kellerman was used as a diagnostic tool, which gives the problem of the severity of the main mechanisms of psychological protection. It was established that in both groups (GL and GSMP) different mechanisms of protective response are presented, their severity has certain differences. some doctors showed intellectualization, denial, repression and projection, then as in the medical staff – denial, repression, regression, substitution and reactive formation. Statistical significance of intergroup differences in indicators of individual mechanisms of psychological protection was revealed ($p<0.001$). Doctors had more pronounced intellectualization, which may indicate a tendency to rationalization and emotional distancing in difficult professional situations. In the medical staff, higher indicators of regression and reactive formation may reflect the use of less constructive ways to reduce internal tension. The results obtained provide the necessary consideration of the features of psychological protection of medical workers when developing a program of psychological support, professional professional education and development of adaptive resources of employees in the workplace.

Key words: psychological protection, psychological protection mechanisms, medical workers, doctors, medical staff, professional stress, stress resistance, resilience.

Постановка проблеми. Проблематика стресу, стресостійкості, резильєнтності та психічних захистів фахівця на робочому місці представлена в роботах українських та зарубіжних дослідників: О. Кокун (стресостійкість, професійна діяльність), Л. Карамушка (професійний стрес, копінг, психічне здоров'я), В. Корольчук (психологія стресостійкості особистості), V. Lingiardi (сучасний психодинамічний підхід до захисного функціонування), R. Lazarus (психологічний стрес і когнітивна оцінка) та ін. Значна частина українських дослідників (І. Ананова, О. Кокун, В. Корольчук, С. Миронець та ін) розглядає психологічний захист у контексті стресу, психофізіологічної адаптації, саморегуляції та професійної діяльності.

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

В. Крайнюк (Корольчук) визначає стресостійкість «…як індивідуальне утворення особистості чинити опір стресу і долати негативні наслідки його впливу на психіку як в період, так і після припинення безпосередньої дії стресогенних факторів, активно з позитивним використанням соціальних ресурсів (підтримки, визнання, контактів), в основі якої лежать соціальні, особистісні, типологічні і поведінкові фактори, які проявляються на психологічному, соціальному, професійному та біологічному рівнях» [5, с.332].

Аналізуючи генезу та зміст понять «стресостійкість» та «резильєнтність» особистості авторами (В. Корольчук, М. Корольчук, В. Роспутний [5]) зроблено висновок що, «…стресостійкість – це насамперед про опір та збереження стабільності, а резильєнтність – про гнучкість, адаптацію та відновлення. …метою стресостійкості є збереження функціональності та уникнення деструкції, а … резильєнтність передбачає повернення до норми, й можливість посттравматичного зростання, що доповнює ці поняття, а не роз'єднує їх…» [2; 4; 5; 7].

Н. Вінник зазначає, що в кризових ситуаціях активізуються механізми психологічного захисту, саморегуляції та адаптації [3]. У науковій публікації Л. Матвієнко та К. Михайлової [8] представлено вивчення захисних механізмів і копінг-стратегій серед лікарів хірургічного та психотерапевтичного профілів. Вибір цих спеціалізацій авторками обґрунтовано високою психічною напруженістю, стресогенністю професійної діяльності та високим рівнем професійної відповідальності [8].

Попри значну кількість наукових розвідок та досліджень, присвячених психологічному захисту особистості та особливостям професійної діяльності медичних працівників, недостатньо розробленою залишається проблема емпіричного вивчення механізмів психологічних захистів. Невирішеність та новизна проблематики зумовлює актуальність емпіричного дослідження механізмів психологічних захистів медичних працівників хірургічного профілю.

Мета дослідження: емпіричне вивчення особливостей механізмів психологічних захистів медичних працівників хірургічного профілю.

Виклад основного матеріалу. У емпіричному дослідженні взяли участь 267 медичних працівників, з яких 110 лікарів (ГЛ) та 157 представників середнього медичного персоналу (ГСМП). Для визначення механізмів психологічного захисту застосовано методику «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика – Х. Келлермана [9], що дає змогу оцінити вираженість основних механізмів психологічного захисту особистості. Дослідження спрямоване на виявлення специфіки захисного реагування медичних працівників в умовах професійної діяльності, що характеризується високою інтенсивністю стресогенних чинників та особливими вимогами до емоційної й психологічної регуляції.

Методика «Індекс життєвого стилю» Р. Плутчика – Х. Келлермана [9] спрямована на вивчення механізмів психологічного захисту особистості, які розглядаються як способи зниження внутрішньої напруги, тривоги та емоційного дискомфорту. Автори зазначали, що в основі психологічних захистів лежить механізм гальмування, який первинно формується як засіб подолання страху. Психологічні захисти виконують функцію пом'якшення або нейтралізації негативних переживань, що можуть травмувати особистість і свідчити про наявність внутрішнього чи зовнішнього конфлікту. Такі переживання зазвичай пов'язані з тривогою, психологічним дискомфортом, суперечностями у ставленні до себе, інших людей або навколишньої дійсності. Завдяки використанню механізмів психологічного захисту особистість підтримує відносну стабільність уявлень про себе, навколишній світ і власну самооцінку. У ситуаціях, коли людина не здатна безпосередньо подолати страх, тривогу або внутрішній конфлікт, захисні механізми можуть змінювати сприйняття реальності, допомагаючи зберегти психічну рівновагу та цілісність особистості [9]. Аналіз механізмів психологічного захисту у медичного персоналу відображено у табл. 1.

Показники табл. 1, вказують, що в цілому у медичних працівників обох груп виявляються усі механізми психологічно захисту, які вони використовують у стресогенної ситуації професійної діяльності. Так, заперечення встановлено у 83,6% ГЛ та 64,3% ГСМП, витиснення відповідно у 80,0% ГЛ та 70,7% ГСМП, регресія встановлено у 22,7% ГЛ та 70,1% ГСМП, компенсація встановлено у 50,9% ГЛ та 42,7% ГСМП, проекція встановлено у 70,9% ГЛ та

Таблиця 1

Механізми психологічного захисту у медичного персоналу (методика Р. Плутчика–Х. Келлермана)

Механізм захисту	ГЛ, n=110 (100,0%)		ГСМП, n=157(100,0%)	
	N	%	N	%
Заперечення	92	83,6	101	64,3
Витиснення	88	80,0	111	70,7
Регресія	25	22,7	110	70,1
Компенсація	56	50,9	67	42,7
Проекція	78	70,9	88	56,1
Заміщення	65	59,1	98	62,4
Інтелектуалізація	95	86,4	86	54,8
Реактивне утворення	45	40,9	103	65,6

56,1 ГСМП, заміщення у 59,1% ГЛ та 62,4% ГСМП, інтелектуалізація у 86,4% ГЛ та 54,8% ГСМП, реактивне утворення встановлено у 40,9% ГЛ та 65,6% ГСМП ($p<0,001$).

Оцінювання механізмів психологічного захисту показало, що середні значення за окремими шкалами перевищують нормативні показники. Порівняння середніх балів між ГЛ та ГСМП засвідчило, що рівні заперечення, проекції, заміщення та реактивного утворення є вищими у ГСМП порівняно з ГЛ. Водночас показник інтелектуалізації у ГСМП виявився нижчим, ніж у ГЛ. У групі ГЛ встановлено підвищений рівень заперечення, тоді як у ГСМП більш вираженими були витіснення та регресія.

За результатами дослідження надано характеристика механізмам психологічно захисту, які медичний персонал використовує у стресогеної ситуації професійної діяльності.

Витіснення розглядається як механізм психологічного захисту, за якого неприйнятні для особистості імпульси, бажання, думки або почуття, що викликають тривогу, усуваються зі свідомості та переходять у несвідому сферу. Водночас витіснені переживання не зникають повністю: не знаходячи прямого вираження у поведінці, вони зберігають емоційні та психовегетативні компоненти. У стресових ситуаціях зміст психотравмуючих обставин може не усвідомлюватися, а сама особистість витісняє факт власних переживань або поведінкових реакцій. Проте інтрапсихічний конфлікт при цьому зберігається, а пов'язане з ним емоційне напруження суб'єктивно сприймається як зовні невмотивована тривога. У медичного персоналу витіснені переживання могли проявлятися через ставлення до власного здоров'я, невротичні та психофізіологічні симптоми. Найчастіше витісненню підлягали ті особистісні якості, властивості або вчинки, які не відповідали бажаному образу себе в очах як самої особистості, так і колег по роботі, зокрема заздрість, недоброзичливість, невдячність.

Регресія виявлялася у тому, що досліджувані у стресових ситуаціях, які виступали фруструючими чинниками, з метою зниження тривоги обирали простіші та суб'єктивно доступніші способи реагування замість складніших і більш конструктивних рішень. Використання звичних поведінкових стереотипів тимчасово полегшувало емоційне напруження, однак водночас звужувало арсенал особистісних ресурсів для подолання конфліктних і проблемних ситуацій.

Заміщення проявлялося у спрямуванні пригнічених емоцій, зокрема ворожості або гніву, на менш небезпечні чи більш доступні об'єкти. У респондентів ГЛ такі реакції могли виявлятися у перенесенні негативних емоцій на середній медичний персонал, які сприймалися як менш загрозливі порівняно з колегами лікарями, що фактично викликали неприємні переживання.

Заперечення полягало у тому, що досліджувані ГЛ та ГСМП не визнавали або применшували вплив стресової ситуацій діяльності, які викликали тривогу. Попри очевидність загроз зовнішньої реальності, вони могли не приймати їх як значущі, не визнавати реального рівня небезпеки або уникати усвідомлення наслідків таких обставин. Так інформація про стресове напруження частково блокувалася, а сприйняття дійсності набувало спотвореного характеру.

Проекція виявлялася у тому, що респонденти ГЛ та ГСМП у професійних стресових ситуаціях не усвідомлювали власні неприйнятні почуття, думки або імпульси, а приписували їх іншим людям. Зокрема, агресивність, недоброзичливість або ворожість могли сприйматися як властивості оточення, а власна поведінка при цьому обґрунтовувалася необхідністю самозахисту.

Компенсація проявлялася у прагненні ГЛ та ГСМП замінити реальне або уявне почуття неповноцінності, безпорадності чи внутрішнього дискомфорту іншими якостями, образами або поведінковими характеристиками. У професійних стресових ситуаціях це могло відбуватися через фантазування або приписування собі властивостей, переваг, цінностей і моделей поведінки, які фактично не були достатньо сформованими. Такий механізм давав змогу тимчасово уникати внутрішнього конфлікту та підтримувати відчуття самодостатності.

Реактивні утворення виявлялися у прагненні ГЛ та ГСМП стримувати або приховувати неприйнятні для себе думки, почуття чи поведінкові імпульси шляхом демонстрації протилежних установок. У професійних стресових ситуаціях це могло проявлятися через перебільшене підкреслення власної психологічної стійкості, резільєнтності та готовності до подолання труднощів.

Інтелектуалізація характеризувалася надмірно раціоналізованим способом подолання фруструючих професійних стресових ситуацій. Респонденти ГЛ та ГСМП могли пояснювати неприємні або суб'єктивно неприйнятні переживання за допомогою логічних аргументів, відсторонюючись від безпосереднього емоційного досвіду. У таких випадках створювалися псевдораціональні пояснення власної поведінки, дій інших людей або власних хвилювань, які особистість не могла визнати через загрозу втрати самоповаги. Нерідко це супроводжувалося знеціненням власного особистісного досвіду у фруструючих ситуаціях.

Ізоляція у ГЛ та ГСМП проявлялася у несвідомому відокремленні фруструючої професійної стресової ситуації від пов'язаних із нею емоційних переживань. У таких випадках досліджувані казали про складні або травматичні обставини без належного емоційного залучення, ніби відокремлюючи сам факт події від її психологічного значення. Цей механізм виявлявся у перенесенні неприйнятних висловлювань або дій на умовну позицію інших осіб, що давало змогу дистанціюватися від власних переживань і відповідальності за них.

Сублімація полягала у перенаправленні емоційного напруження, пов'язаного з фруструючими професійними стресовими ситуаціями в умовах війни, у соціально прийнятні форми активності. Респон-

Таблиця 2

Механізми психологічного захисту медичного персоналу у порівнянні із дослідженнями апробації (методика Р. Плутчика–Х. Келлермана)

Механізм захисту	Групи								
	ГЛ, n=110 (100,0%)			ГСМП, n=157(100,0%)			Апробація методики		
	M	S	±m	M	S	±m	M	S	±m
Заперечення	5,98 2	2,25	0,37	6,84 2	2,3	0,47	1,81	2,27	0,30
Витиснення	4,047	1,67	0,33	3,223	1,91	0,31	2,49	1,47	0,27
Регресія	2,72 3	1,68	0,28	1,74 1	1,52	0,29	5,22	2,09	0,20
Компенсація	1,79	1,44	0,21	2,75	1,34	0,31	3,38	1,86	0,28
Проекція	5,67 1	2,36	0,44	6,75 3	2,55	0,55	4,51	4,01	0,34
Заміщення	3,84 2	1,94	0,33	2,98 3	2,88	0,39	2,12	3,01	0,23
Інтелектуалізація	5,83	2,36	0,27	7,88	2,31	0,22	6,52	1,45	0,12
Реактивне утворення	1,38	2,4	0,42	4,51	2,45	0,49	2,60	2,55	0,24

Примітка: [1] – $p<0,001$; [2] – $p<0,01$; [3] – $p<0,05$ – достовірність відмінностей середніх показників у респондентів.

денти ГЛ та ГСМП могли переключатися на різні види діяльності, зокрема спорт, творчість, професійну активність або інші конструктивні заняття, що допомагало зменшити інтенсивність травматичних переживань.

Інтроєкція проявлялася у тому, що ГЛ та ГСМП у фруструючих професійних стресових ситуаціях війни засвоювали позиції, оцінки, афекти, форми поведінки або думки значущих для них людей і сприймали їх як власні. Такий механізм виконував захисну функцію, оскільки давав змогу особистості спиратися на зовнішні авторитети, цінності або моделі поведінки в умовах внутрішньої напруги та нестабільності.

У процесі діагностики респондентів було проаналізовано особистісні реакції, що виникали у різних стресових ситуаціях професійного напруження. Це дало змогу визначити провідні механізми психологічного захисту, які використовувалися для зниження тривоги, збереження внутрішньої рівноваги та підтримання адаптації в умовах кризового впливу. Механізми психологічного захисту медичного персоналу у порівнянні із дослідженнями апробації відображено у табл. 2.

З даних табл. 2, видно, що вцілому у медичного персоналу обох груп виявляються схожі механізми психологічно захисту, які вони використовують у стресогеної ситуації професійної діяльності. Так, у ГЛ внаслідок перенапруження адаптаційних механізмів під впливом стресогеної ситуації професійної діяльності встановлено виражену напруженість механізмів психологічного захисту. Це свідчить на наш погляд сформованою дією впливом війни як психотравмуючою ситуацією ($p\leq0,001$). У досліджуваних ГСМП виявлено значне використання механізмів регресії та заперечення ($p\leq0,001$). Це може свідчити про недостатнє розуміння «неусвідомлених» травматичних подій, а також про їх витіснення зі свідомості через психологічний біль, який виникає у разі їхнього визнання.

У більшості ГЛ та ГСМП у взаємодії з оточенням спостерігалися надмірний контроль емоцій та імпульсів, залежність від раціональної інтерпретації подій, а також прагнення психологічно «захистити» себе у фруструючій ситуації професійного перенавантаження шляхом зниження значущості чинників, що спричинили внутрішній конфлікт ($p\leq0,001$).

У ГЛ та ГСМП встановлено застосування механізмів витіснення та проекції, які поєднувалися з інтелектуалізацією ($p\leq0,05$). Це свідчить про схильність респондентів приписувати неприйнятні для себе почуття зовнішнім об'єктам, а також використовувати надмірно раціоналізований, емоційно відсторонений спосіб подолання стресогених ситуацій професійної діяльності ($p\leq0,001$).

За результатами дослідження узагальнено виявлені механізми психологічного захисту, що може свідчити про їх недостатню ефективність у стресогенних ситуацій професійної діяльності, зумовлених війною. Так, ГЛ та ГСМП застосовували стримуючу та блокуючу форму поведінки, яка спрямована на пом'якшення емоційного напруження та послаблення впливу зовнішніх чинників, які підсвідомо можуть призводити до підвищення резільєнтності. Так значущими чинниками психологічного й емоційного перенапруження є підвищена чутливість до стимулів зовнішнього середовища, що проявляється дистресом і пов'язана з показником регресії ($p\leq0,001$).

Висновки. Узагальнюючи отримані результати, зазначимо, що у ГЛ та ГСМП стійкі особистісні реакції у вигляді тривожності, хвилювання, а в окремих випадках і демонстративної поведінки формували загальний фон зниження резільєнтності. Встановлено, що у частині респондентів сформувався стенічний тип реагування, який характеризується високими показниками гіперстенічного профілю та відображав проблему переживання самотності (не можливість поділитися почуттями).

Багатополярність взаємозв'язків між окремими механізмами психологічного захисту, а також їх можливий негативний вплив на швидкість відновлення особистості у стресогених ситуаціях професійної діяльності, зумовлюють різноманітність варіантів зниження резильєнтності. Для розробки «Програма розвитку резільєнтності у медичного персоналу хірургічного профілю» необхідно отримувати максимально повний спектр об'єктивної інформації щодо психологічного й емоційного стану лікарів та середнього медичного персоналу з урахуванням особливостей мікро- та макросоціального функціонування, а також існуючих обмежень життєдіяльності. Такий підхід дає змогу виявити й проаналізувати наявні психологічні проблеми медичного персоналу, а також визначити потребу, зміст і необхідний рівень психологічного супроводу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Ананова І. Диференційна характеристика копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту у осіб з різним рівнем емоційної врівноваженості. *Вісник* Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. 2025. Вип. 1(21). С. 5–14. DOI: https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.1(21).1

2. Болтівець С., Фурман А., Фурман О., Корольчук В., Корольчук М. Інтеграція психофізіологічних технологій для управління стресом: проблеми та рішення в українській системі охорони здоров'я. European Journal of Trauma & Dissociation. 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.1006034

3. Вінник Н. Д. Духовно-психологічні ресурси, що забезпечують стійкість до стресу. Актуальні проблеми сучасної психологічної науки: виклики сучасності: збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської інтернет-конференції (Житомир, 10 жовтня 2022 р.). Житомир, 2022. С. 12–14. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/42617/1/N_Vinnyk_APPN_FPSRSO.pdf (дата звернення 14.08.2025)

4. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика: монографія. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 214 с. URL: https://www.scribd.com/document/1046862812/D0-9C-D0-BE-D0-BD-D0-BE-D0-B3-D1-80-D0-B0-D1-84-D1-96-D1-8F-D0-9A-D0-BE-D0-BA-D1-83-D0-BD (дата звернення 23.05.2024)

5. Корольчук В., Корольчук М., Роспутний В. Порівняльний аналіз понять стресостійкості та резильєнтності у вітчизняній та зарубіжній психологічній науці. Psychology Travelogs. 2026. № 1. С. 328–340. DOI: https://doi.org/10.31891/PT-2026-1-27

6. Куцик Я. С. Психологічні особливості якості життя медичних працівників : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 70 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/25533 (дата звернення 08.04.2026)

7. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія. 2018. Вип. 14. С. 26–64. URL: https://www.academia.edu/66028691/%D0%A0%D0%B5%D0%B7%D1%96%D0%BB%D1%8C%D1%94%D0%BD%D1%82%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D1%8F%D1%82%D1%8C_%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4_%D1%81%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%B8%D1%85_%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D1%8C (дата звернення 14.08.2025)

8. Матвієнко Л. І., Михайлова К. В. Особливості захисних механізмів і копінг-стратегій лікарів різного профілю. *Наукові* перспективи. 2023. № 11(41). DOI: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-11(41)-1305-1316

9. Conte H. R., Plutchik R. Вимірювання захисту Его в клінічних дослідженнях. У: Hentschel, U., Smith, G. J. W., Ehlers, W., Draguns, J. G. (eds). Концепція захисних механізмів у сучасній психології. Нью-Йорк: Springer, 1993. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8303-1_18

10. Lingiardi V., Madeddu F. Revisiting defense mechanisms in contemporary clinical practice: evidence and perspectives. Research in Psychotherapy. 2025. Vol. 28, № 3. P. 877. DOI: https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.877 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12878825/

11. Tavoloni V., Garofani J., Di Giuseppe M., Juli G., Muzi L., Innamorati M., Nappa M. R. Research in Defense Mechanisms: What Do We Stand? Psychiatria Danubina. 2024. Vol. 36, Suppl. 2. P. 20–26. PMID: 39378447.

Дата першого надходження статті до видання: 17.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 22.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 17.11.2026