

Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации

Романовский Н.В.

кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, romanovskij2@gmail.com

Новикова Е.М.,

клинический психолог, реабилитационный центр «Преодоление», Москва, Россия, mercilessangel@mail.ru

В статье приводится описание экспериментального исследования лиц с приобретенной инвалидностью, проводившегося в 2016 году на базе центра «Преодоление» (г. Москва). В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 40 до 75 лет. Основной целью исследования являлось развитие у пациентов с приобретенной инвалидностью мотивации к реабилитации с помощью модифицированной версии методики для диагностики самооценки (Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн) – Шкалы самооценки состояния. В проведенном пилотном исследовании была поставлена задача оценки эффективности коррекционной составляющей методики в аспекте развития мотивации на комплексную реабилитацию, а также на психологическую составляющую реабилитационного процесса. Результаты исследования говорят о вероятной эффективности методики, что проявляется в формировании более адекватных уровней самооценки и притязаний испытуемых, а также в снижении уровня депрессии после прохождения реабилитационного курса.

Ключевые слова: реабилитация, психологическая реабилитация, лица с приобретенной инвалидностью, мотивация к реабилитации, инвалидность, активная позиция реабилитанта, самооценка, тревожность, депрессия, уровень притязаний.

Для цитаты:

Романовский Н.В., Новикова Е.М. Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 135–148. doi: 10.17759/psyclin.2017060308

For citation:

Romanovskiy N.V., Novikova E.M. The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 135–148. doi: 10.17759/psycljn.2017060308 (In Russ., abstr. in Engl.)

Известно, что одним из главных условий оказания психолого-социальной помощи человеку является желание этого человека что-то изменить в своей жизни и принципиальное согласие (запрос) на ее получение [1; 5; 6]. Подобный запрос должен присутствовать и для оказания реабилитационных услуг лицам с приобретенной инвалидностью. Под приобретенной инвалидностью мы понимаем нарушения двигательной сферы, возникшие в результате болезни или травмы.

Р.М. Войтенко отмечает, что реабилитация – это процесс, требующий личной активности реабилитанта. Успешная реабилитация невозможна без полного включения реабилитанта в этот процесс. Как пишет Р.М. Войтенко: «Реабилитант – активный, действующий субъект реабилитационного процесса» [2, с. 22], и «"столбовая дорожка" реабилитации проходит через личность пациента» [2, с. 40].

Однако в практике работы психолога-реабилитолога часто приходится наблюдать обратную тенденцию. Пациенты ориентированы на пассивную реабилитацию в виде физиопроцедур и массажа. Можно предположить, что пациентам комфортнее находиться в роли объекта реабилитационных мероприятий, чем субъекта, активно участвующего в построении и осуществлении своей реабилитационной программы. Таким образом, важнейшими задачами психолога-реабилитолога являются формирование запроса на оказание реабилитационных услуг, повышение мотивации на реабилитацию и формирование активной позиции реабилитанта.

При этом достаточно остро встает вопрос поиска психологических методов повышения мотивации и формирования активной жизненной позиции реабилитанта, а также поиска диагностического инструментария для оценки эффективности вмешательства [3].

С целью доказать эффективность методики «Шкала самооценки состояния» нами было проведено пилотное исследование в виде формирующего эксперимента. Данная методика представляет собой модификацию известной методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн [4; 7; 8]. Разработанная нами модификация направлена на диагностику самооценки пациентами ограничений в нескольких областях, а также на формирование запроса на реабилитацию.

Объектом исследования стала эмоционально-мотивационная сфера лиц с приобретенной инвалидностью. Предметом исследования – способ повышения мотивации к реабилитации у лиц с приобретенной инвалидностью с использованием методики «Шкала самооценки состояния».

Исследование проводилось на базе реабилитационного центра «Преодоление» (г. Москва). Были использованы следующие методики:

- 1) Анкета, направленная на выявление мотивации к реабилитации;
- 2) Шкала депрессии А. Бека;
- 3) Методика «Определение уровня тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина;
- 4) Шкала самооценки состояния (модификация методики Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн).

На основе анализа анкетных данных были отобраны 30 человек в возрасте от 40 до 75 лет (15 мужчин и 15 женщин; средний возраст – 53,5 года, стандартное отклонение – 9,6) с приобретенной инвалидностью, которые не проходили психологической реабилитации до этого момента.

Испытуемые принимали участие в реабилитационном курсе, проводимом мультидисциплинарными бригадами. Мультидисциплинарные бригады – совместный медико-социальный проект Департамента социальной защиты населения г. Москвы и реабилитационного центра «Преодоление». На базе московских центров социального обслуживания, а также в особых случаях на дому у пациентов работают выездные мультидисциплинарные бригады специалистов центра, в состав которых входят невролог, терапевт, хирург, травматолог-ортопед, кардиолог, уролог, психолог, инструктор ЛФК, массажист. Курс реабилитации составляет 10 рабочих дней.

В анкете участники исследования отмечали, что не нуждаются в работе с психологом. Таким образом, выборка исследования состояла из людей, у которых отсутствовал запрос на психологическую реабилитацию и которые имели низкую мотивацию на прохождение психологической реабилитации.

Мы сформулировали следующую гипотезу: использование Шкалы самооценки состояния в ходе реабилитационного процесса повышает мотивацию пациентов к реабилитации.

Остановимся подробнее на описании ключевой для нашего исследования методики «Шкала самооценки состояния». За основу авторской методики была взята хорошо всем известная методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, разработанная в 1962 году Т.В. Дембо, а в 1970 году – дополненная С.Я. Рубинштейн [7]. Мы модифицировали методику под цели нашего исследования. Опишем более подробно процедуру проведения нашей методики.

Методика являлась частью реабилитационной программы и проводилась на одной из первых встреч с пациентом, но после проведения тестов на тревожность и депрессию. Пациенту предлагался бланк, на котором отпечатаны 9 равных по размеру шкал без названия. Наш опыт реабилитационной работы показал, что

трудности пациентов имеют общий характер и могут быть сгруппированы в три группы, каждая из которых описывает определенные ограничения в жизни пациента – физические, психологические и социальные (рис. 1).



Рис 1. Бланк шкалы самооценки состояния

Группа шкал «физические ограничения» отражает двигательные ограничения, связанные с заболеванием пациента, существенные для него, с которыми он готов работать. Группа шкал «психологические ограничения» отражает психологические трудности пациента. Принципиален тот факт, что эта шкала стоит в одном ряду со шкалой «физические ограничения», но идет после нее. Такая последовательность шкал позволяет подвести пациента к мысли о том, что психологические трудности не абстрактны, а имеют реальное отношение к его жизни и что осознание этих трудностей имеет такое же значение для благополучия, как и понимание своих физических ограничений. Группа шкал «социальные ограничения» подразумевает трудности, связанные с общением и статусом.

В процессе клинической беседы пациенту предлагалось самостоятельно назвать каждую из шкал и оценить степень своих ограничений (самооценка), а также чего он хочет добиться в рамках предстоящей реабилитационной работы (уровень притязаний).

Каждая из шкал подробно обсуждалась психологом и пациентом, психолог помогал пациенту сформулировать название шкалы, которое бы отражало реальные трудности пациента в той или иной сфере. В ходе выполнения этой методики пациент, по сути, формировал свой личный запрос на реабилитационную работу, в том числе на психологическую реабилитацию как часть комплексной реабилитационной программы. Таким образом, данная методика включает как диагностическую, так и психокоррекционную составляющие.

Для большей наглядности приведем примеры, как наши испытуемые называли шкалы:

- 1) физические ограничения: «боли в различных частях тела», «невозможность самостоятельно повернуться», «трудности при ходьбе»;
- 2) психологические ограничения: «страхи», «тревога», «перепады настроения»;
- 3) социальные ограничения: «малый круг общения», «социальная изоляция», «бесполезность».

Для оценки адекватности ответов пациента в отношении его физического состояния (шкала «физические ограничения») использовалась экспертная оценка инструктора по физической культуре, который, выслушав жалобы пациента, проводил собственное тестирование.

Психологические ограничения пациента оценивались при помощи тестов тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и депрессии А. Бека, что позволило наглядно продемонстрировать пациенту отсутствие или наличие психологических проблем и возможность их коррекции.

По итогам обсуждения результатов диагностики предлагался план психологической работы, куда могли быть включены следующие формы работы: психологическое консультирование, семейная консультация, социально-психологический тренинг, использование релаксационных техник, арт-терапия, когнитивная терапия. Общий план реабилитационных мероприятий зависел от озвученных ожиданий и возможностей пациента и реализовывался в индивидуальном режиме. Так как работа специалистов проводилась в мультидисциплинарной бригаде, то и план реабилитационных мероприятий строился комплексно с участием всех специалистов.

Результаты исследования

Проведенное диагностическое исследование с использованием Шкалы депрессии А. Бека, результаты которого указаны на рис. 2, показало, что до проведения реабилитации у большинства испытуемых (22 человека) признаки депрессии не наблюдались. У двух испытуемых наблюдалась выраженная депрессия, у четырех – умеренная, еще у двух человек – легкая депрессия.

После проведения реабилитационных мероприятий наблюдалась тенденция к сокращению числа людей с депрессией: депрессивные признаки отсутствовали у 23 человек, легкая депрессия отмечалась у 5 человек, умеренная – у одного, равно как и выраженная депрессия была диагностирована у одного испытуемого.

С помощью статистической обработки полученных данных были выявлены значимые различия между показателями депрессии до и после реабилитации по критерию знаков ($Z=5,10$ при $p=0,000$), а также Т-критерию Вилкоксона ($T=4,62$ при $p=0,000$). Таким образом, мы можем говорить о статистически значимом улучшении эмоционального состояния пациентов, произошедшем вследствие проведения реабилитационных мероприятий.



Рис. 2. Уровни депрессии у пациентов до и после реабилитации

Далее мы сравнили показатели личностной тревожности по методике «Определение уровня тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина у пациентов до и после курса реабилитации (рис. 3). Можно видеть, что до реабилитации у 8 испытуемых наблюдался низкий уровень тревожности, у 13 – умеренный и у 9 – высокий уровень.

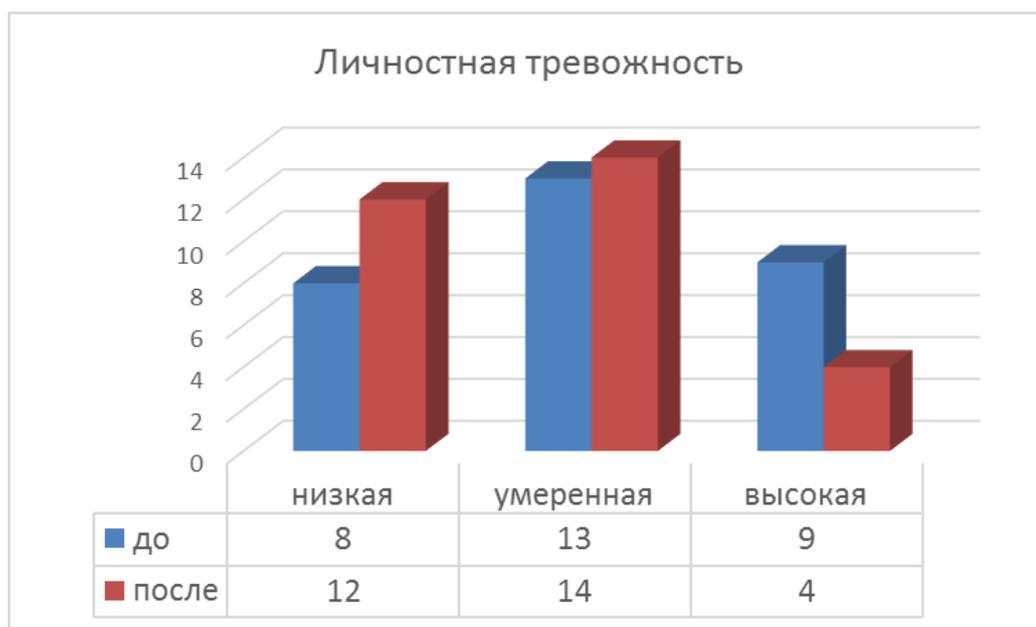


Рис. 3. Результаты проведения методики «Определение уровня тревожности» (личностная тревожность)

После реабилитации наблюдалась тенденция к снижению тревожности: низкий уровень тревожности наблюдался у 12 человек, умеренный – у 14 реабилитантов, а высокий – только у 4 испытуемых. Статистический анализ данных выявил значимые различия между показателями ($Z=4,72$ при $p=0,000$; $T=4,52$ при $p=0,000$).

Мы предполагаем, что полученные данные могут свидетельствовать о том, что после реабилитации у испытуемых уменьшилось количество опасений и страхов, они перестали воспринимать большинство ситуаций как угрожающие им.

На рис. 4 представлены результаты по шкале «Реактивная тревожность». По данному показателю до реабилитации ситуация была чуть лучше, чем по показателю «личностная тревожность»: низкий уровень реактивной тревожности наблюдался у 10 испытуемых, умеренный – у 16 человек, а высокий – у двоих.



Рис 4. Результаты проведения методики «Определение уровня тревожности» (реактивная тревожность)

После проведения реабилитационных мероприятий была обнаружена тенденция к снижению уровня реактивной тревожности: низкий уровень наблюдался у 15 испытуемых, умеренный – у 13 реабилитантов, а высокий уровень – только у двух человек. Были выявлены значимые различия между показателями до и после реабилитации ($Z=5,00$ при $p=0,000$; $T=4,54$ при $p=0,000$). Полученные данные также могут свидетельствовать о том, что после реабилитационных мероприятий у испытуемых уменьшились симптомы напряжения и беспокойства.

Наконец, мы сравнили показатели самооценки и уровня притязаний, измеренные с помощью модифицированной версии «Шкала самооценки состояния» у участников исследования до и после прохождения реабилитации.

В самом начале реабилитационного процесса испытуемые демонстрировали в основном достаточно низкий уровень самооценки, что можно наглядно увидеть на рис. 5.

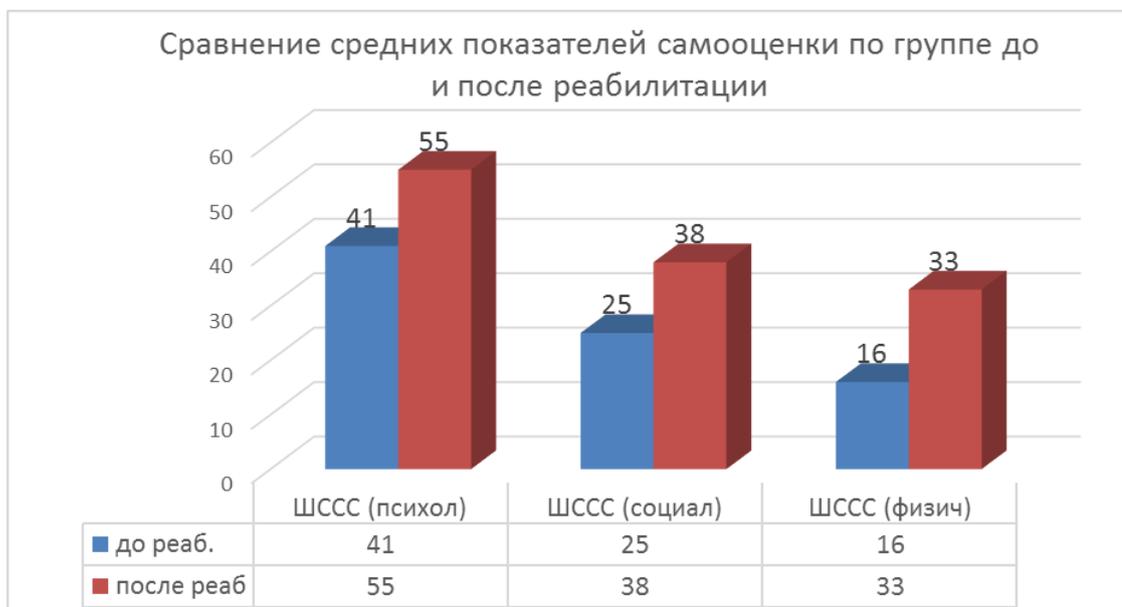


Рис. 5. Самооценка испытуемых до и после реабилитации по методике «Шкала самооценки состояния» (средние значения)

После проведения курса реабилитационных мероприятий наблюдались существенные изменения. Средние значения самооценки по трем шкалам («психологические ограничения», «социальные ограничения» и «физические ограничения») значительно увеличились. Статистический анализ данных (критерий знаков и критерий Вилкоксона для связанных выборок) выявил значимые различия (при уровне значимости $p \leq 0,01$) между результатами замеров до реабилитации и после по каждой из шкал:

- 1) «психологические ограничения» ($Z=4,58$ при $p=0,000$; $T=4,19$ при $p=0,000$);
- 2) «социальные ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$);
- 3) «физические ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$).

Полученные данные дают возможность предполагать, что испытуемые в результате проведения комплексных реабилитационных мероприятий стали осознавать у себя больше возможностей и способностей в указанных областях.

На рис. 6 представлены средние значения уровня притязаний до и после проведения реабилитационных мероприятий.

До проведения реабилитационных мероприятий испытуемые демонстрировали средний уровень притязаний по шкалам психологических и

социальных ограничений, а по шкале физических ограничений – уровень значительно выше среднего. На наш взгляд, уровень притязаний по группе шкал «физические ограничения» являлся существенно завышенным с учетом того, что наши испытуемые имели значительные физические ограничения (например, пациент, физические ограничения которого не позволяли ему вставать с постели, ставил себе цель за 10 дней реабилитации научиться самостоятельно ходить, минуя такие этапы, как самостоятельное переворачивание с бока на бок, пребывание в положении сидя и т.д.).

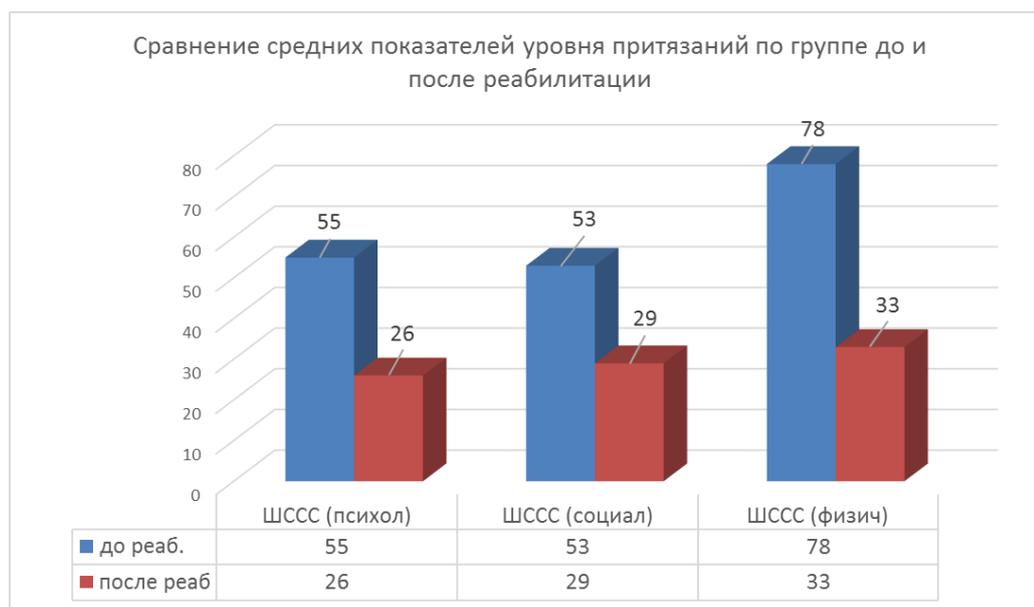


Рис. 6. Уровень притязаний испытуемых до и после реабилитации по методике «Шкала самооценки состояния» (средние значения)

После проведения реабилитационных мероприятий наблюдалось существенное снижение показателей уровня притязаний.

Статистический анализ данных выявил значимые различия (при уровне значимости $p \leq 0,01$) между результатами замеров до и после реабилитации по каждой из шкал:

- 1) «психологические ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$);
- 2) «социальные ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$);
- 3) «физические ограничения» ($Z=4,69$ при $p=0,000$; $T=4,28$ при $p=0,000$).

Таким образом, мы можем наблюдать, что в конце курса реабилитации уровень притязаний наших испытуемых стал заметно ниже.

Если не смотреть на результаты, полученные при оценке депрессии и тревожности, можно было бы подумать, что мы «разрушили» психологические

защиты наших испытуемых в виде их завышенного уровня притязаний, тем самым обострив их внутренний конфликт и нарушив столь хрупкий жизненный баланс.

Однако значимое возрастание показателей по шкале самооценки, а также снижение уровней тревожности и депрессии скорее могут свидетельствовать об обратном: уровень притязаний не снизился, но стал более приближенным к реальности. Наши испытуемые стали воспринимать свои проблемы более реалистично, но при этом у них не опустились руки, и они готовы предпринимать усилия по преодолению имеющихся у них ограничений в разных сферах жизни.

Заключение

Предложенный метод, на наш взгляд, оказался весьма удачным, так как одновременно решает несколько задач.

- С проведения данной методики начинается контакт психолога с пациентом, пациент начинает понимать, зачем ему нужен психолог, формируется первичный запрос на работу с ним.

- В ходе выполнения методики пациент встречается с индивидуальным подходом к его особенностям здоровья и может почувствовать себя неповторимой личностью, личные запросы которой являются основой для оказания помощи.

- Методика позволяет вовлечь пациентов в процесс реабилитации, научить самостоятельно ставить цели, которые они желают достичь в процессе реабилитации.

- С помощью этой методики становится возможным делегировать пациентам ответственность за их выбор целей реабилитационной программы и таким образом активизировать их.

- Сама ситуация, когда пациенту предлагают оценить свои возможности, может стать толчком для саморефлексии и более адекватной оценки ограничений и возможностей их преодоления.

- Наконец, методика позволяет психологу-реабилитологу продиагностировать адекватность оценки пациентом своих ограничений и возможностей.

Методика вызвала интерес у всех испытуемых, можно было наглядно наблюдать повышение их включенности в реабилитационный процесс.

Зафиксированная нами положительная динамика, выраженная в снижении уровней тревожности и депрессии, в повышении личной самооценки и в снижении уровня притязаний в сторону их реалистичности, может свидетельствовать о том, что пациенты, демонстрировавшие эту динамику, были сами заинтересованы в реабилитации и оценивали ее воздействие как положительное. Можно

предположить, что заинтересованность и позитивная динамика у пациентов связаны в том числе и с применением нашей модифицированной версии методики Дембо–Рубинштейн – Шкалы самооценки состояния.

Основываясь на вышесказанном, возможно говорить о том, что модифицированная методика «Шкала самооценки состояния» вносит позитивный вклад в общий процесс реабилитации и может являться эффективным инструментом в работе психолога-реабилитолога, благодаря таким своим особенностям, как простота проведения, наглядность, «настраиваемость» под запросы реабилитанта. Наше исследование ясно показало эффективность индивидуального подхода в реабилитации, который в нашем исследовании реализовывался через учет и формирование рабочего запроса пациента на комплексную реабилитацию.

Отметим, что данное исследование имеет пилотный характер, для более полного изучения эффективности методики необходимы дальнейшие исследования.

Литература

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. 2-е изд. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 208 с.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и клинических психологов. СПб.: Фолиант, 2011. 192 с.
3. Гудилина О.Н. Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57062.shtml (дата обращения: 10.09.2017).
4. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 176 с.
5. Мишина Е.В. Механизмы формирования рабочего альянса в дебюте консультативного процесса // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 110–118. URL: <http://psyjournals.ru/psyedu/2010/n5/33784.shtml> (дата обращения: 10.09.2017).
6. Орлов А.Б., Орлова Н.А., Пермогорский М.С. Что получает клиент от психотерапевта? // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 2. С. 41–65. URL: http://psyjournals.ru/mpj/2012/n2/57196_full.shtml (дата обращения: 10.09.2017)

Романовский Н.В., Новикова Е.М. Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 135–148.

Romanovskiy N.V., Novikova E.M. The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 135–148.

7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). М.: Медицина, 1970. 215 с.

8. Яньшин П.В. Исследование самооценки по Дембо–Рубинштейн с элементами клинической беседы / под ред. П.В. Яньшин // Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб.: Питер, 2004. 336 с.

The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation

Romanovskiy N.V..

PhD (Psychology), Associate professor, Chair of neuro- and pathopsychology of development, MSUPE, romanovskij2@gmail.com

Novikova E.M.,

Clinical psychologist, Rehabilitation Center "Preodolenie", Moscow, Russia, mercilessangel@mail.ru

The article describes an experimental study of persons with acquired disabilities, conducted in 2016 on the basis of the Center "Preodolenie" (Moscow). The study involved 30 people aged 40 to 75 years. The main objective of the study was increasing patients' motivation for rehabilitation using modification of the technique for diagnosing the self-appraisal of the Dembo-Rubinstein - corrective-diagnostic technique "Self-appraisal scale". In the pilot study, we had to assess the effectiveness of the corrective component of this method in terms of increasing motivation to rehabilitation. The results of the study indicate the probable effectiveness of this method. As we can see in more realistic subjects self-appraisal and the level of claims, as well as a depression and anxiety level decrease compared with the initial similar indicators.

Keywords: rehabilitation, psychological rehabilitation, persons with acquired disability, motivation for rehabilitation, disability, active position of the rehabilitant, self-esteem, anxiety, depression, level of aspiration.

References

1. Aleshina Yu.E. Individual'noe i semeinoe psikhologicheskoe konsul'tirovanie. [Individual and family counseling] 2nd ed. Moscow.: Klass, 2000. 208 p.
2. Voitenko R.M. Sotsial'naya psikhatriya s osnovami mediko-sotsial'noi ekspertizy i reabilitologii: Rukovodstvo dlya vrachei i klinicheskikh psikhologov. [Social psychiatry with the basics of medico-social expertise and rehabilitation: A guide for physicians and clinical psychologists.]. Saint-Petersburg: Foliant, 2011. 192 p.

3. Gudilina O.N. Spetsifika lichnostnogo reabilitatsionnogo potentsiala podrostkov s narusheniyami statodinamicheskoi funktsii v svyazi so vremenem vozniknoveniya narusheniya i stepen'yu ego tyazhesti [Specificity of personal rehabilitation potential of adolescents with disturbances of the statodynamic function in connection with the time of occurrence of the disorder and the degree of its severity] // *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru. [Psychological Science and Education]*. 2012, no. 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57062.shtml (Accessed: 10.09.2017).
4. Dermanova I.B. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Saint-Petersburg: Rech', 2002. 176 p.
5. Mishina E.V. Mekhanizmy formirovaniya rabochego al'yansa v debyute konsul'tativnogo protsessa [Mechanisms of Development of the Working Alliance in the Debut of the Consultative Process] // *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2010, no. 5. pp. 110–118. URL: <http://psyjournals.ru/psyedu/2010/n5/33784.shtml> (Accessed: 10.09.2017).
6. Orlov A.B., Orlova N.A., Permogorskii M.S. Chto poluchaet klient ot psikhoterapevta? [What does a client receive from a psychotherapist?] // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Consultative psychology and psychotherapy]*, 2012, no. 2, pp. 41–65. URL: http://psyjournals.ru/mpj/2012/n2/57196_full.shtml (Accessed: 10.09.2017)
7. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike (prakticheskoe rukovodstvo) [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic (practical guide)]. Moscow: Meditsina, 1970. 215 p.
8. Yan'shin P.V. Issledovanie samootsenki po Demb–Rubinshtein s elementami klinicheskoi besedy [Study of self-esteem by Dembo–Rubinstein with elements of clinical conversation]. In P.V. Yan'shin (ed.) *Praktikum po klinicheskoi psikhologii. Metody issledovaniya lichnosti [Workshop on Clinical Psychology. Methods of investigating personality]*. Saint-Petersburg: Piter, 2004. 336 p.