
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

© 2014 г. Н. Г. Гаранян*, М. Н. Васильева**

**Доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ “МНИИ психиатрии” РосЗдрава, профессор факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ, Москва;*

e-mail: garanian@mail.ru

***Научный сотрудник лаборатории комплексной диагностики и коррекции
Федерального государственного научного учреждения*

“Институт коррекционной педагогики” Российской академии образования, Москва

В исследовании проверялась гипотеза о том, что уровень перфекционизма может служить прогностическим признаком неблагоприятного течения депрессивных расстройств и резистентности к медикаментозному лечению. В группе из 40 пациентов с неблагоприятным течением депрессивных расстройств и плохой реакцией на терапию антидепрессантами (нореспондеров) зафиксированы более высокие значения параметров перфекционизма, не зависящие от тяжести депрессивного состояния, в сравнении с аналогичными показателями 40 респондеров. Обнаружены связи между параметрами перфекционизма и характеристиками течения депрессивных расстройств (положительные – с давностью заболевания, количеством госпитализаций, длительностью текущего эпизода; отрицательные – с длительностью ремиссий). По данным дискриминантного анализа, некоторые параметры перфекционизма служат критериями групповой принадлежности пациентов.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, хронификация, терапевтическая резистентность, личностные факторы, перфекционизм, респондеры, нореспондеры.

В последние двадцать лет депрессии стали предметом интенсивных исследований в отечественной клинической психологии. Одним из наиболее важных аспектов проблемы является хронификация этих расстройств. Согласно исследованиям, хроническая депрессия встречается примерно у 4% популяции [21]. При оценке частоты хронификации в группе заболевших депрессией установлены следующие показатели: в 40% случаев их состояние через год по-прежнему отвечает критериям расстройства, в 20% – депрессивный эпизод продолжается более 2 лет, в 17% случаев депрессия продолжается в течение всей жизни [12, 28]. Несмотря на появление большого количества психотропных препаратов и значительный прогресс в понимании механизмов их действия, число терапевтически резистентных больных не уменьшается и стабильно составляет 30%, что закономерно вызывает вопрос о причинах данного явления [10].

В психиатрии и клинической психологии уже более ста лет существует традиция, связывающая депрессию с личностными характерис-

тиками [3, 8, 13, 25]. В сочетании с личностной патологией депрессии имеют раннюю манифестацию и худший прогноз, отличаются более тяжелой симптоматикой, сопряжены с большим числом суицидальных попыток [27]. Эти наблюдения легли в основу так называемой “патопластической модели”, согласно которой личностные дисфункции существенно влияют на клиническую картину депрессивного расстройства, характер его течения и терапевтическую реакцию при лечении антидепрессантами и психотерапией [1, 3, 25]. Попытки эмпирической проверки модели породили множество противоречивых результатов. Автор фундаментального обзора, обобщающего исследования 1980–2000-х гг., Р. Малдер приходит к выводу о том, что личностная патология не является помехой эффективному лечению [26]. Однако мета-анализ большого числа работ последнего времени показал, что вероятность плохого результата в лечении депрессии в 2–3 раза выше в группе пациентов с коморбидным личностным расстройством [16]. Противоречивость этих результатов свидетель-

ствуется о том, что исследование связи депрессии и личностных расстройств по-прежнему остается актуальной научной задачей.

В последние годы усилился интерес специалистов к отдельным личностным чертам, связанным с манифестацией и течением депрессий. По данным большого числа исследований на основе срезов, депрессивные пациенты характеризуются стойко повышенным *перфекционизмом* (склонностью следовать чрезмерно высоким стандартам деятельности и испытывать хроническую неудовлетворенность ее результатами). Результаты зарубежных проспективных исследований позволяют отнести эту личностную черту к факторам *предрасположенности* к депрессиям [2, 20, 23, 29]. Однако эти данные не позволяют рассматривать перфекционизм как фактор *хронификации* эмоциональных расстройств.

В громадном объеме работ можно выделить небольшое направление интервенционных исследований, показавших, что перфекционистские установки серьезно препятствуют получению помощи депрессивными пациентами. В программе Национального Института психического здоровья США (NIMH) "*Depression Collaborative Research Program*" сравнивалась эффективность трех форм лечения депрессий: интерперсональной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, традиционного клинического ведения с назначением имипрамина. Перфекционизм измерялся с помощью Шкалы дисфункциональных установок (DAS). Результаты исследования не выявили преимуществ какого-либо из применявшихся лечебных подходов перед остальными. При этом "перфекционизм оказался значимым предиктором отрицательного результата для всех форм лечения, оцениваемого как по клиническим показателям, так и по самоотчетам" [18, с. 130]. Авторы оценили перфекционизм как "основной деструктивный фактор в краткосрочном лечении депрессий – медикаментозном и психотерапевтическом" [там же, с. 131]. Другие личностные качества пациентов (например, межличностная зависимость) не оказывали столь негативного влияния на эффект лечения. Установлена закономерность: чем выше перфекционизм, тем меньше благоприятных приобретений от лечения и тем меньше субъективная удовлетворенность пациента этим лечением. Авторы объясняют столь негативное влияние этой черты тем, что перфекционисты не развивают прочного терапевтического альянса, в отличие от менее требовательных к себе и другим пациентам [19, 31].

Информативные данные получены в группе студентов, обратившихся за профессиональной

психологической помощью. Студенты-перфекционисты плохо осознавали ее необходимость, проявляли излишнюю озабоченность стигмой, закрытость и недостаточное доверие к профессионалам. Перфекционизм отрицательно коррелировал с ощущением комфорта в ситуации консультирования и положительно – с трудностями продолжения работы. Как полагают авторы, эти результаты объясняют один из важных механизмов хронификации депрессий [23].

Отметим важные ограничения цитированных работ: исследование П. Хьюитта и Г. Флетта [23] было проведено в относительно благополучной выборке студентов, где депрессивные расстройства не получили тщательной клинической квалификации. Интервенционное исследование NIMH [18], по праву называемое "золотым стандартом в изучении эффективности психотерапии" [31], было основано на представлении о перфекционизме как одномерном конструкте и включало инструмент, давно не используемый в личностной диагностике. В настоящее время в психологической науке прочно укоренилось представление о многомерности этой черты [4, 6, 23]. Показано, что многомерные модели перфекционизма с большей точностью предсказывают появление симптомов депрессии, чем одномерные [24], что, однако, не дает оснований для выводов о его участии в хронификации аффективного расстройства. Таким образом, установление связей между параметрами перфекционизма и характеристиками течения депрессий (давностью заболевания, частотой депрессивных эпизодов, качеством ремиссии) по-прежнему остается актуальной научной задачей.

Цель публикуемого исследования заключалась в сравнении параметров перфекционизма у пациентов с благоприятным и неблагоприятным типами течения депрессивных расстройств. В исследовании проверялась гипотеза о том, что уровень перфекционизма служит прогностическим признаком неблагоприятного течения депрессивных расстройств и резистентности к медикаментозному лечению.

МЕТОДИКА

Участники исследования. В исследовании приняли участие 80 пациентов с депрессивными расстройствами: 39 пациентов обследованы в отделах ФГБУ "МНИИ психиатрии" Минздрава России, 41 пациент – в ПБ № 13 г. Москвы. Возраст пациентов составлял от 20 до 55 лет (средний возраст 42.2 года), большую часть обследованных соста-

Таблица 1. Диагностическая характеристика обследованных пациентов с депрессивными расстройствами (МКБ-10)

Код по МКБ-10		Диагноз	Нонреспондеры (N = 40)	Респондеры (N = 40)
			N (%)	N (%)
F 32	F 32	Депрессивный эпизод легкой и умеренной степени тяжести	2 (5)	13 (32.5)
	F 32	Депрессивный эпизод тяжелой степени тяжести	1 (2.5)	1 (2.5)
	F 32 + F 34.0	Сочетание депрессивного эпизода и циклотимии	3 (7.5)	0
	F 32+F 34.1	Сочетание депрессивного эпизода и дистимии	1 (2.5)	0
F 33	F 33.4	Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии	15 (37.5)	6 (15)
	F 33	Рекуррентное депрессивное расстройство легкой и умеренной степени тяжести	15 (37.5)	20 (50)
	F 33	Рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени тяжести	2 (5)	0
	F 33.9	Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное	1 (2.5)	0

вили женщины (80.2%), 50% пациентов имели высшее образование, в группе респондеров работали на момент обследования 60% испытуемых, в группе нонреспондеров – 40%.

Были сформированы две экспериментальные группы пациентов – респондеров и нонреспондеров. Вопрос о включении пациента в группу решался врачами-психиатрами. В МНИИ психиатрии экспертную оценку осуществляли научный сотрудник А.В. Городничев и ведущий научный сотрудник, д. мед. наук Т.В. Довженко, в ПБ № 13 – зам. главного врача по лечебной работе, канд. мед. наук В.И. Брутман. В соответствии с научным определением терапевтической резистентности, критерии включения в группу нонреспондеров предполагали отсутствие ожидаемого эффекта от медикаментозного лечения депрессии при проведении двух курсов адекватно подобранной терапии разными по механизму действия антидепрессантами [10]. В эту группу были включены 40 пациентов с неблагоприятным течением депрессивных расстройств. В ходе текущего депрессивного эпизода эти пациенты для достижения хотя бы минимального сдвига в состоянии проходили длительный период подбора препарата при среднем числе курсов 3–4, в некоторых случаях их число доходило до 6–7. Состояние этих больных полностью соответствовало определению хронической депрессии. Группу респондеров составили 40 пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, для которых характерны

хорошие выходы из депрессивных эпизодов в результате одного курса лечения антидепрессантами. Критериями исключения служили сосудистая патология и другие органические нарушения (в частности, возрастной природы), алкогольная и другие формы химической зависимости.

Результаты клинической диагностики пациентов на основе критериев МКБ-10 приведены в таблице 1.

В группе нонреспондеров у 33 пациентов (82.5%) диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство разной степени тяжести (F 33), у 7 пациентов (17.5%) – депрессивный эпизод различной степени тяжести (F 32), у нескольких испытуемых были диагностированы хронические расстройства настроения – сочетание депрессивного эпизода с циклотимией (3 человека – 7.5%) и с дистимией (1 человек – 2.5%). В группе респондеров у 26 пациентов (65%) также было диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство разной степени тяжести (F 33). Еще 14 пациентов (35%) переживали депрессивный эпизод различной степени тяжести (F 32).

Реакция пациентов на лечение оценивалась психиатрами по экспертной шкале *Clinical Global Impression* (Шкала общего клинического впечатления, CGI) [22]. Русскоязычный вариант шкалы апробирован и адаптирован одним из ведущих российских экспертов в области фармакотерапии психических расстройств доктором мед. наук,

проф. С.Н. Мосоловым, и в настоящее время широко используется в отечественных исследованиях по оценке эффективности лечения, включая мультицентровые программы [11]. Инструмент включает три подшкалы: “Тяжесть заболевания”, “Глобальная оценка динамики психического состояния” и “Оценка эффективности терапии”. Тяжесть состояния пациента оценивается с помощью семибалльной системы (от 1 балла – “здоров, отсутствие психических нарушений”, до 7 баллов – “крайне тяжелое психическое состояние”). Глобальная оценка динамики состояния определяется также с помощью семибалльной системы (1 балл – “выраженное улучшение”, 7 баллов – “выраженное ухудшение”). Оценка эффективности терапии осуществляется в баллах от 0 до 16. В нашем исследовании оценка по CGI выставалась врачами-психиатрами дважды: 1) в момент госпитализации пациента (показатель шкалы “Тяжесть заболевания”); 2) в момент проведения психологического обследования перед выпиской из стационара (показатели всех шкал инструмента). Показатели шкалы CGI и шкалы тяжести заболевания описаны в разделе Результаты.

Для оценки эмоционального состояния испытуемых использовался *Опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory – BDI)* [17]. Русскоязычная версия адаптирована лабораторией психологии посттравматического стресса Института психологии РАН (руководитель – д. психол. наук Н.В. Тарабрина) [14]. Он направлен на выявление и оценку эмоциональных и физических симптомов депрессии на текущий период. Опросник содержит 21 пункт-подшкалу для измерения печали, пессимизма, ощущения невезучести, неудовлетворенности собой, чувства вины, ощущения наказания, самоотрицания, самообвинения, наличия суицидальных мыслей, плаксивости, раздражительности, чувства социальной отчужденности, нерешительности, дисморфофобии, трудностей в работе, бессонницы, утомляемости, потери аппетита, веса, сексуального влечения, озабоченности состоянием здоровья. Каждая из подшкал включает 4 варианта ответа, оцениваемых от 0 до 3 баллов. Это дает возможность определить степень выраженности каждого из перечисленных выше симптомов. Подсчитывается сумма баллов по 21 пункту, максимальный балл – 63. Менее 9 баллов – депрессивные симптомы отсутствуют; 10–18 – “умеренно выраженная депрессия”; 19–29 – “критический уровень”; 30–63 – “явно выраженная депрессивная симптоматика”.

Для диагностики такой личностной черты испытуемых как перфекционизм использовал-

ся *Опросник перфекционизма* Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой [6, 7]. Опросник состоит из 29 пунктов. Испытуемому предлагается выразить согласие или несогласие с каждым утверждением, используя 4 формы ответа: “безусловно, да” (4 балла), “пожалуй, да” (3 балла), “пожалуй, нет” (1 балл), “безусловно, нет” (0 баллов). Опросник включает пять шкал, измеряющих отдельные параметры перфекционизма: 1) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2) завышенные притязания и требования к себе; 3) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”; 4) селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5) поляризованное мышление. При обработке подсчитывается показатель по каждой из 5 шкал, а также общий показатель перфекционизма (сумма баллов по всем шкалам). Все факторы-шкалы обладают достаточно высокими показателями надежности (коэффициент α Кронбаха от 0.6038 до 0.7855). Отдельные шкалы и пункты опросника достоверно коррелируют между собой и общим показателем инструмента (коэффициент корреляции Спирмена); установлены высокие показатели коэффициента *Guttman Split-half* (0.8835). При двукратном тестировании 50 испытуемых из общей популяции установлена высокая тест-ретестовая надежность инструмента (r -*Spearman* от 0.523 до 0.795).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели респондеров и нонреспондеров по Шкале общего клинического впечатления (CGI) приведены в таблице 2.

В момент развернутой картины заболевания (при поступлении) пациенты двух экспериментальных групп не различались по показателям шкалы “Тяжесть заболевания”. Перед выпиской между сравниваемыми группами зафиксированы различия: 1) пациенты-респондеры опережают нонреспондеров по положительной динамике состояния; 2) в группе пациентов-респондеров проведенная терапия оказалась более эффективной.

В таблице 3 приводятся показатели течения заболевания в изучаемых группах пациентов.

Данные таблицы свидетельствуют о менее благоприятном течении депрессивных расстройств у пациентов-нонреспондеров: аффективное заболевание характеризуется у них большим числом депрессивных эпизодов, госпитализаций в психиатрический стационар и меньшей длительностью ремиссий. Давность заболевания в

Таблица 2. Показатели шкалы общего клинического впечатления (*CGI*)

Показатели шкалы <i>CGI</i>	Нонреспондеры		Респондеры		<i>W</i> -критерий Уилкоксона	Уровень значимости <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Тяжесть заболевания (начало терапии)	5.3	0.8	4.4	1.3	52.5	.165
Тяжесть заболевания (перед выпиской)	2.9	0.7	1.9	1.0	46.5	.034
Глобальная оценка динамики психического состояния	2.6	0.8	1.8	0.7	48.0	.049
Показатель эффективности терапии	7.9	1.5	3.6	2.3	36.0	.001

Примечание. Полужирным шрифтом выделены значимые различия.

Таблица 3. Показатели течения депрессивных расстройств у обследованных пациентов

	Нонреспондеры		Респондеры		<i>U</i> -критерий Манна–Уитни	Уровень значимости <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Давность заболевания	10.8	5.5	8.3	4.6	485.0	.014
Количество эпизодов	11.9	7.2	4	4.0	20.0	< .0001
Среднее число эпизодов в год	1.2	0.5	0.8	0.3	57.5	.034
Количество госпитализаций	7.2	4.4	1.8	0.9	19.5	< .0001
Длительность ремиссий (мес.)	3.1	2.0	16.9	6.6	1.5	< .0001
Длительность текущего эпизода (мес.)	4.6	2.1	3	1.1	54.5	.025
Длительность текущей госпитализации (мес.)	3.3	1.6	1	0.6	11.0	< .0001
Количество курсов	3.1	1.1	1.1	0.4	3.0	< .0001

Примечание. Полужирным шрифтом выделены значимые различия.

группе нонреспондеров достоверно превышает аналогичный показатель в группе респондеров, что закономерно поднимает вопрос о том, не связано ли большее число эпизодов и госпитализаций именно с этим? При подсчёте среднего числа депрессивных эпизодов в год для каждой группы пациентов было обнаружено, что в группе нонреспондеров этот показатель достоверно выше, чем в группе респондеров, что также свидетельствует о менее благоприятном течении расстройства у нонреспондеров. Текущий эпизод заболевания и настоящая госпитализация в этой группе пациентов характеризовались достоверно большей длительностью. Наконец, этим пациентам было проведено достоверно большее число курсов лечения антидепрессантами, чем пациентам-респондерам.

Результаты психометрической оценки эмоционального состояния перед выпиской свидетельствуют о том, что у группы нонреспондеров показатели депрессии достоверно выше, чем у группы респондеров (*BDI*, 26.2 и 17.4 баллов, соответственно, критерий *U*-Манна–Уитни, *p* = .001).

Характеристики распределения различных параметров перфекционизма, а также общего показателя перфекционизма приведены в таблице 4.

При сравнении групп нонреспондеров и респондеров обнаружены результаты, согласующиеся с выдвинутой гипотезой. Суммарный показатель перфекционизма достоверно выше в группе нонреспондеров. По сравнению с респондерами группа нонреспондеров имеет достоверно более высокие значения по всем параметрам перфекционизма, кроме параметра “Поляризованное мышление”.

Оценка эмоционального состояния испытуемых показала, что уровень депрессии у страдающих депрессивными расстройствами нонреспондеров был выше аналогичного показателя респондеров, что могло отразиться на результатах личностной диагностики. Таким образом, необходимо было определить, являются ли более высокие показатели перфекционизма у нонреспондеров признаком их большего личностного неблагополучия в сравнении с респондерами, а не следствием их более тяжелого эмоционального состояния.

Таблица 4. Структура перфекционизма в группах пациентов, страдающих депрессивными расстройствами (респондеров и нонреспондеров) (опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой)

Шкалы опросника перфекционизма	Нонреспондеры		Респондеры		<i>U</i> -критерий Манна–Уитни	Уровень значимости <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	19.0	7.4	16.2	4.5	572.0	.028
2. Завышенные притязания и требования к себе	11.2	4.5	8.9	4.5	567.0	.025
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	12.1	4.1	8.9	4.5	489.0	.003
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	7.3	3.1	6.0	2.4	562.0	.021
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	10.4	3.5	9.1	4.0	656.5	.165
Общий показатель перфекционизма	76.0	20.9	59.1	20.1	410.0	<.0001

Примечание. Полужирным шрифтом выделены значимые различия.

Таблица 5. Структура перфекционизма в группах пациентов, страдающих депрессивными расстройствами (респондеров и нонреспондеров) (опросник перфекционизма, метод парных случаев)

Шкалы опросника перфекционизма	Нонреспондеры <i>N</i> = 20		Респондеры <i>N</i> = 20		<i>U</i> -критерий Манна–Уитни	Уровень значимости <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	17.0	7.0	16.4	3.8	150.5	.714
2. Завышенные притязания и требования к себе	10.9	4.2	8.3	4.4	108.5	.089*
3. Высокие стандарты деятельности	11.8	3.2	9.0	4.7	97.0	.039
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	7.3	3.0	6.0	2.9	114.5	.129
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	10.1	3.8	9.0	3.3	135.0	.390
Общий показатель перфекционизма	76.2	15.9	61.1	15.1	76.0	.006

Примечание. Полужирным шрифтом выделены значимые различия. * – различия достоверны на уровне асимптотической значимости.

Для решения этого вопроса проводилась дополнительная обработка данных. Методом парных случаев в составе каждой клинической группы были выбраны 20 человек, имеющих совпадающие показатели по опроснику депрессивности А. Бека (нонреспондеры – $M = 22$, $SD = 10$, респондеры – $M = 22$, $SD = 10$; U – критерий Манна–Уитни = 99.5, $p = .989$), и сравнили их показатели по опроснику перфекционизма. Результаты сравнения отражены в таблице 5.

При уравнивании по показателю депрессии число параметров перфекционизма, различаю-

щихся в группах нонреспондеров и респондеров, сократилось по сравнению с основной серией исследования. Однако суммарный показатель перфекционизма остается в группе нонреспондеров достоверно более высоким, чем в группе респондеров. В группе нонреспондеров также отмечается достоверно более высокое значение одного из центральных параметров перфекционизма – «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”». Значения таких параметров как “Завышенные притязания и требования к себе” в группе нонреспондеров

Таблица 6. Связь перфекционизма (опросник перфекционизма) с характеристиками течения депрессивных расстройств (карта клинических характеристик)

Шкалы опросника перфекционизма	Коэффициент корреляции <i>r-Spearman</i>						
	ДЗ	КЭ	КГ	ДР	ДТЭ	ДТГ	ККТ
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания	0.081	0.037	0.121	-0.386*	0.203	0.353	0.434*
2. Завышенные притязания и требования к себе	-0.009	-0.214	-0.006	-0.282	-0.095	0.078	0.204
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	0.032	0.087	0.236	-0.413*	0.120	0.358	0.469*
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	0.062	0.193	0.124	-0.264	0.049	0.169	0.351
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	0.026	0.234	0.378*	-0.522**	0.275	0.471**	0.455*
Общий показатель перфекционизма	0.281*	0.340	0.437*	-0.500**	0.166	0.292	0.367

Примечание. Полужирным шрифтом выделены значимые связи. ** – $p < .01$, * – $p < .05$. Сокращения: ДЗ – давность заболевания; КЭ – количество эпизодов; КГ – количество госпитализаций; ДР – средняя длительность ремиссий; ДТЭ – длительность текущего эпизода; ДТГ – длительность текущей госпитализации; ККТ – количество курсов медикаментозной терапии антидепрессантами.

выше на уровне асимптотической значимости, чем в группе респондеров. Можно отметить, что по остальным параметрам перфекционизма в группе нонреспондеров также фиксируются более высокие, но не достигающие статистической значимости, значения.

Для проверки гипотезы о существовании связи между параметрами перфекционизма и характеристиками течения депрессивных расстройств были вычислены ранговые корреляции Спирмена (таблица 6).

Анализ выявил, что 3 из пяти параметров перфекционизма имеют устойчивый паттерн связей с количеством курсов проведенной медикаментозной терапии антидепрессантами и средним показателем длительности ремиссий: чем выше у пациентов значения по шкалам “Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания”, «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”» и «Поляризованное мышление – “все или ничего”», тем больше курсов медикаментозной терапии антидепрессантами было проведено данным пациентам в текущей госпитализации и тем короче были ремиссии. Кроме того, параметр «Поляризованное мышление – “все или ничего”» оказался положительно связан с общим количеством госпитализаций и длительностью текущей госпитализации. Паттерн корреляционных связей общего показателя перфекционизма указывает на то, что, чем выше уровень перфекционизма пациента, тем больше давность его заболевания (соответствен-

но, раньше манифестация), больше количество госпитализаций в связи с депрессивным состоянием и тем короче периоды ремиссии, которые переживает пациент.

Для оценки вклада различных параметров перфекционизма в течение депрессивных расстройств был проведен *дискриминантный анализ*. Зависимой номинативной переменной являлась групповая принадлежность пациента (принадлежность к группе респондеров или нонреспондеров). В качестве независимых переменных анализировались пять параметров перфекционизма (значения по шкалам опросника перфекционизма) и его общий показатель. В таблице 7 приведены данные для наиболее значимых независимых переменных в соответствии с их статистической достоверностью, критерием *F* статистики удаления и толерантностью.

Наибольший вклад в показатель групповой принадлежности вносят две переменные: общий показатель перфекционизма и фактор 3 «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”». Предсказательная сила этих двух параметров позволяет выделить группы в 72% случаев.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ

В публикуемом исследовании приняли участие две группы пациентов – нонреспондеры, характеризующиеся неблагоприятным течением депрессивных расстройств и плохой реакцией на адек-

Таблица 7. Предсказательная сила параметров перфекционизма (опросник перфекционизма) в определении принадлежности пациентов к группам респондеров или нонреспондеров

Значимые переменные	Уровень значимости p	Критерий F статистики исключения	Толерантность	Значение критерия λ	Предсказательная сила (%)
Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	.002	6.5	0.98	0.78	72
Общий показатель перфекционизма	.001	9.3	0.98		

ватно подобранную терапию антидепрессантами, и респондеры, демонстрирующие благоприятный вариант течения депрессий при хорошем ответе на медикаментозное лечение. Была выдвинута гипотеза о том, что уровень перфекционизма может служить прогностическим признаком неблагоприятного течения депрессивных расстройств. Обоснованием гипотезы служили данные небольшого числа интервенционных исследований, а также феноменология перфекционизма. Мы допускали, что сформулированное предположение может вызвать известный скепсис: не исключено, что опыт тяжелой эмоциональной болезни сглаживает перфекционистские установки, тяжело и давно болеющие пациенты не будут придерживаться нереалистично высоких стандартов, строго оценивать собственную деятельность, следовать трудно достижимым целям.

Значения отдельных параметров перфекционизма и общий показатель перфекционизма в группе нонреспондеров оказались достоверно более высокими, чем аналогичные значения в группе респондеров. Эти результаты хорошо согласуются с данными проспективного исследования, в котором перфекционизм был фактором, наиболее тесно связанным с неудовлетворительными результатами при краткосрочном лечении значительного депрессивного расстройства [18]. Однако американский проект был основан на представлении о перфекционизме как об одномерном личностном конструкте, включающем лишь один параметр – “высокие стандарты” (шкала *DAS*). В настоящее время ряд авторов отстаивает идею о многомерности перфекционизма, что позволяет объяснить, как вполне понятное и реалистичное стремление работать лучше трансформируется в деструктивную личностную установку. По нашим данным, нонреспондеры отличаются от респондеров по целому ряду параметров перфекционизма: “Восприятию других людей как делегирующих высокие ожидания”, “Завы-

шенным притязаниям и требованиям к себе”, «Высоким стандартам деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”», “Селектированию информации о неудачах и ошибках”. Нонреспондеры имеют также достоверно более высокий общий показатель перфекционизма (суммарный балл опросника). На наш взгляд, эти данные позволяют развить идею о связи перфекционизма и терапевтической резистентности, и выдвинуть конкретные предположения относительно ее механизмов:

1) В силу чрезмерно высоких стандартов и притязаний пациент может развивать неадекватные ожидания от темпов и сроков терапии, надеясь на “быстрое и чудесное” исцеление.

2) Нереалистично высокие стандарты могут переноситься в сферу эмоционального самочувствия (например, в виде инфантильной установки “Отрицательные эмоции – признак неблагополучия”). Установки такого рода вызывают обратный желаемому эффект, заставляя пациентов с тревогой производить мониторинг своего эмоционального состояния и трактовать обычные повседневные “неудовольствия” в катастрофическом ключе – “Расстроился (встревожился, рассердился)”, значит, все еще болен, не выздоравливаю”.

3) Склонность следовать высоким стандартам деятельности может подрывать рабочий альянс со специалистами: порождать чувство недоверия, служить источником частых разочарований из-за чрезмерно высоких требований к профессионализму, отзывчивости, другим качествам.

4) Когнитивные параметры перфекционизма (склонность к селектированию информации с негативным смыслом, поляризованной оценке результата деятельности по принципу “все или ничего”) могут быть связаны с “избирательной слепотой” на маленькие сдвиги, в виде которых обычно и происходит прогресс в терапии, а также с их обесцениванием.

5) Перфекционизм может приводить к резкому усилению стрессогенности повседневной жизни: повышать число конфликтных и конкурентных ситуаций в общении, увеличивать количество воспринимаемых ситуаций неуспеха. Стойкий повседневный стресс сопряжен с высоким риском резистентности в изолированном медикаментозном лечении депрессий [1, 10].

6) Изучаемая личностная черта сопряжена с явлением “сверхмобилизации копинг-ресурсов” – особым стилем жизни в режиме перманентного совладания со стрессом [6, 9]. С одной стороны, переживание дискомфорта и необходимость прикладывать усилия могут быть мощными движущими силами развития личности. С другой стороны, такая сверхмобилизация может приводить к хроническому переутомлению, физическому и психологическому “выгоранию”, психосоматическим расстройствам. Эти явления, в свою очередь, содействуют пролонгированию депрессивного эпизода [15].

Единственным параметром перфекционизма, не различающимся в группах респондеров и нон-респондеров, оказался параметр «Поляризованное мышление – “все или ничего”». Необходимо отметить, что значения этого параметра в обеих группах превышали нормативные, установленные в группах испытуемых, не страдающих депрессивными расстройствами. Эти данные остались за пределами статьи в силу ограничений допустимого объема. Тем не менее, такое выпадение требует специального комментария, т.к. при валидации опросника были установлены связи между всеми шкалами, что свидетельствовало о его внутренней согласованности и целостности изучаемого конструкта. Положительные связи данного параметра с показателями депрессии по шкалам *Zunge*, *SCL-90-r* и Опросника депрессивности А. Бека оказались значимыми, но самыми слабыми в сравнении с паттернами аналогичных связей для других параметров [6]. Отметим, что история клинических испытаний многомерных моделей перфекционизма содержала аналогичные примеры. Так, при проверке многомерной модели канадских авторов параметр “Я-адресованный перфекционизм” положительно коррелировал с симптомами депрессии, но тесно связанный с ним параметр “адресованного другим перфекционизма” таких связей не обнаруживал [23]. Два пункта оригинального опросника, направленные на оценку показателя «Поляризованное мышление – “все или ничего”», относились к сфере межличностных отношений и были сходными с параметром “адресованного другим перфекционизма” (например, “Я уверен, что настоящая дружба предпола-

гает полное взаимопонимание во всем”). Возможное объяснение полученных результатов может быть связано с эмоциональными реакциями при разной адресации чрезмерных требований: повышенная требовательность к собственной личности вызывает недовольство собой (переживание депрессивного спектра), чрезмерные ожидания от других людей скорее порождают гнев. Соответственно, шкалы, содержащие вопросы такого рода, с меньшей точностью дифференцируют пациентов по тяжести депрессивной симптоматики. Однако возможно и более простое объяснение, связанное с относительно небольшими размерами выборки. Характер связей с показателями неблагоприятного течения депрессивных расстройств позволяет предположить, что при увеличении числа испытуемых различия между респондерами и нонреспондерами по данному параметру перфекционизма могут стать более отчетливыми.

Сравниваемые группы пациентов различались по тяжести депрессивного состояния в момент обследования. Как известно, депрессивное состояние оказывает мощное влияние на результаты личностных тестов [30]. Для снятия возражения, связанного с возможностью такого влияния на полученные данные, был проведен ряд дополнительных процедур по отбору испытуемых с одинаковыми показателями депрессии по опроснику депрессивности А. Бека. При таком сравнении число параметров перфекционизма, различающихся в группах нонреспондеров и респондеров, несколько сократилось в сравнении с основной серией исследования, однако различия по одному из центральных параметров («Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”») и общему показателю опросника остались статистически достоверными. Этот результат согласуется с данными динамического исследования, установившего относительную независимость перфекционизма от текущего аффективного состояния [6].

В ходе исследования проводился корреляционный анализ, в который были включены разные показатели перфекционизма и его общий показатель, а также характеристики течения депрессивных расстройств. Показано, что ряд параметров перфекционизма (“восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания”, «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”», «поляризованное мышление – “все или ничего”») и его общий показатель отрицательно связаны с длительностью ремиссий. Этот результат означает, что, чем выше уровень перфекционизма у пациента, тем короче будет период ремиссии при депрессивном рас-

стройстве. Было установлено, что общий показатель перфекционизма положительно связан с давностью депрессивного расстройства: чем выше уровень перфекционизма, тем раньше развивается депрессивное расстройство. Этот результат согласуется с зарубежными и отечественными данными о деструктивных последствиях перфекционизма в молодом возрасте [9].

Дискриминантный анализ показал, что некоторые параметры перфекционизма могут служить критериями групповой принадлежности пациентов. Обнаружено, что предикторами неблагоприятного течения депрессивных расстройств и плохой реакции на медикаментозную терапию являются общий показатель перфекционизма и его центральный параметр – «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”». Окончательный вывод о деструктивном вкладе этой личностной черты в течение депрессивных расстройств и эффективность их лечения могут дать лишь результаты более масштабного лонгитюдного исследования с привлечением большего числа пациентов.

Полученные данные необходимо рассмотреть в контексте актуальной дискуссии о патологическом и здоровом типах перфекционизма. В начале 1990-х годов были разработаны многомерные модели перфекционизма и установлена связь их параметров с расстройствами аффективного спектра [4]. С течением времени авторы объявили, что центральные параметры перфекционизма (т.н. “Я-адресованный перфекционизм” и “Высокие стандарты”, изначально определяемые как чрезмерные, нереалистичные, а потому дисфункциональные) являются принадлежностью здорового варианта этой личностной черты [5]. Это утверждение представляется весьма спорным, поскольку оно в известной степени игнорирует предшествующие теоретические разработки и полученные на их основе результаты [2]. Настоящее исследование свидетельствует о том, что чрезмерно высокие стандарты, в частности, склонность к частым социальным сравнениям с более успешными людьми, служат предиктором неблагоприятного течения депрессивных расстройств. Разработка представлений о здоровом варианте стремления к совершенству становится самостоятельной научной задачей, требующей создания новых моделей и диагностических средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аведисова А.С., Канаева Л.С., Ибрагимов Д.Ф., Люпаева Н.В.* Неспецифические, психологические и биологические предикторы эффективности терапии антидепрессантами больных с депрессивными расстройствами (аналитический обзор, часть 2) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. № 4. С. 167–170.
2. *Гаранян Н.Г.* Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств // 2006. № 1. С. 23–31.
3. *Гаранян Н.Г.* Депрессия и личность (обзор зарубежных исследований, часть II) // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 3. С. 80–91.
4. *Гаранян Н.Г.* Психологические модели перфекционизма // Вопросы психологии. 2009. № 5. С. 74–83.
5. *Гаранян Н.Г.* Типологический подход к изучению перфекционизма // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 36–45.
6. *Гаранян Н.Г.* Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Дисс. ... доктора психол. наук. М., 2010.
7. *Гаранян Н.Г., Юдеева Т.Ю.* Структура перфекционизма у больных депрессивными и тревожными расстройствами // Психологический журнал. 2009. Т. 30. № 6. С. 93–103.
8. *Зейгарник Б.В., Братусь Б.С.* Очерки по психологии аномального развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1980.
9. *Москова М.В.* Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Автореф. ... канд. психол. наук. М., 2008.
10. *Мосолов С.Н.* Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 4. С. 132–136.
11. *Мосолов С.Н., Смулевич А.Б., Александровский Ю.А., Капитетти С.Г., Сердитов О.В., Ладыженский М.Я., Рывкин П.В., Шафаренко А.А.* Эффективность и переносимость амисульпирида (солиан) при обострениях шизофрении (Российское открытое мультицентровое несравнительное клиническое исследование) // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 2. С. 8–17.
12. *Смулевич А.Б.* Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 4. С. 128–132.
13. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SVR – Аргус, 1995.
14. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
15. *Шмунк Е.В.* Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 2. С. 87–92.

16. *Bajaj P., Tyrer P.* Managing mood disorders and comorbid personality disorders // *Current opinions in psychiatry*. 2005. V. 18. № 1. P. 27–31.
17. *Beck A., Steer R., Garbin, M.* Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation // *Clinical Psychology Review*. 1988. № 1. P. 77–100.
18. *Blatt S., Quinlan D., Pilkonis P.* Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. V. 63. № 1. P. 125–132.
19. *Blatt S., Zuroff D., Bondi C., Sanislow C., Pilkonis P.* When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998. № 66. P. 423–428.
20. *Enns M., Cox B.* Personality dimensions and depression: Review and Commentary // *Canadian Journal of Psychiatry*. 1997. V. 42. № 3. P. 1–15.
21. *Frances A., Donovan S.* The diagnosis of chronic depression in primary care // *WPA Bulletin on Depression*. 1998. V. 4. № 15. P. 3–5.
22. *Guy W.* (ed.) *Clinical Global Impression* // *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. 1976.
23. *Hewitt P., Flett G.* (eds.) *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington: Amer. Psychol. Assoc., 2002. P. 255–285.
24. *Hewitt P., Sherry S., Flett L., Harvey M.* Perfectionism Dimensions, Perfectionism Attitudes, Dependent Attitudes, and Depression in Psychiatric Patients and University Students // *Journal of Counseling Psychology*. 2003. V. 50. № 30. P. 373–386.
25. *Klein M., Wonderlich S., Shea T.* Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research // *Personality and depression* / Eds. M. Klein, D. Kupfer, T. Shea. N.Y. – London: Guilford Press, 1993. P. 1–45.
26. *Mulder R.* Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // *American Journal of Psychiatry*. 2002. V. 159. № 3. P. 359–369.
27. *Sanderson W., Beck A., Keswani L.* Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia // *Psychiatry Research*. 1992. V. 42. P. 92–99.
28. *Scott J., Barker W.A., Ecclestone D.* The Newcastle chronic depression study // *British Journal of Psychiatry*. 1998. V. 152. P. 28–33.
29. *Shafran R., Mansell W.* Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // *Clinical Psychology Review*. 2001. V. 21. № 10. P. 879–903.
30. *Widiger T.* The categorical distinction between personality and affective disorders // *Journal of Personality Disorders*. 1989. V. 3. № 1. P. 77–91.
31. *Zuroff D., Blatt S.* The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. V. 74. № 5. P. 930–942.

PERFECTIONISM AS A PROGNOSTIC SIGN OF UNFAVORABLE COURSE OF DEPRESSIVE DISORDERS

N. G. Garanyan*, V. N. Vasil'eva**

*Sc.D. (psychology) leading research officer of laboratory of clinical psychology and psychotherapy, FSFE "Moscow Research Institute of Psychiatry" RosZdrav, professor, department of consultative and clinical psychology, Moscow City Psychological and Pedagogical University, Moscow;

**research officer of laboratory of complex diagnostics and correction, Federal State-financed Establishment of Science, Institute of correctional pedagogic, Russian Academy of Education, Moscow

The hypothesis that the level of perfectionism can be used as a prognostic sign for unfavorable course of depressive disorders and resistance to pharmacotherapy is tested. In the group of 40 patients with unfavorable course of depressive disorders and bad reaction to antidepressant therapy (non-responders) higher values of perfectionism's parameters independent of depressive state's severity were registered compared to analogous values of 40 respondents. Correlations between perfectionism parameters and characteristics of depressive disorders' course (positive – with disease remoteness, number of hospitalizations, duration of current episode and negative – with the remission's duration) were revealed. According to discriminant analysis some perfectionism's parameters serve as a criterion for patients' group belonging.

Key words: depressive disorders, chronification, therapeutic resistance, personal factors, perfectionism, respondents, non-responders.