

СТРУКТУРА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

© 2009 г. Н.Г. Гаранян*, Т.Ю. Юдеева**

**Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава, Москва; e-mail: psylab2006@yandex.ru*

***Кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии, там же*

Проведено сравнительное исследование параметров перфекционизма у пациентов с депрессивными (83 чел.) и тревожными (93 чел.) расстройствами и здоровых испытуемых (73 чел.). Проверяли гипотезу о том, что показатели перфекционизма в группах пациентов превышают показатели здоровых испытуемых; предполагалось также наличие связи между показателями перфекционизма, депрессии и тревоги. Испытуемых обследовали с помощью опросника *SCL-90-r*, шкалы личностной тревоги Тэйлора, шкалы депрессии Зунга, опросника Гаранян–Холмогоровой, основанного на оригинальной модели параметров перфекционизма. Установлено, что показатели перфекционизма у пациентов достоверно превышают показатели здоровых испытуемых и коррелируют с депрессией и тревогой. Два параметра перфекционизма достоверно различают группы пациентов. Сделан вывод о соответствии результатов “унитарной” модели соотношения депрессии и тревоги при большем личностном неблагополучии депрессивных пациентов.

Ключевые слова: личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств, модели соотношения депрессии и тревоги, психологическая структура перфекционизма.

Необходимость исследования продиктована данными о неблагоприятном течении эмоциональных расстройств в коморбидности с личностными расстройствами и отдельными личностными чертами – их ранней манифестации, более тяжелой симптоматике, неблагоприятном прогнозе и низкой эффективности лечения [1, 2, 23, 25].

Стимулом к исследованию также стала дискуссия о соотношении депрессивных и тревожных расстройств – их феноменологических характеристиках и дифференциальных критериях. Полемика отражает стремление специалистов разработать адекватную клинической реальности и практически действенную таксономию аффективных расстройств, что является трудной задачей, поскольку у многих тревожных пациентов наблюдаются симптомы депрессии, а депрессивные – страдают от тревоги. Выбор терапевтических интервенций и прогноз заболевания во многом зависят от поставленного диагноза.

Предложены две концептуальные модели соотношения депрессии и тревоги [5, 6, 17, 24]. Сторонники *унитарной модели* отмечают общность характеристик и рассматривают депрессию и тревогу как варианты одного расстройства. Разработчики *плюралистической модели* признают, что синдромы депрессии и тревоги имеют общие черты, однако

находят различия в симптоматике, течении и лечении, что позволяет рассматривать их как разные заболевания.

Традиционно для решения вопросов о самостоятельности тех или иных форм аффективных расстройств исследователи привлекали сведения о predispositional личностных характеристиках [1]. В поисках аргументов в интенсивном споре о соотношении депрессии и тревоги исследователи вновь обратились к личностным переменным [16–18, 22]. Одной из таких личностных черт стал *перфекционизм*.

Цель публикуемого исследования заключается в сравнительной оценке показателей перфекционизма в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами и здоровых испытуемых.

В последние 20 лет феномен перфекционизма (стремление личности предъявлять к себе очень высокие требования, следовать самым высоким стандартам) стал предметом интенсивных эмпирических исследований в клинической психологии и психиатрии. Первые теоретические разработки в этой области были сделаны в середине прошлого века американским социальным психоаналитиком К. Хорни. В настоящее время многие ученые убеждены в том, что компульсивное стремление к совер-

шенству сопряжено с высоким риском психических расстройств и снижает продуктивность деятельности. Популяционные исследования и относительно немногочисленные исследования перфекционизма на клинических выборках показывают его тесную связь с расстройствами аффективного спектра (депрессиями, тревожными расстройствами, нарушениями пищевого поведения), наиболее значимыми в эпидемиологическом отношении [3, 4, 9]. Прикладное значение этих разработок очевидно: они позволяют своевременно выявлять лиц с повышенным риском по данным заболеваниям и факторы, связанные с экзаксацией расстройств, а также уточнить необходимые психотерапевтические интервенции.

Нереалистично завышенный характер целей, идеалов и стандартов депрессивных личностей отмечался психиатрами и психоаналитиками. В 70–80-е гг. несколько концепций акцентировали роль перфекционизма в возникновении и течении депрессивных расстройств – *концепция когнитивной уязвимости к депрессии А. Бека, концепция социотропности/автономности А. Бека, концепция анаклитической и интроективной форм депрессий С. Блатта* [3, 9, 10]. Однако перфекционизм изучался их авторами не в качестве самостоятельного предмета, а наряду с другими депрессогенными чертами личности. В рамках этих направлений не были разработаны инструменты для его диагностики. В основу этих концепций было положено представление о перфекционизме как об одномерном конструкте, обозначающем чрезмерно высокие стандарты.

В 90-е гг. количество теоретических и эмпирических работ по проблеме перфекционизма и его связи с эмоциональными расстройствами резко возросло. Инновацией этого этапа стал тезис о многомерной структуре конструкта, включающей наряду с высокими личными стандартами ряд других, в том числе интерперсональных параметров. Стимулом к развитию в этом направлении стала дискуссия о критериях здорового и патологического перфекционизма [3, 4, 9].

В *канадской концепции П. Хьюитта и Г. Флита* за основу взята объектная направленность черты и выделены четыре ее параметра: Я-адресованный перфекционизм, перфекционизм, адресованный к другим людям, перфекционизм, адресованный к миру и социально предписываемый перфекционизм [20].

Британская концепция Р. Фроста описывает шесть параметров черты: “Личные стандарты”, “Озабоченность ошибками”, “Сомнения в собственных действиях”, “Родительские ожидания”, “Родительская критика” и “Организованность” [19].

На студенческих и клинических выборках испытуемых установлены значимые связи между Я-адресованным и социально предписываемым перфекционизмом и депрессией. В лонгитюдном исследовании оба параметра при взаимодействии с конгруэнтными стрессорами предсказывали повышение уровня де-

прессивной симптоматики через четыре месяца. Оба параметра тесно связаны с повышенной суицидальной готовностью у студентов колледжа и пациентов психиатрической клиники. В группе тревожных расстройств наиболее тесно связанными с перфекционизмом оказались социальная фобия и обсессивно-компульсивное расстройство [23].

Отмечается дефицит сравнительных исследований перфекционизма в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами, которые могли бы стать аргументом в споре между сторонниками унитарной и плюралистической моделей. В первой обнаруженной нами работе депрессивные пациенты характеризовались более высоким показателем перфекционизма, однако ее авторы исходили из устаревшего понимания конструкта как одномерного [17]. Во второй пациенты с паническим расстройством не отличались по параметрам перфекционизма (канадская концепция) от больных с большим депрессивным расстройством [18].

Отметим ряд спорных положений названных концепций. Уязвимость *канадской концепции* заключается в ее внутренней противоречивости. Правоммерно выдвигая тезис о многомерности перфекционизма, ее авторы выделяют единственный параметр “высокие стандарты”, оговорив возможность их разной адресации (собственной личности, миру, окружающим людям). Параметр “социально предписываемый перфекционизм” представляет те же высокие стандарты, только делегируемые индивиду значимыми другими (субъективное ощущение “принуждения к совершенству”). На наш взгляд, эти представления не в полной мере объясняют, как высокие требования к собственной личности и другим людям становятся патогенными и трансформируются в саморазрушительную погоню за невозможным. Известно, что высокие стандарты могут стимулировать человека к продуктивной деятельности, сопровождающейся удовольствием и азартом [7]. Канадская модель игнорирует ряд феноменологически важных параметров перфекционизма, в сочетании с которыми высокие стандарты становятся дезадаптивными. Так, определение перфекционизма Д. Бернса – сторонника *когнитивного направления* – вносит важные феноменологические уточнения: высокие стандарты дополняются здесь когнитивными характеристиками – поляризованным мышлением (“полное соответствие стандартам или тотальный крах”) и сверхобобщением (“единичная погрешность равна полному провалу”) [15]. В последующих разработках к этим аспектам перфекционизма добавляется параметр “избирательная концентрация на настоящих и прошлых ошибках”. Отмечается также склонность перфекционистов к генерализации стандартов во всех областях жизнедеятельности [12].

Нуждается в уточнении параметр “интерперсональный перфекционизм”. В описании адресован-

ного к другим перфекционизма фигурируют требования относительно безупречности поведения других людей, высокие стандарты их достижений и непереносимость ошибок в деятельности близких. На наш взгляд, в это описание не вошли некоторые важные аспекты, например склонность к ревнивому отслеживанию успехов других людей и сравнению себя с ними по принципу “Чужие достижения – свидетельство моей несостоятельности”. Для сравнения, как правило, выбираются “самые успешные и совершенные” – реальные люди, идеализируемые фантазийные персонажи, создатели шедевров мировой культуры (попытки равняться на последних приводят к особенно мучительным “нарциссическим травмам”).

Представления о психологической структуре перфекционизма *британской группы* также уязвимы для критики. Они содержат разные основания классификации: наряду с индивидуальными характеристиками включают показатели родительского стиля, что не является личностной чертой.

Принимая тезис о многомерности, Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова разработали оригинальное представление о психологической структуре патологического перфекционизма. Опыт психотерапевтической работы с пациентами в формате когнитивной терапии позволил выделить следующие параметры [4, 8]:

1. *Завышенные (по сравнению с индивидуальными возможностями) стандарты деятельности и притязания.* Параметр описывает чрезмерные требования, предъявляемые к собственной личности в разных сферах жизни. Их эмоциональным последствием может стать высокий уровень негативного аффекта – страх и предчувствие “неотвратимых терзаний” в начале деятельности, стойкая неудовлетворенность качеством выполнения в ходе и по завершении деятельности, переживания стыда и вины. Поведенческими последствиями могут стать прокрастинация (откладывание начала деятельности) или сверхмобилизация, сопряженная с риском сгорания.

Патологический перфекционизм включает также ряд когнитивных искажений:

2. *Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (искаженные социальные когниции).* Параметр аналогичен социально предписываемому перфекционизму у канадских авторов и означает субъективное ощущение “принуждения к совершенству” другими людьми. Эмоциональные последствия такого социального восприятия – страх несоответствия ожиданиям других людей, предвосхищение “публичного разоблачения и позора”. Стремление соответствовать воспринимаемым ожиданиям окружающих может приводить к самоотчуждению, выбору ложных жизненных целей, экзистенциальному кризису.

3. *Постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов (персонализация).* Аффективные последствия таких сравнений – переживания интенсивного недоволь-

ства собой и зависти. Их интерперсональной стороной могут стать конкурентные отношения, обесценивающие коммуникации и избегание контактов.

4. *Дихотомическая оценка результата деятельности и ее планирование по принципу “все или ничего” (поляризованное мышление).* Параметр отражает особый стиль мышления, при котором индивид представляет лишь два варианта выполнения деятельности – полный провал или блестящее выполнение, достижение очень трудной цели или отказ от активности. Здоровое стремление добиваться высокого качества в новом деле сопряжено с реалистичным осознанием неизбежности ученичества и ошибок в процессе роста. Индивидом с поляризованным мышлением ошибки и неудачи в деятельности интерпретируются как признаки некомпетентности. Тревога становится привычным эмоциональным фоном деятельности; стрессогенность повседневной жизни возрастает. Избегающее поведение может стать привычной стратегией совладания с ней.

5. *Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках (негативное селектирование).* Этот параметр перфекционизма отражает склонность фиксироваться на неудачах при избирательной “слепоте” на собственные достижения и удачи. Сочетаясь с интернальным стилем каузальной атрибуции неуспеха, она резко усиливает негативный аффект.

Разработан и валидизирован оригинальный инструмент; психологическое содержание его факторов находится в близком соответствии теоретическим представлениям. Высокие показатели внутренней консистентности опросника можно интерпретировать как доказательство целостности и многомерности данного конструкта [10].

Эти представления послужили теоретической основой для настоящего эмпирического исследования структуры перфекционизма в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

Проверялись следующие гипотезы:

1) показатели перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами выше, чем у здоровых испытуемых;

2) существует связь между показателями перфекционизма и показателями депрессии и тревоги, измеряемыми психометрическими шкалами.

Поскольку феноменология перфекционизма включает депрессивные переживания и многочисленные страхи, а данные исследований крайне малочисленны и противоречивы, мы не сформулировали гипотезы о возможных различиях между группами пациентов.

МЕТОДИКА

Участниками исследования были три группы испытуемых: 89 пациентов с депрессивными расстройствами, 93 пациента с тревожными расстройствами, 73 здоровых испытуемых. В последнюю

группу сравнения включались испытуемые, чьи показатели симптоматических шкал находились в диапазоне нормативных значений. Пациенты обследовались при обращении в психологическую консультацию Лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии МЗ РФ в момент развернутой картины заболевания. Клиническая оценка проводилась врачом-психиатром, к.м.н. Т.В. Довженко в соответствии с критериями МКБ-10.

В группе пациентов с депрессивными расстройствами более чем у половины (49 чел. – 55.1%) был диагностирован депрессивный эпизод различной степени тяжести (F32); из них у 15 больных (17%) депрессивный эпизод развивался на фоне хронического расстройства настроения (дистимии или циклотимии). На втором месте по численности (28 пациентов – 31.5%) находились пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством (F33). Дистимия была диагностирована у 20 пациентов (23%), в том числе у 11 из них (12.4%) выявлялась “двойная депрессия”: депрессивный эпизод на фоне длительно существующего расстройства настроения. Циклотимия была диагностирована у 7 чел. (8% случаев), у 4 (4.5%) циклотимия сочеталась с депрессивным эпизодом. Продолжительность заболевания в группе больных аффективными расстройствами колебалась от 2 мес. до 10 лет, средняя продолжительность болезни – 4 года ($SD = 4.3$).

В группе пациентов с тревожными расстройствами наибольшую часть составили больные паническим расстройством (33.4% – 31 чел.) и агорафобией с паническим расстройством (16.2% – 15 чел.). Социальная фобия была диагностирована у 13 чел. (14%). Генерализованное тревожное расстройство диагностировано у 11 пациентов (11.8%). Обсессивно-компульсивным расстройством страдали 5 чел. (5.5%). Необходимо отметить, что в клинической картине у 18 пациентов (19.2%) описываемой группы отмечались симптомы тревоги и депрессии, которые по отдельности не являлись отчетливо доминирующими и выраженными настолько, чтобы соответствовать самостоятельному диагнозу. Эти пациенты были объединены в диагностическую категорию F41.2 (смешанное тревожное и депрессивное расстройство). 34 пациента (36.6%), страдающие тревожными расстройствами, имели коморбидное аффективное расстройство (F32 – депрессивный эпизод различной степени тяжести). По времени депрессивное расстройство возникло у этих пациентов после тревожного. Содержание депрессивных переживаний у данных пациентов было связано с темой ограничения жизненных возможностей (например, в силу невозможности свободно передвигаться по городу, публично выступать), безвыходности жизненной ситуации из-за наличия “непонятного заболевания” (у пациентов с паническим расстройством, не информированных о сущности панических приступов). Депрессивное расстройство в этой группе носило вторичный характер по отношению к тре-

вожному. Пациенты с первичным диагнозом депрессивных расстройств в эту группу не включались. Продолжительность заболевания в группе больных тревожными расстройствами колебалась от 1 мес. до 15 лет, средняя продолжительность болезни составила 4.6 года ($SD = 4.8$).

Большую часть обследованных составили женщины (72%) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст больных депрессивными расстройствами – 30 лет ($SD = 8.5$), больных тревожными расстройствами – 30 лет ($SD = 8.7$), здоровых – 32 года ($SD = 6.8$)). Высшее образование имели более 50% испытуемых. В группах пациентов отмечалось примерно равное количество работающих и не работающих (среди здоровых число работающих значительно больше, чем в группах больных).

Для оценки *симптомов психических расстройств и эмоционального состояния* испытуемых использовались:

Клиническая шкала самоотчета SCL-90-R (L. Derogatis, 1977), стандартизированная специалистами Института психологии РАН (руководитель – Н.В. Тарабрина), апробированная на российской выборке из 1466 испытуемых. За исключением шкалы параноидности, все шкалы русскоязычной версии продемонстрировали высокую надежность (альфа Кронбаха от 0.7 до 0.89). Тест-ретестовые коэффициенты надежности колебались от 0.8 до 0.9. Шкала включает 90 пунктов, образующих 9 подшкал: соматизации (SOM), обсессивно-компульсивных нарушений (OC), интерперсональной (межличностной) чувствительности (INT), депрессии (DEP), тревоги (ANX), враждебности/агрессивности (HOS), фобической тревоги (PHOB), параноидного мышления (PAR), психотизма (PSY). Также подсчитываются показатели по дополнительной шкале неблагоприятия (ADD) и общий индекс тяжести состояния (GSI).

Личностная шкала проявления тревоги Тейлор (J. Taylor, 1953, адаптирована Т.А. Немчиным). Использовался вариант шкалы, приведенный в сборнике “Лучшие психологические тесты” (1992). Зарубежный вариант шкалы обладает высокими психометрическими показателями. Шкала предназначена для измерения уровня тревожности и состоит из 50 утверждений, каждое из которых предполагает утвердительный или отрицательный ответ. Оценка результатов производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности. По результатам выделяются 5 категорий: очень высокий уровень тревоги (40–50 баллов), высокий уровень тревоги (25–40), средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги (15–25), средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги (5–15) и низкий уровень тревоги (0–5).

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Zunge, адаптированная Т.И. Балашовой в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева. Предназначена для дифференци-

Таблица 1. Показатели депрессии и тревоги в группах больных депрессивными и тревожными расстройствами и здоровых испытуемых (по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний и личностной шкале проявления тревоги)

	Пациенты с депрессивными расстройствами (<i>n</i> = 89)		Пациенты с тревожными расстройствами (<i>n</i> = 93)		Здоровые испытуемые (<i>n</i> = 73)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Уровень депрессии	50.1 а, с	7.6	46.3b	6.9	37.0	7.4
Уровень тревоги	30.7a	7.6	29.4b	8.1	15.0	9.1

Примечание. *M* – среднее значение; *SD* – стандартное отклонение; а – различия между пациентами с депрессивными расстройствами и здоровыми испытуемыми достоверны ($p < 0.001$); b – различия между пациентами с тревожными расстройствами и здоровыми испытуемыми достоверны ($p < 0.001$); с – различия между пациентами с депрессивными и тревожными расстройствами достоверны ($p < 0.01$).

альной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии. Опросник состоит из 20 утверждений, направленных на выявление основной депрессивной симптоматики. Суммарная оценка позволяет отнести обследуемого к одной из следующих категорий: меньше 50 баллов – без депрессии, 51–59 – легкая депрессия, 60–69 – субдепрессивное состояние, более 70 баллов – истинное депрессивное состояние.

Для диагностики *перфекционизма* испытуемых использовался:

Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. Основу опросника составляют высказывания пациентов, зафиксированные на сеансах групповой и индивидуальной психотерапии. 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). При обработке подсчитывается показатель по каждой из 5 шкал (сумма баллов по вопросам, составляющим данную шкалу), а также общий показатель перфекционизма (сумма баллов по всем шкалам). Факторный анализ данных 462 испытуемых методом главных компонент с ротацией факторных структур по принципу варимакс выявил 6-факторную структуру инструмента: 1 – восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2 – завывшие 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; 6 – контроль над чувствами. Все факторы-шкалы обладали достаточно высокими показателями надежности (коэффициент альфа Кронбаха от 0.6038 до 0.7855), за исключением фактора “контроль над чувствами”, который не был выделен в качестве самостоятельной шкалы. Отдельные шкалы и пункты опросника достоверно коррелируют между собой и общим показателем инструмента (коэффициент корреляции Спирме-

на); установлены высокие показатели коэффициента *Guttman Split-half* (0.8835). При двукратном тестировании 50 испытуемых из общей популяции установлена высокая тест-ретестовая надежность инструмента (*r*-Спирмена от 0.523 до 0.795) [17].

Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью пакета *SPSS for Windows 11.5*.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью дополнительной верификации клинической диагностики испытуемые были обследованы с помощью психометрических инструментов, измеряющих уровень депрессии и тревоги. Показатели приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, у пациентов с депрессивными расстройствами показатели депрессии и тревоги достоверно выше, чем у здоровых испытуемых (критерий Манна–Уитни, $U = 268.000$, $p < 0.0001$; $U = 226.500$, $p < 0.0001$, соответственно). Аналогичные результаты фиксируются и при сравнении больных тревожными расстройствами и здоровых испытуемых ($U = 429.500$, $p < 0.0001$; $U = 257.000$, $p < 0.0001$, для показателей депрессии и тревоги, соответственно). Показатели тревоги у больных депрессивными и тревожными расстройствами близки ($U = 3002.500$, $p = 0.290$). Уровень депрессии в группе больных депрессивными расстройствами достоверно выше ($U = 2491.000$, $p = 0.001$), чем у больных тревожными расстройствами.

С помощью *SCL-90-R* получены данные о выраженности клинической психопатологии у больных депрессивными и тревожными расстройствами в сравнении со здоровыми испытуемыми. Графическое отражение этих результатов представлено на рисунке.

На рисунке видно, что профиль здоровых испытуемых лежит значительно ниже профилей больных депрессивными и тревожными расстройствами. При внешней схожести профилей больных обеих групп следует отметить, что график больных депрессивными расстройствами лежит несколько

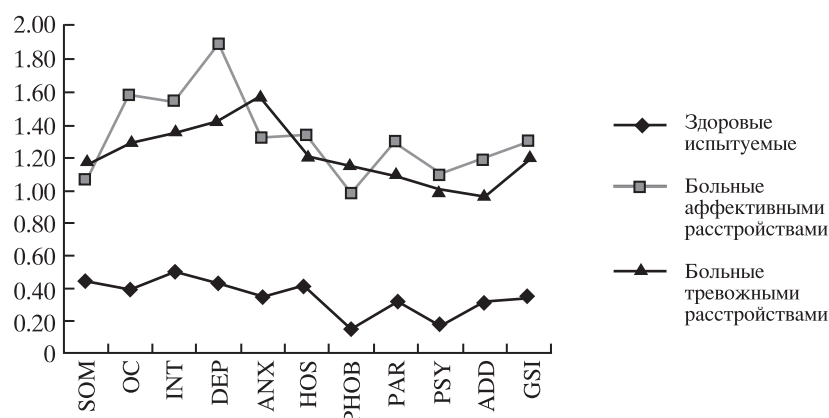


Рис. Усредненные профили больных депрессивными, тревожными расстройствами и здоровых испытуемых (по данным клинической шкалы самоотчета *SCL-90-R*).

выше. На графике больных депрессивными расстройствами пик приходится на шкалу депрессии, а у больных тревожными расстройствами – на шкалу тревоги. Показатели шкалы клинического самоотчета *SCL-90-R* у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами детально излагались в предшествующих публикациях (см. [18]).

Данные психометрических инструментов подтверждают клиническую диагностику выделенных групп больных.

Для измерения уровня и структуры перфекционизма у испытуемых 3 групп подсчитывались средние показатели по 5 факторам (шкалам) опросника и его общий показатель. Данные приведены в табл. 2–4.

Данные табл. 2 показывают, что у пациентов с депрессивными расстройствами показатели по всем шкалам опросника перфекционизма, а также общий показатель перфекционизма достоверно выше, чем у здоровых испытуемых ($p < 0.01$).

Пациенты с депрессивными расстройствами в большей мере воспринимают других людей как делегирующих им высокие ожидания, испытывают страх не соответствовать этим ожиданиям, гораздо чаще сравнивают себя с окружающими (1-й фактор). Больные депрессивными расстройствами ставят перед собой более трудные цели и задачи (2-й фактор). Они отличаются более высокими стандартами деятельности, в частности ориентируются на достижения самых успешных людей, игнорируя при

Таблица 2. Структура перфекционизма у больных депрессивными расстройствами и у здоровых испытуемых (опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой)

Шкалы опросника перфекционизма	Пациенты с депрессивными расстройствами ($n = 89$)		Здоровые испытуемые ($n = 73$)		U -критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
	M	SD	M	SD		
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	19.2	6.5	11.0	5.2	712.500	0.000**
2. Завышенные притязания и требования к себе	12.3	4.0	10.7	4.0	1652.500	0.029*
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	12.5	4.2	9.1	3.7	1146.000	0.000**
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	8.6	2.6	4.3	2.7	580.500	0.000**
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	9.4	3.4	7.5	2.9	1415.500	0.001**
Общий показатель перфекционизма	66.8	15.4	47.7	13.7	734.000	0.000**

Примечание. M – среднее значение; SD – стандартное отклонение; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Таблица 3. Структура перфекционизма у больных тревожными расстройствами и у здоровых испытуемых (опросник перфекционизма Н.Г. Гараян, А.Б. Холмогоровой)

Шкалы опросника перфекционизма	Больные тревожными расстройствами (<i>n</i> = 93)		Здоровые испытуемые (<i>n</i> = 73)		<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)	16.8	6.5	11.0	5.2	1118.000	0.000**
2. Завышенные притязания и требования к себе	12.5	3.4	10.7	4.0	1656.000	0.007**
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	11.6	3.7	9.1	3.7	1407.500	0.000**
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	7.4	2.7	4.3	2.7	972.000	0.000**
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	9.3	3.4	7.5	2.9	1547.000	0.002**
Общий показатель перфекционизма	62.8	15.0	47.7	13.7	977.000	0.000**

Примечание. *M* – среднее значение; *SD* – стандартное отклонение; ** *p* < 0.01.

Таблица 4. Структура перфекционизма у больных депрессивными и тревожными расстройствами (опросник перфекционизма Н.Г. Гараян, А.Б. Холмогоровой)

Шкалы опросника перфекционизма	Пациенты с депрессивными расстройствами (<i>n</i> = 89)		Пациенты с тревожными расстройствами (<i>n</i> = 93)		<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)	19.2	6.5	16.8	6.5	3176.500	0.013*
2. Завышенные притязания и требования к себе	12.3	4.0	12.5	3.4	3883.500	0.641
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	12.5	4.2	11.6	3.7	3439.500	0.082
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	8.6	2.6	7.4	2.7	2983.000	0.002**
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	9.4	3.4	9.3	3.4	3970.000	0.828
Общий показатель перфекционизма	66.8	15.4	62.8	15.0	3415.500	0.071

Примечание. *M* – среднее значение; *SD* – стандартное отклонение; * *p* < 0.05, ** *p* < 0.01.

этом людей со средними возможностями (3-й фактор). Пациенты с депрессивными расстройствами существенно отличаются от здоровых испытуемых по показателям негативных паттернов мышления, что проявляется в склонности к селектированию информации о собственных неудачах и ошибках

(4-й фактор) и поляризованным суждениям о результатах своей деятельности (5-й фактор).

В табл. 3 отражены результаты сравнительного анализа структуры перфекционизма у пациентов с тревожными расстройствами и здоровых испытуемых.

Таблица 5. Взаимосвязь перфекционизма (опросник перфекционизма Н.Н. Гаранян, А.Б. Холмогоровой) с показателями депрессии (опросник депрессии *Zunge* и шкала депрессии *SCL-90-R*) и тревоги (опросник тревоги *Taylor* и шкала тревоги *SCL-90-R*)

Шкалы опросника перфекционизма	Коэффициент корреляции <i>r</i> -Спирмена				
	Депрессия (<i>Zunge</i>)	Тревога (<i>Taylor</i>)	<i>DEPR</i> (<i>SCL</i>)	<i>ANX</i> (<i>SCL</i>)	<i>GSI</i> (<i>SCL</i>)
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	492**	533**	468**	394**	497**
2. Завышенные притязания и требования к себе	224**	283**	157**	179**	182**
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”	453**	385**	313**	292**	330**
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	505**	598**	498**	377**	498**
5. Поляризованное мышление – “все или ничего”	196*	265**	082	096	140
Общий показатель перфекционизма	521**	570**	426**	412**	481**

Примечание. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Анализ данных табл. 3 показывает, что пациенты с тревожными расстройствами, как и депрессивные пациенты, на уровне высокой статистической значимости ($p < 0.01$) отличаются от здоровых испытуемых абсолютно по всем показателям опросника перфекционизма, включая общий: у пациентов с тревожными расстройствами все эти показатели существенно выше нормы.

В табл. 4 отражены результаты сравнительного анализа структуры перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

Достоверные различия между пациентами с депрессивными и тревожными расстройствами зафиксированы для 1-го и 4-го факторов опросника перфекционизма. У пациентов с депрессивными расстройствами в большей мере выражена склонность к селектированию информации о собственных неудачах, сильнее выражено восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания. Важно отметить, что по общему показателю перфекционизма значимых различий между пациентами с депрессивными и тревожными расстройствами не выявлено.

Гипотеза о связи перфекционизма с показателями депрессии и тревоги проверялась с помощью корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции *r*-Спирмена (см. табл. 5).

Как видно из табл. 5, обнаружены значимые связи всех шкал опросника перфекционизма и общего показателя перфекционизма с показателем депрессии (опросник депрессии *Zunge*) и показателем тревоги (опросник тревоги *Taylor*).

Обнаружены значимые связи между шкалами депрессии (*DEPR*), тревоги (*ANX*), общим индексом

тяжести состояния (*GSI*) опросника *SCL-90-R* с общим показателем перфекционизма и со следующими факторами: “Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)”, “Завышенные притязания и требования к себе”, «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”» и “Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках”. Связи этих шкал с фактором “Поляризованное мышление” не выявлено.

Результаты корреляционного анализа позволяют говорить о прямой связи показателей перфекционизма с показателями депрессии и тревоги, измеряемыми различными инструментами. Общий показатель перфекционизма на высоком уровне значимости коррелирует со всеми показателями эмоционального неблагополучия, включенными в анализ.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

С помощью оригинального опросника перфекционизма обследованы репрезентативные группы пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. В качестве группы сравнения обследовались здоровые испытуемые, чьи показатели симптоматических шкал находились в диапазоне нормативных значений. Обе исследовательские гипотезы нашли подтверждение. Показатели перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами оказались значимо выше аналогичных показателей нормы. Результат был зафиксирован для всех пяти изучаемых параметров данной личностной черты и общего показателя. Эти данные полностью соответствуют данным зарубежных исследований [23 и др.]. Между всеми

параметрами перфекционизма и показателями эмоционального неблагополучия (депрессии и тревоги, измеряемыми различными шкалами самоотчета) обнаружена значимая положительная корреляционная связь. Эти данные позволяют рассматривать перфекционизм как личностную черту, сопряженную со склонностью к депрессивному и тревожному реагированию. Они также служат подтверждением оригинальных идей о психологической структуре патологического перфекционизма. Зафиксированы различия в выраженности отдельных параметров перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

Полученные результаты делают необходимым рассмотрение нескольких вопросов:

1. Можно ли рассматривать перфекционизм как стабильную личностную характеристику пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами? Результаты корреляционного анализа допускают, что по мере ослабления депрессивной и тревожной симптоматики показатели перфекционизма будут снижаться. Вопрос об их стабильности и независимости от текущего аффективного состояния может получить окончательное разрешение в динамическом исследовании пациентов с повторной оценкой в терапевтической ремиссии.

2. Можно ли на основе этих данных утверждать, что перфекционизм является predispositional личностной чертой для пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами? Согласно зарубежным данным, опыт тяжелой эмоциональной болезни изменяет личностное функционирование. С этих позиций результаты срезовых исследований личностных черт больных эмоциональными расстройствами не могут быть доказательством их predispositional природы. Окончательный ответ на этот вопрос могло бы дать проспективное лонгитюдное исследование.

3. В пользу какой модели соотношения депрессии и тревоги свидетельствуют полученные данные? Депрессивные пациенты характеризовались более высокими значениями параметров “восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания” и “селектирование негативной информации о неудачах и ошибках”. Первый из этих параметров находится в близком соответствии с “социально предписываемым перфекционизмом”, который служит предиктором суицидального поведения. Высокие значения этого параметра в группе депрессивных пациентов являются сигналом о том, что психотерапевтическое интервью обязательно должно включать вопросы на тему воспринимаемых долженствований и ожиданий со стороны окружающих. Несмотря на количественные различия по двум параметрам, обе группы пациентов характеризовались высокими значениями перфекционизма, существенно превышающими показатели здоровых лиц. Факт большего неблагополучия депрессивных пациентов в сравнении с больными тревожными расстройствами соответствует ре-

зультатам сравнительного исследования, в котором родительские семьи депрессивных пациентов отличались большей дисфункциональностью [15].

Перфекционизм изучался как генерализованная характеристика личности без уточнения его частных проявлений, что могло бы иметь эвристическую ценность для определенных контингентов. В нашем исследовании участвовала гетерогенная группа больных тревожными расстройствами. Представляется перспективным исследовать структуру и выраженность общего перфекционизма, а также частные его формы при отдельных категориях тревожных расстройств. Например, психотерапевтические наблюдения показывают, что пациенты с паническим расстройством придерживаются перфекционистских установок в сфере здоровья и физического благополучия – “нормальное состояние – это состояние 100% здоровья”, “я всегда должен себя чувствовать физически комфортно”. Эти установки могут лежать в основе низкой толерантности к физиологическим проявлениям тревоги, описываемой теорией “повышенной чувствительности к тревоге” (*Anxiety Sensitivity*) [16]. Изучение частных форм перфекционизма могло бы способствовать установлению личностных различий между пациентами с депрессивными и тревожными расстройствами.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами характеризуются значимо более высокими показателями всех параметров перфекционизма в сравнении со здоровыми испытуемыми.

2. У пациентов с депрессивными расстройствами (по сравнению с пациентами с тревожными расстройствами) сильнее выражены когнитивные параметры перфекционизма “восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)” и селектирование информации о неудачах и ошибках.

3. Существует связь между выраженностью симптомов депрессии и тревоги и различными параметрами перфекционизма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998.
2. Вертоградова О.П. Тревножно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии / Ред. А.Б. Смулевич. М., 1998. С. 113–131.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 23–31.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журн. 2001. № 4. С. 18–48.

5. *Краснов В.Н.* Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 3. С. 33–39.
6. *Мосолов С.Н., Калинин В.В.* Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии. М., 1998. С. 217–228.
7. *Хекхаузен Х.* Психология мотивации достижения. СПб.: Речь, 2001.
8. *Холмогорова А.Б.* Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006.
9. *Ясная В.А., Ениколопов С.Н.* Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2007. № 4. С. 157–168.
10. *Юдеева Т.Ю.* Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007.
11. *Юдеева Т.Ю., Довженко Т.В., Петрова Г.А.* Применение клинической шкалы самооценок SCL-90-r в клинике расстройств аффективного спектра (пособие для врачей). М.: Изд-во МЗ РФ, 2003.
12. *Barrow J., Moore C.* Group interventions with perfectionistic thinking // Personell and Guidance Journ. 1983. V. 61. P. 612–615.
13. *Beck A.* Cognitive models of depression // Journ. Cognitive Psychotherapy and Research. 1987. V. 1. P. 1–37.
14. *Blatt S.* The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menniger Psychotherapy Research Project Revisited // Journ. American Psychoanalytic Assoc. 1992. V. 40. P. 691–724.
15. *Burns D.* The perfectionist's script for self-defeat // Psychology today. 1980. P. 34–51.
16. *Clark A.L., Watson D., Mineka S.* Temperament, Personality and the Mood and Anxiety Disorders // Journ. of Abnormal Psychology. 1994. V. 103. № 1. P. 103–116.
17. *Clark D., Beck A., Stewart B.* Cognitive specificity and positive-negative affectivity: complementary or contradictory views on anxiety and depression? // Journ. of Abnormal Psychology. 1990. V. 99. № 2. P. 148–155.
18. *Cox J., Enns M., Walker J. et al.* Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs panic disorder // Behavior Research and Therapy. 39 (2001). P. 567–573.
19. *Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R.* The dimensions of perfectionism // Journ. of Cognitive Therapy and Research. 1990. V. 14. P. 449–468.
20. *Hewitt P., Flett G.* Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology // Journ. of Personality and Social Psychology. 1991. V. 60. № 3. P. 456–470.
21. *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.-L.: Guilford Press, 1993. P. 1–45.
22. *Reich J., Noyes R., Hirschfield R. et al.* State and personality in depressed and panic patients // Amer. Journ. Psychiatry. 1987. V. 144. № 2. P. 181–187.
23. *Shafraan R., Mansell W.* Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // Clinical Psychology Review. 2001. V. 21. № 10. P. 879–903.
24. *Stavrakaki C., Vargo B.* The relationship of anxiety and depression: a review of the literature // British Journ. of Psychiatry. 1986. V. 149. P. 7–16.

THE STRUCTURE OF PERFECTIONISM IN DEPRESSIVE AND ANXIOUS PATIENTS

N. G. Garanyan*, T. Yu. Yudeeva**

**PhD, leading research assistant of clinical psychology and psychotherapeutic laboratory,
Moscow Scientific Research Institute of Psychiatry of Rus Health, Moscow*

***PhD, research assistant of clinical psychology and psychotherapy laboratory, the same place*

Comparative study of perfectionism's parameters in patients with depressive (83 pers.) and anxious (93 pers.) disorders and healthy subjects (73 pers.) was conducted. Hypothesis that perfectionism's indices in groups of patients exceed the ones in healthy subjects was tested; existence of correlation between indices of perfectionism, depression and anxiety was expected as well. The subjects were examined by means of inquirer SCL-90-r. Tailor's scale of personal anxiety, Zung's scale of depression, inquirer of Garanyan–Kholmogorova, based on original model of perfectionism's parameters. It is determined that perfectionism's indices in patients are significantly higher than the ones in healthy subjects and correlate with depression and anxiety. Two parameters of perfectionism distinguish the groups significantly. The conclusion about correspondence of the results to "unitary" model of correlation between depression and anxiety in depressive patients with personal troubles is drawn.

Key words: personal factors, depressive and anxious disorders, models of correlation between depression and anxiety, psychological structure of perfectionism.