
**ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**
**DIAGNOSTICS OF PSYCHOLOGICAL
MALADJUSTMENT IN THE MODERN SOCIETY**

**ФАКТОРНАЯ СТРУКТУРА
И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ОПРОСНИКА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА:
РАЗРАБОТКА ТРЕХФАКТОРНОЙ ВЕРСИИ**

Н.Г. ГАРАНЯН*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
garanian@mail.ru

А.Б. ХОЛМОГорова**,
Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,

Для цитаты:

Гарянян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 8—32. doi: 10.17759/cpp.2018260302

* *Гарянян Наталья Георгиевна*, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: garanian@mail.ru

** *Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия; заведующая лабораторией консультативной психологии и психотерапии, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), e-mail: kholmogorova@yandex.ru

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
kholmogorova@yandex.ru

Т.Ю. ЮДЕЕВА***,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
psylab2006@yandex.ru

Представлены результаты конфирматорного факторного анализа опросника перфекционизма на выборке из 625 испытуемых (пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых лиц из общей популяции). Установлена трехфакторная структура новой версии методики: 1) озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селективное и фиксация на собственном несовершенстве. Установлены приемлемые показатели внутренней консистентности нового трехфакторного опросника перфекционизма. Установлены статистически значимые положительные связи 1-го и 3-го факторов опросника с показателями симптомов психических расстройств. Для 2-го фактора такие связи не зафиксированы. Показатели 1-го и 3-го факторов в группе пациентов значительно превышали аналогичные показатели здоровых лиц, для 2-го фактора такие различия не установлены. Результаты обсуждаются в контексте дискуссии об адаптивных и неадаптивных параметрах перфекционизма.

Ключевые слова: трехфакторный опросник перфекционизма, факторная структура, надежность, клиническая выборка.

В настоящее время отмечается важная тенденция в диагностике личностных расстройств: привычный для практиков типологический подход к их классификации и диагностике дополняется параметрическим (дименсиональным) — оценкой отдельных личностных черт, вносящих наиболее весомый вклад в развитие и хронификацию психических заболеваний [12]. *Перфекционизм* (чрезмерное стремление к совершенству) как дисфункциональная личностная черта активно изучается психологами и психиатрами в течение последних 30 лет. Исследования демонстрируют его тесные связи с расстройствами аффективного спектра, су-

*** Юдеева Татьяна Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия; старший научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), e-mail: psylab2006@yandex.ru

ицидальным и парасуицидальным поведением, стойкими супружескими проблемами, выраженным стрессом на рабочем месте [21]. Лонгитюдные исследования на больших популяционных выборках позволяют отнести перфекционизм к надежным предикторам ранней смертности, действующим вне зависимости от конкретных биологических причин ее наступления [20]. Интервенционные исследования неуклонно свидетельствуют о негативном влиянии черты на лечебный процесс: начиная с раннего этапа диагностической оценки, выраженный перфекционизм пациента выступает барьером для терапии и развития прочного терапевтического альянса со специалистом [19; 27]. В то же время психотерапия, нацеленная на снижение перфекционизма, снижает выраженность сопутствующих расстройств, даже если они не становятся мишенями специальных вмешательств [15].

Обобщением этих многолетних исследований становится вывод о важной роли перфекционизма в течении эпидемиологически значимых психических расстройств и психологических проблем, что делает *задачу по своевременной и точной диагностике этой черты в клинической практике высоко актуальной*. Цитированные результаты послужили стимулом к включению так называемого «ригидного перфекционизма» в инновационный раздел DSM-5, описывающий многомерную модель личностного функционирования и личностных черт (*DSM-5, Section III, Multidimensional Functioning and Trait Model*) в качестве основы для диагностических суждений психиатров о личностной патологии [12, с. 780]. Недавние наблюдения лиц с заостренно выраженным перфекционизмом, совершивших антисоциальные поступки и убийства, а также эмпирические данные о связи этой черты с наиболее деструктивными личностными проявлениями — макиавелизмом, злокачественным нарциссизмом и садизмом — делают этот конструкт важной мишенью судебно-психологической диагностики [18].

Разработка отечественной методики для диагностики перфекционизма началась группой исследователей из лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии в начале 90-х гг. [9; 10]. Следует подчеркнуть, что данная область исследований в мире находилась тогда в состоянии, которое с нынешних позиций можно назвать зачаточным; сложность российской ситуации усугублялась отсутствием систематического доступа к сети Интернет и плохим обеспечением научных библиотек, характерным для тех лет. Исходя из психотерапевтических наблюдений за пациентами, движимые скорее интуитивным пониманием и творческим импульсом, чем опытом создания психометрических шкал, мы приступили к созданию оригинального опросника на основе ряда теоретических допущений.

1. *Личностный конструкт «перфекционизм» имеет сложную психологическую структуру, не сводимую к изнурительно высоким стандартам*

деятельности и притязаниям. Основанием для предположения о многомерности перфекционизма служила теория черт, согласно которой высокоуровневая черта личности (*domain*) включает множество отдельных компонентов (*facets*) [1]. Позднее мы обнаружили, что авторитетные зарубежные эксперты в данной области также отошли от классических представлений об одномерности перфекционизма и последовательно отстаивают идею его многомерности, что окончательно укрепило нас в допустимости гипотезы [21; 22]. В настоящее время разработано не менее 10 многомерных моделей перфекционизма, на основе каждой создано несколько методик, диагностирующих различные параметры и формы перфекционизма [16]. Однако необходимо отметить появление современных одномерных моделей, примером которых служит теория клинического перфекционизма оксфордских ученых Роз Шафран, Зафры Купер и Кристофера Файрберна [25]. Таким образом, дискуссия о феноменологических критериях и структуре перфекционизма все еще актуальна. Тем не менее, чаще других в зарубежных научных проектах по-прежнему используются две методики, созданные одновременно в начале 90-х гг. — многомерная шкала перфекционизма Фроста (*Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS*) [26] и многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флитта (*Hewitt-Flett Multidimensional perfectionism Scale, HFMPs*) [22], каждая из которых существует в основной и укороченной версиях. Первая тестирует такие параметры перфекционизма, как озабоченность ошибками, личные стандарты, сомнения в действиях, организация, родительские ожидания, родительская критика; вторая — Я-адресованный, социально-предписываемый и адресованный другим аспекты перфекционизма.

2. Наряду с завышенными по сравнению с индивидуальными возможностями стандартами деятельности и притязаниями, перфекционизм включает когнитивные параметры — дихотомическую оценку результата деятельности и ее планирование по принципу «все или ничего», селективное игнорирование информации о собственных неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений. Теории когнитивных стилей позволяли с полным правом отнести стойко активированные когнитивные характеристики перфекционистов к стабильным личностным чертам [11]. Важность когнитивного аспекта перфекционизма акцентировалась уже на ранних этапах учения: «Понимание перфекционизма не только как нереалистичных стандартов, но и как ригидных и абсолютистских паттернов мышления будет содействовать прогрессу в изучении различных расстройств» [13]. В настоящее время эта идея трансформировалась в самостоятельную концепцию «перфекционистского когнитивного стиля», развиваемую в контексте учения о персеверативных мыслительных процессах — беспокойстве и руминациях [17].

3. *Перфекционизм также содержит интерперсональные параметры — постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов, восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания, чрезмерные требования к другим.* В настоящее время многие эксперты сходятся в мысли о том, что перфекционизм включает интерперсональные аспекты; основные психодиагностические методики содержат соответствующие субшкалы. В публикациях последних трех лет Пол Хьюитт и Гордон Флитт последовательно развивают концепцию интерперсонального перфекционизма, характеризуя его как «глубоко укорененную в психике перфекциониста и наиболее дисфункциональную в силу ее связи с элементами “темной” триады черту» [18].

4. *Перфекционизм является дисфункциональной личностной чертой, связанной с широким спектром неблагоприятных последствий — аффективных (прежде всего, симптомами депрессивных и тревожных расстройств) и поведенческих (прокрастинацией, неадаптивными копинг-стратегиями).* Основанием для этого предположения стали многочисленные наблюдения, систематизированные в различных клинических и психологических концепциях. Пилотажные исследования в рамках первых многомерных моделей подтверждали эту гипотезу, укрепляя взгляд на перфекционизм как на психопатологическое явление [3].

Однако с накоплением данных открылась более сложная и неоднозначная картина. Процедуры факторного анализа определили в большом массиве данных, полученных в рамках одномерных и многомерных моделей, два ортогональных фактора, получивших название перфекционистских стандартов или устремлений (*perfectionistic standarts or strivings*) и перфекционистской озабоченности оцениванием (*perfectionistic evaluative concerns*). К первому фактору относились параметры: Я-адресованный перфекционизм, личные стандарты, адресованный другим перфекционизм; были установлены его связи с адаптивными качествами — конструктивным стремлением к достижениям, позитивным аффектом, позитивной самооценкой, само-эффективностью, само-актуализацией, эффективными стратегиями обучения, хорошей академической успеваемостью, положительными интерперсональными качествами, уверенностью в себе, альтруистическими социальными установками, адаптивными копинг-стратегиями. По второму фактору большие нагрузки имели следующие параметры: социально предписываемый перфекционизм, озабоченность ошибками, родительская критика, родительские ожидания и сомнения в действиях. Этот фактор был связан с целым рядом дезадаптивных характеристик: склонностью к самокритике и самообвинению, прокрастинацией, низкой эффективностью в профессиональной карьере, низкой учебной мотивацией, сниженной способностью к поиску помощи, на-

личием интерперсональных проблем, эмоциональной дезадаптацией (включая симптомы депрессии и тревоги, суицидальное поведение, экзаменационную тревожность, обсессивно-компульсивные характеристики, поведение типа А, соматизацию), неадаптивными копинг-стратегиями. Эти результаты изменили начальные клинические представления и позволили выдвинуть тезис о существовании двух типов перфекционизма — адаптивного и неадаптивного [4; 6; 23; 24].

Существование здоровых форм перфекционизма остается предметом наиболее ожесточенной дискуссии в данной области научного знания. Оппоненты этих идей отрицают какую-либо адаптивность перфекционизма и приводят результаты исследований с безупречным дизайном, свидетельствующие о связи Я-адресованного перфекционизма с таким грозным явлением, как суицидальность [21].

Тогда, в середине 90-х гг., для проверки гипотезы о психологической структуре перфекционизма мы использовали статистический подход, который предполагает создание измеряющего инструмента и изучение его психометрических свойств. Наиболее информативными в свете поставленной задачи становятся результаты факторного анализа и корреляционного анализа шкал и пунктов инструмента [2]. Апробация в группе из 462 больных и здоровых испытуемых с процедурой эксплораторного факторного анализа показала, что опросник имеет шестифакторную структуру: 1-й фактор — восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2-й — завышенные притязания и требования к себе; 3-й — высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4-й — селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5-й — поляризованное мышление — «все или ничего»; 6-й — контроль над чувствами. Некоторые из полученных результатов не соответствовали гипотезам: 1) вопреки предсказаниям, анализ выделил фактор «Контроль над чувствами», тестирующий потребность в безупречном владении собой; 2) фактор «Чрезмерные требования к другим людям» не выделился в качестве самостоятельного; 3) гипотетически выделенные параметры «Постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов» и «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания» объединились в общий фактор.

В ходе последующего анализа шкала «Контроль над чувствами» не была выделена в качестве самостоятельной шкалы опросника по следующим причинам: она обладала низкой внутренней консистентностью (коэффициент α -Кронбаха 0,375) и содержала всего два пункта. Эта шкала тестировала частную форму перфекционизма в сфере «владения чувствами», в то время как мы исследовали перфекционизм в качестве генерализованной личностной установки. Вопросы этого фактора (№ 14

и № 18) имели значительные факторные нагрузки, поэтому были оставлены и учитывались при подсчете общего показателя перфекционизма.

Вопреки нашим ожиданиям, интерперсональный параметр перфекционизма «Чрезмерные требования к другим людям» не выделился в отдельный фактор, а вошел в фактор «Поляризованное мышление». Представлялись вероятными два объяснения этого результата. Во-первых, изначально текст опросника содержал очень мало вопросов для измерения этого гипотетически выделяемого параметра. Второе объяснение предполагало, что чрезмерные требования к окружающим не являются самостоятельным аспектом перфекционизма, а лишь отражают дихотомическое мышление в области межличностных отношений.

Объединение двух параметров («Постоянное сравнение себя с окружающими при ориентации на самых успешных индивидов» и «Восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания») представлялось логичным факторным решением. И те и другие вопросы тестировали так называемые социальные когниции — представления индивида о качествах или ожиданиях окружающих. На основе этого решения можно было реконструировать картину воспринимаемого перфекционистом межличностного окружения: оно представлено преуспевающими людьми, которые выступают как мишень для сравнений. Одновременно перфекционист ощущает необходимость соответствовать высоким ожиданиям этих людей и выглядеть в их глазах безупречно. Таким образом, данный фактор отражал социокогнитивный аспект перфекционизма.

Была установлена высокая внутренняя консистентность опросника: его отдельные субшкалы и пункты на уровне статистической значимости коррелировали между собой и общим показателем инструмента, что служило свидетельством приемлемой надежности. При этом показатели внутренней консистентности его субшкал (значения коэффициента α -Кронбаха) превышали значения коэффициента Спирмена, фиксирующего связи между этими субшкалами. Это означало, что каждая шкала тестировала отдельный параметр перфекционизма; при этом все параметры были связаны друг с другом. Полученный результат подтверждал многомерность и целостность конструкта «перфекционизм», описанно-го оригинальной моделью.

Пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами в сравнении с испытуемыми контрольной группы характеризовались достоверно более высокими показателями всех параметров перфекционизма; при этом между параметрами перфекционизма, его общим показателем и показателями депрессии/тревоги, измеряемыми шкалами самоотчета, фиксировались значимые положительные корреляционные связи [5].

В таком виде опросник использовался в течении ряда лет. В ходе продолжающегося сбора данных число испытуемых к 2017 г. увеличилось до

625, что открыло возможности для более тщательной валидации методики с помощью конфирматорного факторного анализа.

Цель настоящей публикации состоит в представлении результатов оценки перфекционизма в группах пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых испытуемых с помощью новой версии опросника.

Метод

Выборка. В исследовании участвовали 2 группы: 201 пациент с депрессивными расстройствами, 194 пациента с тревожными расстройствами, 230 здоровых испытуемых, чьи показатели симптоматических шкал находились в диапазоне нормативных значений. Клиническая оценка проводилась врачами-психиатрами — доктором медицинских наук Т.В. Довженко и кандидатом медицинских наук Д.М. Царенко в соответствии с критериями МКБ-10.

В группе пациентов с депрессивными расстройствами на первом месте по численности (86 пациентов — 42,8%) находились пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством (F33). У трети пациентов (74 человека — 36,8%) был диагностирован депрессивный эпизод различной степени тяжести (F32); дистимия была диагностирована у 33 пациентов (16,4%); циклотимия — у 8 человек (4% случаев). Средняя продолжительность болезни в этой группе — 4 года ($SD=4,3$). Расстройства зрелой личности диагностировались у 19 пациентов этой группы (9,5%).

В группе пациентов с тревожными расстройствами большую часть составили больные паническим расстройством (28,6% — 55 человек; F41.0) и агорафобией с паническим расстройством (15,9% — 31 человек; F40.01). Социальная фобия была диагностирована у 20 человек (10,2%; F40.1). Генерализованное тревожное расстройство — у 33 человек (16,9%; F41.1), обсессивно-компульсивное — у 24 человек (12,5%; F42). 31 пациент (15,9%) был объединен в диагностическую категорию F41.2 (смешанное тревожное и депрессивное расстройство). 35 пациентов этой группы (17,9%) имели коморбидное аффективное расстройство, вторичное по отношению к тревожному; 20 пациентов (10,3%) — расстройства зрелой личности. 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 ($SD=6,8$), с высшим образованием (более 50%).

Методики. Для оценки симптомов психических расстройств и эмоционального состояния испытуемых использовались следующие методики.

Клиническая шкала самоотчета SCL—90—R (L. Derogatis, 1977), русскоязычная версия стандартизирована в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии РАН. Шкала включает 90 пунктов, образующих 9 подшкал: соматизация (*SOM*), обсессивно-компульсивные нарушения (*OC*), интерперсональная (межличностная) чувствительность (*INT*), депрессия (*DEP*), тревога (*ANX*), враждебность/агрессивность (*HOS*), фобическая тревога (*PHOB*), параноидное мышление (*PAR*), психотизм (*PSY*). Также подсчитывается показатель по дополнительной шкале неблагополучия (*ADD*) и общий индекс тяжести состояния (*GSI*). Процедура ее адаптации и психометрические показатели представлены в известных публикациях [8].

Личностная шкала проявления тревоги Тейлор (J. Taylor, 1953) в адаптации Т.А. Немчина, предназначена для измерения уровня тревожности и состоит из 50 утверждений, каждое из которых предполагает утвердительный или отрицательный ответ. Использовался вариант шкалы, приведенный в сборнике «Лучшие психологические тесты» [7].

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (W. Zunge, 1965), адаптирована Т.И. Балашовой в НИИ психоневрологии имени В.М. Бехтерева. Включает 20 утверждений, предназначенных для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии. Использовался вариант шкалы, приведенный в сборнике «Лучшие психологические тесты» [7].

Результаты

Факторная структура

Факторная структура опросника, включающего изначально 29 пунктов, проверялась с помощью конфирматорного факторного анализа в программе EQS 6.2 для Windows с использованием устойчивых статистик (в частности, χ^2 Саторры—Бентлера). Дисперсия латентных переменных фиксировалась к 1, что позволяло свободно вычислять все факторные нагрузки. Пункты опросника указывались как категориальные переменные, что, согласно рекомендациям Барбары Бирн, допустимо для порядковых шкал с менее чем пятью категориями ответов. Модели, построенные по оригинальному ключу (с включением шестого фактора — «Контроль чувств», который не учитывается в методике, и без него), показали недостаточно высокие показатели соответствия данным. Ряд пунктов опросника имел низкие факторные нагрузки. Также было обна-

ружено, что корреляция между факторами, выделенными в двух первых версиях опросника — «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», превышает 1. Шкала «Поляризованное мышление» имела пункты с низкими факторными нагрузками и была исключена из модели. Также были исключены пункты 25 и 27. Пункт 26, имевший низкую факторную нагрузку на латентную переменную «Высокие стандарты деятельности», перенесен в шкалу «Завышенные притязания и требования к себе». Критерием для исключения пунктов была нагрузка $<0,32$.

Результаты проверки модели на нормативной выборке представлены в табл. 1.

Таблица 1
Показатели пригодности моделей на нормативной выборке

Модель	$SB\chi^2$	df	p	CFI	RMSEA (90% доверительный интервал)
Изначальная шестифакторная модель	843,25	362	$<0,001$	0,863	0,075 (0,068—0,081)
Пятифакторная модель по старому ключу (исключен фактор «Контроль чувств»)	636,50	242	$<0,001$	0,855	0,083 (0,075—0,090)
Четырехфакторная модель (после слияния факторов «Высокие стандарты деятельности» и «Селектирование информации»)	446,08	203	$<0,001$	0,893	0,071 (0,062—0,080)
Конечная трехфакторная модель	204,69	129	$<0,001$	0,963	0,050 (0,036—0,062)

В конечной модели, показавшей наилучший результат, были введены корреляции между остаточными членами пунктов 1 и 3, 10 и 20, 19 и 20. Эта модель была протестирована на клинической выборке и показала хорошие результаты, представленные в табл. 2. Для их улучшения были введены корреляции между остаточными членами пунктов 1 и 2, 2 и 3, 5 и 6. Данные корреляции могут свидетельствовать о близких по смыслу формулировках пунктов опросника.

Таким образом, эмпирически подтверждаются две шкалы опросника — «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания» и «Завышенные притязания и требования к себе».

С целью более точной передачи смысла шкал, их названия были несколько скорректированы: «Озабоченность оценками со стороны других

Т а б л и ц а 2

Показатели пригодности моделей на клинической выборке

Модель	SB χ^2	df	p	CFI	RMSEA (90% доверительный интервал)
Трехфакторная модель	389,71	132	<0,001	0,932	0,071 (0,063—0,079)
Трехфакторная модель с корреляциями между остаточными членами	298,68	129	<0,001	0,955	0,059 (0,050—0,067)

при неблагоприятных сравнениях с ними» и «Высокие стандарты и требования к себе». Шкала оригинального опросника «Высокие стандарты деятельности» была значительно переработана, вобрала в себя шкалу «Селектирование информации» и получила название «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве».

Инвариантность модели на нормативной и клинической выборках

Проверка инвариантности модели проводилась согласно рекомендациям Барбары Бирн. Тестирование конфигурационной инвариантности дало удовлетворительный результат: $S-B\chi^2/df < 2$; $p < 0,001$; $CFI = 0,958$; $RMSEA=0,055$.

При уравнивании факторных нагрузок было обнаружено, что пункты 2, 16 и 19 различались в нормативной и клинической выборках, поэтому в конечной модели, тестирующей измерительную инвариантность, они определялись свободно. Также были уравнены корреляции между латентными переменными. Конечная модель, тестирующая измерительную инвариантность, и модель конфигурационной инвариантности не имеют значимых различий — показатель $\Delta CFI=0,001$ имеет низкое значение, $\Delta S-B\chi^2$ не значим (табл. 3). Графическое представление трехфакторного решения приведено на рис. 1.

Это позволяет подтвердить инвариантность модели на нормативной и клинической выборках с учетом различий по трем факторным нагрузкам и по корреляциям между остаточными членами.

В табл. 4 представлена факторная структура новой версии опросника перфекционизма с составом пунктов, входящих в каждый фактор, и весовыми нагрузками.

Таким образом, при повторной валидации опросника методом конфирматорного анализа пришлось исключить 11 вопросов — 7, 14, 15, 18, 24 (не вошедшие ни в один из факторов оригинальной версии, но учитывавшиеся при подсчете общего показателя), 12, 21, 28, 29 (из шкалы «Поляризованное мышление»), а также 25 и 27 — у них были слишком низкие нагрузки (<0,32).

Таблица 3

Сравнение конечной модели на нормативной и клинической выборках

Модель	ML χ^2	S-В χ^2	Df	CFI	RMSEA 90% доверительный интервал	ΔS -В χ^2	Δdf	p
Конфигурационная инвариантность	896,96	503,09	258	0,958	0,055 (0,048—0,062)	—	—	—
Инвариантность измерительной модели: изначальная модель (все факторные нагрузки уравнены)	975,93	546,72	276	0,954	0,056 (0,049—0,063)	43,48	18	<0,001
Инвариантность измерительной модели: конечная модель	942,02	524,34	276	0,957	0,054 (0,047—0,061)	22,61	18	0,205

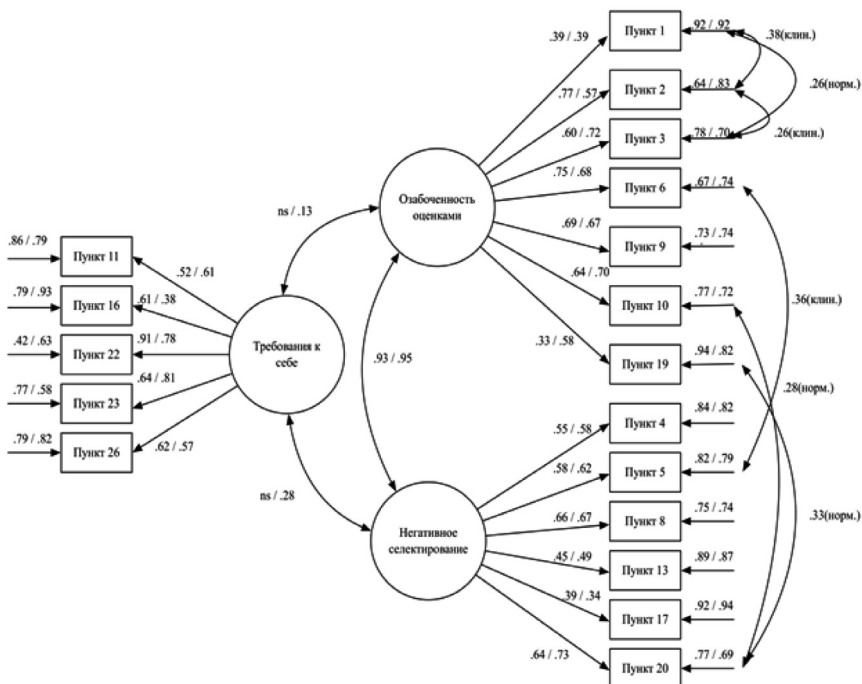


Рис. 1. Трехфакторная модель на нормативной и клинической выборках: после дробки — нагрузки в клинической выборке, кроме корреляций остатков

Таблица 4

Новая факторная структура опросника перфекционизма

№	Содержание	Нагрузка	
		Нормативная выборка	Клиническая выборка
1	2	3	4
Шкала «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними»			
1	Когда меня хвалят, мне кажется, что я произвожу лучшее впечатление, чем я есть на самом деле	0,386	0,392
2	Когда люди хвалят меня за что-либо выполненное мною, я боюсь, что не смогу в будущем оправдывать их ожидания	0,767	0,565
3	Я опасаясь, что важные для меня люди могут обнаружить, что я менее способный, чем они думали обо мне	0,601	0,716
6	Мне часто кажется, что многие люди справляются с работой лучше, чем я	0,746	0,677
9	Когда я добиваюсь хорошего результата в чем-либо, у меня возникают сомнения, смогу ли я повторить его	0,685	0,668
10	Я часто сравниваю не в свою пользу мои способности со способностями окружающих и думаю, что они умнее и удачливей меня	0,643	0,698
19	Творения других людей (книги, фильмы, какие-то другие полученные ими результаты) часто служат мне напоминанием о том, как я мало достиг	0,329	0,576
Шкала «Высокие стандарты и требования к себе»			
11	Я недоволен собой, если я не достиг максимально хорошего результата, возможного в данном виде деятельности	0,518	0,609
16	Я никогда не останавливаюсь на достигнутом, добившись чего-то, сразу ставлю себе новую цель	0,610	0,376
22	В своей работе я ориентируюсь на самые высокие стандарты	0,908	0,778
23	За какое бы дело я ни брался, меня не устраивает средний результат	0,640	0,814
26	В своих жизненных целях и задачах я ориентируюсь на людей, способных и многого достигших	0,615	0,574
Шкала «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве»			
4	Я чаще вспоминаю случаи, в которых я проявил себя не лучшим образом, чем эпизоды, в которых я был на высоте	0,550	0,580

5	Я редко выполняю разные виды деятельности настолько хорошо, насколько мне хотелось бы	0,575	0,617
8	Когда я задумываюсь о своей жизни, мне кажется, что я достиг очень немногого	0,661	0,674
13	После какого-либо не слишком удачного контакта я страшно расстраиваюсь и потом неделями все перебираю, что я сказал или сделал не так	0,450	0,491
17	Если приложенные мною в какой-либо области усилия не приводят к осязаемому в реальной жизни результату, то я считаю, что это время потрачено зря, даже если получал в то время удовольствие	0,386	0,337
20	Я часто терзаюсь мыслями о собственном несовершенстве	0,637	0,728

Полученная модель имеет хорошие показатели и подтверждается на клинической выборке. Шкалы опросника продемонстрировали довольно высокие показатели внутренней надежности (α -Кронбаха): шкала «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними» — 0,78; «Высокие стандарты и требования к себе» — 0,71; «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве» — 0,7; общий балл — 0,8.

В клинической выборке установлена высокая интеркорреляционная валидность (табл. 5). При этом два параметра перфекционизма «Озабоченность оценками со стороны других...» и «Негативное селектирование...», а также общий балл опросника на высоком уровне значимости коррелируют практически со всеми субшкалами психопатологической симптоматики SCL-90-R, включая субшкалы депрессии и тревоги. Установлены значимые положительные связи этих параметров с показателями шкалы тревоги Тейлор и методикой для оценки депрессивности Зунге.

Однако шкала «Высокие стандарты деятельности и требования к себе» не дала практически ни одной такой корреляции (за исключением очень слабой, но статистически значимой связи с показателем тревоги шкалы Тэйлор), что говорит о ее особом статусе и подтверждает данные последних лет о неоднородной структуре перфекционизма и наличии как деструктивных, так и конструктивных его форм.

Различия между клинической и нормативной группами проверялись с помощью непараметрического критерия Манна—Уитни (в силу того, что распределение отличалось от нормального, согласно результатам теста Шапиро-Уилка) (табл. 6). Значимые различия были получены для шкал «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними», «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве» и общего балла: во всех трех случаях средний ранг был выше в клинической выборке. Шкала «Высокие стандарты

Таблица 5

Корреляции шкал опросника перфекционизма и симптоматических шкал — SCL-90-R, шкалы Тэйлор, шкалы Зунге (коэффициент Спирмена) на клинической выборке (N = 230)

Шкалы	Озабоченность оценками со стороны других	Высокие стандарты и требования к себе	Негативное селектирование	Общий балл
SOM	0,240**	0,074	0,208**	0,249**
OC	0,559**	0,056	0,469**	0,515**
INT	0,418**	0,063	0,430**	0,426**
DEP	0,414**	0,025	0,418**	0,412**
ANX	0,315**	0,084	0,312**	0,328**
HOS	0,356**	0,108	0,302**	0,352**
PHOB	0,356**	0,065	0,313**	0,345**
PAR	0,338**	0,079	0,292**	0,327**
PSY	0,431**	0,075	0,355**	0,400**
GSI	0,486**	0,100	0,420**	0,476**
Шкала Тэйлор	0,560**	0,174*	0,628**	0,623**
Шкала Зунге	0,532**	0,094	0,619**	0,563**

Примечание: «**» — $p < 0,01$.

и требования к себе» не показала значимых различий, что требует специального комментария.

Таблица 6

Различия между клинической и нормативной группами (критерий Манна—Уитни)

Шкалы опросника	Средний ранг		U Манна—Уитни	p
	Нормативная группа	Клиническая группа		
Восприятие других как делегирующих высокие ожидания	254,56	348,47	32160,50	0,00
Высокие стандарты и требования к себе	319,97	307,86	44221,00	0,41
Негативное селектирование	245,19	354,28	29921,50	0,00
Общий балл	250,71	350,86	31239,00	0,00

Об особом статусе фактора «Высокие стандарты и требования к себе» свидетельствует и подсчет корреляций между всеми тремя выделенными шкалами (табл. 7).

Т а б л и ц а 7

**Корреляции между шкалами опросника перфекционизма
в нормативной и клинической группах (коэффициент Спирмена)**

Шкалы опросника	Озабоченность оценками со стороны других	Высокие стандарты	Негативное селектирование	Общий балл
Озабоченность оценками со стороны других	-	0,010	0,687**	0,815**
Высокие стандарты и требования к себе	0,060	-	0,165*	0,435**
Негативное селектирование	0,667**	0,107	-	0,831**
Общий балл	0,853**	0,436**	0,860**	-

Примечание: «**» — $p < 0,01$; «*» — $< 0,05$.

Все три выделенные шкалы дали значимые корреляции с общим баллом опросника: очень высокие корреляции продемонстрировали тесно связанные между собой шкалы «Озабоченность оценками со стороны других» и «Негативное селектирование»; умеренную по силе связь с общим баллом опросника продемонстрировала шкала «Высокие стандарты и требования к себе», что свидетельствует о включенности в структуру перфекционизма при одновременном наличии у нее особых свойств, которые активно обсуждаются и требуют дальнейшего изучения.

Обсуждение

На выборке из 395 пациентов с расстройствами аффективного спектра и 230 здоровых лиц оценивалась факторная структура отечественного опросника перфекционизма (29 вопросов). В соответствии с исходными теоретическими допущениями, процедура конфирматорного факторного анализа (КФА) установила три фактора с приемлемыми показателями внутренней консистентности: 1) озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. Данное факторное решение представляется логичным и соответствует принятым в современной науке представлениям о психологической структуре этого личностного конструкта. Так, первый фактор содержательно близок к так называемому социально предписываемому перфекционизму, выделяемому канадской моделью

[21], второй соответствует Я-адресованному перфекционизму в канадской модели и «Личностным стандартам» в модели Р. Фроста, третий отражает характеристики перфекционистского когнитивного стиля [17].

Вместе с тем, специального комментария требует выпадение одного из факторов, предсказанного нашей теоретической моделью и выделенного на предыдущем этапе разработки инструмента — «Поляризованное мышление». В ходе КФА этот фактор не был выделен в качестве самостоятельного, а вопросы, входящие в его состав, имели малые нагрузки. Наиболее вероятной причиной этой неудачи стала неоднородность составляющих его вопросов. Так, наряду с вопросами, тестирующими ощущения в обобщенных ситуациях — «Мне кажется, лучше не браться за дело вовсе, чем сделать его не очень хорошо» (п. 21), в нем присутствовали вопросы относительно вполне конкретных жизненных ситуаций — «Я часто отказываюсь от идеи написать письмо знакомым или друзьям, так как кажется невозможным описать в письме все, что произошло за последние годы» (п. 12). Вопросы, тестирующие установки в деятельности, соседствовали в нем с вопросами межличностного характера — «Я уверен, что настоящая дружба предполагает полное взаимопонимание во всем» (п. 29). Такая разнонаправленность вопросов, безусловно, могла снизить общую надежность этой шкалы опросника; этот эффект необходимо корректировать при диагностике когнитивного перфекционистского стиля.

Полученные корреляции со шкалой психопатологической симптоматики SCL-90-R, шкалами Тэйлор и Зунге, а также сравнение средних показателей клинической и популяционной групп свидетельствуют в пользу деструктивности двух аспектов перфекционизма — социально-предписываемого (Шкала «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними») и перфекционистского когнитивного стиля (Шкала «Негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве»).

Напротив, шкала «Высокие стандарты и требования к себе» не продемонстрировала связей с психическим неблагополучием. Различия между клинической и популяционной выборками по этому параметру также не были установлены, что не совпадает с ранее полученными данными [5]. Однако и в раннем цикле исследований его связи с симптомами психических расстройств были самыми слабыми, хотя и статистически значимыми. Одно из возможных объяснений заключается в небольшом изменении состава вопросов, входящих в данный фактор (в первом варианте — «Завышенные притязания и требования к себе»), что сделало его содержательно более гомогенным. Другое содержится в данных недавнего мета-анализа, свидетельствующих о росте перфекционизма в общей популяции [14]. Не исключено, что новая когорта здоровых лиц, обследованная в последние годы, имеет более высокий показатель личных стандартов и требований к себе, что нивелирует их различия с группой пациентов.

В целом, полученный результат подтверждает данные зарубежных и отечественных авторов о не деструктивном характере этого параметра перфекционизма. Однако необходимы дальнейшие исследования, проясняющие, при каких обстоятельствах и для кого перфекционистские стандарты обернутся наибольшими приобретениями или потерями. Возможно, этот параметр перфекционизма наносит наименьший урон здоровью и благополучию молодым и здоровым лицам, у которых есть ресурсы для совладания с высоким уровнем повседневного стресса. Не исключено, что он оказывается относительно благоприятным в контексте учебной или профессиональной деятельности, где перфекционизм активно подкрепляется. Однако в контексте длительной аффективной болезни, когда возможности следовать изнурительно высоким стандартам ограничены, эта черта, безусловно, станет деструктивной.

Не менее важную перспективу для исследований задает разработка типологии перфекционистов, основанной на индивидуально-специфичных сочетаниях трех параметров: «Высокие стандарты и требования», «Озабоченность оценками со стороны других» и «Негативное селектирование». В свете этой задачи становится информативной слабая, однако статистически значимая, связь показателя «Высокие стандарты и требования к себе» с когнитивным параметром «Негативное селектирование», установленная только в клинической выборке. Можно предположить, что при расстройствах аффективного спектра высокие стандарты сопряжены с деструктивным стилем когнитивной переработки неудач и признаков собственного несовершенства. В то же время показатель «Озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними» демонстрировал сильные связи с параметром «Негативное селектирование» в обеих группах, что указывает на высокую деструктивность социально-предписываемого перфекционизма. Перфекционистский когнитивный стиль фактически можно рассматривать как вариант депрессогенного, так как тесная связь депрессии с негативным селектированием информации доказана в многочисленных исследованиях.

Выводы

Новая версия методики Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой — *трехфакторный опросник перфекционизма* — имеет статистически проверенную факторную структуру. Все факторы-шкалы, входящие в его состав, имеют высокие показатели надежности.

Трехфакторный опросник перфекционизма можно использовать в работе с психически больными, пациентами общесоматической практики, здоровыми лицами. Опросник пригоден для выявления перфекционизма и определения его структуры; может быть использован как в практической работе, так и в научно-исследовательских целях.

Приложение

Описание нового варианта опросника перфекционизма

Респонденты самостоятельно заполняют опросник, предварительно ознакомившись с инструкцией: «Выразите согласие или несогласие с каждым из приведенных ниже утверждений, используя 4 формы ответа: “безусловно да”, “пожалуй, да”, “пожалуй, нет”, “безусловно нет”».

При заполнении опросника респонденту не рекомендуется обсуждать ответы на вопросы с окружающими (родственниками, медицинским персоналом, другими больными). Ограничения по времени на заполнение опросника отсутствуют. Новая версия опросника более компактна, обычно на ответы требуется не более 5—10 минут.

Опросник состоит из 18 утверждений, которые распределены по трем шкалам: 1) озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; 2) высокие стандарты и требования к себе; 3) негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. Первая шкала тестирует социально предписываемый перфекционизм, вторая — Я-адресованный перфекционизм, третья — перфекционистский когнитивный стиль.

Ответы оцениваются следующим образом: «безусловно, да» — 4 балла; «пожалуй, да» — 3 балла; «пожалуй, нет» — 1 балл; «безусловно, нет» — 0 баллов. Подсчитывается суммарный балл для всех вопросов, описывающий общую выраженность перфекционизма, а также балл по каждой шкале:

- 1) озабоченность оценками со стороны других — утверждения 1, 2, 3, 6, 8, 9, 14;
- 2) высокие стандарты — 10, 12, 16, 17, 18;
- 3) негативное селектирование — 4, 5, 7, 11, 13, 15.

В нормативной группе разброс средних значений в квартильном интервале колеблется от 29 до 43 баллов; в клинической — от 36 до 50. Максимально возможный балл — 72. Данные задают ориентир для оценки выраженности перфекционизма, но носят предварительный характер, для стандартизации опросника необходимо значительное увеличение популяционной группы.

Бланк опросника перфекционизма

Ф.И.О. _____ возраст _____ дата _____

Инструкция: выразите согласие или несогласие с каждым из нижеследующих утверждений.

№	Утверждения				
		Безусловно да	Пожалуй, да	Пожалуй, нет	Безусловно нет
1	Когда меня хвалят, мне кажется, что я произвожу лучшее впечатление, чем я есть на самом деле				

№	Утверждения	Безусловно да	Пожалуй, да	Пожалуй, нет	Безусловно нет
2	Когда люди хвалят меня за что-либо выполненное мною, я боюсь, что не смогу в будущем оправдывать их ожидания				
3	Я опасаясь, что важные для меня люди могут обнаружить, что я менее способный, чем они думали обо мне				
4	Я чаще вспоминаю случаи, в которых я проявил себя не лучшим образом, чем эпизоды, в которых я был на высоте				
5	Я редко выполняю разные виды деятельности настолько хорошо, насколько мне хотелось бы				
6	Мне часто кажется, что многие люди справляются с работой лучше, чем я				
7	Когда я задумываюсь о своей жизни, мне кажется, что я достиг очень немногого				
8	Когда я добиваюсь хорошего результата в чем-либо, у меня возникают сомнения, смогу ли я повторить его				
9	Я часто сравниваю не в свою пользу мои способности со способностями окружающих и думаю, что они умнее и удачливей меня				
10	Я недоволен собой, если я не достиг максимально хорошего результата, возможного в данном виде деятельности				
11	После какого-либо не слишком удачного контакта я страшно расстраиваюсь и потом неделями все перебираю, что я сказал или сделал не так				
12	Я никогда не останавливаюсь на достигнутом, добившись чего-то, сразу ставлю себе новую цель				
13	Если приложенные мною в какой-либо области усилия не приводят к осязаемому в реальной жизни результату, то я считаю, что это время потрачено зря, даже если получал в то время удовольствие				
14	Творения других людей (книги, фильмы, какие-то другие полученные ими результаты) часто служат мне напоминанием о том как я мало достиг				
15	Я часто терзаюсь мыслями о собственном несовершенстве				
16	В своей работе я ориентируюсь на самые высокие стандарты				
17	За какое бы дело я ни брался, меня не устраивает средний результат				
18	В своих жизненных целях и задачах я ориентируюсь на людей, способных и многого достигших				

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г.Ю. Структура личности. М.: КСП+; СПб.: Ювента, 1999. 236 с.
2. Анастаси А. Психологическое тестирование. М.: Педагогика, 1982. С. 122—237. 316 с.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 23—31.
4. Гаранян Н.Г. Типологический подход к изучению перфекционизма // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 52—61.
5. Гаранян Н.Г. Юдеева Т.Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами // Психологический журнал. 2009. № 6. С. 93—103.
6. Лин Г., Киселева Л.Б., Наследов А.Д., Шамаев А.Н. Позитивные и негативные аспекты перфекционистских установок студентов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. 2017. Т. 7. № 2. С. 115—127. doi:10.21638/11701/spbu16.2017.201
7. Лучшие психологические тесты. СПб.: Изд-во СПб ун-та, 1992. 311 с.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
9. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интегративная психотерапия тревожно-депрессивных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 141—163.
11. Холодная М.А. Когнитивные стили (о природе индивидуального ума). М.: PerSe, 2002. 303 с.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.
13. Brown G., Beck A. Dysfunctional attitudes, perfectionism, and the models of vulnerability to depression // Perfectionism: Theory, research and treatment / G. Flett, P. Hewitt (eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2002. P. 231—253.
14. Curran T., Hill A.P. Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016 // Psychological Bulletin. 2017. doi:10.1037/bul0000138
15. Egan S., Wade T., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31 (2). P. 203—212.
16. Flett G., Hewitt P. Measures of Perfectionism // Measures of Personality and Social Psychological Constructs / J. Boyle, D. Sarlofske, G. Matthews (eds.). London: Academic Press, 2015. P. 595—618.
17. Flett G., Hewitt P., Nepon T., Besser A. Perfectionism Cognition Theory: The cognitive Side of Perfectionism // The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications / J. Stoeber (ed.). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2018. P. 101—123.
18. Flett G., Hewitt P., Sherry S. Deep, dark, and dysfunctional: The destructiveness of interpersonal perfectionism // The Dark Side of Personality: Science and practice

- in social, personality, and clinical psychology / V. Zeigler-Hill, D.K. Marcus (eds.). Washington, DC: American Psychological Association. 2016. P. 211—226. doi:10.1037/14854-011
19. *Flynn C.A.* The impact of protective perfectionistic self-presentation on group psychotherapy process and outcome. Ph.D. Thesis. Vancouver, 2001. 169 p.
 20. *Fry P., Debats D.* Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults // *Journal of Health Psychology*. 2009. Vol. 14 (4). P. 513—524.
 21. *Hewitt P., Flett G., Mikail S.F.* Perfectionism. A relational approach to conceptualization, assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 2017. 336 p.
 22. *Hewitt P., Flett G., Turnbull-Donovan W., Mikail S.F.* The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples // *Psychological Assessment*. 1991. Vol. 3 (3). P. 464—468. doi:10.1037/1040-3590.3.3.464
 23. *Molnar D., Sirois F.* Perfectionism, Health, and Well-Being: Epilogue and Future Directions // *Perfectionism, health and well-being* / F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. P. 285—302. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_13
 24. *Rice K., Richardson C., Ray M.* Perfectionism in academic settings // *Perfectionism, health and well-being* / F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. P. 245—264. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_11
 25. *Shafran R., Cooper Z., Fairburn C.* Clinical perfectionism: a cognitive—behavioural analysis // *Behaviour Research and Therapy*. 2002. Vol. 40 (7). P. 773—791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
 26. *Stoeber J.* Frost Multidimensional Perfectionism Scale // *Commissioned reviews of 250 psychological tests* / J. Maltby, C.A. Lewis, A. Hill (eds.). Lewiston, N.Y.; Lampeter: Edwin Mellen Press, 2000. Vol. 1. P. 310—314.
 27. *Zuroff D., Blatt S., Sotsky S., Krupnick J., Martin D., Simmens S.* Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68 (1). P. 114—124. doi:10.1037/0022-006X.68.1.114

FACTOR STRUCTURE AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF PERFECTIONISM INVENTORY: DEVELOPING 3-FACTOR VERSION

N.G. GARANIAN*

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
garanian@mail.ru

A.B. Kholmogorova**

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
kholmogorova@yandex.ru

T.YU. YUDEEVA***

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
psylab2006@yandex.ru

The paper presents the results of confirmatory factor analysis of the Perfectionism Inventory in the sample of 625 subjects (which included patients with affective spectrum disorders and healthy controls from the general population). Three factorial structure of the instrument has been identified: 1) perceived evaluations concerns along with unfavorable social comparisons; 2) high personal standards; 3) negative selectivity and imperfection concentration. The scales exhibit high internal con-

For citation:

Garanian N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Factor Structure and Psychometric Properties of Perfectionism Inventory: Developing 3-Factor Version. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 3, pp. 8–32. doi: 10.17759/cpp.2018260302. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Garanian Natalia Georgievna*, Doctor In Psychology, Professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling & Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, email: garanian@mail.ru

** *Kholmogorova Alla Borisovna*, Doctor In Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, email: kholmogorova@yandex.ru

*** *Yudeeva Tatiana Yurievna*, PhD (Psychology), senior scientist, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, email: psylab2006@yandex.ru

sistency. The results yield significant positive correlations between factors 1 and 3 and psychopathological symptoms (SCL-90-r). The Personal Standards subscale revealed no correlations with measures of psychopathological symptoms. Patients score higher on subscales 1 and 3 than the controls, whereas subscale 2 again didn't show any differences. The results are discussed in the context of adaptive and maladaptive perfectionism dimensions.

Keywords: Three-factor Perfectionism Inventory, factorial structure, reliability, clinical sample.

REFERENCES

1. Eysenck H. *Structura lychnosty [Personality Structure]*. Moscow: KSP+; Saint Petersburg: Yuventa, 1999. 236 p. (In Russ.).
2. Anastasi A. *Psikhologicheskoe testirovanie [Psychological Testing]* Moscow: Pedagogika, 1982, pp. 122—237. (In Russ.).
3. Garanian N.G. Perfeksionizm i psikhicheskie rasstroistva (obzor zarubezhnykh empiricheskikh issledovaniy) [Perfectionism and psychopathological disorders: foreign studies review]. *Terapiya psikhicheskikh rasstroistv [Therapy of Mental Disorders]*, 2006, no. 1, pp. 23—31.
4. Garanian N.G. Tipologicheskii podkhod k izucheniyu perfeksionizma [Typological approach to perfectionism study]. *Voprosy psikhologii*, 2009, no. 6, pp. 52—61.
5. Garanian N.G., Yudeeva T.Yu. Struktura perfeksionizma u patsientov s depressivnymi i trevozhnymi rasstroistvami [Perfectionism structure among depressive and anxiety disordered patients]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2009, no. 6, pp. 93—103.
6. Lin G., Kiseleva L.B., Nasledov A.D., Shamanov A.N. Pozitivnye i negativnye aspekty perfeksionistskikh ustanovok studentov [Positive and negative aspects of students' perfectionist attitudes]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 16. Psikhologiya. Pedagogika [Vestnik SPbSU. Psychology and Education]*, 2017. Vol. 7 (2), pp. 115—127. doi:10.21638/11701/spbu16.2017.201
7. Luchshie psikhologicheskie testy [Best Psychological Tests]. Saint Petersburg: Publ. SPBU, 1992. 311 p.
8. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Manual on Posttraumatic Stress Assessment]*. Saint Petersburg: Piter, 2001. 268 p.
9. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spektra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moscow: Medpractica-M, 2011. 480 p.
10. Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Integrativnaya psikhoterapiya trevozhno-depressivnykh rasstroistv [Integrative psychotherapy of depressive and anxiety disorders]. *Moskovskii Psichoterapevticheskii Journal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 1996, no. 3, pp. 141—163.
11. Kholodnaya M.A. Kognitivnye stili (o prirode individual'nogo uma) [Cognitive Styles (on the nature of individual mind)]. Moscow: PerSe, 2002. 303 p.
12. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.
13. Brown G., Beck A. Dysfunctional attitudes, perfectionism, and the models of vulnerability to depression. In G. Flett, P. Hewitt (eds.). *Perfectionism: Theory,*

- research and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2002, pp. 231—253.
14. Curran T., Hill A.P. Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 2017. doi:10.1037/bul0000138
 15. Egan S., Wade T., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 2011. Vol. 31 (2), pp. 203—212.
 16. Flett G., Hewitt P. Measures of Perfectionism. In J. Boyle, D. Sarlofske, G. Matthews (eds.). *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. London: Academic Press, 2015, pp. 595—618.
 17. Flett G., Hewitt P., Nepon T., Besser A. Perfectionism Cognition Theory: The Cognitive Side of Perfectionism. In J. Stoeber (ed.). *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2018, pp. 101—123.
 18. Flett G., Hewitt P., Sherry S. Deep, dark, and dysfunctional: The destructiveness of interpersonal perfectionism. In V. Zeigler-Hill, D.K. Marcus (eds.). *The Dark Side of Personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2016, pp. 211—226. doi:10.1037/14854-011
 19. Flynn C.A. The impact of protective perfectionistic self-presentation on group psychotherapy process and outcome. Ph.D. Thesis. Vancouver, 2001. 169 p.
 20. Fry P., Debats D. Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults. *Journal of Health Psychology*, 2009. Vol. 14 (4), pp. 513—524.
 21. Hewitt P., Flett G., Mikail S. Perfectionism. A relational approach to conceptualization, assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 2017. 336 p.
 22. Hewitt P., Flett G., Turnbull-Donovan W., Mikail S.F. The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment*, 1991. Vol. 3 (3), pp. 464—468. doi:10.1037/1040-3590.3.3.464
 23. Molnar D., Sirois F. Perfectionism, Health, and Well-Being: Epilogue and Future Directions. In F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). *Perfectionism, health and well-being*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016, pp. 285—302. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_13
 24. Rice K., Richardson C., Ray M. Perfectionism in academic settings. In F.M. Sirois. D.S. Molnar (eds.). *Perfectionism, health and well-being*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016, pp. 245—264. doi:10.1007/978-3-319-18582-8_11
 25. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. Clinical perfectionism: a cognitive—behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 2002. Vol. 40 (7), pp. 773—791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
 26. Stoeber J. Frost Multidimensional Perfectionism Scale. In J. Maltby, C. A. Lewis, A. Hill (eds.). *Commissioned reviews of 250 psychological tests*. Lewiston, N.Y.; Lampeter: Edwin Mellen Press, 2000. Vol. 1, pp. 310—314.
 27. Zuroff D., Blatt S., Sotsky S., Krupnick J., Martin D., Simmens S. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000. Vol. 68 (1), pp. 114—124. doi:10.1037/0022-006X.68.1.114