

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ, ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА

Н.ГАРАНЯН, А.ХОЛМОГорова,
Т.ЮДЕЕВА*

Со времен Крепелина и Фрейда вопрос о соотношении депрессии и личности составляет фундаментальную проблему психиатрии и психоанализа (см. обзор Hierschfeld, 1998). В 80-90-е годы данная проблема интенсивно изучается в контексте прикладных задач психотерапии: оценки ее эффективности, показаний и противопоказаний для разных ее видов, причин резистентности к лечению и его преждевременного прерывания и т.д. (Elkin et al., 1989). Среди прочего установлено, что одной из черт, не только тесно связанных с риском депрессии, но и оказывающих существенное влияние на процесс лечения, оказался перфекционизм. Цель данной публикации – представить: 1) зарубежные исследования, где прослеживается взаимосвязь перфекционизма с депрессией, суицидальным риском и эффективностью проводимого лечения; 2) результаты собственной работы, в результате которой удалось выявить структуру перфекционизма в группах больных с депрессивными и тревожными расстройствами.

Проблема личностных факторов депрессии

Можно выделить два основных подхода, описывающих соотношение депрессии и личности (Frances, 1992). *Категориальный подход* устанавливает соотношения между депрессией и принадлежностью к определенному личностному типу – обсессивному, шизоидному, гистрионному, зависимому, избегающему и т.д. Показано, что депрессия может быть спутником практически любого личностного расстройства, при этом наличие такого коморбидного диагноза способствует хронификации расстройства, а кроме того бывает причиной преждевременного ухода из краткосрочной психотерапии (Phillip, Gunderson, 1990; Sanderson, Beck, Keswani, 1994). В рамках *дименсионального подхода* исследуется вклад разных личностных факторов

* Гаранян Н.Г. – доцент; Юдеева Т.Ю. – старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии МГППИ.

(черт) в степень уязвимости личности по отношению к депрессивным состояниям. Этот подход позволяет с точностью измерять различные личностные черты (невротизм, экстраверсию, зависимость, обсессивность, склонность к самокритицизму и т.д.) и сопоставлять их с рядом интересующих исследователя параметров – в частности, эффектом лечения, предпочитаемым типом лечения и т.д. (Enns, Cox, 1997). Например, исследования, проведенные группой американских исследователей, показали, что депрессия, сочетающаяся с такой личностной чертой, как “зависимость”, требует более продолжительного психотерапевтического лечения (Blatt, 1990).

Перфекционизм, как уже указывалось выше, оказался одной из черт, наиболее тесно связанных с риском. Данный термин образован от латинского *perfectio* (совершенство) и в самом общем виде обозначает стремление предъявлять к себе весьма высокие требования и следовать самым высоким стандартам. В 90-е годы число публикаций по теме “Перфекционизм и нарушения адаптации” резко возросло (Enn, Cox, 1999). Например, система поиска в Интернете *Google Search* при введении ключевых слов “перфекционизм” и “депрессия” находит более 5000 публикаций. Основная масса этих публикаций, за исключением десятой доли, – популярные статьи, предупреждающие читателя о пагубных последствиях излишнего стремления к самосовершенствованию.

Зарубежные исследования перфекционизма и депрессии

Психиатры и психоаналитики о целях и стандартах депрессивных больных

Нереалистично завышенный характер целей, идеалов и стандартов депрессивных людей отмечался многими психиатрами и психотерапевтами. Японский психиатр М.Шимода описал конфигурацию личностных черт больных монополярной депрессией с помощью понятия “*статотимия*” (Shimoda, 1950). Оно подразумевало сочетание таких качеств, как склонность к педантизму, неспособность спокойно отдыхать в выходные дни, повышенная требовательность к себе в отношении количества и качества работы, чувство постоянной неудовлетворенности из-за чрезмерности поставленных задач. Характеристики “типус меланхоликус” в немецкоязычной литературе (Tellenbach, 1986) полностью совпадают с наблюдениями М.Шимода.

В классическом анализе К.Абрахам, описывая орально-фрустрированный характер, указывал на склонность таких людей к депрессивным настроениями и пессимизму в силу невероятно высоких притязаний (Полмайер, 1998). В социальном психоанализе проблема чрезмерно

высоких личностных стандартов изначально обсуждалась в контексте учений о невротической личности. А.Адлер рассматривал стремление к “фиктивной цели личностного превосходства... и идеалу какого-либо совершенства и безгрешности” как невротический способ компенсировать неполноценность (Адлер, 1995, с.28). К.Хорни описывала многочисленные негативные последствия тщетных устремлений человека воплотить “идеализированный образ "Я"” в реальности – хроническое плохое настроение, стагнацию личностного развития и самоотчуждение (Хорни, 1997).

Идея о том, что депрессия связана с нереализуемыми чрезмерными желаниями, получила развитие в Эго-психологии. Так, Е.Бибринг подверг сомнению ранний аналитический тезис о том, что сердцевину депрессивных переживаний определяют конфликт любви и ненависти и интроецированный гнев. Он писал: “Депрессия является результатом напряжения, возникающего из-за сильно заряженных нарциссических притязаний и мучительного осознания Эго своей (кажущейся или реальной) беспомощности и неспособности жить в соответствии с ними” (Bibring, 1953, с.25). Дж.Якобсон также акцентировала чрезмерный, малореалистичный характер целей и Эго-идеалов депрессивных пациентов в сочетании с суровым, карающим и не прощающим неудачи Супер-Эго (Jacobson, 1971).

В 80-е годы С.Блатт, разрабатывая типологию депрессивных характеров, описал так называемую “интроективную депрессию”, для которой характерна постоянная критика в собственный адрес, сосредоточенность на проблемах достижения и перманентное чувство вины (Blatt, 1982). Эта депрессия отлична от “анаклитической”, при которой переживания центрированы на теме межличностной зависимости и привязанности. Многие исследователи подчеркивают сходство “самокритицизма” в понимании S.Blatt с перфекционизмом. Подшкала самокритицизма разработанного этим автором инструмента – *Опросник депрессивных переживаний (DEQ – Depression Experience Questionnaire)* – часто используется с целью измерения перфекционизма.

Весомое подтверждение идеи о взаимосвязи перфекционизма и депрессии было получено в практике *когнитивной психотерапии* (Beck, 1979). Тщательный анализ автоматических мыслей депрессивных пациентов и стоящих за ними убеждений показал, что требования, предъявляемые к себе этими людьми, крайне высоки и ригидны. А.Бек составил список типичных перфекционистских “долженствований” депрессивных – “Я всегда должен быть в хорошей форме”, “Если я не на пике удачи, значит, я полный неудачник”, “Ошибка означает провал” и т.д. – и обратил внимание на их императивный характер, абсолютизм и жесткость используемых речевых конструкций с частым употреблением “должен”, “всегда-никогда”. На основе коллекции убеждений депрессивных пациентов, составленной в ходе

когнитивной психотерапии, была создана первая шкала, тестирующая дисфункциональные установки (в том числе и перфекционизм) – *DAS (Dysfunctional Attitude Scale)* (Weissman, Beck, 1978).

В дальнейшем А.Бек описал два типа личностной конфигурации, predisposing к депрессии (1987). “Социотропный тип” фиксирован на проблемах привязанности, зависимости и близости. “Автономный тип” сосредоточен на проблемах независимого функционирования, достижений, удач и неудач. Для “автономного” типа характерен выраженный перфекционизм в сфере достижений и статуса. Нетрудно отметить сходство аналитической типологии депрессий С.Блатта и “социотропной/автономной” дихотомии по А.Беку.

Эмпирические исследования перфекционизма в клинической психологии

В 60-70-х годах были сделаны первые попытки уточнить понятие “перфекционизм” с учетом феноменов, установленных при исследовании мотивации достижения (Missildine, 1963; Hollender, 1965; Hamachek, 1977). Так, в классической работе Д.Хамачека сравниваются “здоровый” и “невротический” перфекционизм. По мысли автора, последний отличается от нормального желания выполнять задание как можно лучше по целому ряду параметров, представленных нами в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики “нормального” и “невротического” перфекционизма по D.Hamachek (1977)

“Здоровые” перфекционисты	Невротичные перфекционисты
Способны испытывать глубокое <i>удовлетворение</i> , повышать самооценку на основе достижений	<i>Перманентно недовольны</i> сделанным, результат никогда не кажется достаточным
При выполнении способны учитывать как <i>собственные ресурсы, так и ограничения</i>	Руководствуются только крайне <i>высокими ожиданиями от себя</i>
Руководствуются <i>надеждой на успех</i> , могут испытывать легкую степень взволнованности и азарт	Действуют под влиянием <i>страха неудачи</i> , испытывают сильную тревогу, стыд, вину
Легко вовлекаются в активность	Демонстрируют поведение избегания
Концентрируют внимание на <i>собственных ресурсах и на мысли о том, как сделать правильно</i>	Концентрируют внимание на <i>собственных недостатках и мысли о том, как бы избежать ошибки</i>

На основе психотерапевтических наблюдений Д.Хамачек описал два вида семейного окружения, в котором “вызревает” невротический перфекционизм – атмосфера постоянного неодобрения при отсутствии похвалы и так называемое “условное одобрение”. В первом случае ребенок стремится “стать совершенным не только для того, чтобы избежать неодобрения других, но для того, чтобы, наконец, принять самого себя через сверхчеловеческие усилия и грандиозные достижения” (*Hamachek, op.cit., p.30*). Во втором случае “человек приходит к пониманию – только хорошее выполнение деятельности делает его ценным” (*там же, p.30*).

Автор сформулировал некоторые рекомендации для людей, страдающих невротическим перфекционизмом: а) понять исторический контекст, в котором произошло “научение” перфекционистскому поведению; б) сконцентрировать свои силы на достижениях в одной или двух значимых областях и дать себе разрешение “не быть совершенным” в остальном; в) контролировать разумность, достигаемость целей; г) найти для себя некую “позитивную аддикцию” – сферу занятий, представляющих физическую, нравственную или духовную ценность, в которой можно не заботиться о собственном прогрессе.

В целом, все ранние описания перфекционизма содержали указание на его связь с негативным аффектом (депрессией, тревогой, виной, разочарованием, стыдом), нарушенной адаптацией, затруднениями в общении (застенчивость) и в деятельности (невозможность начать – *procrastination*) (*Missildine, 1963; Hollender, 1965; Hamachek, 1977; Beck et al., 1979*).

В 80-90-е годы исследования перфекционизма развивались в следующих направлениях:

1. Феноменологическое уточнение понятия (концептуализации конструкта) – развитие представлений о структуре, параметрах и видах перфекционизма.
2. Операционализация понятия – создание валидных и надежных инструментов, измеряющих перфекционизм.
3. Изучение взаимосвязи перфекционизма с психопатологическими расстройствами (депрессией, алкоголизмом, нарушениями пищевого поведения, личностными расстройствами) в неклинической и клинических выборках.

Первоначально конструкт “перфекционизм” подразумевал тенденцию устанавливать чрезмерно высокие стандарты для себя и невозможность испытывать удовлетворенность. Исследователи 80-х годов внесли феноменологические уточнения, добавив к выделенным параметрам дополнительные: мышление в терминах “все или ничего”, которое допускает только два варианта выполнения деятельности – полное соответствие высоким

стандартам или полный крах (*Burns, 1983*), склонность к избирательной концентрации на настоящих и прошлых ошибках (*Barrow, Moore, 1983*). Отмечалась также склонность перфекционистов к генерализации стандартов во всех областях жизнедеятельности (*Pacht, 1983*).

В 80-х годах начались эмпирические исследования перфекционизма и депрессии с помощью разработанных к тому времени инструментов – *Шкалы дисфункциональных установок* (*Weissman, Beck*) и *Шкалы перфекционизма* (*Burns*).

Хамильтон и Абрамсон обследовали депрессивных пациентов для проверки гипотезы о том, что дисфункциональные убеждения и установки сохраняются и после выздоровления, создавая когнитивную уязвимость для последующих депрессивных эпизодов (*Hamilton, Abramson, 1983*). Однако они обнаружили, что показатели шкалы DAS в группе депрессивных больных резко снижаются по мере выздоровления. Не удалось также выявить каких-либо различий между депрессивными больными в состоянии ремиссии и нормой. На основании этих данных исследователи пришли к категоричному выводу о том, что дисфункциональные личностные установки (в том числе и перфекционизм) не являются фактором, предрасполагающим к депрессии, и не характерны для депрессивных больных.

Эти результаты послужили толчком для последующих уточнений в концепции “когнитивной уязвимости”. А.Бек предположил, что у склонных к депрессии людей в период ремиссии многие дисфункциональные убеждения существуют в латентном виде. Они актуализируются, когда человек подвергается действию специфичных стрессоров. Для “автономных”, сфокусированных на достижениях индивидов такими стрессорами могут быть неудачи или неприятности на работе, критика с чьей-либо стороны, финансовые проблемы. Гипотеза проверялась с помощью сложнейших экспериментов.

Например, Д.Миранада в лабораторных условиях индуцировала печальное настроение в двух группах испытуемых – ранее переносивших депрессию и тех, кто не имел опыта таких состояний. Затем ее испытуемые заполняли шкалу DAS. У испытуемых, ранее перенесших депрессию, отмечался подъем по всем показателям шкалы, в том числе – по подшкале перфекционизма. Этого не отмечалось у ранее здоровых испытуемых. Установлены аналогичные связи между показателями DAS и естественными флуктуациями настроения (*Miranda, Person, 1988*).

А.Батлер, Д.Хокансон и Х.Флин просили испытуемых в течение месяца ежедневно регистрировать в дневниках флуктуации самооценки в ответ на релевантные положительные и отрицательные события. Для каждого испытуемого вычислялась “реактивность” самооценки. Предполагалось, что лица с высокой реактивностью самооценки придерживаются латентных

перфекционистских убеждений типа “Если я и мои достижения не блестящи, значит, я ни к чему не годен”. Оказалось, что ранее перенесшие депрессивный эпизод испытуемые демонстрировали значимо более высокую реактивность самооценки по сравнению с никогда не болевшими (Butler, Hokanson, Flynn, 1994). Лонгитюдное наблюдение также дало информацию, подтверждающую теорию А.Бека. Через несколько месяцев некоторые испытуемые с высокой реактивностью самооценки пережили серьезное стрессогенное жизненное событие, после которого у них отмечалась депрессивная симптоматика. В группе испытуемых с невысокой реактивностью самооценки и ранее не болевших не отмечалось депрессивных симптомов даже в ответ на мощный стресс. Эксперименты такого рода подтверждают идею “когнитивной уязвимости” к депрессии.

Другое подтверждение содержится в исследованиях превентивных возможностей разных видов лечения депрессий. Показано, что больные с хорошей терапевтической реакцией на медикаментозное лечение при последующей его отмене в два раза чаще переносят рецидивы депрессии, чем больные, прошедшие курс когнитивной терапии, нацеленной на модификацию когнитивных (в том числе и перфекционистских) схем (Beck, Butler, 1997).

В работах 90-х годов представление о структуре перфекционизма было значительно расширено. Анализируя содержание “перфекционистских переживаний” и учитывая семейный генез данной черты, группа английских исследователей выработала представление о перфекционизме как о многомерном понятии, включающем в себя следующие параметры: 1) озабоченность возможными ошибками; 2) высокие личные стандарты; 3) высокие родительские ожидания; 4) родительский критицизм; 5) сомнения в собственных действиях (Frost et al., 1990). Этими учеными был создан соответствующий инструмент – *Многомерная Шкала Перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale)*. Три исследования в студенческой выборке установили корреляции между параметрами опросника Фроста и депрессией (Frost et al., 1993; Minarik, Ahrens, 1996). Наиболее сильные связи установлены с параметрами “сомнения по поводу собственных действий” и “озабоченность ошибками”.

Фундаментальный вклад в разработку представлений о структуре перфекционизма внесли канадские исследователи П.Хьюит и Г.Флит. В 1990 году они подвергли критике все предыдущие исследования по причине недостаточного, с их точки зрения, учета социальных аспектов перфекционизма – “Перфекционизм редко изучался с социальной точки зрения” (Hewitt, Flett, 1990, p.430). Они предложили собственную многомерную модель перфекционизма, включающую следующие параметры:

1. “Я”-адресованный перфекционизм – “широкий личностный стиль, в котором сосуществуют аффективные, поведенческие и мотивационные компоненты” (Hewitt, Flett, op.cit., p.423). Включает высокие стандарты, постоянное самооценивание и цензурирование собственного поведения, а также мотив стремления к совершенству, варьирующий по интенсивности у разных людей.

2. Перфекционизм, адресованный к другим людям, – “убеждения и ожидания относительно способностей других людей” (там же, с.424). Этот вид перфекционизма предполагает нереалистичные стандарты для значимых людей из близкого окружения, ожидание людского совершенства и постоянное оценивание других. Как полагают авторы, он порождает частые обвинения в адрес других людей, дефицит доверия и чувство враждебности по отношению к людям.

3. Перфекционизм, адресованный к миру в целом, – “убежденность в том, что в мире все должно быть точно, аккуратно, правильно, причем все человеческие и общемировые проблемы должны получать правильное и своевременное решение” (там же, с.424).

4. Социально предписываемый перфекционизм – “отражает потребность соответствовать стандартам и ожиданиям значимых других” (Hewitt, Flett, 1991, p.457). Важность данного параметра подтверждается исследованиями психосоциальных предикторов депрессии в рамках концепции “эмоциональной экспрессивности” (EE – *expressed emotions*). Эти работы показали, что риск рецидива заболевания очень высок, если больной субъективно воспринимает своего супруга как очень критичного (Hooley, Teasdale, 1989). Предполагалось, что социально предписываемый перфекционизм может иметь множество негативных последствий в виде гнева, страха негативной оценки, повышенной значимости чужого внимания и одобрения.

Для проверки оригинальной гипотезы о структуре перфекционизма и взаимосвязей этой черты с депрессией канадские исследователи первоначально использовали модификацию *Шкалы Перфекционизма Burns* (1983). В выборке студентов симптомы депрессии измерялись с помощью шкал Бека и Зунга. Как показывают результаты, “Я”-отнесенный перфекционизм и “адресованный к другим” перфекционизм значительно коррелировали со всеми измерениями депрессии. Исключение составил перфекционизм, “адресованный миру в целом”, который коррелировал с показателями депрессии слабо или негативно. Авторы сделали вывод о том, что “перфекционизм действительно является многомерным понятием, и некоторые его параметры вносят вклад в переживание депрессии” (с.438).

В дальнейшем канадские исследователи разработали оригинальный инструмент – *Многомерную шкалу перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale)*. С целью проверки валидности данного инструмента в сту-

денческой выборке оценивались корреляции показателей шкалы с теоретически близкими конструктами. Установлены корреляции “Я”-адресованного перфекционизма – с самокритицизмом по S.Blatt; “адресованного другим” перфекционизма – с авторитарностью и склонностью обвинять других людей; “социально предписываемого” перфекционизма – со страхом негативной оценки, озабоченностью социальным одобрением и экстернальным локусом контроля. При этом все параметры перфекционизма значимо коррелировали с нарциссизмом. Наконец, была показана взаимосвязь всех параметров перфекционизма и всех видов психического неблагополучия, измеряемыми симптоматической шкалой SCL-90-r. Интересно, что особенно тесные корреляции с психическим неблагополучием показал “социально предписываемый” перфекционизм, отражающий субъективное ощущение критичности и чрезмерной требовательности со стороны близких людей.

При апробации шкалы в выборке пациентов психиатрической клиники были получены следующие результаты: “адресованный другим” перфекционизм положительно коррелирует с гистрионными, нарцисстическими и антисоциальными личностными конфигурациями. Социально предписываемый перфекционизм был характерен для шизоидных, избегающих, пассивно-агрессивных и пограничных личностных паттернов. Авторы предполагают, что восприятие других как предъявляющих чрезмерно высокие требования может быть одним из механизмов интенсивной ярости и вербальной агрессии, характерной для людей с пограничной личностной организацией. Интересно, что “Я”-отнесенный перфекционизм был положительно связан с алкоголизмом. На этом основании авторы высказывают предположение о том, что “алкоголизм у мужчин может быть результатом высоких стандартов и недовольства собой в результате неудачи в достижении совершенства” (Hewitt, Flett, 1991, p.468).

М.Эннс и Б.Кокс предприняли попытку проверить модели перфекционизма З.Фроста и П.Хьюитта непосредственно в выборке больных так называемой “большой депрессией”. Они сопоставляли разные параметры перфекционизма (ранее выделенные обеими исследовательскими группами) с тяжестью депрессивной симптоматики, измеряемой шкалой самоотчета Бека и экспертной шкалой Хамильтона. Результаты этого исследования дублировали ранее описанные соотношения. Наиболее сильные корреляции со шкалой депрессии Бека установлены для “социально предписываемого перфекционизма”, “озабоченности ошибками” и “сомнений в собственных действиях”. Менее сильная взаимосвязь установлена между параметрами перфекционизма и шкалой депрессии Хамильтона, так как данная шкала отражает, в основном, сомато-вегетативные проявления депрессии.

Результаты исследований, устанавливающих взаимосвязь перфекционизма и депрессии, отражены в обобщающей таблице 2.

Таблица 2

Параметры перфекционизма и их связь с депрессией
(по результатам исследований 80-90-х годов)

Группа исследователей	Параметры перфекционизма	Метод	Выборка	Результаты
<i>Burns, 1983;</i> <i>Hewitt, Dyck, 1986;</i> <i>Hewitt et al., 1989</i>	Высокие стандарты; мышление в терминах “все-ничего” (полный успех или публичный позор)	Шкала перфекционизма Burns	Студенты колледжа	Депрессивные испытуемые обладали более дисфункциональными перфекционистскими установками
	Высокие стандарты; концентрация на неудачах			Исследования не проводили
<i>Hewitt, Flett, 1990</i>	3 параметра перфекционизма: – адресованный “Я”; – отнесенный к другим; – отнесенный к миру + мотив стремления к совершенству	Шкала перфекционизма Burns; Тест иррациональных убеждений Jones	Студенты колледжа	Первые два вида перфекционизма и мотив стремления к совершенству положительно коррелировали с депрессией. Взаимосвязь перфекционизма, адресованного к миру, с депрессией не обнаружена

<p><i>Frost et al., 1990; Frost et al., 1993; Minarik & Ahrens, 1996</i></p>	<p>5 параметров перфекционизма: озабоченность ошибками; высокие личные стандарты; высокие родительские ожидания; высокий родительский критицизм; сомнения в собственных действиях.</p>	<p>Многомерный опросник перфекционизма Frost (<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i>)</p>	<p>Студенты колледжа</p>	<p>Наиболее сильные корреляции с депрессией установлены для параметров “озабоченность ошибками” и “сомнения в собственных действиях”</p>
<p><i>Hewitt, Flett, 1991</i></p>	<p>3 вида перфекционизма: – адресованный к “Я”; – адресованный другим; – социально предписываемый + мотив стремления к совершенству</p>	<p>Многомерный опросник перфекционизма Hewitt&Flett (<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i>)</p>	<p>Студенты колледжа Пациенты клиники</p>	<p>Установлены корреляции всех видов перфекционизма с подшкалой депрессии <i>SCL-90</i>. Наиболее сильные корреляции выявлены для социально предписываемого перфекционизма. Установлены корреляции между адресованным к другим перфекционизмом и нарциссизмом; социально предписываемым перфекционизмом и</p>

				шизотипальным, пограничным, шизоидным, избегающим, пассивно агрессивным паттернами и гневом. Выявлена корреляция “Я”-отнесенного перфекционизма и алкоголизма
<i>Enns, Cox, 1999</i>	Все параметры перфекционизма по Frost. Все виды перфекционизма по Hewitt, Flett	Шкала Frost, I шкала Hewitt & Flett	Больные депрессией	Социально предписываемый перфекционизм, озабоченность ошибками и сомнения в собственных действиях значимо коррелировали с показателями депрессии по шкале Beck. Не установлено корреляции между показателями перфекционизма и шкалой депрессии Hamilton

Перфекционизм и суицидальный риск

Стремление воплотить совершенство в повседневной жизни, по-человечески понятное и продуктивное – на первый взгляд, на деле оказывается не столь адаптивным и далеко не безопасным. В литературе довольно часто встречаются указания на связь между перфекционизмом и суицидальными поступками как у подростков, так и у взрослых. Так, М.Холлендер полагал, что самоубийство – один из потенциальных способов разрешать душевные конфликты для людей с высоким перфекционизмом (*Hollender, 1965*). Еще один автор считал, что многие интеллектуально одаренные молодые люди склонны к суицидальному поведению в силу перфекционистского стиля мышления (*Delisle, 1974*). Другой исследователь пришел к выводу о том, что суицидальный процесс может быть спровоци-

рован высокими стандартами личности или высокими ожиданиями, идущими от микросоциального окружения (*Baumeister, 1990*). Дискуссии в американских журналах по поводу самоубийства Винсента Фостера – видной политической фигуры в окружении президента Клинтона, а также самоубийств в зрелом возрасте еще нескольких политиков из числа “золотых” мальчиков, сделавших, казалось бы, блистательную и без единого промаха карьеру, также отражают убийственное действие перфекционизма (*Blatt et al., 1995*).

Эмпирические исследования подтверждают эти выводы и наблюдения. Так, Т.Эллис и К.Рэтлиф сравнивали убеждения пациентов, предпринявших суицидальную попытку и не совершавших ее (*Ellis, Ratliff, 1986*). Суициденты отличались значимо более высокими ожиданиями от себя. Вудс и Мюллер показали, что предпринявшие суицидальную попытку люди испытывают очень интенсивную потребность быть совершенными и получать одобрение от других (*Woods, Muller, 1988*). Группой исследователей было также установлено, что “Я”-адресованный перфекционизм и чувствительность к критике существенно повышают суицидальный риск (*Ranieri et al., 1987*). Наконец, анализ историй жизни женщин, совершивших самоубийство, показал, что их родители предъявляли к ним крайне высокие требования (*Stephens, 1987*).

Хьюит, Флит и Донован исследовали связь разных видов перфекционизма и готовности к суициду (*Hewitt, Flett, Donovan, 1992*). Их испытуемые – больные с разными психическими расстройствами (депрессией, нарушениями адаптации, шизофренией, алкоголизмом, личностными расстройствами) – заполняли *Многомерный Опросник Перфекционизма, Шкалу суицидального риска и Шкалу депрессии* Бека. Все параметры перфекционизма значимо коррелировали с показателем “безнадежность” шкалы Бека. Поразительно, но высокая готовность к самоубийству коррелировала лишь с одним параметром – “социально предписываемым перфекционизмом”. Эти данные еще раз иллюстрируют разрушительные последствия чрезмерно высоких ожиданий от больного со стороны близких людей. Авторы делают ряд ценных для практической работы выводов: 1) при оценке суицидального риска следует обязательно выяснить, как пациент воспринимает требования, предъявляемые к нему социальным окружением; 2) особое прогностическое значение имеют ожидания семьи от пациента.

Перфекционизм и эффективность лечения депрессий

Эмоциональный дискомфорт, межличностные трения и суицидальный риск – это далеко не полный перечень деструктивных последствий перфекционизма. Как оказывается, перфекционистские установки серьезно препятствуют получению помощи. В программе Национального Института психического здоровья США (NIMH) “*Depression Collaborative Research*

Program” сравнивалась эффективность трех форм лечения депрессий – интерперсональной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, традиционного клинического ведения с медикаментозным лечением имипрамином. Личностные особенности 239 пациентов сопоставлялись с достигнутыми в разных лечебных подходах результатами. Перфекционизм измерялся с помощью *Шкалы дисфункциональных установок DAS*. В исследование включались пациенты, удовлетворяющие критериям текущего эпизода большого депрессивного расстройства с длительностью не менее двух недель и показателями по шкале Хамильтона от 14 баллов и выше. Результаты исследования не выявили преимуществ какого-либо из применявшихся лечебных подходов перед остальными. При этом существенно, что “перфекционизм оказался значимым предиктором отрицательного результата для всех форм лечения, оцениваемого как по клиническим показателям, так и по самоотчетам” (Blatt et al., 1995, p.130). Таким образом, авторы этой программы оценили перфекционизм как “основной деструктивный фактор в краткосрочном лечении депрессий – медикаментозном и психотерапевтическом”. По данным программы NIMH, другие личностные качества пациентов (например, зависимость от одобрения) не оказывали столь негативного влияния на эффект лечения.

Предметы для дальнейшего изучения

Результаты зарубежных работ свидетельствуют: личностная черта “перфекционизм” существенно повышает риск по ряду психопатологических расстройств (в первую очередь, депрессии) и создает значительные препятствия в получении больными помощи. Вместе с тем, многие вопросы остаются недостаточно изученными:

1. Канадские исследователи акцентировали важность социальных аспектов перфекционизма. В их феноменологическом описании “адресованного к другим людям 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 интерперсонального перфекционизма – чрезмерные требования к качеству самих *отношений* (например, количеству проявляемого внимания и заботы, степени взаимопонимания и т.д.), а также перманентное ревнивое отслеживание успехов других людей и сравнение себя с ними по принципу “Чужие достижения – свидетельство моей несостоятельности”. Таким образом, структура перфекционизма, как можно полагать, нуждается в дальнейшем уточнении.

2. Подавляющее большинство исследований перфекционизма в контексте психопатологии выполнены в неклинических (главным образом, студен-

ческих) популяциях. Авторы единодушно сходятся в том, что необходимы исследования перфекционизма в клинических выборках.

3. Феноменология перфекционизма включает разнообразные проявления страха – страх неудачи, страх ошибки, страх публичного “разоблачения” и позора, страх несоответствия высоким ожиданиям других людей и т.д. Вместе с тем, в доступной нам литературе мы не обнаружили исследований перфекционизма при тревожных расстройствах. Логично предположить, что перфекционизм – важный личностный фактор риска не только по депрессивным состояниям, но и тревожным расстройствам.

Эти соображения задают перспективу дальнейших исследований.

Исследование перфекционизма в группах больных депрессивными и тревожными расстройствами

С 1991 года мы ведем систематическую психотерапевтическую работу с больными депрессивными и тревожными расстройствами в формате когнитивной терапии. Анализ истории жизни пациентов, их высказываний, автоматических мыслей и убеждений, а также наблюдение за их эмоциональными и поведенческими реакциями на индивидуальных и групповых сеансах позволил сформулировать предположение о структуре перфекционизма (Гаранян, Холмогорова, 1996; Холмогорова, Гаранян, 1998; Gaganian, Kholmogorova, Judeeva, 1997). На наш взгляд, перфекционизм представляет собой сложное психологическое образование, включающее следующие параметры:

1. *Завышенная, по сравнению с индивидуальными возможностями, трудность целей (завышенный уровень притязаний)* – чрезмерные требования к себе в плане количества работы и качества ее выполнения, безупречности поведения, владения собой в той или иной ситуации, наличия разнообразных умений и душевных качеств. Завышенная трудность целей обнаруживается во многих убеждениях депрессивных и тревожных пациентов: “Я всегда должна хорошо выглядеть и быть на пике формы”, “За что бы я ни взялся, я должен добиваться блестящих результатов”, “Ошибки и неудачи – признак некомпетентности”, “Волнение в публичных ситуациях – признак несостоятельности” и т.д.

Яркой иллюстрацией может служить жизненный принцип пациента А. (тяжелый депрессивный эпизод, социальная фобия): “Выполнять любое дело, за которое взялся, на 150%, если временные рамки ограничены – постараться не братья за это дело вовсе”. Однако, как замечает пациент, просто следовать самым высоким стандартам качества недостаточно. Необходимо “заставить себя полюбить дело, за которое взялся, иначе вырабатывается к нему отвращение”. Столь же высокие требования этот пациент предъявляет к своей эмоциональной самоорганизации и поведению – “Стараться не нервничать ни при каких обстоятельствах и вести себя ин-

теллигентно и культурно в любых условиях”. Неудивительно, что пациент в настоящее время полностью дезадаптирован, не может учиться (на экзаменах парализует мысль о возможной ошибке в ответе), любой выход из дома дается с большим трудом.

Пациентка М. (дистимия, затяжной депрессивный эпизод), приступая к учебе в новом учебном заведении, формулирует следующие ожидания: “должна все посещать”, “интересоваться всеми предметами”, “эмоционально откликаться на все лекции и практические занятия”. Вскоре после начала занятий возникло желание бросить учебу – “Видимо, я ни к чему не способна, я ведь пропускаю, да и не ко всему могу почувствовать интерес”.

Пациентка Н. (рекуррентная депрессия, повторная суицидальная попытка) обратилась к психотерапевту, когда полностью перестала справляться с домашними делами. Закончив престижное учебное заведение, к 40 годам не работала ни одного дня – всегда мешало мучительное недовольство сделанным. Последние три года полностью отошла от всех занятий, вела крайне пассивный образ жизни (“сидела в норе”), домашние дела выполняла “бабушки”. В ходе активирующей бихевиоральной терапии периодически испытывала разочарование или приходила в состояние гнева на терапевта – “Занимаемся пустяками, из пальца высасываем. Мне жизнь по-крупному нужно менять, революцию совершать!”.

2. Поляризованная, “черно-белая” оценка результата собственной деятельности.

Наши клиенты с депрессивными и тревожными расстройствами часто придерживаются полярных, недифференцированных суждений о результатах собственной деятельности: “Если не справился блестяще, значит, не справился вообще”, “Если в ходе выполнения работы я испытывал трудности, значит, это был неуспех”. Сочетание завышенных притязаний и поляризованного мышления может быть причиной серьезных жизненных драм. Так, пациент А. признает для себя только два варианта жизненного устройства – “Либо я – пан, либо пропал”. В ходе психотерапии обнаруживается высокая “условная выгодность” заболевания. Пациент обратился за помощью, в глубине души надеясь, что его признают тяжелобольным и предложат инвалидность. Ведь “панами” не становятся сразу, промежуточные позиции исключаются, остается “записаться в дворники или инвалиды”. Тогда и отсутствие высоких достижений оправдано. Пациентка Т. (рекуррентная депрессия) очень любит рисовать. Рисование успокаивает ее, позволяет “выплеснуть свои переживания”. За карандаш она не бралась много лет – “Если уж рисовать, то как Серов, иначе не имеет смысла”.

3. Преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений.

Значение неудачи подчас сильно преувеличивается, успех – обесценивается или приписывается внешним, не зависящим от пациента обстоятельствам. Негативное селектирование такого рода может затрагивать как текущую деятельность, так и распространяться на всю жизнь. Ярким примером может служить пациентка Л. С первого сеанса индивидуальной терапии в ее переживаниях звучала тема “незаконченного высшего образования”. 40-летняя пациентка в течение многих лет мучительно переживала, что в 22 года была отчислена из одного из самых престижных московских вузов. К 8 сеансу терапевт по случайной обмолвке пациентки понял, что институт она все же закончила, другой, но не менее престижный. Видя явное недоумение доктора, она с досадой восклицает: “Ну, это же ПТУ, это не считается!”. Опыт единичного неуспеха трансформируется по механизму сверхобобщения в ощущение тотального жизненного краха.

4. *Перманентное сравнение себя с другими людьми* при ориентации на полюс “самых успешных и совершенных”.

А.Адлер писал: “В близких к неврозу случаях всегда будет обращать на себя внимание стремление сравнивать себя с окружающими и даже с умершими героями прошлого” (Адлер, 1995, с.29). Многие из наших пациентов проживают жизнь в “режиме сравнения” себя с другими людьми, испытывая при этом мучительное ощущение собственной “второсортности и несостоятельности” (по принципу “Чужие достижения – свидетельство моей несостоятельности”). Подчас эти постоянные сравнения не освещены сознанием, оставляя в нем лишь аффективный след в виде “беспричинно возникшей грусти”, “по непонятной причине испорченного настроения”. В некоторых случаях такие сравнения пронизывают всю психическую деятельность человека. Например, дневник регистрации автоматических мыслей пациента А., для которого каждый выход из дома сопряжен с “подрывом психики”, показывает, что практически каждый шаг сопровождается невыгодными для него сравнениями: “Эти смеются, а я – не могу”, “Эти явно чем-то озабочены, у них есть цель в жизни, а я не у дел”, “Этот молодой, а такой шикарный, а я одет как бомж” и т.д. Для сравнения, как правило, выбираются “наиболее достойные, многого достигшие, самые талантливые, а на других – зачем же смотреть?”. Последствия таких сравнений очевидны – перманентное чувство зависти, недовольства собой, ложные жизненные выборы, конкурентные установки в общении, обесценивающие других высказывания, избегание контактов в силу их мучительности, в итоге – одиночество.

5. Ощущение собственного *несоответствия положительным представлениям других людей о себе*, постоянное предвкушение публичного разоблачения.

Американский психотерапевт Паулина Клэнс дала меткое название этому параметру перфекционизма – “феномен обманщика” (*Impostor Phenomenon*) (Clance, 1989). Данная характеристика присуща многим талантливым и много работающим перфекционистам. Например, пациентку А. очень ценят на работе. Начальство поощряет ее материально, коллеги часто выражают уважение и признательность. В силу чрезмерных требований к себе и “слепоты” в том, что касается собственных достижений и удач, эта женщина считает себя “полной дурой”. Compliments и похвалы оборачиваются для нее мучением – “Я же их обманываю. Скоро все увидят, какая я на самом деле, и выведут “на чистую воду”. Опозорюсь”. Ситуации успеха могут парадоксально оборачиваться для таких людей переживаниями тревоги и отчаяния – “Опять обманула. Теперь придется постоянно подтверждать этот результат, иначе разочарую людей”.

6. *Оценка многих нейтральных ситуаций* с позиций уровня своих достижений.

Некоторые из наших пациентов испытывают муки недовольства собой подчас в совершенно неожиданных, казалось бы, нейтральных для их самооценки ситуациях. Так, для пациента Р. стали поистине непереносимыми просмотры хороших фильмов и посещения театров: “Всякий раз осознаю – какое я ничтожество, и как мало достигнуто мною!”. Книги, фильмы, другие творения людей наносят ему “нарцисстические травмы”, т.к. напоминают о собственном несовершенстве.

7. *Чрезмерные требования к другим* и завышенные от них ожидания.

Примером могут служить ожидания в межличностных контактах пациентки Ю. Она обратилась к психотерапевту по причине хронически сниженного настроения, что отчасти объясняется частыми разрывами в отношениях с людьми, переживаниями собственной ненужности и одиночества. Систематический анализ проблемных ситуаций в общении, эмоциональных реакций и автоматических мыслей Ю. выявил следующие межличностные установки: “Друг должен приходиться ко мне *всякий раз*, когда мне плохо, без моего зова”, “Настоящий друг должен проводить со мной *абсолютно все свободное время* дня и ночи”, “Если мой друг разговаривает с кем-либо, и вообще общается с каким-либо третьим лицом, значит, я ему не нужна” (плачет), “Мой друг *не должен болеть* или проявлять какие-либо еще слабости, т.к. он мне опора”. Выделены наиболее важные ожидания Ю. Осознав и сформулировав эти убеждения, пациентка испытывает смущение и восклицает: “Неудивительно, что я одна!”.

В соответствии со второй гипотезой, мы ожидали, что больные как депрессивными, так и тревожными расстройствами будут характеризоваться более высокими показателями перфекционизма сравнительно со здоровыми испытуемыми.

Метод

Для проверки данных предположений о структуре перфекционизма нами был сконструирован специальный опросник. Его основу составили высказывания пациентов, зарегистрированные в ходе психотерапевтической работы. Мы заимствовали также некоторые пункты опросника “Обманщик” (*P. Clance*). Заимствованные формулировки касались переживаний субъекта по поводу собственного несоответствия положительным представлениям о нем других людей. Первоначальный вариант опросника включал 31 пункт, тестирующий – 7 выделенных нами параметров перфекционизма. Примеры пунктов опросника:

– “Когда меня хвалят, мне кажется, что я произвожу лучшее впечатление, чем я есть на самом деле” (тестирует страх несоответствия положительным представлениям о его/ее личности других людей).

– “Я чаще вспоминаю случаи, в которых я проявил себя не лучшим образом, чем эпизоды, в которых я был на высоте” (тестирует негативное селектирование).

– “Я стараюсь быть выше любого недружелюбия в свой адрес и ругаю себя, если оно все же меня задевает” (тестирует чрезмерные требования к себе в плане контроля за чувствами”).

– “Творения других людей (книги, фильмы, другие полученные ими результаты) часто служат мне напоминанием о том, как я мало достиг” (тестирует восприятие нейтральных жизненных ситуаций с точки зрения собственных достижений).

– “Я часто сравниваю мои способности со способностями окружающих и думаю, что они умнее и удачливее меня” (тестирует склонность к сравнению с другими людьми).

– “Я недоволен собой, если я не достиг максимально хорошего результата, возможного в данном виде деятельности” (тестирует высокие притязания и стандарты деятельности).

Испытуемые

С целью изучения взаимосвязи между разными параметрами перфекционизма, с одной стороны, и депрессией и тревогой – с другой, обследовались 3 группы испытуемых. Клиническую диагностику больных в соответствии с критериями МКБ-Х осуществляла кандидат медицинских наук Т.В.Довженко. Первую группу составили 62 больных депрессиями (48 женщин, 14 мужчин). Больные распределялись по диагнозам МКБ-Х следующим образом: депрессивный эпизод (25 человек), рекуррентное депрессивное расстройство (25 человек), хронические расстройства настроения (циклотимия, дистимия – 12 человек). Во вторую группу вошел 61 пациент (42 женщины, 19 мужчин) с тревожными расстройствами: агора-

фобия с паническим расстройством (22 человека), социальная фобия (14 человек), генерализованное тревожное расстройство (4 человека), обсессивно-компульсивные расстройства (2 человека), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (19 человек). Большинство пациентов были в возрасте 20-35 лет. Контрольную группу составили здоровые испытуемые, соответствующие по демографическим характеристикам основным исследуемым группам. Группы больных значительно отличались от здоровых по показателям “депрессии” и “тревоги” симптоматической шкалы *SCL-90 Derogatis*.

Результаты

По результатам заполнения опросника больными и здоровыми испытуемыми был проведен факторный анализ методом главных компонент^{*}. Он выделил семь факторов, вполне соответствующих теоретическим ожиданиям.

Фактор 1, объясняющий 26% общей дисперсии, включает семь вопросов с факторными нагрузками от 0.575 до 0.793. Вопросы данного фактора отражают интерперсональный аспект перфекционизма – *“страх несоответствия положительным представлениям других при постоянном сравнении себя с другими”*.

Фактор 2 объясняет 11% общей дисперсии, образован четырьмя вопросами с факторными нагрузками от 0.750 до 0.457. Вопросы этого фактора тестируют *завышенные притязания и требования к себе*.

Фактор 3 (5,1% общей дисперсии) включает также четыре вопроса с нагрузками от 0.766 до 0.419. Тестирует *высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных людей*.

Фактор 4 (5% общей дисперсии) содержит два вопроса с нагрузками 0.748 и 0.617. Этот фактор отражает негативный паттерн мышления – *селектирование информации с негативным смыслом* (о собственных неудачах, промахах и ошибках).

В фактор 5 (5% общей дисперсии) вошли четыре вопроса (нагрузки от 0.771 до 0.425), также тестирующих поляризованное мышление – *“Все или ничего”* (в оценках результатов собственной деятельности и поведения друзей). В этот фактор вошли два вопроса, изначально предназначенных для оценки требований к другим людям.

Фактор 6 образован тремя вопросами с нагрузками от 0.754 до 0.560, тестирующими *зависимость от внешней оценки*.

^{*} Статистическая обработка результатов опросника осуществлялась с помощью кандидата математических наук М.Г.Сороковой.

Наконец, фактор 7, куда вошли два вопроса с нагрузками 0.826 и 0.514, тестирует “контроль над чувствами” – *установку на “совершенное владение собой”*.

Результаты последующего кластерного анализа подтвердили результаты факторного анализа.

Таким образом, сконструированный опросник включает два фактора, тестирующих *интерперсональный перфекционизм* (страх несоответствия положительным представлениям людей при постоянном сравнении себя с окружающими и зависимость от внешней оценки), два фактора, тестирующих *паттерны негативного мышления* (негативное селективное и поляризованное мышление в сфере достижений и отношений), два фактора, тестирующих наличие *трудных целей и высоких стандартов деятельности* и один фактор, тестирующий потребность в *“совершенном владении своими чувствами”*.

По выделенным факторам сопоставлялись результаты больных депрессиями, больных тревожными расстройствами и здоровых испытуемых. Подсчитывался также общий показатель перфекционизма (таблицы 3 и 4).

Таблицы 3-4

Структура перфекционизма в группах больных депрессивными и тревожными расстройствами и здоровых испытуемых

Параметры Группы	1 фактор		2 фактор		3 фактор		4 фактор	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Депрессивные	16.7 **	5.9	9.5	3.7	9.3**	3.7	7.5**	2.4
Тревожные	16.7**	6.1	10.0	3.0	9.8**	3.2	5.3**	2.1
Здоровые	9.1	5.1	9.7	3.6	6.3	3.6	5.4	2.5

Параметры Группы	5 фактор		6 фактор		7 фактор		Общий показатель	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Депрессивн.	10.4**	3.4	7.1**	2.7	5.0	2.2	71.2**	16.6
Тревожные	10.3**	3.0	7.4	2.5	5.3*	1.9	72.3**	15.9
Здоровые	7.2	3.0	6.4	2.7	3.8	1.9	52.2	15.0

М (mean) – среднее значение в баллах опросника

SD – стандартное отклонение

** – $p < 0.01$

* – $p < 0.05$ (критерий Манна-Уитни)

Как свидетельствуют данные таблиц, больные депрессией и здоровые испытуемые существенно различаются, как по отдельным параметрам перфекционизма, так и по общему показателю:

– Больные депрессией характеризуются более выраженным интерперсональным перфекционизмом: страхом не соответствовать тем положительным представлениям, которые создались о них у других людей, частыми сравнениями себя с другими (фактор 1), зависимостью от внешней оценки (фактор 6).

– Депрессивные пациенты отличаются от здоровых более высокими стандартами деятельности и ориентацией на полюс самых успешных людей (фактор 3).

– Депрессивные пациенты существенно опережают здоровых по показателям “негативных паттернов мышления” – склонности к селектированию информации о неудачах и поляризованным суждениям о результатах собственной деятельности и поведении других людей (факторы 4 и 5).

Больные тревожными расстройствами также существенно отличались от здоровых испытуемых и характеризовались высокими показателями перфекционизма:

– Тревожные пациенты, как и депрессивные, характеризовались высокими значениями интерперсонального перфекционизма (факторы 1 и 6).

– Они опережали здоровых по параметрам “селектирование информации с негативным смыслом” и “поляризованное мышление”.

– Пациенты с тревожными расстройствами, в сравнении со здоровыми испытуемыми, демонстрировали более высокие показатели по фактору 7 – “контроль за чувствами”.

Статистически достоверных различий между показателями депрессивных и тревожных пациентов не выявлено.

Обсуждение результатов

В целом, результаты нашего исследования подтверждают исходные гипотезы исследования о многомерности феномена перфекционизма и связи ряда его параметров с депрессией и тревогой. Такими параметрами оказались “страх несоответствия положительным представлениям о них со стороны других при постоянном сравнении себя с другими”, “высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных людей”, “зависимость от внешней оценки”, “селектирование информации с негативным смыслом”, “поляризованное мышление – “все или ничего”. Больные тревожными расстройствами отличались от здоровых испытуемых еще и по параметру “контроль над чувствами”.

Некоторые из результатов нуждаются в дополнительном комментарии. Так, в нашей работе не выявлено различий между здоровыми и больными эмоциональными расстройствами по такому параметру перфекционизма, как “высокие притязания” (фактор 2 нашего опросника). Возникает вопрос: что отражает этот результат – свойства изучаемых контингентов или погрешности инструмента? Возможно, тестирование притязаний с помощью методов самоотчета сталкивается с достаточно характерным для нашей культуры фактором социальной желательности таких черт, как “скромность”, “непритязательность”, что существенно искажает ответы испытуемых. Исследование уровня притязаний депрессивных и тревожных пациентов в экспериментальных условиях, возможно, внесет в этот вопрос большую ясность. Мы также отметили, что вопросы, вошедшие во второй фактор, имеют достаточно высокие нагрузки и по третьему фактору (“вы-

сокие стандарты деятельности”). Возможно, при объединении данных факторов различия между сравниваемыми группами испытуемых станут более отчетливыми.

Далее, в нашем исследовании перфекционизма практически не установлено различий между больными депрессивными и тревожными расстройствами. Подобные результаты могут свидетельствовать о том, что личностные факторы этих расстройств универсальны. В таком случае наши данные, скорее, подтверждают так называемую “унитаристскую модель” соотношения депрессии и тревоги (*Stavrakaki, Vargo, 1986*).

Вопреки нашим ожиданиям, пункты опросника, тестирующие требования испытуемых в адрес других людей, не выделились в отдельный фактор, образовав вместе с другими пунктами фактор “поляризованное мышление”. Возможно, эта потенциальная шкала опросника нуждается в дополнении.

В заключение отметим основные направления наших дальнейших исследований. В теоретическом плане нам представляется необходимым провести сравнительный анализ ряда понятий – “перфекционизм” и “нарциссизм”, “перфекционизм” и “мотив стремления к успеху”. В эмпирическом плане мы продолжаем работать над проверкой психометрических свойств нашего опросника. Ведется работа по оценке внутренней согласованности его пунктов, тест-ретест надежности, конвергентной валидности. В настоящее время мы также ведем сбор данных, которые позволят соотнести уровень перфекционизма и “комплаенс” в разных формах лечения депрессий (психофармакотерапии и краткосрочной когнитивно-бихевиоральной терапии).

В заключение статьи приведем некоторые приемы, используемые нами в психотерапевтической работе с перфекционизмом.

Основные этапы и приемы в работе с перфекционизмом в когнитивной психотерапии

Когнитивная психотерапия располагает громадным арсеналом средств, позволяющих осознать собственный перфекционизм и существенно модифицировать обусловленное им поведение. В ряде случаев данные задачи возникают уже на первых сеансах, ибо перфекционистские установки буквально парализуют речь пациента на сеансе (“Могу сказать неверно, ошибусь, произведу глупое впечатление”) или тормозят самостоятельную работу над дневником (“Не так сформулирую, получится коряво”). При этом могут быть использованы следующие основные приемы:

1. Выявление и формулировка перфекционистских убеждений.

Наши клиенты обращаются за помощью, как правило, в связи с разного рода эмоциональными нарушениями, трудностями межличностных контактов, снижением продуктивности в деятельности. Выше уже упомина-

лось, что перфекционизм, обуславливающий многие из этих затруднений, как правило, не осознается. Задача психотерапевта – помочь клиенту увидеть за разными проблемными ситуациями, негативными эмоциональными реакциями и автоматическими мыслями дисфункциональные перфекционистские правила и установки. Например, невозможность приступить к какому-либо делу и сопутствующее этому непреодолимому затруднению состояние тревоги может объясняться убеждениями “Я должен все делать хорошо сразу”, “Если я не сделаю блестяще, значит, я несостоятелен”, “Ошибки и промахи – признак некомпетентности”. Состояния “скованности и напряжения” в контактах могут обнаруживать установки типа: “Я должен всегда производить прекрасное впечатление”, “Моя речь всегда должна быть правильной и интересной”. С целью выявления и маркировки этих убеждений используются ключевые процедуры когнитивной терапии: систематический анализ проблемных ситуаций и возникающих в них эмоциональных реакций, автоматических мыслей и паттернов поведения; техники выявления убеждений (например, “пущенная вниз стрела”), составление “диаграммы когнитивной концептуализации”, маркировка содержащихся в убеждениях алогизмов (поляризованного мышления, негативного селектирования и т.д.). Материалом для такого рода работы служат как дневниковые хроники клиента, так и “горячие” события терапевтических сеансов.

2. Обсуждение негативных последствий перфекционизма.

Во многих случаях перфекционизм является Эго-синтонной чертой. В обыденном сознании повышенная требовательность к себе и другим зачастую определяется положительно и приравнивается к таким житейским добродетелям, как совесть, старательность, честность, принципиальность, высокая нравственность. Некоторые просвещенные пациенты так и говорят о себе с гордостью: “Я-перфекционист!”. Важное терапевтическое умение в таких случаях – уважая ценности и взгляды пациента, помочь ему увидеть на собственном жизненном материале разрушительные последствия перфекционизма.

Последствия перфекционизма для эмоционального состояния, как правило, сводятся к частым (подчас хроническим) переживаниям недовольства собой, тоски (из-за невозможности воплотить в жизнь несбыточно трудные цели), тревоги (связанной с ожиданием ошибки, неудачи, “публичного разоблачения” и т.д.), стыда и вины.

Последствия перфекционизма для продуктивности деятельности также могут быть разнообразными: а) поведение избегания; б) состояния “паралича” – блокада активности вследствие запрета на любой результат, отличный от превосходного; в) снижение продуктивности и хроническое переутомление в силу генерализации высоких стандартов во всех сферах

деятельности (например, в хозяйственных делах, в родительских обязанностях, на работе, в учебе и т.д.) и невозможности выделить приоритетные задачи.

Последствия перфекционизма для межличностных контактов:

а) конфликты и разрывы из-за чрезмерных требований и ожиданий от других людей; б) конкурентные отношения с людьми ввиду частых сравнений с ними и зависти; в) дефицит близких и доверительных отношений.

Последствия перфекционизма для процесса лечения: а) “слепота”, распространяющаяся на маленькие сдвиги и улучшения, обесценивание их ввиду мало реального ожидания “быстрого и чудесного” исцеления; б) недоверие к специалистам и, нередко, разочарование в них из-за чрезмерно высоких требований к профессионализму, личностным качествам терапевта, его отзывчивости и пр.; в) преждевременные отказы от лечения (как медикаментозного, так и психотерапевтического).

Для обсуждения последствий перфекционизма используются основные процедуры когнитивной терапии – сократический диалог и “направленное открытие” (*guided discovery*).

3. Обсуждение источников перфекционизма.

Перфекционизм – это не индивидуальная абсурдная склонность, а болезнь культуры нашего времени. Культ успеха, процветания, высоких достижений традиционно рассматривается как особенность, присущая западному мировоззрению. Однако, как нам кажется, многие российские институты вполне могли бы быть названы “современной школой нарциссизма”. Так, московские школы с их усложненными программами и атмосферой конкуренции среди детей успешно помогают огромному числу учащихся приобрести “комплекс неполноценности” и усвоить “фиктивную цель личного превосходства”. Российские средства массовой информации также упорно призывают трудящихся к “идеалу и совершенству” – в карьере, внешнем облике и социотехнических навыках. Популярны журналы пестрят заголовками типа “Идеальная грудь”, “Идеальный живот”, “Как стать идеальной партнершей”, “Грудь и ягодицы доводим до кондиции!”, “12 шагов к успеху” и т.д. Наконец, многие семьи, изнемогая от вполне понятной тревоги за будущее детей в жестоком и конкурентном мире и не желая проигрывать в “общем забеге”, предъявляют к ним чрезмерные требования. Воспитание детей в таких семьях напоминает выращивание “выставочных экземпляров”, назначение которых – производить фурор своими успехами, отметками, достижениями, гарантируя родителям спокойствие и удовлетворение.

В работе с перфекционистскими установками клиента важно помочь осмыслить дисфункциональные культуральные и семейные нормы, сделать

свой индивидуальный выбор и утверждать в своей жизни другие ценности. Важные средства в этой работе:

а) “психообразование” (*psychoeducation*) – информирование пациента о высокой распространенности депрессий и важных культуральных факторах этих заболеваний – чрезмерной ценности успеха и достижений;

б) анализ индивидуальной истории жизни и родительских ожиданий, выявление семейных источников перфекционизма (о типичном семейном контексте, способствующем зарождению индивидуального перфекционизма, см. статью Холмогоровой и Воликовой в этом номере);

г) произведения художественной литературы, иллюстрирующие разрушительность стремления “всегда быть первым” (например, Л.Толстого, Дж.Голсуорси, А.Кронина, М.Фриша).

4. “Нормализация” несовершенства.

Многие люди, обладая высоким интеллектом, чувством юмора и изрядным жизненным опытом на рациональном уровне признают расхожие истины о том, что “жизнь невозможно прожить без ошибок и неудач”, что “к другим людям нужно быть терпимым и снисходительным” и т.д. Однако интенсивность их эмоциональных реакций (недовольство собой и проклятия в собственный адрес в случае промаха, ярость при ошибках близких) обнаруживают, что бессознательные установки у них едва ли не полярного свойства. Задача психотерапевта в таких случаях – “нормализовать” ошибки, промахи и прочие проявления “несовершенства” как общечеловеческий удел. Важное в этом ключе высказывание находим у К.Юнга: “Темное, несовершенное, глупое, виновное в человеке утаиваются для самозащиты. Утаивание своей неполноценности является таким же первоначальным грехом, что и жизнь, реализующаяся исключительно через эту неполноценность. То, что каждый, кто никогда и нигде не перестает гордиться своим самообладанием и не признает свою богатую на ошибки человеческую сущность, ощутимо наказывается, – это похоже на своего рода проявление человеческой совести. Без этого живительного чувства быть человеком среди других людей его отделяет непреодолимая стена” (Юнг, 1996, с.17).

Таким образом, пациент конфронтируется с новой задачей – принять идею человеческой неполноценности (т.е. собственного несовершенства и несовершенства других людей) без интенсивного страдания и ярости. Отметим, что одни пациенты достаточно легко отказываются от высоких стандартов, испытывая значительное эмоциональное и физическое облегчение. Для других, с выраженными нарцисстическими чертами и очень большой ценностью социального успеха, данная задача крайне тяжела и вызывает значительное сопротивление.

5. Формулировка новых, альтернативных убеждений вместе с клиентом.

Работа по осознанию перфекционистских убеждений, осмыслению их последствий и поиску источников завершается формулировкой новых, альтернативных убеждений: “Я имею право на ошибку”, “Ошибки и трудности – спутники нормальной жизни”, “Я имею право на неудачу” и пр.

б. Систематические действия в соответствии с новыми убеждениями.

Дальнейшая работа требует значительных усилий пациента – конкретных шагов в реальной жизни, направленных на изживание перфекционизма. Реализоваться этим усилиям помогают следующие приемы:

а) *парадоксальное предписание “делай плохо”* – хорошо помогает в случае “паралича” активности. Сознательное разрешение сделать какое-либо дело (например, написать текст) не на “высоком уровне”, как правило, оказывает растормаживающий эффект. В результате человеку удастся получить некий “промежуточный продукт”, который затем можно улучшать и совершенствовать;

б) *переключение “с результата на процесс”* – также важный прием при блокаде активности у депрессивных больных. Полностью соответствует закону “Оптима мотивации” Йеркса-Додсона, согласно которому чрезмерная озабоченность результатом снижает продуктивность деятельности. Пациенту предлагается эксперимент: временно сменить ориентацию – поставить своей задачей не получение “совершенного продукта”, а повышение активности, при этом хвалить себя не за качество работы, а за сами проявленные усилия и количество деятельно проведенного времени. Результатом такого эксперимента, как правило, бывает повышение активности и продуктивности, что, в свою очередь, в дальнейшем позволяет улучшать конечный результат;

в) *культивирование удовольствия от деятельности* – как противоядие ангедонии и тревоге, которые связаны с запретом на ошибки, а также со сверхценной озабоченностью результатом;

г) *принцип “малых шагов”* – развивает умение разводить конечную цель и конкретные шаги по ее реализации. Общеизвестно, что грандиозность планов снижает активность и порождает поведение избегания. Бихевиоральные приемы “ранжированных по сложности заданий”, составления планов, расписаний и т.д. позволяют выделить в “громаде дел” малые шаги и, таким образом, продвигаться к поставленной цели по принципу “Сегодня я буду думать о том, что я буду делать сегодня”;

д) *реатрибуция неуспеха временным и локальным факторам* – позволяет противостоять депрессивным сверхобобщениям на тему “тотального краха”, “полной несостоятельности”, “совершенной никчемности” и прочим “лестным” глобальным суждениям в адрес “Я”;

е) осмысление жизненных приоритетов и установление иерархии задач – противостоит склонности к генерализации перфекционистских установок во всех жизненных областях. Позволяет определить одну или две области, где важно сохранить высокий уровень выполнения, и снизить требования к себе в других областях.

ЛИТЕРАТУРА

- Адлер А. *Практика и теория индивидуальной психологии*. М., “Прогресс”, 1995.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. *Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств*. *Московский психотерапевтический журнал*, 1996, N 4, с.112-141.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. *Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии*. *Социальная и клиническая психиатрия*, 1988, N 1, с.94-102.
- Хорни К. *Неврозы и личностный рост*. М., “Прогресс”, 1997.
- Юнг К. *Проблемы души нашего времени*. М., “Универс”, 1996.
- Barrow J. (1983). Moore C. *Group interventions with perfectionistic thinking*. *Personell and Guidance Journal*, vol. 61, p.612-615.
- Baumeister R. (1990). *Suicide as escape from self*. *Psychological Review*, vol. 97, p.90-113.
- Beck A. (1987). *Cognitive models of depression*. *J. Cognit Psychotherapy*, vol. 1, p.1-37.
- Beck A., Rush A. (1979). Shaw B., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York, Wiley.
- Beck J., Butler A. (1997). *Cognitive vulnerability to depression*. *WPA bulletin on Depression*, vol. 4, N 14, p.3-5.
- Bibring E. (1977). *The Mechanism of depression*. In: *Affective disorders (psychoanalytic contribution to their study)* (Greenacre Ph., ed.). New York, International University Press.
- Blatt S. (1992). *The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menniger Psychotherapy Research Project Revisited*. *J Am Psychoanalytic Assoc.*, vol. 40, p.691-724.
- Blatt S., Quinlan D., Chevron E. (1982). *Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression*. *J Consult Clin Psychology*, vol. 50, p.113-124.

- Blatt S., Quinlan D. (1995). Pilkonis P. *Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited*. *J. Consult and Clin Psychol.*, vol. 63, N 1, p.125-132.
- Burns D. (1983). *The spouse who is a perfectionist*. *Medical aspects of human sexuality*, vol. 17, p.219-230.
- Butler A., Hokanson J., Flynn H. (1994). *A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression*. *J Pers Soc Psychology*, vol. 66, p.166-177.
- Clance P. (1986). *When success makes you feel like a fake*. New York, Bantam Book.
- Delisle J.R. (1990). *The gifted adolescent at risk: strategies and resources for suicide prevention in gifted youth*. *Journal of Education and the Gifted*, vol. 13, p.212-228.
- Elkin I., Shea M., Watkins J., Imber S., Sotsky S., Collins J., Glass G., Pilkonis P., Leber W. (1989). *NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments*. *Archives of General Psychiatry*, vol. 46, p.971-983.
- Ellis T., Ratliff K. (1986). *Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients / Cognitive therapy and research*, vol. 10, p.625-634.
- Enns M., Cox B. (1999). *Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder*. *Behav Res Therapy*, vol. 37, p.783-794.
- Enns M., Cox B. (1997). *Personality dimensions and depression: Review and Commentary*. *Canadian J Psychiatry*, vol. 42, N 3, p.1-15.
- Frances A. (1982). *Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: a comparison*. *Compr Psychiatry*, vol. 23, p.516-527.
- Frost R., Heinberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A. (1993). *A comparison of two measures of perfectionism*. *Pers Individ Differences*, vol. 14, p.119-126.
- Garanian N., Kholmogorova A., Judeeva T. *The structure on perfectionism*.
- Hamachek D. (1978). *Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism*. *Psychology*, vol. 15, p.27-33.
- Hewitt P., Flett G. (1990). *Perfectionism and depression: a multidimensional study*. *J Soc Behavior Pers*, vol. 5, N 5, p.423-438.
- Hewitt P., Flett G. (1991). *Perfectionism in the Self and Social context: conceptualization, assesment and association with psychopathology*. *J Pers Soc Psychology*, vol. 60, N 3., p.456-470.
- Hewitt P., Flett G. (1992). *Perfectionism and suicide potential*. *Br J Clin Psychology*, vol. 31, p.181-190.
- Hierschfeld M. (1998). *Does personality influence the course of depression?* *WPA bulletin on Depression*, vol. 4, N 15, p.6-9.
- Hollender M. (1965). *Perfectionism*. *Compr Psychiatry*, vol. 6, p. 94-103.

- Jacobson J. *Depression*. 1971, New York, International University Press.
- Kovacs M., Beck A. (1978). *Maladaptive cognitive structures in depression*. *Am J Psychiatry*, vol. 135, p.525-535.
- Minarik M., Ahrens A. (1996). *Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women*. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 20, p.155-169.
- Miranda J., Person J. (1988). *Dysfunctional attitudes are state-dependent*. *J Abnorm Psychol.*, vol. 97, p.76-79.
- Missildine W. (1963). *Perfectionism – If you must strive to “do better”*. In: *Your inner child of the past* (Missildine W., ed.). New York, Pocket Books, p.75-90.
- Pacht R. (1984). *Reflections on perfection*. *American Psychologist*, vol. 39, p.386-390.
- Phillips K., Gunderson J. (1990). *Review of depressive personality*. *Am J Psychiatry*, vol. 147, N 7, p.830-837.
- Ranieri K., Chambelain K., Clarke D. (1988). *Psychological predictors of suicidal behaviour in hospitalized suicide attempters*. *British J of Clinical Psychology*, vol. 27, p.247-257.
- San derson W., Beck A., Keswani L. (1992). *Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia*. *Psychiatry Research*, vol. 42, p.92-99.
- Shimoda M. (1950). *Uber das manisch-depressive Irresein*. *Med. Ztschr., Yonago*, Bd. 2, s.1-2.
- Stavrakaki S., Vargo B. (1986). *The relationship of anxiety and depression: A Review of literature*. *Br J Psychiatry*, vol. 149, p.7-16.
- Stephens B. (1985). *Suicidal women and their relationships with husbands, boyfriends, and lovers*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 15, p.77-90.
- Tellenbach R. *Malenholie. Problem geschichte Endogenitat typologie, pathogenese, klinic vierte, er wierterte auflage*. Berlin.
- Woods P., Muller G. (1988). *The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implication for long range suicide prevention*. *Journal of Retional-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 6, p.236-258.