

Дипломная работа

***Когнитивно-поведенческая терапия
клинического (дезадаптивного) перфекционизма.***

Владимир Караваев

Донецк - 2013

Содержание

Введение

Определение и диагностика перфекционизма

Перфекционизм и психические расстройства

Когнитивно-поведенческая модель и терапия перфекционизма

Исследование эффективности когнитивно-поведенческой терапии перфекционизма

Заключительные комментарии

Библиография

Введение

В последнее десятилетие феномен «перфекционизма» (от латинского perfectio – совершенство) стал предметом интенсивных эмпирических исследований в мировой клинической психологии. Первые теоретические разработки в этой области были сделаны в середине прошлого столетия американским социальным психоаналитиком Карен Хорни (1998). В настоящее время многие ученые убеждены в том, что компульсивное стремление к совершенству сопряжено с высоким риском развития или поддержания психических расстройств и снижает продуктивность деятельности. Популяционные исследования и быстро увеличивающейся в своем количестве исследования перфекционизма в клинических выборках показывают его тесную связь с расстройствами аффективного спектра (депрессивными, тревожными расстройствами, нарушениями пищевого поведения), наиболее значимыми в эпидемиологическом отношении. Высокая распространённость тревожных и депрессивных расстройств сопряжена с огромным бременем для общества: утрата трудоспособности, значительные прямые и косвенные расходы на лечение, увеличение риска развития химических и нехимических зависимостей, осложненное течение сопутствующих соматических заболеваний и повышение смертности от них, увеличение риска суицидов и др. Всё это определяет значимость исследования проблемы перфекционизма, разработку и внедрение в практику эффективных терапевтических вмешательств.

Определения и диагностика перфекционизма

В 60-80-е гг. в клинической психологии и психотерапии интенсивно разрабатывалась теория представлений о перфекционизме. В классических определениях данный конструкт включал один параметр – тенденцию личности устанавливать чрезмерно высокие стандарты и, как следствие, невозможность испытывать удовлетворение результатами. Американский клинический психолог Холендер одним из первых дал определение перфекционизма как «повседневной практики предъявления к себе требований более высокого качества выполнения деятельности, чем того требуют обстоятельства» (Hollender M., 1965). Холендер отводил этой черте характера ведущую роль в происхождении депрессии и сетовал на то, что современные ему авторы ею незаслуженно пренебрегают. Вскоре за ним выдающийся психотерапевт когнитивного направления Бернс проделал глубокий анализ понятия и определил перфекционизм как особую

«сеть когниций», которая включает ожидания, интерпретации событий, оценки себя и других. Согласно его описаниям, лица, страдающие перфекционизмом, «склонны устанавливать нереалистично высокие стандарты, компульсивно стремиться к невозможным целям и определять собственную ценность исключительно в терминах достижений и продуктивности» (Burns D., 1980). Определение перфекционизма, данное Burns, также сфокусировано на чрезмерно высоких личностных стандартах, однако автор вносит важное феноменологическое уточнение, добавив к этому параметру дополнительный когнитивный параметр – мышление в терминах «все или ничего», которое допускает только два варианта выполнения деятельности – полное соответствие высоким стандартам или полный крах. В последующих разработках к этим аспектам перфекционизма был добавлен параметр «избирательной концентрации на настоящих и прошлых ошибках» (Barrow J., Moore C., 1983). Отмечалась также склонность перфекционистов к генерализации стандартов во всех областях жизнедеятельности (Pacht R., 1984).

В 1990-е гг. представления о структуре перфекционизма были значительно расширены. Лидерами в этих разработках стали две группы исследователей: группа британских клинических психологов под руководством Фроста и группа канадских ученых, возглавляемая Хьюиттом. Обе группы развивают представление о перфекционизме как о многомерном конструкте, имеющем сложную структуру и включающем, наряду с высокими личными стандартами, ряд когнитивных и интерперсональных параметров. В фундаментальной статье, посвященной доказательству сложной структуры этой личностной черты, Хьюитт и Флитт прямо указывают: «Перфекционизм мало изучался с точки зрения социальной. Мы полагаем, что перфекционизм имеет также интерперсональные аспекты, которые порождают существенные трудности адаптации» (Hewitt P., Flett G., 1991).

Фрост и его коллеги разработали инструмент для тестирования различных параметров перфекционизма – Многомерную шкалу перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS-F), характеризующуюся высокими показателями надежности и валидности (Enns M., Cox B., 2000, Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R., 1990). В основу теста легло определение перфекционизма, включающее следующие параметры (соответственно, подшкалы инструмента):

1. «Личные стандарты» – склонность выдвигать чрезмерно высокие стандарты в сочетании с чрезмерной важностью соответствия этим стандартам, что порождает колебания самооценки и хроническую неудовлетворенность деятельностью.

2. «Озабоченность ошибками» – негативная реакция на ошибки, склонность приравнять ошибку к неудаче.

3. «Сомнения в собственных действиях» – перманентные сомнения относительно качества выполнения деятельности.

4. «Родительские ожидания» – восприятие родителей как делегирующих очень высокие ожидания.

5. «Родительская критика» – восприятие родителей как чрезмерно критикующих.

6. «Организованность» – отражает важность порядка и организованности.

Канадские исследователи выдвинули альтернативное представление о структуре перфекционизма, включающее 4 параметра:

1. Я-адресованный перфекционизм – «широкий личностный стиль, в котором сосуществуют аффективные, поведенческие и мотивационные компоненты» (1990, с. 423). Включает изнурительно 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» (1990). 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» (1990). Подшкала, тестирующая этот параметр, оказалась недостаточно надежной. В эмпирических исследованиях не удалось подтвердить ожидавшуюся взаимосвязь этого теоретически выделенного аспекта перфекционизма с симптомами депрессии и тревоги. В результате окончательный вариант инструмента не включает данный аспект перфекционизма.

4. Социально предписываемый перфекционизм «отражает потребность соответствовать стандартам и ожиданиям значимых других» (Hewitt P., Flett G., 1991). Этот параметр перфекционизма отражает субъективное убеждение в том, что другие люди нереалистичны в своих ожиданиях, склонны очень строго оценивать и оказывать давление на индивида с целью заставить быть совершенным. Наряду с этим индивид убежден в собственной неспособности угодить другим. 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. Предполагалось, что социально предписываемый перфекционизм может иметь множество неблагоприятных последствий в виде гнева, страха негативной оценки, повышенной значимости чужого внимания и одобрения.

Задавшись целью доказать, что перфекционизм – многомерное понятие, которое может быть измерено с высокой степенью надежности и валидности, Хьюитт и Флитт осуществили несколько исследований. Ими была создана Многомерная шкала перфекционизма (название инструмента совпало с названием уже созданного британскими авторами опросника – Multidimensional Perfectionism Scale, MPS-H), содержащая 45 пунктов. В ходе стандартизации инструмента были обследованы 1106 студентов и 263 пациента психиатрической клиники с диагнозом аффективного расстройства. Отдельные подшкалы инструмента имели высокую внутреннюю консистентность, при этом корреляции подшкал имели относительно невысокие значения в сравнении со значениями альфа коэффициентов внутри подшкал. Этот результат означал, что подшкалы тестируют относительно различные психологические характеристики и различаются между собой, а не служат альтернативными формами одних и тех же вопросов.

Другим способом доказательства гипотезы о структуре перфекционизма стал факторный анализ. В ходе анализа выделилось три фактора, объясняющих 36 % общей дисперсии и соответствующих теоретически описанным параметрам. Важно, что в двух изучаемых выборках факторная структура опросника оказалась сходной.

Следующим важным шагом в оценке валидности инструмента стало установление взаимосвязи между самооценкой испытуемых и экспертными оценками. Для группы из 25 студентов в качестве экспертов были привлечены супруги, которые заполнили опросник исходя из собственных представлений о возможных ответах партнера. Для пациентов экспертами стали три клинических психолога и один психометрист. Они оценивали по шкале из 11 пунктов перфекционизм пациентов, которых хорошо знали. Корреляции между самооценками перфекционизма и оценками экспертов оказались высоко значимыми. Таким образом, гипотеза о многомерности перфекционизма была подтверждена. Канадские ученые показали, что их инструмент имеет трехфакторную структуру, соответствующую предполагаемым параметрам перфекционистского поведения, как в клинической, так и в неклинической выборках. Оценки экспертов подтвердили идею о том, что индивидуальный перфекционизм доступен для наблюдения со стороны, что еще раз говорит о коммуникативном значении этой личностной черты.

Критика диагностических инструментов

Представления британских и канадских исследователей о структуре перфекционизма, а также их диагностические инструменты были подвергнуты острой критике. Авторы аналитического обзора по проблеме перфекционизма Шафран и Мансел выдвинули следующие контраргументы:

1. Оба инструмента основаны на самоотчете, и как следствие этого исследования перфекционизма ограничены ими и не включают методов, основанных на интервьюировании и эксперименте.

2. Некоторые подшкалы (например, «родительские ожидания» и «родительский критицизм») не измеряют актуальное состояние индивида. Это ретроспективные самоотчеты, не показывающие – является ли индивид перфекционистом в настоящее время: «Тот факт, что некоторые подшкалы отражают онтогенетический аспект перфекционизма, затрудняет интерпретацию результатов и понимание перфекционизма самого по себе» (Shafran R. Mansell W., 2001).

3. Спорным, по мнению Шафран и Мансел, является также вопрос о том, насколько многомерные модели соответствуют классическому пониманию феномена. Эти ученые полагают, что параметры «Я-адресованного перфекционизма», «личные стандарты» и «озабоченность ошибками» ближе всего к классической концепции перфекционизма, в то время как другие параметры не должны входить в данный конструкт. Соответственно интерперсональные подшкалы инструментов не измеряют перфекционизм. Так, параметр «социально предписываемый перфекционизм» характеризует убеждения индивида относительно ожиданий других людей, близкие понятию «перфекционизм», но не идентичные с ним. Люди, набирающие высокие баллы по данному параметру, могут не выдвигать завышенных целей и не считать себя перфекционистами до тех пор, пока их собственное восприятие и зависимость не заставит их существовать в соответствии с негибкими стандартами близких людей.

Перечень критических аргументов Шафран и Мансел завершают категоричным заявлением: «Очень нежелательно, чтобы конструкт перфекционизма определялся инструментами, его измеряющими. Следует четко определить понятие перфекционизма и на этой основе разработать измеряющие инструменты» (Shafran R. Mansell W., 2001).

В эмпирических исследованиях перфекционизма часто используется еще один инструмент – Шкала дисфункциональных установок (Dysfunctional Attitude Scale, DAS; Bluckburn, 1989), включающая подшкалу «установки по отношению к успеху» и подшкалу «императивов». Показатели DAS тесно связаны с уязвимостью для эпизодов депрессии (Miranda J., Person J., 1988). Однако, по мнению экспертов, надежность DAS в тестировании перфекционизма остается спорной (Shafran R. Mansell W., 2001).

Несмотря на приведенные критические соображения, большинство исследователей основывают свои работы на моделях Фроста и Хьюитта/Флитта и используют их инструменты. Закономерно встает вопрос о том, как соотносятся между собой подходы британских и канадских специалистов? Для ответа на данный вопрос Фрост и его коллеги обследовали с помощью двух вышеописанных шкал выборку из 553 студентов (Frost R., Heimberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A., 1993). Факторный анализ выявил два фактора. Первый фактор был назван «Неадаптивная озабоченность оценками». Большие нагрузки по этому фактору имели параметр «социально предписываемый перфекционизм» по Хьюитту и Флитту и четыре выделенных Фростом с коллегами параметра – «озабоченность ошибками», «родительская критика», «родительские ожидания» и «сомнения в действиях». Этот фактор коррелировал с общим баллом Шкалы депрессии А. Бека и другими показателями негативного аффекта. Согласно интерпретации исследователей, он характеризует «негативный аспект перфекционизма». Второй фактор получил название «позитивное стремление» и включал пункты, тестирующие «Я-адресованный» перфекционизм по Хьюитту и Флитту, а также пункты, тестирующие «Личностные стандарты» и «Организацию», согласно модели Фроста. Этот фактор коррелировал с показателями положительного аффекта. Он был интерпретирован как характеристика «позитивной стороны перфекционизма».

Эти данные хорошо согласуются с определениями Намачек «здорового» и «невротического» перфекционизма. Они показывают, что перфекционизм – сложный феномен, связанный как с нормальным адаптивным функционированием, так и с дезадаптацией. При «нормальном» перфекционизме индивиды получают удовольствие от усилий. Они стараются преуспеть в деле, но при этом достаточно свободны не быть скрупулезными, если ситуация это позволяет (Namachek D., 1978). Успех приносит чувство удовлетворения от хорошо сделанной работы и повышает самооценку (Pacht R., 1984). Реалистичные и разумные цели позволяют радоваться собственной силе, эмоционально вовлекаться в деятельность, повышать ее качество и в конце концов добиваться отличного результата. Таким образом, определенные параметры перфекционизма связаны с конструктивным стремлением к достижениям и другими адаптивными качествами (Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R., 1990).

Однако в ряде случаев перфекционизм принимает невротическую форму, которая взаимосвязана с широким кругом психических расстройств, с повышенной тревогой, психосоматическими расстройствами, мигренью, сексуальными дисфункциями и поведением типа А (Hewitt P., Flett G., Blankstein K., Mosher S., 1991, Pacht R., 1984).

«Невротический» перфекционизм определяется интенсивной потребностью в избегании неуспеха. Индивид неспособен извлекать удовлетворение из деятельности, которая с точки зрения здравого смысла выполнена вполне хорошо или даже превосходно. Известный американский психоаналитик Блатт так описывает жизненную драму перфекциониста-невротика: «Глубоко коренящееся чувство неполноценности и уязвимости ввергает человека в бесконечный цикл саморазрушения, в котором любая задача или начинание становится очередным

угрожающим вызовом. Никакое усилие никогда не бывает достаточным, поскольку индивид постоянно ищет одобрения и принятия и отчаянно старается избежать ошибок и неудачи. Таким образом, любые затрагивающие самооценку обстоятельства порождают интенсивный негативный аффект и дистресс» (Blatt S., Quinlan D., Chevron E., 1982). Индивиды с невротическим перфекционизмом испытывают значительные негативные аффекты перед, во время и после деятельности. Они оценивают качество собственной деятельности значимо ниже, в сравнении с другими испытуемыми (Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R., 1990). Масштабные психологические исследования показывают, что индивиды с высоким уровнем перфекционизма уязвимы для переживаний неуспеха, на который они реагируют симптомами депрессии (Beck J., Butler A., 1997). Страх неудачи, сопутствующий дисфункциональному перфекционизму, может активировать компенсаторные стратегии поведения, нацеленные на чрезмерно высокие стандарты, например тщательную перепроверку собственных действий, постоянный поиск одобрений или разубеждений со стороны других людей, постоянную критику других людей, чрезмерно длительные размышления перед принятием решений (Antony M., Swinson R., 1998). Альтернативой перечисленному может стать стратегия стойкого избегания ситуаций, где индивид ожидает от себя соответствия завышенным стандартам, – «паралич деятельности». Одной из наиболее распространенных форм избегающего поведения служит т. н. прокрастинация (procrastination) – откладывание начала деятельности в силу желания выполнить его совершенно, что делает это начало тяжелым и неприятным (Saddler C., Sacks L., 1993). Другой формой избегающей стратегии может стать прерывание деятельности, незавершение задания из-за опасений, что оно не будет удовлетворять перфекционистским требованиям (Antony M., Swinson R., 1998).

Источники перфекционизма

Хамачек писал, что невротический перфекционизм происходит из детского опыта взаимодействия с неодобряющими или непостоянно проявляющими одобрение родителями, чья любовь всегда условна и зависит от результатов деятельности ребенка. 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». Во втором случае «человек приходит к пониманию – только хорошее выполнение деятельности делает его ценным» (Hamachek D., 1978). Родители перфекциониста чрезмерно критичны, требовательны и, в целом, оказывают существенно меньше поддержки. Обобщая идеи Хамачека, Бернса и Холлендера, Блатт пишет: «Этим детям не удастся выработать концепцию «в меру хорошего результата». Результат выполнения деятельности переоценивается в ущерб любви и близости. Ребенок вынужден оставаться «безошибочным», чтобы удовлетворить родительские ожидания и избежать критики. Маленький перфекционист продолжает сражаться в надежде завоевать родительское одобрение: «Если я еще постараюсь, если я стану совершенным, мои родители будут меня любить» (Blatt S., Quinlan D., Chevron E., 1982).

Описано четыре типа раннего опыта, которые вносят вклад в формирование перфекционистского мышления (Barrow J., Moore C., 1983):

1. Чрезмерно критичные и требовательные родители.
2. Родительские ожидания и стандарты чрезмерно высоки; критика при этом не прямая, а косвенная.
3. Родительское одобрение отсутствует или непоследовательно и условно.

4. Родители-перфекционисты служат моделями для научения перфекционистским установкам и формам поведения.

Популяционные исследования в студенческой выборке выявили достоверную положительную связь между перфекционизмом у матерей и перфекционизмом у дочерей и не установили связь по этому параметру между показателями отцов и дочерей (Enns M., Cox B., 2000, Frost R., Heimberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A., 1993, Vieth A., Trull T., 1999). В исследовании Фроста с коллегами именно жесткость материнских стандартов ассоциировалась с перфекционизмом. Для отцов такая закономерность не была установлена. С уровнем перфекционизма у дочерей коррелировало восприятие строгости отца дочерью (но не строгость отцов по данным их самоотчетов). Уровень перфекционизма у матерей (по самоотчетам самих матерей) был связан с большим числом психопатологических симптомов у дочерей. Интересно, что уровень перфекционизма у отцов (измеряемый по их самоотчетам) был связан с менее интенсивной симптоматикой у дочерей.

Группа австралийских специалистов под руководством Паркера провела исследование перфекционизма у 500 академически одаренных учеников 6 класса и их родителей. Результаты совпали с данными группы Фроста. Паркер и его коллеги установили, что показатели матерей по MPS-F объясняют более 21 % дисперсии показателей перфекционизма у детей (29 % у дочерей и 20 % у сыновей). Показатели перфекционизма у отцов объясняют меньший фрагмент данных по перфекционизму у детей – 5 % у дочерей, 15 % у сыновей. По мнению Блатта, эти данные полностью совпадают с психоаналитическими наблюдениями, согласно которым фантазии о совершенстве служат нарциссической защитой для совладания с суровыми, наказывающими, осуждающими и деструктивными родителями. Они «позволяют выдвинуть предположение о том, что родительский уровень перфекционизма и их потребность в совершенстве собственном и совершенстве своих потомков могут служить главным механизмом межпоколенной передачи депрессии от родителя к ребенку» (Blatt S., Quinlan D., Chevron E., 1982). Однако остается неясным – эти родители в самом деле устанавливают столь высокие стандарты для своих детей, или дети склонны воспринимать своих родителей как устанавливающих очень высокие стандарты и очень критичных. Родительский критицизм и родительские ожидания очень мало изучены в группах пациентов.

Некоторые авторы полагают, что перфекционизм изначально может возникать как адаптивная установка, однако в ходе жизни он становится деструктивным для множества людей. Во-первых, со временем поведение даже при т. н. позитивном перфекционизме может приводить к неблагоприятным последствиям – хроническому переутомлению, трудностям концентрации внимания. Изменение жизненных обстоятельств может затруднить достижение ранее достигаемых стандартов. Наконец, индивид может полагать, что его поведение имеет лишь положительные для него самого последствия, и при этом не осознавать негативных последствий собственного перфекционизма для других людей (Slade P., Owens G., 1998).

Таким образом, вопрос о психологической структуре перфекционизма до сих пор служит предметом острой полемики, что задает перспективу для будущих исследований.

Перфекционизм и психические расстройства

Следующий раздел обзора представляет исследования, оценивающие взаимосвязь между перфекционизмом и конкретными формами психопатологии.

Перфекционизм и депрессия

Феноменологические описания перфекционизма, данные классиками, содержали указание на его связь с негативным аффектом (депрессией, тревогой, виной, разочарованием, стыдом), нарушенной адаптацией, затруднениями в общении и пассивностью (прокрастинацией) (Beck A., Hollender M., Hamachek D. и др.)

В 1980-е гг. Блатт, разрабатывая типологию депрессивных характеров, описал т.н. интроективную депрессию, для которой характерен т.н. самокритицизм – постоянная критика в собственный адрес, сосредоточенность на проблемах достижения и перманентное чувство вины. Эта депрессия отлична от «анаклитической», при которой переживания центрированы на теме межличностной зависимости и привязанности. Многие исследователи подчеркивают сходство самокритицизма 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 J., Butler A., 1997). Тщательный анализ автоматических мыслей депрессивных пациентов и стоящих за ними убеждений показал – требования, предъявляемые к себе этими людьми, крайне высоки и ригидны. 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». В дальнейшем А. Бек описал два личностных типа, предрасполагающих 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 Блатта и «социотропной/автономной» дихотомии по Беку.

Число эмпирических исследований, подтверждающих существование положительной связи между уровнями перфекционизма и депрессией, растет.

Социально предписываемый перфекционизм

В студенческих и клинических выборках испытуемых установлены очень высоко значимые связи между социально предписываемым перфекционизмом и депрессией, измеряемой Шкалой депрессии Бека. Социально предписываемый перфекционизм коррелирует с экстернальным локусом контроля, сильной потребностью в одобрении, страхом негативной оценки. В лонгитюдном исследовании социально предписываемый перфекционизм предсказывал повышение уровня депрессивной симптоматики через 4 месяца (Blatt S., Quinlan D., Chevron E., 1982, Enns M., Cox B., 1999, Hewitt P., Flett G., Ediger E., 1996).

Я-ориентированный перфекционизм

Это параметр, наиболее близкий конструкту перфекционизма в классическом понимании. В одном исследовании у 22 пациентов, страдающих депрессией, были обнаружены более высокие показатели Я-адресованного перфекционизма в сравнении с 22 здоровыми и 13 пациентами с тревожными расстройствами. В другом, более масштабном исследовании уровень Я-ориентированного перфекционизма у больных депрессией не отличался значимо от показателей неклинической контрольной группы испытуемых. Тем не менее, установлена значимая положительная корреляция между депрессией и Я-ориентированным перфекционизмом. Проводились исследования взаимосвязи депрессии и перфекционизма с позиций диатез-стрессовой модели. В основу этих исследований было положено следующее предположение: депрессия не развивается до тех пор, пока перфекционист в состоянии соответствовать своим чрезмерно высоким стандартам и воспринимаемым требованиям других людей. При неудаче или другом жизненном стрессе депрессия разовьется у тех, для кого очень велика ценность соответствия стандартам, кто переживает единичную неудачу как полный провал. Лонгитюдное исследование 121 пациента с монополярной депрессией и депрессией в рамках биполярного расстройства обнаружило, что Я-адресованный перфекционизм взаимодействует со стрессогенными событиями в сфере достижений (но не в межличностной сфере) и может служить предиктором появления симптомов депрессии через 4 месяца. Авторы приходят к выводу о том, что Я-адресованный перфекционизм является специфическим фактором уязвимости, который в сочетании с конгруэнтным стрессогенным событием вызывает депрессию (Hewitt P., Flett G., Ediger E., 1991, 1996).

Безнадежность, контроль и перфекционизм

Когнитивные теории предполагают, что депрессия связана с безнадежностью относительно возможности контролировать наступление желательных и нежелательных событий (Alloy L., Abramson L., Metalsky G., Hartlage S., 1988, Beck J., Butler A., 1997). Индивид, страшась допустить ошибку и получить неодобрение от других за невозможность быть «совершенным», склонен испытывать безнадежность. Социально-предписываемый перфекционизм оказался тесно связанным с переживаниями безнадежности у подростков, предпринимавших суицидальную попытку (Donaldson D., Spirito A., Farnett E., 2000).

Низкая самооценка и перфекционизм

Высказывался тезис о том, что маршрут от перфекционизма к депрессии может быть опосредован самооценкой. Высказывался также тезис о том, что чрезмерное стремление к совершенству – это распространенная реакция при неблагоприятном взгляде личности на собственную ценность. Таким образом, низкая самооценка – неизбежное последствие перфекционизма, поскольку даже пустяковая негативная обратная связь может субъективно переживаться как неудача (Hollender M., 1965). Эмпирические исследования обнаруживают умеренную взаимосвязь между низкой самооценкой и социально предписываемым перфекционизмом у студентов (Flett G., Hewitt P., Blankstein K., O'Brien S., 1991). Регрессионный анализ подтверждает гипотезу о том, что самооценка опосредует взаимосвязи между перфекционизмом и депрессией в неклинической выборке.

Суицидальные попытки и намерения

В литературе довольно часто встречаются указания на связь между перфекционизмом и суицидальными поступками как у подростков, так и у взрослых. Так, Холендер (1965) полагал, что самоубийство – один из потенциальных способов разрешать душевные конфликты для людей с

высоким перфекционизмом. Делисл (1990) считал, что многие интеллектуально одаренные молодые люди склонны к суицидальному поведению в силу перфекционистского стиля мышления. Баумайстер (1990) пришел к выводу о том, что суицидальный процесс может быть спровоцирован высокими стандартами личности или высокими ожиданиями, идущими от микросоциального окружения. 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 S., Quinlan D., Chevron E., 1982). Эмпирические исследования подтверждают эти выводы и наблюдения. Так, Эллис и Ратлиф сравнивали убеждения пациентов, предпринявших суицидальную попытку и не совершавших ее (Ellis T., Ratliff K., 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 P., Muller G., 1988). Раньери с соавторами установили, что Я-адресованный перфекционизм и чувствительность к критике существенно повышают суицидальный риск (Ranieri W., Steer R., Lavrence T., Rissmiller D., Piper G., Beck A., 1987). Наконец, анализ историй жизни женщин, совершивших самоубийство, показал, что их родители предъявляли к ним крайне высокие требования.

Исследования взаимосвязи различных параметров перфекционизма и суицидального поведения носят противоречивый характер. Хьюитт, Флитт и Донован исследовали связь разных видов перфекционизма и готовности к суициду (Hewitt P., Flett G., Turnbull-Donovan W., 1992). Их испытуемые – больные с разными психическими расстройствами (депрессией, нарушениями адаптации, шизофренией, алкоголизмом, личностными расстройствами) – заполняли MPS-H, Шкалу суицидального риска и Шкалу депрессии Векс. Все параметры перфекционизма значимо коррелировали с показателем «безнадежность» шкалы Векс. 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.

В более современном исследовании установлено, что оба параметра перфекционизма – Я-адресованный и социально-предписываемый – тесно связаны с повышенной суицидальной готовностью у студентов колледжа и пациентов психиатрической клиники (Hewitt P., Newton J., Flett G., Callander L., 1997). В группе совершивших суицидальную попытку алкоголиков выявлен более высокий уровень социально предписываемого перфекционизма, чем в группе не предпринимавших суицидальных попыток. Важно, что взаимосвязь суицидального поведения и перфекционизма не была опосредована показателями депрессии и безнадежности. Эти данные расходятся с данными, полученными с помощью инструмента Фроста (1990). Адкинс и Паркер обнаружили, что наличие суицидальных мыслей у испытуемых-студентов коррелирует с т. н. пассивными формами перфекционизма – озабоченностью ошибками и сомнениями в собственных действиях, но не с другими параметрами перфекционизма, выделяемыми в модели Фроста (Adkins K., Parker W., 1996). Наконец, существуют указания на то, что ориентированный на

других перфекционизм может выступать как фактор – протектор для суицидальных попыток, поскольку не предпринимавшие суицидальных попыток алкоголики отличались более высоким перфекционизмом, адресованным к другим людям, чем больные алкоголизмом, предпринимавшие суицидальную попытку (Hewitt P., Newton J., Flett G., Callander L., 1997). Возможно, что люди с такой интреперсональной формой перфекционизма обвиняют других людей в негативных жизненных событиях, что служит им защитой от депрессии и суицидального поведения.

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 Гамильтона 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 S., Quinlan D., Chevron E., 1982). 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.

Перфекционизм и нарушения пищевого поведения

Переменная «перфекционизм» служит важной составляющей когнитивных теорий, объясняющих возникновение и хронификацию нервной анорексии и булимии. Было выдвинуто предположение о том, что перфекционизм (в форме стремления обладать идеальной фигурой) и дихотомическое мышление (поляризованное суждение о собственном теле – «безобразно толстый – идеально стройный») могут порождать озабоченность формой тела и весом, заставляя девушек придерживаться слишком жестких диетических ограничений и запускать пищевые срывы (Fairburn C., Brownell K., 2003). Существует гипотеза о том, что следование диете служит формой т. н. позитивного перфекционизма – позволяет пациенткам переживать эмоцию успеха, ощущение собственной силы и морального превосходства над другими в жизненных обстоятельствах, которые воспринимаются ими как недоступные контролю и, в целом, неудачные.

Популяционные исследования

В выборке студентов симптомы нервной анорексии оказались взаимосвязаны с рядом параметров перфекционизма – «озабоченностью ошибками» и «сомнениями в собственных действиях» (Minarik M., Ahrens A., 1996), а также с ориентированным на «Я» и социально предписываемым перфекционизмом (Hewitt P., Flett G., Ediger E., 1996).

Экспериментальные данные указывают также на то, что проблемы пищевого поведения связаны с наличием особой чувствительности к неадекватно высоким ожиданиям других людей. В исследовании Плинера и Хадока участвовали 100 студентов, чрезмерно озабоченных собственным весом: они могли действовать в соответствии с целью, предлагаемой экспериментатором (либо крайне трудной, либо очень простой), или самостоятельно выбирать цель. Испытуемым, которые предпочли цели, навязанные экспериментатором, сообщался заведомо ложный результат – успех или неуспех. Установлено, что лица, очень озабоченные собственным весом, упорно добивались предложенной извне нереалистично высокой цели, при этом проявляя очень высокую чувствительность к обратной связи. Это исследование показало, что озабоченные весом студенты гораздо в большей степени конформны по отношению к нереалистично высоким ожиданиям других людей, чем их свободные от переживаний по поводу веса сверстники (Plinner P., Haddock G., 1996). Более масштабное популяционное исследование в выборке из 203 студентов повторно констатировало взаимосвязь между перфекционизмом, симптомами нарушений пищевого поведения и тревогой (Davis C., Claridge G., Fox J., 2000).

Клинические выборки

У пациенток с нервной анорексией отмечаются более высокие показатели по различным параметрам перфекционизма, чем в норме, за исключением параметров «родительские ожидания» и ориентированного на других перфекционизма. Повышенные показатели ориентированного на «Я» перфекционизма были зарегистрированы как в выборках пациенток с пониженным весом, так и среди восстанавливающих вес пациенток, что позволяет утверждать, что перфекционизм не является следствием низкого веса (Bastiani A., Rao R., Weltzyn T., Kaye W., 1995). В полном соответствии с этими данными установлено, что высокие показатели перфекционизма сохраняются у пациенток и во время длительной ремиссии (Srinivasagam N., Kaye W., Plotnikov K., Greeno C., Weltzin T., Rao R., 1995).

Перфекционизм и тревожные расстройства

Согласно клиническим описаниям, наиболее яркие проявления перфекционизма следует ожидать у пациентов с социальной фобией или обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). Далее приводятся результаты соответствующих эмпирических проверок этих наблюдений.

Социальная фобия

Перфекционизм и когнитивные модели социальной фобии

Американские авторы разработали когнитивную модель социальной фобии, которая предполагает, что в результате взаимодействия генетической уязвимости и специфического раннего опыта формируется особая сензитивность к социальным ситуациям, заставляющая рассматривать социальные контакты как несущие угрозу. Результатами ожиданий такого рода служат социальная тревога и избегающее поведение. Многие люди с социальными страхами придерживаются такого базисного убеждения – «Социальные ситуации опасны (например, возможным унижением)». Одновременно они убеждены в том, что социальную опасность можно преодолеть только средствами совершенного социального поведения: «Я могу избежать унижения в контактах, только если я соответствую самым высоким образцам социального саморепрезентации».

Неклинические выборки испытуемых

Социальная тревога, наряду с другими страхами, значимо коррелирует с социально предписываемым перфекционизмом, а также с озабоченностью ошибками и сомнениями в действиях (Blankstein K., Flett G., Hewitt P., Eng A., 1993, Saboonchi F., Lundth L., Ost L., 1999). В выборке студентов-выпускников высокий социально предписываемый перфекционизм был взаимосвязан с разнообразными психосоциальными проблемами адаптации, включая одиночество, застенчивость, страх негативной оценки, а также с более низкими уровнями социальной самооценки. Личности с социально предписываемым перфекционизмом обладали менее развитыми социальными навыками (по данным их самоотчетов). Эти данные позволили выдвинуть предположение о том, что личности с социально предписываемым перфекционизмом более предрасположены к страданиям от психосоциальных проблем и воспринимаемым дефицитам социальных навыков. В соответствии с этим предположением установлена значимая корреляция между социально предписываемым перфекционизмом и повышенной частотой негативных социальных взаимодействий у женщин (Flett G., Hewitt P., De Rosa., 1996).

Клинические выборки

Исследования показывают, что пациенты с социальной фобией характеризуются более высокими показателями «озабоченности ошибками», «сомнениями в собственных действиях», более высоким «родительским критицизмом». Авторы интерпретируют свои данные как позволяющие предположить, что пациенты с социальной фобией боятся совершить ошибки в социальных ситуациях и сомневаются в своих способностях справляться с этими ситуациями. Они также переоценивают важность ошибок и обвиняют себя в случае плохого исхода. В выборке пациентов с социальной фобией более высокие уровни перфекционизма были связаны с более высокой социальной тревогой, личностной тревогой и общей тяжестью психопатологических расстройств. Эти соотношения не могут быть приписаны воздействиям, оказываемым депрессией. В исследовании Антони и его коллег пациенты с социальной фобией характеризовались более высоким социально предписываемым перфекционизмом в сравнении с нормой, пациентами с ОКР и пациентами со специфическими фобиями (Antony M., Purdon C., Huta V., Swinson R., 1998). Однако по данному параметру не установлено различий между пациентами с социальной фобией и с паническим расстройством. Тем не менее, в недавнем исследовании у пациентов с социальной фобией установлены более высокие показатели озабоченности ошибками и сомнений в действиях по сравнению с пациентами, страдающими паническим расстройством (Antony M., Purdon C., Huta V., Swinson R., 1999).

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)

Проблемы феноменологии и диагностики

Существует известное совпадение диагностических признаков ОКР и феноменологии перфекционизма. Шафран и Мансел приводят мнение Рабочей группы по изучению познавательной деятельности при ОКР (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) о том, что перфекционизм служит фактором риска по этому расстройству (Shafran R. Mansell W., 2001). Многие пациенты с ОКР сообщают о том, что испытывают тягу к безошибочному, конкретному, точному. Потребность в определенности и совершенстве, правильное выполнение компульсивных действий в ответ на навязчивые мысли, а также потребность в симметрии и точности являются

симптомами данного расстройства. Отсутствие желаемой определенности повышает вероятность того, что пациент будет сомневаться в правильности собственных действий. Сомнения в собственных действиях составляют существенную часть самого конструкта «перфекционизм» в понимании Фроста и служат важнейшим феноменологическим компонентом ОКР. Пункты MPS Фроста, измеряющие склонность сомневаться в собственных действиях, были заимствованы из инструмента, предназначенного для диагностики ОКР: «При выполнении обычных повседневных дел я часто испытываю сомнения», «Даже когда я выполнил что-нибудь очень тщательно, я часто начинаю сомневаться в правильности сделанного» и т. д. Это означает, что подшкала «сомнения в действиях» измеряет признаки ОКР, которые, в свою очередь, рассматриваются авторами шкалы как признаки перфекционизма. Некоторые авторы полагают, что такое смешение характеристик затрудняет понимание перфекционизма как такового и оспаривают представления о психологической структуре перфекционизма Фроста (Rheame J., Freeston M.H., Ladouceur R., Bouchard C., Gallant L., Talbot F., Vallieres A., 2000). Высказывается мысль о том, что сомнения в собственных действиях являются симптомом ОКР, который скорее отражает страх пациентов перед чрезмерной ответственностью за негативные последствия, нежели перфекционизм (Salkovskis P., Warwick H., 1988). Возможно, разумнее рассматривать сомнения в собственных действиях как симптом ОКР, нежели аспект перфекционизма.

Студенческая выборка

Общий показатель перфекционизма на высоком уровне значимости коррелирует с субклиническими симптомами ОКР. Однако наиболее сильная связь выявлена между симптомами ОКР и такими подшкалами MPS, как «сомнения в действиях» и «озабоченность ошибками». Как указывалось выше, эти аспекты перфекционизма сами по себе являются частью ОКР, что затрудняет понимание взаимосвязей между ОКР и изучаемой личностной чертой. В исследовании Фроста (1994) была также установлена связь между личными стандартами и симптомами ОКР. В недавнем исследовании было установлено, что перфекционизм служит предиктором симптомов ОКР независимо от таких параметров, как «ответственность» и «воспринимаемая опасность» (Rheame J., Freeston M.H., Ladouceur R., Bouchard C., Gallant L., Talbot F., Vallieres A., 2000).

Клинические выборки

Два исследования оценивали перфекционизм у пациентов, страдающих ОКР. В одном из этих исследований только параметр «сомнения в действиях» существенно различал пациентов с ОКР от больных паническим расстройством (Antony M., Purdon C., Huta V., Swinson R., 1998, Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R., 1990). В обоих исследованиях пациенты с ОКР отличались от нормы по параметрам «озабоченность ошибками» и «сомнения в действиях». В первой работе пациенты с ОКР набирали по подшкале социально предписываемого перфекционизма балл, превышающий аналогичный в неклинических выборках. Средний показатель социально предписываемого перфекционизма у пациентов с ОКР был значимо ниже аналогичного показателя в группе больных социальной фобией и паническим расстройством. Таким образом, данные, подтверждающие гипотезу о том, что социально предписываемый перфекционизм у пациентов с ОКР выше, чем при других психических расстройствах, не были получены.

Экспериментальные исследования

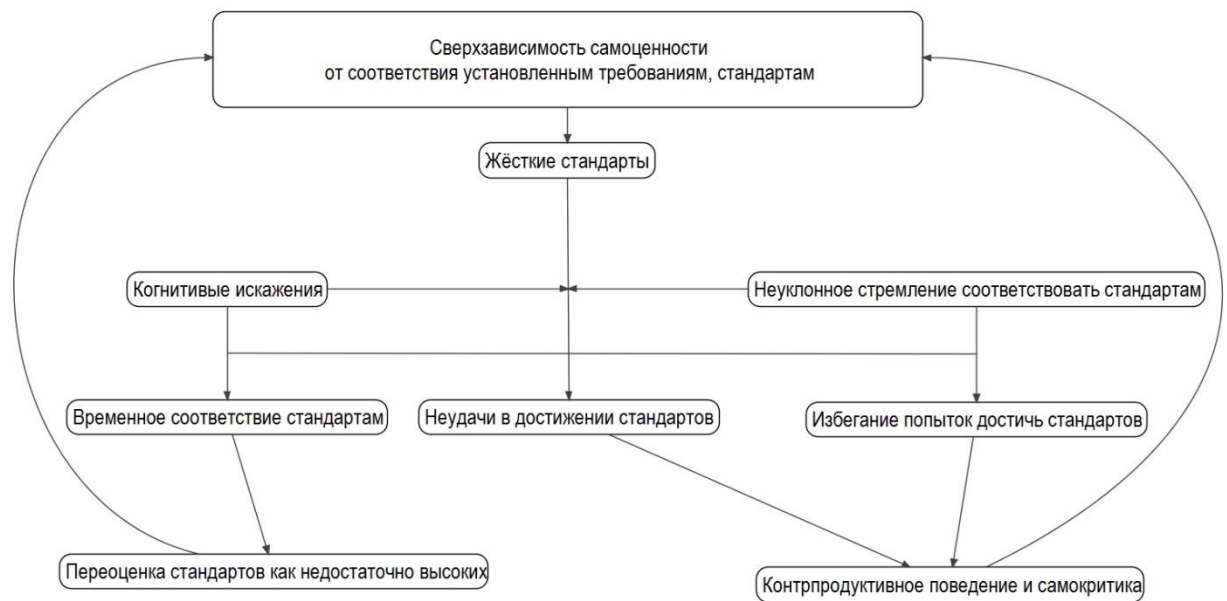
Недавно было проведено исследование (Bouchard C., Rheame J., Ladouceur R., 2000), в котором анализировалась взаимосвязь между параметрами «перфекционизм» и «ответственность» при ОКР. Основанием стали когнитивные теории, утверждающие, что субъективно воспринимаемая ответственность за ущерб составляет сердцевину расстройства (Salkovskis P., Warwick H., 1988). В этих исследованиях осуществлялось экспериментальное манипулирование ответственностью; при этом перфекционизм измерялся с помощью опросника, разработанного одним из членов исследовательской группы (Rheame J., Freeston M., Dugas M., Letarte H., Ladouceur R., 1995). Данные показывают: испытуемые с высоким перфекционизмом характеризовались большей подверженностью межличностным влияниям и более высоким чувством ответственности за негативные последствия при выполнении задания в условиях повышенной ответственности, по сравнению с испытуемыми с умеренным перфекционизмом. Работа продемонстрировала тесную взаимосвязь между перфекционизмом и ответственностью, конструктом, непосредственно связанным с хронификацией ОКР.

Сравнения различных видов тревожных расстройств

Было проведено сравнение различных тревожных расстройств по параметрам перфекционизма, измеряемым обоими инструментами. Пациенты с социальной фобией имели самые высокие показатели по параметрам «озабоченность ошибками», «сомнения в действиях» и «родительский критицизм». Пациенты с ОКР характеризовались, по сравнению с паникерами и здоровыми, более высокими показателями по параметру «сомнения в действиях». Удивительным в данном исследовании оказались данные о том, что не существует различий между группами больных по параметрам Я-адресованного и адресованного другим перфекционизма. При этом пациенты с ОКР, больные социальной фобией и пациенты с паническим расстройством характеризовались более высокими показателями социально предписываемого перфекционизма по сравнению со здоровым контролем.

Когнитивно-поведенческая модель и терапия перфекционизма

Когнитивно-поведенческая модель клинического перфекционизма была разработана Шафраном и соавт. (2002), чтобы описать, как психопатология может поддерживаться перфекционизмом (см. рис.).



На основании клинических наблюдений, эта модель предлагает когнитивно-поведенческое объяснение клинически значимого перфекционизма, классификацию такого поведения как результат эмоциональных нарушений вследствие «сверхзависимости самооценки от соответствия самостоятельно устанавливаемым персональным требованиям, обязательным стандартам и неуклонного стремления соответствовать им, как минимум в одной высоко значимой области, несмотря на негативные последствия» (Shafran et al., 2002). Эти последствия включают в себя эмоциональные (напр., депрессия и тревожность), социальные (напр., социальную изоляцию), физиологические (напр., бессонница), когнитивные (напр., трудности с концентрацией внимания) и поведенческие (напр., чрезмерные проверки результатов деятельности) последствия. Авторы утверждают, что необходимость соответствовать персональным самостоятельно установленным стандартам и определение своей самооценки/самоценности исключительно через успешное их достижение ведёт к повышенному страху неудачи, критической оценки своей результативности и более высокому уровню сомнений в возможности достижения установленных стандартов. В результате, неудача в достижении таких стандартов становится более вероятной. Для перфекциониста реальная или воспринимаемая как реальная неудача влечёт за собой самокритику, дальнейшее снижение самооценки и укреплению взаимосвязи с необходимостью неуклонно стремиться к соответствию установленным стандартам.

Еще одним ключевым фактором поддержания клинического перфекционизма, по утверждению Шафрана и коллег, является наличие у перфекционистов предвзятости, когнитивных искажений в оценке собственных стандартов и собственной результативности. Такие искажения обработки информации включают дихотомическое мышление, селективное внимание и сверхгенерализацию. Авторы отмечают, что эти когнитивные искажения, взаимодействуя друг с другом, увеличивают вероятность того, что перфекционист будет не в состоянии достичь своих стандартов. Наиболее значимым является дихотомическое мышление. Оно ведет к тому, что перфекционисты рассматривают свою ценность в терминах достижения – не достижения стандартов. В ситуации неуспеха перфекционисты начинают производить усиленный мониторинг своих ошибок, фокусируются (селективное внимание) на прошлых и возможных будущих неудачах. При этом любой негативный результат, ошибка воспринимается (сверхгенерализация) как тотальная неудача, полное поражение. Это неизбежно приводит к тому, что для части людей

одновременно присутствующие стремление к достижению персональных стандартов и страх неудачи в их достижении становится настолько мучительным, что формирует различные виды контрпродуктивного поведения: откладывание начала выполнения задачи (прокрастинация), прерывание её выполнения на половине пути или оттягивание полного его завершения, избегание деятельности.

Когда же им всё-таки удастся соответствовать своим персональным стандартам, то это приводит к следующим последствиям: сначала временно улучшается самооценка (либо удастся избежать самокритики, которая снижает самооценку), одновременно это вызывает такое дискретное позитивное подкрепление компульсивного стремления к достижению персональных стандартов. Однако вскоре и эти и без того жёсткие персональные стандарты переоцениваются как недостаточно высокие, и тогда устанавливаются еще более высокие стандарты (Shafran et al., 2002).

На основе когнитивно-поведенческого анализа клинического перфекционизма (Shafran et al., 2002) авторы постулируют следующие положения:

1. Клинический перфекционизм поддерживается:

- искажённой оценкой своей результативности
- переоценкой стандартов как недостаточно высоких в случае их достижения
- самокритикой в случае неудачи в достижении стандартов
- избегание и прокрастинация деятельности в значимых областях

2. Клинический перфекционизм препятствует успешной терапии расстройств психики 1 Оси (тревожных, депрессивных расстройств, расстройств пищевого поведения и др.).

3. Клинический перфекционизм и самооценка тесно связаны. А именно:

- самооценка людей с клиническим перфекционизмом чрезмерно зависит от стремления и достижения персональных стандартов в значимой области, несмотря на значительные негативные последствия

- клинический перфекционизм поддерживается негативной самооценкой.

На основе представленной модели разработан оригинальный протокол терапевтических интервенций (Fairburn, Cooper, and Shafran, 2003), который включает следующие компоненты:

1) выявление перфекционизма как проблемы и определение места перфекционизма в когнитивно-поведенческой концептуализации проблем пациента, что способствует повышению мотивации пациента к работе с перфекционизмом. При работе над формулировкой проблем важно помочь пациенту осознать, каким образом, с помощью каких схем происходит сужение их оценки себя, и с каким именно аспектом их жизни связано их компульсивное стремление к достижению персональных стандартов. Важным также является помощь в осознании того, что область, в которой перфекционизм проявляется (и посредством успешности в которой пациент определяет свою самооценку), например, стремление к худобе, является внутренне дисфункциональной. Наряду с этим, формулировка должна включать исторический контекст развития перфекционизма как проблемы и идентификацию

поддерживающих механизмов (например, часто повторяющиеся проверки результативности деятельности и избегание деятельности, увеличение времени, уделяемого работе или учёбе)

- 2) проведение поведенческих экспериментов для исследования природы перфекционизма и альтернативных стилей жизни (например, сравнительное исследование последствий частых и эпизодических проверок результативности деятельности, формулирование целей, результата терапии перфекционизма.
- 3) психоэдукация и когнитивное реструктурирование (в комбинации с поведенческими экспериментами), направленные на модификацию персональных стандартов, самокритики, «правил» и когнитивных искажений, таких как селективное внимание (фиксация) на неудачах, реальных или воспринимаемых как таковые, использование континуума для помощи в уменьшении дихотомического мышления. Также используются техники, направленные на фиксацию успехов, достижений, увеличение толерантности к неопределённости, мотивирование на занятие деятельностью, приносящей удовольствие и расслабление и др.
- 4) расширение индивидуальных схем самовосприятия, самооценки на основе анализа методов оценки себя, а также выявление и принятие альтернативных схем восприятия себя и паттернов поведения.

Исследование эффективности когнитивно-поведенческой терапии перфекционизма

Последнее десятилетие эффективность когнитивно-поведенческих вмешательств при клиническом перфекционизме исследовалась многими учёными в мире, количество исследований продолжает увеличиваться.

Имеется небольшое количество контролируемых исследований, демонстрирующих эффективность когнитивно-поведенческой терапии перфекционизма при клинически значимых тревоги и депрессии. Так, Glover, Brown, Fairburn, and Shafran (2007) при исследовании эффективности 10 сессий КПТ для перфекционизма у 9 человек с установленными тревожными и депрессивными расстройствами обнаружили клинически значимое улучшение по Опроснику Клинического Перфекционизма (CPQ, Fairburn et al., 2003), Многомерной Шкале Перфекционизма (MPS).

Riley et al. (2007) провели рандомизированное контролируемое клиническое исследование 10 сессий КПТ для клинического перфекционизма у 20 пациентов с тревогой и/или депрессией, где было выявлено клинически значимое улучшение у 15 участников в признаках клинического перфекционизма по Опроснику Клинического Перфекционизма (CPQ, Fairburn et al., 2003), Многомерной Шкале Перфекционизма (MPS), правда по последнему не было выявлено значительной разницы с контрольной группой.

Steele and Wade (2008) исследовали эффективность КПТ перфекционизма у 42 пациентов с нервной булимией или расстройствами пищевого поведения без дополнительных указаний (EDNOS). Сравнивалось КПТ для перфекционизма, стандартная терапия нервной булимии и контрольная группа. В группе, где использовалась КПТ для перфекционизма, было выявлено значительное снижение булимического поведения, а также значительное снижение симптомов тревоги и депрессии.

Интересные данные для взаимосвязи перфекционизма и расстройств пищевого поведения были получены в исследовании Wilksch, Durbridge, and Wade (2008), в котором изучалось влияние снижения перфекционизма у девушек-подростков. Авторы исследования нашли, что программы, направленные на снижение уровня перфекционизма, имели существенную пользу для участниц с высоким риском развития расстройств пищевого поведения. Авторы утверждают, что целенаправленное использование специально разработанных программ для снижения уровня перфекционизма может быть очень полезным инструментом для снижения риска развития расстройств пищевого поведения у девушек-подростков.

И наконец, имеет смысл упомянуть относительно недавнее рандомизированное контролируемое исследование Arpin-Cribbie, Irvine, & Ritvo (2012), в котором исследовалась эффективность психообразовательных Интернет-КПТ вмешательств, направленных на снижение уровня перфекционизма и дистресса у 77 студентов университетов. Сравнивались 10 недельные программы: программа КПТ для перфекционизма, стандартная программа для стресс-менеджмента и контрольная группа. В группе КПТ отмечалось значительное уменьшение уровня перфекционизма в сравнении с другими группами, а также в группе КПТ уменьшение уровня перфекционизма в значительной степени коррелировало с уменьшением уровня депрессии и тревоги.

Заключительные комментарии

Данная работа была направлена на анализ имеющихся научных исследований перфекционизма, исследование взаимосвязи перфекционизма и различных видов психической патологии, изучение данных исследований, использующих когнитивно-поведенческий подход для понимания природы перфекционизма, поиск и анализ предлагаемых когнитивно-поведенческих интервенций для клинического (дезадаптивного, невротического, негативного, дисфункционального) перфекционизма, поиск и анализ исследований, оценивающих эффективность когнитивно-поведенческих вмешательств в терапии клинического перфекционизма.

По результатам проведенной работы можно сделать следующие выводы:

- существует довольно значительное количество исследований, направленных на изучение природы перфекционизма, причём количество этих исследований последние десятилетия стремительно растёт. Однако, несмотря на это, природа перфекционизма во многом остаётся дискуссионной, оставаясь предметом довольно острой полемики в научной среде.

- в многочисленных научных исследованиях отчётливо продемонстрирована тесная взаимосвязь перфекционизма и довольно широкого спектра психической патологии.

- в понимании природы перфекционизма на настоящий момент наиболее научно обоснованным, , несмотря на вполне конструктивную критику со стороны ряда учёных, видится когнитивно-поведенческий подход, в частности предложенный Шафраном и коллегами.

- предлагаемые для терапии клинического перфекционизма когнитивно-поведенческие интервенции имеют, хотя и сравнительно небольшое количество, вполне убедительные научные доказательства своей эффективности, и вполне могут быть использованы в клинической практике, как минимум в терапии тревожных, депрессивных расстройств и расстройств пищевого поведения

- требуется проведение дальнейших исследований для более глубокого понимания природы перфекционизма, разработка новых когнитивно-поведенческих моделей клинического перфекционизма, разработка новых когнитивно-поведенческих интервенций и исследование их эффективности.

Литература

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная психотерапия депрессии. СПб: Питер, 2003.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // МПЖ. 2001. № 4. С. 18-49.

Гаранян, Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) / Н.Г. Гаранян // Журнал «Терапия психических расстройств». - 2006. - № 1. - С. 23-31.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1988. № 1. С. 94-102.

Adkins K., Parker W. Perfectionism and suicidal preoccupation // J-I of personality. 1996. V. 64. № 3. P. 536-546.

Alloy L., Abramson L., Metalsky G., Hartlage S. The hopelessness theory of depression: attributional aspects // British J-I of Clinical Psychology. 1988. V. 27. № 1. P. 5-21.

Antony M., Purdon C., Huta V., Swinson R. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders // Behaviour Research and Therapy. 1998. V. 36. № 10. P. 1143-1154.

Antony M., Swinson R. When perfect isn't good enough: strategies to cope with perfectionism. New York: Avon Books, 1998.

Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Webbased cognitive behavioural therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 22, 194- 207.
Barrow J., Moore C. Group interventions with perfectionistic thinking // *Personell and Guidance Journal*. 1983. V. 61. P. 612-615.

Bastiani A., Rao R., Weltzyn T., Kaye W. Perfectionism in anorexia nervosa // *International J-I of Eating Disorders*. 1995. V. 17. № 3. P. 147-152.

Baumaeister R. Suicide as escape from self // *Psychological Review*. 1990. V. 99. № 1. P. 90-113.

Beck A. Cognitive models of depression // *J-I of Cognitive therapy*. 1987. V. 1. P. 1-37.

Beck A. Cognitive models of depression // *J-I of Cognitive therapy*. 1987. V. 1. № 1. P. 2-27.

- Beck J., Butler A. Cognitive vulnerability to depression // WPA bulletin on Depression. 1997. V. 4. № 14. P. 3-5.
- Blankstein K., Flett G., Hewitt P., Eng A. Self-reported fears of perfectionists: an examination with the fear survey schedule // Personality and Individual Differences. 1993. V. 15. P. 323-328.
- Blatt S., Quinlan D., Chevron E. Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression // J-I of Consulting and Clinical Psychology. 1982. V. 50. P. 113-124.
- Bouchard C., Rheame J., Ladouceur R. Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study // Behaviour Research and Therapy. 1999. V. 37. № 3. P. 239-248.
- Burns D. Feeling good: a new mood therapy. Signet. New York. 1980.
- Davis C., Claridge G., Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders // International J-I of Eating Disorders. 2000. V. 27. № 1. P. 67-73.
- Delisle J. The gifted adolescent at risk: strategies and resources for suicide prevention among gifted youth // J-I of the Education for the gifted. 1990. V. 13. P. 212-228.
- Donaldson D., Spirito A., Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters // Child Psychiatry and Human development. 2000. V. 31. № 2. P. 99-111.
- Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. Clin Psychol Rev 2011;31;203-212.
- Ellis T., Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients // Cognitive therapy and research. 1986. V. 10. P. 625-634.
- Enns M., Cox B. Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions // Canadian J-I of psychiatry. 2000. V. 45. № 4. P. 263-268.
- Enns M., Cox B. Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder // Behaviour Research and Therapy. 1999. V. 37. P. 783-794.
- Enns M., Cox B. Personality dimensions and depression: Review and Commentary // Canadian J Psychiatry. 1997. V. 42. № 3. P. 1-15.
- Enns M., Cox B. The nature and assessment of perfectionism: a critical analysis // Flett G., Hewitt P. (eds.), Perfectionism: Theory, research and treatment. Washington DC. American Psychological Association. 2000.
- Fairburn C., Brownell K. (eds). Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. Guilford press. New York, London. 2003.
- Flett G., Hewitt P., Blankstein K., O'Brien S. Perfectionism and learned re-resourcefulness in depression and self-esteem // Personality and Individual differences. 1991. V. 12. № 2. P. 61-68.
- Flett G., Hewitt P., De Rosa. Dimensions of perfectionism, psychological adjustment, and social skills // Personality and Individual Differences. 1996. V. 20. № 3. P. 143-150.

- Flett G., Hewitt P., Garshowitz M., Martin T. Personality, negative social interactions, and depressive symptoms // Canadian J-l of Behavioral Science. V. 29. № 1. P. 28-37.
- Frost R., Heimberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A. A comparison of two measures of perfectionism // Personality and individual differences. 1993. V. 14. № 1. P. 119-126.
- Frost R., Heimberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A. A comparison of two measures of perfectionism // Pers Individ Differences. 1993. V. 14. P. 119-126.
- Frost R., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. The dimensions of perfectionism // Cognitive Therapy and Research. 1990. V. 14. P. 449-468.
- Frost R., Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients // Behavior Research and Therapy. 1997. V. 42. № 3. P. 291-296.
- Frost R., Steketee G., Cohn L., Griess K. Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents // Behavior Research and Therapy. 1994. V. 32. № 1. P. 47-56.
- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 85–94.
- Hamachek D. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism // Psychology. 1978. V. 15. P. 27-33.
- Hewitt P., Flett G. Perfectionism and depression: a multidimensional study // J-l of Social Behavior and Personality. 1990. V. 5. № 5. P. 423-438.
- Hewitt P., Flett G. Perfectionism and suicide potential // British J-l of Clinical Psychology. 1992. V. 31. P. 181-190.
- Hewitt P., Flett G. Perfectionism in the Self and Social context: conceptualization, assesment and association with psychopathology // J-l of Personality and Social Psychology. 1991. V. 60. № 3. P. 456-470.
- Hewitt P., Flett G., Blankstein K., Mosher S. Components of perfectionism and self-actualization // J-l of Social Behaviour and Personality. 1991. V. 6. № 2. P. 147-160.
- Hewitt P., Flett G., Ediger E. Perfectionism and depression: longitudinal assesment of a specific vulnerability hypothesis // J-l of Abnormal Psychology. 1996. V. 105. № 2. P. 276-280.
- Hewitt P., Flett G., Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in Eating disorder attitudes, characteristics and symptoms // International J-l of Eating Disorders. 1995. V. 18. № 6. P. 317-326.
- Hewitt P., Flett G., Turnbull-Donovan W. Perfectionism and suicidal potential // British J-l of Clinical Psychology. 1992. V. 31. № 2. P. 181-190.
- Hewitt P., Newton J., Flett G., Callander L. Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients // J-l of Abnormal Child Psychology. 1997. V. 25. № 2. P. 95-101.

- Hollender M. Perfectionism // *Compr Psychiatry*. 1965. V. 6. P. 94-103.
- Minarik M., Ahrens A. Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women // *Cognitive Therapy and Research*. 1996. V. 20. P. 155-169.
- Miranda J., Person J. Dysfunctional attitudes are state-dependent // *J-I of Abnormal Psychology*. 1988. V. 97. P. 76-79.
- Missildine W. Perfectionism – If you must strive to “do better” // *Your inner child of the past* (Missildine W., ed.). 1963, New York: Pocket Books. P. 75-90.
- Pacht R. Reflections on perfection // *American Psychologist*. 1984. V. 39. P. 386-390.
- Plinner P., Haddock G. Perfectionism in weight – concerned and -unconcerned women: an experimental approach // *International J-I of eating Disorders*. 1996. V. 19. № 4. P. 381-389.
- Ranieri W., Steer R., Lavrence T., Rissmiller D., Piper G., Beck A. Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients // *Psychological Reports*. 1987. V. 61. P. 967-975.
- Rheame J., Freeston M., Dugas M., Letarte H., Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms // *Behavior Research and Therapy*. 1995. V. 33. № 7. P. 785-794.
- Rheame J., Freeston M.H., Ladouceur R., Bouchard C., Gallant L., Talbot F., Vallieres A. Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? // *Behavior Research and Therapy*. 2000. V. 38. № 2. P. 119-228.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2221–2231.
- Saboonchi F., Lundth L., Ost L. Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia // *Behavior research and Therapy*. 1999. V. 37. № 9. P. 799-808.
- Saddler C., Sacks L. Multidimensional perfectionism and academic procrastination: Relationship with depression in University students // *Psychological Reports*. 1993. V. 73. № 6. P. 863-871.
- Salkovskis P., Warwick H. Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder // *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* (C. Perris, I. Blackburn, H. Perris, eds.). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, Heidelberg. 1988. P. 377-395.
- Shafran R. Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // *Clinical Psychology Review*. 2001. V. 21. № 10. P. 879-903.
- Slade P., Owens G. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory // *Behavioral modification*. 1998. V. 22. № 33. P. 372-390.
- Srinivasagam N., Kaye W., Plotnikov K., Greeno C., Weltzin T., Rao R. Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa // *American J-I of Psychiatry*. 1995. V. 152. № 11. P. 1630-2634.

Steele, A., & Wade, T. D. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1316–1323.

Vieth A., Trull T. Family patterns of perfectionism: an examination of college students and their parents // *J-I of Personality Assessment*. 1999. V. 72. № 1. P. 49-67.

Wilksch, S. M., Durbridge, M. R., & Wade, T. D. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 939–947.

Woods P., Muller G. The contamination of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for long-range suicide prevention // *J-I of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 1988. V. 6. P. 236-258.