

На правах рукописи

Гаранян Наталья Георгиевна

**ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И ВРАЖДЕБНОСТЬ
КАК ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ
ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ**

19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Москва – 2010

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении
«Московский научно-исследовательский Институт психиатрии»
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Научный консультант: **Краснов Валерий Николаевич** -
доктор медицинских наук, профессор;
директор ФГУ «Московский научно-
исследовательский институт психиатрии»
Федерального агентства по здравоохранению и
социальному развитию

Официальные оппоненты: **Дозорцева Елена Георгиевна** -
доктор психологических наук, профессор;
руководитель лаборатории психологии детского и
подросткового возраста отдела социальных и
судебно-психиатрических проблем
несовершеннолетних ФГУ «Государственный
научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского» Федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию

Сирота Наталья Александровна -
доктор медицинских наук, профессор;
декан факультета клинической психологии
ГОУВПО «Московский Государственный Медико-
стоматологический университет» Министерства
здравоохранения и социального развития РФ

Гульдан Виктор Викторович -
доктор психологических наук;
руководитель психологической лаборатории
Московского областного Центра социальной и
судебной психиатрии при Центральной Московской
областной клинической психиатрической больнице

Ведущая организация: Учреждение Российской академии медицинских наук
«**Научный центр психического здоровья РАМН**»

Защита состоится 19 ноября 2010 года в 15.00 часов на заседании
диссертационного совета Д 501.001.15 в Московском государственном
университете имени М.В. Ломоносова по адресу: 125009, г. Москва,
ул. Моховая, д. 11, стр. 9, аудитория _____.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени
М.В. Ломоносова

Автореферат разослан _____ 2010 года

Ученый секретарь
диссертационного совета

Е.Ю. Балашова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы связана с ростом заболеваемости депрессивными и тревожными расстройствами в общей популяции и их тяжелыми последствиями. По уровню распространенности они занимают первое место среди психических расстройств: ими страдают до 30% пациентов, обращающихся в общемедицинские учреждения, и 10-20% лиц в общей популяции, при этом 4% из них страдают хроническими формами данного типа патологии (Н. Wittchen, 2005; Н. Akiskal, 1993; А. Frances, L. Donovan, 1998). Сопряженная с этими расстройствами утрата трудоспособности и значительные затраты на лечение весьма ощутимы для бюджета (Т. Dehue, 2009). Депрессивные и тревожные расстройства служат факторами риска развития разных форм химической зависимости (Ж. Шиньон, 1993; Н. Wittchen, 2005; А.Г. Гофман, 2002), утяжеляют течение сопутствующих соматических заболеваний, сопряжены с повышенной смертностью (В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, 2003; А.Б. Смулевич, 2003; О.П. Вертоградова 2004; Т.В. Довженко, 2008). Депрессивные расстройства также являются главным фактором суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест в мире (В.Ф. Войцех, 2004). Неблагоприятной тенденцией становится увеличение доли молодых пациентов в общем числе больных, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами (Н.Е. Кравченко, 2007). Этот комплекс обстоятельств создает серьезную проблему не только для здравоохранения, но и общества в целом.

Высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств и их тяжелые последствия диктуют необходимость изучения *психологических факторов*, связанных с их возникновением и течением. В психиатрии и клинической психологии существует многолетняя традиция изучения конституционально-личностных характеристик у пациентов с депрессией и тревогой (Э. Крепелин, Э. Кречмер, З. Фрейд). Отечественные психиатры и психологи последовательно отстаивали необходимость личностной диагностики при постановке клинического диагноза и выборе стратегии лечения (О.П. Вертоградова, 1988; В.Н. Краснов, 1986, О.А. Борисова, 1988; Б.В. Зейгарник, 1986; Б.С. Братусь, 1980; Е.Т. Соколова, 1989, 1995, 2001; В.В. Николаева, 1980, 1995). Однако количество эмпирических исследований по данной проблеме остается в отечественной науке крайне малочисленным.

Во многих эмпирических исследованиях установлена высокая коморбидность депрессивных, тревожных и личностных расстройств (Н. Akiskal, 1992; J. Gunderson, K. Phillips, 1991; А.Е. Бобров, С.А. Головин, 1997; Г.С. Банников, 1998). В таком сочетании депрессивные расстройства характеризуются ранней манифестацией, хронификацией (R. Niershfeld, 1998), более тяжелой симптоматикой (Р.Я. Вовин, И.О. Аксенова, 1982), худшим прогнозом лечения (О.П. Вертоградова, 1998). Коморбидность с личностными расстройствами может стать причиной плохого комплаенса и преждевременного прерывания лечения (K. Phillip, J. Gunderson, 1990; W. Sanderson, A. Beck, L. Keswani, 1994). Отдельные дисфункциональные

личностные черты (нейротизм, межличностная зависимость, экстернальность), даже не достигая уровня личностного расстройства, повышают риск депрессивных или тревожных состояний и выступают как факторы их хронификации (M. Enns, V. Cox, 2001; R. Mulder, 2006).

Дискутируются критерии выделения депрессивных и тревожных расстройств и границы между ними (C. Stavrakaki, V. Vargo, 1986; С.Н. Мосолов, В.В. Калинин, 1998; А.С. Аведисова, 2006; В.Н. Краснов, 2008). Полемика отражает стремление специалистов разработать адекватную клинической реальности и практически действенную таксономию аффективных заболеваний. Сравнительное исследование личностных характеристик пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами должно способствовать конструктивному разрешению спора (A. Clark, D. Watson, S. Mineka, 1994).

В настоящее время активно обсуждается связь депрессивного и тревожного типов реагирования с такими личностными факторами, как «перфекционизм» и «враждебность» (R. Shafran, W. Mansell, 2001; P. Hewitt, 2001; А.Б. Холмогорова, 2006; С.Н. Ениколопов, 2007). Популяционные и относительно немногочисленные клинические исследования продемонстрировали их связь с рядом психических расстройств (депрессивными, тревожными расстройствами, нарушениями пищевого поведения) и суицидальным поведением (R. Shafran, W. Mansell, 2001; Н.Г. Гаранян, М.В. Москова, 2007). По данным психотерапевтических и клинических исследований перфекционизм и враждебность выступают в качестве контртерапевтических факторов, снижающих эффективность лечения депрессивных и тревожных расстройств (S. Blatt, D. Quinlan, P. Pilkonis, T. Shea, 1995; M. Shear, 2007).

В теоретических и эмпирических исследованиях перфекционизма и враждебности при депрессивных и тревожных расстройствах существует много противоречий и «белых пятен». Перфекционизм (стремление следовать чрезмерно высоким стандартам) рассматривается как многомерный личностный конструкт, однако вопрос о его конкретной психологической структуре остается дискуссионным (P. Hewitt, R. Frost, 1991; R. Shafran, W. Mansell, 2001). Уточнение структуры перфекционизма позволит выделить важные мишени психотерапии и психопрофилактики эмоциональных расстройств. Сложность использования этого теоретического конструкта связана также с тем, что перфекционизм практически не изучался с помощью экспериментальных методов в контексте теории мотивации достижения. Однако в отечественной патопсихологии существует богатая традиция экспериментальных исследований *целеполагания* (Б.В. Зейгарник, 1971; Н.С. Курек, 1982; А.Б. Холмогорова, 1983), которая может стать основой осмысления феномена перфекционизма как личностного фактора, определяющего специфику целеполагания в норме и патологии. Результаты исследований враждебности и агрессии при депрессивных и тревожных расстройствах также носят противоречивый характер (А.В. Ваксман, 2006; А.А. Абрамова, 2005; С.О. Кузнецова, 2007; L. Goldman и D. Naaga, 2000; H. Nabi, 2009). Остается спорной устойчивостью перфекционизма и

враждебности в качестве личностных факторов и их зависимость от аффективного состояния. Недостаточно изучен вопрос о связи данных личностных факторов с показателями стресса и стратегиями совладания с ним. Наконец, крайне малочисленны сравнительные исследования перфекционизма и враждебности в контексте дискуссии об автономности депрессивных и тревожных расстройств.

Устранение этих противоречий и восполнение существующих пробелов является самостоятельной научной задачей, решение которой предполагает разработку теоретических моделей и проведение эмпирических исследований роли личностных факторов в этиологии, патогенезе и динамике депрессивных и тревожных расстройств. Решение указанной задачи актуально как для практики здравоохранения, так и общества в целом.

Цель исследования – изучение дисфункциональных личностных черт «перфекционизм» и «враждебность» как факторов состояний эмоциональной дезадаптации, депрессивных и тревожных расстройств, их хронификации.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ исследований роли личностных факторов в этиологии, патогенезе и динамике депрессивных и тревожных расстройств.

2. Разработка, валидизация и апробация экспериментально-методического комплекса для изучения и оценки перфекционизма и враждебности как личностных факторов депрессивных и тревожных расстройств, а также состояний эмоциональной дезадаптации.

3. Эмпирическое исследование перфекционизма, враждебности и тактики целеполагания у больных с депрессивными и тревожными расстройствами и у лиц с состоянием эмоциональной дезадаптации.

4. Эмпирическое исследование устойчивости перфекционизма и враждебности как личностных факторов депрессивных расстройств и оценка их роли в резистентности к медикаментозной терапии.

5. Эмпирическое исследование устойчивых связей перфекционизма и враждебности с клинически выделяемыми типами личности (типология DSM-IV-r).

6. Эмпирическое исследование связи перфекционизма и враждебности с дезадаптивными стратегиями совладания со стрессом в популяционной выборке.

Объект исследования – психологические факторы этиологии, патогенеза и динамики депрессивных и тревожных расстройств.

Предмет исследования – перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств и состояний эмоциональной дезадаптации.

Теоретико-методологические основания работы.

Методологической основой работы служат: био-психо-социальная модель психических расстройств, согласно которой в возникновении и течении психических расстройств соучаствуют биологические, психологические (в том числе личностные) и социальные факторы (G. Engel, H. Akiskal, M. Perré,

И.Я. Гурович, Б.Д. Карвасарский, В.Н. Краснов); многофакторная психологическая модель расстройств аффективного спектра (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян); культурно-исторический подход к изучению патологии личности, разработанный в московской психологической школе (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, Е.Т. Соколова, В.Н. Николаева, А.Ш. Тхостов, Ю.П. Зинченко); параметрический подход к исследованию личности и теория личностных черт (А. Frances, L. Clark, T. Watson, P. Kettel, Г. Айзенк); «стресс-копинговые» модели психических расстройств (R. Lazarus, C. Hammen).

Гипотезы исследования:

1. Личностный конструкт «перфекционизм» имеет сложную психологическую структуру, включающую в себя, наряду с высокими стандартами деятельности и притязаниями, ряд когнитивных и интерперсональных параметров.

2. Показатели дисфункциональных личностных факторов «перфекционизм» и «враждебность» у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами, а также у лиц с симптомами эмоциональной дезадаптации значимо выше, чем у здоровых испытуемых.

3. Перфекционизм и враждебность являются устойчивыми личностными факторами, уровень выраженности которых независим от аффективного состояния пациентов.

4. Уровень перфекционизма и враждебности может служить прогностическим признаком неблагоприятного течения депрессивных расстройств и резистентности к их медикаментозному лечению.

5. Для лиц с высоким уровнем перфекционизма (пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами и лиц в состоянии эмоциональной дезадаптации) характерен выраженный конфликт мотивов «стремление к успеху» и «избегание неудачи», активирующий защитные дезадаптивные тактики целеполагания.

6. Дисфункциональные личностные черты «перфекционизм» и «враждебность» связаны с дезадаптивными стратегиями совладания со стрессом.

Методы исследования.

1. Теоретический анализ клинических и психологических моделей связи личностных дисфункций с депрессивными и тревожными расстройствами.
2. Клинико-психологический – исследование пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами с помощью оригинальных, адаптированных и валидизированных психологических методик (экспериментальные и проективные психологические методики, опросники).
3. Популяционный – исследование выборки испытуемых из общей популяции с помощью оригинальных, апробированных и валидизированных психологических опросников.
4. Статистический – использование методов математической статистики (для статистического сравнения групп использовался критерий U-Mann-Whitney для независимых выборок, критерий T-Wilcoxon для зависимых

выборки; для установления корреляционных связей – коэффициент корреляции *r-Spearman*; для валидации методик – факторный анализ, тест-ретест, коэффициент α -Кронбаха, коэффициент *Guttman Split-half*; для анализа влияния переменных использовался дискриминантный и регрессионный анализ). Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ *SPSS for Windows, Standard Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002*.

Разработанный экспериментально-методический комплекс состоит из следующих блоков методик:

1. *Методики оценки аффективного состояния испытуемых*: Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний *F. Zunge* (адаптирована Т.И. Балашовой), шкала тревоги *А. Бека (BAI)*, Личностная шкала проявления тревоги *J. Taylor* (адаптирована Т.А. Немчиным), опросник депрессивности *А. Бека (BDI)*, Клиническая шкала самоотчета *SCL-90-R* (адаптированы Н.В. Тарабриной).

2. *Методики оценки эмоциональной дезадаптации у студентов*: Опросник недавних жизненных событий у студентов *P. Kohn, K. Lafreniere, M. Gurevich (ICSRLE)*; Шкала экзаменационной тревожности *C. Sarason (TAS)*; Шкала социального избегания и дистресса *D. Watson, R. Friend (SADS)*.

3. *Методики оценки личностных характеристик испытуемых*: оригинальный опросник перфекционизма, оригинальный тест враждебности, Многомерная шкала перфекционизма *R. Frost (MPS-F)*, методика «Уровень притязаний» в модификации *Н.С. Курека*, Методика диагностики показателей и форм агрессии *А. Басса и А. Дарки*, проективный тест «Рука» *Э. Вагнера*, Опросник *SCID-II-Q*, Мотивационный тест *Х. Хекхаузена*, Опросник «Сквозной биполярный перечень» *L. Goldberg*.

4. *Методики оценки стратегий совладания со стрессом*: Шкала копинг-стратегий *C. Carver, M. Shreier, J. Weintraub (COPE)*; Шкала общей прокрастинации *B. Tuckman (TGPS-R)*; Шкала прокрастинации для студентов *S. Lay (PSS)*; Шкала социального избегания и дистресса (*Social Avoidance and Distress Scale, Watson, Friend, SADS*).

5. *Методики оценки терапевтической динамики в медикаментозном лечении*: Шкала общего клинического впечатления *W. Guy (GSI)*; Опросник «Выполнение врачебных рекомендаций» *R. Hays, R. Kravitz*.

Характеристика обследованных групп.

В исследовании приняли участие следующие группы испытуемых:

1. *Клиническая выборка*, которую составили 4 группы больных депрессивными расстройствами (89 пациентов участвовали в сравнительном исследовании личностных характеристик больных депрессивными и тревожными расстройствами, 32 пациента участвовали в динамическом исследовании стабильности личностных черт, 55 пациентов участвовали в исследовании связи перфекционизма и враждебности с типологическими характеристиками личности, 80 пациентов участвовали в исследовании личностных факторов

резистентности) и 1 группа пациентов с тревожными расстройствами (93 человека).

2. *Контрольные группы* испытуемых: 73 человека выступали в качестве контроля при исследовании перфекционизма и враждебности в группах больных депрессивными и тревожными расстройствами, 43 человека приняли участие в динамическом исследовании устойчивости изучаемых черт.
3. *Популяционная выборка* - 663 юношей и девушек (студенты первых курсов ВУЗов с высокой интенсивностью учебных нагрузок).
4. В дополнительных исследованиях, направленных на стандартизацию опросников, участвовали 285 испытуемых.

Всего было обследовано 1413 испытуемых.

Достоверность результатов обеспечивается большим объемом обследованных выборок; использованием методик, прошедших процедуры валидации и стандартизации; обработкой полученных данных с помощью адекватных методов математической статистики; воспроизводимостью ряда результатов, полученных зарубежными и отечественными исследователями.

Положения, выносимые на защиту

1. Личностный фактор «перфекционизм» имеет сложную психологическую структуру, включающую, наряду с чрезмерно высокими стандартами деятельности и притязаниями, когнитивные параметры.
2. Существует значимая связь личностного фактора «перфекционизм» с депрессивными и тревожными расстройствами, а также состояниями эмоциональной дезадаптации.
3. Мотивационной основой перфекционизма является интенсивный «конфликт достижения», при котором мотивы «стремление к успеху» и «избегание неудачи» выражены с одинаковой силой.
4. Пациенты с депрессивными расстройствами, характеризующиеся неблагоприятным течением заболевания и плохой реакцией на медикаментозную терапию, демонстрируют достоверно более высокие показатели личностного фактора «перфекционизм», в сравнении с пациентами с хорошей реакцией на терапию. Установлены значимые связи между общим показателем перфекционизма и характеристиками неблагоприятного течения депрессивных расстройств.
5. Существует значимая связь дисфункционального личностного фактора «враждебность» с депрессивными и тревожными расстройствами, а также состояниями эмоциональной дезадаптации лиц популяционной выборки.
6. Перфекционизм и враждебность являются относительно устойчивыми личностными чертами: в состоянии терапевтической ремиссии, достигнутой в результате изолированного медикаментозного лечения, их показатели снижаются, однако, остаются повышенными, в сравнении с показателями контрольной группы.

Новизна и теоретическая значимость исследования.

Впервые в отечественной клинической психологии проведено сравнительное исследование личностных факторов депрессивных и тревожных расстройств в соответствии с современными методологическими требованиями.

На основании результатов проведенного исследования выделены дифференциальные критерии здорового и патологического типов перфекционизма. Психологическая структура перфекционизма включает, наряду с высокими стандартами и притязаниями личности, ряд когнитивных дисфункций. Получены новые для отечественной клинической психологии результаты, свидетельствующие о достоверной связи перфекционизма с клиническими формами депрессивных и тревожных расстройств, а также состояниями эмоциональной дезадаптации.

Впервые проведен теоретический анализ феномена перфекционизма с позиций теории мотивации достижения. Показано, что мотивационную основу перфекционизма составляет т.н. «конфликт достижения». С привлечением экспериментальных и проективных методов доказана связь изучаемого фактора с конфликтом оценочных диспозиций, входящих в мотив достижения («стремления к успеху» и «избегания неудачи»).

Впервые проведено сравнительное исследование враждебности (склонности наделять социальные объекты негативными качествами) и агрессии (поведения, в основе которого лежит намерение нанести повреждения или причинить вред другому человеку) в репрезентативных группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Установлен ряд новых для отечественной психологии результатов: пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами характеризуются достоверно более высокими, чем в норме, показателями враждебности; при этом показатели прямых и открытых форм агрессии в этих группах не отличаются от нормативных.

Впервые в отечественной клинической психологии установлена относительная устойчивость «перфекционизма» и «враждебности» как личностных факторов депрессивных расстройств. Впервые показано, что пациенты с депрессивными расстройствами – «нореспондеры» – отличаются от пациентов «респондеров» более высокими показателями перфекционизма и враждебности, что имеет важное значение для прогноза течения депрессивных расстройств и эффективности терапии. Впервые в изучении перфекционизма и враждебности параметрический подход объединен с типологическим: доказано, что эти факторы связаны с широким спектром других дисфункциональных черт разных типов личности, выделяемых в классификации DSM-IV-R. Разработаны модели возможных связей изучаемых перфекционизма и враждебности со стрессом. Впервые в отечественной клинической психологии установлена связь перфекционизма и враждебности с дезадаптивными стратегиями совладания со стрессом, в частности, в форме так называемой академической прокрастинации и социального избегания.

Практическая значимость исследования.

Изучены важные личностные факторы депрессивных, тревожных расстройств и эмоциональной дезадаптации у студентов, служащие важными мишенями психологической помощи этому контингенту. Разработаны, адаптированы и валидизированы диагностические методики, позволяющие выявлять личностные факторы эмоциональных расстройств. Разработаны оригинальные инструменты для исследований перфекционизма (Опросник перфекционизма) и враждебности (Проективный тест враждебности), прошедшие валидизацию в лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава». Впервые переведены на русский язык и адаптированы опросники для изучения клинически выделяемых типов личности (SCID-II-Q), для изучения эмоциональной дезадаптации у студентов (Опросник недавних жизненных событий у студентов, Шкала экзаменационной тревожности), для оценки стратегий совладания со стрессом (Шкала копинг-стратегий COPE, Шкалы академической и общей прокрастинации, социального избегания и дистресса).

Результаты исследования внедрены: в практику работы клиник Московского НИИ психиатрии Росздрава, ГКПБ №4 им. П.Б. Ганнушкина и ГКПБ №13, кафедры медицинской психологии МАПО Санкт-Петербурга, Чувашского центра психологической помощи (г. Чебоксары).

Результаты исследования используются в образовательном процессе факультета психологического консультирования и факультета повышения квалификации Московского городского психолого-педагогического университета, факультета клинической психологии Чебоксарского университета, факультета психологии Днепропетровского национального университета.

Апробация исследования. Основные положения и результаты работы докладывались на международной конференции «Synthesis between psychopharmacology and psychotherapy» (Иерусалим, 1997); на российско-американском симпозиуме «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» (Вашингтон, 2000); на конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства» (Москва, 2003); на Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» (Москва, 2004); на конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины» (Санкт-Петербург, 2006); конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных» (Москва, 2006); на Российской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах» (Москва, 2009); на 14 Конгрессе Всемирной Ассоциации психиатров (Прага, 2008).

Структура диссертации.

Работа изложена на 429 страницах, состоит из 8 глав, обсуждения результатов, выводов, заключения, списка литературы из 356 наименований и

приложения. Работа содержит 126 таблиц, иллюстрирована 4 диаграммами и 1 графиком.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обоснована актуальность работы; сформулированы предмет, цель, задачи и гипотезы исследования; раскрыты его теоретические основания; дана характеристика обследованных групп и использованных методов, научной новизны, теоретической и практической значимости; представлены основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Концептуальные модели и эмпирические исследования личностных факторов депрессивных и тревожных расстройств» посвящена анализу состояния вопроса о связи личностных дисфункций с депрессивными и тревожными расстройствами.

Установлено, что методологическим основанием такого рода исследований служат *типологический и параметрический подходы*. Первый – фиксирует взаимосвязи депрессии с типом личности (личностным расстройством); второй – с отдельными дисфункциональными чертами (A. Frances, 1982). Анализируются достоинства и ограничения каждого из подходов.

Для систематизации и анализа большого массива данных, накопленных в этой области знания, привлечены *концептуальные модели взаимосвязей личностных дисфункций и депрессии*, разработанные американской рабочей группой (M. Klein, S. Wonderlich, T. Shea, 1993).

В *модели общей причинности* личностные дисфункции и депрессия рассматриваются как независимые патологические феномены, обусловленные общей глубинной причиной (чаще – биологической, реже – психологической). На эмпирическом уровне ей соответствуют исследования коморбидности депрессивных и личностных расстройств (W. Sanderson, S. Wetzler, A. Beck, F. Betz, 1992; E. Corruble, D. Ginestet, J. Guelfi, 1996); на теоретическом – теория социального поведения L. Benjamin (1979) и модель темперамента C. Cloninger (1986).

Модели спектра рассматривают личностные аномалии и депрессию как взаимосвязанные различные проявления одного и того же глубинного процесса болезни с общей этиологией и факторами риска. Предполагается, что одно нарушение предшествует другому и выступает как его более ранняя фаза (или менее развитая форма). Этой модели соответствуют концепции немецкой психиатрии, описывающие типы личности, характерные для больных депрессивными расстройствами (учение о «депрессивном темпераменте» Э. Крепелина, «депрессивной психопатии» К. Шнайдера, «типус меланхоликус» Р. Tellenbach), и современное учение о субаффективных расстройствах Н. Akiskal (1989). В разнообразии свойств этих характеров отмечаются общие черты: склонность к негативному аффекту и повышенная реактивность на стресс, особая чувствительность к неудачам (комплекс черт, впоследствии получивший название «нейротизм»), неверие в собственные

силы, склонность к симбиотическим отношениям, пессимизм. В описаниях депрессивной конституции и характеристик перфекционизма установлен ряд схожих черт: страх перед неудачей, высокие требования к результатам работы, постоянное отыскивание в ней недочетов, предвидение неразрешимых трудностей в предстоящей деятельности, повышенная требовательность к себе.

Согласно *предиспозиционной модели*, личностные дисфункции предшествуют по времени и выступают как специфический фактор риска или предрасполагающее условие для клинической манифестации депрессии. Ей соответствуют психоаналитические теории и концепция «когнитивной уязвимости» (S. Freud, 1917; M. Vemporad, G. Arietti 1976; S. Blatt, 2004; A. Beck, 2008). Зафиксировано существенное сходство психоаналитического и когнитивно-бихевиорального подходов к изучению взаимосвязи личностных дисфункций и депрессий на современном этапе. Оба подхода акцентируют действенность личностных факторов, выделяя такие особенности депрессивных пациентов, как враждебность и интернализированный гнев (К. Абрахам, 1911; A. Friedman, 1971; R. Ingram, 2007), высокие притязания (К. Абрахам, 1924; A. Beck, 2001; P. Hewitt, G. Flett, 2001), желание воплощать идеальное Я (З. Фрейд, 1999), склонность к выдвиганию недостижимых целей (H. Bleichmar, 1996), беспомощность Эго в силу грандиозных нарциссических желаний (E. Bibring, 1953), перфекционистские установки (D. Burns, 1984; A. Beck, 2000). Отмечается сходство аналитической и когнитивной типологий депрессивной личности (анаклитический – интроективный, социотропный – автономный типы). Эти подходы легли в основу современных параметрических исследований личностных факторов депрессии и тревоги.

Патопластическая модель и *модель осложнения* описывают взаимовлияние депрессивных расстройств и личностной патологии, рассматривая их как феномены с разной этиологией. Одно расстройство может в значительной степени влиять на клиническую картину, тяжесть, длительность и курабельность другого расстройства (О.П. Вертоградова, И.Л. Степанов, Г.С. Банников, 1998; Г.С. Банников, 1998). Патопластической модели соответствуют исследования личностных факторов резистентности при лечении депрессий, задающие самое актуальное направление в современных разработках проблемы (R. Mulder, 2006).

Выделены важные *методологические требования* к современным исследованиям личностных факторов депрессий: 1) оценка устойчивости депрессогенных личностных черт и их независимости (абсолютной или относительной) от текущего аффективного состояния; 2) оценка специфичности депрессогенных личностных черт, в сравнении с чертами больных тревожными расстройствами, на основе современных клинических и психологических теорий. Последнее требование связано с поисками дополнительных аргументов в споре между сторонниками «унитарной» и «плюралистической» моделей соотношения депрессии и тревоги (C. Stavrakaki, V. Vargo, 1986). Известно, что многие тревожные пациенты одновременно предъявляют симптомы депрессии, а депрессивные – страдают от тревоги (О.П. Вертоградова, 1998; В.С. Собенников, 1993). При этом выбор

терапевтических интервенций и прогноз заболевания во многом зависят от поставленного диагноза. На примере «тройственной модели депрессии и тревоги» (L. Clark, T. Watson, S. Mineka, 1994) и концепции «когнитивной специфичности» (A. Beck, D. Clak, 1990) показаны возможности психологических исследований в решении данной проблемы.

Во второй главе «Теоретические модели и эмпирические исследования перфекционизма в клинической психологии и психиатрии» проанализированы теоретические и эмпирические исследования перфекционизма. Анализируются ранние теоретические предшественники концепции перфекционизма (А. Адлер, К. Хорни, D. Burns). Рассматриваются результаты исследований, показывающих, что чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим субъективным дискомфортом, высоким риском расстройств аффективного спектра и сниженной продуктивностью деятельности (A. Beck, 1987; S. Blatt, D. Quinlan, E. Shevron, 1982; S. Blatt, D. Quinlan, P. Pilkonis, 1995; P. Hewitt, G. Flett, 1991; R. Frost, R. Heinberg, C. Holt, J. Mattia, A. Neubauer, 1993; А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 1988; K. Halmi, S. Sunday, 2000; M. Minarik, A. Ahrens, 1996). Описаны наиболее деструктивные последствия перфекционизма: переживания безнадежности, суицидальная готовность, избегающее поведение в форме прокрастинации, негативное влияние на эффективность краткосрочного лечения (M. Hollender, 1965; P. Hewitt, J. Newton, G. Flett, L. Callander, 1997; S. Blatt, 1995; C. Sadler, L. Sacks, 1993; S. Blatt, D. Quinlan, P. Pilkonis, 1995). Выделены основные направления современных исследований перфекционизма.

Изучение психологической структуры перфекционизма. Изначально перфекционизм рассматривался как одномерный конструкт с единственным параметром в виде «чрезмерно высоких стандартов личности» (M. Hollender, 1965; W. Missildine, 1963; D. Burns, 1984). В настоящее время исследователи отстаивают многомерную структуру черты (P. Hewitt, G. Flett, 1990; R. Frost, R. Heinberg, C. Holt, 1993). В *канадской концепции* за основу взята объектная направленность черты, выделены «Я-адресованный», «адресованный другим», «адресованный миру» и «социально-предписываемый» перфекционизм (P. Hewitt, G. Flett, 1990). В *британской концепции* (R. Frost) выделены шесть компонентов (высокие личные стандарты, озабоченность ошибками, сомнения в действиях, высокие родительские ожидания и критика, стремление к порядку и организованности). В *американской концепции* выделены «высокие стандарты», «склонность к порядку», «тревога», «прокрастинация» и «проблемы в интерперсональных отношениях» (R. Slaney, K. Rice, J. Ashby, 2002). Отмечены спорные аспекты этих концепций: уязвимость *канадской концепции* заключается в ее внутренней противоречивости. Правомерно выдвигая тезис о многомерности перфекционизма, ее авторы фактически акцентируют единственный параметр «высокие стандарты», оговорив возможность их разной адресации (собственной личности, миру, окружающим людям). Параметр «социально предписываемого перфекционизма» представляет те же высокие стандарты, только делегируемые индивиду

значимыми другими (субъективное ощущение «принуждения к совершенству»). Эти представления не объясняют в полной мере то, как высокие требования к собственной личности трансформируются в саморазрушительную погоню за невозможным и становятся патогенными. Канадские исследователи игнорируют ряд важных *когнитивных параметров* перфекционизма, в сочетании с которыми высокие стандарты становятся дезадаптивными. Нуждаются в уточнении интерперсональные параметры, в описание которых не вошли важные характеристики, например, склонность к ревнивому отслеживанию успехов других людей и сравнению себя с ними по принципу «чужие достижения – свидетельство моей несостоятельности». Представления о психологической структуре перфекционизма *британской группы* также уязвимы для критики. Они содержат разные основания классификации: наряду с индивидуальными характеристиками, включают показатели родительского стиля, что не является личностной чертой. Наконец, *американская модель* описывает, скорее, разнообразные негативные последствия перфекционизма, чем его аспекты. Таким образом, структура перфекционизма нуждается в дальнейшем уточнении.

Изучение типов перфекционизма. На раннем этапе перфекционизм описывался психотерапевтами как однозначно негативное явление. В этом свете закономерно встал вопрос: как отличить патологическое стремление к совершенству от здорового желания добиться отличного результата, лежащего в основе многих достижений мировой цивилизации? Со временем перфекционизм стал пониматься как сложное явление, которое может принимать и здоровую, и патологическую формы. Были описаны «неадаптивная озабоченность оценением» и «позитивное стремление к достижениям» (R. Frost, 1993), а также «здоровый» и «нездоровый», «адаптивный» и «неадаптивный», «позитивный» и «негативный», «пассивный» и «активный» типы перфекционизма (D. Hamachek, 1978; K. Adkins, W. Parker, 1996; W. Parker, 2001; P. Slade, G. Owens, 1998; R. Slaney, J. Ashby, J. Trippi, 1995). Эти разработки также содержат ряд спорных моментов. Уязвимость для критики создает использование моделей и инструментов, разработанных с целью концептуализации и измерения патологического перфекционизма, для объяснения и диагностики его здоровых вариантов. Разработка дифференциальных критериев здорового и патологического перфекционизма по-прежнему остается актуальной задачей.

Исследования перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Анализ соответствующих публикаций фиксирует ряд познавательных пробелов. Остается открытым вопрос об устойчивости перфекционизма как личностной черты. В зарубежных исследованиях зафиксирована корреляционная связь между параметрами перфекционизма и показателями депрессии, а также социальной тревожности. Эти данные позволяют предположить, что по мере улучшения эмоционального состояния пациентов показатели перфекционизма будут снижаться. Закономерно возникает вопрос – насколько зависим перфекционизм от аффективного состояния? Поиск ответа на данный вопрос ставит важную исследовательскую задачу. Еще одной важной задачей становится изучение

перфекционизма в контексте хронификации депрессий и резистентности к терапии. Сравнительные исследования показателей перфекционизма в группах больных с разными типами реакции на медикаментозное лечение (респондеров и нонреспондеров) в настоящий момент отсутствуют. Несмотря на интенсивный рост числа исследовательских работ по изучению взаимосвязи перфекционизма с депрессивными и тревожными расстройствами, отмечается дефицит исследований, проведенных в клинических выборках испытуемых. Наконец, отмечается дефицит сравнительных исследований перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

Исследования взаимосвязи перфекционизма со стрессом и стратегиями его преодоления. Высказываются гипотезы о том, что дисфункциональные личностные черты (в том числе перфекционизм) повышают частоту и длительность стрессогенных ситуаций повседневной жизни, одновременно диктуя неадаптивные способы совладания со стрессом, что приводит к появлению симптомов депрессии (В.А. Бодров, 2003; К. Hammen, 1990; Р. Hewitt, G. Flett, 2001). Согласно психотерапевтическим наблюдениям, лица с высоким уровнем перфекционизма с целью компенсации тягостных переживаний неудачи и несостоятельности практикуют две дисфункциональные стратегии поведения: избегающее поведение (например, в форме прокрастинации – откладывания значимых дел), или наоборот, сверхмобилизацию с риском сгорания (D. Burns, 1984). Обе стратегии могут затруднять переработку стресса и способствовать его хронификации. Число работ, верифицирующих эти предположения, остается очень незначительным.

Изучение мотивационной основы перфекционизма. Данный аспект проблемы остается наименее изученным. Анализ феномена с позиций теории мотивации достижения (Х. Хекхаузен, 2001) позволил сформулировать предположение о том, что лица с высоким перфекционизмом характеризуются большей выраженностью т.н. «конфликта достижений» по сравнению с испытуемыми с умеренным перфекционизмом. Эта формулировка означает, что обе оценочные диспозиции, входящие в мотив достижения («стремление к успеху» и «избегание неудачи»), выражены у них одинаково интенсивно. Одновременно перфекционисты характеризуются меньшей устойчивостью к этим конфликтующим переживаниям. Эти лица могут использовать стратегии целеполагания, снижающие интенсивность конфликта достижения: прибегать как к осмотрительной постановке невысоких целей, так и к парадоксальной стратегии выбора чрезвычайно трудных целей, что нуждается в экспериментальной проверке. Оптимальную возможность предоставляет отечественная традиция экспериментального изучения патологии притязаний и целеполагания (Б.В. Зейгарник, 1971; Б.С. Братусь, 1976; Н.С. Курек, 1982; А.Б. Холмогорова, 1983).

Связь перфекционизма с различными типологическими измерениями личности. Зафиксирован дефицит эмпирических исследований в данном направлении. Закономерно возникает вопрос, служит ли перфекционизм характерным атрибутом определенного личностного склада, или эта дисфункциональная черта может присутствовать в структуре разных личностных типов? Некоторыми авторами высказывается мнение о связи

перфекционизма с определенными типами – интроективным (S. Blatt, 1992), автономным (А. Beck, 1997), нарциссическим (Е.Т. Соколова, Е.П. Чечельницкая, 2001; Е.Т. Соколова, 2009). Однако действенность культуральных и семейных факторов в виде дисфункциональной ценности успеха и фасадного благополучия (С.В. Воликова, 2006; А.Б. Холмогорова, 2006) позволяет предположить, что перфекционизм является важной индивидуальной чертой человека нашего времени и может присутствовать в структуре разных личностных типов и личностных расстройств, что нуждается в проверке.

Третья глава «Теоретические модели и эмпирические исследования враждебности в психиатрии и клинической психологии» посвящена анализу теоретических и эмпирических исследований враждебности и агрессии у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

Рассматриваются *психоаналитические модели*, в которых неосознаваемые гнев и враждебность выступают важными этиологическими факторами депрессивных и тревожных расстройств. Классическая концепция связывала депрессию с интроецированной агрессией в ответ на мнимую или реальную утрату объекта (З. Фрейд, 1917). В более поздних формулировках патология агрессии перестала рассматриваться в качестве универсальной причины всех случаев депрессии, однако, по-прежнему считалась одним из возможных механизмов расстройства (Н. Bleichmar, 1996). Психодинамические концепции тревоги интегрировали несколько факторов: а) конституциональную пугливость ребенка, заставляющую искать успокоения у взрослых и делающую его зависимым от них; б) наличие интенсивного гнева и враждебности в адрес объекта зависимости; г) вытеснение этих переживаний в силу страха лишиться опоры; г) развитие симптомов тревожных расстройств как компромиссных образований, снижающих интенсивность внутриспсихического конфликта (З. Фрейд, 1926; А. Compton, 1992; G. Gabbard, J. Beck, J. Holmes, 2007; M. Shear, 2007).

Отмечается *деформация*, возникшая в эмпирических исследованиях враждебности и агрессии при депрессивных и тревожных расстройствах. Мощное влияние психодинамических концепций привело к тому, что исследования последних 50 лет были преимущественно сфокусированы на вопросе о направленности гнева и агрессии при эмоциональных расстройствах (соотношении их интернализированных и экстернализованных форм). Парадоксальным образом, такая сосредоточенность на данном вопросе до сих пор не привела к каким-либо непротиворечивым выводам.

С одной стороны, есть основания для вывода о том, что как для депрессивных, так и тревожных пациентов, характерно интенсивное и хорошо осознаваемое переживание гнева и враждебности, сочетающееся со склонностью к подавлению их открытой экспрессии и дефицитом навыков конструктивной агрессии (Г. Аммон, 1990; С.Д. Соловьева, Н.Г. Незнанов, 1993; А. Frieman, 1971; L. Goldman & D. Naaga, 2000). С другой стороны, при проверке «серотониновой гипотезы» установлены отдельные формы депрессивных и тревожных расстройств, при которых имеет место склонность

к открытым проявлениям гнева и агрессии (M. Fava, K. Anderson, J. Rosenblaum, 1990; H. Akiskal, 2004; А.В. Ваксман, 2005). Имеет место расхождение данных, фиксируемых разными методами. Результаты шкал самоотчета подтверждают сформулированный вывод; наблюдения за естественными коммуникациями депрессивных пациентов констатируют высокий уровень открыто проявляемой в общении агрессии (M. Hinchkliff, C. Cooper, 1979).

Неблагоприятная тенденция заключалась в исчезновении из поля зрения исследователей нескольких важных вопросов.

Сопоставление данных о структуре и уровне враждебности и агрессии при депрессивных расстройствах сильно затруднено понятийной путаницей, что, в первую очередь, относится к употреблению термина «враждебность». В ряде работ он трактуется очень широко и подразумевает антагонистическое отношение к людям, включающее аффективный (гнев) и поведенческий (агрессию) компоненты (J. Barefoot, 1992; цит. по: С.Н. Ениколопов, А.В. Садовская, 2000). Более современные работы сужают определение до негативных когнитивных установок по отношению к различным объектам (А. Веck, 1999; Г. Кассинов, Р. Тафрейт, 2005; С.Н. Ениколопов, 2007). Отмечается дефицит исследований враждебности в современном понимании. Исследования, сфокусированные на изучении субъективной картины социального мира у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами, начаты в последнее время и потому малочисленны (H. Nabi, A. Singh-Manoux, J. Ferrie, M. Marmot, M. Melchior, M. Kivimaki, 2009; R. Ingram, L. Trenary, M. Odom., L. Berry, T. Nelson, 2007). Вместе с тем, данные о негативном влиянии враждебности на эффективность лечения этих расстройств, а также на показатели соматического здоровья и алкоголизации у лиц с симптомами депрессии, делают их особенно актуальными (D. Vandervoort, 1995; A. Heerlein, P. Richter, M. Gonzalez, J. Santander, 1998).

Остается неясным, является ли высокая враждебность стабильной личностной характеристикой пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Зафиксирована связь показателей враждебности и гнева с тяжестью депрессии (А.А. Абрамова, 2005; С.О. Кузнецова, 2007). В свете этих данных, склонность наделять объекты социального мира негативными качествами (т.н. «враждебная картина мира») может оказаться компонентом депрессивной когнитивной триады, а не стойкой личностной характеристикой.

Отмечается дефицит сравнительных исследований гнева, враждебности и агрессии при депрессивных и тревожных расстройствах, которые могли бы дать новые аргументы в споре между представителями «унитарной» и «плюралистической» моделей соотношения депрессии и тревоги.

Наименее изученным аспектом проблемы является связь враждебности и агрессии со стрессом и способами совладания с ним, хотя современные «предиспозиционные модели враждебности» описывают эту черту в контексте повышенной стрессогенности жизни, дефицита социальной поддержки и непродуктивных способов преодоления трудностей (H. Nabi, 2009; R. Ingram, 2007; А.Б. Холмогорова, 2006).

В результате проведенного анализа показано, что перфекционистские установки могут быть тесно связаны с враждебностью. Логично

предположить, что чрезмерные ожидания от собственной личности и других людей могут приводить к разочарованиям, циничному и пессимистичному взгляду на окружающих, девальвации их возможностей и достижений.

Теоретическая часть работы завершается формулировкой гипотез и их тщательным обоснованием (раздел «Обоснование гипотез»).

В главе 4 «Организация исследования» приводится клиническая и социодемографическая характеристика испытуемых, представлены методики исследования. С целью проверки выдвинутых гипотез проведено 2 этапа исследований в клинических и популяционных выборках. В таблице 1 приводится организационная схема **первого этапа исследования**.

Таблица 1.

Организационная схема первого этапа исследований

NN	Название исследования	Обследованные группы	Количество испытуемых
1	Сравнительное исследование перфекционизма, тактик целеполагания и враждебности у больных депрессивными и тревожными расстройствами	1. Пациенты с депрессивными расстройствами (МНИИ психиатрии Росздрава)	89
		2. Пациенты с тревожными расстройствами (МНИИ психиатрии Росздрава)	93
		3. Здоровые испытуемые (служащие учреждений г. Москвы)	73
		4. Условно здоровые испытуемые из общей популяции (участвовали в апробации оригинальных инструментов)	285 (150 обследованы дважды)
2	Исследование связи перфекционизма и враждебности с дисфункциональными чертами разных типов личности (по классификации DSM-IV-г)	Пациенты с депрессивными расстройствами (поликлиника № 149)	55
3	Динамическое исследование стабильности перфекционизма и враждебности у больных депрессивными расстройствами	1. Пациенты с депрессивными расстройствами (поликлиника № 149, изолированная фармакотерапия)	32 (обследованы дважды)
		2. Здоровые испытуемые	43
4	Сравнительное исследование перфекционизма и враждебности у больных депрессивными расстройствами респондеров и нонреспондеров	1. Пациенты с депрессивными расстройствами (респондеры) (МНИИ психиатрии Росздрава, ПБ N 13, изолированная медикаментозная терапия)	40
		2. Пациенты (нонреспондеры)	40

В сравнительном исследовании *структуры перфекционизма и враждебности* участвовали 4 группы испытуемых: 89 пациентов с

депрессивными расстройствами – депрессивным эпизодом различной степени тяжести (F32 – 54%), рекуррентным депрессивным расстройством (F33 – 1,5%), дистимией (F34.1 – 23%), циклотимией (F34.0 – 8%); 93 пациента с тревожными расстройствами – паническим расстройством и агорафобией с паническим расстройством (F40.01, F41.0 – 33,4%), социальной фобией (F40.1 – 14%), генерализованным тревожным расстройством (F41.1 – 11,8%), обсессивно-компульсивным расстройством (F42 – 5,5%) и смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2 – 19,2%); 73 здоровых испытуемых и 285 здоровых испытуемых из общей популяции, принявших участие в испытании опросника. Часть пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами имели коморбидные расстройства зрелой личности (18% и 29%, соответственно).

В исследовании *взаимосвязи перфекционизма с дисфункциональными чертами личности* (по классификации DSM-IV) участвовали 55 пациентов с депрессивными расстройствами – депрессивными эпизодами различной степени тяжести (F32 – 56,4%) и рекуррентным депрессивным расстройством (F33 – 43,6%).

В динамическом исследовании *стабильности перфекционизма* приняли участие еще 2 группы: 32 пациента с депрессивными эпизодами различной тяжести (F32.1 - 43,75%, F32.2 - 43,75%, F32.0 - 12,5%) обследованы дважды и 43 здоровых испытуемых обследованы однократно.

Большую часть обследованных составили женщины (72%), 65% пациентов с депрессивными и 35% с тревожными расстройствами, в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 30 лет), с высшим образованием (>50%), значительная часть которых на момент обращения не работала (>40%).

Клиническую оценку состояния этих пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 и медикаментозную терапию пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами проводила ведущий научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава» д-р мед. наук Т.В. Довженко.

В сравнительном исследовании *перфекционизма и враждебности как контртерапевтических факторов* участвовали еще 2 группы пациентов с депрессивными расстройствами. Группу респондеров составили 40 больных депрессивными расстройствами (F32 – 35%; F33 – 65%) с хорошим результатом при одном курсе лечения антидепрессантами, низкой частотой повторных депрессивных эпизодов, длительными ремиссиями с достаточно высоким качеством жизни при практически полном отсутствии депрессивной симптоматики, либо при ее незначительной выраженности в межприступном периоде. В группу нонреспондеров включены 40 больных депрессивными расстройствами (F32 – 17,5%; F33 – 82,5%) с неблагоприятным течением заболевания, с высокой частотой повторных эпизодов и неполными ремиссиями при адекватно подобранной терапии. У этих пациентов в межприступном периоде сохранялось значительное число симптомов депрессии, отмечались затруднения функционирования. В ходе текущего депрессивного эпизода этим пациентам для достижения какого-либо сдвига в состоянии приходилось переживать длительный период подбора препарата; им

проводилось, в среднем, 3-4 курса терапии, в некоторых случаях их число доходило до 6-7.

Клиническую оценку состояния этих пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 и оценку его динамики проводили научный сотрудник отдела терапии психических расстройств ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава» А.В. Городничев и заместитель главного врача ПБ №13 канд. мед. наук В.И. Брутман.

Динамика психического состояния пациентов обеих групп оценивалась врачами-психиатрами дважды (в момент госпитализации в стационар и перед выпиской) по Шкале общего клинического впечатления (CGI). По шкале «Показатель эффективности терапии» CGI средний балл респондеров составил $3,6 \pm 2,3$, нонреспондеров – $7,9 \pm 1,5$ ($p=0,001$, U-Mann-Whitney).

В таблице 2 представлены клинические характеристики течения депрессивных расстройств в группах респондеров и нонреспондеров.

Таблица 2.

Показатели течения депрессивных расстройств у пациентов с депрессивными расстройствами

	Нонреспондеры		Респондеры		U-критерий	уровень
	M	SD	M	SD	Манна-Уитни,	значимости
						p
Давность заболевания	10,8*	5,5	8,3	4,6	485,000	0,014
Количество эпизодов	11,9***	7,2	4	4,0	20,000	$p<0,0001$
Среднее число эпизодов в год	1,2*	0,5	0,8	0,3	57,500	0,034
Количество госпитализаций	7,2***	4,4	1,8	0,9	19,500	$p<0,0001$
Длительность ремиссий (мес.)	3,1***	2,0	16,9	6,6	1,500	$p<0,0001$
Длительность текущего эпизода (мес.)	4,6*	2,1	3	1,1	54,500	0,025
Длительность текущей госпитализации (мес.)	3,3***	1,6	1	0,6	11,000	$p<0,0001$
Количество курсов	3,1***	1,1	1,1	0,4	3,000	$p<0,0001$

M – среднее;

SD - квадратичное отклонение;

* - различия статистически достоверны, $p < 0.05$ (U – Манна-Уитни);

*** - различия статистически достоверны, $p < 0.01$ (U – Манна-Уитни).

Большую часть обследованных составили женщины (80,2%), в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 42,2 года), с высшим образованием (50%), в группе респондеров работали на момент обследования 60% испытуемых, в группе нонреспондеров – 40%.

На **втором этапе** в исследовании связи перфекционизма и враждебности с состояниями эмоциональной дезадаптации принимали участие студенты первых курсов двух ВУЗов г. Москвы с повышенной интенсивностью учебных нагрузок, в возрасте от 15 до 24 лет. Средний возраст этой группы испытуемых – 17,3 лет. В обследованной выборке первокурсников большую часть составили юноши – 75,3% (492 испытуемых). Количество девушек составило 24,7% (161 испытуемая).

Глава 5 «Исследование структуры перфекционизма и тактик целеполагания у больных депрессивными и тревожными расстройствами» посвящена экспериментальному исследованию структуры и выраженности перфекционизма и тактик целеполагания у больных депрессивными и тревожными расстройствами.

В параграфе 5.1. приводятся результаты проверки гипотезы о психологической структуре перфекционизма и валидации оригинального опросника (разработан совместно с А.Б. Холмогоровой и Т.Ю. Юдеевой), проведенной в соответствии с требованиями к психологическим инструментам (П. Клайн 1994; А.Д. Наследов, 2004). Факторный анализ выявил 6-факторную структуру инструмента: 1) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2) завышенные притязания и требования к себе; 3) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4) **селектирование** информации о неудачах и ошибках; 5) поляризованное мышление; 6) контроль над чувствами.

Все факторы обладали высокими показателями надежности (коэффициент α -Кронбаха в диапазоне от 0,6038 до 0,7855), за исключением фактора «Контроль над чувствами», который в дальнейшей работе не был выделен в качестве самостоятельной шкалы. Психологическое содержание остальных факторов находится в близком соответствии с теоретически предполагаемыми параметрами перфекционизма, что служит подтверждением исходной гипотезы, т.к. традиционно факторный анализ пунктов опросника рассматривается как средство проверки предположений о структуре изучаемых личностных черт (А. Анастаси, 1983; Р. Hewitt, G. Flett, 1993).

В исследовании продемонстрирована высокая внутренняя консистентность опросника. Его отдельные шкалы и пункты достоверно коррелируют между собой и общим показателем инструмента (коэффициент корреляции r -Spearman); установлены высокие показатели коэффициента Guttman Split-half (0,8835). Установлена высокая тест-ретестовая надежность инструмента (значение r -Spearman: от 0,523 до 0,795). При этом показатели внутренней консистентности его шкал (значения коэффициента α -Кронбаха) превышают значения коэффициента r -Spearman, фиксирующего связи между этими шкалами. Это означает, что каждая шкала тестирует отдельный параметр перфекционизма, при этом все параметры достоверно связаны друг с другом. Полученный результат подтверждает многомерность и целостность конструкта «перфекционизм», описанного оригинальной моделью. Показатели

отдельных шкал и общий показатель опросника перфекционизма на статистически достоверном уровне значимости коррелируют с теоретически близкими конструктами депрессии, тревоги и нейротизма, параметрами перфекционизма модели R. Frost, что подтверждает высокую конвергентную валидность опросника перфекционизма. Тест-ретестовое измерение показало высокую степень инвариантности результатов опросника, что служит доказательством его высокой надежности (как устойчивости), а также свидетельствует о высокой стабильности перфекционизма как черты личности у испытуемых из общей популяции. Показана независимость результатов опросника от половой принадлежности, уровня образования и возраста, что позволяет предъявлять его любым испытуемым старше 18 лет без ограничений.

В параграфе 5.2. приведены данные о выраженности психопатологической симптоматики у больных обследованных клинических групп и здоровых испытуемых, полученные с помощью психометрических инструментов.

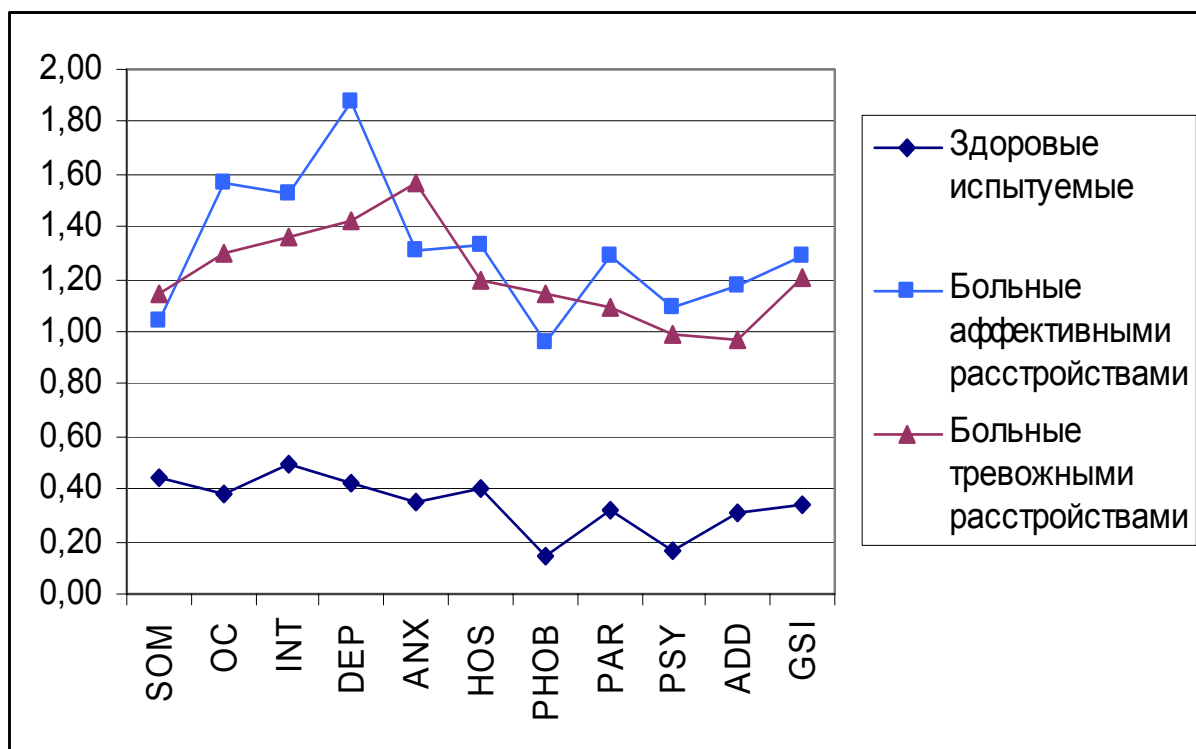


Рисунок 1. Усредненные профили больных депрессивными, тревожными расстройствами и здоровых испытуемых (по данным клинической шкалы самоотчета SCL-90-R).

Анализ профилей шкал SCL-90-R показывает, что пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами имеют существенно более высокие, по сравнению со здоровыми, показатели симптомов психических расстройств; при этом больные депрессиями более неблагоприятны, чем больные тревожными расстройствами. У больных депрессивными расстройствами пик показателей приходится на шкалу депрессии, а у больных

тревожными расстройствами – на шкалу тревоги, что дополнительно верифицирует клиническую диагностику.

В параграфах 5.3.–5.5. излагаются результаты сравнительного исследования структуры и выраженности перфекционизма в изучаемых группах, приводятся результаты корреляционного анализа показателей перфекционизма и симптоматических показателей, сравнивается структура перфекционизма у больных эндогенной и психогенной формами депрессий.

Таблица 3.

**Структура перфекционизма в изучаемых группах испытуемых
(коэффициент U-Mann-Whitney)**

Шкалы опросника перфекционизма	Больные депрессивными расстройствами (N=89)		Больные тревожными расстройствами (N=93)		Здоровые испытуемые (N=73)	
	М	SD	М	SD	М	SD
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	19,2 ^{ae}	6,5	16,8 ^{ce}	6,5	11,0 ^{ac}	5,2
2. Завышенные притязания и требования к себе	12,3 ^b	4,0	12,5 ^c	3,4	10,7 ^{bc}	4,0
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	12,5 ^a	4,2	11,6 ^c	3,7	9,1 ^{ac}	3,7
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	8,6 ^{ad}	2,6	7,4 ^{cd}	2,7	4,3 ^{ac}	2,7
5. Поляризованное мышление - «все или ничего»	9,4 ^a	3,4	9,3 ^c	3,4	7,5 ^{ac}	2,9
Общий показатель перфекционизма	66,8 ^a	15,4	62,8 ^c	15,0	47,7 ^{ac}	13,7

М – среднее значение;

SD – стандартное отклонение;

a – различие между больными депрессивными расстройствами и здоровыми испытуемыми ($p < 0,01$);

b – различие между больными депрессивными расстройствами и здоровыми испытуемыми ($p < 0,05$);

c – различие между больными тревожными расстройствами и здоровыми испытуемыми ($p < 0,01$);

d – различие между больными депрессивными и тревожными расстройствами ($p < 0,01$);

e – различие между больными депрессивными и тревожными расстройствами ($p < 0,05$).

Показатели перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами достоверно выше аналогичных показателей здоровых испытуемых. В сравнении с пациентами с тревожными расстройствами больные депрессиями характеризуются достоверно более высокими значениями когнитивных параметров перфекционизма «Восприятие других

людей как делегирующих высокие ожидания» и «Селектирование негативной информации о собственных неудачах и ошибках».

Между показателями перфекционизма и показателями депрессии и тревоги существует положительная корреляционная связь. Эта связь фиксируется для различных симптоматических шкал (r -Spearman для общего показателя перфекционизма и показателей тревоги и депрессии: от 0,412 до 0,570).

Больные эндогенными и психогенными формами депрессивных расстройств не различаются по структуре и выраженности изучаемой личностной черты.

В параграфе 5.6. представлены результаты экспериментального исследования тактик целеполагания у больных депрессивными и тревожными расстройствами. Приводится система показателей уровня притязаний испытуемых: целевого несоответствия Z , количество успешных и неуспешных проб, значения $Z_{dif} = Z_{max} - Z_{min}$ (показатель расстояния между максимально и минимально трудными целями, выбираемыми в ходе эксперимента). Анализируются связи показателей перфекционизма с характеристиками уровня притязаний испытуемых.

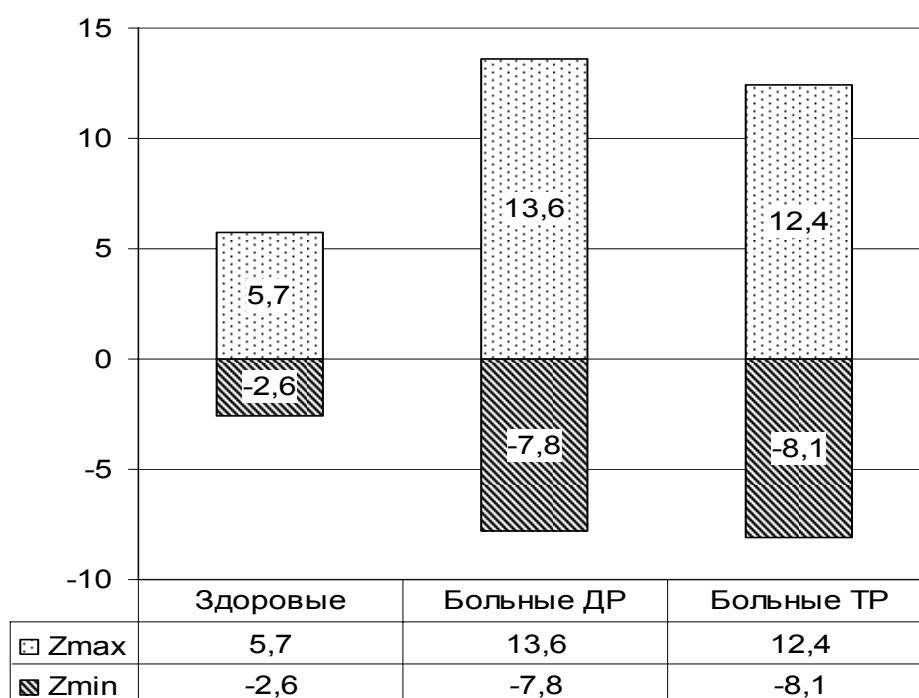


Рисунок 2. Диапазон значений показателя Z в эксперименте на уровень притязаний у больных и здоровых испытуемых.

В условиях эксперимента на уровень притязаний диапазон трудности выбираемых пациентами целей расширен: выбор очень трудных целей (неуспех при достижении которых не переживается болезненно для самооценки) чередуется с выбором очень легких (где успех гарантирован).

Корреляционный анализ выявляет достоверные связи общего показателя перфекционизма, как со стремлением к успеху, так и с избеганием неудач. Согласно положениям теории мотивации достижения, этот вариант поведения в ситуации выбора цели является способом защиты от переживаний неуспеха (Н.С. Курек, 1983). При такой стратегии выбора цели пациенты минуют среднюю зону посильных, но одновременно трудных и интересных задач, в которой стремление к успеху может быть максимально реализовано и сопровождаться удовлетворением. Этот *экспериментальный* результат позволяет включить исследования перфекционизма в контекст исследований мотивации, соединить западные подходы с отечественной традицией в изучении целеполагания, а также валидизировать данные опросниковых методик, построенных на самоотчете.

В дополнительном исследовании проективной методикой ТАТ Хекхаузена в группе студентов с высокими показателями перфекционизма зафиксирован достоверно более высокий суммарный балл мотивации достижения «СМ=НУ+СН» (по сравнению с аналогичным баллом студентов с умеренным перфекционизмом). Совокупность этих результатов можно интерпретировать как свидетельство более интенсивного «конфликта достижений» у лиц с высокими показателями перфекционизма.

В параграфе 5.7. освещаются результаты динамического исследования устойчивости перфекционизма и его зависимости от текущего аффективного состояния. При двукратном обследовании больных депрессивными расстройствами установлена относительная устойчивость перфекционизма как черты личности: в состоянии терапевтической ремиссии, достигнутой при изолированном медикаментозном лечении, показатели перфекционизма у больных значительно снижаются по сравнению с острым состоянием. Однако они остаются достоверно более высокими по сравнению с аналогичными показателями здорового контроля.

Эти результаты подтверждают *патопластическую модель*, акцентирующую взаимовлияние личностных дисфункций и депрессии.

В параграфе 5.8. излагаются результаты исследования, уточняющего связи перфекционизма с дисфункциональными чертами разных типов личности (по классификации DSM-IV-r). Установлены связи общего показателя перфекционизма с дисфункциональными чертами различных типов личности (классификация DSM-IV, опросник SCID-II-Q): избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного, депрессивного, параноидного, шизоидного и нарциссического (коэффициент Pearson: от 0,297 до 0,555).

Установлены множественные положительные связи между отдельными параметрами перфекционизма и дисфункциональными чертами разных личностных типов. Наибольшее число этих связей установлено для когнитивных параметров, наименьшее – для параметров «Завышенные притязания и требования к себе» и «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”». Данные служат аргументом в пользу тезиса о том, что традиционная типологическая диагностика

личностных нарушений должна дополняться параметрической – оценкой отдельных дисфункциональных личностных черт (в том числе и перфекционизма), сопряженных со склонностью к депрессивному и тревожному реагированию.

В параграфе 5.9. представлены результаты исследования структуры перфекционизма в группах больных депрессивными расстройствами респондеров и нонреспондеров.

Таблица 4.

Структура перфекционизма в группах больных депрессивными расстройствами (респондеров и нонреспондеров) (опросник перфекционизма)

Шкалы опросника перфекционизма	Нонреспондеры		Респондеры		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p
	M	SD	M	SD		
1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	19,0	7,4	16,2	4,5	572,000	0,028*
2. Завышенные притязания и требования к себе	11,2	4,5	8,9	4,5	567,000	0,025*
3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	12,1	4,1	8,9	4,5	489,000	0,003**
4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	7,3	3,1	6,0	2,4	562,000	0,021*
5. Поляризованное мышление - «все или ничего»	10,4	3,5	9,1	4,0	656,500	0,165
Общий показатель перфекционизма	76,0	20,9	59,1	20,1	410,000	p<0,0001***

M – среднее;

SD – квадратичное отклонение;

***- $p < 0,0001$, ** - $p < 0.01$, * - $p < 0.05$.

Показатели перфекционизма у больных депрессивными расстройствами нонреспондеров достоверно выше аналогичных показателей респондеров. Установлены значимые связи между общим показателем перфекционизма и характеристиками течения депрессивных расстройств: прямые – с показателями «давность заболевания» и «количество госпитализаций», обратная – с показателем «длительность ремиссии» (коэффициент r-Spearman). По результатам обследования пациентов респондеров и нонреспондеров проведен дискриминантный анализ.

Таблица 5.

Влияние показателей перфекционизма (опросник перфекционизма) на зависимую переменную «групповая принадлежность»

Значимые переменные	Уровень значимости р	Критерий F статистики исключения	Толерантность	Значение критерия λ	Предсказательная сила (%)
Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»	0,002	6,5	0,98	0,78	72
Общий показатель перфекционизма	0,001	9,3	0,98		

Показатели статистической значимости, критерия F статистики удаления и толерантности независимых переменных свидетельствуют о том, что наибольший вклад в показатель групповой принадлежности вносят две переменные: общий показатель перфекционизма и фактор «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”».

В главе 6 «Исследование враждебности у больных депрессивными и тревожными расстройствами» приводятся результаты исследования враждебности в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

В параграфе 6.1. суммируются результаты валидации оригинального проективного теста враждебности, диагностирующего склонность испытуемого наделять других людей негативными качествами.

Для оценки структуры теста проводилась процедура *факторного анализа* с включением данных 1100 испытуемых. Установлено, что тест имеет 3-факторную структуру: 1) «Восприятие других людей как “доминантных и завистливых”» (31% дисперсии); 2) «Восприятие других людей как “презирающих слабость”» (32% дисперсии); 3) «Восприятие других людей как “холодных и равнодушных”» (34% дисперсии).

Зафиксированы положительные статистически значимые корреляционные связи всех факторов теста враждебности, а также их связи с общим показателем, что служит свидетельством его *внутренней консистентности*. Значения коэффициента α -Кронбаха для отдельных шкал теста и его общего показателя варьировали от 0,716 до 0,871. Значения коэффициента Guttman Split-half для одной части теста составили 0,719; для второй – 0,727; для всего теста в целом – 0,849. Данные позволяют говорить о приемлемой надежности как отдельных шкал теста, так и о надежности теста в целом. Показатели отдельных факторов и общего показателя враждебности на статистически достоверном уровне значимости коррелируют с теоретически близкими конструктами: физической, вербальной и косвенной формами агрессии;

подозрительностью и раздражительностью (тестируемыми с помощью опросника А. Басса и А. Дарки), что подтверждает конвергентную валидность теста. Результаты теста не зависят от пола, возраста и уровня образования испытуемых. Тест-ретестовое исследование показало высокую устойчивость теста во времени, что одновременно свидетельствует как о его надежности, так и об устойчивости враждебности как черты личности.

Параграф 6.2. содержит результаты исследования враждебности в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами.

Таблица 6.

Показатели враждебности в группах больных депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых (проективный тест враждебности)

Шкалы опросника перфекционизма	Больные депрессивными расстройствами (N=89)		Больные тревожными расстройствами (N=93)		Здоровые испытуемые (N=73)	
	М	SD	М	SD	М	SD
1 фактор Восприятие других людей как «доминантных и завистливых»	39,1 ^a	22,10	40,2 ^b	18,54	27,0	17,08
2 фактор Восприятие других людей как «презирающих слабость»	58,1 ^a	18,17	55,5 ^b	18,93	47,8	19,87
3 фактор Восприятие других людей как «холодных и равнодушных»	57,1 ^a	14,42	54,4 ^b	17,39	46,1	13,16
Средний показатель враждебности	52,7 ^a	12,85	51,6 ^b	13,75	41,3	12,39

М – среднее значение;

SD – стандартное отклонение;

a – различие между больными депрессивными расстройствами и здоровыми испытуемыми ($p < 0,01$);

b – различие между больными тревожными расстройствами и здоровыми испытуемыми ($p < 0,01$).

Показатели враждебности по всем шкалам-факторам оригинального теста у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами достоверно выше аналогичных показателей здоровых лиц. Между группами пациентов достоверные различия не установлены. Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты придерживаются глубоко негативного

взгляда на моральные качества других людей: воспринимают их как доминантных и завистливых, склонных радоваться неудачам окружающих (таким образом укрепляя самооценку), презирующих «слабость», не уважающих тех, кто ищет помощи, равнодушных и холодных, не склонных к состраданию людям и оказанию помощи им.

В параграфе 6.3. излагаются результаты проведенного корреляционного анализа, которые подтверждают наличие прямой статистически достоверной связи враждебности с уровнем депрессии и тревоги, измеряемыми различными инструментами.

В параграфе 6.4. приводятся данные сравнительной оценки показателей враждебности у пациентов с эндогенными и психогенными формами депрессий. Достоверные различия по данному показателю в этих группах не установлены.

В параграфе 6.5. освещаются результаты динамического исследования устойчивости враждебности и ее зависимости от текущего аффективного состояния. При двукратном обследовании больных депрессивными расстройствами установлена относительная стабильность враждебности как черты личности: в состоянии терапевтической ремиссии, достигнутой при изолированном медикаментозном лечении, ее показатели у больных значительно снижаются по сравнению с острым состоянием. Однако они остаются достоверно более высокими по сравнению с аналогичными показателями здорового контроля.

В параграфе 6.6. излагаются результаты исследования связи враждебности с дисфункциональными чертами разных типов личности (по классификации DSM-IV). Установлены взаимосвязи общего показателя враждебности с дисфункциональными чертами различных типов личности (классификация DSM-IV, опросник SCID-II-Q): избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного, депрессивного, параноидного и шизоидного (коэффициент Pearson: от 0,282 до 0,372). Установлены множественные положительные связи между отдельными параметрами враждебности и дисфункциональными личностными чертами.

В параграфе 6.7. представлены результаты исследования враждебности в группах больных депрессивными расстройствами респондеров и нонреспондеров. В целом, группа нонреспондеров имела более высокие показатели теста. Уровня статистической значимости различия между сравниваемыми группами достигают по третьему фактору теста – «Восприятие других людей как “холодных и равнодушных”». Этот показатель выше в группе нонреспондеров. Статистически достоверных корреляционных связей между этой личностной чертой и показателями течения депрессивных расстройств не установлено.

В параграфе 6.8. представлены результаты дополнительного исследования враждебности, агрессии и агрессивности как черты личности у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами с помощью хорошо известных методов – Методики диагностики показателей и форм агрессии (А. Басс и А. Дарки) и проективного теста «Рука» Э. Вагнера.

По данным опросника Басса-Дарки, пациенты с депрессивными расстройствами характеризуются особым соотношением раздражения, враждебности и агрессии. В сравнении со здоровыми испытуемыми, они демонстрируют достоверно более высокий показатель раздражения, а также повышенный индекс враждебности. Депрессивные пациенты испытывают обиду на окружающих, что вызвано ощущением несправедливого и плохого обращения с ними. Они также характеризуются достоверно большей подозрительностью и убежденностью в желании окружающих нанести им вред. Однако эти переживания не отреагируются в открытых, прямых формах агрессивного поведения. По показателям физической и вербальной агрессии пациенты с депрессивными расстройствами не отличаются от здоровых испытуемых. По суммарному индексу агрессивности сравниваемые группы также не различаются. Интенсивные переживания раздражения, обиды и недоверия находят у депрессивных пациентов выражение в косвенной агрессии, значения которой в этой группе достоверно выше, чем у здоровых лиц. Показатель аутоагрессии также в группе пациентов с депрессивными расстройствами превышает аналогичный показатель здоровых лиц. В группе пациентов с тревожными расстройствами выявлены сходные тенденции; достоверные различия между группами пациентов установлены лишь по одному показателю «Подозрительность», который выше у депрессивных пациентов.

Данные корреляционного анализа совпадают с результатами сравнения групп испытуемых. С показателями депрессии и тревоги положительно связаны следующие психологические характеристики: раздражение, враждебность, косвенная агрессия и аутоагрессия. Показатель открыто проявляемой агрессии с уровнем депрессии связан отрицательно.

По данным теста «Рука» уровень выраженности агрессивности как черты личности у пациентов этих групп не превышает аналогичный показатель здоровых испытуемых. Личностные качества, сдерживающие прямое проявление агрессии в поведении, у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами выражены достоверно больше, чем у здоровых лиц. Межличностная зависимость при интенсивной потребности в контактах выступает в роли такого механизма сдерживания агрессии (показатели «Коммуникация» и «Зависимость»). Пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами используют разные стратегии для поддержания отношений зависимости: у депрессивных пациентов в большей мере представлен паттерн уступчивости и подчиняемости (низкие значения

показателя «Директивность», высокие значения показателя «Зависимость»), у тревожных пациентов в большей мере развита демонстративность (показатель «Демонстративность»).

Зафиксированное сочетание характеристик (интенсивного раздражения, враждебности по отношению к другим людям при нормативных показателях открытых форм агрессии и блокаде агрессивности вследствие межличностной зависимости) может стать причиной постоянного напряжения, дискомфорта психического и соматического самочувствия, усиления пассивных (косвенных) форм агрессивного поведения, психосоматических расстройств.

В главе 7 «Исследование перфекционизма и враждебности как личностных факторов эмоциональной дезадаптации студентов» приведены результаты популяционного исследования перфекционизма и враждебности как факторов эмоциональной дезадаптации студентов.

В параграфе 7.1. приводятся данные о распространенности симптомов эмоциональной дезадаптации у студентов. Значительная часть студентов, обучающихся на 1 курсе ВУЗа, демонстрирует высокие показатели эмоциональной дезадаптации. 12,3% первокурсников сообщают о симптомах умеренно тяжелой и тяжелой депрессии; их показатели сопоставимы с аналогичными показателями пациентов с депрессивными расстройствами. 14% первокурсников имеют очень высокие показатели тревоги, сопоставимые с аналогичными показателями пациентов с тревожными расстройствами. 30,1% первокурсников испытывают интенсивный повседневный стресс, сопряженный с высоким риском соматических и психических расстройств. 15,5% первокурсников демонстрируют высокие показатели социального избегания и дистресса, сопоставимые с показателями пациентов с тревожными расстройствами. 47% первокурсников накануне первой экзаменационной сессии отмечают высокие показатели экзаменационной тревожности; в группе девушек эти показатели выше, чем у юношей.

В параграфе 7.2. приводятся результаты сравнительного исследования показателей депрессии, тревоги, повседневного стресса, экзаменационной тревожности и социального дистресса у студентов с различным уровнем перфекционизма.

Таблица 7.

Показатели тревоги (BAI), депрессии, суицидальных намерений (BDI),

**повседневного стресса (ICSRLE), экзаменационной тревожности (TAS)
и социального дистресса (SADS) у испытуемых с разным уровнем перфекционизма
(опросник перфекционизма)**

	Низкий уровень перфекционизма 1 группа (N=145)	Средний уровень перфекционизма 2 группа (N=142)	Высокий уровень перфекционизма 3 группа (N=139)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Показатель тревоги (BAI)	6,3 (7,9)	10,1 ^a (11,2)	13,1^{b,c} (10,4)
Показатель депрессии (BDI)	6,1 (5,5)	10,3 ^a (7,6)	14,5^{b,c} (9,7)
Пункт «Суицидальные намерения» (BDI)	0,2 (0,5)	0,4 ^a (0,6)	0,7^{b,c} (0,8)
Общий показатель стресса (ICSRLE)	76,4 (19,4)	86,6 ^a (18,8)	96,2^{b,c} (25,2)
Показатель интерперсонального стресса	31,9 (0,5)	32,9 (11,6)	34,9^b (12,9)
Показатель академического стресса	32,6 (10,9)	39,7 ^a (11,3)	45,6^{b,c} (11,9)
Показатель экзаменационной тревожности (TAS)	10,7 (5,2)	13,5 ^a (5,9)	19,6^{b,c} (6,9)
Показатель социального дистресса (SADS)	4,78 (3,22)	5,78^t (4,21)	8,40^{b,c} (5,88)

М – среднее;

SD - стандартное отклонение;

a – различия между испытуемыми с низким и средним уровнем перфекционизма статистически достоверны (*U*- критерий Манна-Уитни);

b – различия между испытуемыми с низким и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (*U*- критерий Манна-Уитни);

c – различия между испытуемыми со средним и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (*U*- критерий Манна-Уитни).

Накануне первой сессии студенты с высоким уровнем перфекционизма демонстрируют достоверно более высокие показатели эмоциональной дезадаптации, в сравнении со студентами с умеренным и низким уровнем перфекционизма: тревоги и депрессии, суицидальной готовности, экзаменационной и социальной тревожности, повседневного стресса в интерперсональной и академической сферах. Выявлены положительные корреляционные связи между общим показателем перфекционизма, отдельными его параметрами и показателями депрессии, тревоги, повседневного стресса, экзаменационной и социальной тревожности у студентов-первокурсников накануне первой сессии.

В параграфе 7.3. приводятся результаты исследования способов совладания со стрессом у студентов с разным уровнем перфекционизма. Установлено, что у первокурсников с высоким уровнем перфекционизма отмечается «сверхмобилизация копинг-ресурсов»; для них характерны

достоверно более высокие показатели разных форм совладающего со стрессом поведения, по сравнению со студентами с низким и умеренным перфекционизмом. Вместе с тем, эта группа студентов достоверно чаще прибегает к таким непродуктивным копинг-стратегиям, как «Психическое избегание», «Поведенческое избегание», «Отрицание», «Употребление ПАВ», прокрастинация, социальное избегание.

В параграфе 7.4. приводятся результаты оценки показателей эмоциональной дезадаптации у студентов с разным уровнем враждебности.

Таблица 8.

Показатели тревоги (BAI), депрессии, суицидальных намерений (BDI), повседневного стресса (ICSRLE), экзаменационной тревожности (TAS) и социального дистресса (SADS) у испытуемых с разным уровнем враждебности (тест враждебности, А.Б.Холмогоровой, Н.Г. Гаранян)

	Низкий уровень враждебности	Средний уровень враждебности	Высокий уровень враждебности
	<i>1 группа (N=139)</i>	<i>2 группа (N=140)</i>	<i>3 группа (N=139)</i>
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Показатель тревоги (BAI)	8,8 (10,35)	9,9 (11,1)	11,2^{b,c} (9,1)
Показатель депрессии (BDI)	8,8 (7,37)	9,9 (8,73)	11,7^{b,c} (8,63)
Пункт «Суицидальные намерения» (BDI)	0,3 (0,59)	0,433 (0,67)	0,587^b (0,76)
Общий показатель стресса (ICSRLE)	82,664 (26,46)	85,358 (23,80)	90,109^{b,c} (21,31)
Показатель интерперсонального стресса	31,117 (12,49)	32,161 ^t (12,13)	34,268^c (11,19)
Показатель академического стресса	38,285 (13,53)	39,387 (12,66)	41,181^{b,c} (12,30)
Показатель экзаменационной тревожности (TAS)	14,6 (7,12)	14,9 (6,94)	16,2^t (6,83)
Показатель социального дистресса (SADS)	5,1 (4,71)	5,8 (4,94)	7,8788^{b,c} (5,86)

М – среднее значение;

SD - стандартное отклонение;

t – различия достоверны на уровне асимптотической значимости;

b – различия между испытуемыми с низким и высоким уровнем враждебности статистически достоверны сравниваемые группы (U – Mann-Whitney критерий);

c – различия между испытуемыми со средним и высоким уровнем враждебности статистически достоверны (U – Mann-Whitney критерий).

Накануне первой экзаменационной сессии студенты с высоким уровнем враждебности демонстрируют достоверно более высокие показатели эмоциональной дезадаптации, в сравнении со студентами с умеренным и низким уровнем враждебности: депрессии, тревоги, суицидальной готовности, повседневного стресса (в академической и интерперсональной сферах) и

социального дистресса. Выявлены слабые, но статистически достоверные положительные корреляционные связи между отдельными параметрами враждебности и ее общим баллом и показателями депрессии, тревоги, суицидальных намерений, повседневного стресса, экзаменационной и социальной тревожности.

В параграфе 7.5. приводятся результаты исследования способов совладания со стрессом у студентов с разным уровнем враждебности. Студенты с выраженной враждебностью характеризуются достоверно более высокими показателями избегающего поведения (прокрастинации и социального избегания), в сравнении со сверстниками с незначительно выраженной враждебностью. Установлено несколько слабых, но статистически достоверных корреляционных связей между факторами теста враждебности, его общим показателем и непродуктивными копинг-стратегиями. Так, фактор «Восприятие других людей как “презирающих слабость”» положительно связан с копинг-стратегиями в виде «Отрицания» и «Поведенческого избегания». Общий показатель теста враждебности отрицательно связан с адаптивной копинг-стратегией «Использование эмоциональной социальной поддержки».

В целом, данные главы 7 свидетельствуют: дисфункциональные личностные черты «перфекционизм» и «враждебность» связаны с высокими показателями эмоциональной дезадаптации в виде симптомов депрессии, тревоги, высокого повседневного стресса и социального дистресса. Одновременно они связаны с непродуктивными видами копинг-стратегий, существенно затрудняющими психологическое совладание с интенсивным стрессом такого критического жизненного периода, как начало обучения в ВУЗе.

С целью соотнесения изучаемых личностных черт был проведен корреляционный анализ. Параметр «Восприятие других как делегирующих высокие ожидания» и общий показатель перфекционизма коррелировали с общим показателем теста враждебности, а также со всеми выделенными его факторами. Восприятие других людей как делегирующих индивиду высокие ожидания и одновременно склонных к злорадству и укреплению самооценки за счет чужой неудачи может стать основой интенсивных социальных страхов, характерных для лиц с выраженным перфекционизмом.

Глава 8 «Регрессионный анализ на основе баз данных клинического и популяционного исследований» содержит результаты нескольких серий множественного регрессионного анализа. Общий показатель перфекционизма позволяет объяснить 8% дисперсии зависимой переменной «Индекс общей тяжести психопатологических расстройств», 13% дисперсии зависимой переменной «Уровень депрессии», 14% дисперсии зависимой переменной «Уровень тревоги». Наибольший вклад в дисперсию показателей депрессии вносят два параметра перфекционизма - «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках». В качестве предикторов

высокого уровня тревоги у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами также выступают два параметра перфекционизма – «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках».

При оценке самостоятельного влияния показателей враждебности и агрессивности установлено, что показатель «Подозрительность» (Методика А. Басса и А. Дарки) объясняет 19% дисперсии показателей депрессии, суммарный «Индекс враждебности» (Методика А. Басса и А. Дарки) объясняет 18% дисперсии показателя депрессии, «Общий показатель враждебности» (оригинальный тест враждебности) объясняет 7% дисперсии показателей тревоги.

В системе изучаемых факторов эмоциональной дезадаптации студентов-первокурсников перфекционизм и враждебность вносят совместный вклад в объяснение показателей депрессии (25% дисперсии), социального избегания и дистресса (15% дисперсии). Общий показатель перфекционизма объясняет 25% дисперсии показателей экзаменационной тревожности, 8% дисперсии показателей повседневного стресса.

Регрессионный анализ позволил также зафиксировать взаимовлияние изучаемых личностных черт. Получена статистически достоверная регрессионная модель, согласно которой общий показатель перфекционизма объясняет 6% дисперсии общего показателя враждебности. Таким образом, лицам с выраженным перфекционизмом одновременно присущ высокий уровень враждебности. Этот результат согласуется с данными ограниченного числа зарубежных исследований, согласно которым, лицам с выраженным перфекционизмом присущ «враждебно-доминантный» интерперсональный стиль.

В целом, данные регрессионного анализа позволяют сделать вывод о том, что перфекционизм и враждебность являются важными факторами риска (предикторами) депрессии и тревоги в клинических выборках испытуемых. Они также служат предикторами депрессии, социальной тревожности и социального избегания у студентов накануне первой экзаменационной сессии. Результаты регрессионного анализа позволяют также рассматривать перфекционизм как надежный предиктор высокой экзаменационной тревожности и хронического повседневного стресса у студентов первого года обучения.

В главе 9 «Обсуждение результатов» обобщены и проанализированы результаты исследования. Полученные данные сопоставлены с результатами проведенных ранее отечественных и зарубежных исследований. Результаты анализируются в контексте теоретических моделей взаимосвязи личностных дисфункций и депрессии, а также моделей взаимосвязи депрессивных и тревожных расстройств. На основе результатов исследования формулируются дифференциальные критерии патологического и здорового перфекционизма (представлены в таблице 9). Очерчиваются перспективы будущих разработок.

Таблица 9.

Критерии здорового и патологического перфекционизма

Критерии	Здоровый перфекционизм	Патологический перфекционизм
МОТИВАЦИОННЫЙ	Реалистично высокие стандарты и притязания	Чрезмерно высокие стандарты и притязания личности
КОГНИТИВНЫЙ	Зрелые когнитивные схемы:	Дисфункциональные когнитивные схемы:
	<i>Дифференцированное и точное восприятие</i> ожиданий и требований со стороны других людей	<i>Искаженные социальные когниции</i> – восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания («принуждение к совершенству»)
	<i>Развитая способность к децентрации</i> , реалистичные представления о диапазоне человеческих возможностей	<i>Персонализация</i> – перманентное сравнение себя с другими людьми при ориентации на полюс самых успешных («жизнь в режиме сравнения»)
	<i>Равновероятностное воспроизведение успеха и неуспеха</i> ; осознание неизбежности и полезности ошибок	<i>Негативное селектирование</i> - избирательная концентрация на неудачах и ошибках («ошибка – признак некомпетентности»)
	<i>Градуированные представления</i> о результативности собственной деятельности	<i>Поляризованное мышление</i> – дихотомическая оценка результата деятельности («прекрасно или ужасно», «все или ничего»)
АФФЕКТИВНЫЙ	Переживания удовольствия от деятельности, надежда на успех, умеренная стрессогенность повседневной жизни	Симптомы депрессии, тревоги, страх неудачи, высокая социальная тревожность, высокая экзаменационная тревожность, интенсивный повседневный стресс
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ	Адаптивные тактики выбора целей в диапазоне умеренно трудных, где стремление к успеху реализуется максимально продуктивно	Картина «неадекватного уровня притязаний». Защитные тактики избегания неудачи: чередование выборов слишком трудных и очень легких целей
	Умеренная мобилизация копинг-ресурсов с преобладанием активных копинг-стратегий	«Сверхмобилизация» копинг-ресурсов с преобладанием избегающих копинг-стратегий, прокрастинации и социального избегания

В **Заключении** обобщаются полученные результаты, анализируются прикладные аспекты исследования, рассматриваются его ограничения, очерчиваются перспективы будущих разработок.

ВЫВОДЫ

1. Личностный фактор «перфекционизм» является сложным психологическим конструктом, сочетающим избыточно высокие стандарты ожидаемых результатов деятельности и притязания, нарушение социальных когний (приписывание окружающим людям чрезмерно высоких ожиданий), персонализацию, связанную с постоянным сравнением себя с окружающими, поляризованное мышление по бинарному принципу оценки результатов деятельности и ее планирования («все или ничего»), отбор негативной информации о результатах своей деятельности. Мотивационной основой перфекционизма является интенсивный «конфликт достижения», при котором мотивы «стремления к успеху» и «избегания неудачи» выражены с одинаковой силой.
2. Установлена значимая связь личностного фактора «перфекционизм» с депрессивными и тревожными расстройствами:
 - 2.1. Пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами, в сравнении с испытуемыми контрольной группы, характеризуются достоверно более высокими показателями всех параметров перфекционизма. Установлены значимые положительные корреляционные связи между параметрами перфекционизма, его общим показателем и показателями депрессии/тревоги, измеряемыми шкалами самоотчета.
 - 2.2. У пациентов с депрессивными расстройствами (по сравнению с тревожными пациентами) более выражены когнитивные параметры перфекционизма «Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с ними)» и «Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», что свидетельствует об их большем личностном неблагополучии.
 - 2.3. Пациенты с депрессивными расстройствами, характеризующиеся неблагоприятным течением заболевания и плохой реакцией на медикаментозную терапию, демонстрируют достоверно более высокие показатели перфекционизма, в сравнении с пациентами с хорошей реакцией на медикаментозную терапию. Установлены значимые связи между общим показателем перфекционизма и характеристиками течения депрессивных расстройств: положительные – с «давностью заболевания» и «количеством госпитализаций», отрицательные – с «длительностью ремиссии». Общий показатель перфекционизма, а также его параметр «Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс “самых успешных”», служат предикторами неблагоприятного течения депрессивных расстройств.
 - 2.4. Высокий уровень негативного аффекта у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами снижает их устойчивость к переживанию «конфликта достижения» и приводит к активизации дезадаптивных защитных тактик целеполагания

3. Установлена значимая связь личностного фактора «враждебность» (негативные установки по отношению к другим людям) с депрессивными и тревожными расстройствами:
 - 3.1. Показатели враждебности у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами достоверно превышают аналогичные показатели испытуемых контрольной группы. Пациенты с депрессивными расстройствами достоверно чаще используют косвенные формы агрессивного поведения. Показатели межличностной зависимости, сдерживающей прямое проявление агрессии в поведении, у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами значимо превышают аналогичный показатель испытуемых контрольной группы.
 - 3.2. Пациенты с депрессивными расстройствами – «нонреспондеры» – демонстрируют достоверно более высокие значения параметра враждебности «Восприятие других людей как “холодных и равнодушных”», что подтверждает «патопластическую модель связи личностных дисфункций и депрессии».
4. но
5. Результаты, полученные при сравнении показателей перфекционизма и враждебности в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами, подтверждают «унитарную модель соотношения депрессии и тревоги».
6. Установлена связь перфекционизма с состояниями эмоциональной дезадаптации в популяционной выборке:
 - 6.1. Лица с высоким уровнем перфекционизма характеризуются достоверно более высокими показателями эмоциональной дезадаптации в виде симптомов депрессии, суицидальных мыслей, тревоги, экзаменационной и социальной тревожности, высокого повседневного стресса. Установлены значимые положительные корреляционные связи между общим показателем перфекционизма, отдельными его параметрами и показателями эмоциональной дезадаптации. Когнитивный параметр перфекционизма «Селектирование информации о неудачах и ошибках» может служить предиктором эмоциональной дезадаптации.
 - 6.2. У лиц с высоким уровнем перфекционизма отмечается «сверхмобилизация копинг-ресурсов»; для них характерны достоверно более высокие показатели разных форм совладающего со стрессом поведения, использование дезадаптивных копинг-стратегий.
7. Испытуемые из популяционной выборки с высоким уровнем враждебности демонстрируют более высокие показатели эмоциональной дезадаптации в виде симптомов депрессии, суицидальных мыслей, тревоги, социальной тревожности, высокого повседневного стресса. Выявлены значимые положительные корреляционные связи между отдельными параметрами враждебности, ее общим баллом и показателями депрессии, тревоги,

повседневного стресса, социальной тревожности. Враждебность (в форме подозрительности) может служить предиктором эмоциональной дезадаптации у испытуемых популяционной выборки.

8. Разработанные оригинальные методики «Опросник перфекционизма» и «Проективный тест враждебности» являются эффективными средствами диагностики личностных характеристик, а также выявления мишеней психотерапии. Методики обладают высокой валидностью и надежностью.

Основное содержание диссертационного исследования отражено в 39 публикациях автора (общим объемом 48,3 п.л.; авторский вклад – 29,75 п.л.).

Публикации в рецензируемых журналах, утвержденных ВАК Министерства образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук:

1. Гаранян, Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Вопросы психологии. - 1999. - №2. С. 61-74. (1 п.л./0,5 п.л.)
2. Гаранян, Н.Г. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Я.Г. Евдокимова, М.В. Москова // Вопросы психологии. - 2009. - №3. С. 16-27. (1 п.л./0,25 п.л.)
3. Гаранян, Н.Г. Психологические модели перфекционизма / Н.Г. Гаранян // Вопросы психологии. - 2009. - №5. С. 74-84. (0,7 п.л.)
4. Гаранян, Н.Г. Типологический подход к изучению перфекционизма / Н.Г. Гаранян // Вопросы психологии. - 2009. - №6. С. 52-61. (0,7 п.л.)
5. Гаранян, Н.Г. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами / Н.Г. Гаранян, Т.Ю. Юдеева // Психологический журнал. - 2009. - №6. С.93-103. (1 п.л./0,7п.л.)
6. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации / Н.Г. Гаранян, Д.А. Андрусенко, И.Д. Хломов // Психологическая наука и образование. - 2009. - №1. С.72-82. (0,5 п.л./0,25 п.л.)
7. Гаранян, Н.Г. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению / Н.Г. Гаранян, М.Н. Васильева // Сибирский психологический журнал. - 2009. - №31. С.27-33. (0,5 п.л./0,25 п.л.)
8. Гаранян, Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, И.В. Никитина, О.Д. Пуговкина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №1. С. 70 – 80. (0,8 п.л./0,2п.л.).
9. Гаранян, Н.Г. апробация опросника копинг-стратегий (COPE) / П.А. Иванов, Н.Г. Гаранян // Психологическая наука и образование. – 2010. – №1. С. 82 – 94. (0,5 п.л./0,25 п.л.)

Монографии, учебные и методические пособия:

10. Гаранян, Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян. – М.: Юнеско. МГППУ. – 2006. – 112 С. (4 п.л./2 п.л.)
11. Гаранян Н.Г. Личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств / Н.Г. Гаранян. – М.: МПГУ. – 2009. – 144 с. (9,25 п.л.)
12. Гаранян, Н.Г. Применение саморегуляции при расстройствах аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Методические рекомендации. - №97/151. – М.: Министерство Здравоохранения Р.Ф. – 1998. – 22 с. (1 п.л./0,5 п.л.)
13. Гаранян, Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Руководство “Современная психотерапия” (под ред Аграчева, Варги, Кадырова, Холмогоровой), 2000, с.224-265 – М. – 2002. – С.548-556. (2 п.л./1п.л.)
14. Гаранян, Н.Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // «Психология мотивации и эмоций» (серия: Хрестоматия по психологии) / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. – М. – 2002. – С.548-556. (0,5 п.л./0,25п.л.)
15. Гаранян, Н.Г. Депрессия – болезнь нашего времени / А.Б. Холмогорова, Т.В. Довженко, Н.Г. Гаранян // Клинико-организационное руководство по оказанию помощи больным депрессиями врачами первичного звена / Отв. Ред. В.Н. Краснов. – Россия – США. – 2002. – С. 61-84. (1 п.л./0,3п.л.)

Научные публикации в других изданиях:

16. Гаранян, Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - №3. – С.29-29. (1,5 п.л./0,75 п.л.)
17. Гаранян, Н.Г. Интегративная психотерапия тревожно-депрессивных расстройств / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - №3. – С.141-163. (1,5 п.л./0,75 п.л.)
18. Гаранян, Н.Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1996. – №3. - С.548-556. (0,5 п.л./0,25 п.л.)
19. Гаранян, Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - №1. – С.94-102. (1,5 п.л./0,75 п.л.)
20. Гаранян, Н.Г. Эмоциональные расстройства в современной культуре / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. - №2. – С.19-42. (1 п.л./0,5 п.л.)
21. Гаранян, Н.Г. Эффективность интегративной когнитивно-динамической модели психотерапии расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - №4. – С.45-50. (1 п.л./0,5 п.л.)

22. Гаранян, Н.Г. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств / А.Б. Холмогорова, Т.В. Довженко, Н.Г. Гаранян, С.В. Воликова, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - №4. – С.144-153 (0,5 п.л./0,1п.л.)
23. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - №4. – С.18-48. (1,5 п.л./1п.л.)
24. Гаранян, Н.Г. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств / А.Б. Холмогорова, Т.В. Довженко, Н.Г. Гаранян, С.В. Воликова, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - №4. – С.61-65. (0,5 п.л./0,1п.л.)
25. Гаранян, Н.Г. Роль психотерапии в комплексном лечении депрессий в первичной медицинской сети / В.Н. Краснов, А.Б. Холмогорова, Т.В. Довженко // «Аффективные и шизоаффективные расстройства»: Материалы Российской конференции. - 2003– М. – С. 171, (0,2 п.л./0,07 п.л.)
26. Гаранян, Н.Г. Социальная поддержка и психическое здоровье / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова // «Психология: современные направления междисциплинарных исследований»: материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корр. РАН А.В. Брушлинского под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной. – М.: 2003. – С. 139-163. (1,5 п.л./0,5 п.л.)
27. Гаранян, Н.Г. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева // «Психология: современные направления междисциплинарных исследований»: материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корр. РАН А.В. Брушлинского под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной. – М.: 2003. – С. 100-114. (1 п.л./0,5 п.л.)
28. Гаранян, Н.Г. Концепция алекситимии (обзор зарубежных исследований) / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. - №1. – С.128-145. (2 п.л./1 п.л.)
29. Гаранян Н.Г. Личностные установки больных депрессией как контртерапевтические факторы лечебного процесса / Н.Г. Гаранян, М.Н. Васильева, Т.Ю. Юдеева // “Современные тенденции в организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты”: Материалы Российской конференции. – 2004. – М. – С. 137. (0,2 п.л./0,07 п.л.)
30. Гаранян, Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 2004. - №1. – С. 18-35. (1,5 п.л./0,5 п.л.)
31. Гаранян Н.Г. Основные направления психологических исследований перфекционизма // Н.Г. Гаранян // Материалы XIV съезда психиатров России. – 2005. - С.392. (0,2 п.л./0,2 п.л.)
32. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) / Н.Г. Гаранян // Журнал «Терапия психических расстройств». - 2006. - № 1. - С. 23-31. (1,5 п.л.)
33. Гаранян, Н.Г. К проблеме стабильности личностных черт больных депрессией // Н.Г. Гаранян, Т.Ю. Юдеева, Т.В. Довженко // Материалы

- Российской конференции “Современные принципы терапии и реабилитации психически больных”. – М. - 2006 г. - С. 36. (0,2 п.л./0,1 п.л.)
34. Гаранян, Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть I / Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. - №1. – С. 79-79. (1,5 п.л.)
35. Гаранян, Н.Г. Предэкзаменационный стресс и эмоциональные нарушения у студентов младших курсов / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, В.Ф. Войцех, Г.И. Семикин, Я.Г. Евдокимова, М.В. Москова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. - №2. – С. 38-42. (1 п.л./0,3 п.л.)
36. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм и враждебность как факторы эмоциональной дезадаптации студентов / Н.Г. Гаранян, М.В. Москова // Материалы 1-й международной научно-практической конференции: «Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе». - М.: 2007. – С.5. (0,2 п.л./0,1 п.л.)
37. Гаранян, Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть II / Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. - №3. – С. 80-92. (1,5 п.л.)
38. Гаранян, Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: история проблемы / Н.Г. Гаранян, О.Д. Пуговкина, И.В. Никитина, А.Б. Холмогорова // Московский Психотерапевтический Журнал. – 2009. – Т. 60. – № 1. – С. 35 – 68. (1,5 п.л./0,25 п.л.)
39. Гаранян, Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, И.В. Никитина, О.Д. Пуговкина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 3. – С. 92 – 100. (0,7 п.л./0,2п.л.)