

Хмельницький національний університет  
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

## ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 22235

номер ІНП

Виконав: студент II курсу, групи ППМз-22-2 \_\_\_\_\_ Вадим НАЗАРОВ

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник доктор філософських наук, професор \_\_\_\_\_ Валентина АФАНАСЕНКО

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

\_\_\_\_\_ Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Хмельницький, 2023

# ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки  
Освітній рівень другий (магістерський)  
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»  
Спеціальність 053 «Психологія»  
Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки  
\_\_\_\_\_ Таїсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 19 грудня 2022 р.

## ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ ДИПЛОМНУ РОБОТУ Вадима НАЗАРОВА

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної дипломної роботи: «Психологічні фактори депресивних і тривожних розладів особистості»

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Валентина АФНАСЕНКО, доктор філософських наук, професор

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 15 серпня 2023 р. № 30

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 08 грудня 2023 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: шкала депресії Бека, шкала тривоги Тейлора, шкала тривоги Бека, шкала екзаменаційної тривожності Сарасона (Test Anxiety Scale, Sarason, TAS), Багатомірна шкала перфекціонізму Фроста (Multidimensional Perfectionism Scale, Frost, MPS-F), тест мотивації досягнення ТАТ Х. Хекхаузена.

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 науково – теоретичний аналіз досліджень особистісних факторів депресивних та тривожних розладів: підходи до вивчення особистісних факторів депресивних та тривожних розладів, взаємовплив депресивних станів та особистісних розладів, порівняльні дослідження особистісних характеристик осіб з депресивними та тривожними розладами, дослідження перфекціонізму як особистісного чинника депресивних та тривожних розладів, висновки до першого розділу, розділ 2. емпіричне дослідження перфекціонізму як особистісного фактору емоційної дезадаптації у студентів: дослідження виразності симптомів депресії, тривоги та повсякденного стресу у студентів 1 курсу, порівняльне дослідження показників емоційної дезадаптації у студентів із різним рівнем перфекціонізму, дослідження перфекціонізму у студентів з депресивними та тривожними розладами, висновки до другого розділу, висновки, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)  
1 рисунок, 4 таблиці.

## 6. Консультанти розділів кваліфікаційної дипломної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 19 грудня 2022 року

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2023 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2023 р.	виконано
3	Оформлення вступу дипломної роботи.	До 01 вересня 2023 р.	виконано
4	I розділ дипломної роботи.	До 10 вересня 2023 р.	виконано
5	II розділ дипломної роботи.	До 01 жовтня 2023 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2023 р.	виконано
7	Оформлення дипломної роботи.	До 01 грудня 2023 р.	виконано
8	Попередній захист дипломної роботи.	_____ жовтня 2023 р.	виконано
9	Захист дипломної роботи (відповідно графіку)	_____ грудня 2023 р.	виконано

Здобувач \_\_\_\_\_ Вадим НАЗАРОВ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи \_\_\_\_\_ Валентина АФАНАСЕНКО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

⋮

## АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної дипломної роботи «Психологічні фактори депресивних і тривожних розладів особистості»

Здобувач Вадим НАЗАРОВ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Валентина АФАНАСЕНКО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна дипломна робота включає 65 сторінок, 8 таблиць, перелік джерел посилання складає 85 найменувань, 2 додатки.

Ключові слова: особистість, студенти, депресія, тривожність, тривожні розлади, перфекціонізм.

Об'єкт дослідження: психологічні чинники появи та динаміки депресивних та тривожних розладів.

Предмет дослідження: перфекціонізм як особистісний фактор депресивних та тривожних розладів та станів емоційної дезадаптації.

За результатами дослідження розроблено експериментально-методичний комплекс для виявлення та оцінки депресивних та тривожних розладів, який може бути використаний для діагностики психічних станів студентів в стресові періоди з метою покращення психологічної готовності до екзаменаційних сесій.

Дипломник \_\_\_\_\_ Вадим НАЗАРОВ

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної дипломної роботи до захисту 08 грудня 2023 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО – ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ.....	10
1.1 Підходи до вивчення особистісних факторів депресивних та тривожних розладів.....	10
1.2. Взаємовплив депресивних станів та особистісних розладів.....	17
1.3. Порівняльні дослідження особистісних характеристик осіб з депресивними та тривожними розладами.....	24
1.4. Дослідження перфекціонізму як особистісного чинника депресивних та тривожних розладів.....	32
Висновки до першого розділу.....	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ЯК ОСОБИСТІСНОГО ФАКТОРУ ЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ.	
2.1. Дослідження виразності симптомів депресії, тривоги та повсякденного стресу у студентів 1 курсу.....	41
2.2 Порівняльне дослідження показників емоційної дезадаптації у студентів із різним рівнем перфекціонізму.....	49
2.3 Дослідження перфекціонізму у студентів з депресивними та тривожними розладами.....	55
Висновки до другого розділу.....	67
ВИСНОВКИ.....	69
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	72
ДОДАТКИ.....	79
ДОДАТОК А Бланк опитування перфекціонізму.....	79
ДОДАТОК Б Комплекс для діагностики тривожних розладів студентів.....	81

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження** пов'язана з поширенням депресивних та тривожних розладів в людському середовищі та їх деструктивним значенням для особи і суспільства. Сучасні дослідження виявляють високу коморбідність депресивних і тривожних розладів з особистісними розладами (Н. Akiskal, J. Gunderson, К. Phillips, С. Головін). Такі поєднання особистісних показників з депресивними розладами характеризуються ранньою маніфестацією та хроніфікацією (R. Hiershfeld), більш тяжкою симптоматикою, найгіршим прогнозом лікування. У межах прикладних досліджень встановлений зв'язок депресивних та тривожних розладів із різними дисфункціональними рисами особистості. Виявлено, що окремі дисфункціональні риси (наприклад; нейротизм, екстраверсія, залежність, екстернальність, позитивна та негативна афективність, самокритицизм), навіть не досягаючи рівня особистісного розладу, підвищують ризик захворіти на депресивний або тривожний розлад і виступають як фактори хроніфікації (S. Blatt, Enns, Ст. Cox).

Іntenсивно дискутуються критерії виділення депресивних та тривожних розладів та меж поміж ними. Прихильники «унітарної» моделі акцентують спільність характеристик і розглядають їх як варіанти одного розладу (С. Stavrakaki, В. Vargo). Прихильники «плюралістичної» моделі вважають, що, незважаючи на наявність загальних рис, відмінності в симптоматиці, перебігу та лікуванні цих розладів настільки суттєві, що їх слід розглядати як різні захворювання (А. Beck, 1987; D. Watson, А. Clark, S. Mineka, 1994). Порівняльне дослідження особистісних характеристик депресивних та тривожних сприяє конструктивному вирішенню проблеми.

В останні десятиліття в клінічній психології та психотерапії інтенсивно дискутується зв'язок депресивного та тривожного реагування з перфекціонізмом та ворожістю (див. фундаментальні огляди Shafran; W. Mansell, 2001; P. Hewitt, 2001). Популяційні дослідження та відносно нечисленні дослідження в клінічних вибірках продемонстрували зв'язок цих характеристик з розладами афективного спектру (депресіями, тривожними розладами, порушеннями харчової поведінки)

та суїцидальною поведінкою (A. Beck, 1987; S. Blatt, D. Quinlan, P. Pilkonis) ;R. Shafran, W. Mansell).

Перфекціонізм, як правило, погано усвідомлюється, що ускладнює їхнє психотерапевтичне опрацювання. Перфекціонізм (дисфункціональна риса, що передбачає прагнення встановлювати надмірно високі стандарти і неможливість відчувати задоволення від діяльності) є егосинтонним і соціально заохочуваною властивістю. У повсякденній свідомості вона прирівнюється до сумлінності, моральної вимогливості себе і тому мало усвідомлюється як деструктивна установка.

В емпіричних дослідженнях цієї характеристики фіксується проблемна ситуація. Перфекціонізм (прагнення слідувати надмірно високим стандартам) розглядається як багатовимірний особистісний конструкт, проте питання про його конкретну психологічну структуру залишається дискусійним (P. Hewitt, R. Frost, 1990; R. Shafran, W. Mansell). Уточнення структури перфекціонізму дозволить виділити важливі цілі психотерапії та психопрофілактики емоційних розладів. В даний час більшість дослідників однастайні у думці про те, що дезадаптивний перфекціонізм є багатовимірним особистісним конструктом, що включає високі стандарти та ряд інших параметрів (P. Hewitt, G. Flett, R. Frost). Актуальним ракурсом проблеми є вивчення особистісних факторів хроніфікації депресії та тривоги.

Зв'язок між перфекціонізмом, ворожістю та стресом може мати двосторонній характер. З одного боку, ці риси можуть сприяти підвищенню частоти повсякденних мікростресогенних подій, з іншого, ускладнювати впорання з ними. Психотерапевтичні спостереження фіксують, що особи з високим рівнем перфекціонізму дотримуються дисфункціональних способів подолання стресу у формі надмобілізації (overdoing) або уникнення. Оптимальні можливості для перевірки цих гіпотез відкриває дослідження студентів першокурсників в умовах передекзаменаційного стресу.

Заповнення існуючих прогалів є самостійним науковим завданням, вирішення якого передбачає вивчення теоретичних моделей та проведення емпіричних досліджень ролі особистісних факторів в виявленні та динаміці

депресивних та тривожних розладів, що і складає тему нашого дослідження  
**«Психологічні фактори депресивних і тривожних розладів особистості»**

**Мета дослідження** – вивчення дисфункціональної особистісної риси «перфекціонізм» як фактору станів емоційної дезадаптації, депресивних та тривожних розладів, їх хроніфікації.

**Завдання дослідження:**

1. Теоретичний аналіз досліджень ролі особистісних факторів у виникненні, патогенезі та динаміці депресивних та тривожних розладів.

2. Підбір та апробація експериментально-методичного комплексу для вивчення та оцінки перфекціонізму як особистісного фактору депресивних та тривожних розладів.

3. Емпірично дослідити перфекціонізму як психологічний фактор депресивних розладів особистості на вибірці студентів ХНУ.

4. Проаналізувати та узагальнити зв'язки перфекціонізму з дезадаптивними стратегіями впорання зі стресом.

**Об'єкт дослідження** – психологічні чинники появи та динаміки депресивних та тривожних розладів.

**Предмет дослідження** – перфекціонізм як особистісний фактор депресивних та тривожних розладів та станів емоційної дезадаптації.

**Гіпотези дослідження:**

Перфекціонізм є стійким особистісним фактором, рівень виразності якого незалежний від афективного стану особистості.

Показники дисфункціональних особистісного фактору «перфекціонізм» у студентів з депресивними та тривожними розладами значно вищі, ніж у здорових піддослідних.

**Методи дослідження:** для здійснення дослідження були використані *теоретичні методи*: аналіз клінічних та психологічних моделей зв'язку особистісних дисфункцій з депресивними та тривожними розладами, узагальнення результатів прикладних досліджень щодо психологічних факторів депресивних і тривожних станів;

*емпіричні методи:* шкала депресії Бека, шкала тривоги Тейлора, шкала тривоги Бека, шкала екзаменаційної тривожності Сарасона (Test Anxiety Scale, Sarason, TAS), Багатомірна шкала перфекціонізму Фроста (Multidimensional Perfectionism Scale, Frost, MPS-F), тест мотивації досягнення ТАТ Х. Хекхаузена, включені спостереження, тематичні бесіди, рефлексивний дискурс.

**Практичне значення дослідження** виявляється в можливості використанні матеріалів кваліфікаційного дослідження в системі підготовки майбутніх фахівців психологічної сфери, зокрема, в дисциплінах «Психологія особистості», «Патопсихологія», «Основи клінічної психології», «Вікова психологія», при проведенні соціально-психологічної практики студентів. Виявлені особистісні фактори депресивних, тривожних розладів у студентів, які є важливими мішенями психологічної допомоги цьому контингенту. Підібрано та адаптовано діагностичні методики, що дозволяють виявляти особистісні фактори емоційних розладів.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідно-експериментальна робота проводилась на базі Хмельницького національного університету У ній взяли участь 68 студенти.

**Апробація результатів дослідження** відбувалась шляхом публікації статті на тему: «Психологічні чинники емоційної дезадаптації та депресивних станів у студентів –першокурсників» в збірнику матеріалів III міжнародної науково-практичної конференції «Collective thinking: unifying scientific approaches in multifaceted research» (november 29 – december 01, 2023) Amsterdam, Netherlands, international science unity. 2023. 403 p.

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання (85 найменування) та трьох додатків. Загальний обсяг дипломної роботи – 86 сторінок тексту (основна частина – 69 сторінок).

# РОЗДІЛ 1. НАУКОВО – ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ.

## 1.1. Підходи до вивчення особистісних факторів депресивних та тривожних розладів

Традиційно відомості про передиспозиційні особистісні характеристики залучалися клініцистами для вирішення дискусій про нозологічну самостійність тих чи інших форм афективних розладів. В наш час проблема особистісних факторів депресії перестає бути предметом виключно академічної науки і стає популярною темою прикладних досліджень, що сприяють більш точному прогнозу ефективності терапії. За тривалий час вивчення проблеми накопичено багато емпіричних даних та розроблено велику кількість концепцій, що відображають різні, часом полярні точки зору

Виділення у сучасних діагностичних системах спеціальних розділів для діагностики особистісних розладів свідчить про важливість цього завдання. При діагностиці особистісних характеристик пацієнтів використовуються два основні підходи – типологічний та параметричний. Спробуємо визначити сутність кожного, а також розглянути їх основні переваги та обмеження у дослідженнях особистісних дисфункцій у пацієнтів із депресивними та тривожними розладами.

Типологія – це різновид класифікації. Поняття «клас» у логіці визначають досить суворі критерії:

1. Ідеальні класи гомогенні за складом.
2. Характеристики різних класів взаємно виключають одне одного; вони не перетинаються і не збігаються, навіть частково.
3. Усі члени класу задовольняють критеріям членства.
4. Кожен критерій (визначальна властивість члена класу) або повністю присутній або відсутній, ніколи не буває представленим частково.
5. Кожен член повинен задовольняти критеріям членства одного і лише одного класу.

Під типологією розуміється метод наукового пізнання, в основі якого лежить розчленування систем об'єктів та їх угруповання за допомогою ідеалізованої моделі або типу. Типи лише в дуже поодиноких випадках повністю гомогенні і не мають прикордонних випадків.

Більшість широко вживаних у науці та повсякденному житті типологій є прототиповими, тобто, кожен член цього класу сприймається лише як наближений до типового. Історично склалося так, що стандартним методом класифікації загальномедичних та психічних захворювань була саме типологія. Медична систематика включає безліч станів, які розглядаються як більш менш дискретні і окремі один від одного. Процес диференціальної діагностики полягає в спробі віднести пацієнта до тієї чи іншої типологічної категорії. Атипові випадки залишаються недіагностованим або належать до категорії, якій відповідають більшою мірою.

У психології вивчення особистості з позицій типологічного підходу передбачає, її віднесення до однієї з обмеженої кількості певних категорій, що представляють людей зі схожими характеристиками. Широкої популярності набули типології особистостей К. Юнга, Е. Кречмера, К. Леонгарда, І. Майєрс-Бріггс.

У вітчизняній науці типологічний підхід продуктивно використовувався при оцінці індивідуальних відмінностей у характеристиках темпераменту та здібностей.

У сучасній психіатрії діагностика особистісних розладів спирається на класифікацію особистісних типів, що лежить в основі другої осі Б Б М-Р або кластера Б.6 МКБ-10. Творці інноваційних діагностичних систем намагалися подолати ригідність звичайних типологій:

1. Сучасні психіатричні діагнози (у тому числі і категорія «особистісний розлад») є політетичними (на противагу монотетичному принципу звичайних класифікацій), тобто, вони зазвичай не визначаються присутністю чи відсутністю єдиної та необхідної патогномонічної властивості. Це означає, що пацієнт повинен виявляти деякі або більшу частину набору властивостей (симптомів, ознак, особливостей перебігу), кожна з яких сама собою не є

достатньою. Членство в одному діагностичному класі не обмежує можливості членства в інших класах; проблеми пацієнта можуть (що трапляється дуже часто) одночасно задовольняти критеріям кількох особистісних розладів.

2. Вступні розділи ББМ-ГУ і МКБ-10 визнають, що немає чітких природних меж, які відокремлюють особистісні розлади від нормального функціонування і один від одного. Типи особистісних розладів, в такий спосіб, розглядаються скоріш як номінальні, ніж реальні.

3. Сучасні діагностичні системи заохочують фахівців до встановлення багатоосьового, складного діагнозу.

Коли співвідношення депресії та особистісних дисфункцій описуються в рамках типологічного підходу, дослідники прагнуть встановити належність депресивного пацієнта до певного особистісного типу (обсесивного, шизоїдного, гістрійного, залежного, унікаючого тощо) або діагностувати у нього коморбідність. Доведено, що депресія може бути супутником практично будь-якого особистісного розладу [63].

Однак, як вважають експерти, такий підхід має низку обмежень [37]

1. Використання типологічних класифікацій адекватне, коли феномени, що класифікуються, мають чіткі межі і не може бути піддані числовому виміру. Проте немає меж, які чітко відокремлюють особистісні розлади від нормально розподілених особистісних рис і один від одного. У разі континуально розподілених якостей, рішення про межі між групами прийматиметься фахівцем довільно, що знижуватиме валідність та надійність діагностичних суджень при роботі з «прикордонними» випадками.

2. Різні особистісні розлади також утворюють частковий континуум між собою і є взаємно виключаючими. Наприклад, критерії гістрійного та нарцистичного особистісного розладу частково еквівалентні, і далеко не рідкісні випадки, коли пацієнт відповідає критеріям обох розладів.

3. Диференціація емоційних та особистісних розладів найчастіше є важким завданням. Поточний афективний стан та актуальні стресогенні обставини сильно ускладнюють оцінку стабільності проблемної поведінки

пацієнта в різних сферах життєдіяльності та не дозволяють зробити висновок про тривалі тенденції характеру.

4. Ціла низка особистісних характеристик пацієнтів з емоційними порушеннями не передбачена існуючими клінічними типологіями (наприклад, рефлексивність, екстернальність, перфекціонізм, здатність до саморегуляції афекту тощо).

Обмеження типологічного підходу можуть компенсуватися можливостями параметричного підходу. Ця система особистісної діагностики дає багато оцінок за різними параметрами для кожного пацієнта, які мають велику передиктивну цінність.

Ситуації, де параметричні класифікації приходять на місце типологічним, пов'язані з необхідністю провести точні вимірювальні процедури (наприклад, виміряти зріст, вагу, інтелект). Тут йдеться про безперервно розподілені характеристики, що піддаються числовому виразу. Як зазначає А. Frances [60], параметричний та типологічний підходи комплементарні та не виключають один одного. Багато явищ може бути одночасно розглянуто з обох позицій; параметричні виміри можуть бути легко конвертовані в типології.

Переваги та обмеження кожної системи особистісної діагностики повинні братися до уваги практиками та дослідниками. З метою оптимізувати роботу лікарів-практиків, деякі американські експерти з особистісних розладів пропонували; конвертувати розділ. DSM з типологічного формату в параметричний [59]. Сучасна версія DSM представляє набір критеріїв для кожного з 11 особистісних розладів і дає чіткі інструкції щодо встановлення діагнозу по осі II. Параметрична система інструктувала б клініциста щодо того, як оцінювати пацієнта за 10-бальною шкалою за кожним із 11 параметрів. Однак ці пропозиції були прийняті, оскільки типологічний підхід глибоко впроваджений у лікарську практику та має свої переваги. Не настільки радикально налаштовані автори припускають, що у перспективі типологічна оцінка особистісних дисфункцій доповнюватиметься параметричною. Цьому сприятиме широке впровадження комп'ютерів, а також найкраща наукова підготовка лікарів та клінічних психологів [48].

У наукових проектах вибір системи особистісної діагностики має визначатися дослідницькими цілями. Типологічна діагностика найбільш адекватна проектам, де встановлюється патерн характеристик, специфічних певному особистісному розладу і дозволяє відмежувати його від інших. У дослідженнях, що фіксують взаємозв'язок між тяжкістю загального особистісного неблагополуччя та відповіддю на терапію у пацієнтів із різними афективними розладами, виразні переваги параметричного підходу. Так, нейротизм за Айзенком найчастіше досліджується при порівняльній оцінці особистісного неблагополуччя респондерів та нонреспондерів [67]. Перевага особистісних факторів нижчого порядку (наприклад, таких конструктів як міжособистісна залежність, перфекціонізм тощо) полягає в тому, що вони представляють більш живу, інформативну картину особистісних проблем пацієнта. Це оптимально для досліджень процесу та результатів психотерапії, а також особистісних предикторів її успіху чи неуспіху

У нашому дослідженні було реалізовано обидва підходи до вивчення особистісних чинників емоційних розладів - параметричний і типологічний. Грунтуючись на параметричному підході, ми оцінювали виразність особистісних проявів перфекціонізму у студентів із депресивними та тривожними розладами. При цьому ми припускали, що ці риси можуть зустрічатися в структурі різних особистісних типів; тому вивчався їх зв'язок із типологічними характеристиками.

Один із напрямів досліджень на емпіричному рівні, передбачає вивчення коморбідності депресивних та особистісних розладів. Тривалий час його реалізація ускладнювалася відсутністю чітких діагностичних критеріїв особистісних розладів та інструментів для їх вимірювання. Поява сучасних діагностичних класифікацій, структурованих інтерв'ю та багатовимірних особистісних шкал зробило їх можливими.

Аналіз фундаментальних оглядів свідчить про високу коморбідність депресивних розладів та особистісну патологію. Відзначається гетерогенність особистісних стилів, пов'язаних із великим депресивним розладом. За даними одного з оглядів [72], частота коморбідності з особистісним діагнозом у стаціонарній вибірці хворих з поточним епізодом цього розладу варіює від 20%

до 50%; в амбулаторній вибірці – від 50% до 85%. Прикордонний особистісний розлад зустрічається у 10-30% хворих на цю форму депресії, гістрійний -у2-20%, антисоціальний - 0-10%, нарцистичний -у менше 5%. Коморбідність шизотипального розладу з великим депресивним варіює, за різними даними, від 0 до 20%, аналогічні показники для параноїдного розладу – нижчі 5%. Дані про поширеність шизоїдного розладу та особистісних розладів кластера С (тривожних, боязких) у коморбідності з «великою депресією» варіюють від дослідження до дослідження. Наприклад, частота obsесивно-компульсивного розладу в поєднанні з великим депресивним розладом оцінюється стабільно високо (до 20%). Особисті розлади частіше зустрічалися у хворих, які вдавалися до стаціонарного лікування та мали більше епізодів «великої депресії» в життєвій історії [65,74].

Дослідницькою групою А.Векс оцінювалася частота коморбідних особистісних розладів за різних варіантів депресивного розладу. Виявилось, що 50% пацієнтів з великим депресивним розладом, 52% пацієнтів з дистимією та 69% пацієнтів з «великою депресією» у поєднанні з дистимією мають щонайменше один особистісний розлад. Більшість особистісних діагнозів ставилися до тривожно-боязкого кластера, найчастішими були уникаючий і залежний розлад [36,39]. Дані про особистісний профіль хворих, які страждають на дистимію, носять суперечливий характер. Так, за даними іншої дослідницької групи, найчастішими особистісними діагнозами в цій групі були прикордонний, гістрійний і уникаючий розлади [41].

Італійські автори порівнювали частоту коморбідних особистісних розладів у хворих з монополярними та біполярними афективними розладами [53]. Для хворих на монополярну депресію найбільш частими особистісними діагнозами були прикордонний розлад (31.6%), залежний (25.2%) та obsесивно-компульсивний (14.2%). У групі хворих на біполярний афективний розлад переважали прикордонний (41%), нарцистичний (20.5%), залежний (12.8%) та гістрійний (10.3%) розлади. Загалом, розлади кластера С («тривожні/боязкі, класифікація DSM-III-r) частіше зустрічалися у хворих на монополярний варіант депресії.

У руслі цієї ідеології було розроблено кілька клініко-психологічних теорій. Теорія L. Benjamen заснована на «структурному аналізі соціальної поведінки» [75] (structural analysis of social behavior, SASB). Два психологічні чинники - безпорадність і самокритицизм (або поєднання обох факторів) –визнані достатніми умовами для виникнення депресії та одночасного розвитку низки особистісних розладів.

Базове положення моделей «передиспозиції» або «уразливості» полягає в наступному: один стан (як правило, особистісні дисфункції) передує за часом і виступає як спеціальний фактор ризику або сприятлива умова для клінічної маніфестації іншого стану (як правило, депресії). Ці моделі частково перекриваються з моделями спектру, проте між ними є і суттєві відмінності:

1. Передиспозиційні моделі не передбачають існування іншої, більш фундаментальної причини кожного зі станів;

2. «Передиспозиційна умова» не завжди розглядається як необхідна причина вторинного розладу. Передбачається, що певний набір чинників чи умов постає як комплекс чинників ризику розвитку іншого стану. Маршрут від факторів ризику до клінічної експресії розладу може бути опосередкований цілим ланцюжком функціональних зв'язків (наприклад, інтровертована особа не отримує позитивного соціального підкріплення, відчуває дефіцит соціальної підтримки, і в стресогенних обставинах стає депресивною).

Більшість передиспозиційних моделей сфокусовані на особистісних рисах або розладах як факторів, що привертають увагу. Однак логічно припустити, що і депресія (особливо її хронічна форма) може виступати як передиспозиційний фактор для виникнення стійких особистісних рис або як фактор еволюції окремих рис у повномасштабний особистісний розлад.

Причини депресивних розладів розглядаються як результат взаємодії між передиспозиційними характеристиками (рисами особистості, темпераментом, когнітивними схемами/стилями) та стресом середовища. Ця взаємодія може бути опосередкована додатковими змінними – соціальною підтримкою, стилями копіngu, особистісними ресурсами, які сприймаються як захисні чи буферні.

Таким чином, у рамках цих моделей особистість вивчається в термінах активної взаємодії індивіда з середовищем, а не як композиція статичних характеристик.

## **1.2. Взаємовплив депресивних станів та особистісних розладів.**

Практика засвідчує, що при часовому збігові один розлад може значною мірою впливати на клінічну картину, тяжкість, тривалість та курабельність іншого розладу, не виступаючи при цьому фактором ризику. Особистісні особливості можуть надавати певного забарвлення депресивним переживанням і проявам. У свою чергу, досвід важкої емоційної хвороби може суттєво впливати на особистісне функціонування, поведінку та когнітивні процеси, викликаючи досить стійкі зміни. Останнє спостереження відповідає т.зв. моделі «ускладнення», яка для опису цих змін використовує метафору «шраму» або «рубця».

Для перевірки цих моделей може бути використаний як лонгітюдний, так і зрізовий дизайн дослідження: так, наприклад, у порівняльному зрізовому дослідженні, що включає групи пацієнтів з коморбідними особистісними розладами і без них, можуть вивчатися клінічні характеристики депресії - вік маніфестації, число пережитих депресивних епізодів, їх тяжкість і тривалість, соціальне функціонування хворих, реакція на терапію, що проводиться. Перевірка патопластичної моделі в лонгітюдних дослідженнях, за свідченнями дослідників, може мати справу з методологічними труднощами: коли маніфестація одного розладу передує іншому, не можна виключити альтернативну інтерпретацію в руслі моделі вразливості.

З метою подолання цих труднощів M. Klein, S. Wonderlich, T. Shea пропонують «розглядати модель вразливості як центральну серед теорій про причинний зв'язок між особистістю та депресією, а патопластичну модель як релевантну периферійним взаємодіям між депресією та особистістю» [75]. Таким чином, фактори вразливості пов'язуються з маніфестацією певного розладу, патопластичні фактори – з проявами та перебігом розладу в рамках епізоду.

Психіатри послідовно відстоювали тезу про те, що особистісні дисфункції та розлади суттєво впливають на клінічну картину депресії, форму перебігу депресивного розладу, терапевтичну реакцію при лікуванні антидепресантами [10, 11,18]. Так, О.П.Вертоградова, виділяючи тужливу, тривожну та апатичну депресію, показує, що «структура депресії опосередкована преморбідною структурою особистості» [11 с.13]. Структура депресії опосередковується преморбідними особливостями особистості, насамперед, заниженою самооцінкою (1980). На думку автора, ідеї малоцінності, характерні для депресивних хворих, базуються на негативних фактах їхнього життєвого досвіду. Він також наголосив на схильності депресивних пацієнтів до ігнорування позитивних фактів власної біографії та життєвої ситуації хворими ігноруються. Це спостереження цілком співвідносне з ідеями А.Бекк про селективне абстрагування. Вивчення ролі особистісних особливостей у формуванні структури депресії та реакцій дезадаптації, зумовлює важливі висновки про те, що «структура особистості різною мірою визначає клінічні особливості депресії на всіх етапах розвитку, надає певного впливу на загальну тривалість захворювання, депресивного епізоду, якість ремісії» [45, с.191].

Результати зарубіжних порівняльних досліджень показують, що унікаючий, залежний, пасивно-агресивний, гістрійний, нарцистичний, прикордонний та антисоціальний розлади значно частіше зустрічаються в групі пацієнтів з ранньою (до 18 років) маніфестацією великого депресивного розладу. Вони дають підстави для судження про те, що хворим з депресією, що рано почалася, властиві більш дисфункціональні поведінкові стратегії та особистісні установки [33, 35, 38].

У роботах останнього часу особистісні риси пацієнтів, які страждають на великий депресивний розлад і коморбідні особисті розлади діагностувалися в ремісії, після закінчення курсу лікування антидепресантами. Їхні результати показують: вік маніфестації депресивного розладу та кількість суїцидальних спроб протягом життя позитивно пов'язані з наявністю особистісного розладу; наявність двох і більше коморбідних особистісних розладів у пацієнтів із монополярною депресією різко знижує якість життя. Нарешті, пацієнти з

коморбідними розладами кластеру А та В роблять більше суїцидальних спроб, ніж при коморбідності з розладами кластеру С [] (P. Brieger, U. Ehrt, R. Bloenk, A. Marneros, 2002).

Дослідження хворих на біполярний афективний розлад встановило значний зв'язок між наявністю коморбідного діагнозу особистісного розладу кластера В та великою кількістю суїцидальних спроб протягом життя [50, 51]. Для цієї групи хворих особистісна патологія є предиктором поганого комплаєнсу в медикаментозному лікуванні, зниженій соціальній підтримці. Ці пацієнти проводять більше днів у госпіталі протягом року рідше досягають симптоматичного одужання [52, 61, 73], у них більш тяжкі симптоми розладу та гірший рівень функціонування проти тими, хто має коморбідної особистісної патології [64].

Гостро актуальним стає дослідницький напрямок, що оцінює зв'язок особистісних показників з ефективністю лікування депресій. В останні два десятиліття на фоні визначних досягнень психофармакотерапії та психотерапії увагу фахівців привертає відносно висока частота несприятливих результатів лікування депресій. Висловлено гіпотези про те, що особистісні дисфункції можуть знижувати ефективність терапії та бути прогностичним критерієм відповіді хворого на лікувальні втручання [81, 83]. Зазначається інтенсивне зростання інтервенційних досліджень, націлених на перевірку цих гіпотез.

У межах параметричного підходу вивчається зв'язок окремих особистісних характеристик з ефективністю проведеного лікування. До найбільш активно досліджуваних рис належать нейротизм (Г. Айзенк), а також параметри моделі С. Cloninger – «уникнення шкідливостей», «прагнення новизни», «залежність від винагород». Нейротизм - особистісна риса високого порядку, сутність якої полягає у високій чутливості до негативних емоціогенних стимулів. Осіб з високими показниками нейротизму відрізняє вроджена схильність відчувати негативні емоції різної модальності з дуже високою частотою. У фундаментальному огляді [76] узагальнюються результати 13 досліджень нейротизму у цьому контексті. Вони однозначно свідчать про те, що високі показники цієї особистісної риси є предиктором поганої терапевтичної реакції у

депресивних пацієнтів, які проходять як стаціонарне, так і амбулаторне лікування. Цей висновок більш справедливий щодо результативності тривалої терапії; в короткостроковій терапії нейротизм не виступає як предиктор ефективності. Два контрольовані дослідження вносять уточнення до цієї закономірності: високий нейротизм передбачає гіршу реакцію при лікуванні інгібіторами МАО, але не трициклічними антидепресантами. Прагматичний зміст цих даних був очевидним - знання особистісних характеристик пацієнта може допомогти клініцисту у прийнятті рішення про вибір потрібного препарату.

Проспективні контрольовані дослідження дають суперечливі результати щодо зв'язку параметрів темпераменту С. Cloninger з ефективністю медикаментозного лікування. Так, дослідження R. Joyce із співавторами встановило, що характеристики темпераменту пояснюють 25% дисперсії показників результату лікування у хворих на депресію [46, 64]. У групі з 40 депресивних пацієнтів R. Joffe та його колеги встановили, що високі показники «уникнення шкідливостей» передбачають поганий результат лікування [42]. Для жінок з високими показниками «уникнення шкідливостей» переважним виявилось лікування desipramine; для жінок з високими показниками «залежності від винагороди» – clomipramine. У більш масштабному дослідженні E. Nelson та С. Cloninger встановили, що низькі показники «залежності від винагороди» передбачали хороший результат при лікуванні nefazodone, однак цей результат пояснював лише 10% дисперсії показника ефективності лікування і йшов у розріз з даними R. Joyce (E. Nelson, 1996). Нарешті, ще два дослідження не змогли встановити будь-який взаємозв'язок між характеристиками темпераменту та результатами лікування.

Експерт у галузі вивчення особистісних факторів депресії R. Mulder висловлює відомий скептицизм щодо валідності викладених вище результатів. Показники нейротизму, як і параметр «уникнення шкідливостей» моделі С. Cloninger, перебувають у прямому кореляційному зв'язку з показниками депресії. Показники нейротизму досягають максимальних значень у хворих з більш тяжкою депресією, однак у ході лікування вони знижуються до рівня

нормативних. Нарешті, із 24 пунктів шкали депресії Гамільтона, з допомогою якої у цих роботах оцінювалася ефективність лікування, 19 - збігаються з пунктами шкал, що тестують нейротизм. Ці обставини порушують закономірне питання: «...Чи відображають нейротизм і «уникнення шкідливостей» особистісні характеристики, які можуть впливати на одужання, чи субклінічні симптоми депресії, пов'язані з поганою якістю ремісії та високим ризиком рецидиву?» [56, с. 366].

Результати досліджень у рамках типологічного підходу, що встановлює зв'язок між ефективністю лікування великого депресивного розладу та наявністю коморбідного особистісного діагнозу, також мають складний та суперечливий характер. Висновки першого фундаментального огляду, що узагальнює результати 21 дослідження були однозначно ствердними: «Особистісна патологія статистично достовірно пов'язана з поганим результатом лікування» [34]. Пізніший огляд також підтверджував деструктивний вплив особистісної патології на ефективність терапії. Його автори виявили «наступні чинники, пов'язані з найгіршим результатом лікування: риси залежного особистісного типу, риси прикордонного особистісного типу, окремі характеристики особистісних розладів кластерів А та С, низький рівень соціального функціонування» [47].

У фундаментальному огляді, що узагальнює знахідки 27 робіт, R. Mulder зробив більш витончений аналіз методичних підстав даного дослідницького напрямку. Перший зроблений ним висновок стосується труднощів інтерпретації та зіставлення отриманих результатів через велику різноманітність способів діагностики особистісних розладів, типів запропонованого лікування та способів оцінки результату. У низці робіт автор виділив 13 досліджень, проведених в одному методичному ключі: діагностика особистісного розладу проводилася клініцистами-експертами за допомогою найбільш валідних методів – структурованих діагностичних інтерв'ю. 6 робіт такого роду повідомили про те, що коморбідний особистісний розлад може бути предиктором поганого результату лікування. Ще 3 дослідження повідомили про статистичну тенденцію до «дещо гіршого результату». Перше з них показало, що найгірший результат

досягається хворими на депресію з коморбідною особистісною патологією при медикаментозному лікуванні. Друга робота зафіксувала найгірший результат в інтерперсональній терапії, але не в когнітивно-біхевіоральній терапії. У третій лише пацієнти з коморбідними особистісними розладами кластера С досягли найгіршого результату. Нарешті, чотири інших дослідження не встановили жодних відмінностей у результативності лікування між порівнюваними групами. Серед цих 13 досліджень, які використовували структуроване інтерв'ю, 7 робіт були контрольованими – використовували стандартну терапію та рандомізували пацієнтів при включенні до лікувальних груп. До них відносяться всі чотири дослідження, які не встановили відмінностей між групами з особистісними розладами та без них щодо ефективності лікування депресій, одне, яке показало неоднозначний, важко інтерпретований результат, і два, що засвідчили найгірший результат у групі з особистісними розладами. Таким чином, дані найбільш репрезентативних робіт лише дозволяють припустити, що депресивні пацієнти з особистісними розладами досягають трохи меншого ефекту при короткостроковому лікуванні, ніж пацієнти без такого коморбідного діагнозу. Оптимальною, на думку цього автора, стає наступне, не позбавлене гумору, формулювання: «Особистісна патологія ніяк не підвищує ефективність лікування великого депресивного розладу. Це не надихаюче твердження, можливо, найточніше відображає стан справ. Чи знижує вона його результативність? Це залежить від того, що розуміється під особистісною патологією, як здійснюється лікування і як оцінюється його результат» [65,с. 367]. Основним фактором, що знижує валідність результатів таких досліджень, стають труднощі диференціації стабільних особистісних характеристик і поточного афективного стану за допомогою існуючих діагностичних інструментів.

Тим не менш, важливі для підтвердження патопластичної моделі дані були отримані в декількох великих і бездоганнях методичних дослідницьких проектах NIMH (Національного Інституту психічного здоров'я США). Так, у Колаборативній програмі NIMH з психобіології депресії (Collaborative Program on the Psychobiology of Depression) група «повільної реакції на терапію»

включала більше пацієнтів з діагнозом особистісного розладу, ніж т.зв. «Нормальні респондери» [](E. Frank, D. Kupfer, D. Jarrett, M. Jacob, 1986; P. Pilkonis, E. Frank, 1988; R. Hiershfeld, G. Merman, P. Lavori, 1989). У звіті колаборативної програми NEMH із вивчення ефективності лікування депресій (Collaborative Treatment Research Program) Т. Shea та її колеги повідомили, що випробувані з коморбідними особистісним розладом одужували з меншою частотою у всіх порівнюваних типах лікування (медикаментозного та психотерапевтичного), за винятком когнітивної психотерапії (Т. Shea, P. Pilkonis, E. Bechham, J. Collins, I. Elkin, S. Sotsky, J. Docherty, 1990)

Аналогічні результати зафіксовано для психодинамічної психотерапії. У групі з 25 пацієнтів із великим депресивним розладом оцінювалися взаємозв'язки між наявністю коморбідного діагнозу особистісного розладу, тяжкістю супутніх психічних розладів та результатами психодинамічної терапії. Встановлено, що у всіх пацієнтів відзначалося покращення, що залишалося стійким у катамнестичному періоді; при цьому пацієнти з коморбідним особистісним розладом демонстрували не настільки явне поліпшення, порівняно з тими, що не мали його [63].

Нарешті, один з останніх оглядів» з проблеми, заснований на мета-аналізі порівняльних досліджень, показує, що шанси мати поганий-результат у лікуванні депресії в 2,3 рази більше в групі з коморбідним особистісним розладом, що дозволяє розглядати особистісний розлад як важливий предиктор хроніфікації афективної патології [39]. Його автори протистоять скептичним висловлюванням-R. Mulder і борються за практичну доцільність особистісної діагностики навіть у момент розгорнутої клінічної картини депресії: «Якщо особистісна діагностика дає деякі прогностично цінні відомості щодо результату лікування чи вибору терапії, вона корисна. Що вона насправді оцінює – особистість, симптоми хронічної депресії чи поточний настрій – більшою мірою цікавить дослідника, а не клініциста» [39, с. 31].

Наведені відомості дозволяють зробити висновок про те, що в дослідженнях особистісних факторів терапевтичної резистентності при лікуванні депресій склалася проблемна ситуація. Складається враження, що

окремі особистісні риси та певні особистісні розлади можуть виступати як контртерапевтичні (знижують ефективність) фактори в деяких видах лікування депресій (наприклад, тривале медикаментозне лікування антидепресантами, психодинамічні та інтерперсональні форми психотерапії), не будучи такими для інших форм терапії.

### **1.3. Порівняльні дослідження особистісних характеристик осіб з депресивними та тривожними розладами.**

У пошуку нових аргументів про співвідношення депресії та тривоги зарубіжні дослідники звернулися до особистісних змінних. У 80-ті р.р. було виконано кілька порівняльних досліджень, які уточнюють специфічність особистісного діатезу для тривоги та депресії. Колектив британських учених Newcastle Group опублікував серію досліджень, що зафіксували незалежність тривоги та депресії (цит. за С. Stavrakaki, В. Vargo, 1986).

У вибірці із 145 пацієнтів із діагнозом депресивного чи тривожного розладу оцінювався широкий спектр особистісних характеристик. Пацієнти з тривожними розладами, за даними Newcastle Group, демонстрували важчі особистісні дисфункції. Вони характеризувалися більш вираженою міжособистісною залежністю, меншою зрілістю, вищим нейротизмом, вираженими гістрійними рисами та гіршою соціальною адаптацією, як у момент поточного епізоду захворювання, так і при катамнестичній оцінці.

У ретельно спланованому дослідженні J. Reich із співавторами оцінювалася специфічність особистісних характеристик хворих на депресивні розлади і панічним розладом. Порівнювані групи були протестовані за допомогою батареї особистісних тестів, що включають Шкалу темпераменту Гілфорда-Циммермана (Guilford-Zimmerman Temperament Survey), що тестує 10 характеристик (загальну активність, стриманість, домінантність, товариськість, емоційну стабільність, здатність до об'єктивних відносин, маскулінність), особистісний опитувальник Лазар-Клермана (Lazare-Klerman-Armor Personality Inventory), що тестує три особистісні типи, що описуються психоаналітичною

теорією (оральний, обсесивний і істеричний) і Шкалу міжособистісної залежності (Interpersonal Dependency Inventory), (емоційну залежність від іншої людини, дефіцит соціальної впевненості у собі та автономність).

Групи пацієнтів тестувалися двічі - в гострому стані до початку медикаментозного лікування та в момент становлення ремісії. До лікування пацієнти чоловічої статі розрізнялися лише по 1 з 13 параметрів - показник «оральності» у депресивних був значно вищим, ніж у страждаючих панічним розладом. Пацієнти жіночої статі до лікування не відрізнялися значно за жодним параметром. До лікування обидві групи пацієнтів демонстрували, порівняно зі здоровим контролем, значно вищі показники «оральності» та «емоційної залежності від іншої людини». Показники «комунікабельності» та «емоційної стабільності» у групах пацієнтів були значно нижчими, ніж у нормі. У ремісії між чоловіками «панікерами» і депресивними не виявлено значних відмінностей. Для жінок було встановлено єдину значну різницю - депресивні жінки характеризувалися різко зниженим показником «загальної активності». У ремісії пацієнти обох статей характеризувалися, порівняно з нормою, суттєво зниженими показниками «емоційної стабільності» і значуще підвищеними показниками «оральності», «емоційної залежності від інших», «дефіциту соціальної впевненості в собі». Депресивні жінки в ремісії, порівняно з нормою, мали вищі показники-дефіциту автономності. Жінки з панічним розладом у стані ремісії мали знижені, порівняно з нормою, показники «комунікабельності». Пацієнти чоловічої статі в обох підгрупах відрізнялися достовірно більшою виразністю істеричних особистісних рис у ремісії проти здорового контролю. Таким чином, подібність між депресивними та панічними пацієнтами суттєво переважувала відмінності.

Узагальнюючи ці результати, можна таким чином уявити, психологічний портрет особистості, схильної до тривожного або депресивного реагування: легко засмучується подіями, під впливом стресу стає театральною і надмірно експресивною, втрачає здатність до об'єктивних міркувань і через недостатню соціальну впевненість стає надмірно ідеалізувати інших. Ці факти припускають різні інтерпретації. Можливо, що існують особистісні риси, які ґрунтують

схильність до захворювання на депресію і панічні розлади (переддиспозиційна гіпотеза). Можливий і інший причинно-наслідковий зв'язок - процес захворювання (депресія або панічний розлад) призводить до певних змін особистості (патопластична гіпотеза). Результати досліджень того часу з більшою переконливістю підтверджують преддиспозиційну гіпотезу.

S. Nystrom та B. Lindegard [83] простежували протягом 6 років емоційний стан піддослідних із загальної популяції, оцінивши в початковій точці проспективного лонгітуду їх особистісні характеристики. Відзначалася подібність особистісних властивостей піддослідних, які згодом захворіли на тривожний розлад або депресію, та їх різочу відмінність від характеристик решти когорти.

Наприкінці 80-х – на початку 90-х р.р. були розроблені дві теоретичні психологічні моделі, які, на думку авторитетних зарубіжних фахівців у галузі розладів афективного спектру, «створили можливість нових інсайтів щодо взаємозв'язку депресивних та тривожних розладів» [37,38].

Модель «когнітивної специфічності» А. Бека [39], постулює, що депресивні та тривожні розлади, розрізняються за формою та змістом неадаптивних когнітивних процесів – ситуативних автоматичних думок, образів та інтерпретацій, глибинних переконань щодо власної особи, світу майбутнього. Згідно з цією моделлю, кожен розлад має специфічний когнітивний профіль. У потоці свідомості депресивних пацієнтів превалюють автоматичні думки та образи, пов'язані з темами втрати, невдачі, власної недосконалості та безперспективного майбутнього. При тривожних розладах автоматичні когнітивні процеси сфокусовані на темах особистої небезпеки, загрози або шкоди [39].

Емпірична перевірка цих ідей здійснювалася за допомогою різноманітних методичних прийомів. За допомогою спеціальних інструментів (Опитувальника автоматичних думок- (Automatic Thoughts Questionnaire), Когнітивної шкали (Cognitive Scale), Списку когнітивних продуктів (Cognition Checklist)) вивчалася зміст когнітивних процесів у 4 специфічних ситуаціях («перебування в суспільному місці з другом», «робота над проектом», «переживання фізичного

дискомфорту чи болю») та поза ними. Показники 99 пацієнтів із тривожними розладами та 207 пацієнтів із депресивними, розладами достовірно відрізнялися. У повній відповідності з теоретичною моделлю, в когнітивних депресивних продуктах домінували теми втрати, власної недосконалості і негативні абсолютистські установки щодо майбутнього. У когнітивних тривожних продуктах домінували теми небезпеки, загрози втрати, можливої шкоди [39].

В експерименті з перевірки концепції когнітивної вразливості брали участь пацієнти з тривожними розладами (панічним розладом, соціальною фобією, генералізованим тривожним розладом та обсесивно-компульсивним), великим депресивним розладом, іншими психічними захворюваннями. Досліджуваним пред'являвся бланк зі списком прикметників, що відображають характеристики «Я», світу, майбутнього. Частина прикметників збігалася з депресивними уявленнями (наприклад, про власне «Я» як «неспроможне», «ущербне», «слабке»), інша частина - з тривожними (наприклад, про власне «Я» як «нервово», «збудливе», «раниме»). Схема цього експерименту відповідала вченню про «негативну когнітивну тріаду»: на думку А.Бека, пацієнти з емоційними розладами дотримуються спотворених негативних уявлень про власне «Я», світ (фізичний і соціальний) і майбутнє. Інструкція вимагала від випробуваних; а) висловити згоду чи незгоду з прикметниками, з погляду того, наскільки кожне з них відповідає їхньому погляду на власну особистість, світ та майбутнє; б) у ході наступної 5-хвилинної процедури записати на окремому аркуші папері якнайбільше прикметників, що запам'яталися.

Результати експерименту повністю підтвердили модель когнітивної специфічності депресії. Депресивні випробувані послідовно вибирали і потім нагадували більше негативних і менше позитивних «депресивних» за змістом стимулів, ніж депресивний контроль. Істотно, що модель депресії А. Бека підтверджувалася не лише даними про контент-специфічність відданих стимулів, а й повторюваністю результатів за модальністю «Я», «майбутнє», «світ». Ідея про специфічність когнітивного змісту тривоги не знайшла такого безумовного підтвердження в цьому експериментальному дизайні; результати

групи пацієнтів із тривожними розладами носили складний і неоднозначний характер.

Надалі гіпотеза про когнітивну специфічність депресії та тривоги перевірялася за допомогою спеціальних інструментів, що тестують когнітивні процеси, та симптоматичних шкал [39]. Здійснювався факторний аналіз з метою виявити окремі показники в інструментах, що мають високу дискримінантну валідність у діагностиці депресії та тривоги. У дослідженні брали участь 470 піддослідних із діагнозами депресивних чи тривожних розладів. Як методичні засоби використовувалися шкали депресії та тривоги Гамільтона, шкали депресії та тривоги Бека, Список когнітивних продуктів (Cognition Checklist, CCLA), що складається з 26 пунктів (14 тестують «депресивні думки», 12 - «тривожні»), Шкала Scale, HS), тест Я-концепції (Self-Concept Test, SCT), призначені для оцінки негативної когнітивної тріади, специфічної для депресії, Шкала дисфункціональних установок (Dysfunctional Attitude Scale, DAS).

Високо інформативним виявився патерн кореляцій когнітивних показників із показниками депресії та тривоги. Так, «депресивні» пункти Списку когнітивних продуктів, показники Шкали безнадійності та тесту Я-концепції на високо значному рівні корелювали з показниками шкал депресії Гамільтона та Бека, а «тривожні» пункти Списку когнітивних продуктів – з відповідними шкалами. Факторний аналіз масиву отриманих даних виявив два фактори, що чітко відображають депресію та тривогу. До «депресивного» фактора увійшли всі показники депресивної симптоматики та відповідної когнітивної продукції, аналогічне явище зареєстроване і для показників тривоги.

У ході подальшого аналізу оцінювалася специфічність симптоматичних та когнітивних показників у «чистих» групах пацієнтів з депресивними (N1) та тривожними розладами (N2) та у групі зі змішаною тривожно-депресивною симптоматикою (N3). Перша серія дисперсійного аналізу показала, що групи різняться за всіма показниками депресії, що вивчаються, причому в першій і третій групах ці показники істотно вищі. Друга серія показала, що групи достовірно відрізнялися за всіма показниками тривоги, що вивчаються, причому друга і третя групи відрізнялися інтенсивнішою тривогою. Третя серія

дисперсійного аналізу проводилася для DAS. Депресивна і «змішана» групи мали вищі показники таких особистісних установок як «перфекціонізм» і «уявлення про себе як уразливого», а, по параметру «потреба у схваленні» відмінності не виявлено. Таким чином, результати факторного аналізу та MANOVA показують, що «чисті» групи пацієнтів характеризуються специфічними за змістом когнітивними схемами: «Відповіді депресивних пацієнтів містять більше свідчень песимізму, низької самооцінки, більше негативних думок на тему про втрати та минулі невдачі. Протоколи тривожної групи містять більше думок про передбачувану небезпеку та шкідливість буття» [39, с. 153]. Найбільш неблагополучною виявилася група пацієнтів із коморбідними діагнозами депресивного та тривожного розладу. Описуючи психологічну своєрідність цих пацієнтів, автори вказують: «... цей патерн є важчою формою психологічного дистресу. Їх когнітивний профіль є сумішшю депресивних та анкіогенних стилів мислення, за характеристиками частоти та інтенсивності рівних тому, що спостерігається в чистих групах. З погляду глибоких, більш стабільних характеристик, ця група характеризувалася більшою міжособистісною залежністю, вразливістю та перфекціонізмом, ніж чисті групи. Поєднання такого когнітивного профілю з такими рисами характеру створює більший ризик психічних порушень, більшої частоти рецидивів» [39, с. 154].

L.A. Clark і D. Watson розробили потрійну модель (Tripartite model of depression and anxiety), що пояснює загальні та специфічні риси тривоги та депресії. Модель постулює, що тривога та депресія мають загальний компонент, а також специфічні, властиві кожному з цих розладів. Загальним компонентом є негативна афективність (або нейротизм), що розуміється як стабільна риса особистості. Для депресії специфічним фактором є ангедонія або низька позитивна афективність. Для тривоги специфічним компонентом є автономна гіперзбудливість; Приналежність цієї характеристики до особистісних рис залишається спірною [54].

Негативна афективність або нейротизм - стабільна, спадково детермінована особистісна риса високого порядку, сутність якої полягає у підвищеній чутливості до негативних емоціогенних стимулів. Особи з високими

показниками цієї риси відчують широкий спектр негативних емоцій, не тільки смутку/депресії та страху/тривоги, а й провини, ворожості, незадоволеності собою. З цією афективною основою пов'язано безліч інших проявів – негативні когніції, схильність до соматичного дистресу, негативних оцінок себе та інших. З негативною афективністю тісно пов'язані інші особистісні характеристики – низька витривалість, песимізм, низька самооцінка та схильність хронічно переживати незадоволеність роботою, подружжям та життям в цілому.

Як відзначають L. Clark, D. Watson і S. Mineka у фундаментальному огляді дослідницьких даних, «незважаючи на той факт, що тривога розглядається як ключовий елемент конструкту негативної афективності, контрольовані дослідження пацієнтів з тривожними розладами, аналогічні проведенням з хворими на депресію, вражає» [54, с. 106].

Позитивна афективність чи екстраверсія – це стабільний, успадкований параметр темпераменту та особистості дуже високого порядку. Він включає такі первинні риси як позитивна емоційність, енергійність, схильність до афіліації (дружелюбність) та домінантність. «Особи з високими показниками позитивної афективності часто відчують радість, ентузіазм, сповнені енергії, доброзичливі, сміливі, впевнені в собі і наполегливі, в той час як особи з низькими показниками риси часто відчують нудьгу і монотонію, незацікавленість і брак ентузіазму» [61, с. 107]. Показники позитивної афективності негативно корелюють з різними інструментами, що вимірюють депресію — симптоми, когніції, синдроми та діагнози.

Третій фактор трикомпонентної моделі – це посилене фізіологічне (автономне) збудження, яке включає симптоми прискореного серцебиття, тремтіння, прискореного дихання, запаморочення тощо. Цей параметр специфічний для тривожних розладів і має важливе значення для панічного розладу. Він має властивості темпераментальної характеристики та його приналежність до рис особистості менш очевидна, ніж у разі негативної та позитивної афективності.

Розвиваючи цю лінію, два автори - R. McNally та R. Reiss на початку 90-х р.р. описали новий особистісний конструкт - «чутливість до проявів тривоги»,

припустивши, що він виступає важливим чинником ризику розвитку тривожних розладів, особливо, панічного. Ця риса передбачає інтенсивний страх симптомів тривоги, в основі якого лежать переконання про їх небезпеку та шкідливість («Я лякаюся, коли серце б'ється прискорено», «Коли я нервуюся, я турбуюся, що можу збожеволіти»). Емпіричні роботи продемонстрували підвищені значення «індексу чутливості до тривоги» при всіх тривожних розладах, за винятком простих фобій [82]. Таким чином, специфічний для тривоги параметр трикомпонентної моделі - посилене автономне збудження - може бути пов'язаний з особистісною характеристикою, що передбачає підвищену чутливість до внутрішніх фізіологічних стимулів та наявність особливих установок щодо них:

Нарешті, особистісні фактори депресивних та тривожних розладів стали предметом досліджень і у вітчизняній клінічній психології. Розглядаються психологічні чинники різного рівня – макросоціального (культурального), сімейного, особистісного та інтерперсонального. Як культуральні чинники депресивних і тривожних розладів, що стимулюють розвиток патогенних особистісних характеристик, розглядають цінності сучасної культури, зокрема, культ успіху та благополуччя. Відбувається трансляція цих соціокультуральних установок у сімейне середовище, де вони породжують особливий стиль взаємодії з надмірно високим рівнем вимог до дітей та частою критикою на їх адресу. На рівні індивідуальної свідомості культуральні стереотипи та сімейна ідеологія трансформуються в такі особистісні риси як перфекціонізм, більшою мірою притаманний депресивним пацієнтам, і ворожість, більш властиву пацієнтам із тривожними розладами. Ці особистісні установки, у свою чергу, призводять до зниження рівня соціальної підтримки, звуження соціальних контактів, самотності. Важлива роль моделі відводиться стресовим подіям сімейної та індивідуальної життєвої історії. Це дослідження націлене на перевірку гіпотез особистісного рівня оригінальної моделі. Необхідно відзначити широке розкидання дослідницьких результатів, що описують загальні та специфічні особистісні характеристики депресивних та тривожних пацієнтів. Дослідження дають

однозначне підтвердження плюралістичної моделі співвідношення тривоги та депресії.

#### **1.4. Дослідження перфекціонізму як особистісного чинника депресивних та тривожних розладів.**

Одним із перших психологів, хто став розробляти проблему невротичного прагнення до успіху та переваги над іншими людьми був А. Адлер. Він ніколи не звертався до терміну «перфекціонізм», але одне з основних понять його теорії – «прагнення до переваги», на наш погляд, має з ним чітку схожість. Це прагнення бере свій початок у «почутті неповноцінності», що зароджується у людини в дитинстві. Невигідне порівняння з компетентними дорослими може стати сприятливим підґрунтям для виникнення у дитини переживань власної слабкості, неповноцінності, об'єднаних А. Адлером [1] у понятті «почуття неповноцінності». Влада, яку мають дорослі над дитиною, може посилювати це почуття. Природною компенсацією неспосильних переживань стає прагнення підвищити самооцінку. Прагнення до переваги стає, на думку А. Адлера, основною рушійною силою людської поведінки. Ця сила може стимулювати людину досягати успіху, першості у своїй справі, розвивати свої вміння та здібності, удосконалюватись. Однак компенсаторні устремління можуть набувати і патологічної форми. Концепція А. Адлера сфокусована на невротичних способах компенсації у формі уникаючої поведінки (уникнення ситуацій, у яких може виявитися слабкість), спроб утвердитися, підкоривши інших своєї владі та принижуючи їх. Прагнення «фіктивної мети особистісної переваги... і ідеалу будь-якої досконалості і безгрішності» А. Адлер розглядав як основний спосіб невротичної компенсації неповноцінності [1, с. 28].

У науковій літературі термін «перфекціонізм» вперше зустрічається в ранньому есе К. Хорні «Нові шляхи в психоаналізі», що відображає її полеміку з З. Фройдом з питань про прагнення до моральної досконалості та функції Супер-Его [27]. З. Фройд розглядав потребу у зростаючій досконалості та стримуванні агресії як результат невротичного прагнення догоджати вимогам суворого

Супер-Его. К. Хорні займає принципово іншу позицію: рушійною силою невротика є не потреба у зростаючій досконалості, а потреба у видимості досконалості. Згідно з визначенням К. Хорні, «потреба в досконалості» має на увазі потребу здаватися досконалим в очах-інших людей, - це лише «претензія» на досконалість, коли думки, почуття і вся поведінка людини визначаються передбачуваними очікуваннями інших людей. Супер-его невротика, на думку К. Хорні, перестає бути провідником моралі. Воно керує потребою невротика здаватися досконалим самому собі та іншим людям [28].

К. Хорні розробила класифікацію невротичних потреб. Описуючи потребу в любові та прихильності, потребу в партнері, потребу в обмеженні життя тісними рамками, прагнення до влади, потребу в експлуатації інших, потребу у захопленні, самодостатності та незалежності, вона виділяє і невротичну потребу у досягненні досконалості. Сама назва визначає її схожість із поняттям перфекціонізму. Потреба у досягненні досконалості та невразливості супроводжується нав'язливими роздумами та самозвинуваченнями у зв'язку з можливими недоліками, страхом виявити в собі недоліки, страхом скоєння помилки, страхом критики або закидів, почуттям переваги над іншими [28].

Онтогенез потреби досконалості Хорні пов'язує з практикою авторитарного батьківства, встановленням жорстких стандартів для дитини за умови позбавлення її природної ініціативи. У такій ситуації розвивається внутрішня слабкість та нестійкість самовідносин. Перфекціоністські нахили, що передбачають прагнення відповідати вимогам і очікуванням інших людей, допомагають приховати від оточуючих ці якості та задають життєві орієнтири, що компенсує дефіцит своєї активності через їх пошук.

Важливе спостереження К. Хорні стосується схильності перфекціоніста до генералізації високих вимог до особистості та інших людей. Так, перфекціонізм передбачає як пунктуальність, прагнення підтримувати порядок, домагатися успіхів у роботі, ретельно підбирати одяг тощо; поряд з високими моральними та інтелектуальними стандартами, «філософія» перфекціонізму передбачає досконалість всього способу життя, відсутність вад у всіх її сферах. Така позиція

дає перфекціоністу відчуття власної непогрішності та підживлює почуття переваги над іншими людьми.

Іншим важливим досягненням К. Хорні став висновок про дуже високий рівень тривоги, що супроводжує повсякденне життя перфекціоніста. Вона зазначає, що звичайні життєві ситуації (наприклад, наявність навіть незначної помилки) у людини, яка прагне досконалості, викликають паніку. К. Хорні описала також схильність перфекціоніста до уникнення будь-якої діяльності, виконання якої може виявити його недосконалість, поставити під його здатність.

Таким чином, будучи способом вирішення вихідних проблем, прагнення досконалості стає джерелом нових. До них можна віднести: відсутність суспільної думки, надмірний конформізм, незадоволеність інтерперсональними відносинами (через надмірні вимоги, що пред'являються людям), орієнтацію на очікування інших людей при ігноруванні власних мотивів і почуттів, емоційний дискомфорт.

Зазначимо, що характеристики всіх виділених К. Хорні невротичних потреб включають параметри, подібні до перфекціонізму. Наприклад, потреба в експлуатації, інших включає сувору оцінку інших людей, а потреба в любові - прагнення виправдовувати очікування інших. У всіх випадках можна простежити! характерні для перфекціонізму високі стандарти, завищені вимоги та домагання, полярність сприйняття та оцінок.

У ході розвитку своєї теорії К. Хорні дійшла висновку, що невроз є не лише порушенням людських взаємин, а й порушенням ставлення людини до себе. Одним з основних понять у роботі «Наші внутрішні конфлікти» стає «ідеалізований образ Я» - уявлення людини про те, якою вона має або може бути, які якості може або повинна мати.

«Ідеалізований образ Я» виконує певні функції: 1) дає відчуття власної значущості, яке не забезпечене слабким та знецінене реальне «Я»; 2) надає свідомості життя як прагненню до ідеалу; 3) допомагає здобувати «перемоги» в конкурентній боротьбі з іншими людьми; 4) дозволяє бачити власну особистість гармонійною, позбавленою недоліків і уникати зіткнення зі своїми внутрішніми проблемами і конфліктами; В результаті невротична потреба у схваленні,

прихильності та любові постає в ідеалізованому образі своєї особистості як незвичайна здатність любити, потреба: відстороненості - як незалежність, а прагнення до переваги над іншими - як обдарованість. К. Хорні описувала численні-негативні наслідки марних прагнень втілити «ідеалізований образ Я» в реальності - хронічно «поганий-настрій, стагнацію особистісного розвитку та самовідчуження.

Теоретики соціального психоаналізу не вивчали «депресивні» розлади як самостійний предмет. Проте, багато невротичних рис, розглянуті в індивідуальній психології; А. Адлера та в соціокультурній теорії особистості К. Хорні, в сучасній науці відносять до депресогенних. До них, безумовно, можна віднести і невротичне «прагнення до досконалості».

У 60-ті роки ідеї А. Адлера та К. Хорні отримали розвиток у працях психоаналітиків, які вперше сформулювали - суворі визначення перфекціонізму. Під цією особистісною рисою-розумілися високі вимоги, що пред'являються собі та іншим людям, передусім щодо виконуваної діяльності, прагнення: до бездоганного виконання роботи. Передбачалося, що деякі індивіди більш схильні до встановлення нереалістичних стандартів для себе і значущих інших. Інших людей, вони також оцінюють з точки зору відповідності високим стандартам, виявивши невідповідність, втрачають задоволення від соціальних, взаємодій. Ці психоаналітики коментували онтогенетичні шляхи у формуванні перфекціонізму, підкреслюючи роль дитячих переживань: сорому, неповноцінності та «умовного прийняття» з боку батьків;

Ідею про зв'язок душевного здоров'я із внутрішніми повинностями розвивав А. Елліс – учень К. Хорні, відступник від «психоаналітичної віри» та засновник раціонально-емотивної психотерапії (РЕТ). Емоційні проблеми (депресивні та тривожні стани, низьку стресостійкість, труднощі контролю за гнівом) він пов'язує з наявністю ірраціональних уявлень та переконань. Цей автор виділив близько 10 типових ірраціональних переконань, об'єднаних у групи. Першу утворюють переконання, що стосуються самого індивіда, того, яким він має бути: абсолютно у всьому компетентним, адекватним, розумним та успішним, привабливим для оточуючих («я маю»). Другу групу становлять

переконання щодо інших людей, які мають бути справедливими, дружелюбними, готовими будь-якої миті прийти допомогти («ви повинні»). І, нарешті, третя група переконань стосується устрою світу, де все має бути зручно і комфортно, добре організовано, не повинно містити жодних труднощів, перешкод чи неприємностей («самі повинні»). Автор зазначає, що тією чи іншою мірою подібні уявлення зустрічаються у всіх людей, проте індивіди з психічними порушеннями дотримуються їх твердіше. А. Елліс переконаний, що емоційні проблеми з'являються тоді, коли люди перетворюють переваги на стійкі потреби, коли раціональні твердження «я вважаю за краще», «мені хотілося б» («бути коханим», «мати хорошу роботу, вірних друзів» тощо) підмінюються ірраціональними «я повинен», «я зобов'язаний», «я не виношу», «я заслуговую» та іншими жорсткими догмами. Переліченим вище стандартам неможливо знайти втілення у життя; саме тому вони ірраціональні. У цьому світлі індивід бачить себе «нікчемним» у всіх відносинах, оточуючих людей - вороже налаштованими, а навколишній світ - огидним місцем, в якому не варто жити [14].

Перфекціонізм не став предметом самостійного наукового інтересу А. Елліс. Однак описані цим автором «ірраціональні переконання», робота з якими складає основу РЕТ, багато в чому схожа на феномен перфекціонізму. Ірраціональні переконання відображають нереалістичні вимоги, адресовані собі, іншим та світу в цілому, надмірно високі стандарти; в їх основі лежать поляризовані судження та оцінки, категоричні повинності, що зближує їх із перфекціонізмом. А. Елліс розглядав патогенну роль жорстких спонувань як дуже значиму. Ригідне дотримання стандартів, завищені вимоги, стремління до досконалості, на його думку, призводять до більшості психологічних порушень, у тому числі й до емоційних розладів.

Ідеї Л. Елліс розвивав його учень і послідовник, когнітивний психотерапевт D. Burns. Він доповнив феноменологічні описи перфекціонізму, визначивши цей феномен як «мережу когніцій», а перфекціоністів - як людей, схильних до встановлення високих стандартів, що визначають власну цінність залежно від цих нереалістичних вимог. Автор уловив глибокий драматизм

життєвої ситуації перфекціоніста. Він пише, що досконалість» - це чиста ілюзія. Воно просто не існує у Всесвіті. Вона обіцяє багатство, але реально дає злидні. Чим сильніше ви намагаєтеся бути досконалим, тим більше розчарування ви відчуваєте, оскільки досконалість – лише чиста абстракція. Абсолютно все можна покращити, якщо ви подивитеся на це явище зблизька і досить критично. Кожну людину, кожну ідею, кожен витвір мистецтва, все. Таким чином, якщо ви перфекціоніст, то вам гарантовано відчуття невдачливості абсолютно у всьому.

Важливий внесок у розвиток концепції перфекціонізму був зроблено дослідниками та практиками, що працюють у форматі когнітивної психотерапії А. Бека [39]. Цей вид лікування спрямований на виявлення когнітивно-афективно-поведінкових схем пацієнта та їх систематичне опрацювання. Якщо попередні автори - створили соціального психоаналізу, раціонал-емотивної психотерапії - розглядали прагнення до досконалості як якусь патологічну потребу або дисфункціональне переконання, неспецифічне для конкретних видів психічної патології, то в рамках когнітивного підходу вперше були висловлені ідеї щодо ризику депресивних та тривожних розладів.

Емпіричні дослідження, що верифікують когнітивну модель депресії, зафіксували такі результати: 1) контент-аналіз показав, що мова пацієнтів з різними формами депресії містить велику кількість конструкцій з імперативним, жорстким характером «завжди – ніколи», «повинен», «зобов'язаний», «треба». Для їхнього позначення А. Бек вживав термін К. Хорні «тиранія повинності»; 2) мислення пацієнтів із різними формами депресії характеризується безліччю аллогізмів, зокрема дихотомічними оцінками результатів своєї діяльності - «добре - погано», «все - нічого», «успіх - провал»; 3) у системі переконань депресивних пацієнтів виділяється особливий клас установок - перфекціоністські повинності: «Я завжди повинен бути в хорошій формі», «Помилка означає провал», «Робити помилки неприпустимо», «Я ніколи нічого не роблю правильно», «Я не повинен відчувати це», «Я повинен бути завжди у всьому кращим», «Якщо не можеш зробити справу досконало, краще взагалі за неї не братися» тощо; 4) перфекціоністські установки більшою мірою характерні для автономного типу депресивної особистості, ніж соціотропного

У ранніх феноменологічних описах та емпіричних дослідженнях перфекціонізм вивчався як одновимірний конструкт, що включає єдиний параметр - «високі особисті стандарти», адресовані до власної особистості: «Перфекціоніст - це особистість, чії стандарти істотно перевищують розумні, компульсивно спрямована до недосяжних цілей, що вимірює власну цінність.

Головна інновація 80-90-х р.р. полягала у висуванні тези про багатовимірну психологічну структуру конструкту [71]. Лідери нового напрямку сумнівалися в тому, що «одномірний» підхід охоплює всі феноменологічні характеристики такого складного явища як перфекціонізм, зокрема його інтерперсональні аспекти. Таким чином, постало питання про нові, не описані одномірними моделями параметри, у поєднанні з якими «високі особисті стандарти» стають патогенними. У результаті перфекціонізм почав вивчатися з позицій теорії особистісних рис, згідно з якою кожна риса (domain) включає безліч окремих компонентів.

У канадській концепції за основу взято об'єкту спрямованість риси та виділено 4 її параметри:

1. «Я – адресований» перфекціонізм – «широкий особистісний стиль, в якому співіснують афективні, поведінкові та мотиваційні компоненти» [71, с. 423]. Включає виснажливо високі стандарти, постійне самооцінювання та цензурування власної поведінки, а також мотив прагнення до досконалості, що варіює за інтенсивністю у різних людей.

2. Перфекціонізм, «адресований до інших людей» - «переконання та очікування щодо здібностей інших людей» [71, с. 424]. Цей вид перфекціонізму передбачає нереалістичні стандарти для значних людей з близького оточення, очікування людської досконалості та постійне оцінювання інших. Як вважають автори, він породжує часті звинувачення на адресу інших людей, дефіцит довіри та почуття ворожості до людей.

3. Перфекціонізм, «адресований до світу в цілому» - «переконаність у тому, що у світі все має бути точно, акуратно, правильно, причому всі людські та загальносвітові проблеми повинні отримувати правильне та своєчасне рішення» [71, с.424]. Підшкала інструменту, що тестує цей параметр, виявилася

недостатньо надійною. В емпіричних дослідженнях не вдалося підтвердити очікуваний взаємозв'язок цього теоретично виділеного аспекту перфекціонізму з симптомами депресії та тривоги. В результаті остаточний варіант інструменту не включає цей аспект перфекціонізму.

4. «Соціально пропонований» перфекціонізм - «відбиває потребу відповідати стандартам і очікуванням інших» [71, с. 457]. Цей параметр перфекціонізму відображає суб'єктивне переконання в тому, що інші люди нереалістичні у своїх очікуваннях, схильні дуже суворо оцінювати індивіда та чинити на нього тиск з метою змусити бути досконалим. Водночас, індивід переконаний у своїй нездатності догодити іншим. Важливість даного параметру підтверджується дослідженнями психосоціальних предикторів депресії у межах концепції «емоційної експресивності» (EE – expressed emotions). Ці роботи показали, що ризик рецидиву захворювання дуже високий, Передбачалося, що перфекціонізм, що соціально приписується, може мати безліч несприятливих наслідків у вигляді гніву, страху негативної оцінки, підвищеної значущості чужої уваги і схвалення.

Прихильність до жорстких стандартів, суворі самооцінки, відсутність задоволеності та почуття радості роблять перфекціоніста вразливим для депресії. Феноменологічні описи перфекціонізму, зроблені класиками, містили вказівку на тісний зв'язок з негативним афектом - депресією, тривогою, виною, розчаруванням і соромом

### ***Висновки до першого розділу***

Зроблений аналіз показує, що на всіх етапах розвитку клінічних концепцій афективних розладів вчені надавали великого значення дослідженням особистісних характеристик хворих. Дані цих досліджень активно залучалися на вирішення найважливіших діагностичних питань правомірності виділення тих чи інших форм зазначених розладів та їх нозологічної самостійності.

Інтенсивність досліджень щодо проблеми особистісних факторів депресії та їх різноманітність свідчать про високу актуальність цього напрямку.

Встановлені зв'язки між депресією та типом особистості (особистісним розладом) та окремими дисфункціональними рисами. В наш час традиційна для клінічної психіатрії типологічна діагностика найбільш адекватна дослідницьким проектам, де встановлюється коморбідність депресивних розладів та особистісних дисфункцій. Однією з основних труднощів у емпіричній перевірці концептуальних моделей стає залежність особистісних рис від актуального афективного стану хворих. Тому важливою методологічною вимогою до сучасних робіт у цьому напрямі стає констатація стабільності депресогенних особистісних рис та їх незалежності (абсолютної чи відносної) від депресивного стану.

У рамках типологічного підходу клініцистами були описані типи особистості, характерні для хворих на монополярну депресію або інші форми афективних розладів з переважанням депресії: депресивний темперамент, депресивна психопатія, депресивний варіант циклоїдного характеру. У різноманітності властивостей, що приписуються цим характерам різними авторами, відзначається ряд загальних рис: схильність до негативного афекту і підвищена реактивність на стрес, особлива чутливість до невдач (комплекс рис, що згодом отримав назву «нейротизм»), невіра у власні сили, схильність до симбіозу (риса, згодом об'єднані поняттям «залежність»), песимізм

У низці клінічних описів «депресивної особистості» як найважливіші конститууючі характеристики згадується страх перед можливим невдачею, високі вимоги до результатів своєї роботи, постійне відшукування недоліків у вже виконаній роботі і передбачення нерозв'язних труднощів у майбутній, високий рівень домагань у сфері досягнень, почуття відповідальності, підвищена вимогливість себе. Комплекс зазначених рис згодом ліг в основу психологічного конструкту «перфекціонізм».

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ЯК ОСОБИСТІСНОГО ФАКТОРУ ЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ.**

### **2.1. Дослідження виразності симптомів депресії, тривоги та повсякденного стресу у студентів 1 курсу**

Початок навчання у вищому навчальному закладі можна розглядати як високостресогенний період. У цей момент відбувається критична подія - зміна стадій життєвого циклу. Вчорашнім школярам доводиться освоювати нову соціальну роль студента; в ході такої перебудови вони стикаються з новими вимогами. Зазнає змін соціальна мережа, що склалася в шкільні роки; для багатьох молодих людей початок навчання знаменує зміну місця проживання. Водночас у багатьох вишах мають місце інтенсивні навчальні навантаження, що робить повсякденний стрес студентського життя дуже високим. Кумулятивний стрес першого року навчання вимагає розвинених навичок його подолання. Однак, як показали дослідження вікової психології, репертуар способів подолання стресів розвинений у молодих людей меншою мірою, ніж у осіб зрілого віку. У цьому світлі стають зрозумілими дані клінічних та психологічних досліджень, що показали високу зустрічальність випадків емоційного неблагополуччя у студентській популяції.

Відповідно до концепції «генерування стресу», дисфункціональні риси особистості, зокрема, перфекціонізм, можуть мимоволі породжувати життєвий стрес, ускладнювати його переробку, а також посилювати інтенсивність та тривалість стресогенних подій. Результатом цього складного процесу (генерування стресу у поєднанні з невдалими спробами його подолання) стають симптоми депресії та тривоги. На наш погляд, вивчення емоційної адаптації протягом першого року навчання відкриває оптимальні можливості для перевірки цих гіпотез.

Для виявлення ознак та показників психічних розладів та емоційного стану піддослідних використовувалися валідні методики:

*Клінічна шкала самозвіту* (L.Derogatis, 1977). Шкала добре зарекомендувала себе як надійний інструмент для симптоматичної діагностики. Шкала включає 90 пунктів, що утворюють 9 підшкал: соматизації (SOM), obsесивно-компульсивних порушень (OC), інтерперсональної (міжособистісної) чутливості (INT), депресії (DEP), тривоги (ANX), ворожості/агресивності (H OS), фобічної тривоги (PHOB), параноїдного мислення (PAR), психотизму (PSY). Підраховуються показник за додатковою шкалою неблагополуччя (ADD) та загальний індекс тяжкості стану (GSI). Опитувальник використовується для виявлення та оцінки динаміки розладів афективного спектра у хворих на психіатричну та загальносоматичну практику.

*Особистісна шкала прояву тривоги Тейлор* (J.Taylor, 1953). Використовувався варіант шкали, наведений у збірнику «Найкращі психологічні тести» (1992). Закордонний варіант шкали має хороші психометричні показники. Шкала призначена для вимірювання рівня тривожності та складається з 50 тверджень, кожне з яких передбачає ствердну чи негативну відповідь. Оцінка результатів проводиться шляхом підрахунку кількості відповідей обстежуваного, що свідчить про тривожність. За результатами виділяються 5 категорій: дуже високий рівень тривоги (40-50 балів), високий рівень тривоги (25-40), середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги (15-25), середній (з тенденцією до низького) рівень тривоги (5-15) та низький рівень тривоги (0-5).

*Методика диференціальної діагностики депресивних станів Zunge*, Призначена для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії. Опитувальник складається із 20 тверджень, спрямованих на виявлення основної депресивної симптоматики. Сумарна оцінка дозволяє віднести обстежуваного до однієї з наступних категорій: менше 50 балів – без депресії, 51-59 – легка депресія, 66-69 – субдепресивний стан, більше 70 балів – справжній депресивний стан.

*Опитувальник депресивності А. Бека* (Beck Depression Inventory – BDI). Шкала депресії була розроблена Аароном Беком і призначена для визначення наявності депресивної симптоматики у обстежуваних поточний період. Опитувальник заснований на клінічних спостереженнях та описах симптомів, які

часто зустрічаються у депресивних пацієнтів. Систематизація цих спостережень дозволила виділити 21 твердження, кожне з яких є окремим типом психопатологічної симптоматики і включає наступні пункти: туга, почуття покараності, песимізм, минулі невдачі, суїцидальні думки або бажання, відраза до себе, втрата задоволення, самозвинувачення, почуття провини нікчемності, занепокоєння, плач, втрата інтересів, дратівливість, нерішучість, зміна апетиту, проблеми зосередження, втрата енергії, втома, зміна сну, втрата інтересу до сексу.

Обстеженому пропонується вибрати із запропонованих висловлювань одне, яке найкраще описує його самопочуття протягом останніх двох тижнів.

Ступінь тяжкості того чи іншого симптому оцінюється у балах від 0 до 3; загальна кількість балів за всіма симптомами є індекс тяжкості депресії: 0-13 - відсутність депресії, 14-19 - легкий рівень депресії, 20-28 - помірний рівень депресії, більше 28 - явно виражена депресія.

*Опитувальник тривоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI).* Опитувальник розроблений А.Бек із співавторами. Складається з 21 пункту, що відображають симптоми тривоги (наприклад, «тремтіння в ногах», «посилене серцебиття», «відчуття задухи», «страх смерті» тощо). Випробуваному пропонується вибрати по кожному пункту одну з чотирьох можливих відповідей, залежно від того, наскільки сильно турбував кожен симптом протягом останнього тижня: «зовсім не турбував» – 0 балів, «трохи турбував» – 1 бал, «турбував помірно – було неприємно, Але я міг це переносити» - 2 бали, «турбував дуже сильно - я насилу міг це виносити» - 3 бали. Максимально можлива сума балів – 63. Залежно від суми балів виноситься судження про ступінь вираженості тривожної симптоматики: менше 3 балів – тривожні симптоми відсутні; 4-8 – «легка тривога»; 9-18 – «тривога середньої інтенсивності»; 19-63 – «високий рівень тривоги».

Для діагностики особистісних характеристик випробуваних використовувалися:

*Опитувальник перфекціонізму Н. Гаранян* Складається з 29 пунктів, що тестують 5 параметрів перфекціонізму: 1. сприйняття інших як делегуючих

високі очікування (при постійному порівнянні себе з іншими); 2 завищені претензії та вимоги до себе; 3. високі стандарти діяльності при орієнтації на полюс «найуспішніших»; 4. селектування інформації про власні невдачі та помилки; 5. поляризоване мислення – «все чи нічого». Випробуваному пропонується висловити згоду чи незгоду з кожним твердженням, використовуючи 4 форми відповіді: «безумовно, так» (4 бали), «мабуть, так» (3 бали), «мабуть, ні» (1 бал), «безумовно, ні» (0 балів). Під час обробки підраховується показник за кожною з 6 шкал (сума балів з питань, що становлять цю шкалу), а також загальний показник перфекціонізму (сума балів за всіма шкалами). Детальний опис психометричних якостей опитувальника наведено у параграфі

*Багатовимірна шкала перфекціонізму R. Frost* - інструмент, що складається з 35 пунктів і заснований на самозвіті, спеціально розроблений для діагностики параметрів перфекціонізму. Пункти опитувальника були створені відповідно до 5 теоретично обґрунтованих підшкал: особисті стандарти, стурбованість помилками, батьківські очікування, сумніви в діях, та організованість. Піддослідні повинні дати відповідь за 6-бальною шкалою. Загальний показник перфекціонізму підраховується шляхом підсумовування показників всіх підшкал, крім організованості, яка оцінюється як самостійний, але у своїй пов'язані з іншими, параметр перфекціонізму. Англomовна версія опитувальника має досить високу внутрішню консистентність за всіма підшкалами і загальним показником (від 0.77 до 0.93).

Дослідження було спрямоване на оцінку поширеності симптомів емоційної дезадаптації у студентів I курсу напередодні першої екзаменаційної сесії – депресії, тривоги, повсякденного стресу, екзаменаційної тривожності та соціального дистресу. Особливість дослідження - націленість на порівняльне вивчення показників емоційної дезадаптації та стратегій подолання стресу у студентів з різною вираженістю перфекціонізму.

Відповідно до дослідницької гіпотези, студенти першого курсу з високими показниками перфекціонізму демонструватимуть підвищені показники емоційної дезадаптації (депресії, тривоги, повсякденного стресу, екзаменаційної

тривожності, соціального дистресу) у порівнянні з першокурсниками з помірною вираженістю даних особистісних.

У цьому дослідженні оцінювалася поширеність симптомів емоційної дезадаптації у студентів – першокурсників з високою інтенсивністю навчальних навантажень. Для діагностики симптомів емоційної дезадаптації 65 студентів I курсу напередодні першої екзаменаційної сесії використовувався ряд інструментів: опитувальник депресивності А. Бека (BDI), Шкала тривоги А. Бека (BAI). Шкала екзаменаційної тривожності С. Сарасона (TAS), Результати цієї діагностики відбито у таблицях .

Таблиця 2.1 – Виразність симптомів депресії у студентів I курсу (опитувач депресивності А.Бека, BDI)

Рівень депресії	Кількість осіб	Відсоткове співвідношення
Немає депресії	38	56,8 %
Легка депресія	21	30,9 %
Депресія помірної тяжкості	6	7,5%
Тяжка депресія	3	4,8%

За даними таблиці, 88, 56,8% піддослідних не відзначають у самозвіті симптомів депресії. Значна частина першокурсників (43,2%) висловлюють згоду з пунктами, що відображають наявність цих симптомів: 30,9% повідомляють про симптоми легкої депресії, 12,3% повідомляють про симптоми помірно тяжкої та тяжкої депресії, які можна порівняти з показниками пацієнтів з депресивними розладами. Важливо відзначити, що частота симптомів депресії в обстеженій вибірці вище, ніж у загальній популяції.

При аналізі окремих пунктів опитувальника депресивності А. Бека ми надавали особливого значення пункту Суїцидальні думки і бажання. У таблиці 91 наведено результати заповнення випробуваними цього пункту.

Таблиця 2.2 – Суїцидальні думки і бажання

Варіанти відповіді	Кількість осіб	Відсоткове співвідношення
У мене немає думок про самогубство)	42	63,7 %
У мене є думки про самогубство, але я не приведу їх у дію)	19	29,7 %
Я хотів би накласти на себе руки)	3	4,9%
Я б наклав на себе руки при підходящій можливості)	1	1,5%

Дані таблиці свідчать про досить високі показники суїцидальної розумової активності в досліджуваній групі. Понад третину обстежених студентів (36,1%) відзначають у самозвіті наявність суїцидальних думок та бажань, 1,5% піддослідних повідомляють про готовність вчинити суїцид у будь-який слушний момент.

За допомогою Шкали тривоги А. Бека діагностувалися фізіологічні прояви загальної тривоги у студентів I курсу напередодні першої екзаменаційної сесії. Результати представлені у таблиці.

Таблиця 2.3 – Виразність симптомів тривоги у студентів I курсу

Рівень тривоги № = 653)	Кількість осіб	Відсоткове співвідношення
Немає тривоги	28	43,0 %
Легка тривога	14	18,3 %
Тривога середньої інтенсивності	17	24,5 %
Висока тривога	9	14,1 %

За даними таблиці, студенти-першокурсники демонструють досить високі показники тривоги напередодні першої екзаменаційної сесії: 43% піддослідних не відзначають у себе симптомів тривоги, 18,3% відзначають симптоми легкої тривоги, 24,5% - середньої інтенсивності тривоги відчувають сильну тривогу, порівнянну за рівнем із показниками пацієнтів із тривожними розладами.

Таблиця 2.4 – Показники повсякденного стресу-у студентів (опитувальник недавніх життєвих подій у студентів).

Рівень стресу (N = 65)	Кількість осіб	Відсоткове співвідношенн
0-45 балів	0	0
46-95 балів	45	69,5 %
96-145 балів	19	29,2 %
146 і вище	8	1,2%

За даними таблиці, усі студенти-першокурсники відзначають наявність повсякденного стресу. У цьому 69,5% піддослідних цієї групи відзначають помірний рівень стресу, 29,2% - середній, і лише одне відсоток - дуже високий рівень стресу. Згідно з даними творців інструменту, показники опитувальника, що перевищують 96 балів, є критичними, пов'язаними з високим ризиком соматичного та психічного захворювання. У нашому дослідженні кількість випробуваних із такими показниками становить 30,1%.

За даними шкали Шкали соціального уникнення та дистресу Д. Вотсона та Р. Френда, 15, 5% обстежених першокурсників мають показники, що перевищують 14 балів, що можна порівняти з аналогічними показниками пацієнтів із тривожними розладами.

За даними Шкали екзаменаційної тривожності С. Сарасона (ТАБ), 47% студентів мають показники екзаменаційної тривожності, що перевищують 15

балів. Відповідно до результатів творця інструмента, ці значення свідчать про підвищений рівень екзаменаційної тривожності.

Таблиця 2.5 – Порівняння показників депресії, тривоги та екзаменаційної тривожності у дівчат та юнаків, які навчаються на I курсі ХНУ.

Показники	Дівчата	Юнаки
Суїцидальні наміри (BDI)	0,46 (0,71)	0,42 (0,68)
Екзаменаційна тривожність (TAS)	15,52 (6,88)	17,38 (7,02)
Інтерперсональний стрес (ICSRLE)	34,31 (13,51)	35,27 (11,48)
Академічний стрес (ICSRLE)	38,12 (15,45)	37,37 (12,52)
Загальний рівень стресу (ICSRLE)	86,29 (29,03)	86,03 (22,36)

Дані таблиці свідчать про відсутність гендерних відмінностей за показниками депресії, тривоги, наявності суїцидальних думок та повсякденного стресу у когорті обстежених першокурсників. Єдиним показником, яким юнаки відрізнялися від дівчат лише на рівні асимптотичної значимості, стала екзаменаційна тривожність. Дівчата характеризувались вищими показниками екзаменаційної тривожності напередодні першої екзаменаційної сесії.

Підсумовуємо основні результати оцінки показників емоційної дезадаптації у групі студентів – першокурсників, які навчаються у ХНУ з високою інтенсивністю навчальних навантажень.

12,3% першокурсників повідомляють про симптоми помірно тяжкої та тяжкої депресії; їх показники можна порівняти з аналогічними показниками пацієнтів з депресивними розладами.

14% першокурсників мають дуже високі показники тривоги, які можна порівняти з аналогічними показниками пацієнтів із тривожними розладами.

30,1% першокурсників відчують інтенсивний повсякденний стрес, пов'язаний із високим ризиком соматичних та психічних розладів.

15, 5% першокурсників демонструють високі показники соціального уникнення та дистресу, порівняні з показниками пацієнтів із тривожними розладами.

47% першокурсників напередодні першої екзаменаційної сесії відзначають високі показники екзаменаційної тривожності; у групі дівчат ці показники вищі, ніж у юнаків.

## **2.2 Порівняльне дослідження показників емоційної дезадаптації у студентів із різним рівнем перфекціонізму.**

У дослідженні емоційної дезадаптації та стратегій подолання стресу у студентів з різним рівнем перфекціонізму взяли участь 44 першокурсників.

У дослідженні брали участь випробувані студенти віком від 15 до 24 років. Більше 96% піддослідних віком входять у діапазон 16-18 років. Середній вік цієї групи випробуваних – 17,3 років.

В обстеженій вибірці першокурсників найменшу частину склали дівчата - 24,7% (16 випробувана). Кількість юнаків становила 75,3% (49 піддослідних).

Для оцінки показників емоційної дезадаптації піддослідних використовувалися:

1. Опитувальник депресивності А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI)
2. Опитувальник тривоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI)
3. Шкала екзаменаційної тривожності С. Сарасона (Test Anxiety Scale, C. Sarason, TAS) складається з 37 тверджень, що відображають поведінку та емоційний стан до, під час та після іспитів. Приклад пункту шкали: "Я помічаю,

що іноді під час важливого іспиту у мене сильно б'ється серце". Піддослідні висловлюють згоду із твердженнями тесту у формі відповідей «Так» чи «Ні». Кожна позитивна відповідь оцінюється в один бал. Сума балів відбиває загальний показник; якщо він перевищує 15 балів, говорять про високу екзаменаційну тривожність. Оригінальна версія опитувальника продемонструвала високу надійність

Шкала соціального уникнення та дистресу (Social Avoidance and Distress Scale, D. Watson, R. Friend, SADS) складається з 28 пунктів, що вимірюють схильність до соціального уникнення та тривоги у міжособистісних ситуаціях. Приклади пунктів шкали: «Я зазвичай нервую в контактах з людьми доти, доки не впізнаю їх досить добре» (тестує соціальну тривогу); «Мені часто доводиться винаходити прийменники; щоб уникнути зустрічей з людьми» (тестує соціальне уникнення). Кожен із пунктів оцінюється «випробуванним як «вірний» чи «невірний»; позитивна відповідь дорівнює 1 балу. Підраховуються: показники загального соціального дистресу, соціальної тривожності та соціального уникнення. В групі пацієнтів із тривожними розладами; встановлені значення загального показника, що перевищують 14 балів.

Опитувальник недавніх життєвих подій у студентів (Inventory of College Student's Recent-Life Experiences; P. Kohn, K. Iafraniere, - М: Gurevich, ICSRLE) містить список з 49 мікростресогенних подій; типові для студентського життя. Наприклад, «Конфлікт з викладачем», «Довелося занадто довго чекати на отримання стипендії», «Учбові програми пред'являли занадто великі вимоги», «Заняття здавалися не цікавими»: Випробуваному пропонується оцінити, наскільки сильно впливала/ кожна подія протягом останнього 6 місяця («зовсім не; вплинуло» - 0 балів, «злегка вплинуло» - 1 бал, «відчутно вплинуло» - 2 бали, «надало дуже великий вплив» - 3 бали. Оригінальний варіант опитувальника передбачає підрахунок загального; показника повсякденного; стресу шляхом складання оцінок; впливу подій; показник вище 96 - балів говорить про високий ризик психічних соматичних захворювань. Було проведено порівняльне дослідження показників депресії, тривоги, повсякденного стресу, екзаменаційної

тривожності та соціального дистресу у студентів із різним рівнем перфекціонізму

Батарейо інструментів, що включає опитувальник перфекціонізму, було оглянуто 68 студентів-першокурсників. До обробки включалися протоколи з правильним заповненням усіх інструментів.

Таблиця 2.6 – Значення загального показника перфекціонізму трьох груп піддослідних.

	Діапазон значень загального показника перфекціонізму	Кількість випробуваних у групі
Низький рівень перфекціонізму	0 -37,5	14
Середній рівень перфекціонізму	37,5 - 50	14
Високий рівень перфекціонізму	51 и выще	13

Порівнювалися показники емоційної дезадаптації у 3 групах студентів – з низьким, середнім та високим рівнем перфекціонізму. Результати порівняння представлені у таблиці .

Група першокурсників з високим рівнем перфекціонізму (3 група) характеризувалася достовірно вищими середнім показником фізіологічних проявів тривоги, що діагностуються за допомогою Шкали А. Бека, в порівнянні з 1-ою групою (з низькими показниками перфекціонізму) та 2-ї групою (з помірно вираженим перфекціонізмом). Студенти 2-ї групи характеризуються достовірно більш інтенсивною тривогою, ніж студенти 1-ї групи.

У 1-й групі число першокурсників без симптомів тривоги становило 57,9%, кількість випробуваних з легкими проявами тривоги – 24,6%, з вираженими фізіологічними симптомами тривоги – 17,5%. У 2-й групі число першокурсників без симптомів тривоги знижується до 40,7%, кількість випробуваних з легкими проявами тривоги становить 20,7%, з вираженими

симптомами тривоги – 38,5%. У 3-й групі студентів (з високим перфекціонізмом) не відчують симптомів тривоги лише 24,5% випробуваних. 20,3% студентів цієї групи повідомляють про трохи підвищену тривогу. Число випробовуваних із чітко вираженими симптомами тривоги зростає тут до 55,2%.

Група першокурсників з високим рівнем перфекціонізму характеризувалася достовірно вищими показниками депресії порівняно з 1-ї та 2-ї групами. Випробувані 2-ї групи також мали достовірно вищі показники депресії порівняно з 1-ю групою.

Більшість випробуваних групи з низьким рівнем перфекціонізму були емоційно благополучними; про симптоми депресії не повідомляли 90,5% цих першокурсників. Число випробуваних із симптомами легкого та помірного ступеня склало в 1-й групі 9,5%; випробувані з сильно вираженою депресивною симптоматикою у цій групі не виявлено. У 2-й групі кількість емоційно благополучних піддослідних становило 65,1%; про симптоми легкої депресії повідомляли 27,4% цих студентів. Симптоми помірно тяжкої та тяжкої депресії демонстрували 7,4% піддослідних із середніми показниками перфекціонізму. Нарешті, у 3-й групі кількість емоційно благополучних першокурсників знижується до 46%; кількість піддослідних із симптомами легкої депресії становить 27,6%. Кількість випробуваних з вираженими симптомами депресії групи з високими показниками перфекціонізму зростає до 26,4%.

Середній показник за пунктом «Суїцидальні наміри» опитувальника депресивності А. Бека виявився достовірно вищим у студентів 3-ї групи в порівнянні з першокурсниками 1-ї та 2-ї груп. Студенти з помірно вираженим перфекціонізмом мали достовірно більш високі показники суїцидальних намірів у порівнянні зі студентами з низькими показниками риси.

Група студентів з високим рівнем перфекціонізму продемонструвала достовірно більш високі загальні показники повсякденного стресу в порівнянні з аналогічними показниками 1-ї та 2-ї груп. 2-я група з помірно вираженим перфекціонізмом мала достовірно більш високі показники повсякденного стресу в порівнянні зі студентами з низькими показниками риси, що вивчається.

Студенти з помірною стресогенністю повсякденного навчального життя в 1-й групі складають 80,9%; у 2-й групі їхня кількість знижується до 71,9%. У 3-й групі із високими показниками перфекціонізму лише 58,3% студентів мають помірні показники стресу. Число першокурсників з критично високим показником повсякденного стресу (вище 96 балів) та ризиком соматичної та психічної патології в 1-й групі склало 19,1%, у 2-й – 28,1%, у 3-й зросло до 41,7%. Поряд із загальним показником повсякденного стресу, ми запровадили два оригінальні показники: показник інтерперсонального стресу, що тестує рівень стресу у міжособистісних відносинах студента, та показник академічного стресу, що тестує рівень стресу у навчальній діяльності студента. Прикладом пункту, що діагностує інтерперсональний стрес, може бути наступний: «Переживання конфлікти з друзями»; призначеного для діагностики академічного стресу – пункт «Був незадоволений оцінками». Студенти 3-ї групи переживали достовірно інтенсивніше інтерперсональний стрес, ніж студенти 1-ї групи. Студенти з вираженим перфекціонізмом переживали достовірно більш інтенсивно академічний стрес, ніж випробувані 1-ї та 2-ї груп.

Середній показник екзаменаційної тривожності у студентів із високим перфекціонізмом становив 19,6 балів, що суттєво перевищує критичне значення (15 балів). На думку розробника інструменту, такі показники свідчать про інтенсивний страх перед іспитами. Цей показник був значно вищий за аналогічні характеристики 1-ї та 2-ї груп першокурсників. Показник екзаменаційної тривожності студентів з помірним перфекціонізмом також достовірно перевищує показник випробуваних із низьким перфекціонізмом. 20,8% першокурсників 1-ї групи мали критично високі значення показника екзаменаційної тривожності (понад 15 балів), у 2-й групі їх кількість зростає до 47%, у 3-й - до 65%.

Подібна тенденція відзначається і для сумарного показника соціального дистресу, що відображає рівень соціальної тривожності та уникнення ситуацій соціальної взаємодії. У групі першокурсників з високим перфекціонізмом показник соціального дистресу виявився достовірно вищим, ніж у студентів 1-ї та 2-ї груп. Показники соціального дистресу групи з низьким рівнем

перфекціонізму відрізнялися від аналогічного показника групи з помірним перфекціонізмом лише на рівні асимптоматичної значимості; 2-га група свідчить про інтенсивний соціальний дистрес.

Серед студентів 1-ї групи з низьким рівнем перфекціонізму 9% випробуваних мали показники соціального дистресу, що перевищували критичне значення 14 балів та порівняні з аналогічними показниками пацієнтів із тривожними розладами. У 2-й групі з помірним перфекціонізмом кількість таких студентів також невелика - 7,4%. У 3-й групі з вираженим перфекціонізмом кількість студентів з інтенсивним соціальним дистресом зростає до 19,6%.

Таким чином, значна частина студентів, які навчаються на 1 курсі, демонструє високі показники емоційної дезадаптації:

12,3% першокурсників повідомляють про симптоми помірно тяжкої та тяжкої депресії; їх показники можна порівняти з аналогічними показниками пацієнтів з депресивними розладами.

14% першокурсників мають дуже високі показники тривоги, які можна порівняти з аналогічними показниками пацієнтів із тривожними розладами.

30,1% першокурсників відчувають інтенсивний повсякденний стрес, пов'язаний із високим ризиком соматичних та психічних розладів.

15, 5% першокурсників демонструють високі показники соціального уникнення та дистресу, порівняні з показниками пацієнтів із тривожними розладами.

47% першокурсників напередодні першої екзаменаційної сесії відзначають високі показники екзаменаційної тривожності; у групі дівчат ці показники вищі, ніж у юнаків.

Студенти з високим рівнем перфекціонізму демонструють достовірно вищі показники емоційної дезадаптації порівняно зі студентами з помірним та низьким рівнем перфекціонізму. Напередодні першої сесії студенти з високим рівнем перфекціонізму демонструють вищі показники тривоги та депресії, суїцидальної готовності, екзаменаційної та соціальної тривожності порівняно зі студентами з низьким рівнем перфекціонізму. Студенти з високим рівнем

перфекціонізму демонструють вищі показники повсякденного стресу в інтерперсональній та академічній сферах порівняно зі студентами з помірним та низьким рівнем перфекціонізму.

У студентів з високим рівнем перфекціонізму відзначається надмобілізація копінг-ресурсів; для них характерні достовірно більш високих показників різних форм поведінки, що справляється зі стресом, порівняно зі студентами з низьким і помірним перфекціонізмом. Разом з тим, ця група студентів вірогідно частіше вдається до таких непродуктивних копінг-стратегій як уникнення, заперечення, вживання ПАР, прокрастинація, соціальне уникнення. Для параметрів когнітивних спотворень, що входять до структури перфекціонізму, зафіксовано велику кількість зв'язків з непродуктивними видами поведінки.

### **2.3 Дослідження перфекціонізму у студентів з депресивними та тривожними розладами**

Для вимірювання рівня та структури перфекціонізму студентам з депресивними та тривожними розладами пропонувалося заповнити оригінальний опитувальник. Підраховувалися середні показники за 5 факторами (шкалами) опитувальника, які показали високу валідність і надійність, і загальний показник перфекціонізму. Дані наведені в таблицях.

Таблиця 2.7 – Структура перфекціонізму у студентів з депресивними розладами в порівнянні зі здоровими випробуваними (опитувач перфекціонізму)

Шкали опитувальника перфекціонізму	Депресивні особи (N=89)		Здорові особи (N=73)	
	М	SD	М	SD
Сприйняття інших людей які делегують високі очікування (при постійному порівнянні з іншими)	19,2	6,5	11,0	5,2

Завищені претензії та вимоги до себе	12,3	4,0	10,7	4,0
Високі стандарти діяльності при орієнтації на полюс найуспішніших»	12,5	4,2	9,1	3,7
Селектування інформації про власні невдачі та помилки	8,6	2,6	4,3	2,7
Поляризоване мислення – «все чи нічого»	9,4	3,4	7,5	2,9
Загальний показник перфекціонізму	66,8	15,4	47,7	13,7

Дані таблиці показують, що між студентами із депресивними розладами і здоровими піддослідними існують достовірні відмінності за всіма параметрами перфекціонізму. У депресивних осіб всі показники окремих шкал опитувальника, а також загальний показник перфекціонізму достовірно вищий.

Особи із депресивними розладами більшою мірою сприймають інших людей як делегують їм високі очікування, відчувають страх не відповідати цим очікуванням, набагато частіше порівнюють себе з оточуючими (1 фактор). Студенти із депресивними розладами ставлять перед собою більш важкі цілі та завдання (2 фактор). Вони відрізняються вищими стандартами діяльності, зокрема, орієнтуються на досягнення найуспішніших людей, ігноруючи у своїй людей із середніми можливостями - (3 чинник). Особи із депресивними розладами суттєво відрізняються від здорових випробуваних за показниками негативних патернів мислення, що проявляється у схильності до селектування інформації про власні невдачі та помилки (4 фактор) та поляризовані міркування про результати своєї діяльності, про поведінку інших людей (5 фактор).

Таблиця 2.8 – Показники депресії, тривоги у випробуваних з високим та низьким рівнем перфекціонізму

Показники мотивації досягнення	Високий рівень		Середній		Низький	
Рівень депресії	4,93	2,67	<b>7,53<sup>a</sup></b>	4,64	<b>13,72<sup>c</sup></b>	11,11
Рівень тривоги	4,5	3,44	8,8	5,43	<b>12,5<sup>e</sup></b>	8,54
Потреба у досягненні успіху	1,64	1,28	1,87	<b>1,41</b>	1,83	1,25
Інструментальна активність, спрямована на досягнення успіху	1,07	1,07	0,93	,89	1,39	1,14
Очікування успіху	1	1,36	0,67	1,18	1,44	1,62
Похвала	0,14	0,36	0,27	0,46	0,22	0,43
Позитивний емоційний стан	0,71	0,73	0,53	0,64	<b>1,17<sup>b</sup></b>	0,99
Тема успіху	1Д4	1,1	1,27	1,1	1,56	1,2
<b>Загальний бал індексу, надії на успіх</b>	5,71	3,89	5,53	2,45	7,61	4,33
Потреба уникнення невдачі	1,07	0,73	1	0,76	1,22	1,11
Інструментальна активність, спрямована на уникнення невдачі	1,93	1,38	1,93	1,49	2,11	1,18
Очікування неуспіху	0,64	0,93	0,33	0,62	0,83	0,86
Засудження	0	0	0,13	0,35	0,17	0,38
Негативний емоційний стан	0,29	0,73	0,8	0,86	<b>0,67<sup>e</sup></b>	0,59
Неуспіх	0,71	0,91	0,67	0,9	0,56	0,62
Тема неуспіху	0,21	0,43	0,33	0,62	0,39	0,61
Загальний бал індексу страху невдачі	4,86	2,71	5,2	3,03	5,94	2,26
Сумарний індекс мотивації «СМ=НУ+СН»	10,57	5,3	10,73	3,43	<b>13,5<sup>b</sup></b>	3,58

Згідно з отриманими даними, показники тривоги та депресії зростають від групи з низьким до групи із середнім та високим рівнем перфекціонізму. Група студентів з високими показниками перфекціонізму демонструє достовірно більш високі показники депресії та тривоги порівняно з групою з низькими показниками.

За результатами ТАТ, у трьох групах піддослідних складові індексу «надії на успіх» мають більш високі значення, ніж складові індексу «страху невдачі».

Якісний аналіз даних фіксує важливу тенденцію: при переході від групи з низьким рівнем перфекціонізму до групи з високим рівнем перфекціонізму

Показники депресії (опитувач депресивності А. Бека, BDI), тривоги (шкала тривоги А. Бека, DAI) та мотивації досягнення (ТАТ, Х. Хекхаузен) у випробуваних з високим та низьким рівнем перфекціонізму (опитувач перфекціонізму).

Сумарний індекс мотивації, а також показники, що становлять індекс страху невдачі зростають. Виняток у цій закономірності складає сумарний індекс «надії на успіх», значення якого у групі з низьким рівнем перфекціонізму дещо перевищують аналогічний показник випробуваних із середнім рівнем перфекціонізму.

Група випробуваних із високим рівнем перфекціонізму характеризується достовірно вищим сумарним індексом мотивації проти групою із середнім рівнем перфекціонізму, що свідчить про більшу вираженість конфлікту досягнення цих випробуваних.

Група випробуваних з високим рівнем перфекціонізму характеризувалася достовірно вищим значенням показника «Е-» (негативний емоційний стан у діяльності) порівняно з аналогічним показником випробуваних з низьким рівнем перфекціонізму. Цей показник входить до оцінної диспозиції «страху невдачі». Таблиця 2.8 – Показники депресії, тривоги у випробуваних з високим та низьким рівнем перфекціонізму

Група досліджуваних із високим рівнем перфекціонізму також характеризувалася достовірно вищим значенням показника «Е+» (позитивний емоційний стан у діяльності) порівняно із аналогічним показником піддослідних

із середнім рівнем перфекціонізму. Цей показник входить до оцінної диспозиції «надії на успіх».

Таким чином, дані додаткової серії досліджень, проведеного у невеликій за розміром популяційній вибірці, підтверджують гіпотезу про більшу виразність конфлікту досягнень у осіб з високими показниками перфекціонізму, депресії та тривоги. Сумарний індекс СМ у ТАТ Х. Хекхаузена, а також значення окремих показників (Е- та Е+), що входять до компонентів мотиву досягнення, у цих осіб достовірно перевищують аналогічні показники випробуваних з помірним перфекціонізмом.

Підсумовуємо основні результати досліджень перфекціонізму в групах з депресивними та тривожними розладами:

Показники перфекціонізму у студентів з депресивними та тривожними розладами вищі за аналогічні показники здорових піддослідних. Між показниками перфекціонізму та показниками депресії та тривоги існує позитивний зв'язок. Цей зв'язок фіксується для різних симптоматичних шкал.

Особи із депресивними розладами характеризуються достовірно вищими значеннями когнітивних параметрів перфекціонізму «Сприйняття інших людей як таких, що делегують високі очікування» та «Селектування негативної інформації про власні невдачі та помилки».

Встановлено відносну стабільність перфекціонізму як риси особистості з депресивними розладами. Виявлено множинні позитивні зв'язки між параметрами перфекціонізму та дисфункціональними особистісними рисами. За кількістю цих зв'язків параметри перфекціонізму неоднорідні: найбільше зв'язків встановлено для когнітивних параметрів, найменше - для параметрів «високі претензії» і «високі стандарти».

Окремі параметри перфекціонізму та загальний показник цієї риси достовірно корелювали з показниками депресії та тривоги. Ці результати закономірно порушують питання: наскільки особлива риса, що вивчається, стабільна, тобто наскільки вона залежить від актуального емоційного стану піддослідних? Чи не є перфекціонізм компонентом депресивного синдрому?

Однак це заперечення знімається результатами динамічного дослідження, проведеного у першій частині роботи.

Відповідно до методологічних вимог, що висуваються дослідженням особистісних дисфункцій при емоційних розладах на етапі, ми вивчали стабільність перфекціонізму та її залежність від депресивного настрою. У ході динамічного дослідження була афіксована відносна стабільність особистісної риси, що вивчається: показники «Високих стандартів і домагань» у стані терапевтичної ремісії знижувалися до рівня показників здорових осіб, показники когнітивних параметрів перфекціонізму також знижувалися, але залишалися достовірно вищими, ніж нормативні. Цей феномен потребує спеціального коментаря. З одного боку, параметр «Завищені претензії та вимоги до себе» у групі депресивних пацієнтів, які брали участь у дослідженні №3, ще в початковій точці дослідження не відрізнявся від аналогічного показника у здорових осіб. Цей результат можна пояснити у різний спосіб: по-перше, група дослідження №3 була настільки численна як група депресивних хворих у дослідженні №1 (32 і 89 людина, відповідно). З цієї точки зору, дані дослідження №1, в якому цей параметр перфекціонізму був достовірно вищим у хворих, видаються більш репрезентативними. Інше пояснення відмінностей у виразності домагань пов'язане з соціодемографічними характеристиками пацієнтів: у дослідженні №3 брали участь відвідувачі районної поліклініки (люди, які не надто процвітають у сучасній російській дійсності), а в дослідженні №1 - відвідувачі психологічної консультації при одному з провідних науково-дослідних інститутів.

З іншого боку, неоднорідну динаміку параметрів перфекціонізму в ході медикаментозного лікування можна пояснити з позицій «двійної моделі перфекціонізму» (Owen, Slade). Згідно з цією моделлю, що підтверджується факторними дослідженнями, виділяються дві форми перфекціонізму. Активну форму, що мобілізує до продуктивної активності та задоволення від неї, представляє параметр «високі стандарти». Пасивна форма (пов'язана з негативним афектом та поведінковою пасивністю) представлена параметрами «соціально пропонований перфекціонізм» і «сумніву в діях» (синтез британських та канадських уявлень). У нашому дослідженні було встановлено, що за

характером взаємозв'язків зі стратегіями подолання стресу параметри перфекціонізму неоднорідні. Зокрема, параметри домагань і стандартів виявилися переважно пов'язаними з активними видами поведінки, а когнітивні параметри - переважно з унікаючими видами копінг-реакції, зокрема, у формі прокрастинації. Нагадаємо, що в нашому дослідженні для параметра «Високі домагання» було встановлено мінімальну кількість достовірних взаємозв'язків із дисфункціональними особистісними характеристиками, а для когнітивних параметрів – максимальна. У світлі цих даних складається враження, що когнітивні параметри перфекціонізму виявляються найбільш деструктивними, і саме вони залишаються стійко підвищеними у хворих на депресивні розлади навіть у стані терапевтичної ремісії, створюючи високий ризик повторного епізоду депресії. Безумовно, цей висновок потребує подальшої перевірки.

Найбільш переконливим є пояснення, що міститься в результатах дослідження цілепокладання. В експерименті на УП зафіксовано, що пацієнти дотримуються захисної тактики мети мети, в якій дуже важкі цілі змінюються дуже легкими. Наші психотерапевтичні спостереження підтверджують цей факт. Ретельне знайомство з біографічним матеріалом під час психотерапії показує, що періоди великих амбіцій можуть чергуватись у житті хворих із періодами повного відмовитися від домагань. Істотно, що це явище спостерігалось нами у групі пацієнтів з монополярними формами депресивних розладів і, отже, не можна пояснити зміною афективних фаз. Складається враження, що досвід важкої емоційної хвороби стимулює пацієнтів до зниження домагань і стандартів (що відображається в результатах опитувальника при його пред'явленні), порівняно з періодом благополуччя та гострим станом. Як довго вони слідуватимуть цій тактиці і чи станеться повернення до вибору важких цілей, зможе показати катамнестичне обстеження.

Виявили, що високі значення загального показника перфекціонізму позитивно пов'язані з тривалістю депресивного розладу. Сенс цього результату очевидний - що стоїть рівень перфекціонізму, тим раніше розвивається депресивний розлад. Цей результат узгоджується із зарубіжними та вітчизняними даними про деструктивні наслідки перфекціонізму у молодому

віці. Гіпотетичні припущення щодо можливого психологічного механізму зв'язків між параметрами перфекціонізму та характеристиками несприятливого перебігу депресивних розладів залишаються тими самими, що були сформульовані вище.

Аналіз показав, що деякі параметри перфекціонізму можуть бути критеріями групової належності пацієнтів. При цьому точність таких думок досить висока; показник специфічності становив 72%. На цій підставі можна виділити низку предикторів несприятливого перебігу депресивних розладів. Зокрема, значущими предикторами стали загальний показник перфекціонізму та один із його центральних параметрів – «Високі стандарти діяльності при орієнтації на полюс "найуспішніших"». Таким чином, наявність у структурі особистості хворих на депресивні розлади цих параметрів перфекціонізму може бути прогностичною ознакою несприятливого перебігу депресивних розладів та гіршої реакції в медикаментозній терапії. Однак остаточний висновок про деструктивний вплив перфекціонізму протягом та лікування депресивних розладів може бути зроблений у більш масштабному лонгітюдному дослідженні із залученням великої кількості пацієнтів.

#### Зв'язок перфекціонізму з іншими рисами особистості

У нашому дослідженні було встановлено достовірний взаємозв'язок перфекціонізму з різними дисфункціональними особистісними рисами (за класифікацією типів особистості ВБМ-ГУ). Зазначимо, що у зарубіжних джерелах ми не знайшли аналогічних робіт, виняток становить дослідження Р.Неук1; в якому показники перфекціонізму МРБ-Н достовірно корелювали з показником шкали нарцисизму. Це свідчить про високу новизну отриманих у розділі роботи даних. Основний зміст зафіксованих кореляцій полягає в тому, що перфекціонізм не є пов'язаним з будь-яким окремим типом особистості, а може бути присутнім у структурі різних особистісних типів - унікаючого, залежного, пасивно-агресивного, обсесивно-компульсивного, шизоїдного, параноїдного. Істотно, що цей результат було встановлено двічі – у групі пацієнтів із депресивними розладами та у вибірці із загальної популяції (Т.Ю. Юдеева, 2007). Ці дані можуть бути важливим аргументом на користь тези про те, що традиційна

клінічна типологічна діагностика особистісних порушень повинна доповнюватися параметричною діагностикою - ретельною оцінкою окремих дисфункціональних особистісних рис (у тому числі перфекціонізму), пов'язаних зі схильністю до депресивного та тривожного реагування.

Паттерн взаємозв'язку перфекціонізму з дисфункціональними особистісними рисами різних типів потребує додаткових пояснень. Так, всупереч теоретичним очікуванням, у клінічній вибірці показники перфекціонізму були взаємопов'язані з нарцисичними особистісними рисами. Можливе пояснення цього результату пов'язане, на наш погляд, зі специфікою відповідних питань БСГО-П-О та особливим різновидом нарцисизму, що діагностується в ОБМ-ГУ. Йдеться про грандіозний і амбітний варіант нарцисичного розладу, тоді як варіант дефензивного, боязкого і уникає контактів варіанта нарцисичної особистості критеріями цієї класифікації не передбачено. Можна припустити, що серед відвідувачів районної поліклініки цей претензійний та пихатий тип людини представлений мало. Внаслідок цього кількість позитивних відповідей на пункти шкали, що тестує риси нарцисичної особистості, також мало, що позначається на результатах кореляційного аналізу. У загальній популяції виявлено взаємозв'язок перфекціонізму та нарцисичних особистісних рис.

Оптимальним засобом вивчення специфіки перфекціонізму при різних особистісних розладах може стати дослідження, що включає відповідну групу пацієнтів, які пройшли спеціальне діагностичне інтерв'ю.

Спеціального коментаря вимагають зв'язку параметрів перфекціонізму з базовими рисами особистості, що описуються моделлю «Велика П'ятірка». Як і очікувалося, у студентській вибірці піддослідних «Нейротизм» позитивно корелює з низкою параметрів перфекціонізму: «Сприйняттям інших як делегуючих високі очікування», «Селектуванням інформації про невдачі та помилки», а також із загальним показником перфекціонізму.. Параметр «Відкрито» також позитивно корелює з параметрами перфекціонізму: "Сприйняттям інших як делегують високі очікування", "Селектуванням інформації про невдачі і помилки", загальним показником перфекціонізму.

«Доброзичливість» негативно корелює з параметром перфекціонізму «Поляризоване мислення». Перфекціонізм традиційно обговорювався у контексті невротичних рис особистості - невротичної потреби досконало (К.Хорні, 1993), комплексу невротичної неповноцінності, невротичного страху невдачі (А. Адлер, 1995, Б. Нашасбек, 1978). Психологічний конструкт «нейротизм» з'явився пізніше і означав конституційну (темпераментальну) схильність до негативного афекту та низьку стресостійкість. Взаємозв'язок перфекціонізму з нейротизмом може мати кілька значень. По-перше, вона може свідчити про можливу конституційну обумовленість цієї риси. У цьому досить інформативними виявляються дані новітніх досліджень генетичної обумовленості перфекціонізму при obsесивно-компульсивних розладах (Я. Ббай-ап, Маше11, 2001). По-друге, вона є ще одним важливим доказом дисфункціональності перфекціонізму (в аспекті його тісного зв'язку з негативною ефективністю). По-третє, цей результат дозволяє уточнити зміст сучасного психологічного конструкту «нейротизм» чи «негативна ефективність»: фіксація на помилках і невдачах, сприйняття інших як вимогливих - може бути його важливими аспектами. Нарешті, взаємозв'язок перфекціонізму з нейротизмом може розглядатися як свідчення того, що випробувані з високим перфекціонізмом загалом характеризуються вищим рівнем особистісного неблагополуччя.

Спеціального коментаря заслуговує на зв'язок окремого параметра перфекціонізму з параметром «доброзичливості». У моделі «Велика п'ятірка» під «доброзичливістю» мається на увазі найважливіша адаптивна риса особистості – кооперативність, здатність погоджуватися з іншими, йти їм на зустріч у взаємодії. Виявляється, параметр перфекціонізму «Поляризоване мислення» негативно пов'язані з цими високо адаптивними інтерперсональними якостями особистості. Через війну випробувані з високими показниками перфекціонізму характеризуються недостатньою кооперативністю, що може ускладнювати їм впоратися з ситуацією невдачі, з труднощі встановлення ефективних взаємодопоміжних відносин із іншими людьми.

Водночас слід зазначити, що нами зафіксовано позитивний кореляційний зв'язок перфекціонізму з базовим параметром особистості «відкритість досвіду». Згідно з описами Л. Голдберга, ця особистість високого порядку передбачає наступний комплекс характеристик: допитливість, уява, схильність до активної пошукової поведінки у середовищі, «широту, глибину і складність думок і переживань людини». Позитивний зв'язок цих адаптивних характеристик з перфекціонізмом свідчить на наш погляд про неоднозначність даного конструкту. Таким чином, випробувані з вираженим перфекціонізмом характеризуються високим рівнем негативного афекту, низькою кооперативністю, але при цьому властива виражена допитливість.

Таким чином, особистісний фактор «перфекціонізм» є складним психологічним конструктом, що поєднує надмірно високі стандарти очікуваних результатів діяльності та домагання, порушення соціальних когніцій (приписування оточуючим людям надмірно високих очікувань), персоналізацію, пов'язану з постійним порівнянням себе з оточуючими, результатів діяльності та її планування («все чи нічого»), відбір негативної інформації про результати своєї діяльності. Мотиваційною основою перфекціонізму є інтенсивний «конфлікт досягнення», у якому мотиви «прагнення успіху» і «уникнення невдачі» виражені однаковою силою. Цікавим є осмислення наших результатів у контексті досліджень батьківських сімей дорослих пацієнтів з депресивними та тривожними розладами. Виявилось, що ці сім'ї мають низку структурних, динамічних та ідеологічних характеристик, що відрізняють їх від сімей здорових піддослідних. Зокрема, для ідеології батьківських підсистем у сім'ях хворих характерні підвищена вимогливість до дітей (при нечіткості та неконкретності вимог, що делегуються), різке переважання похвали над критикою на адресу дитини, підвищений контроль та надвключеність у його справи у поєднанні з інтенсивною тривогою. Ці дані дозволяють, з погляду, зрозуміти онтогенетичні шляхи у формуванні індивідуального перфекціонізму. Так, власний батьківський перфекціонізм та високі вимоги на адресу дитини за механізмом навчання можуть трансформуватися у високі стандарти та вимоги до власної особи у нащадка. Інтенсивна критика з боку батьків, часті конфлікти в сім'ї, низький

матеріальний достаток та брутальна алкоголізація (нерідкі в сім'ях депресивних та тривожних пацієнтів) неминуче призводять до інтенсивних переживань сорому та дефіциту самоповаги у дитини; прагнення до досконалості, що виникає при цьому, може ставати важливою компенсаторною стратегією. Власні особистісні функції батьків депресивних і тривожних нащадків можуть ставати моделлю для освоєння «прийомів» дисфункціонального мислення (поляризації, надузагальнення, негативного селектування). Видається перспективним продовжити дослідження формування перфекціонізму в сімейному контексті. Адекватним методично прийомом такого дослідження може стати проведення експерименту рівень домагань у діаді батько - емоційно неблагополучний дитина чи підліток, у якому батькові пропонується вибирати рівень проблеми мети завдання, виконуваному дитиною.

Отримані результати конкретизують прояви патологічного перфекціонізму. На наш погляд, вони можуть служити основою для опису здорового перфекціонізму як багатовимірного теоретичного конструкту, наділеного характеристиками, полярними по відношенню до патологічної форми. Так, здоровий перфекціонізм передбачає наявність реалістично високих стандартів та домагань, що відповідають фізичним та психічним ресурсам особистості. Одночасно він пов'язаний з дією зрілих та адаптивних когнітивних схем. Зокрема, особистість зі здоровим перфекціонізмом має в своєму розпорядженні точні- і диференційовані уявлення про очікування, що делегуються іншими людьми. Справжнє зіткнення з нереалістичними очікуваннями оточуючих не змушує її компульсивно поступатися такому тиску. Здоровий перфекціонізм передбачає також здатність до адекватної оцінки всього континууму людських можливостей. Внаслідок цього «здорові перфекціоністи» здатні до децентрації і не страждають на «хворобу порівнянь», симптоми якої полягають у постійному співвіднесенні власних можливостей з потенціалом неординарних людей, що розташовуються на одному з полюсів цього континууму, і болісному переживанні своєї нікчемності на їхньому фоні. У сприйнятті своєї діяльності в особи зі здоровим перфекціонізмом представлені удачі поряд з невдачами та помилками. Невдача розцінюється як тимчасове та

локальне явище без супутніх надузагальнень, неминучих для патологічного перфекціонізму;

помилка сприймається як неминуче і корисне явище. Оцінюючи результатів своєї діяльності особистість зі здоровим перфекціонізмом дотримується диференційованих уявлень, які включають багато градацій між полюсами «відмінно впорався» і «не справився зовсім».

Таке когнітивне функціонування пов'язане з позитивним емоційним забарвленням діяльності (надією на успіх, задоволенням від процесу, гордості від досягнутого), а також помірною стресогенністю повсякденного життя. Для цілеспрямованого поведінки особистості зі здоровим перфекціонізмом характерна висока стійкість до «конфлікту досягнень» і, отже, вміння вибирати завдання у зоні середньої проблеми, де прагнення успіху реалізується максимально продуктивно. Зрештою, у подоланні стресу здоровий перфекціоніст використовує адаптивні стратегії активного копіngu.

### *Висновки до другого розділу*

Встановлено значний зв'язок особистісного фактора «перфекціонізм» з депресивними та тривожними розладами. Пацієнти з депресивними та тривожними розладами, порівняно з випробуваними контрольної групи, характеризуються достовірно вищими показниками всіх параметрів перфекціонізму. Встановлено значні позитивні зв'язки між параметрами перфекціонізму, його загальним показником та показниками депресії/тривоги, що вимірюються шкалами самозвіту.

У студентів з депресивними розладами (порівняно з тривожними пацієнтами) більш виражені когнітивні параметри перфекціонізму «Сприйняття інших людей як делегуючих високі очікування (при постійному порівнянні себе з ними)» та «Селектування інформації про власні невдачі та помилки», що свідчить про їх - більшому особистісному неблагополуччі.

Студенти з депресивними розладами достовірно частіше використовують непрямі форми агресивної поведінки. Показники міжособистісної залежності,

що стримує прямий прояв агресії в поведінці, у пацієнтів з депресивними та тривожними розладами значно перевищують аналогічний показник випробуваних контрольної групи.

Результати, отримані при порівнянні показників перфекціонізму у групах з депресивними та тривожними розладами, підтверджують «унітарну модель співвідношення депресії та тривоги».

Встановлено зв'язок перфекціонізму зі станами емоційної дезадаптації у популяційній вибірці: Особи з високим рівнем перфекціонізму характеризуються достовірно вищими показниками емоційної дезадаптації у вигляді симптомів депресії, суїцидальних думок, тривоги, екзаменаційної та соціальної тривожності, високого повсякденного стресу. Встановлено значні позитивні кореляційні зв'язки між загальним показником перфекціонізму, окремими його параметрами та показниками емоційної дезадаптації. Когнітивний параметр перфекціонізму «Селектування інформації про невдачі та помилки» може бути предиктором емоційної дезадаптації.

## ВИСНОВКИ

Нами проведено досліджень перфекціонізму у репрезентативних вибірках студентів із депресивними та тривожними розладами за участю здорового контролю. Істотна характеристика патологічного перфекціонізму полягає у поєднанні високих стандартів діяльності та домагань особистості з патернами когнітивних спотворень (сприйняттям інших людей як надмірно вимогливих – суб'єктивним відчуттям «примусу до досконалості», негативним селектуванням – виборчої концентрації на невдачах та помилках користь власних досягнень із результатами інших успішних людей, поляризованим мисленням – дихотомічною оцінкою результату діяльності). Мотиваційний аспект перфекціонізму представлений т.зв. «Конфліктом досягнень», що передбачає особливий стиль цілепокладання при чергуванні надмірно важких цілей з дуже легкими. Дослідження показало, що особи з депресивними та тривожними розладами характеризуються підвищеними, порівняно зі здоровими особами, показниками роздратування при близьких до нормативних показниках відкритих форм агресії.

Отримані результати популяційного дослідження, у якому брали участь студенти першого курсу, які у високо стресогенному життєвому періоді зміни стадії життєвого циклу. Для студентів з високими показниками перфекціонізму виявилися характерними підвищені рівні депресії, тривоги, суїцидальних думок, екзаменаційної та соціальної тривожності в порівнянні з їх однокурсниками з низькими або середніми показниками рис, що вивчаються. Повсякденне життя студентів із високими показниками перфекціонізму відрізняється високою стресогенністю. Для подолання стресу студенти з дисфункціональними рисами особистості обирають неадаптивні стратегії, зокрема, вдаються до соціального уникнення і прокрастинації.

Високі показники перфекціонізму у осіб із депресивними та тривожними розладами, їх зв'язок з дисфункціональними рисами різних типів особистості свідчать про те, що традиційна типологічна особистісна діагностика має бути доповнена ретельними параметричними оцінками. Опитувальник перфекціонізму продемонстрували досить хороші показники валідності та

надійності та можуть бути рекомендовані як один із інструментів для параметричної діагностики.

У дослідженні студентів-першокурсників напередодні першої сесії були отримані результати, що підтверджують вихідні гіпотези про зв'язок дисфункціональних особистісних рис «перфекціонізму» із симптомами емоційного неблагополуччя. Практичне значення одержаних результатів очевидне. Вони переконливо свідчать про те, що перфекціонізм, дезадаптивні стратегії подолання стресу мають стати важливими мішенями психотерапевтичних інтервенцій при роботі з дезадаптованими студентами.

Підібраний і апробований інструментарій може бути засобом діагностики на початковому етапі психологічної допомоги.

Ми вивчали перфекціонізм як генералізовану характеристику особистості, не описуючи та не діагностуючи його приватні форми, наприклад, побутову (високі стандарти ведення домашнього господарства), професійну, фізичну (високі стандарти зовнішнього вигляду та форми тіла), перфекціонізм у сфері здоров'я та фізичного комфорту та ін. Поряд із вивченням перфекціонізму як патогенної генералізованої установки, такі дослідження його приватних форм можуть мати евристичну цінність для певних контингентів піддослідних. Прикладом продуктивної реалізації цієї ідеї може бути дослідження фізичного перфекціонізму у групах юнаків та дівчат, залучених до діяльності з корекції фігури (заняття фітнесом та бодібілдингом). тісний зв'язок фізичного перфекціонізму з емоційним неблагополуччям та аномальним, патерном харчової поведінки. Надається доцільним подальше вивчення фізичного перфекціонізму як фактора ризику щодо порушень харчової поведінки у групах пацієнтів з нервовою анорексією та нервовою булімією.

Безумовно, має сенс досліджувати структуру і виразність загального перфекціонізму, а також його приватні форми, при окремих категоріях тривожних розладів. Зокрема, наші психотерапевтичні спостереження показують, що пацієнти з панічним розладом дотримуються специфічних перфекціоністських установок у сфері здоров'я та фізичного благополуччя – «найменше нездужання може бути ознакою небезпечного захворювання»,

«нормальний стан – це стан 100% здоров'я», «фізичний дискомфорт нестерпний», «Я завжди повинен себе почувати фізично комфортно». Саме ці установки можуть лежати в основі низької толерантності до фізіологічних проявів тривоги, що описується теорією «підвищеної чутливості до тривоги» (Anxiety Sensitivity) (A. Clark, D. Watson, S. Mineka, 1994). Вивчення приватних форм перфекціонізму могло б сприяти встановленню особистісних відмінностей між пацієнтами з депресивними та тривожними розладами.

У нашому дослідженні ми не використовували спеціальний інструмент для діагностики суїцидальної готовності. Враховуючи отримані дані про часту зустрічаність суїцидальних думок у обстежених студентів, включення шкал, прицільно призначених для оцінки суїцидального ризику, видається нам важливим і перспективним.

Основні перспективи продовження дослідження полягають, з погляду, у розвитку діагностичного інструментарію, у подальшому вивченні ролі перфекціонізму в терапевтичному процесі, в уточненні взаємозв'язків перфекціонізму з повсякденним стресом і перевантаженнями в групах студентів. Ще одна лінія можливих розробок майбутнього пов'язана з відмежування перфекціонізму від зовні схожих феноменів – нарцисизму.