

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

*Работа представлена кафедрой клинической психологии и психотерапии
Московского городского психолого-педагогического университета.
Научный руководитель – кандидат психологических наук, профессор Н. Г. Гаранян*

В группах больных рекуррентной депрессией (38 человек – нонреспондеры; 33 – респондеры) оригинальными инструментами оценивались показатели дисфункциональных личностных черт (перфекционизма и враждебности). Анализируются возможные связи перфекционизма и враждебности с явлениями хронификации и резистентности к медикаментозному лечению депрессий.

Ключевые слова: лечение резистентных депрессий, дисфункциональные личностные черты, перфекционизм, враждебность.

In groups of patients with recurrent depression (38 person – nonresponders; 33 – responders) dysfunctional personality traits (perfectionism and hostility) were estimated by original instruments. Possible connections of perfectionism and hostility with phenomena of chronification and resistance to medicinal treatment of depressions are analysed.

Key words: treatment of resistant depressions, dysfunctional personality traits, perfectionism, hostility.

В публикациях последних лет приводятся многочисленные данные о высокой распространенности депрессий и их тяжелых последствиях – высоком риске суицида [3], алкоголизации [6], тяжести сопутствующей соматической патологии [10], тяжелых семейных дисфункциях [18], значительном снижении трудоспособности [28]. Депрессия является колоссальным экономическим бременем для общества [28; 1].

Одним из наиболее важных аспектов проблемы является изучение факторов хронификации депрессивных расстройств. Cassano с соавторами опреде-

лили хроническую депрессию как длительно присутствующее депрессивное состояние (2 и более лет), при котором пациент переживает один или более депрессивных эпизодов, и облегчения симптоматики при этом не наблюдается [26, p. 28]. Данные обзора 20 исследований, посвященных аффективным расстройствам, позволили прийти к выводу о том, что хронификация следовала в 1–28% случаев [26, p. 28]. Согласно данным Frances и Donovan, хроническая депрессия встречается примерно у 4% всей популяции [21]. В 40% случаев состояние заболевших депрессией через

год по-прежнему отвечает критериям депрессивного расстройства [12, с. 128], в 20% депрессивный эпизод продолжается более 2 лет [12, с. 128] и в 17% случаев депрессия продолжается в течение всей жизни [12, с. 128]. Несмотря на появление большого количества новых препаратов и значительный прогресс в области понимания механизмов действия психотропных средств, число терапевтически резистентных больных не уменьшается и стабильно составляет 30% [9, с. 132].

В психиатрии и клинической психологии уже много лет существует традиция, связывающая депрессию с личностными характеристиками (Краепелин, Кречмер, Freud). В отечественной клинической психологии последовательно рассматриваются различные психические расстройства в контексте личностных особенностей больных [7; 13].

Исследования выявляют высокую коморбидность депрессивных расстройств с личностными [22]. Это явление может быть фактором хронификации депрессивных расстройств и терапевтической резистентности [22; 25]. Эти данные лежат в основе так называемой патопластической модели, согласно которой личностные дисфункции и расстройства существенно влияют на клиническую картину депрессии: форму течения депрессивного расстройства, терапевтическую реакцию при лечении антидепрессантами [11; 2]. По зарубежным данным, избегающее, зависимое, пассивно-агрессивное, гистрионное, нарцисстическое, пограничное и антисоциальное расстройства существенно чаще встречаются в группе пациентов с ранней (до 18 лет) манифестацией большого депрессивного расстройства. Следовательно, больным с рано начавшейся депрессией присущи более дисфункциональные поведенческие стратегии и личностные установки [20; 17]. Обоб-

щая данные фундаментальных обзоров по проблеме личностных расстройств как фактора терапевтической резистентности при лечении депрессий, следует отметить противоречивость результатов. Так, автор одной из наиболее значимой публикации R. T. Mulder приходит к выводу о том, что личностная патология не является помехой эффективному лечению [24]. В другой работе, основанной на мета-анализе большого числа сравнительных исследований, показано, что вероятность плохого результата в лечении депрессии в 2,3 раза выше в группе пациентов с коморбидным личностным расстройством, что позволяет рассматривать последнее как важный предиктор хронификации расстройства [15].

В последние годы усилился интерес специалистов к отдельным дисфункциональным личностным чертам, которые могут быть связаны с возникновением и течением депрессии. К их числу следует отнести перфекционизм (следование чрезмерно высоким стандартам деятельности и испытывать хроническую неудовлетворенность ее результатами) и враждебность (склонность наделять социальные объекты негативными качествами), ставшие предметом интенсивных исследований в зарубежной и отечественной науке. В популяционных и клинических работах показана тесная взаимосвязь перфекционизма и враждебности с депрессивными и тревожными расстройствами [19; 23; 27; 4; 5; 14]. В программе «Depression Collaborative Research Program» (NIMH, США) установлено, что перфекционизм является значимым предиктором отрицательного результата для разных краткосрочных форм лечения (когнитивно-бихевиоральной психотерапии, интерперсональной психотерапии, традиционного лечения трициклическим антидепрессантом, плацебо-те-

рапии) [16]. Авторы этой программы оценили перфекционизм как основной деструктивный фактор в краткосрочном лечении депрессии. Получены данные о деструктивном влиянии враждебности пациента на рабочий альянс, который, в свою очередь, служит главным фактором эффективности психотерапевтических вмешательств [16].

Отечественные исследователи выдвинули тезис о многомерной структуре перфекционизма [4; 14]. Сконструированный на этой теоретической основе инструмент включает два фактора, тестирующих наличие *высоких притязаний и высоких стандартов деятельности*, а также три фактора, тестирующих «когнитивные искажения», входящие в структуру перфекционизма, – *искаженную социальную перцепцию* (восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания при постоянном сравнении себя с другими), *негативное селективное* (селектирование информации о собственных неудачах и ошибках) и *поляризованное мышление* («все или ничего»). Этой же группой исследователей разработан оригинальный полупроективный тест враждебности [5]. С помощью указанных инструментов проведены исследования в клинических (пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами) и популяционных выборках (студенты-первокурсники в условиях предэкзаменационного стресса) [14; 8]. Сравнительное изучение показателей перфекционизма и враждебности в контексте терапевтической резистентности до настоящего момента проведено не было.

На основании изложенного материала были сформулированы следующие гипотезы исследования:

1. Группа пациентов с депрессивными расстройствами, резистентными к проводимой медикаментозной терапии (нореспондеров) характеризуется бо-

лее высокими показателями перфекционизма в сравнении с группой пациентов с хорошей реакцией на лечение (респондеров).

2. Группа нореспондеров характеризуется более высокими показателями враждебности в сравнении с группой респондеров.

3. Группа нореспондеров характеризуется более высокими показателями общего личностного неблагополучия в сравнении с группой респондеров.

Испытуемые. С целью выявления личностных характеристик, связанных с неблагоприятным течением рекуррентной депрессии и резистентностью в медикаментозном лечении, обследовались две группы испытуемых: респондеры и нореспондеры. Обе группы испытуемых проходили обследование, находясь на стационарном лечении, все испытуемые получали медикаментозное лечение. Обследование проводилось перед выпиской испытуемых из стационара.

Группу респондеров (33 человека, 9 мужчин и 24 женщины) составили больные, страдающие рекуррентной депрессией, для которых характерны хорошие выходы из депрессивных эпизодов на одном курсе лечения антидепрессантами. Испытуемые этой группы, как правило, хорошо выходят из болезни и остаются на профилактическом лечении. Для них характерна редкая частота повторных депрессивных эпизодов, длительная ремиссия с достаточно высоким качеством жизни при практически полном отсутствии депрессивной симптоматики либо при ее незначительной выраженности в межприступном периоде. В ряде случаев ремиссии носили очень прочный характер и достигали многих лет. В межприступном периоде эти испытуемые могли участвовать в профессиональной и повседневной жизни в полном объеме. Стаж заболевания

в среднем составил 9,1 года. Средний возраст испытуемых составил 42,4 года.

В группу нонреспондеров (38 человек, 7 мужчин и 31 женщина), согласно определению понятия «резистентность», были включены больные рекуррентной депрессией с неблагоприятным течением заболевания, с высокой частотой повторных эпизодов и неполными ремиссиями при вполне адекватно подобранной терапии. У этих пациентов в межприступном периоде сохранялось значительное число симптомов депрессии, затруднения функционирования. Часто эти пациенты отмечали, что в больнице на активной инфузионной терапии чувствуют себя относительно удовлетворительно, однако по выходе из стационара очень быстро (в отдельных случаях уже через 2 недели) появляются выраженные депрессивные переживания. Как правило, в ходе текущего депрессивного эпизода этим пациентам для достижения какого-либо сдвига в состоянии приходилось переживать длительный период подбора препарата; им проводилось несколько курсов (в среднем, 3–4, а в некоторых случаях 6–7). Состояние этих больных полностью соответствовало определению хронической депрессии – длительно присутствующее депрессивное состояние (2 и более лет), при котором пациент переживает один или более депрессивных эпизодов и облегчения симптоматики не наблюдается [28, р. 28]. Стаж заболевания в среднем составил 10,2 года. Средний возраст испытуемых составил 43,2 года.

Инструменты исследования.

Для оценки эмоционального состояния испытуемых использовались:

- *Опросник депрессивности А. Бека* (Beck Depression Inventory – BDI). Опросник разработан А. Беком с соавторами, адаптирован Н. В. Тарабриной. Направлен на выявление и оценку депрессивных симптомов у обследуемого на

текущий период. Опросник тестирует психопатологическую симптоматику, проявляющуюся на эмоциональном и физическом уровнях. Всего в опроснике 21 пункт: печаль, пессимизм, ощущение несправедливости, неудовлетворенность собой, чувство вины, ощущение наказания, самоотрицание, самообвинение, наличие суицидальных мыслей, плаксивость, раздражительность, чувство социальной отчужденности, нерешительность, дисморфофобия, трудности в работе, бессонница, утомляемость, потеря аппетита, веса, сексуального влечения, озабоченность состоянием здоровья. Каждая из подшкал включает 4 варианта ответа, оцениваемых от 0 до 3 баллов. Это дает возможность определить степень выраженности каждого из перечисленных выше симптомов. Подсчитывается сумма баллов по каждому из 21 пункта. Максимальный балл – 63. В зависимости от суммарной оценки выносится суждение об интенсивности депрессии. Менее 9 баллов – депрессивные симптомы отсутствуют; 10–18 – «умеренно выраженная депрессия»; 19–29 – «критический уровень»; 30–63 – «явно выраженная депрессивная симптоматика».

- *Опросник тревоги А. Бека* (Beck Anxiety Inventory – BAI). Опросник разработан А. Беком с соавторами. Состоит из 21 пункта, отражающих симптомы тревоги (например, «дрожь в ногах», «усиленное сердцебиение», «ощущение удушья», «страх смерти» и т. д.). Испытуемому предлагается выбрать по каждому пункту один из четырех возможных ответов, в зависимости от того, насколько сильно беспокоил каждый симптом в течение последней недели: «совсем не беспокоил» – 0 баллов, «слегка беспокоил» – 1 балл, «беспокоил умеренно – было неприятно, но я мог это переносить» – 2 балла, «беспокоил очень сильно – я с трудом мог это вы-

носить» – 3 балла. Максимально возможная сумма баллов – 63. В зависимости от суммы баллов выносятся суждения о степени выраженности тревожной симптоматики: меньше 3 баллов – тревожные симптомы отсутствуют; 4–8 – «легкая тревога»; 9–18 – «тревога средней интенсивности»; 19–63 – «высокий уровень тревоги».

Для диагностики *личностных характеристик* испытуемых использовались:

- *Опросник перфекционизма* Н. Г. Гаранян и А. Б. Холмогоровой. Состоит из 35 пунктов, тестирующих 6 параметров перфекционизма: 1) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2) завышенные притязания и требования к себе; 3) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4) селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5) поляризованное мышление – «все или ничего». В дополнение к основным подшкалам инструмента в нашем исследовании была добавлена еще одна, тестирующая интерперсональный параметр перфекционизма, – «чрезмерные требования к другим людям». Испытуемому предлагается выразить согласие или несогласие с каждым утверждением, используя 4 формы ответа: «безусловно, да» (4 балла), «пожалуй, да» (3 балла), «пожалуй, нет» (1 балл), «безусловно, нет» (0 баллов). При обработке подсчитывается показатель по каждой из 6 шкал (сумма баллов по вопросам, составляющим данную шкалу), а также общий показатель перфекционизма (сумма баллов по всем шкалам). Основу опросника составляют высказывания пациентов, зафиксированные на сеансах групповой и индивидуальной психотерапии. Некоторые пункты, касающиеся переживаний субъекта по поводу несо-

ответствия положительным представлениям о нем других людей, заимствованы из опросника «Обманщик» (автор – Clance, 1989). В диссертационной работе Т. Ю. Юдеевой проведена апробация опросника перфекционизма и подробно описана процедура валидации и его надежность (2007). В целом можно говорить о том, что психологическое содержание шкал опросника находится в достаточно близком соответствии с теоретически предполагаемыми параметрами перфекционизма.

- *Проективный тест враждебности* А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян. Тест содержит 14 негативных утверждений относительно людей, в основу которых легли высказывания пациентов, зарегистрированные в ходе психотерапевтических сеансов [5]. Инструкция предлагает испытуемым представить, что они проводят анонимный опрос населения. Необходимо спрогнозировать его результаты, отметив в специальной графе, какой процент опрошенных согласился бы с данными утверждениями при условии, что их имя останется неизвестным. Величина этого показателя прямо пропорциональна выраженности негативных установок по отношению к другим людям – враждебности испытуемого. Подсчитываются баллы как по каждому фактору, так и общий показатель враждебности. Проективный тест враждебности А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян прошел предварительную апробацию в группе испытуемых из общей популяции (Москва, 2008). В ходе апробации была установлена корреляционная связь общего показателя теста враждебности с депрессией по опроснику депрессивности А. Бека ($p < 0,01$) и шкалами по Методике диагностики показателей и форм агрессии: «физическая агрессия» ($p < 0,01$), «вербальная агрессия» ($p < 0,01$), «косвенная агрессия» ($p < 0,01$), «раздражи-

тельность» ($p < 0,01$) и «подозрительность» ($p < 0,01$). Также был проведен тест-ретест надежности (коэффициент корреляции – 0,62, $p < 0,01$).

Статистическая обработка данных осуществлялась в программе SPSS for Windows, Standard Version 13.0, Copyright © SPSS Inc., 2005.

Результаты исследования. Результаты психометрической оценки эмоционального состояния испытуемых приводятся в следующей табл. 1.

Таблица 1
Показатели депрессии и тревоги в изучаемых группах (опросник депрессивности А. Бека шкала тревоги А Бека)

Показатель	Нонреспондеры		Респондеры		Mann-Whitney p
	M	SD	M	SD	
Депрессия	26,4**	12,6	15,3	6,7	0,000
Тревога	17,7	11,6	14,8	7,1	0,468

Примечание: M (mean) – среднее; SD – квадратичное отклонение; ** – $p < 0,01$ (критерий Манна–Уитни).

Как свидетельствуют данные таблицы, у группы нонреспондеров показатели депрессии достоверно выше, чем у группы респондеров; по показателям тревоги статистически значимых разли-

чий между группой нонреспондеров и респондеров не выявлено, однако показатели у нонреспондеров выше.

Показатели перфекционизма, зафиксированные в изучаемых группах испытуемых, приведены в табл. 2.

При сравнении группы нонреспондеров с группой респондеров фиксируются результаты, хорошо согласующиеся с выдвинутой гипотезой. Показатели перфекционизма у нонреспондеров статистически значимо выше по интерперсональному («чрезмерные требования к другим людям») и когнитивному («селектирование информации о неудачах и ошибках») параметрам. В группе нонреспондеров зафиксированы достоверно более высокие показатели главных параметров перфекционизма – «завышенные притязания и требования к себе» и «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных». Суммарный показатель опросника также достоверно выше в группе нонреспондеров. По параметру «поляризованное мышление – «все или ничего» различия достоверны на уровне асимптотической значимости, у группы нонреспондеров этот показатель выше.

Таблица 2
Структура перфекционизма в группах больных рекуррентной депрессией

Показатель	Нонреспондеры		Респондеры		Mann-Whitney p
	M	SD	M	SD	
Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими)	13,8	4,5	12,1	4,0	0,120
Завышенные притязания и требования к себе	9,0**	3,7	6,4	3,2	0,003**
Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных	7,5**	3	5,6	2,8	0,001**
Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках	6,8*	3,0	5,0	2,2	0,012*
Поляризованное мышление – «все или ничего»	5,9	3,3	4,6	2,5	0,069 (t)
Чрезмерные требования к другим людям	15,6**	4,4	10,5	3,5	0,005**
Общий показатель	69,0**	16,4	49,6	16,8	0,005**

Примечание: M (mean) – среднее; SD – квадратичное отклонение; ** – различия достоверны, $p < 0,01$ (критерий Манна–Уитни); * – различия достоверны, $p < 0,05$ (критерий Манна–Уитни).

Показатели враждебности в изучаемых группах испытуемых приведены в табл. 3.

Нонреспондеры характеризуются более враждебной картиной социального окружения в сравнении с респондерами. Они в большей степени склонны видеть

других как «холодных и равнодушных» (различия по данному фактору достигают статистически значимого уровня). Средний показатель теста враждебности также выше в группе нонреспондеров, однако эти различия не достигают уровня статистической значимости.

Таблица 3

Структура враждебности в группах больных рекуррентной депрессией

Показатель	Нонреспондеры		Респондеры		Mann-Whitney p
	M	SD	M	SD	
1-й фактор теста Видение других людей как «склонных возвышаться за счет принижения других людей»	39,4	23,9	40,5	18,6	0,580
2-й фактор теста Видение других людей как «презирающих слабость»	56,3	15,6	56,2	23,8	0,355
3-й фактор теста Видение других людей как «холодных и равнодушных»	53,2*	18,1	43,0	19,6	0,018*
Средний показатель теста	50,5	13,5	44,7	13,5	0,113

Примечание: M (mean) – среднее; SD – квадратичное отклонение; * – различия достоверны, $p < 0,02$ (критерий Манна-Уитни).

Обсуждение результатов. Результаты нашего исследования фиксируют большую выраженность некоторых дисфункциональных черт в группе больных депрессией, резистентных к медикаментозному лечению. Показатели перфекционизма в группы нонреспондеров выше, чем у респондеров. Нонреспондеры отличаются от респондеров по нескольким параметрам перфекционизма: интерперсональному («чрезмерные требования к другим людям»), когнитивному («селектирование информации негативным смыслом»), а также по параметрам «завышенные притязания и требования к себе» и «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных». Общий показатель перфекционизма значимо выше у группы нонреспондеров. Можно сформулировать ряд предположений о возможной взаимосвязи перфекционизма и терпевтической резистентности:

1) пациент может не замечать сдвиги в процессе лечения, оказываться «слепым» в отношении намечающегося улучшения, обесценивать его в силу неадекватных ожиданий «быстрого и чудесного» исцеления, испытывать недоверие к специалистам и частые разочарования из-за чрезмерно высоких требований к их профессионализму, отзывчивости, личностным качествам. В результате этих явлений могут происходить преждевременные отказы от лечения;

2) восприятие других людей как чрезмерно требовательных может повышать число стрессогенных ситуаций в общении, приводить к переживаниям гнева и страха в контактах, стимулировать дезадаптивные копинг-реакции по типу чрезмерно уступчивого или, наоборот, дистанцированного (избегающего) поведения;

3) перманентное сравнение собственной личности с другими людьми при ориентации на самых удачливых также

содействует усилению стрессогенности жизни, стимулирует интенсивные переживания стыда и зависти, приводя в итоге к конкурентным отношениям;

4) чрезмерные требования к другим людям неизбежно повышают число конфликтов в отношениях, создавая риск коммуникативных разрывов и в перспективе одиночества;

5) перфекционистские установки могут стимулировать дезадаптивные поведенческие стратегии. Сверхмобилизация, свойственная лицам с высоким перфекционизмом, сопряжена с рядом позитивных явлений – высокими результатами деятельности, развитыми умениями, знаниями и навыками. Однако она сопряжена и с негативными последствиями в виде высокого риска сгорания, повышенной стрессогенности жизни, хронических перегрузок. Перфекционизм может оказывать и прямо противоположное блокирующее воздействие по типу паралича активности (прокрастинации).

Результаты исследования соответствуют нашей гипотезе о том, что группа нонреспондеров характеризуется более высокими показателями враждебности по сравнению с респондерами, а так-

же данным литературы о связи враждебности и депрессии.

Гипотетически психологические механизмы, в силу которых враждебность может затруднять успешное лечение депрессий, можно представить следующим образом:

1) враждебность неизбежно сопряжена с недоверием к врачам, что снижает качество рабочего альянса;

2) она сопряжена с риском социальной изоляции в силу того, что затруднены контакты, что само по себе служит фактором депрессии;

3) враждебность к миру сама по себе служит источником негативных эмоций.

В заключение отметим, что результаты проведенного исследования могут иметь определенную прогностическую ценность. Так, изначально высокий уровень перфекционизма и враждебности может служить предиктором высокого риска резистентности к медикаментозному лечению депрессий. Полученные данные еще раз свидетельствуют о необходимости психотерапевтических мероприятий с больными, важными мишенями которых должны стать дисфункциональные личностные черты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вертоградова О. П., Довженко Т. В., Степанов В. Н., Сеницын В. Н. Депрессия как фактор соматизации и социальной дезадаптации // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. М.: МНИИ судебной и социальной психиатрии им. В. П. Сербского, 1996. С. 104–106.

2. Вертоградова О. П., Степанов И. Л., Банников Г. С. Особенности нарушений социально-психического функционирования при эндогенных депрессиях // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы). М.: НЦПЗ РАМН, 1998. С. 189–190 (а).

3. Войцех В. Ф. Клинико-психопатологическая характеристика пациентов с суицидальными намерениями // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы). М.: НЦПЗ РАМН, 1998. С. 56–60.

4. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18–48.

5. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. М.: Институт психологии РАН, 2003. С. 100–113.

6. Гофман А. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003. 214 с.
7. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1980. 169 с.
8. Москова М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Автореф. дис. ... канд. псих. наук. М., 2008. 26 с.
9. Мосолов С. Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 4. С. 132–136.
10. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. 168 с.
11. Синицын В. Н. О структуре и взаимоотношении депрессивных идей // Депрессии (психопатология, патогенез). СПб., 1980. С. 50–56.
12. Смуглевич А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 4. С. 128–132.
13. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR – Аргус, 1995. 360 с.
14. Юдеева Т. Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дис. на соис. учен. степени канд. псих. наук. М., 2007. 23 с.
15. Bajaj P., Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders // Criminal Behaviour in Mental Health. 2005. N 15. Vol. 3. P. 184–190.
16. Blatt S. ed al. When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998. N 66. P. 423–428.
17. Brieger P., Ehrt U., Bloeink R., Marneros A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression // J Nerv Ment Dis 2002. Vol. 190. P. 304–309.
18. Coyne J., Kessler R., Tal M. Living with a depression person // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol. 55. P. 347–353.
19. Enns M., Cox B. Personality dimensions and depression: Review and Commentary // Canadian Journal of Psychiatry. 1997. Vol. 42. N 3. P. 1–15.
20. Fava M. ed al. Patterns of personality disorder comorbidity in depression // Psychosomatics. 1996. Vol. 37. P. 31–37.
21. Frances A., Donovan S. The diagnosis of chronic depression in primary care. // WPA Bulletin on Depression. 1998. Vol. 4. N 15. P. 3–5.
22. Gunderson J., Philips P. A current view of the interface between borderline personality disorders and depression // American Journal of Psychiatry. 1991. Vol. 148. P. 967–975.
23. Hewitt P., Flett G., Ediger E. Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis // Journal of Abnormal Psychology. 1996. Vol. 105. С. 276–280.
24. Mulder R. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // American Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 159. N 3. P. 359–369.
25. Sanderson W., Beck A., Keswani L. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia // Psychiatry Research. 1992. Vol. 42. P. 92–99.
26. Scott J., Barker W. A., Ecclestone D. The Newcastle chronic depression study // British Journal of Psychiatry. 1998. Vol. 152. P. 28–33.
27. Shafran R., Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // Clinical Psychology Review. 2001. Vol. 21. N 10. P. 879–903.
28. Ustin T., Sartorius N. Mental illness in general health practice // An international study. 1995. № 4. P. 219–231.