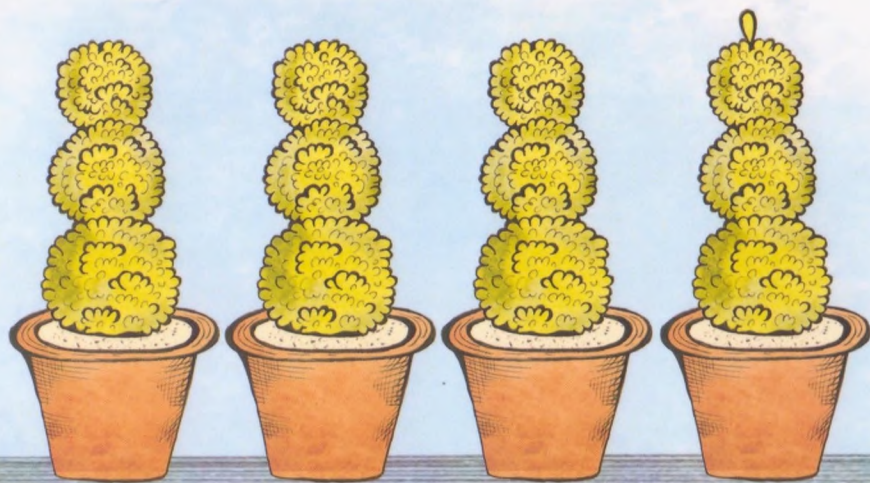


Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд,  
Роз Шафран, Мартин М. Энтони



# КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

# Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism

---

**SARAH J. EGAN**

---

**TRACEY D. WADE**

---

**ROZ SHAFRAN**

---

**MARTIN M. ANTONY**

---



THE GUILFORD PRESS  
New York      London

# Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма

**Сара Дж. Иган**

**Трейси Д. Уэйд**

**Роз Шафран**

**Мартин М. Энтони**

Москва  
Научный мир  
2021

**Иган С.Дж., Уэйд Т.Д., Шафран Р., Энтони М.М.**  
**Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма /**  
пер. с англ. М.: Научный мир, 2021. – 512 стр.

редактор перевода Е.Г. Плотникова.  
Перевод Е.С. Кравцовой

Эта книга написана занятыми клиницистами для занятых клиницистов, которым нужны практические инструменты для работы с клиентами. Она включает в себя множество тематических исследований, а также руководства к другим клиническим ресурсам по перфекционизму, который часто считается положительной характеристикой, включающей стремление к достижению высоких стандартов без отрицательных последствий; но в этой книге упор делается на негативе (беспокойство, депрессия и расстройства пищевого поведения). Разбирается модель «клинического совершенства», описывающая обеспокоенных своими ошибками людей с чрезвычайно высокими стандартами; их самооценка основана на том, насколько хорошо эти стандарты соблюдаются. Это рассматривается как важнейший компонент бесполезного перфекционизма, заставляющего человека упорствовать в стремлении удовлетворить свои стандарты. Переоценка стремлений и достижений – основа совместной концептуализации, краеугольного камня изложенного в книге когнитивно-поведенческого подхода к перфекционизму. Даются предложения по укреплению терапевтического альянса и дорожная карта для различных стратегий лечения.

Предназначена для клиницистов разных специализаций; полезна как врачам начального уровня, так и специалистам с многолетним опытом работы.

Все права защищены. Никакая часть настоящей книги не может быть воспроизведена или передана в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, а также размещение в Интернете, если на то нет письменного разрешения правообладателя.

© Издательство «Научный мир», 2021

Питеру и Софи Уодделл, а также Доре и Дэвиду Иган  
С. Дж. И.

С глубокой благодарностью Стивену  
Т.Д.У.

Дэвиду, Мэтью, Анне и Рэйчел Гитлсон, а также Тине и Майклу  
Шафран  
Р.Ш.

В память о моем отце, Сиде Энтони  
М.М.Э.



## Об авторах

**Сара Дж. Иган**, доктор философии, старший научный сотрудник и бывший директор по клинической психологии в Университете Кертина в Перте, Западная Австралия. Она работает врачом с 1999 года. Ее основной исследовательский интерес – когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) клинического перфекционизма; она автор множества публикаций в области расстройств пищевого поведения и обсессивно-компульсивного расстройства, удостоившихся наград за их современность и образовательную ценность. Д-р Иган работает в редакционных советах изданий *Stress and Health*, *Clinical Psychologist*, *Behaviour Change* и *Frontiers in Psychology*, а также является председателем организационного комитета Всемирного конгресса поведенческой и когнитивной терапии. Она возглавляла Австралийскую ассоциацию когнитивной и поведенческой терапии. Д-р Иган организовала многочисленные семинары и публикации по КПТ перфекционизма и выпустила более 50 научных статей в престижных изданиях.

**Трейси Д. Уэйд**, доктор философии, профессор Школы психологии Университета Флиндерс в Аделаиде, Южная Австралия. С 1990 года работала психотерапевтом, специализирующимся на расстройствах пищевого поведения. В настоящее время ее научные интересы связаны с этиологией, профилактикой и лечением расстройств пищевого поведения и перфекционизма. Она является бывшим главным редактором журнала *Clinical Psychologist* и работает в редакционных советах изданий *International Journal of Eating Disorders*, *European Eating Disorder Review* и *Journal of Eating Disorders*. Она входит в состав Руководящего комитета, ответственного за надзор и развитие новой государственной службы по борьбе с расстройствами пищевого поведения в штате Южная Австралия, и

является членом Руководящего комитета национального сотрудничества в области расстройств пищевого поведения. Она является лауреатом мемориальной премии имени Яна М. Кэмпбелла и премии за раннюю карьеру Австралийского психологического общества и опубликовала более 150 научных статей в важнейших международных изданиях. В 2015 году она была избрана членом Академии общественных наук Австралии.

**Роз Шафран**, доктор философии, профессор трансляционной психологии в Институте здоровья детей Университетского колледжа Лондона, Великобритания. Она является основателем и бывшим директором Института доказательной психотерапии Чарли Уоллера, предыдущим заместителем главного редактора журнала *«Behavioral Research and Therapy»*, а также бывшим научным сопредседателем Британской ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии. Клинические научные интересы профессора Шафран включают теории и способы лечения расстройств пищевого поведения, обсессивно-компульсивного расстройства и перфекционизма во всех возрастных группах. Она является лауреатом премии за выдающийся вклад в профессиональную психологию Британского психологического общества и премии имени Марша за работу в области психического здоровья британского благотворительно фонда *Rethink Mental Illness*. Профессор Шафран – автор более 100 научных публикаций и соавтор (совместно с Сарой Иган и Трейси Д. Уэйд) руководства по самопомощи *«Преодоление перфекционизма»*.

**Мартин М. Энтони**, доктор философии, профессор кафедры психологии в Университете Райерсона в Торонто, Онтарио, Канада, где выполнял обязанности директора учебных программ магистратуры и докторантуры в области психологии. Он также является директором по исследованиям в клинике лечения и исследования тревожности при Сент-Джозефском госпитале Гамильтона. Профессор Энтони имеет награды от Общества клинической психологии (отдел 12 Американской психологической ассоциации), Канадской психологической ассоциации (СРА) и американской ассоциации тревоги и депрессии. Он является членом Королев-



---

ского общества Канады и Американской и Канадской психологических ассоциаций, а также бывшим президентом СРА. Он опубликовал более 200 научных статей, глав книг и многочисленных монографий, в том числе второго издания *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*, а также *The Anti-Anxiety Workbook*.

# Предисловие

Перфекционизм часто считается положительной характеристикой, включающей стремление к достижению высоких стандартов без отрицательных последствий. Тем не менее, в этой книге мы фокусируемся на тех его аспектах, которые часто связаны с негативными последствиями, такими как тревога, депрессия и расстройства пищевого поведения. Перфекционизм встречается у многих клиентов психотерапевтов: например, у клиента с обсессивно-компульсивным расстройством, который должен совершать свои ритуалы безупречным образом и вынужден повторять их, так как не выполнил их «правильным образом»; клиент с социальной тревогой, у которого есть строгие правила идеального разговора в социальных ситуациях и который избегает этих ситуаций, потому что боится не соответствовать своим стандартам; молодая женщина с расстройством пищевого поведения, которая, несмотря на превосходство в академических и спортивных достижениях, считает, что она никогда не бывает достаточно хорошей, постоянно стремится достичь идеального веса и формы и причиняет себе вред, когда чувствует, что подвела себя или других.

Эта книга адресована психотерапевтам, работающим в различных режимах и будет полезна как начинающим врачам (в том числе аспирантам), так и врачам с многолетним опытом работы. Большинство практиков работают с клиентами, для которых перфекционизм является большей частью представляемой проблемы.

В этой книге мы уделяем особое внимание модели «клинического совершенства», которая направляет нашу терапевтическую работу. Эта модель описывает людей, которые устанавливают чрезвычайно высокие стандарты эффективности, очень обеспокоены ошибками и основывают самооценку на том, насколько хорошо эти стандарты соблюдаются. Это зависимость самооценки

от достижений рассматривается как важнейший компонент бесполезного перфекционизма, поскольку она заставляет индивида упорствовать в стремлении соответствовать своим стандартам, несмотря на неблагоприятные последствия. Такая переоценка стремлений и достижений составляет основу совместной концептуализации, которая, в свою очередь, является краеугольным камнем когнитивно-поведенческого подхода к перфекционизму, изложенного в этой книге. Это лечение подтверждается данными, и было обнаружено, что оно не только снижает перфекционизм, но также уменьшает психопатологические проявления, включая тревогу, депрессию и расстройства пищевого поведения. Таким образом, подход, который мы описываем в этой книге, подходит для многих клиентов, наблюдаемых в клинической практике с рядом расстройств и выраженным перфекционизмом.

В этой книге мы приводим подробные предложения по оценке перфекционизма у вашего клиента таким образом, чтобы укрепить терапевтический альянс. Мы описываем оценку ключевых факторов, поддерживающих перфекционизм, таких как многократное установление высоких стандартов независимо от успеха или неудачи, повторная проверка эффективности и когнитивные искажения, такие как дихотомическое мышление и избирательное внимание. Наш подход использует совместную концептуализацию случая в качестве дорожной карты, направляющей применение различных стратегий лечения, описанных в этой книге. Одна из важных областей, на которых мы фокусируемся, – это то, как развивать и поддерживать хорошие рабочие отношения с клиентом, и мы описываем, как это иногда может быть не просто из-за природы перфекционизма. В каждой главе, где мы описываем ход терапии, мы обращаем внимание на препятствия и проблемы, которые могут помешать взаимодействию с клиентом, и предоставляем практические стратегии для поиска и решения этих проблем с вашим клиентом. В главах описывается целый ряд стратегий лечения, включая самоконтроль (глава 9), когнитивные стратегии (главы 10 и 11), поведенческие эксперименты (глава 12), стратегии снижения самокритики (глава 13), инструменты для уменьшения прокрастинации и трудностей в тайм-менеджменте (глава 14), а также способы предотвращения рецидивов (глава 15).

Эта книга была написана интенсивно работающими психотерапевтами для таких же много работающих психотерапевтов, которым нужны практические инструменты для работы с клиентами. Она включает в себя множество тематических исследований, а также отсылки к другим клиническим ресурсам (например, книги самопомощи, справочные источники и копии многочисленных опросников по перфекционизму). В книге есть много полезных вещей, которые помогут занятому врачу легко ориентироваться в содержании, включая таблицы, рисунки, поля для решения проблем и маркированные списки.

Таким образом, эта книга предлагает основу для когнитивно-поведенческого лечения перфекционизма. Мы предлагаем вам принять осозанный, неперфекционистский подход к проведению терапии! Если вы будете использовать гибкий подход к своим клиентам при проведении терапии, вы поможете им развиться и обретете уверенность в использовании ряда навыков, которые могут позволить им получать удовольствие от достижения своих целей и мечтаний.

### **Благодарности**

Сара Иган благодарит Карен и Джерарда Вудса за предоставление прекрасного места для работы над книгой. Мы благодарим наших коллег и наставников во многих областях, чья работа и мышление помогли нам понять, что такое «хорошая терапия», и больше всего благодарны нашим клиентам, которые щедро продолжают учить нас. Спасибо Джиму Нейджотту, Джейн Кейслар и сотрудникам *Guilford Press* за их поддержку на протяжении всего процесса публикации.

# Оглавление

Глава 1. Природа и причины перфекционизма.....	1
Глава 2. Исследования в области терапии перфекционизма.....	14
Глава 3. Перфекционизм в психопатологии .....	31
Глава 4. Перфекционизм как трансдиагностический процесс....	57
Глава 5. Оценка выраженности перфекционизма.....	70
Глава 6. Планирование терапии, домашние задания и супервизия .....	113
Глава 7. Когнитивно-поведенческая модель перфекционизма и совместная концептуализация случая.....	144
Глава 8. Терапевтический альянс и вовлеченность.....	170
Глава 9. Самомониторинг, психообразование и опросы .....	190
Глава 10. Ошибки мышления.....	217
Глава 11. Когнитивные стратегии.....	239
Глава 12. Поведенческие эксперименты.....	255
Глава 13. Самооценка и самокритика .....	291
Глава 14. Прокрастинация и управление временем.....	324
Глава 15. Профилактика рецидивов .....	348
Глава 16. Новые подходы в терапии перфекционизма .....	354
Приложение 1. Ресурсы .....	361
Приложение 2. Раздаточные материалы .....	378
Приложение 3. Формы самоотчета.....	433
Литература .....	472

Покупатели могут скачать и распечатать более полные версии  
раздаточных материалов и самоотчетов с сайта  
[www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).



# Глава 1

## ПРИРОДА И ПРИЧИНЫ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Что такое перфекционизм? Как мы вскоре обсудим, универсально согласованного определения термина не существует, и даже эксперты определяют его по-разному. Для целей этой книги мы фокусируемся на дисфункциональном перфекционизме – тенденции придерживаться чрезмерно высоких стандартов, связанных с клинически значимым дистрессом или сложностями. Некоторые примеры включают:

- Женщина, которая борется за то, чтобы быть идеальным родителем, идеальной женой и идеальным работником, часто в ущерб своему собственному эмоциональному и физическому здоровью.
- Художник-график, который постоянно ищет заверения в том, что его работы – высочайшего качества и что его уважают и любят другие.
- Студентка, которая постоянно стремится соответствовать чрезмерно высоким академическим стандартам и чувствует опустошение, когда получает «не идеальную» оценку.
- Человек, который тратит часы на планирование каждого аспекта каждого дня и очень расстраивается из-за того, что дела идут не в соответствии с его планами.

В этом руководстве предполагается, что перфекционизм – это трансдиагностический процесс, возникающий при широком спектре расстройств, включая тревогу и связанные с ней расстройства,

расстройства пищевого поведения и депрессию, и многие другие (Egan et al., 2011). Обычно считается, что перфекционизм – это дименсиональная конструкция, степень тяжести которой может варьироваться от низкой до высокой, и последние данные подтверждают это мнение (Broman-Fulks et al., 2008). Другими словами, перфекционизм – это не то, что у людей либо *есть*, либо *нет*. Скорее, это то, что мы все испытываем в разной степени.

Эта книга предоставляет научную основу для психологического лечения клинического перфекционизма. Она была написана для терапевта и заполнена сводными таблицами, полями для решения проблем, маркированными списками, формами и различными другими ресурсами, которые должны быть у работающих клиницистов под рукой.

В этом руководстве используется недирективный подход, поддерживающий работу клинициста в рамках индивидуальной и совместной концептуализации случаев.

Первая глава представляет собой введение в концепцию перфекционизма, включая определения, описательные особенности и этиологию. В следующих трех главах рассматривается исследование, касающееся как лечения перфекционизма (глава 2), так и взаимосвязи между перфекционизмом и различными формами психопатологии (главы 3 и 4). Далее в книге обсуждается оценка перфекционизма (глава 5) и вопросы, связанные с планированием лечения (глава 6). Оставшаяся часть книги посвящена лечению, включая когнитивно-поведенческую формулировку случая (глава 7); стратегии расширения участия в терапии, в том числе важность создания прочного терапевтического альянса (глава 8); самоконтроль (глава 9); когнитивные стратегии (главы 10 и 11); поведенческие эксперименты (глава 12); инструменты для борьбы с самокритикой (глава 13); стратегии борьбы с прокрастинацией и неэффективным тайм-менеджментом (глава 14); методы предотвращения рецидивов (глава 15). В главе 16 представлен обзор новых методов лечения, включая интервенции для детей и подростков, а также методы, связанные с работой в воображении. Книга также включает приложения, содержащие широкий спектр клинических ресурсов и инструментов (например, книги самопомощи, справочные источники, раздаточные материалы и опросники).



Эта книга интересна для клиницистов разных специализаций и будет полезна как студентам, так и опытным терапевтам. Мы рекомендуем вам использовать книгу так, чтобы она наилучшим образом отвечала вашим потребностям. Некоторые терапевты (например те, кто плохо знаком с перфекционизмом) могут выбрать чтение всей книги от корки до корки. Другие сочтут наиболее полезным прочитать определенные главы или разделы, в зависимости от того, что они надеются извлечь из этого руководства.

## Определения перфекционизма

Существует много разных идей о том, что такое перфекционизм и хорошо это или плохо, среди наших клиентов, широкой общественности и экспертов в этой области. Оксфордские словари онлайн определяют перфекционизм как «отказ принять любой несовершенный стандарт» (Oxford Dictionaries, 2013). В более раннем психологическом определении (English, English, 1958) перфекционизм описывали аналогично как «практику требовать от себя или других более высокого качества исполнения, чем того требует ситуация» (Hollender, 1965, p. 94). Оба они являются примерами одномерных определений, и за эти годы было предложено множество подобных вариантов.

Специалисты склонны определять перфекционизм с точки зрения его негативного воздействия. Например, в своей классической статье «Психология сегодня» «Сценарий перфекционизма для самопоражения» Бернс (Burns, 1980) дал раннее определение *патологического перфекционизма*, отличающего перфекционизм от *здорового стремления к совершенству*. Он определил перфекционистов как «тех, чьи стандарты выходят за пределы досягаемости или разума, людей, чьи усилия навязчиво и неуклонно стремятся к невозможным целям и которые полностью измеряют собственную ценность с точки зрения производительности и достижений» (p. 34). Точно так же Рабочая группа по исследованию обсессивно-компульсивного поведения (OCCWG) определила перфекционизм в контексте обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) как «склонность верить, что есть идеальное решение для любой

проблемы, которое делает достижение идеала (т.е. без ошибок) не только возможным, но и необходимым, и что даже незначительные ошибки будут иметь серьезные последствия» (1997, р. 678).

Все определения перфекционизма основаны на предположении, что перфекционисты придерживаются высоких стандартов. Тем не менее, определения также отличаются по важным аспектам. Определения Бернса (Berns, 1980) и OCCWG (1997) фокусируются на патологических или проблемных формах перфекционизма, в которых самооценка зависит от соблюдения высоких стандартов, и в которых совершенство имеет негативные последствия (например, функциональное нарушение). В этих определениях подразумевается, что патологически перфекционистские стандарты являются жесткими, то есть индивид не корректирует свои стандарты в случае, когда они не соблюдаются. В отличие от этих клинически ориентированных определений, ни онлайн-определение перфекционизма оксфордских словарей, ни определение, данное в работе (English, English, 1958), не предполагают, что перфекционизм обязательно является проблемой. Некоторые очень успешные личности (например, режиссер Джеймс Кэмерон, деловой магнат и телеведущая Марта Стюарт) описывают себя как «перфекционистов» (Antony, Swinson, 2009). Конечно, вполне вероятно, что клиенты, ищущие лечения перфекционизма и связанных с ним проблем, испытывают клинически ориентированный перфекционизм, а не здоровое стремление к совершенству.

В отличие от одномерных определений, рассмотренных ранее, другие авторы предположили, что перфекционизм – это многомерная конструкция, хотя существует большое разногласие в отношении количества измерений и того, что представляют собой основные измерения. Двумя наиболее влиятельными многомерными моделями являются модели Хьюитта-Флетта (Hewitt, Flett, 1991b) и Фроста с соавторами (Forst et al., 1990). Каждая из них приведена ниже с последующим описанием других многомерных подходов. Понимание различных определений перфекционизма обеспечивает основу для распознавания различных форм, которые он может принимать, когда требуется вмешательство, и как его лучше всего оценивать.

### **Многомерная модель Хьюитта-Флетта**

Хьюитт и Флетт (Hewitt, Flett, 1991b) определяют перфекционизм по трем измерениям: (1) *самоориентированный перфекционизм* (СП; тенденция устанавливать жесткие стандарты для себя и строго оценивать и критиковать собственное поведение); (2) *перфекционизм, ориентированный на других* (ОДП; тенденция устанавливать жесткие стандарты для других и строго оценивать и критиковать поведение других); и (3) *социально предписанный перфекционизм* (СПП; вера в то, что значимые другие имеют нереальные ожидания и что важно соответствовать их высоким стандартам). Хьюитт и Флетт (Hewitt, Flett, 1991b) опубликовали первоначальное валидационное исследование по их многомерной шкале перфекционизма (HMPS), которое, наряду с последующими исследованиями, в целом поддержало их трехстороннюю модель перфекционизма.

### **Многомерная модель перфекционизма Фроста с соавторами**

Фрост, Мартен, Лахарт и Розенблейт (Frost et al., 1990) определили перфекционизм в шести измерениях: (1) *беспокойство об ошибках* (БО; чрезмерное беспокойство по поводу ошибок, где любой незначительный недостаток считается неудачей); (2) *сомнения в действиях* (СД; сомнения в качестве своей работы); (3) *личные стандарты* (ЛС; тенденция иметь чрезмерно высокие требования к собственной работе); (4) *родительские ожидания* (РО; вера в то, что родители устанавливают недостижимые стандарты); (5) *родительская критика* (РК; вера в то, что родители слишком критичны в ответ на несоответствие стандартам); и (6) *организация* (О; тенденция переоценивать точность, порядок и организацию). На первый взгляд, некоторые параметры (например, ОБ, СД, ЛС, О) измеряют аспекты или особенности перфекционизма, тогда как другие (например, РО, РК), по-видимому, измеряют причины или соотношения перфекционизма. Кроме того, в то время как четыре из этих параметров (ОБ, СД, РК, РО), по-видимому, повышены у людей с различными формами психопатологии, такими как тревожные расстройства и депрессия, измерения ЛС и О, как правило, нет (хотя ЛС повышен у людей с расстройствами пищевого поведения). Фрост и соавторами (Forst et al., 1990) опубликовали пер-

воначальное валидационное исследование их многомерной шкалы перфекционизма (FMPS), также было несколько последующих исследований, оценивающих шкалу и шестифакторную модель, лежащую в ее основе. Как показано в главе 6, полученные данные свидетельствуют о том, что 3 отличается от других аспектов перфекционизма (например, Frost et al., 1990) и что некоторые из их измерений представляются избыточными. Например, элементы, измеряющие РО и РК, имеют тенденцию загружаться вместе в факторных аналитических исследованиях, так же как и элементы, измеряющие БО и СД (обзор см. Hawkins et al., 2006).

### ***Позитивный и негативный перфекционизм***

В научной литературе существует традиция различать позитивные и негативные формы перфекционизма. Например, более трех десятилетий назад Хамачек (Hamacheck, 1978) дифференцировал нормальный и невротический перфекционизм, где основным различием между этими двумя формами была степень гибкости высоких стандартов (при этом нормальные перфекционисты чаще допускали незначительные ошибки в их достижении относительно невротических перфекционистов). Вначале дисфункциональный перфекционизм был описан как «тирания обязанностей» (Horney, 1950). Несколько лет спустя Холлендер (Hollender, 1965) нарисовал следующую клиническую картину перфекционизма:

Перфекционисту трудно сортировать предметы в порядке их важности или сохранять чувство меры. Пропущенная маленькая деталь может лишить его удовольствия от хорошо выполненной работы. Он постоянно в курсе того, что не так, и редко сосредотачивается на том, что правильно. Он так пристально смотрит на дефекты или недостатки, что живет свою жизнь так, как если бы он был инспектором в конце производственной линии (p. 95).

Пожалуй, самым кратким описанием является описание Альберта Эллиса, мы им делимся с нашими клиентами, с которыми у нас хорошие отношения. Он просто назвал это «набором обязанностей» (Ellis, Harper, 1961).

Совсем недавно исследователи попытались проверить эти две формы перфекционизма эмпирически. Возможно, в самом раннем из этих исследований студенты бакалавриата завершили как FMPS (Frost et al., 1990), так и HMPS (Hewit, Flett, 1991b), и их ответы на все девять подшкал из двух показателей были подвергнуты факторному анализу (Frost et al., 1993). Были определены два измерения высшего порядка. Первый фактор, называемый неадаптивными оценочными проблемами, состоял из элементов из подшкал ОБ, СД, РО и РК Фроста и др., а также подшкал СП Хьюитта-Флетта, тогда как второй фактор, именуемый стремлением к положительному достижению, включал СП и О из факторов Фроста и др. и СП/ОДП из факторов Хьюитта и Флетта. Принимая во внимание, что проблемы неадаптивной оценки положительно коррелировали с депрессией и негативным аффектом (но не позитивным аффектом), было установлено, что стремление к положительному достижению связано с позитивным аффектом (но не с депрессией или негативным аффектом) (Frost et al., 1993).

Ряд последующих исследований подтвердил эти выводы, подерживая понятие как позитивных, так и негативных форм перфекционизма, основанных на шкалах FMPS и HMPS (например, Bieling et al., 2004). Кроме того, было много теоретических и эмпирических работ, исследующих понятие позитивных (то есть адаптивных, здоровых, нормальных) и негативных (то есть неадаптивных, нездоровых, невротических, клинических) форм перфекционизма, основанных на других параметрах (например, Hill et al., 2004; Owens, Slade, 2008; Rice, Ashby, 2007; Terry-Short et al., 1995). По большей части, исследования поддерживают различие между позитивным и негативным перфекционизмом. Например, некоторые исследования предполагают, что такие конструкции, как неадекватные оценочные проблемы и дисфункциональный перфекционизм, более тесно связаны с проблемами психического здоровья (например, обсессивно-компульсивные симптомы, депрессия, тревога, суицидальность, стыд, вина), чем такие конструкции, как позитивное стремление и адаптивный перфекционизм (например, Bieling et al., 2004; DiBartolo et al., 2008; Klibert et al., 2005; Rheaume, 2000). Конечно, именно дезадаптивный перфекционизм, скорее всего, приведет клиентов в терапию.

## **Дисфункциональный перфекционизм**

Хотя нашим клиентам вряд ли понадобится учебник по различным определениям перфекционизма, для терапевта важно предложить им рабочее определение бесполезного перфекционизма, которое будет в центре внимания терапии. В этой книге мы фокусируемся на типе перфекционизма, который приводит к психопатологии и называется *дисфункциональным перфекционизмом*.

В своей статье о перфекционизме Шафран с соавторами (Shafran et al., 2002) утверждают, что использование термина «перфекционизм» бесполезно и запутанно для обозначения как здорового стремления к совершенству, так и высоких стандартов, часто встречающихся в клинических случаях. Они сосредоточились на одном аспекте перфекционизма, который часто видели в клинике. Эта специфическая форма была названа клиническим перфекционизмом и определялась как «чрезмерная зависимость самооценки от решительного стремления к личным, самообязывающим стандартам, по крайней мере, в одной весьма существенной области, несмотря на неблагоприятные последствия» (Shafran et al., 2002, p. 778). По словам Шафран и ее коллег, неблагоприятные последствия клинического перфекционизма могут быть эмоциональными (например, тревога), социальными (например, отсутствие социальной поддержки), физическими (например, плохое питание из-за строгой диеты), когнитивными (например, плохая концентрация), или поведенческими (например, прокрастинация). Это не означает, что они не признают клиническую значимость других форм перфекционизма – например, может быть крайне затруднительно не соответствовать высоким ожиданиям других, а также то, что вера в высокие стандарты других связана с тревогой. Тем не менее, они утверждали, что для разработки эффективного лечения важно сосредоточиться на том типе перфекционизма, который обычно наблюдается в клинике.

Кроме того, авторы (Shafran et al., 2002) утверждали, что некоторые из конструкций, обычно рассматриваемых как аспекты перфекционизма (например, перфекционизм, ориентированный на других людей, социально предписанный перфекционизм, озабоченность ошибками, сомнения в действиях, родительские ожидания, родительская критика), на самом деле связаны с перфекцио-

низмом, но не являются его ядром, как описано в их определении. Статья (Shafran et al., 2002) вызвала ряд реакций и значительных научных дискуссий (например, Dunkley et al., 2006; Hewitt et al., 2003). Например, Хьюитт и др. (Hewitt et al., 2003) не согласились с авторами работы (Shafran et al., 2002), что перфекционизм является одномерным, и с их определением клинического перфекционизма (например, невозможность включить межличностные аспекты в свое определение). Дискуссия относительно определения, границ и масштаба перфекционизма еще далека от завершения и является источником путаницы и разногласий в литературе до тех пор, пока перфекционизм является предметом изучения.

Конечно, эта книга посвящена *терапии* перфекционизма и поэтому касается прежде всего его дисфункциональных аспектов. Определение и модель клинического перфекционизма, которые составляют основу терапии, изложены в этой книге, более подробно объяснены в главе 7 и подтверждаются тем, как перфекционисты часто описывают свои симптомы. Например, чтобы лучше понять феномен клинического перфекционизма, Райли и Шафран (Riley, Shafran, 2005) опросили пятнадцать человек, у которых был выявлен высокий уровень клинического перфекционизма, и у шести человек – низкий клинический перфекционизм. Чтобы показать высокий уровень клинического перфекционизма, участники должны были признать три основных признака, определенных авторами: (1) добровольные дисфункциональные стандарты, (2) постоянное стремление к достижению целей и (3) значительные неблагоприятные последствия, возникающие в постоянном стремлении к совершенству. Среди тех, у кого был низкий клинический перфекционизм, никто не признал наличие у себя дисфункциональных стандартов или значительных неблагоприятных последствий, хотя две трети указали на постоянное стремление к достижению своих целей. Общепризнанные признаки наличия высокого перфекционизма включали в себя самокритичные реакции на неудачу, когнитивные искажения, правила и жесткость, положительные эмоциональные реакции на успех, управляемую страхом мотивацию для достижения и безопасное поведение. Позитивные эмоциональные реакции на успех были также распространены среди тех, у кого выявлен слабый клинический перфекционизм, в то время как другие

признаки были редко признаны в этой группе. Это исследование дает исчерпывающее описание клинического перфекционизма, которое терапевты могут использовать при оценке и терапии своих клиентов.

Есть еще один смысл, в котором дисфункциональный перфекционизм может присутствовать в клинике, и это перфекционизм, который часто наблюдается при обсессивно-компульсивном расстройстве личности (ОКР). Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (DSM-5; American..., 2013), критическая природа ОКР включает в себя чрезмерный перфекционизм, сильную озабоченность порядком и контролем, что приводит к тому, что человек становится неэффективным в выполнении задач и теряет личную гибкость и открытость. Здесь перфекционизм заключается не столько в чрезмерно высоких стандартах, сколько в произвольных стандартах (внимание к правилам, неважные детали, порядок и т. д.), которые слишком жестки. Хотя эта форма перфекционизма может приводить к клиническим нарушениям и затрагивать широкий спектр жизненных областей (например, работа или отношения), она, похоже, весьма отличается от перфекционизма, который часто наблюдается в других формах психопатологии (например, как было рассмотрено ранее, повышенное внимание к организации не коррелирует с другими формами перфекционизма, как показано в (FMPS; Фрост и др., 1990).

## **Причины перфекционизма**

Об этиологии и развитии перфекционизма мало что известно. Однако, если мы предположим, что перфекционизм развивается так же, как и родственные формы психопатологии, то имеет смысл обратиться к некоторым из тех же факторов, которые, как известно, способствуют возникновению связанных с ними проблем, таких как тревога и депрессия. В их случае хорошо известно, что в возникновении данных расстройств играют роль как биологические (например, генетика), так и психологические (например, обучение) факторы.



### **Влияние межличностных отношений**

Большинство исследований, посвященных изучению влияния межличностных отношений на перфекционизм, были сосредоточены на роли родителей, хотя практически все исследования были корреляционными. Многие из них не включают оценку самих родителей, вместо этого полагаясь на впечатления участников от поведения своих родителей. Например, Эннс с коллегами (Enns et al., 2002) обнаружили, что, несмотря на жесткое воспитание (воспринимаемая склонность родителей высказывать критические замечания по поводу личности) и перфекционистское воспитание (воспринимаемая склонность родителей иметь высокие личные стандарты для себя) оба фактора были предикторами неадаптивного перфекционизма, но с адаптивным перфекционизмом было связано только перфекционистское (а не суровое) воспитание. Другое исследование показало, что воспринимаемые жесткие и авторитарные стили воспитания были связаны с дезадаптивными, а не адаптивными компонентами перфекционизма, как у мужчин и женщин Европы, так и у женщин азиатского происхождения (Kawamura et al., 2002). Хотя конкретные результаты в разных исследованиях различаются, существует немало свидетельств того, что воспринимаемое поведение родителей (например, родительская критика, родительский перфекционизм) коррелирует с перфекционизмом (например, Clark, Coker, 2009; Cook, Kearney, 2009; Frost et al., 1991). Появляются также свидетельства того, что адаптивные перфекционисты сообщают о наличии более сбалансированных, сплоченных и адаптируемых семей с заботливыми родителями по сравнению как с неадаптивными перфекционистами, так и с неперфекционистами (DiPrima et al., 2011). Многие клиенты сообщают, что они всегда были перфекционистами или от них этого требовали родители. Осведомленность о результатах этих исследований может помочь терапевту ответить на вопросы о связи между перфекционизмом у родителей и их детей.

В небольшом количестве исследований изучалось влияние на перфекционизм межличностных факторов, помимо тех, которые связаны с родителями и семьями. Например, в одном исследовании изучалась взаимосвязь между ретроспективным вос-

поминанием об эмоциональном насилии со стороны сверстников в детстве и перфекционизмом во взрослом возрасте (Miller, Vaillancourt, 2007). В этом исследовании история предполагаемой косвенной виктимизации со стороны сверстников (например, исключение отдельных лиц из деятельности, сплетен, распространения слухов) была предиктором самоориентируемого и социально предписанного перфекционизма у взрослых, в то время как не было обнаружено никакой связи с перфекционизмом с историей более прямой формы агрессии (например, физическая агрессия, словесная агрессия).

### **Факторы обучения**

Слейд и Оуэнс (Slade, Owens, 1998) предполагают, что перфекционизм формируется социальными обстоятельствами, и что эти непредвиденные обстоятельства могут со временем сместиться с первоначального акцента на позитивные обстоятельства (например, вознаграждение за соответствие высоким стандартам) на акцент на более негативное подкрепление (негативные последствия «неидеальности»). Например, человек, который успешен на работе, может первоначально быть мотивирован на достижение просто для получения положительных подкреплений (например, чувства успеха, повышения, продвижения по службе), но со временем может стать более обеспокоенным поведением людей, если его или ее работа начинает ухудшаться. Также возможно, что перфекционизм изначально усиливается и что только позже его эффекты становятся отрицательными, так как начинают проявляться различные негативные последствия (например, усталость, отставание в выполнении задач, беспокойство) (Shafran, Mansell, 2001). Существуют также доказательства того, что, когда перфекционисты соответствуют определенному стандарту, они реагируют на это повышением последнего (Kobori et al., 2009).

Экспериментальные исследования роли обучения в развитии перфекционизма отсутствуют, хотя обучение (например, оперантная обусловленность, классическая обусловленность, моделирование) может помочь объяснить связь между стилями воспитания и перфекционизмом, как было рассмотрено ранее. Кроме того, имеется немало свидетельств того, что обучение играет роль в разви-

тии проблем, которые часто связаны с перфекционизмом (например, тревожные расстройства; Craske et al., 2006).

### ***Генетические факторы***

Очень мало известно о связи между биологией и перфекционизмом, хотя новые исследования с близнецами позволяют предположить, что генетика может сыграть свою роль. Двойное исследование, посвященное наследственности перфекционизма, показало, что показатели согласованности были последовательно выше для монозиготных близнецов, чем для дизиготных близнецов для трех типов перфекционизма, измеренных с помощью FMPS: ОБ, СД и ЛС (Tozzi et al., 2004). Кроме того, были доказательства того, что ЛС и ОБ (но не СД) имеют общие генетические факторы, в то время как СД и ОБ имеют общие экологические факторы (Tozzi et al., 2004). Более недавнее исследование близнецов показало, что тревожность и неадаптивный перфекционизм были умеренно наследуемыми (оценки наследственности варьируются от 0,45 до 0,66), и что генетические факторы в основном объясняли связь между тревожностью и неадаптивным перфекционизмом (Moser et al., 2012). Хотя проводятся обширные исследования роли генетики в расстройствах, связанных с перфекционизмом (например, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения, депрессия), необходимы дополнительные исследования, чтобы лучше понять, каким образом генетика и окружающая среда влияют на развитие перфекционизма.

## Глава 2

# ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ТЕРАПИИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Принимая во внимание относительно новый подход к терапии перфекционизма, существует сравнительно мало исследований её эффективности или результативности по сравнению с обширной литературой, в которой рассматриваются когнитивно-поведенческие методы лечения тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения и депрессии. Таким образом, мы посчитали, что было бы полезно обобщить исследования в этой главе, чтобы обеспечить информированную основу, с которой психотерапевты могут чувствовать себя более комфортно, используя эту терапию в своей собственной практике. Мы надеемся, что эта глава скоро устареет ввиду целой лавины исследований, которые оценивают терапию перфекционизма! Появляется все больше фактов, подтверждающих эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) перфекционизма (Egan et al., 2011).

## **Обзор доказательств эффективности КПТ перфекционизма**

В литературе на сегодняшний день доказательства терапии перфекционизма были ограничены работами, исследующими эффективность КПТ. Психодинамические подходы к терапии перфекционизма были описаны в литературе, но никаких данных об их эффективности не сообщалось. Фредтофт и др. (Fredtoft et al., 1996)

сообщили о подходе групповых объектных отношений к терапии перфекционизма у студентов университетов. В этом подходе поощрялись свободные обсуждения, обращения к комментариям относительно перфекционизма и зависимости и использование группового процесса для разрешения конфликтов; однако не было представлено никаких данных об эффективности. Сороцкин (Sorozkin, 1998) сообщил о терапии перфекционизма у религиозных подростков в описательном исследовании. В нем не были определены терапевтические методы, и не сообщалось никаких данных. Гринспон (Greenspon, 2008) также сообщил об использовании психодинамического подхода для изучения убеждений одной клиентки относительно происхождения ее перфекционизма и представил описание случая психодинамической терапии, хотя никаких данных о результатах также не сообщалось. Поэтому, несмотря на аргументы, что перфекционизм является личностной чертой и как таковой требует более долгосрочной терапии, такой как психодинамическая психотерапия (например, Blatt et al., 1995), на сегодняшний день нет эмпирического подтверждения использования психодинамической терапии для снижения перфекционизма. Таким образом, наш обзор эффективности лечения сфокусирован на когнитивно-поведенческой терапии перфекционизма. Сначала мы рассмотрим исследования с использованием неклинических примеров, а затем исследования клинических групп населения.

### ***Неклинические примеры***

В первом исследовании когнитивной терапии перфекционизма ДиБартоло с коллегами (DiBartolo et al., 2001) исследовали использование краткой когнитивной реструктуризации по сравнению с отвлечением для задачи публичных выступлений в экспериментальном проекте с 60 студентами университета. Участники были разделены на тех, кто набрал высокий и низкий балл ОБ по FMPS (Frost et al., 1990). Восьмиминутная сессия когнитивной реструктуризации была более эффективной, чем отвлечение, в уменьшении тревоги в обеих группах, хотя те, кто показал высокий уровень ОБ, сообщали, что были значительно более обеспокоены задачей публичного выступления. Несмотря на то, что в исследовании приводятся некоторые свидетельства реструктуриза-

ции когнитивных функций при уменьшении дистресса у перфекционистов, результаты не могут быть обобщены для клинической практики с учетом нереалистичности короткого вмешательства в неклинической группе (и отсутствие последующего наблюдения). В другом экспериментальном исследовании с неклинической практикой группа Шафран с коллегами (Shafran et al., 2006) обнаружила, что манипуляции с личными стандартами привели к изменениям в отношении к еде и поведению. Выборка женщин была случайным образом отнесена к состоянию с высокими личными стандартами ( $n = 18$ ) или низкими личными стандартами ( $n = 23$ ), и им было предложено подписать контракт, который будет определять их поведение в течение следующего 24-часового периода. Участники в условиях высоких личных стандартов были проинструктированы делать все по «максимально возможному стандарту», тогда как в условиях низких личных стандартов слова «самый высокий» были заменены на «минимальный». Примеры поведения, назначенного группе с высокими личными стандартами, включают в себя следующее: работайте очень усердно, делайте все, что в ваших силах, рано приходите на работу и уходите поздно, готовьте список дел и убедитесь, что все выполнено. И наоборот, группе с низкими личными стандартами было дано указание расслабиться на работе, уйти с работы вовремя или раньше, а также выполнять в рабочее время такие действия, как серфинг в Интернете. После 24-часовых манипуляций было установлено, что участники с высокими личными стандартами потребляли меньше высококалорийной пищи, были более ограничены в рационе с точки зрения общего потребления калорий и сообщали о большем сожалении после еды, чем люди с низкими личными стандартами. Хотя это исследование не является прямым тестом терапии перфекционизма, оно действительно свидетельствует о том, что манипулирование стандартами производительности может оказать пагубное влияние на отношение к еде и поведение. Это говорит о том, что было бы полезно нацелиться на снижение личных стандартов, особенно у людей, которые могут сталкиваться с расстройством пищевого поведения. Это важная концепция, которую мы изложим в главе 3: высокие личные стандарты связаны с расстройствами пищевого поведения.

В прямой оценке эффективности КПТ перфекционизма в неклинической выборке Плива и Уэйд (Pliva, Wade, 2007) случайным образом распределяли участников либо по методике самопомощи ( $n = 24$ ), либо по методике самопомощи ( $n = 25$ ) на основе книги «Когда совершенно – не достаточно хорошо» (Antony, Swinson, 2009). Управляемая группа самопомощи прошла восемь еженедельных 50-минутных занятий с аспирантом, чтобы помочь участнику проработать стратегии, изложенные в книге, в то время как группе чистой самопомощи была предоставлена книга и подробный информационный лист с указанием разделов книги, на которые нужно ориентироваться на каждой неделе. Книга состоит из четырех частей, которые сосредоточены на: (1) понимании перфекционизма; (2) использовании стратегий для преодоления перфекционизма (например, когнитивная терапия и основанные на воздействии стратегии для преодоления страха ошибки перед другими людьми); (3) применении стратегий для преодоления перфекционизма в контексте конкретных проблем (например, гнев, беспокойство, депрессия, проблемы с питанием); и (4) профилактике рецидивов. Плива и Уэйд обнаружили, что обе формы самопомощи были эффективны в достижении клинически значимого снижения перфекционизма и симптомов тревоги и депрессии, хотя управляемая самопомощь была лучше. В частности, 30% выборки сообщили о клинически значимом снижении навязчивости и депрессии, а 15% испытали клинически значимое снижение тревожности. Эти результаты обнадеживают в отношении эффективности КПТ перфекционизма и предоставления этой терапии с использованием формата направленной самопомощи, но доля людей, испытывающих клинически значимые преимущества, вероятно, будет ниже в клинической выборке.

В исследовании, изучающем неклиническую выборку, у лиц с клиническим перфекционизмом была оценена краткая психологическая интервенция, включающая обратную связь по эмоциональной реактивности, симптоматическому дистрессу и самооценке (Aldea et al., 2010). Участники были случайным образом распределены для получения отзывов об их перфекционизме с использованием методов, адаптированных из литературы (Finn, Tonsager, 1992; Newman, Greenway, 1997), или для участия в кон-

трольной группе, где никакой обратной связи не было получено. Обратная связь исходила от экспериментатора, предоставляющего информацию о классификации перфекционизма участника (адаптивного или неадаптивного), основанного на самоотчетах и обсуждении результатов и эмоциональной реакции участников на информацию. Участники в процессе обратной связи сообщили о значительном снижении симптомов и эмоциональной реактивности. Не предоставляя никаких прямых доказательств эффективности терапии перфекционизма, результаты подчеркивают возможность того, что психообразование о перфекционизме может быть полезным компонентом лечения.

Наконец, в другом исследовании с неклинической выборкой была изучена эффективность 10-недельной онлайн-КПТ перфекционизма у студентов-психологов первого года обучения, которые были случайным образом распределены либо на управление стрессом (УС), УС + КПТ, либо на контроль состояния (Arpin-Cribbie et al., 2008). Участники программы УС имели значительное снижение СП и ОБ после лечения, но не было никаких изменений в тревоге или депрессии. Участники программы УС + КПТ, однако, также сообщали о снижении СП и ОБ, а также социально-предписанного перфекционизма и депрессии. В более недавнем исследовании дополнительно изучалась веб-КПТ перфекционизма у студентов колледжей, а также было установлено, что лечение привело к значительному снижению тревожности, депрессии и перфекционизма (Radhu et al., 2012). Хотя результаты этих исследований обнадеживают в отношении эффективности интернет-терапии перфекционизма, трудно обобщить эти результаты для клинических групп, учитывая использование неклинических образцов.

### ***Смешанные клинические образцы тревожных расстройств, депрессии и расстройств пищевого поведения***

В литературе сообщалось о ряде исследований эффективности КПТ перфекционизма в клинических группах со смешанными образцами расстройств, включая тревожные расстройства, депрессию и расстройства пищевого поведения. Литература включала тематические исследования, план эксперимента для одного случая и рандомизированные контролируемые испытания.



*Серия неконтролируемых кейсов и экспериментальный дизайн одного случая*

В неконтролируемом тематическом исследовании Хирш и Хейворд (Hirsch, Nayward, 1998) сообщалось о пациенте с тревогой и депрессией, симптомы которого поддерживались перфекционизмом. Добавление специфических методов, направленных на перфекционизм, к стандартной КПТ при тревоге и депрессии привело к снижению перфекционизма и симптомов. Несмотря на то, что не может быть сделано никаких выводов относительно эффективности лечения из этого тематического исследования, оно действительно предполагает, что терапия перфекционизма может быть добавлена к другим подходам КПТ, не перегружая и не путая клиента. В ряде исследований изучалась КПТ перфекционизма на примере смешанных тревожных и депрессивных клинических образцов с использованием серии экспериментов. Фергюсон и Родвей (Ferguson, Rodway, 1994) были первыми, кто доложил о когнитивно-поведенческой терапии перфекционизма, оцененной в серии экспериментов. Они пришли к выводу, что терапия была эффективной, поскольку привела к значительному снижению перфекционизма. К сожалению, из этого исследования можно сделать мало выводов, поскольку не было предоставлено деталей терапии, объективных показателей перфекционизма и подробностей относительно базального уровня, а клиническая значимость не указывалась.

В первой хорошо контролируемой серии экспериментальных кейсов с одним случаем, в которой использовалась множественная базовая схема оценки КПТ перфекционизма, Гловер с соавторами (Glover et al., 2007) сообщили о результатах лечения у девяти пациентов с диагнозом: тревожное расстройство или депрессия. Участники получили 10 сеансов КПТ перфекционизма, причем первые 6 сеансов проводились раз в две недели. Протокол терапии основывался на когнитивно-поведенческой модели клинического перфекционизма (Shafran et al., 2010) и трансдиагностической когнитивно-поведенческой модели расстройств пищевого поведения (Fairburn et al., 2003b). Протокол основывался на выборе подходящих стратегий терапии, нацеленных на соответствующие факторы клинического перфекционизма, на основе индивидуальной

совместной когнитивно-поведенческой формулировки перфекционизма. Лечение состояло из ряда когнитивных и поведенческих стратегий, в том числе поведенческих экспериментов, направленных на поддерживающие факторы, включая самокритику и когнитивные искажения, и включало расширение клиентской схемы самооценки, основанной на чем-то большем, чем достижение.

Результаты показали, что у шести участников наблюдалось клинически значимое снижение перфекционизма по результатам FMPS (Frost et al., 1990), HMPS (Hewitt, Flett, 1991b) и Опросника по клиническому перфекционизму (CPQ; Fairburn et al., 2003a). Хотя значительного снижения уровня тревожности обнаружено не было, у трех участников наблюдалось клинически значимое снижение депрессивных симптомов по результатам опросника депрессии Бека-II (BDI-II; Beck et al., 1996). Результаты этого исследования обнадеживают, так как они показывают, что КПТ перфекционизма эффективна в снижении перфекционизма и депрессивных симптомов в клинической выборке, но влияние на симптомы тревоги менее очевидно.

Эган и Хайн (Egan, Nine, 2008) стремились улучшить методологию исследования Гловера и др. (Glover et al., 2007), которое не имело стабильной базовой линии или записей результатов еженедельно в выборке из четырех человек с повышенными оценками в подшкале ОБ в FMPS (Frost et al., 1990) и диагнозом тревожное расстройство или депрессия. Лечение включало восемь сеансов КПТ клинического перфекционизма, основанной на когнитивно-поведенческой модели Шафран и др. (Shafran et al., 2002). Результаты показали, что клинически значимое снижение общего балла FMPS показало, что терапия была эффективной в отношении снижения перфекционизма.

### *Контролируемые исследования*

В первом рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) для оценки эффективности КПТ перфекционизма оценивали терапию длительностью в десять сессий, описанную в (Glover et al., 2007) у 20 человек с тревогой или депрессией (Riley et al., 2007). Участники были случайным образом распределены либо в немедленную терапию, либо в лист ожидания. Результаты показа-

ли значительное снижение показателей депрессии (BDI-II; Beck et al., 1996), тревожности (опросник тревожности Бека [BAI]; Beck et al., 1988) и общих симптомов (Опросник общих симптомов [BSI]; Derogatis, Melisaratos, 1983), и сохранялись через восемь недель наблюдения. Кроме того, у 15 участников наблюдалось клинически значимое снижение перфекционизма при неопубликованном клиническом интервью по перфекционизму и CPQ (Farburn et al., 2003a). Также отмечено значительное снижение как FMPS (Forst et al., 1990), так и HMPS (Helwit, Flett, 1991b), хотя не было статистически значимых различий между группой лечения и контрольной группой ожидания. Райли с соавторами также обнаружили, что число пациентов с симптомами, отвечающими критериям депрессии или тревожного расстройства, сократилось вдвое после лечения, по сравнению с отсутствием изменений в диагностическом статусе в контрольной группе из списка ожидания. Это исследование важно, так как оно демонстрирует эффективность КПТ перфекционизма в контролируемом исследовании, где лечение приводит к снижению перфекционизма, тревоги и депрессии в смешанной клинической выборке.

В РКИ (Egan et al., 2014) индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии продолжительностью 8 недель, основанной на работе (Shafran et al., 2010), сравнили индивидуальную КПТ перфекционизма с восьминедельной чистой версией терапии в виде самопомощи и контроля списков ожидания. Участвовало 52 человека с повышенным перфекционизмом (выше 25 на подшкале ОБ FMPS) и рядом тревожных расстройств, депрессии и нервной булимии. Результаты показали, что эффективность личной КПТ перфекционизма выразилась в значительном его снижении на подшкалах ОБ ( $d = 1,23$ ) и ЛС ( $d = 0,77$ ) FMPS, а также симптомов депрессии, тревоги и стресса при депрессии. Шкалы стресса – версия из 21 вопроса (DASS-21; Lovibond, Lovibond, 1995) ( $d = 0,89$ ). Личная терапия также была эффективна в повышении самооценки ( $d = 0,97$ ). Все эти успехи сохранялись при шестимесячном наблюдении, и все эти изменения были очень эффективными (ОБ;  $d = 2,11$ ; ЛС;  $d = 1,77$ ; DASS-21;  $d = 1,16$ ; самооценка;  $d = 1,16$ ). Терапия в форме самопомощи была эффективна в снижении перфекционизма на FMPS, которое имело умеренный эффект и сохранялось че-

рез 6 месяцев наблюдения (ОБ;  $d = 0,73$ ; ЛС;  $d = 0,74$ ), но не оказало значительного влияния на симптомы тревоги или депрессии. Наконец, было обнаружено, что терапия снижает сопутствующую патологию, при этом у 21% выборки имелись коморбидные психологические расстройства при предварительной обработке, и только у 2% были коморбидные диагнозы при шестимесячном наблюдении, что подтверждает идею о том, что перфекционизм является трансдиагностическим, а лечение может снизить коморбидность (Egan et al., 2011). Еще в одном РКИ, проведенном Хойлс с коллегами (Hoiles et al., 2016), сравнивалась когнитивно-поведенческая самопомощь при клиническом перфекционизме с использованием книги Шафран и др. (Shafran et al., 2010) с восьминедельным контролем списка ожидания у сорока участников с повышенным перфекционизмом и рядом тревожных расстройств, депрессии и расстройств пищевого поведения. Значительное снижение перфекционизма было обнаружено на подшкалах ОБ ( $d = 1,6$ ) и ЛС ( $d = 1,16$ ) опросника FMPS. Также было обнаружено значительное уменьшение ( $d = 1,31$ ) самокритики (СК) по шкале дисфункциональных отношений (Weissman, Beck, 1978), которая использовалась как мера перфекционизма, а также значительное снижение дихотомического мышления (ДМ) ( $d = 1,22$ ). Кроме того, наблюдалось значительное уменьшение умеренных эффектов депрессии ( $d = 0,63$ ) и значительное улучшение качества жизни после лечения ( $d = 0,87$ ). Все эффекты сохранялись при четырехмесячном наблюдении. Оценки различий до лечения использовались для оценки опосредованного эффекта перфекционизма и связанных с ним конструкций (ОБ, ЛС, СК, СД) на психопатологию (депрессия и качество жизни). Было обнаружено, что перфекционизм, измеряемый через СК, полностью опосредует влияние терапии на самочувствие (сочетание показателей депрессии и качества жизни).

### ***Расстройства пищевого поведения***

Существует тесная связь между перфекционизмом и расстройствами пищевого поведения (Bardone-Cone et al., 2007), причем перфекционизм является хорошо продемонстрированным риском и поддерживающим фактором во многих исследованиях (Egan et al., 2011). Клинический перфекционизм является одним

из четырех поддерживающих факторов, включенных в трансдиагностическую модель расстройств пищевого поведения (Fairburn et al., 2003b), на которой основана усиленная КПТ (СВТ-Е) при расстройствах пищевого поведения, что свидетельствует о её действенности, а также об эффективности в клиниках терапии расстройств пищевого поведения, не вовлеченных в развитие СВТ-Е (Bugne et al., 2009; Fairburn et al., 2009).

Шафран с коллегами (Shafran et al., 2004) сообщили о конкретном исследовании КПТ клинического перфекционизма, основанном на протоколе терапии, описанном в (Glover et al., 2007) у женщины с клиническим перфекционизмом и расстройством пищевого поведения. Клиентка получила восемь сеансов личной терапии, а затем два телефонных сеанса. Шафран с соавторами сообщили, что депрессивные симптомы, число эпизодов булимии и симптомы расстройства пищевого поведения по типу переедания заметно уменьшились, и этот эффект сохранялся в течение пяти месяцев наблюдения. Кроме того, оценка клиента по СРQ (Fairburn et al., 2003a) была снижена после лечения. Это исследование интересно, поскольку оно указывает на то, что лечение перфекционизма было связано с уменьшением расстройства пищевого поведения по типу переедания, хотя из этой статьи нельзя сделать выводы об эффективности лечения. Поскольку речь идёт о тематическом исследовании, нельзя исключать посторонние переменные как объяснение снижения.

Тем не менее, Стил и Уэйд (Steele, Wade, 2008) провели хорошо контролируемое РКИ по лечению перфекционизма при нервной булимии, в котором случайным образом распределили 42 пациента с нервной булимией или неспецифичным расстройством пищевого поведения (НРПП) в один из трех протоколов: КПТ перфекционизма, КПТ нервной булимии и терапию осознанности. Курс лечения состоял из восьми сессий самопомощи в течение шести недель, а КПТ перфекционизма была основана на руководстве по самопомощи (Antony, Swinson, 2009). Результаты трехмесячного наблюдения показали, что между группами не было значительных различий. Однако КПТ перфекционизма также приводил к значительному уменьшению проявлений тревоги, депрессии, нарушений самооценки и психопатологии расстройства пищевого

поведения, в дополнение к улучшению при булимическом поведении. Следовательно, это сравнение эффекта между видами терапии показало, что КПТ перфекционизма более эффективна при лечении соответствующей психопатологии расстройств пищевого поведения, и в то же время приводит к значительному уменьшению булимических симптомов.

Уилкш с коллегами (Wilksch et al., 2008) провели профилактическое исследование РКИ среди женщин подросткового возраста с высоким риском расстройств пищевого поведения, которое было определено по высокой оценке проблем с формой и весом. Участники были случайным образом распределены по одному из трех условий: медиаграмотность, КПТ перфекционизма или контроль. Они обнаружили, что программа терапии перфекционизма была более эффективной в группе высокого риска с точки зрения уменьшения симптоматики расстройства пищевого поведения, а также создания значительно более низкого уровня ОБ при трехмесячном наблюдении. Это исследование показывает, что перфекционизм уменьшается в результате лечения (т.е. не является фиксированным признаком) и открывает возможность того, что риск расстройства пищевого поведения потенциально может быть уменьшен путем терапии перфекционизма, хотя для оценки этой гипотезы необходимы продолжительные исследования.

### ***Эффективность групповой КПТ перфекционизма***

Большинство исследований, оценивающих КПТ перфекционизма, были основаны на предоставлении терапии в индивидуальном формате. Существует очень мало исследований, посвященных изучению терапии, применяемой в групповом формате. Барроу и Мур (Barrow, Moore, 1983) предоставили описание того, как проводить КПТ перфекционизма в групповом контексте, хотя данные об эффективности не сообщались. Катлеза и Артур (Kutlesa, Arthur, 2008) обнаружили, что групповая КПТ из восьми сеансов для студентов университетов привела к значительному снижению перфекционизма, тревоги и депрессии в период после лечения по сравнению с контрольной группой. Однако, поскольку это был неклинический образец, результаты трудно обобщить. Иган и Стаут (Egan, Stout, 2007) сообщили о пилотных данных с использовани-

ем серии экспериментальных дизайнов одного случая для групповой КПТ из восьми сеансов терапии клинического перфекционизма у пациентов с диагнозом тревожного расстройства или депрессии, на основе протокола, описанного в (Egan, Stout, 2008). Результаты показали, что имелись тенденции к снижению ОБ, ЛС и общих баллов FMPS (Frost et al., 1990), хотя эти изменения не были клинически значимыми. Иган и Стаут сообщили, что были также отмечены тенденции к снижению показателей тревожности по BAI (Beck et al., 1988) и BDI-II (Beck et al., 1996), хотя эти изменения достигли клинического значения только у одного участника с депрессией. Однако было два участника, которые изменили диагностический статус, более не отвечая критериям депрессии после терапии. Хотя эти результаты свидетельствуют о некоторой эффективности лечения, из исследования можно сделать несколько обобщений, так как размер выборки был очень мал ( $n = 3$ ), а период наблюдения был коротким – три недели после лечения. Существуют только два исследования, в которых сообщалось о групповой КПТ клинического перфекционизма с адекватными размерами выборки. В первом исследовании Стил и др. (Steele et al., 2013) сообщили о лечении двадцати одного участника в двух группах, которые получили восьминедельную групповую программу КПТ с использованием структурированного протокола, основанного на книге самопомощи КПТ «Преодоление перфекционизма» (Shafran et al., 2010). КПТ перфекционизма подробно описана в этой книге, которая является продолжением протоколов, описанных в исследованиях этих авторов, которые мы рассмотрели ранее. Многие из методов, которые мы представляем в следующих главах, основаны на стратегиях, описанных в книге. Участники имели повышенный перфекционизм, что было определено баллом выше 22 на подшкале ОБ в FMPS (Forst et al., 1990), и у большинства было, по крайней мере, одно психологическое расстройство. Ведущие диагнозы включали большое депрессивное расстройство, дистимическое расстройство, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и ОКР. Из семи участников, у которых не было диагноза, у пятерых ранее было диагностировано большое депрессивное расстройство, но они находились в стадии ремиссии. Участникам был

назначен четырехнедельный период ожидания, который предусматривал условие контроля без лечения, после чего последовало четырехнедельное психообразование, в ходе которого они еженедельно читали первые четыре главы книги (Shafran et al., 2010), а затем восьминедельная терапия, состоящая из одной двухчасовой групповой сессии в неделю. Содержание групповых занятий основывалось на главах 5–10 книги, которые охватывают такие области, как мотивация к изменениям, когнитивная реструктуризация, борьба с прокрастинацией, поведенческие эксперименты, решение проблем, тайм-менеджмент, самосострадание, повышение самооценки и профилактика рецидивов. В период ожидания или периоды психообразования не отмечено никаких изменений в баллах, что указывает на то, что перфекционизм и симптомы не менялись в течение контрольного периода и что психообразование не оказывало никакого эффекта. Тем не менее, был отмечен основной эффект значительного снижения показателей перфекционизма, состоящих из CPQ (Fairburn et al., 2003a), подшкал ОБ и ЛС FMPS (Frost et al., 1990), и подшкалы самокритики шкалы дисфункциональных отношений (DAS; Weissman, Beck, 1978) с исходного уровня до завершения терапии. Также были отмечены значительные снижения между базовой линией и завершением терапии при депрессии, тревоге и стрессе, основанные на DASS-21 (Lovibond, Lovibond, 1995). Эффекты терапии в виде снижения перфекционизма, депрессии, тревоги и стресса сохранялись в течение 3 месяцев наблюдения. Во втором исследовании группы КПТ перфекционизма, тот же восьминедельный протокол, что и в (Steele et al., 2013), использовали для изучения эффективности группового лечения в РКИ (Handley et al., 2015). В группу входило 42 участника с повышенным перфекционизмом выше 25 в подшкале ОБ FMPS и рядом тревожных расстройств (например, ГТР, социальная фобия, ОКР), депрессией и расстройством пищевого поведения по сравнению с контрольной группой из списка ожидания. Участники, получавшие КПТ в группе с перфекционизмом, испытали значительное его снижение с сильным влиянием на подшкалу ОБ в FMPS ( $d = 1,23$ ), а также самокритику ( $d = 1,48$ ). Участники также испытали значительное снижение расстройств пищевого поведения с небольшим эффектом ( $d = 0,30$ ), значительное снижение



депрессии со средним эффектом ( $d = 0,74$ ), значительное уменьшение размера среднего эффекта при тревоге на DASS-21 ( $d = 0,56$ ) и значительное снижение социальной тревожности ( $d = 0,84$ ). Все результаты лечения сохранялись в течение 6 месяцев наблюдения.

Результаты в (Steele et al., 2013) и (Handley, 2015) поддерживают эффективность КПТ перфекционизма, которая была обнаружена в предыдущих исследованиях (Egan, Hine, 2008; Egan et al., 2014; Glover et al., 2007; Hoiles et al., 2014; Riley et al., 2007; Steele, Wade, 2008). Несмотря на то, что на сегодняшний день доказательства в значительной степени основаны на исследованиях индивидуальной терапии, появляются также данные, подтверждающие эффективность группового лечения. Дополнительные испытания групповой терапии перфекционизма приветствуются, потому что групповая КПТ имеет практические преимущества с точки зрения времени и экономической эффективности (Himle et al., 2003). Кроме того, Билинг с соавторами (Bieling et al., 2006) утверждают, что групповая КПТ может улучшить способность меняться посредством межличностного обучения. Уникальные межличностные проблемы групповой терапии, а также преимущества (например, возможности для моделирования неперфекционистского поведения членов группы во время поведенческих экспериментов) будут обсуждаться далее в главе 5.

### **Эффективность КПТ перфекционизма**

КПТ перфекционизма имела преимущественно большие эффекты, в соответствии с критериями Козна (Cohen, 1988). Обнаружено, что лечение оказывает большое влияние на снижение перфекционизма, что измеряется величиной ОБ ( $d = 1,09$ ; Steele, Wade, 2008), ( $d = 1,72$ ; Steele et al., 2013), ( $d = 1,23$ ; Handley, 2015), ( $d = 1,23$ ; Egan et al., 2014) и шкалами CPQ ( $d = 1,31$ ; Riley et al., 2007), ( $d = 1,55$ ; Steele et al., 2013). Большие эффекты были также обнаружены в неопубликованном клиническом исследовании перфекционизма ( $d = 1,83$ ; Steele, Wade, 2008). Обнаружено, что КПТ перфекционизма оказывает большое влияние на самокритику по шкале DAS ( $d = 1,46$ ; Steele et al., 2013), ( $d = 1,48$ ; Handley et al., 2015), ( $d = 1,02$ , Egan et al., 2014). Кроме того, хотя некоторые исследования показали небольшой эффект для ЛС ( $d = 0,39$ ; Steele, Wade, 2008), ( $d$

= 0,44; Wilksch et al., 2008), одно из них показало больший эффект ( $d = 1,91$ ; Steele et al., 2013). Таким образом из исследований, проведенных до настоящего времени, можно сделать вывод, что КПТ перфекционизма может приводить к клинически значимому его снижению в соответствии с критериями, которые определяют размеры лечебного эффекта как показатель клинической значимости (Kraemer et al., 2003).

С точки зрения психологической симптоматики, эффективность КПТ перфекционизма также была выше. Более высокая эффективность была выявлена для депрессии ( $d = 0,86$ ; Steele, Wade, 2008), ( $d = 1,42$ ; Steele et al., 2013) и симптоматики расстройств пищевого поведения ( $d = 1,73$ ; Steele, Wade, 2008). Было также обнаружено, что лечение перфекционизма приводит к значительным эффектам в отношении стресса ( $d = 1,20$ ; Steele et al., 2013). С точки зрения величины эффекта при тревоге в одном исследовании обнаружили высокие показатели ( $d = 1.11$ ; Steele et al., 2013), в то время как еще два исследования выявили средние величины эффекта ( $d = 0,69$ ; Steele, Wade, 2008), ( $d = 0,56$ ; Handley et al., 2015). Высокие показатели были также обнаружены в случае социальной тревоги ( $d = 0,84$ ; Handley et al., 2015). Высокие показатели были также обнаружены для комбинации показателей депрессии, тревожности и стресса по общему DASS-21 после лечения ( $d = 0,89$ ) и сохранялись в течение шести месяцев наблюдения ( $d = 1,16$ ; Egan et al., 2014). Принимая во внимание эти результаты в целом, можно сделать вывод, что КПТ перфекционизма имеет в основном высокую эффективность с точки зрения уменьшения симптомов расстройств пищевого поведения, депрессии и тревоги. Это открытие очень интересно с точки зрения уменьшения психологических симптомов, поскольку лечение не направлено непосредственно на эти симптомы. Тот факт, что терапия перфекционизма оказывает значительное влияние на уменьшение симптомов ряда расстройств, является одним из ключевых аргументов в пользу того, почему перфекционизм можно считать трансдиагностическим процессом (Egan et al., 2011). Этот аргумент будет более подробно изложен в главе 4.

## **Будущие области для изучения эффективности лечения**

В то время как рассмотренные исследования показали многообещающие результаты КПТ перфекционизма, необходимо больше исследований, чтобы адекватно определить эффективность и результативность лечения. Во-первых, некоторые из рассмотренных исследований имели небольшой размер выборки и, следовательно, недостаточную мощность. Будущие исследования должны изучить терапию с большим количеством образцов. Рассмотренные исследования основаны на комбинации серии экспериментальных дизайнов для одного случая, открытых испытаний и РКИ. Существует аргумент, что исследования эффективности лечения должны перейти от маленького индивидуального случая к открытым испытаниям и к РКИ на более поздней стадии разработки доказательств лечения (Salkovskis, 2002). Учитывая, что в настоящее время имеются данные по всему спектру более ранних исследований, посвященных разработке небольших случаев, важно, чтобы будущие исследования в области лечения перешли на более масштабные РКИ для изучения эффективности. Кроме того, лишь в одном РКИ на сегодняшний день проводилось сравнение КПТ перфекционизма с другой активной психотерапией (Steele, Wade, 2008). Поэтому важно, чтобы будущие РКИ включали сравнение активной терапии, чтобы можно было оценить эффективность. Наконец, в рассмотренных исследованиях, как правило, были краткие последующие эффекты лечения (т.е. длительность три или шесть месяцев). Важно установить эффективность КПТ перфекционизма, показав, что её эффекты сохраняются при более длительном наблюдении, по крайней мере, от одного года до полутора лет. Наконец, будущие исследования должны также сосредоточиться на определении эффективности КПТ перфекционизма, а не только на общей эффективности терапии. Исследования эффективности, как правило, относятся к тем, в которых эффект лечения обнаруживают исследователи, разработавшие лечение в центре, где над ним велась работа. Исследования эффективности, однако, требуют, чтобы терапия рассматривалась в нескольких

центрах, которые не участвовали в её разработке, и в регулярных амбулаторных службах охраны психического здоровья, причем терапия проводилась лицами, которые не являются экспертами в ней. Принимая во внимание, что большинство исследований КПТ перфекционизма до настоящего времени были направлены на выявление эффективности, крайне важно, чтобы в будущем проводились подобные исследования.

# ПЕРФЕКЦИОНИЗМ В ПСИХОПАТОЛОГИИ

Связь между перфекционизмом и психопатологией была продемонстрирована достаточно широко. Исследования показали, что перфекционизм не только коррелирует с тревогой, депрессией, суицидальными мыслями и расстройствами пищевого поведения, но и предвещает их. Другими словами, считается, что перфекционизм не только поддерживает различные психологические расстройства, но также играет роль в их возникновении. Следовательно, перфекционизм называют «трансдиагностическим» процессом, который охватывает многие расстройства (Egan et al., 2011). В этой главе мы приведем примеры того, как перфекционизм проявляется при различных расстройствах, и рассмотрим множество исследований, которые показали связь между перфекционизмом и психопатологией.

## **Обсессивно-компульсивные и тревожные расстройства**

### *Обсессивно-компульсивное расстройство*

Тесная связь между перфекционизмом и ОКР признается более ста лет (Forst et al., 2002). В 1997 году Рабочая группа по оценке обсессивно-компульсивного расстройства (ОССWG) обрисовала в общих чертах ключевые, по ее мнению, когнитивные особенности расстройства, которые включали завышенную ответственность,

переоценку угроз, сверхценность мыслей, контроль над мыслями, уязвимость к неуверенности и перфекционизм.

Предположение о том, что перфекционизм является центральной особенностью ОКР, неудивительно для врачей, которые его лечат. Они могут легко определить, как перфекционизм проявляется у клиентов с ОКР и выступает в качестве поддерживающего фактора в компульсивных ритуалах. Навязчивая уборка и проверка часто выполняются индивидами, которым необходимо чувствовать, что они совершили каждый ритуал «идеально», например, проверяя замок ровно шесть раз, чтобы убедиться, что он заблокирован, или мыть руки в идеальной последовательности, чтобы убедиться, что они чистые. В противном случае они должны возобновить ритуал снова из-за убеждения, что результат может быть опасен, потому что они не выполнили его идеально (например, вред, причиненный близкому человеку). Индивиды, имеющие ОКР и перфекционизм, устанавливают жесткие правила относительно того, как они соответствуют своим стандартам для завершения ритуалов. В главе 7 мы обсудим влияние этого стандарта на поддержание перфекционизма.

Яркий пример того, как перфекционизм проявляется в ОКР, можно увидеть у людей, которых можно классифицировать как имеющих подтип ОКР «не просто правильных» ритуалов. Здесь человек выполняет ритуал, например, расчесывая волосы, чтобы получить идеально симметричную укладку, или упорядочивая или расставляя предметы в своем доме идеальным и симметричным образом. Если клиент чувствует, что он не выполнил ритуал идеально, его нужно повторить, пытаясь довести его до совершенства, чтобы достичь ощущения, что все идет «как надо». Если что-то «идет не так», возникает стремление к навязчивым действиям (Coles et al., 2003; Moretz, McKay, 2009). Роль перфекционизма в ОКР иллюстрирует случай Кэмерона.

Кэмерон полагал, что он должен был делать уборку до идеального состояния, которое считалось «правильным», иначе он мог бы заразить других людей. Поэтому он разработал обширный ритуал «уборки» своего дома. Эта задача занимала несколько часов: вымыть полы много раз, пока они не станут безупреч-

но чистыми, и заменить многие хозяйственные предметы (например, швабры, метлы, ведра для мытья) на новые, а значит, идеально чистые. Кроме того, он в течение многих часов гладил свои рубашки и расставлял книги и предметы в доме. Из-за трудоемкого характера этого ритуала Кэмерон откладывал его, занимаясь уборкой только каждые восемь недель. Между уборками он не делал по дому совсем ничего (в том числе, не стирал одежду, не мыл посуду, полы), что приводило к растущему чувству, что он загрязнял других, и укрепляло веру в то, что он должен тщательно вычистить и обустроить свой дом, иначе он будет загрязнять других. Кэмерон также выполнял навязчивый ритуал со своим ежедневным чаем латте. Он посещал одну и ту же сеть кофеен каждый день в одно и то же время, возвращаясь домой с работы, и полагал, что, если он не получит идеальный латте, который будет «правильным», его симптомы ОКР усилятся. Это привело к тому, что он часто чувствовал, что не получил идеальный латте; например, если он замечал, что в нем слишком много молока, он не был бы на вкус правильным. Следовательно, он просил сделать латте снова, но все равно не чувствовал себя «правильно» и тратил один-два часа в кафе, смешивая напиток с молоком в попытке достичь «идеального» латте.

Излишне говорить, что эти убеждения, основанные на перфекционизме, удерживают такого человека, как Кэмерон, в замкнутом круге ОКР. Многочисленные исследования продемонстрировали корреляцию между перфекционизмом и ОКР. В большинстве исследований использовалась шкала многомерного перфекционизма Фроста (FMPS; Frost et al., 1990), с подшкалами личных стандартов (ЛС), озабоченности ошибками (ОО), сомнений в действиях (СД), родительских ожиданий (РО), родительской критики (РК) и заорганизованности (З), или Шкала многомерного перфекционизма Хьюитта и Флетта (HMPS; Hewit, Flett, 1991b), которая состоит из самоориентированного, социально предписанного и иного ориентированного перфекционизма (соответственно СО, СП и ОП). Основным выводом является то, что ЛС и ОО на FMPS и СП на HMPS значительно повышены в клинических образцах ОКР по сравнению с контрольной группой (Antony et al., 1998; Buhlmann

et al., 2008 ; Frost et al., 1994; Frost, Stekete, 1997; Sassaroli et al., 2008). Утверждалось, что перфекционизм является поддерживающим механизмом при ОКР, поскольку он мешает ответной реакции на лечение (Egan et al., 2011). Принимая во внимание этот вывод, очень важно, чтобы врачи обращали особое внимание на перфекционизм, иначе он будет продолжать поддерживать симптомы ОКР.

### ***Социальная тревожность***

Точно так же перфекционизм проявляется у клиентов, страдающих от социальной тревоги. Перфекционизм был включен в качестве поддерживающего фактора в когнитивно-поведенческие модели социальной тревоги (например, Heimberg et al., 1995). Как видно на примере ОКР, у лиц с повышенной социальной тревогой показатели ОО и СП также были значительно выше по сравнению с контрольной группой (Antony et al., 1998; Juster et al., 1996; Saboonchi et al., 1999),

Обычно люди с социальным тревожным расстройством имеют представления о том, что нужно для достижения того, что они считают приемлемым стандартом в социальных ситуациях. Для примера рассмотрим случай с Сандживом.

Санджив имеет высокие стандарты социального взаимодействия и установил для себя жесткие правила, в том числе требование говорить идеально и никогда не допускать ошибок в своей речи; он должен всегда казаться совершенно расслабленным и никогда не выдавать своего беспокойства (например, дрожанием голоса или невнятностью); всегда должен быть интересным, веселым и давать правильные ответы на встречах, иначе другие будут думать, что он некомпетентен. Эти убеждения приводят к тому, что Санджив придерживается поведения, которое поддерживает его социальную тревогу. Например, он избегает делать презентации, опасаясь, что запутается в своих словах. Санджив дает подробные описания событий и рассказывает длинные истории и шутки, чтобы казаться забавным и умным. Он также размышляет над оценками своей социальной эффективности другими, например, интерпретирует поведение



коллеги, смотрящей в другую сторону, когда он разговаривает, как свидетельство того, что ей с ним скучно. Такое поведение приводит к тому, что Санджив чувствует, что ему не удастся достичь своих целей в социальной активности, что еще больше усиливает его желание в следующий раз «показаться идеальным» для других и тем самым усиливает цикл его социальной тревоги.

Пример Санджива показывает, как перфекционизм и симптомы социальной тревоги могут быть заперты в порочном круге. Убеждения о необходимости быть компетентными и безупречными в социальных ситуациях побуждают к поведению, которое приводит к тому, что он постоянно чувствует себя не в своей тарелке, тем самым поддерживая свою социальную тревогу. Как и в случае с ОКР, перфекционизм является особенно существенным поддерживающим фактором, который, если не принять особого решения, может привести к дальнейшему поддержанию социальной тревожности.

### ***Паническое расстройство***

Исследования лиц с паническим расстройством выявили ту же картину, что и при ОКР и социальном тревожном расстройстве: у людей с паническим расстройством показатели ЛС, ОО и СОП значительно выше по сравнению со здоровыми индивидами (Antony et al., 1998; Frost, Steketee, 1997; Iketani et al., 2002).

Многие клиенты с перфекционизмом и паническим расстройством устанавливают жесткие правила, касающиеся переживания симптомов тревоги. Например, пациент с таким сочетанием расстройств может подумать: «Я никогда не должен испытывать тревогу; если я это испытываю, это означает, что со мной что-то не так». Многие люди с перфекционизмом и паникой интерпретируют свои симптомы паники по принципу «все или ничего» (например, «Если я испытываю какое-либо беспокойство, это означает, что я ничего не контролирую») из-за убеждений, что нужно поддерживать «идеальный» контроль эмоций и не испытывать сильной тревоги. В качестве примера возьмем случай с Лукой, который страдал от панического расстройства.

Лука считал, что любое переживание тревоги было свидетельством того, что он был «неудачником» в попытке контролировать свое эмоциональное состояние и что это приводит к тому, что он теряет контроль как личность. Он часто катастрофизировал и неверно интерпретировал беспокойство (например, что сердцебиение было сигналом о надвигающемся сердечном приступе), как это обычно бывает при паническом расстройстве. Однако помимо этого (из-за его перфекционизма) он интерпретировал любое тревожное чувство как свидетельство того, что он не соответствовал своему стандарту совершенного контроля над собой и быть «сильным» человеком. Эта интерпретация еще более усугубила его катастрофические представления о значении симптомов паники (т.е. потери контроля), что, в свою очередь, укрепило его веру в то, что он должен стараться изо всех сил поддерживать идеальный контроль над своими эмоциональными состояниями.

Стандарты эмоционального контроля, которые Лука установил для себя, взаимодействуют с типичной поддерживающей чертой панического расстройства катастрофизирующей и неверной интерпретацией симптомов. В этом случае было бы полезным не только сосредоточиться на сохраняющихся признаках панического расстройства, которые обычно учитываются при лечении (например, уменьшить катастрофическое мышление и избегание, но и на его стандартах относительно «идеального» контроля и дихотомической природы этих стандартов, которые поддерживают панику.

### ***Специфические фобии и генерализованное тревожное расстройство***

Роль перфекционизма при тревожных расстройствах – специфических фобиях, генерализованном тревожном расстройстве (ГТР) и посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) – изучена недостаточно. Было проведено только одно исследование специфической фобии, в ходе которого обнаружено, что уровень перфекционизма значительно выше в этой группе по сравнению с контрольной (Antony et al., 1998). Следовательно, на основании исследований, проведенных до настоящего времени, перфекцио-

низм, по-видимому, не играет существенной роли в поддержании специфической фобии.

До настоящего времени было проведено только одно исследование, рассматривающее роль перфекционизма на клиническом образце ГТР (Handley et al., 2014), где показатели ЛС, ОО и эффективности в опроснике клинического перфекционизма (СРQ; Fairburn et al., 2003а), как было установлено, достоверно предсказывают патологическую тревожность. Недостатком этого исследования было то, что не было контрольной группы для сравнения; таким образом, необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, значительно ли повышен перфекционизм у пациентов с клиническим ГТР по сравнению с контрольной группой.

Несмотря на отсутствие исследований с клиническими примерами, были исследования, которые показали положительную связь между тревожностью и перфекционизмом в неклинических образцах (например, Kawamura et al., 2001; Stoeber, Joorman, 2001). В одном исследовании, которое обнаружило положительную связь между тревожностью и перфекционизмом, на что указывают повышенные ОО и СД, было обнаружено, что избегание опыта (то есть избегание негативных мыслей и эмоциональных состояний) частично способствовало этой связи (Santanello, Gardner, 2007). Перфекционизм может влиять на эмпирическое избегание, что, в свою очередь, влияет на тревожность (то есть, что перфекционистское поведение может быть выражением эмпирического избегания). Было высказано предположение, что тревожность – это когнитивный процесс, который выполняет функцию избегания (Borkovec et al., 2004). Необходимо больше исследований, чтобы выяснить, является ли перфекционизм важным фактором, стимулирующим тревожность и избегание опыта. С клинической точки зрения имеет смысл предполагать, что перфекционизм и тревожность связаны между собой. У людей с перфекционизмом часто наблюдается высокая степень тревожности не только по поводу соответствия их личным стандартам эффективности, но и в целом чрезмерного беспокойства по повседневным вопросам, как это видно при ГТР. Хотя не было исследований, показывающих, что перфекционизм значительно повышен при ГТР, перфекционизм

и тревожность, по-видимому, тесно связаны, и возможно, что они взаимодействуют в порочном круге, где перфекционизм вызывает тревогу, и наоборот.

### **Посттравматическое стрессовое расстройство**

Как и в случае с ГТР, существует мало исследований, посвященных изучению роли перфекционизма при ПТСР. На сегодня существует только одно исследование, в котором изучался перфекционизм в выборке из 30 человек, которые проходили лечение от травмы, возникшей после сексуального насилия (Egan et al., 2014). Это был не чистый клинический образец, только 63% выборки соответствовали полным критериям ПТСР, но, несмотря на это, средний балл выборки в *контрольном списке признаков посттравматического стресса* (PCL-C; Weathers et al., 1991) был в клиническом диапазоне.

Случай Кейт (адаптированный из Egan et al., 2014, p. 6) иллюстрирует роль перфекционизма как предрасполагающего и поддерживающего фактора при ПТСР.<sup>1</sup>

До сексуального насилия Кейт описывала себя как перфекциониста и имела очень высокие стандарты во многих сферах своей жизни (например, работа, внешность, музыка), и она всегда была выдающейся в учебе и работе. После травмы она сообщила о навязчивых размышлениях над событием, сосредоточившись на том, почему это должно было случиться с ней, что она должна была сделать по-другому, и чувствовала себя неудачницей, потому что не сделала чего-то, чтобы избежать насилия. Кейт также сообщила, что чувствует, что она не соответствует своим стандартам контроля над жизнью и своим эмоциональным состояниям, говоря, что рассматривает

---

<sup>1</sup>Хотя исследование не включало контрольную группу, с которой можно было сравнивать уровни перфекционизма, средний уровень ОО (M = 29,7) был аналогичен таковому в исследованиях, в которых изучались смешанные образцы тревожных расстройств, связанных с социальным тревожным расстройством, ОКР и паническим расстройством (M = 21,5–27,5; Antony et al., 1998). Фактически, по данным обзора средний балл ОО по FMPS в выборке ПТСР был выше, чем у всех других тревожных расстройств (Egan et al., 2011).

симптомы ПТСР, которые она испытывает, как признак своей неспособности быть сильной и контролирующей, и что она должна справиться лучше. Она говорила, что также чувствовала себя неудачницей на работе и не соответствовала своим стандартам, поскольку она проводила много времени, думая о травме и испытывая тревогу.

В случае с Кейт мы могли предположить, что перфекционизм был как предрасполагающим, так и фактором, поддерживающим симптомы ПТСР. Очевидно, что необходимы дополнительные исследования, чтобы прояснить важность перфекционизма при ПТСР. В частности, требуется исследование в группе ПТСР по сравнению с контрольной.

### **Дисморфофобия**

Интуитивно можно предположить, что перфекционизм играет определенную роль и при дисморфофобии (ТДР, телесное дисморфическое расстройство). Как хорошо знают клиницисты, работающие с ТДР, часто клиенты одержимы определенной частью тела из-за необходимости выглядеть идеально.

Существует очень мало исследований перфекционизма при ТДР, хотя в двух из них обнаружилась связь между концепциями. Бартш (Bartsch, 2007) обнаружил, что в большой выборке студентов университета, не имеющих расстройств, СОП и СПП предсказывают беспокойство о форме тела. В единственном исследовании, использующем на сегодняшний день клинический образец, Булманн с коллегами (Buhlmann et al., 2008) обнаружили, что у лиц с ТДР по сравнению с контрольной группой были значительно выше параметры ОО и СД на FMPS. Авторы исследования привели клинический пример общего стиля мышления клиентов с ТДР, который воплощает перфекционизм: «Пока я не выгляжу идеально, я не смогу быть счастливым» (Buhlmann et al., 2008). Учитывая тот факт, что перфекционизм является основным компонентом ТДР, когда клиенты заикливаются на желании, чтобы определенная часть тела выглядела идеально, было бы полезно определить, как лечение перфекционизма влияет на симптомы ДМФ.

### ***Синдром хронической усталости***

Синдром хронической усталости (СХУ) был связан с перфекционизмом: два исследования показали, что клиенты с СХУ имеют значительно более высокий перфекционизм в подшкалах ОО и СД FMPS по сравнению со здоровой контрольной группой (Deary, Chalder, 2010; White, Schweitzer, 2000). Исследование также показало, что в большой выборке из 192 клиентов с СХУ баллы ОО и СД коррелируют со степенью усталости (Kempke et al., 2011). Связь между перфекционизмом и СХУ неувидительна, если учесть, что одним из основных негативных физических последствий перфекционизма, о котором сообщают клиенты, является истощение. Похоже, что у клиентов с СХУ и перфекционизмом есть подход «взрыв и спад» к стремлению и достижению, где они описывают работу в течение интенсивных периодов, очень тяжелых и несбалансированных (например, мало времени для отдыха и недостаток сна), которую они заканчивают в период хронической усталости и истощения. Для будущих исследований было бы полезно определить, приводит ли лечение перфекционизма к значительному уменьшению симптомов СХУ и дистресса.

### ***Обсессивно-компульсивное расстройство личности***

ОКРЛ определяется в DSM-5 (American..., 2013) как расстройство, в основе которого лежит перфекционизм и стремление к контролю и порядку. Особенности ОКРЛ включают такие области, как когнитивная и поведенческая ригидность и негибкость, накопление и предпочтение экономить деньги, а не тратить их. Иган, Уэйд и др. (Egan et al., 2011) утверждают, что ОКРЛ и перфекционизм не обязательно одно и то же, однако же Шафран и др. (Shafran et al., 2002) уверены, что такие критерии, как сложность в избавлении от вещей и скупой стиль расходов, не являются частью концепции перфекционизма. Однако очевидно, что другие критерии в диагнозе ОКР, такие как жесткость, тесно связаны с перфекционизмом (Egan et al., 2007; Ferrari, Mautz, 1997). Фактически, когда рассматриваются критерии ОКРЛ, большинство из них, по-видимому, отражает то, что большинство людей считают элементами перфекционизма, например, неэффективность в выполнении задач из-за

перфекционизма и перфекционизм были описаны в DSM- 5 как существенная особенность ОКР (American..., 2013).

Похоже, существует интересное совпадение между ОКР, ОКРЛ и перфекционизмом. Исследования, в которых использовались критерии DSM-IV, показали, что показатели сопутствующих заболеваний ОКР и ОКРЛ варьируются от 23% до 32% (Coles et al., 2008; Pinto et al., 2006; Samuels et al. 2000). В случае Кэмерона, описанного ранее в разделе, посвященном ОКР, критерии были соблюдены как для ОКР, так и для ОКРЛ. Что касается критериев ОКРЛ, Кэмерон соответствовал критериям перфекционизма, препятствующего выполнению задачи, а также трудности с выбрасыванием вещей, жесткости и негибкости относительно морали, как видно из следующего описания случая.

В дополнение к боязни загрязнения и прибеганию к сложным ритуалам для получения идеального латте, Кэмерон также занимался накоплением книг и газет. Ему было трудно пользоваться своим домашним кабинетом, потому что там было очень много книг и бумаг. Кэмерон также заявил, что у него была сильная мораль, благодаря его строгому христианскому воспитанию, и это привело к тому, что он старался никогда не ругаться, и поэтому он говорит медленно, чтобы не оскорблять Бога. В терапии Кэмерон также проявлял когнитивную ригидность. Это стало очевидно при обсуждении его ритуалов, касающихся употребления латте, когда он заявил, что не может отказаться от своей потребности приготовить латте правильно.

В случае, подобном Кэмерону, мы видим, что существуют взаимосвязь между ОКР, ОКРЛ и перфекционизмом. Необходимы дальнейшие исследования для изучения сложного взаимодействия между ними; однако кажется правдоподобным, что в таких случаях лечение перфекционизма может быть экономным решением, поскольку оно является основным аспектом как проявлений ОКР, так и ОКРЛ, как показано в нашем примере.

В исследованиях также изучалось взаимодействие между ОКР, ОКРЛ и расстройствами пищевого поведения. Халми и др. (Halmi et al. 2005) обнаружили у 667 человек с нервной анорек-

сией и нервной булимией, что показатели перфекционизма (по подшкале перфекционизма в перечне расстройств пищевого поведения [EDI-P]; Гарнер и др. (Garner et al., 1983) были самыми высокими среди тех, у кого было диагностировано ОКРЛ, а перфекционизм был более тесно связан с диагнозом ОКРЛ, чем ОКР. Халми и коллеги пришли к выводу, что перфекционизм и ОКРЛ могут быть факторами, которые предрасполагают кого-либо к развитию расстройства пищевого поведения. Это направление мысли подтверждается исследованием, которое показало, что в выборке людей с расстройством пищевого поведения отношение шансов на развитие расстройства увеличивалось в 6,9 раза для каждой дополнительной черты ОКРЛ, о которой участники сообщали в детстве, по сравнению с контрольной группой (Anderluh et al., 2003).

Таким образом, существует тесная связь между перфекционизмом и ОКРЛ, причем перфекционизм является важной характеристикой для диагностики ОКРЛ. Несмотря на то, что перфекционизм и ОКРЛ частично совпадают, они не являются одной и той же концепцией, поскольку некоторые из симптомов ОКРЛ не обязательно связаны с перфекционизмом. Для будущих исследований было бы полезно определить, приводит ли лечение перфекционизма к изменению диагностического статуса ОКРЛ.

## **Расстройства пищевого поведения**

Большинство теорий, описывающих поддержание неупорядоченного питания, связанного с нервной анорексией и нервной булимией, включают перфекционизм. Трехфакторная модель, предложенная Бардон-Коном и др. (Bardone-Cone et al., 2006), предполагает, что взаимодействие между высоким уровнем перфекционизма и беспокойством о весе и низкой самооценкой объясняет усиление булимического поведения. В трансдиагностической теории расстройств пищевого поведения, объясняющей поддержание как нервной булимии, так и нервной анорексии, Ферберн и др. (Fairburn et al., 2003b) утверждают, что клинический перфекционизм является одним из четырех основных механиз-



мов, которые могут поддерживать патологию расстройства пищевого поведения, и если бы его удалось снизить, то «была бы удалена мощная дополнительная сеть поддерживающих механизмов, что способствовало бы изменениям» (р. 516). Другими тремя ключевыми механизмами, включенными в трансдиагностическую модель, являются низкая самооценка, проблемы регуляции настроения в условиях стресса и проблемы с межличностным функционированием. В когнитивно-межличностной модели нервной анорексии (Schmidt, Treasure, 2006) сочетание перфекционизма и обсессивно-компульсивных черт личности является одним из четырех постулируемых поддерживающих факторов наряду с проаноректическими убеждениями (то есть позитивными убеждениями о ценности или функции болезни или определенных симптомов), избегающим характером (то есть, избегание интенсивных эмоций и интимных межличностных отношений) и реакциями, полученными от близких. С точки зрения связи между перфекционизмом и питанием, Шмидт и Трежер (Schmidt, Treasure, 2006) предполагают, что:

люди с этими качествами ценят совершенство и боятся совершать ошибки. Они чрезмерно добросовестны и когнитивно жесткие ... Эти черты (жесткие правила, стремление к совершенству) могут способствовать постоянному ограничению рациона и контролю аппетита. Желание простоты и сосредоточенности на деталях делает этот тип поведения удовлетворительным и может привести к... вере в то, что «нервная анорексия заставляет меня чувствовать себя под контролем» (р. 349)

Интерес к перфекционизму – явление не новое; он существовал с того времени, когда расстройства пищевого поведения были впервые выявлены и вылечены. Хильде Брух (Bruch, 1978), пионер в области расстройств пищевого поведения, отметил, что клиенты с расстройствами пищевого поведения демонстрируют «супер-совершенство», и утверждал, что подросток ассоциирует себя с массой тела как с жизнеспособным источником самоопределения и средством компенсации отсутствия четкой идентичности и связанных с этим чувств бессилия и некомпетентности. Одной из

причин этих ощущений является неспособность полностью контролировать окружающую среду и быть идеальным. В 1978 году Питер Слэйд разработал функциональный анализ как нервной анорексии, так и нервной булимии. Подобно Бруху, он выдвинул гипотезу о том, что в контексте подростковых конфликтов, межличностных проблем, переживаний стресса и неудач подросток с низкой самооценкой и перфекционистскими тенденциями будет чувствовать необходимость полностью контролировать или достигать успеха в каком-либо аспекте жизни. В случае развития расстройства пищевого поведения выбранный аспект жизни – диета и потеря веса.

Как указывалось во многих описанных теориях, расстройства пищевого поведения часто связаны как с желанием быть совершенным, так и с низкой самооценкой или самоэффективностью, что создает разрушительный коктейль высоко оцениваемых целей, но при этом приводит также и к ощущению внутренней неспособности их достичь, и к принижению любых достижений как недостаточных. Эта комбинация проблем прекрасно иллюстрируется цитатой из Екатерины Сиенской (1347–1380):

Сделайте все возможное, чтобы искоренить любовь к себе из своего сердца и посадить на ее место эту святую ненависть к себе. Это королевская дорога, на которой мы отворачиваемся от посредственности и которая непременно ведет нас к вершине совершенства.

Святая Екатерина практиковала то, что проповедовала, и часто используется в качестве одного из первых примеров нервной анорексии. После смерти сестры Бонавентуры во время родов и последующего требования со стороны родителей выйти замуж за вдовца Бонавентуры, который казался ей несколько неподходящим мужем, поскольку он сделал жизнь своей первой жены страданием, шестнадцатилетняя Екатерина начала поститься. Такое поведение имело желаемый эффект, так как ее родители согласились с тем, что ей не нужно вступать в брак и позволили ей вместо этого присоединиться к доминиканскому религиозному ордену. За свою короткую жизнь Екатерина смогла реализовать список впечатляющих достижений, учитывая ее пол и эпоху. Пропаган-

дируя реформу духовенства, она создала группу последователей, и она диктовала письма, которые по-прежнему входят в корпус текстов священного писания. Несмотря на свои достижения, Екатерина продолжала практиковать святую ненависть к себе и ела все меньше и меньше, пока в конце концов она не перестала принимать ничего, кроме ежедневного причастия. Она поддерживала этот режим, даже несмотря на неодобрение со стороны священноначалия. Екатерина умерла в Риме в возрасте тридцати трех лет.

Более свежая иллюстрация этого слияния низкой самооценки и перфекционизма может быть замечена в случае Натали.

Натали заболела нервной анорексией в позднем подростковом возрасте, отчасти потому, что «диета была единственным, что я могла делать лучше, чем другие девочки». Несмотря на то, что ее приняли в Кембриджский университет, она считала, что была допущена ошибка и что ей прислали чужое приглашение, а вместо этого фактически она должна была учиться в политехникуме. Ее страдания усилились, когда у нее развилась нервная булимия («я даже не могу правильно болеть нервной анорексией»). Она чувствовала себя обманщицей во всех начинаниях, и, чтобы «не быть разоблаченной», она изолировала себя от своих друзей, отошла от досуга и занятий спортом, которые когда-то доставляли ей удовольствие, решила бросить университет и продолжала придерживаться диеты в надежде, что это достижение позволит ей чувствовать себя лучше.

Другим примером является Лиз Джонс, британская журналистка и колумнистка Daily Mail, которая ранее возглавляла британское издание Marie Claire. Она страдала нервной анорексией более сорока лет и в последние годы писала в своем блоге: «Я, возможно, не была хороша ни в чем другом – спорте, отношениях, разговорах, – но я была действительно хороша в том, чтобы быть худой» и «что значит жить с анорексией? Это заставляет вас чувствовать себя превосходно, чисто, морально безупречно» (Jones, 2011).

Хотя низкая самооценка не всегда является компаньоном перфекционизма, она увеличивает шансы того, что многие переживания будут восприняты как неудача, несмотря на доказательства обратного. Слейд (Slade, 1982) пишет, что люди, у которых разви-

ваются расстройства пищевого поведения, «склонны видеть события и свои собственные достижения в черно-белых тонах, так что все, кроме идеализированного, совершенного успеха или достижения, представляет собой неудачу и отсутствие успеха» (р. 171).

Люди с перфекционистскими тенденциями часто обращаются к сфере жизни, которая предлагает им некоторую степень достижения и контроля. Потеря веса, особенно для женщин и все чаще для мужчин, является достижением, которое высоко ценится западным обществом. Первоначальная потеря веса часто вызывает положительные отзывы и восхищение других людей, а также может привести к росту популярности и признания, что приводит к мощному краткосрочному укреплению чувства собственного достоинства. Хотя долгосрочные потери становятся весьма разрушительными, с точки зрения утраты самооценки и уважения, социальной изоляции, сужения жизни и крушения надежд и целей, упорство в решении этой проблемы (например, потеря контроля) частично поддерживается типичным черно-белым мышлением, которое может сопровождать перфекционизм. При расстройствах пищевого поведения эта тенденция, которая может быть оценена с помощью нейропсихологического тестирования (Holliday et al., 2005; Lopez et al., 2008), приводит к дефицитарности в области гибкости мышления или способности изменения установок (т.е. тратить больше времени, чтобы изменить собственные реакции при изменении правил или обстоятельств), и чрезмерной сосредоточенности на деталях (т.е. «не видеть леса за деревьями», сконцентрироваться на деталях, но не быть в состоянии понять суть всей картины). Постоянное внимание к потере веса у людей с низкой самооценкой приводит к тому, что они начинают бояться, что, если у них больше не будет причины не справляться с жизненными проблемами, они будут признаны второстепенными и неполноценными в попытке справиться с этими вызовами.

В поддержку этих теоретических позиций исследования последовательно доказывают, что перфекционизм повышается у пациентов с расстройствами пищевого поведения и у пациентов, восстанавливающихся после расстройств пищевого поведения, по сравнению со здоровыми индивидами из контрольной группы (Bardone-Cone et al., 2010). В то время как некоторые исследования

предполагают, что перфекционизм остается повышенным после выздоровления от расстройства пищевого поведения (Bastiani et al., 1995; Halmi et al., 2000; Lilenfeld et al., 2000), другие исследования демонстрируют, что восстановление, когда оно четко определено, ассоциируется с уровнями перфекционизма, которые ничем не отличаются от уровня у здоровых индивидов из контрольной группы (Bardone-Cone et al., 2010). Хотя последние данные могут указывать на то, что перфекционизм не является фактором риска расстройств пищевого поведения (то есть он не вызывает расстройств пищевого поведения), они согласуются с предположением о том, что вмешательства, способствующие снижению перфекционизма, могут быть ключом к достижению полного выздоровления (Bardone-Cone et al., 2010).

Расстройства пищевого поведения можно несколько дифференцировать от других типов психопатологии, обсуждаемых в этой главе. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что как здоровый перфекционизм (т.е. стремление к достижению), так и нездоровый (т.е. самокритика, когда уровень достигнутых целей не считается приемлемым) связаны с нарушением питания (Bardone-Cone et al., 2007). Почему это так и как это работает, неясно. Это может быть связано с тем, что основная область достижений при расстройствах пищевого поведения становится разрушительной, нанося ущерб как физическому, так и психологическому здоровью, так что это мешает достижениям в других областях или препятствует им (например, учеба, работа, дружба, общение и хобби). Таким образом, единственное достижение, которое остается и ценится, находится в сфере питания. Эта теория иллюстрируется Лиз Джонс (Jones, 2011), которая пишет:

Это не имеет смысла, но я скорее буду худой, чем счастливой или здоровой... Взрослой и довольно успешной женщине жалко признавать, что ее миром управляет то, сколько калорий она потребляет... и что единственные радости в жизни – это видеть, насколько плоским ты можешь сделать свой живот, сколько ребер ты можешь сосчитать, как это нормально – чувствовать слабость, видеть звезды, быть такой слабой, что иногда ты едва можешь стоять.

Исследования также показывают, что СПП, измеренный с помощью HMPS (Hewitt, Flett, 1991b), значительно повышен у индивидов с расстройствами пищевого поведения (Bastiani et al., 1995; Cockell et al., 2002). Как показано в главе 1, СПП можно определить как развитие перфекционистских мотиваций в ответ на убеждение, что значимые другие ожидают, что кто-то будет идеальным. Вопрос о том, основано ли это убеждение на реальности, можно обсуждать, но, безусловно, предыдущие теоретики (Bruch, 1978) подчеркивали, что как внутриличностные, так и межличностные аспекты перфекционизма связаны с появлением и продолжением симптомов расстройства пищевого поведения. Продолжительное исследование тринадцатилетних девочек показало, что «желание похудеть» и уровень перфекционизма у их матерей в наибольшей степени способствовали прогнозированию нарушенного отношения к еде спустя семь лет (Westerberg-Jacobson et al., 2010). Интересно, что высокая самооценка оказалась защитным фактором, когда девочки имели высокую степень перфекционизма. Исследование 433 «трио» (женщин с нервной анорексией или «обследуемых» и их матерей и отцов) показало, что наиболее тяжелое расстройство питания у обследуемых (24% выборки) было связано с матерями, у которых также отмечалось повышение симптомов расстройства пищевого поведения и тревожные/перфекционистские черты (Jacobs et al., 2009). Повышенные оценки материнского перфекционизма могут не указывать на перфекционистское давление со стороны матери, но могут скорее указывать на генетическую восприимчивость, которая приводит к более однородному и семейному варианту нервной анорексии. В то время как перфекционизм у отца до сих пор не затрагивался, важность отцовских переменных с точки зрения вклада в риск расстройств пищевого поведения была обнаружена во многих продольных исследованиях, включая неадаптивное отцовское поведение (Johnson et al., 2002), низкий уровень отцовской заботы (Wade et al., 2008), отношение отца к еде (Westerberg et al., 2008) и значение веса для отца (Field et al., 2008). Эти последние две переменные могут указывать на некоторое перфекционистское давление, характерное для внешности и веса отцов.

Какие существуют доказательства, подтверждающие ранее высказанные предположения о том, что вмешательства, направленные на снижение уровня перфекционизма, могут иметь решающее значение для достижения полного выздоровления от расстройств пищевого поведения и что отказ от перфекционизма может способствовать изменениям в нарушениях питания? Скучные данные, имеющиеся на сегодняшний день, указывают на то, что лечение людей с расстройствами пищевого поведения, направленное только на перфекционизм, полезно, но недостаточно, однако лечение перфекционизма в сочетании с научно обоснованной терапией расстройств пищевого поведения может улучшить результат. Этот вывод подтверждают два исследования.

Первое, рассмотренное в главе 2, принадлежит Стилу и Уэйду (Steele, Wade, 2008), которые лечили 48 человек с нервной булимией, используя направленную самопомощь (восемь сессий, посвященных чтению книги самопомощи с начинающим терапевтом) трех разных типов. Первым была КПТ при расстройствах пищевого поведения, которая считается золотым стандартом лечения булимических расстройств. Вторым было лечение перфекционизма (состоящее из управляемой самопомощи, основанной на книге Энтони и Суинсона (Antony, Swinson, 1998)), а третье было разработано как лечение плацебо, форма облегченной осознанности. Через шесть месяцев наблюдения все группы значительно улучшились в отношении симптомов расстройства пищевого поведения, и между группами не было статистических различий, но величины внутригрупповых эффектов для изменения поведенческих переменных пищевого расстройства варьировались от 0,16 до 0,47 (небольшой) в группе перфекционизма по сравнению с 0,21 до 1,07 в группе КПТ. Однако следует отметить, что в группе с перфекционизмом (2,23) наблюдалось более значительное улучшение когнитивных и поведенческих показателей, связанных с расстройствами пищевого поведения (по сравнению с группой КПТ (1,88)), хотя оба значения эффекта были большими. Только в группе перфекционизма наблюдалось значительное снижение нездорового перфекционизма (в то время как здоровый перфекционизм не изменился) с изменением величины эффекта внутри группы на 1,25 по сравнению с 0,01 и 0,25 в группах КПТ и плацебо.

Группа перфекционизма также испытала наибольшие улучшения в самооценке (1,30), депрессии (0,94) и тревоге (0,73). Это говорит о том, что лечение перфекционизма может быть эффективным с точки зрения изменения когнитивных и поведенческих показателей, связанных с расстройствами пищевого поведения.

Второе исследование было проведено Ферберн и коллегами (Fairburn et al., 2009) и сравнило две версии расширенной формы КПТ расстройств пищевого поведения (где индекс массы тела был больше 17,5), одна из которых была сосредоточена на симптомах расстройства пищевого поведения, а другая дополнительно фокусировалась на выявленных поддерживающих факторах из трансдиагностической модели: перфекционизм, низкая самооценка или проблемы с межличностными отношениями. При сравнении группы, которая сосредоточилась на расстройстве пищевого поведения и его поддерживающих факторах, было обнаружено, что группа, у которой были проблемы с одним из трех поддерживающих факторов, отреагировала лучше с точки зрения снижения их глобальной психопатологии питания при 60-месячном наблюдении, чем те, кто не испытывал проблем в этих областях. Рассмотренные вместе, эти два исследования показывают, что для тех клиентов, у которых выявлены проблемы с перфекционизмом, добавление лечения перфекционизма к доказательным способам лечения расстройств пищевого поведения может привести к лучшему результату для поддержания восстановления от этих расстройств.

## Депрессия

Клиницисты могут легко описать своих клиентов, для которых перфекционизм является основным фактором развития и поддержания депрессии. Большая часть литературы сфокусирована на роли перфекционизма при большом депрессивном расстройстве, где имеются многочисленные доказательства того, что перфекционизм играет важную роль; однако есть некоторые интересные недавние исследования, показывающие, что он может также играть важную роль в биполярном расстройстве. Среди наиболее значи-



мых доказательств – многочисленные исследования, которые показали, что перфекционизм связан с суицидальным поведением.

### ***Большое депрессивное расстройство***

У многих клиентов, которые обращаются за лечением большого депрессивного расстройства (БДР), перфекционизм можно рассматривать как заметную особенность, и они часто сообщают о размышлениях о том, что они являются «неудачниками», и неудачи связаны с несоблюдением их личных целей и стандартов. Более того, когда клиенты специально обращаются за лечением перфекционизма, многие сообщают о симптомах депрессии. Не удивительно, что люди с высоким уровнем перфекционизма также сообщают о депрессивных симптомах. Только воздействие стремления, которое может включать в себя чрезмерно долгие часы работы и сон всего 3–4 часа в сутки, может рассматриваться как играющее роль в поддержании депрессии, которая характеризуется истощением и плохим настроением.

Депрессия, по-видимому, тесно связана с избегающими особенностями перфекционизма, когда люди часто попадают в циклы проволочек и избегания задач из-за боязни недостаточно хорошо их выполнить, чтобы соответствовать стандартам, что приводит к ухудшению настроения и симптомам депрессии. Рассмотрим пример Аши.

У Аши был высокий перфекционизм в отношении ее работы бухгалтером и ее социальной деятельности. Аша рассказывала, что она стремилась создавать неизменно отличные отчеты для генерального директора своей компании и никогда не совершать ошибок в финансовой отчетности. Она также говорила, что ей нужно было много друзей, которые часто связывались бы с ней, чтобы чувствовать соответствие своему важному личному стандарту – быть социальным человеком, который очень нравится другим. Проблема заключалась в том, что из-за высоких стандартов Аши в ее работе (например, никогда не допускать даже незначительных ошибок в своих отчетах) она часто откладывала начало своих отчетов и не общалась с друзьями регулярно, поскольку часто думала о своей работе. Из-за этого Аша часто затягивала свои отчеты до последней минуты, и ей нужно

было «тянуть всю ночь», чтобы подготовить отчет. Это повлияло на способность Аши к общению, так как она отказывалась от приглашений на социальные мероприятия, либо потому, что она работала, либо потому, что она устала от ночной работы. Проблема этой стратегии заключалась в том, что Аша часто допускала очень незначительные ошибки в своих отчетах или не чувствовала себя довольной конечным продуктом, что приводило к приступам интенсивной самокритики в отношении этих отчетов, которые, по ее мнению, были «неидеальными», и в результате она чувствовала себя неудачницей. После этого Аша говорила о сильных периодах плохого настроения и слез. Она также сообщила о плохом настроении, основанном на идее, что у нее не было достаточно друзей; однако это часто происходило из-за того, что друзья стали реже с ней связываться, так как она регулярно отказывалась участвовать в социальных мероприятиях из-за необходимости работать. Все это привело к тому, что Аша почувствовала себя неуспешной как личность, потому что у нее не было достаточно друзей и она не достигала своих стандартов работы. Аша сообщала о плохом настроении, слезах, отсутствии интереса к вещам, которые она любила делать (например, ходить на чашечку кофе с друзьями и посещать спортзал), и чувствовала себя неадекватно.

В этом случае можно видеть, что перфекционизм является сильным движущим фактором в поддержании депрессивных симптомов Аши и, следовательно, является очень важной мишенью терапии. Вполне вероятно, что если такое поведение было сосредоточено на том, что Аша считает свои личные стандарты не достигнутыми, значит, она будет продолжать находиться в плохом настроении с депрессивными симптомами.

Если говорить о научной литературе о роли перфекционизма в депрессии, пример Аши согласуется с обширными данными, демонстрирующими взаимосвязь между ними. Важно отметить, что роль перфекционизма при депрессии была показана не только в корреляционных исследованиях, но также и в исследованиях, в которых было обнаружено, что перфекционизм предсказывает последующее развитие симптомов депрессии (то есть проспективные исследования). Было проведено множество исследова-

ний, показывающих, что люди с клинической депрессией имеют более высокий уровень СПП по сравнению с контрольной группой (Enns et al., 2001; Hewit, Flett, 1991a). Исследования также показали, что люди с депрессией имеют более высокие уровни ОО, чем контрольная группа (Huprich et al., 2008; Norman et al., 1998; Sassarodi et al., 2008). Интересно, что в одном исследовании было обнаружено повышение СОП в депрессивной выборке по сравнению с контрольной группой (Norman et al., 1998). Как отмечалось ранее, в разделе, касающемся расстройств пищевого поведения, было установлено, что СОП повышается у лиц с расстройствами пищевого поведения по сравнению с контрольной группой, и, по крайней мере, в одном исследовании депрессии это также имело место. Это подчеркивает тот факт, что хотя некоторые авторы в области перфекционизма утверждают, что такие параметры, как СОП и ЛС, связаны с позитивными состояниями и представляют «здоровую», или «позитивную» форму перфекционизма, есть доказательства того, что в определенных клинических группах, в том числе с депрессией и расстройствами пищевого поведения, эти шкалы повышены. Это позволяет предположить, что они коррелируют с психопатологией.

Хотя есть ряд исследований, которые показывают, что перфекционизм повышен у людей с БДР, те, которые показывают, что перфекционизм может предсказать дальнейшее развитие депрессии, гораздо более убедительны, чем эти данные в отношении возможной причинно-следственной связи. Эти исследования важны; хотя корреляционные исследования могут предположить, что две переменные связаны, в конце концов, они не могут дать нам никаких доказательств того, что одна переменная (например, перфекционизм) вызывает другую (например, депрессию). Долгосрочные исследования, с другой стороны, предоставляют более достоверные данные, и есть несколько исследований, которые предоставляют в больших выборках людей с большим депрессивным расстройством доказательства того, что перфекционизм предсказывает развитие депрессии. В первом продолжительном исследовании Хьюитт, Флетт и Эдигер (Hewit et al., 1996) обнаружили, что СПП предсказал развитие депрессивных симптомов через 4 месяца. Однако самым убедительным доказательством роли

перфекционизма в депрессии являются два исследования, в которых изучалась большая группа клиентов с клинической депрессией в течение последующих 3 (Dunkley et al., 2006) и 4 лет наблюдения (Dunkley et al., 2009). Было обнаружено, что подшкала перфекционизма DAS (Weissman, Beck, 1978), которая была помечена как самокритика (DAS-СК), была в состоянии предсказать увеличение депрессивных симптомов при 3- и 4-летнем наблюдении.

### ***Биполярное расстройство***

Перфекционизм признан главным фактором не только в развитии однополярной депрессии; существуют два исследования на сегодня, предполагающие, что это также важно при биполярном расстройстве. Для измерения перфекционизма оба исследования использовали DAS-СК. Джонс и коллеги (Jones et al., 2005) обнаружили, что люди с биполярным расстройством имели значительно более высокие оценки по этому показателю перфекционизма, чем контрольная группа. Причины, по которым перфекционизм может играть роль в биполярном расстройстве, не очень хорошо поняты в силу небольшого количества исследований в этой области, однако недавнее исследование показало, что оценки DAS-СК предсказывают начало гипоманиакальных и маниакальных эпизодов (Alloy et al., 2009). Это говорит о том, что перфекционизм может быть фактором уязвимости для начала перепадов настроения при биполярном расстройстве. Это имеет клинический смысл: люди с биполярным расстройством, которые стремятся к перфекционизму, могут работать многие часы и участвовать в других делах, которые могут привести их к возникновению маниакальных случаев. В этой сфере необходимы дополнительные исследования взаимосвязи между перфекционизмом и биполярным расстройством, но это интересная область для тех, кто работает с клиентами с биполярным расстройством.

### ***Суицидальные намерения и поведение***

Одним из наиболее тревожных аспектов перфекционизма является его роль в прогнозировании суицидальных идей и поведения. Исследование выявило тесную связь между перфекционизмом и суицидальным поведением (Hewitt et al., 2006). Corre-

ляционные исследования связывают СПП и суицидальные мысли в клинических образцах (Hewitt et al., 1994, 1998). Также было установлено, что СПП предсказывает суицидальные мысли у лиц, госпитализированных после самоповреждения (Rasmussen et al., 2008). К сожалению, есть некоторые хорошо известные примеры людей, считающихся лучшими в своей сфере и превосходными в своих областях, которые совершили самоубийство, и перфекционизм считается основным фактором, влияющим на эти трагические случаи. Возьмем, к примеру, случай с Бернаром Луазо, главным шеф-поваром Франции, который покончил жизнь самоубийством после критики в прессе и слухов о том, что его ресторан может быть понижен с трех звезд Мишлен (наилучший возможный уровень) до двух. Роль, которую сыграл его перфекционистский характер, была задокументирована в биографии Луазо под названием «Перфекционист: жизнь и смерть в высокой кухне». Другим трагическим случаем, связывающим самоубийство с перфекционизмом, был случай с известным профессиональным велосипедистом Марко Пантани, который выиграл важнейшие гонки, включая Тур де Франс и Джиро д'Италия, и установил рекорды за самое быстрое время в гонке по знаменитым горам, таким как Альп д'Юэз. Когда его карьера закончилась из-за снижения результатов (что типично для спортсменов, когда они становятся старше), он трагически покончил с собой, и сообщалось, что он говорил другим перед своим самоубийством, что если он больше не сможет быть лучшим в велоспорте, ему жизнь становится неинтересной. Это еще один печальный случай, когда человек был настолько расстроен тем, что не преуспел в достижении своих личных стандартов, что самоубийство казалось единственным вариантом. Еще один случай можно рассмотреть на примере Хуаниты.

Хуанита покончила жизнь самоубийством после нескольких лет депрессии. К сожалению, перед тем как совершить самоубийство, она только недавно вступила в контакт с психиатрическими службами. При рассмотрении случая выяснилось, что Хуанита описывала себя как перфекциониста в течение времени, сколько она могла вспомнить. Она всегда преуспевала во всем, отлично выступала в колледже и становилась успешным стома-

тологом, а также превосходно занималась дайвингом, в котором она представляла свое государство на соревнованиях. Она была замужем и имела маленького ребенка. В предсмертной записке Хуанита призналась, что она «никогда не могла избавиться от чувства, что она недостаточно хороша», и что, несмотря на любовь, которую она получала от семьи и мужа, она не может жить дальше, потому что она чувствует, что никогда не соответствовала своим стандартам, что она никогда не сможет достичь того, чего хотела, и что она потерпела неудачу даже в самоубийстве.

Этот печальный случай показывает, что в крайних случаях суицидальные мысли и поведение могут быть результатом ощущения, что человек не может соответствовать личным стандартам и что он «никогда не бывает достаточно хорош». Отношения между перфекционизмом и самоубийством, проиллюстрированные этими примерами, также подтверждаются научными данными. Хотя были проведены корреляционные исследования, показывающие, что перфекционизм связан с суицидальным поведением, наиболее убедительные доказательства получены в проспективных исследованиях, демонстрирующих, что с течением времени перфекционизм может стать предиктором суицидального поведения. В двух разных исследованиях перфекционизм предвещал суицидальное поведение за шесть месяцев. Бивирс и Миллер (Beever, Miller, 2004) обнаружили в клинической выборке пациентов, которые лечатся от депрессии, что оценки DAS-СК могли предсказать идею самоубийства через шесть месяцев после выписки из больницы. Это говорит о том, что для клиницистов, работающих с больными, важно выявлять и ориентироваться на перфекционизм. Еще одним доказательством связи перфекционизма и суицидального поведения послужило исследование 515 подростков, в котором было установлено, что СПП предсказывает более высокий уровень самоповреждения и депрессии в течение 6-месячного периода (O'Connor et al., 2010).

# ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

### Определение трансдиагностического процесса

В главе 3 мы представили доказательства, демонстрирующие, что перфекционизм проявляется значительно сильнее при ряде расстройств (например, тревожность и связанные с ней расстройства, расстройства пищевого поведения, хроническая усталость, депрессия, биполярное расстройство) по сравнению со здоровой контрольной группой. В недавнем обзоре Эган, Уэйд и др. (Egan et al., 2011) утверждалось, что перфекционизм является трансдиагностическим процессом. Трансдиагностический процесс – это «аспект познания или поведения, который может способствовать поддержанию психологического расстройства» (Harvey et al., 2004, p. 14). Эган и его коллеги в общих чертах установили, что трансдиагностический процесс, который представляет интерес и актуальность для терапевтов, – это процесс, который не только происходит при расстройствах, но также является фактором риска или поддерживающим фактором расстройства. Может быть полезным рассмотреть возможности сделать этот процесс мишенью терапии в попытке ослабить ряд симптомов различных расстройств. Основываясь на литературе, мы объясним, почему мы думаем о перфекционизме как о трансдиагностическом процессе. Тем не менее, ключевой момент этой главы – объяснить, почему важно установить, является ли перфекционизм трансдиагностическим

процессом у *вашего клиента*. Этот анализ также будет включать в себя важность определения того, является ли перфекционизм предрасполагающим и/или поддерживающим фактором психопатологии. Мы также рассмотрим вопрос, как определить, является ли перфекционизм причинным, корреляционным или следствием психопатологии у *вашего клиента*, поскольку это позволит вам принять решение о терапевтических вмешательствах.

## Обоснование трансдиагностического подхода

В последние годы наблюдается растущий интерес к трансдиагностическим подходам в разработке теорий и методов лечения общих базовых конструкций в диагностических категориях. Среди первых сторонников трансдиагностического подхода были Ферберн и др. (Fairburn et al., 2003b), которые выдвинули теорию расстройств пищевого поведения, предлагающую основные трансдиагностические процессы, служащие для поддержания расстройств пищевого поведения, включая клинический перфекционизм. Трансдиагностическая теория расстройств пищевого поведения имеет прогностическую ценность (Hoiles et al., 2012), и было установлено, что КПТ-У [англ. СВТ-Е, усиленная КПТ для расстройств пищевого поведения – *прим. ред.*], основанная на теории, более эффективна для лечения расстройств пищевого поведения, чем предыдущие версии КПТ при нервной булимии (Bugne et al., 2011; Fairburn et al., 2009). Одним из преимуществ этого подхода является устранение акцента на диагностических категориях, и вместо этого нацеленность на рассмотрение критических конструкций, поддерживающих расстройство пищевого поведения независимо от диагностического статуса. Аналогичным образом, недавно был предложен ряд других трансдиагностических методов лечения, которые оказались эффективными. Они включают в себя унифицированный протокол лечения расстройств настроения и тревожности, разработанный Барлоу с коллегами (Barlow et al., 2011), в котором появляются новые доказательства эффективности (Bossieau et al., 2010; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012), и трансдиагностическое лечение тревожных расстройств Нортон



и коллег (например, Norton, Philipp, 2008). Эти методы лечения основаны на идее превращения в мишень терапии лежащие в основе психопатологии трансдиагностические процессы.

Общим для этих трансдиагностических подходов и методов лечения является обоснование того, что прицельная работа с ключевыми, критическими процессами, которые поддерживают ряд расстройств, вероятно, будет более эффективной и действенной в борьбе с сопутствующей патологией, чем множественные вмешательства, специфичные для расстройства. Например, Барлоу и др. (Barlow et al., 2011) теоретически обосновали их трансдиагностическую терапию на большом количестве данных, показывающих, что природа, этиология и структура расстройств более сходны, чем различны. Барлоу и соавторами (Barlow et al., 2011) также утверждали, что трансдиагностическое лечение имеет преимущество в том, что оно разработано так, чтобы быть эффективным для всех расстройств, которые может иметь человек, а не только для одного расстройства. Как хорошо знают клиницисты, коморбидность является скорее правилом, чем исключением в клинической практике (Kessler et al., 2005). Поэтому одно из преимуществ трансдиагностического подхода заключается в том, что он может помочь объяснить высокую частоту сопутствующих заболеваний, а сторонники трансдиагностического подхода предполагают, что сопутствующая патология возникает, потому что расстройства имеют общие механизмы поддержания (Harvey et al., 2004). Обеспечение трансдиагностического лечения по одному набору принципов проще и эффективнее, а также поможет в основанных на фактических данных методах лечения в клинических условиях. Мы утверждаем, что из-за этих намеченных преимуществ лечение, основанное на нацеливании на лежащие в основе трансдиагностические процессы (такие как перфекционизм), вероятно, будет полезным.

## **Перфекционизм как трансдиагностический процесс: Лечение перфекционизма независимо от диагноза**

В этом разделе мы рассмотрим доказательства того, почему КПТ при перфекционизме можно считать трансдиагностическим

процессом, имеющим клиническое значение, и почему его необходимо учитывать в терапии (более подробно см. Egan et al., 2011).

### ***Перфекционизм повышен при многих расстройствах***

Как показано в главе 3, перфекционизм усиливается при расстройствах пищевого поведения, тревоге и связанных с ней расстройствах, депрессии и хронической усталости по сравнению со здоровыми лицами из контрольной группы. Это доказательство демонстрирует, что перфекционизм имеет отношение к большинству расстройств, и, следовательно, важно рассмотреть его в терапии отдельно, так как его наличие предполагает значимость этого фактора в большинстве диагнозов.

### ***Перфекционизм – это фактор риска и поддерживающий фактор при расстройствах***

Перфекционизм признан фактором риска развития расстройств пищевого поведения (например, Bardone-Cone et al., 2007; Jacob et al., 2004; Lilienfeld et al., 2006; Stice, 2002), а также поддерживающим фактором этих расстройств (например, Fairburn et al., 2003b). Кроме того, перфекционизм является поддерживающим фактором многочисленных тревожных расстройств и депрессии. Иган и др. (Egan et al., 2011) обрисовали в общих чертах включение перфекционизма как важного поддерживающего фактора в модели тревожных расстройств, например, социальной тревожности (Heimberg et al., 1995) и ОКР (OCCWG, 1997). Стоит повторить, что если считается, что перфекционизм является поддерживающим фактором для проблем психического здоровья, то вмешательства, снижающие перфекционизм, будут положительно влиять на состояние психического здоровья.

### ***Перфекционизм связан с результатами терапии расстройств***

Некоторые исследования показали, что перфекционизм предсказывает результаты лечения при множественных расстройствах. Возможно, стоит подумать, кто из ваших клиентов хорошо отреагировал на терапию, а кто менее хорошо. Может случиться так, что в вашей клинической практике и опыте высокий уровень пер-

фекционизма мешает прогрессу лечения. Для этого может быть несколько причин, в том числе влияние перфекционизма на вовлеченность в терапию (см. главу 8). С другой стороны, вы можете полагать, что перфекционизм не оказывает негативного влияния на лечение психических расстройств, но, тем не менее, вы читаете это руководство, потому что перфекционизм – это клиническая проблема, которую вам необходимо решать в своей практике.

### ***Перфекционизм и результаты лечения при тревожных расстройствах и ОКР***

Иган, Уэйд и др. (Egan et al., 2011) рассмотрели несколько исследований, в которых было обнаружено, что перфекционизм предсказывает исход лечения при тревожных расстройствах и ОКР. Было установлено, что перфекционизм предсказывает реакцию на воздействие и предотвращение реакции у клиентов с ОКР. Чик и др. (Chik et al., 2008) обнаружили, что перфекционизм, измеряемый подшкалой СД в FMPS, предсказывает более низкие результаты при лечении ОКР. Кайриос и др. (Kyrios et al., 2015) обнаружили, что перфекционизм/непереносимость неопределенности в опроснике «Навязчивость-Убеждения» (OBQ; OCCWG, 2001) был единственным значимым уникальным предиктором изменений ОКР после лечения. Аналогичным образом, Пинто и др. (Pinto et al., 2011) обнаружили, что диагноз и степень тяжести ОКРЛ были предиктором более плохого результата лечения при воздействии и слабом ответе при ОКР. В частности, они обнаружили, что при рассмотрении индивидуальных диагностических критериев ОКРЛ перфекционизм был единственным, который предсказывал худший результат лечения (Pinto et al., 2011).

Аналогичные результаты существуют в отношении социальной тревожности, при которой несколько исследований выявили перфекционизм в качестве предиктора ответа на лечение. Лунд и Ост (Lundh, Ost, 2001) обнаружили, что те клиенты, которые не реагировали на лечение от социальной фобии, имели более высокие значения перфекционизма перед лечением. Эшбоу и др. (Ashbaugh et al., 2007) обнаружили, что изменения подшкал ОО и СД предсказывали симптомы социальной тревожности после групповой КПТ, даже после контроля уровня социальной тревожности до

лечения. Иган и др. (Egan et al., 2011) утверждают, что эти данные косвенно свидетельствуют о том, что перфекционизм является поддерживающим фактором при тревожных расстройствах.

### ***Перфекционизм и результат лечения депрессии***

Имеется несколько исследований, которые показывают, что перфекционизм может помешать успешному вовлечению клиентов в терапию депрессии (Egan et al., 2011). Обоснование необходимости фокусировки на перфекционизме при депрессии является убедительным, если принять во внимание данные пяти исследований, в которых сообщается о результатах известного исследования Национального института психического здоровья по лечению депрессии в рамках совместной исследовательской программы, в которой сравнивались межличностная психотерапия, КПТ и антидепрессанты (Elkin et al., 1989). В этих исследованиях перфекционизм измеряли на DAS-СК, и он предсказывал более низкую результативность терапии во всех группах после лечения (Blatt et al., 1995) и полуторагодового наблюдения (Blatt et al., 1998). Также было установлено, что перфекционизм указывает на более слабые социальные взаимодействия, что приводит к худшим результатам лечения (Zuroff et al., 2004). Перфекционизм также позволял спрогнозировать плохую способность справляться с жизненными стрессорами через полтора года после лечения (Blatt, Zuroff, 2005). Один интересный фактор, который, по-видимому, связан с этими данными, заключался в том, что перфекционизм был связан с более слабым терапевтическим альянсом в группах психотерапии (Zuroff et al., 2000). Причины этого некачественного альянса и способы его устранения будут рассмотрены в этой книге позже; тем не менее, это интересное возможное объяснение того, почему люди с более высоким перфекционизмом хуже справились с терапией. Учитывая, насколько это важно, мы включили главу о том, как эффективно улучшить взаимодействие и альянс с клиентами с повышенным перфекционизмом (см. главу 8). Действительно, как заключил Блатт (Blatt, 1995), перфекционизм является разрушительной силой в депрессии.

Есть аналогичные результаты в литературе, в которой изучались результаты лечения депрессии у подростков. Якобс и др. (Ja-

cobs et al., 2009) исследовали выборку из 439 подростков, которые участвовали в исследовании «Лечение подростков с депрессией», в котором сравнивали КПТ, флуоксетин, комбинацию КПТ и флуоксетина и таблетку плацебо. Было обнаружено, что перфекционизм, измеренный в DAS-СК при предварительной обработке, связан с сохраняющимися симптомами высокой депрессии в течение программы лечения. Кроме того, подростки с более высоким перфекционизмом показали худшие результаты в избавлении от суицидальной идеации. Также было показано, что перфекционизм является медиатором результатов лечения.

Не только этот набор данных говорит о том, что, если терапия не направлена на перфекционизм, он останется проблемой у людей с депрессией. Данные другого исследования показывают, что компонентный показатель дезадаптивного перфекционизма, состоящий из подшкал СПП и FMPS ОО, СД, РО и РК, остается неизменным до и после лечения депрессии (Cox, Enns, 2003). Принимая во внимание все эти аргументы, становится ясно, что терапия должна быть направлена на перфекционизм, если он повышен у людей с большой депрессией.

### ***Перфекционизм и результаты лечения расстройств пищевого поведения***

Иган и др. (Egan et al., 2011) также представили доказательства того, что перфекционизм определяет исход лечения при расстройствах пищевого поведения. Это включает в себя данные, показывающие, что перфекционизм, измеряемый элементами EDI-P из «Перечня расстройств пищевого поведения» (EDI; Garner et al., 1983), связан с худшим прогнозом (Bizuel et al., 2001) и более высоким уровнем выхода из терапии при нервной анорексии (Sutandar-Pinnock et al., 2003). Как видно из аналогичных данных о депрессии, перфекционизм, по-видимому, остается повышенным после лечения у клиентов, которые лечились от расстройства пищевого поведения (Bastiani et al., 1995; Lilienfeld et al., 2000; Nilsson et al., 2008; Pla, Toro, 1999; Srinivasagam et al., 1995), несмотря на то, что одно исследование показало, что перфекционизм не определяет исход лечения при нервной булимии (Mussell et al., 2000).

## **Лечение перфекционизма снижает симптомы множественных расстройств**

Последний аргумент, который можно привести относительно того, почему перфекционизм можно считать трансдиагностическим процессом, заключается в том, что данные о результатах лечения указывают на то, что КПТ перфекционизма приводит к уменьшению симптомов ряда расстройств и без прицельной работы с симптомами расстройства (например, Riley et al., 2007; Steele, Wade, 2008), как подробно описано в главе 2. Это неудивительно, если мы рассмотрим данные, которые приведены в работе (Bieling et al., 2004), где число коморбидных диагнозов в выборке из 345 клиентов положительно коррелировало с перфекционизмом (как измерено подшкалами ОО, РК и СД FMPS, а также подшкалами HMPS СОП и СПП). Это говорит о том, что перфекционизм может быть одним процессом, который объясняет сопутствующую патологию. Учитывая аргументы, которые мы представили ранее в этой главе относительно коморбидности, являющейся нормой в клинической практике, и преимущества трансдиагностических методов лечения в том, что они способны решить эту проблему, привлекательность акцентирования внимания на перфекционизме как фокусе трансдиагностического лечения очевидна. Это еще более справедливо, если учесть, что Билинг и др. (Bieling et al., 2004) обнаружили, что неадекватные оценочные проблемы (состоящие из подшкал FMPS РО, ОО и РК и подшкалы HMPS СПП) предсказывают более высокие уровни актуальных симптомов сопутствующей патологии даже после контроля. Эти выводы приводят Билинг и др. (Bieling et al., 2004) при формулировке обоснования для рассмотрения перфекционизма как трансдиагностического процесса: «Перфекционизм не связан с каким-либо одним расстройством или типом расстройства, но может быть основным фактором для нескольких расстройств и категорий психопатологии» (р. 194). Это утверждение эффективно отражает аргумент, что перфекционизм лежит в основе ряда расстройств, что приводит авторов (Bieling et al., 2004) к выводу, что лечение перфекционизма может привести к уменьшению симптомов в ряде сфер жизни. Следовательно, прямая прицельная работа с перфекционизмом может быть более эффективной у пациентов с коморбидными

расстройствами, чем работа с единственным расстройством, которые последовательно нацелены на поддерживающие факторы (Bieling et al., 2004).

Действительно, данные о результатах лечения на сегодня подтверждают аргумент авторов (Bieling et al., 2004). В то время как подробности исследований результатов лечения были подробно представлены в главе 2, результаты исследования Стила и Уэйда (Steele, Wade, 2008) важно рассмотреть здесь. Стил и Уэйд обнаружили, что КПТ нервной булимии и КПТ перфекционизма имели эквивалентные результаты для уменьшения симптомов нервной булимии, но КПТ перфекционизма оказывала большее влияние на тревожность и депрессию. Это открытие очень важно, так как предполагает, что КПТ перфекционизма сократило диапазон психопатологии, тем самым поддерживая аргумент, что перфекционизм является трансдиагностическим процессом.

## **Является ли перфекционизм значимым трансдиагностическим процессом у вашего клиента?**

Важно понимать, какую роль играет перфекционизм для каждого отдельного клиента и, как следствие, требует ли он прямого вмешательства. В тех случаях, когда перфекционизм представляет собой самостоятельную клиническую проблему, он, несомненно, должен быть в центре внимания. Однако у клиента может быть депрессия, тревога и перфекционизм. Что в первую очередь в таком случае должен лечить терапевт? Чтобы разрешить эту распространенную клиническую ситуацию, необходимо сначала оценить роль перфекционизма в поддержании и, в меньшей степени, этиологии депрессии и тревоги. Эган и др. (Egan et al., 2012) предположили, что функциональный анализ может помочь установить роль перфекционизма в развитии и поддержании психопатологии у каждого отдельного клиента. Это включает в себя определение того, является ли перфекционизм одной из существующих проблем, или он проявляется как часть взаимодействия и в контексте определенных расстройств (Egan et al., 2012).

### ***Перфекционизм как основная существующая проблема***

При рассмотрении функционального анализа перфекционизма в некоторых случаях ясно, что клиент будет обозначать перфекционизм своей основной существующей проблемой. Обычно они представляют его для терапии, потому что перфекционизм значительно мешает их работе или межличностным отношениям из-за моделей промедления и избегания и повторяющихся проверок. Клиенты также склонны описывать на начальном сеансе подавляющее чувство, что они «недостаточно хороши» и чувствуют себя неудачниками из-за неспособности соответствовать своим стандартам.

Если это так, и перфекционизм является основным фактором, вызывающим тревогу, плохое настроение и другие трудности, то в первую очередь следует заняться стратегиями, изложенными в этой книге.

### ***Перфекционизм как предрасполагающий фактор***

Может случиться так, что перфекционизм клиента предрасполагает его или ее к развитию как тревоги, так и депрессии. Тревога, возможно, началась с сосредоточения внимания на работоспособности в ряде областей, но затем могут появиться дополнительные поддерживающие факторы и плохое настроение. Рассмотрим пример Хлои.

Хлоя отличалась высоким уровнем перфекционизма и беспокоилась о своей работе в школе. Она начала проводить много времени на работе, а потом переживала, что это влияет на ее дружбу. Она начала беспокоиться при выходе на улицу, что будет при встрече с другими людьми. Она чувствовала, что другие люди могут заметить, что она покраснела или запнулась, и поэтому избегала социальных ситуаций. По мере того как она становилась все более изолированной, ее вера в то, что она плохо себя чувствует, усиливалась, и ее настроение ухудшалось. Когда она пришла на терапию, она уже достигла диагностических критериев социального тревожного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и депрессии.



Для Хлои перфекционизм явно располагал ее к развитию повышенной тревожности и плохого настроения, но устранение этого не было целью лечения. Цели её терапии состояли в том, чтобы чувствовать себя менее обеспокоенной и улучшить настроение, и лечение перфекционизма не было бы подходящим курсом. В случае, когда тревога и плохое настроение были устранены с использованием соответствующих доказательных методов (например, см. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) для конкретных рекомендаций), было бы целесообразно рассмотреть перфекционизм в рамках программы профилактики рецидивов. Точно так же, если после формулировки принимается решение о том, что основанным на фактических данных подходом к конкретному расстройству будет курс лечения либо до, либо вместо терапии перфекционизма, терапевт может подумать о возможности направления к психиатру для назначения фармакотерапии, если это оправдано. Например, если клиент страдает от тяжелой депрессии, может быть полезно начать прием лекарств совместно с научно обоснованными когнитивно-поведенческими стратегиями для снижения ее проявлений, прежде чем пытаться работать с перфекционизмом.

Конечно, если перфекционизм мешает продвижению в терапии социальной тревоги или депрессии, тогда прямое лечение также оправдано. Иган и др. (Egan et al., 2012) описали, как для многих клиентов прогресс в лечении расстройств с помощью научно обоснованных протоколов может быть затруднен из-за перфекционизма. Иган и др. (Egan et al., 2012) приводят общий пример того, как клиентам с перфекционизмом может быть трудно участвовать в поведенческой активации, потому что они считают, что участие в приятных событиях – пустая трата времени, поскольку они не используют свое время продуктивно. В этом случае мы предлагаем приостановить основанный на фактических данных протокол для расстройства, и вместо этого целью терапии становится перфекционизм. После того как она завершится, протокол терапии расстройства может быть возобновлен (Egan et al., 2012).

### ***Перфекционизм как поддерживающий фактор***

У другого клиента с множественными расстройствами и перфекционизмом может оказаться, что перфекционизм являет-

ся непосредственной мишенью терапии, если считается, что он играет активную роль в поддержании психопатологии. Возьмём случай Рии в качестве примера.

Риа рассказала, что перфекционизм вынуждал ее убирать дом по несколько часов в день. Она также описала плохое настроение, вызванное неуверенностью в соблюдении собственных стандартов, поскольку она была всего лишь «домохозяйкой». Риа также пережила послеродовую депрессию, поддержанную ее твердым убеждением, что ей нужно быть идеальной матерью, переполненной любовью к новорожденному ребенку.

На этапе оценки понимание того, что обсессивно-компульсивные симптомы и плохое настроение Рии были прямым результатом ее переоценки стремлений, достижений и перфекционизма, было важно, прежде всего, использовать протокол, описанный в этой книге. Следует подчеркнуть, что мы не принимаем такие решения с легкостью. Доказательства эффективности протоколов, специфичных для расстройства, убедительны: существуют многочисленные широкомасштабные рандомизированные контролируемые исследования в их поддержку, тогда как доказательства эффективности терапии перфекционизма находятся в зачаточном состоянии. Именно по этой причине, если возможно и целесообразно реализовать протокол на основе фактических данных для конкретного расстройства, то это будет нашим предпочтением. Однако практически нет данных о том, как лечить множественные коморбидные расстройства. Основываясь на небольшом количестве данных (например, Craske et al., 2007), предпочтительным вариантом является последовательная реализация протоколов, специфичных для расстройства, а не «смешивать и составлять» протоколы. Именно эта некомфортная ситуация, касающаяся того, как решать клиническую реальность множества сосуществующих проблем, привела к разработке более эффективных унифицированных подходов, таких как в (Barlow et al., 2011), и трансдиагностическая терапия, описанная в этом руководстве.

### ***Перфекционизм как коррелят и следствие психопатологии***

Для других клиентов перфекционизм может быть просто коррелятом психопатологии, а не предрасполагающим или поддерживающим фактором. У кого-то может быть высокий уровень перфекционизма в сфере труда или спорта, а также ПТСР и паническое расстройство. В таком случае явно нет необходимости заниматься перфекционизмом. Точно так же могут встречаться клиенты, у которых перфекционизм развился вследствие наличия другой психопатологии. Например, у Марио был сердечный приступ в возрасте сорока пяти, и впоследствии развилось паническое расстройство. Чтобы предотвратить повторный сердечный приступ, он довел здоровый образ жизни до крайности, придерживаясь жестких правил в отношении диеты и физических упражнений. Он разработал аналогичные правила о «стрессе» и не занимался какой-либо деятельностью, которая вызывает у него стресс. Он чувствовал, что ошибиться в чем угодно будет для него большим стрессом, и поэтому начал проводить проверку, чтобы убедиться, что он не делает ошибок в своих социальных или рабочих взаимодействиях. Со временем его перфекционизм стал самодостаточным, а его самооценка чрезмерно зависела от стремления, достижений и чрезмерно высоких стандартов.

В заключение: трансдиагностическая КПТ перфекционизма подходит для индивидов, которые представляют перфекционизм как самостоятельную проблему, когда он препятствует лечению расстройства или когда есть множество сосуществующих проблем, которые, по-видимому, поддерживаются перфекционизмом, и нет альтернативного, основанного на фактических данных вмешательства для решения многочисленных проблем. Перед началом терапии необходимо провести тщательный анализ, чтобы оценить, является ли перфекционизм предрасполагающим, причинным или поддерживающим фактором в психопатологии, или является коррелятом или следствием. Важным моментом является то, что вы как врач получаете индивидуальную формулировку роли перфекционизма для вашего конкретного клиента при разработке плана терапии.

# ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Успешная терапия перфекционизма зависит от понятной, доказательной оценки его выраженности. В этой главе описывается процесс и доступные инструменты для его проведения. Он начинается с обсуждения цели оценки, за которой следует описание основных стратегий оценки, включая основанные на интервью подходы, методы оценки поведения и шкалы самоотчетов.

Комплексная когнитивно-поведенческая оценка перфекционизма включает в себя ряд центральных особенностей. Во-первых, она должна включать несколько методов. Не существует единственного инструмента, подходящего для клинической оценки перфекционизма. По крайней мере, комплексная оценка должна включать тщательное клиническое интервью, поведенческие методы (например, поведенческие дневники, поведенческие наблюдения) и заполнение эмпирически подтвержденных шкал. Кроме того, для процесса часто бывает полезно включить несколько информантов (например, интервью с клиентом, а также со значимыми другими). Когнитивно-поведенческая оценка – это непрерывный процесс, который начинается до начала терапии и продолжается в течение всего курса, а иногда и после его окончания (например, последующие методы для оценки сохранения результатов). То, какие инструменты оценки использовать, зависит от её целей и вопросов, на которые пытается ответить врач. В табл. 5.1 приведены наиболее часто используемые стратегии оценки.

## Цели оценки

Процесс оценки (например, время и типы методов оценки) определяется, частично, его целью. Например, хотя существующие показатели самоотчета полезны для оценки выраженности перфекционизма и его конкретных особенностей (например, убеждений, связанных с перфекционизмом, наличия дезадаптивного или адаптивного перфекционизма), они часто менее полезны для установления диагноза, когда более вероятно будет полезным полуструктурированное диагностическое интервью. В контексте клинического перфекционизма оценка обычно имеет ряд целей:

- Оценить наличие, отсутствие или выраженность определенных симптомов или поведения (например, прокрастинация, перфекционистские убеждения).
- Чтобы оценить любые связанные с этим проблемы, такие как депрессия, расстройства пищевого поведения, тревожные расстройства или обсессивно-компульсивные и коморбидные связанные расстройства, которые могут препятствовать лечению, требуется одновременный мониторинг в ходе терапии или обеспечение вмешательства в отношении перфекционизма

### **ТАБЛИЦА 5.1. Компоненты комплексной оценки перфекционизма**

#### ***Клиническое интервью***

- *Может включать структурированные и неструктурированные методы.*
- *Области оценки*
  - *Диагностические особенности*
  - *Сигналы и триггеры перфекционистских убеждений и поведения*
  - *Поведенческие особенности*
  - *Когнитивные особенности*
  - *Физические реакции*
  - *Факторы окружающей среды*
  - *Дефицит навыков*

- *Выраженность и влияние*
- *Развитие, история проблемы и терапии*
- *Медицинская история*
- *Мотивация к изменениям*

### ***Поведенческие стратегии оценки***

- *Дневники самоконтроля могут использоваться для оценки особенностей перфекционизма (например, познания, поведения, триггеры, последствия) между сеансами терапии.*
- *Поведенческое наблюдение является полезной стратегией для оценки перфекционистского поведения по мере его возникновения. В некоторых обстоятельствах тесты поведенческого подхода могут быть полезны для оценки реакции страха и избегания в контексте клинического перфекционизма.*

### ***Шкалы самоотчета***

- *Области оценки*
    - *Выраженность перфекционизма*
    - *Поведенческие области перфекционизма*
    - *Адаптивный/неадаптивный перфекционизм*
    - *Перфекционистская самопрезентация*
    - *Ассоциированные познания*
    - *Перфекционизм в отношениях*
    - *Перфекционизм в спорте*
    - *Перфекционизм, расстройства пищевого поведения и образ тела*
    - *Перфекционизм у взрослых и детей*
  - *Оценить влияние перфекционизма на функционирование и качество жизни на работе или в школе, в отношениях и в других сферах жизни.*
  - *Облегчить выбор симптомов или поведения, на которое нужно ориентироваться в терапии.*
  - *Наполнить процесс совместной концептуализации.*
  - *Содействовать разработке плана терапии.*
  - *Оценить эффект вмешательства как во время терапии, так и после ее окончания.*
-

## Клиническое интервью

В этом разделе рассматриваются основные области для оценки во время клинического интервью, посвященного перфекционизму и связанным с ним проблемам.

### *Диагностические особенности*

Как уже упоминалось в этой книге, перфекционизм – это трансдиагностическая конструкция, присутствующая в широком спектре психологических расстройств, включая расстройства пищевого поведения, тревожные расстройства и депрессию. Комплексная диагностическая оценка полезна для выявления расстройств, которые часто связаны с перфекционизмом. Полуструктурированные интервью предоставляют надежный и достоверный метод для оценки наличия или отсутствия сопутствующих состояний (обзор признанных диагностических интервью см. Summerfeldt et al., 2010). Одним из популярных полуструктурированных интервью является структурированное клиническое интервью для расстройств DSM-5 (SCID; First et al., 2014). SCID ([www.appi.org](http://www.appi.org)) является одним из наиболее изученных и комплексных диагностических интервью и доступен как в исследовательской версии, так и в более короткой, менее всеобъемлющей версии для клиницистов. MINI – Международное Нейропсихиатрическое Интервью (MINI; Sheehan et al., 1998; [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)) – еще одно популярное диагностическое интервью, которое занимает около 15 минут, и в настоящее время обновляется для DSM-5. В той мере, в которой присутствуют связанные психологические проблемы, оценка основных характеристик этих расстройств является оправданной. Например, если клиент испытывает депрессивные состояния, то может быть включена тщательная оценка депрессии. Информацию о стратегиях и мерах по оценке психологических расстройств (в том числе связанных с перфекционизмом) см. (Antony, Barlow, 2010).

Диагностические оценки могут не привлекать некоторых клиентов, и поэтому необходимо тщательно продумать тайминг проведения диагностических опросов и обоснование, представлен-

ное клиенту. Один из подходов состоит в том, чтобы предложить начальную оценку в течение двух сеансов, где первая сессия сосредоточена на совместном обсуждении перфекционизма и его воздействия, что позволяет создать прочный терапевтический альянс, а второй включает диагностическое интервью. Хотя некоторые терапевты могут полагать, что два сессии оценки являются чрезмерными, стоит помнить, что терапия начинается с оценки, когда типы обсуждаемых вопросов и способ их обсуждения уже могут начать знакомить клиента с несколько иным взглядом на проблемы, с которыми он или она боролась.

### ***Сигналы и триггеры перфекционистских убеждений и поведения***

Понимание контекста, в котором возникают перфекционистские убеждения и поведение, важно для выбора подходящих стратегий терапии. Например, клиента, чей перфекционизм вызван социальными ситуациями, можно обучить стратегиям изменения мыслей о том, что его оценивают другие, и можно поощрять к тому, чтобы противостоять любым ситуациям, которых он/она избегает. Примеры возможных триггеров перфекционизма, о которых нужно спросить, включают в себя *межличностные сигналы* (например, получение отрицательной обратной связи от других), другие *ситуационные сигналы* (например, взвешивание себя; борьба за строгое соблюдение крайнего срока), *когнитивные сигналы* (например, навязчивые мысли о том, что человек неадекватен), *эмоциональные сигналы* (например, плохое настроение) и *интерцептивные сигналы* (например, потливость, которая может быть замечена окружающими). Сигналы и триггеры часто возникают естественным образом во время первоначальной оценки и в течение курса терапии. Их также можно определить с помощью целевых вопросов.

Примеры задаваемых вопросов:

- «Какие виды ситуаций вызывают чувство тревоги, грусти, гнева или стресса (особенно в ситуациях, когда ваши стандарты не соблюдаются)?»
- «Есть ли особые эмоции или чувства, которые имеют тенденцию активировать ваши высокие стандарты?»
- «Чувство неадекватности когда-либо вызывается мыслями, ко-



торые возникают в вашей голове? Какие мысли вызывают у вас перфекционизм?»

«Когда вы сравниваете себя с другими, как это влияет на то, как вы думаете о себе?»

«Существуют ли физические чувства, которые вызывают ваши перфекционистские стандарты или убеждения (например, ощущение полноты у людей с проблемами образа тела; переживание нестабильности у людей, которые чрезмерно обеспокоены тем, чтобы всегда выглядеть спокойным перед окружающими)?»

### ***Поведенческие особенности***

Поведенческие особенности перфекционизма – это то, что клиенты «делают» в результате своего перфекционизма. Возможно, наиболее важными поведенческими характеристиками для оценки являются избегающее (например, избегание вызывающих беспокойство ситуаций, таких как употребление запрещенной пищи или общение с людьми, вызывающими у клиента чувство собственной неадекватности; прокрастинация на работе или в школе) и контрпродуктивное безопасное поведение (например, усиленная подготовка к презентации или другим межличностным вызовам, повторная проверка, чтобы убедиться, что все идеально организовано перед выходом из дома, подавление пугающих мыслей). Терапия обычно включает в себя постепенное снижение избегающего и стремящегося к безопасности поведения (в особенности нарушающего функционирование или предотвращающего когнитивные изменения), поэтому комплексная оценка этих особенностей является ключевой для разработки эффективного плана терапии.

Примеры задаваемых вопросов:

«Есть ли что-то, что вы делаете, чтобы не беспокоиться о том, что вы не соответствуете вашим стандартам?»

«Что вы делаете для того, чтобы соответствовать вашим высоким стандартам?»

«Есть ли вещи, которые вы делаете и которые другие люди могут считать перфекционистскими?»

«Есть ли стратегии, которые вы используете, чтобы не допустить ошибок, о которых вы могли бы пожалеть позже?»

### **Когнитивные особенности**

КПТ включает в себя обучение клиентов выявлению убеждений, предположений, предсказаний и предубеждений (например, во внимании и памяти), которые способствуют перфекционизму и более гибкому мышлению в ситуациях, когда перфекционизм является проблемой. Оценка соответствующих когнитивных функций обычно начинается с первой встречи с клиентом и продолжается в течение всего курса терапии. Клиенты могут сообщать о своих перфекционистских убеждениях спонтанно, хотя обычно наиболее полезно выявить когнитивные особенности, задавая вопросы о них.

Примеры задаваемых вопросов:

- «О чем вы думали как раз перед тем, как ваша тревога стала усиливаться?»
- «Что бы это значило для вас, если бы вы не делали все возможное, например, если бы вы не получили самую высокую оценку в классе?»
- «Что, по вашему мнению, может произойти, если другие заметят ваши ошибки?»
- «Считаете ли вы, что другие должны соответствовать вашим стандартам?»
- «В какой степени вы определяете свою самооценку с точки зрения достижения ваших целей?»

### **Физические реакции**

Клиентов следует спросить о физических способах, которыми их перфекционизм влияет на них. Например, некоторые клиенты могут испытывать *панические атаки* (включая симптомы интенсивного возбуждения, такие как учащенное сердцебиение, одышка, головокружение и другие) из-за несоответствия их высоким стандартам. Поскольку панические атаки сами по себе являются источником тревоги для клиента, может быть полезным научить клиента стратегиям управления его или ее паническими атаками.

Примеры задаваемых вопросов:

- «Как вы себя чувствуете, когда ваша тревога усиливается?»
- «Когда вы не в состоянии соответствовать своим высоким стандартам, испытываете ли вы неприятные физические ощущение»

ния, такие как учащенное сердцебиение, потливость или головокружение?»

«Вас пугают какие-либо физические ощущения, которые вы испытываете, когда чувствуете тревогу? Вы беспокоитесь, что они могут привести к какой-то катастрофе?»

### **Факторы окружающей среды**

Клиентов следует спрашивать об экологических факторах, которые способствуют перфекционизму. Например, перфекционистское поведение может усиливаться в отношениях клиента, в школе или на рабочем месте. Работодатель клиента может заставить его работать на нереально высоком уровне и может наказать за несоответствие ожиданиям. Соответственно, перфекционистское поведение может быть усилено вниманием, похвалой, деньгами или другими наградами. Другим фактором окружающей среды, который может усугублять перфекционизм, является жизненный стресс (например, проблемы со здоровьем, семейные проблемы, финансовые трудности, стресс на работе, межличностные конфликты). В дополнение к вопросам о жизненном стрессе во время интервью врач может посчитать полезным попросить клиента заполнить небольшую анкету для оценки воспринимаемого стресса, такую как Шкала воспринимаемого стресса (Cohen et al., 1983).

Примеры задаваемых вопросов:

«Есть ли способы, которыми ваш перфекционизм был вознагражден в вашей жизни? Есть ли другие, которые, кажется, ценят эти черты в вас?»

«Заметили ли вы связь между повседневными стрессами в вашей жизни и тем, как на вас влияют либо ваши высокие стандарты, либо трудности в их достижении?»

«Вызывает ли перфекционизм проблемы в ваших отношениях с другими людьми (например, дружба, интимные отношения, воспитание детей)?»

### **Области перфекционизма**

Понимание областей, в которых перфекционизм является проблемой, может быть полезно для определения контекста, в котором стратегии терапии будут, скорее всего, практиковаться. Об-

ласти перфекционизма могут также дать подсказки относительно познаний, лежащих в основе перфекционизма клиента. Примерами общих областей перфекционизма являются работа, школа, хобби (например, искусство, музыка), повседневная деятельность (например, работа по дому, вождение), организация, отношения, принятие небольших решений, еда, спорт/фитнес и уборка/уход за домом (Antony, Swinson, 2009).

Примеры задаваемых вопросов:

- «Есть ли конкретные ситуации, в которых ваш перфекционизм кажется наиболее сильным? Например, в школе? На работе?»
- «В каких сферах вашей жизни вы стремитесь быть наиболее совершенным?»
- «Как перфекционизм влияет на ваши отношения?»

### **Дефицит навыков**

Клиницисты должны помнить о возможном дефиците навыков, который может быть связан с несоблюдением своих стандартов. Например, плохие навыки обучения могут помешать способности клиента достичь высокого уровня в школе. Точно так же дефицит социальных навыков, навыков решения проблем, тайм-менеджмента или организационных навыков может повлиять на производительность в различных областях жизни. В этих случаях терапия может включать в себя стратегии улучшения этих навыков, в дополнение к изменению копинг-стратегий, когда не соблюдаются стандарты.

Для оценки дефицита навыков можно использовать ряд стратегий, включая наблюдение за поведением, клинические интервью, интервью со значимыми другими и членами семьи, а также стандартизированные психологические тесты. Посредством поведенческого наблюдения врач может отметить признаки дефицита навыков и провести дополнительную оценку по мере необходимости. Например, заметив, что клиент часто опаздывает на прием к врачу, терапевт может задать особые вопросы, чтобы оценить, является ли опоздание паттерном в других сферах жизни, и если да, то связана ли это с проблемами с управлением временем (например, заорганизованность). Клинические интервью могут также генерировать полезную информацию о дефиците навыков.

Например, во время собеседования клиент может сообщить о длительной истории проблем успеваемости, которые могут быть связаны с плохими учебными навыками. Терапевт должен обязательно запросить объективное свидетельство о любых выявленных недостатках навыков, поскольку стремление к совершенству может привести к тому, что клиенты будут считать себя «несовершенными» в отсутствие каких-либо доказательств. Интервью со значимыми другими или членами семьи клиента могут предоставить подтверждающие доказательства любых сообщений о дефиците навыков. Наконец, для некоторых типов предполагаемых дефицитов (интеллектуальные способности, память и т.д.) объективную оценку навыков и способностей клиента могут дать стандартизированные психологические тесты.

### **Выраженность и влияние**

Клиента следует расспросить о том, каким образом перфекционизм негативно влияет на его/ее жизнь, в том числе о том, какие проблемы он создает, и о том, как он вызывает ухудшение в различных областях, таких как работа, школа, отношения, повседневная деятельность (например, работа по дому), здоровье и другие сферы жизни. В процессе оценки клиентов также можно поощрять проведение различий между стандартами, которые вызывают тревогу и ухудшение продуктивности, и стандартами, которые потенциально полезны. Энтони и Суинсон (Antony, Swinson, 2009, p. 88–89) предоставляют список вопросов, чтобы облегчить различие между полезными и бесполезными стандартами:

«Ваши стандарты выше, чем у других людей?»

«Можете ли вы соответствовать вашим стандартам? Если да, то какой ценой?»

«Могут ли другие люди соответствовать вашим стандартам?»

«Помогают ли вам ваши стандарты в достижении ваших целей или они мешают вам (например, из-за того, что вы слишком разочарованы или рассержены, когда ваши стандарты не соблюдаются, или из-за того, что вы выполняете меньше работы)?»

«Каковы будут последствия, если ослабить определенный стандарт или игнорировать правило, которое у вас есть?»

«Каковы будут преимущества ослабления определенного стандарта или игнорирования имеющегося у вас правила?»

### **Развитие, история проблемы и терапии**

Интервью должно включать обсуждение того, как и когда возникла проблема. Например, был ли перфекционизм проблемой всю жизнь? В каком возрасте клиент начал замечать, что перфекционизм стал проблемой? Знает ли клиент о каких-либо ранних переживаниях, которые могли привести к проблеме, таких как моделирование перфекционистского поведения значимыми другими, внешнее давление, чтобы быть совершенным, критика другими или усиление перфекционистского поведения?

Установление течения и истории проблемы также полезно. Например, полезно знать, были ли в прошлом периоды, когда поведение, связанное с перфекционизмом, было адаптивным или функциональным, а также как оно развивалось с течением времени, или ситуация клиента изменялась со временем, так что поведение становилось проблемой.

Возможные вопросы:

«Как развивалась проблема с течением времени?»

«Был ли перфекционизм стабильным?»

«Со временем это ухудшилось или улучшилось?»

«Было ли нарастание и спады?»

«Совпали ли изменения в перфекционизме с какими-либо серьезными жизненными событиями или другими возможными триггерами?»

«Было ли время, когда ваш перфекционизм был вам полезен (например, вознагражден другими)? Что изменилось со временем?»

В дополнение к пониманию развития и течения проблемы с течением времени полезно знать историю любого лечения, которое получил клиент, включая как психологические процедуры, так и лекарства. Клиницист должен задать вопросы о том, какое лечение было получено, продолжительность и интенсивность прошедшего лечения и соблюдение предыдущих вмешательств (например, завершение домашней работы по лечению). Если клиент уже получал КПТ в прошлом, врач должен спросить о конкретных

стратегиях, которые были использованы. Некоторые клиенты (и терапевты) могут полагать, что они используют когнитивные и поведенческие стратегии, когда на самом деле наиболее подходящие стратегии либо вообще не используются, либо используются неправильно.

### **Медицинская история**

Как и при лечении любых психологических проблем, важно, чтобы клиент прошел полное медицинское обследование. Некоторые психологические симптомы, связанные с перфекционизмом (например, депрессия, беспокойство), могут быть связаны с медицинскими проблемами, требующими лечения. Кроме того, некоторые симптомы психологических расстройств (например, низкая масса тела при расстройствах пищевого поведения) могут вызывать проблемы со здоровьем, которые должен решать врач.

### **Мотивация к изменениям**

Клиенты часто неоднозначно относятся к изменению своего перфекционизма (Egan et al., 2013) из-за ощутимых преимуществ перфекционизма. Может быть полезно выявить амбивалентность на ранних этапах процесса, задавая вопросы о приверженности клиента к терапии и предполагаемых издержках и преимуществах изменения. С клиентами, которые неоднозначно относятся к лечению, может быть полезным проведение мотивационного интервью (например, Miller, Rollnick, 2013) перед началом КПТ. Кроме того, в книгу «Преодоление перфекционизма» (Shafran et al., 2010) включены рабочие листы, чтобы помочь клиентам оценить их уровень мотивации и уменьшить неоднозначность в отношении лечения.

### **Поведенческие стратегии оценки**

По сравнению со шкалами интервью и самоотчетов поведенческие стратегии могут дать более объективные сведения о том, как перфекционизм человека влияет на его или ее поведение. Например, заполнение *дневников самоконтроля* на протяжении все-

го курса лечения может предоставить данные о соответствующем поведении по мере его возникновения. Примеры переменных, которые могут быть записаны в дневниках, включают триггеры перфекционизма, перфекционистские мысли, перфекционистское поведение и последствия перфекционистского поведения. Клиницисты должны помнить о случаях, когда данные, записанные клиентами, являются слишком подробными и тщательными. То, как клиенты заполняют свои дневники, иногда может дать важные подсказки о характере перфекционизма клиента, а также о возможных целях лечения.

*Поведенческие наблюдения* также могут быть полезны для сбора данных о перфекционизме клиента. Эта стратегия предполагает наблюдение за клиентом и наблюдение за примерами перфекционистского поведения или другого поведения, представляющего интерес. Поведенческое наблюдение может проводить терапевт (например, наблюдая перфекционистское поведение во время терапевтической сессии) или другие (например, когда клиент организует для члена семьи запись примеров перфекционистского поведения, которое происходит между сессиями). Наблюдение со стороны членов семьи особенно полезно в тех случаях, когда перфекционизм влияет на семейные отношения.

Связанной стратегией является *тест поведенческого подхода* (ТПП), который часто включает наблюдение за поведением в качестве компонента. ТПП включают в себя просьбу к клиенту приблизиться к ситуации, которой он боится, измерение (1) того, способен ли клиент выполнить задачу, и (2) реакции клиента во время воздействия ситуации, которой он боится. ТПП часто используются при оценке тревожных расстройств и могут быть полезны для оценки клиентов, у которых перфекционизм связан с тревогой, страхом и избеганием.

Например, клиент, который беспокоится о том, что он может совершить ошибку на глазах у других, бывает намеренно делает что-то неправильно (например, неправильно произносит слово; опаздывает на встречу; допускает опечатки в электронном письме), а затем сообщает о результате (например, его или ее когнитивные и эмоциональные реакции на ситуацию; безопасное поведение, используемое для управления тревожностью). ТПП могут



быть полезны в случаях, когда клиенты менее осведомлены о том, как они на самом деле реагируют в тревожащей ситуации (возможно, потому, что они обычно избегают ее).

Хотя ТПП могут предоставить полезную информацию (например, о реальном ответе клиента в тревожащей ситуации), терапевты должны быть чувствительны к их возможным негативным последствиям, включая (1) возможные разрывы терапевтических отношений, особенно у клиентов, которые не хотят изменить свои перфекционистские стандарты, и (2) клиенты чувствуют себя обескураженными, если они не могут завершить ТПП с минимальным дискомфортом. Если необходимо использовать ТПП, следует тщательно подготовиться. Клиенты должны понимать обоснование ТПП (как инструмента оценки); нельзя принуждать их к выполнению того, что они не готовы сделать. ТПП могут быть наиболее подходящим способом, когда терапия идет полным ходом, когда клиенты полностью вовлечены в терапевтический процесс и установлены прочные доверительные отношения между клиентом и терапевтом.

## Самоотчет для измерения перфекционизма

В этом разделе основное внимание уделяется шкалам, разработанным специально для оценки перфекционизма. Список шкал самоотчетов о перфекционизме, обсуждаемых в этой главе, можно найти в Приложении 3, а также можно загрузить с веб-сайта издателя ([www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms)). В этой главе приведены инструкции по подсчету для 15 перепечатанных и загружаемых шкал в Приложении 3. Для шкал, которые не перепечатаны в этой книге, в табл. 5.2 включена информация о том, где можно получить шкалу.

Обратите внимание, что ряд более широких психологических тестов также использовался для измерения перфекционизма, включая Миннесотский многофазный личностный опросник-2 (MMPI-2; Butcher et al., 2001; например, Rice, Stuart, 2010); Пересмотренный индекс личностных стилей Миллона (MIPS-R; Millon, 2004; например, Rice, Stuart, 2010); Шкала дисфункционального

мироощущения (DAS; Weissman, Beck, 1978; например, Blatt et al., 1998); и Опросник личного стиля (PIS; Robins et al., 1994; например, Shahar, 2006).

При выборе шкалы следует учитывать несколько факторов. Важно выбрать шкалы, которые (1) оценивают представляющие интерес конструкты (например, выраженность перфекционизма, области перфекционизма, познания, связанные с перфекционизмом), (2) практичны в применении (например, краткие, легко оцениваемые, простые для понимания клиентами), (3) полезны для оценки изменений во времени (если шкала должна использоваться для оценки результатов). При прочих равных условиях также предпочтительно использовать шкалы с установленной надежностью (например, внутренней согласованностью, надежностью межсистемного тестирования, надежностью повторного тестирования) и достоверностью (например, одновременная достоверность, достоверность конструкции, достоверность содержимого, сходящаяся достоверность, достоверность, связанная с критериями, дискриминантная достоверность, дискриминационная достоверность, инкрементная достоверность, достоверность лица, прогностическая достоверность, чувствительность и специфичность, поддерживаемая структура подшкалы). Тем не менее, были изучены только самые основные типы достоверности и надежности существующих шкал перфекционизма, и каждая из рассмотренных шкал имеет ограничения. Например, валидность этих шкал по большей части была установлена путем изучения корреляции между этими шкалами и другими самооценочными показателями перфекционизма с учетом совпадения содержания в самых популярных шкалах перфекционизма, неудивительно, что они имеют тенденцию быть сильно взаимосвязанными. Напротив, мало что известно о прогностической достоверности обычно используемых шкал перфекционизма (например, предсказывают ли они на самом деле возникновение поведения, которое считается связанным с перфекционизмом). На самом деле, как было рассмотрено в главе 1, среди экспертов даже нет согласованного определения *перфекционизма*.

При выборе шкал следует учитывать и ряд других факторов. Например, некоторые шкалы предназначены для использования

в определенных группах населения (например, дети, спортсмены, люди с расстройствами пищевого поведения), тогда как другие предназначены для более общего использования. Некоторые шкалы фокусируются только на клиническом (т.е. неадекватном, нездоровом или «плохом») перфекционизме, тогда как другие включают элементы для оценки здоровых высоких стандартов (иногда называемых адаптивным, или «хорошим» перфекционизмом), а какие-то предназначены для разграничения этих двух типов перфекционизма. Шкалы также различаются в отношении того, как они определяют перфекционизм и его компоненты, рассматривают ли они перфекционизм как одномерный или многомерный конструкт, насколько хорошо они прошли валидацию в различных группах населения, их сложность, их стоимость и другие важные аспекты.

Хотя не существует идеальной шкалы для измерения перфекционизма, небольшое количество шкал стало особенно популярным вариантом, по крайней мере среди исследователей, которые изучают перфекционизм. Две общие шкалы перфекционизма, которые были исследованы в наибольшей степени, существуют уже более двух десятилетий, и обе они первоначально назывались Многомерной шкалой перфекционизма. Чтобы избежать путаницы, мы называем их именами авторов: *Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта и Флетта* (HMPS; Hewitt, Flett, 1991b) и *Многомерная шкала перфекционизма Фроста* (FMPS; Frost et al., 1990). *Шкала близости к идеалу – пересмотренный вариант* (APS-R; Slaney et al., 2001) также широко используется в исследованиях перфекционизма, хотя и не так часто, как FMPS и HMPS. Несмотря на их популярность среди исследователей для измерения перфекционизма, их полезность в повседневной клинической практике ставится под сомнение. Все три шкалы включают элементы, которые измеряют как позитивные, так и негативные формы перфекционизма, и не все подшкалы имеют отношение к перфекционизму в клинических популяциях.

Другие шкалы, рассмотренные в этом разделе, либо менее обоснованы, либо менее популярны, либо имеют более специализированную направленность. Тем не менее, они потенциально полезны, в зависимости от целей оценки. В оставшейся части этого

раздела дается обобщенное в табл. 5.2 описание существующих шкал самооценки по перфекционизму.

### ***Шкала близости к идеалу – пересмотренная***

APS-R (Slaney et al., 2001) представляет собой вопросник из 23 пунктов, предназначенный для измерения трех независимых аспектов перфекционизма: *высоких стандартов* (т.е. тенденции к повышению стандартов собственной работы; пункты 1, 5, 8, 12, 14, 18 и 22); *порядка* (т.е. тенденция отдавать предпочтение порядку и организации; пункты 2, 4, 7 и 10); и *несоответствия* (т.е. убеждение в том, что человек постоянно не соответствует собственным высоким стандартам; пункты 3, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21 и 23). Каждый пункт оценивается по 7-балльной шкале от 1 (полностью не согласен) до 7 (полностью согласен). APS-R был разработан для улучшения существующих шкал (например, Frost et al., 1990; Hewitt, Flett, 1991b; Slaney, Johnson, 1992) с четырьмя целями: (1) измерить переменные, которые определяют перфекционизм, вместо переменных, которые отражают причины, корреляции или последствия перфекционизма; (2) измерить как адаптивные, так и неадаптивные аспекты перфекционизма; (3) отразить общепринятые взгляды относительно определения перфекционизма; и (4) быть эмпирически обоснованными (Slaney et al., 2001).

APS-R является одним из трех наиболее широко используемых опросников перфекционизма, и его психометрические свойства (например, структура фактора, валидность конструкции, конвергентная валидность, достоверность дискриминанта, внутренняя согласованность, надежность повторного тестирования, внутренняя согласованность) подтверждаются количеством исследований (обзор см. Slaney et al., 2002). Три фактора шкалы показывают измерение независимых конструкций с приемлемыми уровнями внутренней согласованности (Slaney et al., 2001).

APS-R использовался, чтобы различать адаптивный и неадаптивный перфекционизм. Неадаптивный перфекционизм ассоциируется с повышенными значениями как по подшкалам высоких стандартов, так и по подшкалам несоответствий, в то время как адаптивные перфекционисты обычно имеют высокие оценки по подшкалам высоких стандартов и низкие оценки по подшкалам

Таблица 5.2. Список шкал самооотчета

Шкала	Цель	Длина	Комментарии
Общее измерение перфекционизма <i>Шкала близости к идеалу – пересмотренная</i> (APS-R; Slaney et al., 2001)	Оценивает три критерия перфекционизма: (1) высокие стандарты, (2) порядок и (3) несоответствие.	23 пункта	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хорошо исследован; сильные психометрические свойства</li> <li>• Разделяет адаптивный и неадаптивный перфекционизм.</li> <li>• Переведен на несколько языков.</li> <li>• Напечатан в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Опросник поведенческих областей</i> (BDQ; Lee et al., 2011)	Оценивает поведенческое выражение перфекционизма в пяти сферах жизни: (1) работа по дому, (2) работа, (3) социальная деятельность, (4) хобби и (5) внешний вид.	37 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценивает семь типов перфекционистского поведения.</li> <li>• Предварительные данные подтверждают клиническую полезность.</li> <li>• Напечатан в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Шкала перфекционизма Бёрнса</i> (BPS; Бёрнс, 1980)	Оценивает клинический перфекционизм.	10 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одна из первых опубликованных шкал перфекционизма.</li> <li>• Широко цитируется, но мало известно о её психометрических свойствах.</li> <li>• Напечатана в оригинальной статье в журнале <i>Psychology Today</i>.</li> </ul>
<i>Опросник клинического перфекционизма</i> (CPQ; Ферберн и др., 2003а)	Оценивает клинический перфекционизм.	12 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкала показывает хорошие психометрические свойства.</li> <li>• Полезна для оценки перфекционизма между сессиями.</li> <li>• Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Шкала последствий клинического перфекционизма</i> (COPS; Ким, 2010)	Оценивает восприятие перфекционизма как адаптивное или неадаптивное.	10 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предварительные исследования подтверждают надежность и достоверность.</li> <li>• Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>

Таблица 5.2 (продолжение)

Шкала	Цель	Длина	Комментарии
<b>Общие шкалы перфекционизма (продолжение)</b>			
Фрост и др. Многомерная шкала перфекционизма (FMPS; Frost et al., 1990)	Оценивает шесть аспектов перфекционизма: (1) озабоченность ошибками, (2) сомнение в действиях, (3) личные стандарты, (4) родительские ожидания, (5) родительская критика и (6) организация.	35 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одна из двух наиболее изученных и популярных шкал для оценки перфекционизма.</li> <li>• Хорошие психометрические свойства, за исключением смешанных данных о количестве факторов.</li> <li>• Переведена на несколько языков.</li> <li>• Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта и Флетта (HMPS; Hewitt, Flett, 1991b)	Оценивает три вида перфекционизма: (1) перфекционизм, ориентированный на себя, (2) перфекционизм, ориентированный на других, и (3) социально-предписанный перфекционизм.	45 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одна из двух наиболее изученных и популярных шкал для оценки перфекционизма.</li> <li>• Хорошие психометрические свойства.</li> <li>• Доступна у издателя (Multi-Health Systems).</li> </ul>
Опросник невротического перфекционизма (NPQ; Mitzman et al., 1994)	Предназначен для измерения перфекционизма у людей с расстройствами пищевого поведения, хотя содержание пунктов общее.	42 пункта	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет данных о психометрических свойствах.</li> <li>• Не так широко применяется.</li> <li>• Напечатан в оригинальной статье в журнале.</li> </ul>
Опросник перфекционизма (PI; Hill et al., 2004)	Оценивает восемь областей перфекционизма: (1) озабоченность ошибками, (2) высокие стандарты для других, (3) потребность в одобрении, (4) организация, (5) восприимчивое родительское давление, (6) плановость и (8) стремление к превосходству.	59 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оригинальная статья в журнале предполагает хорошие психометрические свойства.</li> <li>• Широко не использовался и не изучался.</li> <li>• Напечатан в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>

Таблица 5.2 (продолжение)

Шкала	Цель	Длина	Комментарии
Перфекционистская шкала самопрезентации (PSPS; Hewitt et al., 2003)	Оценивает желание казаться совершенным перед другими в трех измерениях: (1) перфекционистская самореклама, (2) отсутствие проявления несовершенства и (3) сокрытие несовершенства.	27 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Доступна на сайте Пола Хьюитта (<a href="http://heivittlab.psych.ubc.ca/requests.htm">http://heivittlab.psych.ubc.ca/requests.htm</a>)</li> </ul>
Шкала позитивного и негативного перфекционизма (PANPS; Tetty-Short et al., 1995)	Оценивает позитивные и негативные аспекты перфекционизма.	40 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Психометрические свойства смешанные.</li> <li>короткая версия (19 пунктов) может быть более полезной.</li> <li>Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<b>Познания о перфекционизме</b>			
Опросник познаний о перфекционизме (PCI; Flett et al., 1998)	Оценивает частоту автоматических мыслей, затрагивающих темы перфекционизма.	25 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Доступна на веб-сайте Пола Хьюитта (<a href="http://heivittlab.psych.ubc.ca/requests.htm">http://heivittlab.psych.ubc.ca/requests.htm</a>).</li> </ul>
Многомерный опросник перфекционизма – английский (MPCI-E; Koberg, 2006)	Оценивает познания, связанные с самоориентированным перфекционизмом и социально-предписанным перфекционизмом, по трем измерениям: (1) личные стандарты, (2) стремление к совершенству и (3) беспокоенность ошибками.	15 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>

Таблица 5.2 (продолжение)

Шкала	Цель	Длина	Комментарии
<b>Перфекционизм в отношениях</b>			
<i>Двухэлементная шкала близости к идеалу</i> (DAPS; Shea, Slaney, 1999)	Оценивает перфекционистские убеждения о партнере по трем параметрам: (1) высокие стандарты, (2) порядок и (3) несоответствие.	26 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>• Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Семейная шкала близости к идеалу</i> (FAPS; Wang et al., 2010)	Оценивает убеждения относительно стандартов членов семьи по трем параметрам: (1) семейные стандарты, (2) семейный порядок и (3) семейное несоответствие.	17 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>• Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Многомерная шкала родительского перфекционизма</i> (MRPS; Snell et al., 2005)	Оценивает перфекционизм в контексте воспитания детей (включает 11 подшкал).	65 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимы исследования для подтверждения психометрических свойств.</li> <li>• Напечатана в приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<b>Перфекционизм и спорт</b>			
<i>Многомерная шкала спортивного перфекционизма-2</i> (Sport-MPS-2; Gotwals, Dunn, 2009)	Оценивает перфекционизм в контексте спорта по шести измерениям: (1) личные стандарты, (2) озабоченность ошибками, (3) воспринимаемое родительское давление, (4) воспринимаемое давление тренера, (5) сомнения в действиях и (6) организация.	42 пункта	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>• Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>



Таблица 5.2 (продолжение)

Шкала	Цель	Длина	Комментарии
<i>Шкала спортивного перфекционизма (SPS; Anshel et al., 2009)</i>	Оценивает перфекционизм, связанный со спортом.	35 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства, в том числе одномерную структуру факторов.</li> <li>Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Перфекционизм, расстройств пищевого поведения и образ тела</i>			
<i>Опросник расстройств пищевого поведения – подшкала перфекционизма (EDI-P; Garner, 1991)</i>	Оценивает перфекционизм в контексте расстройств пищевого поведения.	6 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Часть EDI-3, популярной и устоявшейся шкалы расстройств пищевого поведения.</li> <li>Доступна у издателя, PAR.</li> </ul>
<i>Шкала перфекционизма в отношении внешнего вида (PAPS; Yang, Stoeberl, 2012)</i>	Оценивает перфекционизм относительно внешнего вида по двум параметрам: (1) беспокорство о несовершенстве и (2) надежда на совершенство.	12 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>
<i>Перфекционизм у детей</i>			
<i>Шкала адаптивного/неадаптивного перфекционизма (AMPS; Rice, Preusser, 2002)</i>	Оценивает перфекционизм у детей в возрасте от 9 до 12 лет, по четырем измерениям: (1) чувствительность к ошибкам, (2) условная самооценка, (3) компульсивность и (4) потребность в восхищении.	27 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Напечатана в Приложении 3 этой книги.</li> </ul>

Таблица 5.2 (окончание)

Шкала	Цель	Длина	Комментарии
<i>Шкала перфекционизма у детей и подростков</i> (CAPS; Flett et al., 2000)	Оценивает перфекционизм у детей: (1) перфекционизм, ориентированный на себя, и (2) социально-предписанный перфекционизм.	22 пункта	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Доступна на веб-сайте Пола Хьюитта (<a href="http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm">http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm</a>).</li> </ul>
<i>Детская ретроспективная шкала перфекционизма</i> (CHIRP; Southgate et al., 2008)	Оценивает детский перфекционизм ретроспективно, с акцентом на обсессивно-компульсивных чертах личности.	20 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Доступны две версии (по 20 пунктов в каждой) – одна для того, чтобы человек мог сообщить о своем собственном перфекционизме в детстве, и одна для заполнения информантом.</li> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Перепечатана с оригинальной журнальной статьи (Southgate et al., 2008).</li> </ul>
<i>Перфекционистская шкала самопрезентации – форма для детей</i> (PSPS-IR; Hewitt et al., 2011)	Оценивает перфекционистскую самопрезентацию у детей и подростков по трем измерениям: (1) перфекционистская самореклама, (2) скрытые несовершенства и (3) нераскрытые несовершенства.	18 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предварительные исследования подтверждают психометрические свойства.</li> <li>Доступна на веб-сайте Пола Хьюитта (<a href="http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm">http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm</a>).</li> </ul>

несоответствий. APS-R использовался как у взрослых, так и у детей (Vandiver, Worrell, 2002) и изучался в ряде этнически разнообразных групп (например, Chan, 2010; Mobley et al., 2005). APS-R переведен на несколько языков, включая китайский, голландский, японский, корейский и турецкий. Райс, Ричардсоном и Тюллером недавно была разработана версия из восьми пунктов APS-R (в печати).

APS-R перепечатан в Приложении 3 к этому тому. Оценки для каждой из трех подшкал генерируются путем вычисления суммы баллов для элементов в подшкале. В выборке из более чем 1500 студентов бакалавриата (Rice, Ashby, 2007) сообщили о средних и стандартных отклонениях для каждой подшкалы следующим образом: высокие стандарты ( $M = 42,45$ ;  $SD = 5,46$ ), порядок ( $M = 21,22$ ;  $SD = 4,63$ ), несоответствие ( $M = 39,80$ ;  $SD = 15,22$ ). В своем всестороннем психометрическом анализе Райс и Эшби (2007) обнаружили, что оценка 37 или выше в подклассе высоких стандартов отличает перфекционистов от неперфекционистов, а среди перфекционистов оценка 45 или выше в подшкале несоответствий предполагает значительный дезадаптивный перфекционизм. В этом исследовании подшкала порядка не была полезна ни для выявления перфекционистов, ни для разграничения между адаптивными и неадаптивными перфекционистами.

### **Опросник поведенческих доменов**

*Опросник поведенческих доменов* (BDQ; Lee et al., 2011) – это опросник из 37 пунктов, предназначенный для оценки поведенческого выражения перфекционизма в пяти сферах жизни: *работа по дому* (образец: «Как часто вам было трудно прекратить убирать дом, потому что вы стремились довести его до своих личных стандартов?»); *работа* (пример: «Как часто вы снова и снова проверяли свою работу на предмет ошибок?»); *социальная сфера* (пример: «Как часто вы задумывались о прошлых социальных взаимодействиях, чтобы увидеть, соответствует ли ваше поведение вашим личным стандартам?»); *хобби* (пример: «Как часто вы избегали групповых занятий, потому что хотели достичь лучших результатов и боялись сравнения?»); и *внешний вид* (пример элемента: «Как часто вы чистили зубы дольше пяти минут?»). Каждый пункт

оценивается (за последние 4 недели) по 5-балльной шкале от 1 (никогда) до 5 (всегда). BDQ оценивает семь различных типов перфекционистского поведения: (1) *чрезмерное время на выполнение работы* (пункты 1, 2, 14, 17, 26, 32 и 33); *излишняя тщательность* (пункты 3, 4, 5 и 37); *невозможность прервать работу* (пункты 6, 15, 29, 34); *проверка на ошибки* (пункты 7, 10, 12, 18, 21, 28, 30, 36); *трудности в выполнении работы* (пункты 11, 13, 16 и 35); *безопасное поведение* (пункты 8, 9, 20, 22, 24, 25 и 31); и *избегание* (пункты 19, 23 и 27). Хотя внутренняя согласованность для общего балла была превосходной, она была ниже для баллов подшкалы (Lee et al., 2011). BDQ, по-видимому, является клинически полезной шкалой, хотя для установления его психометрических свойств необходимы дополнительные исследования.

BDQ перепечатан в Приложении 3 к этой книге. Оценка генерируется для каждой из семи подшкал поведения путем вычисления среднего значения для подшкалы (то есть путем суммирования всех соответствующих элементов и деления на количество элементов в этом подшкале). Следовательно, каждая подшкала поведения может иметь оценку от 1 до 5. Средние и стандартные отклонения для лиц с повышенным перфекционизмом были описаны в (Lee et al., 2011) следующим образом: *чрезмерное время* ( $M = 1,89$ ;  $SD = 0,50$ ), *чрезмерная тщательность* ( $M = 1,50$ ;  $SD = 0,53$ ), *невозможность остановить работу* ( $M = 1,80$ ;  $SD = 0,62$ ), *проверка* ( $M = 2,24$ ;  $SD = 0,57$ ), *трудности с выполнением работы* ( $M = 1,73$ ;  $SD = 0,69$ ), *безопасное поведение* ( $M = 2,31$ ;  $SD = 0,69$ ), *избегание* ( $M = 1,90$ ;  $SD = 0,64$ ). В целом, баллы более одного стандартного отклонения выше или ниже среднего можно считать высокими или низкими, соответственно.

### **Шкала перфекционизма Бернса**

Шкала перфекционизма Бернса (BPS; Burns, 1980) – один из самых ранних опросников для оценки клинического перфекционизма. Она была первоначально напечатана в классической статье Дэвида Бернса «Психология сегодня» о роли неадаптивных мыслей в развитии проблемного перфекционизма. BPS – это опросник из 10 пунктов, в котором каждый элемент оценивается по 5-балльной шкале от +2 (полностью согласен) до -2 (катего-

рически не согласен). Шкала трактует перфекционизм как одномерный конструкт. Хотя BPS широко цитируется, мало известно о его психометрических свойствах. Статья, содержащая опросник, перепечатана в разных местах онлайн (напр., [www.ucdenver.edu/life/services/counseling-center/Documents/The-Perfectionists-Script-for-Self-Defeat.pdf](http://www.ucdenver.edu/life/services/counseling-center/Documents/The-Perfectionists-Script-for-Self-Defeat.pdf))

### **Опросник клинического перфекционизма**

CPQ (Fairburn et al., 2003a) был разработан для оценки клинического перфекционизма, одномерной, трансдиагностической конструкции, определяемой как «чрезмерная зависимость самооценки от решительного стремления к личным требовательным, навязанным самому себе стандартам, по крайней мере, в одном весьма значимом домене, несмотря на неблагоприятные последствия» (Shafran et al., 2002, p. 778). CPQ – это опросник для самоотчета, состоящий из 12 пунктов, который измеряет тенденцию ставить высокие цели и последствия их невыполнения (пример: «Вы действительно сильно старались достичь своих целей?»), включая самоуважение, основанное на соответствии стандартам. Пункты оцениваются по 4-балльной шкале, от 1 (вовсе нет) до 4 (всегда).

CPQ использовался в нескольких исследованиях, в которых изучались его психометрические свойства как в неклинических условиях (Chang, Sanna, 2012; Dickie et al., 2012; Egan et al., 2016; Stoeber, Damian, 2014), так и при расстройствах пищевого поведения (Egan et al., 2014; Steel et al., 2011). После удаления двух психометрически проблемных элементов было установлено, что CPQ имеет два умеренно коррелированных фактора, каждый со средней внутренней согласованностью и надежностью повторного тестирования (Dickie et al., 2012): (1) личные стандарты и (2) эмоциональные проблемы и последствия. Подобное двухфакторное решение было также найдено в другом неклиническом исследовании (Egan et al., 2014). Кроме того, было показано, что CPQ имеет хорошую внутреннюю согласованность и конвергентную достоверность в случае расстройств пищевого поведения (Steele et al., 2011). Также было показано, что CPQ обладает хорошей надежностью повторного тестирования, а также отличительной валидностью и возможностью отличить образец клинического

расстройства пищевого поведения от здорового добровольца из контрольной группы (Egan et al., 2016). В другом исследовании было установлено, что суммарные баллы по полному CPQ имеют адекватную внутреннюю согласованность, и было установлено, что CPQ предсказывает дезадаптацию вследствие эффектов негативного аффекта и многомерного перфекционизма (Chang, Sanna, 2012). Наконец, CPQ чувствителен к эффектам лечения (Riley et al., 2007). Предварительные исследования CPQ предполагают, что эта шкала может быть полезна для оценки клинического перфекционизма, особенно для контроля результата лечения (например, Steele et al., 2013). Тем не менее, необходимы дополнительные исследования психометрических свойств CPQ, особенно на клинических образцах, поскольку до настоящего времени клинические исследования были ограничены клиническими образцами с расстройством пищевого поведения. CPQ перепечатан в Приложении 3 к этой книге. Пункты 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 и 12 оцениваются следующим образом: 1 = совсем нет; 2 = иногда; 3 = большую часть времени; 4 = постоянно. Пункты 2 и 8 оцениваются в обратном порядке, так что 4 = совсем нет; 3 = иногда; 2 = большую часть времени; 1 = постоянно. Общая оценка рассчитывается путем суммирования всех 12 пунктов. Райли и др. (Riley et al., 2007) сообщили, что в группе обращающихся за лечением лиц с клинически значимым перфекционизмом среднее значение составило 35,70 (SD = 5,07) до лечения и 28,80 (SD = 13,15) после лечения.

### ***Шкала последствий перфекционизма***

Шкала «*Последствия перфекционизма*» (COPS; Kim, 2010; Kim, Chang, 2010) была разработана для измерения восприятия перфекционизма как адаптивного или неадаптивного. Этот инструмент из 10 пунктов включает 6 пунктов, описывающих положительные последствия перфекционизма, и 4 элемента, описывающих отрицательные последствия. Предметы оцениваются по шкале от 1 (крайне не соответствует мне) до 5 (крайне верно по отношению ко мне). Опросник был сокращен от более ранней версии из 30 пунктов. Недавние исследования подтверждают факторную структуру, надежность и достоверность этого инструмента (Stoeber et al., 2013). COPS перепечатан в Приложении 3 к этой

книге. Пункты 2, 3, 5 и 9 (негативные последствия перфекционизма) имеют обратную оценку (1 = 5; 2 = 4; 4 = 2; 5 = 1). Общий балл затем рассчитывается путем суммирования всех 10 пунктов.

### **Многомерная шкала перфекционизма Фроста**

FMPS (Frost et al., 1990) является одной из наиболее тщательно изученных шкал для измерения перфекционизма как в клинических, так и неклинических популяциях. Этот опросник, состоящий из 35 пунктов, оценивает перфекционизм по шести измерениям и генерирует как общий балл перфекционизма, так и баллы для каждой из следующих шести подшкал: (1) *озабоченность ошибками* (ОО; пример элемента: «Если я провалюсь на работе/в школе, я стану неудачником как личность»), (2) *сомнения в действиях* (СД; пример: «Я обычно сомневаюсь в простых повседневных делах, которые я делаю»), (3) *личные стандарты* (ЛС; образец: «Я ставлю более высокие цели, чем большинство людей»), (4) *родительские ожидания* (РО; образец: «Мои родители устанавливают для меня очень высокие стандарты»), (5) *родительская критика* (РК; пример: «В детстве я был наказан за то, что делал что-то не совсем идеально») и (6) *организация* (О; пример: «Организация очень важна для меня»). Пункты оцениваются по шкале от 1 (категорически не согласен) до 5 (полностью согласен) и перепечатаны в оригинальной статье о разработке опросника (Frost et al., 1990). Поскольку О не сильно коррелирует с другими подшкалами, элементы О не учитываются при вычислении общего балла FMPS (Frost et al., 1990).

Хотя шкала генерирует общий балл, существует ряд причин, чтобы поставить под сомнение полезность итогов. Все факторные аналитические исследования FMPS предполагают, что мера является многофакторной, и неясно, что оцениваемые измерения являются аддитивными. Как показано в главе 1, некоторые подшкалы (например, ОО), по-видимому, измеряют основные признаки перфекционизма, тогда как другие (например, РО, РК), по-видимому, измеряют причины или корреляты перфекционизма. Кроме того, некоторые подшкалы (например, ЛС и О), по-видимому, отражают конструкцию адаптивного или здорового перфекционизма более высокого порядка, тогда как другие подшкалы (ОО, СД, РК, РО), по-видимому, отражают неадаптивную или нездоровую

конструкцию более высокого порядка или неадаптивный перфекционизм (например, Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993). Общая оценка может показаться менее полезной, учитывая тот факт, что подшкалы измеряют такие разные конструкции.

В ряде исследований изучалась структура факторов FMPS. Хотя в оригинальной статье Фрост и др. (Frost et al., 1990) было поддержано предложенное шестифакторное решение, большинство последующих исследований выявили четыре фактора: совместное появление элементов ОО и СД, и то же самое для элементов РО и РК (обзор см. Hawkins et al., 2006). Однако, FMPS обладает хорошими психометрическими свойствами, включая приемлемые уровни конвергентной достоверности, дискриминантной достоверности и внутренней согласованности, как для общей оценки, так и для подшкал (например, Frost et al., 1990). Он также чувствителен к лечению (например, Pleva, Wade, 2007). FMPS был переведен на несколько языков, включая, например, китайский, немецкий, корейский и испанский. Также были предприняты попытки разработать более короткие версии FMPS (например, версия из 24 пунктов; Khawaja, Armstrong, 2005).

FMPS перепечатан в Приложении 3 к этой книге. Подсчет баллов рассчитывается путем суммирования соответствующих элементов следующим образом: ОО = сумма элементов 9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25 и 34; СД = сумма пунктов 17, 28, 32 и 33; РК = сумма пунктов 3, 5, 22 и 35; РО = сумма пунктов 1, 11, 15, 20 и 26; ЛС = сумма элементов 4, 6, 12, 16, 19, 24 и 30, О = сумма элементов 2, 7, 8, 1П, 29 и 31. Общая оценка может быть вычислена суммированием баллов всех подшкал, кроме О. Антони и др. (Antony et al., 1998) сообщили о средних и стандартных отклонениях FMPS как для людей с социальным тревожным расстройством, так и для группы здоровых добровольцев. Значения для группы социального тревожного расстройства были следующими: ОО ( $M = 27,48$ ;  $SD = 8,35$ ), СД ( $M = 13,03$ ;  $SD = 4,03$ ), ЛС ( $M = 22,42$ ;  $SD = 5,89$ ), РО ( $M = 13,49$ ;  $SD = 5,40$ ), РК ( $M = 11,33$ ;  $SD = 4,54$ ), О ( $M = 22,03$ ;  $SD = 5,19$ ). Значения для неклинической группы были следующими: ОО ( $M = 17,43$ ;  $SD = 5,25$ ), СД ( $M = 7,74$ ;  $SD = 3,15$ ), ЛС ( $M = 22,74$ ;  $SD = 6,07$ ), РО ( $M = 13,63$ ;  $SD = 4,31$ ), РК ( $M = 8,69$ ;  $SD = 3,65$ ), О ( $M = 22,57$ ;  $SD = 4,38$ ). Как правило, баллы, превышающие одно стандартное от-



клонение выше среднего, могут считаться более высокими, а баллы, превышающие стандартное отклонение ниже среднего, могут считаться более низкими.

### ***Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта и Флетта***

Как и FMPS, HMPS (Hewitt, Flett, 1991b) является одним из наиболее исследованных опросников для измерения перфекционизма. HMPS – это опросник, состоящий из 45 пунктов, предназначенный для оценки трех аспектов перфекционизма: (1) *самоориентированный перфекционизм* (СОП; пример: «Когда я работаю над чем-то, я не могу расслабиться, пока не достигну идеального результата»), (2) *перфекционизм, ориентированный на других* (СОП; образец: «Все, что делают другие, должно быть первоклассного качества») и (3) *социально предписанный перфекционизм* (СПП; образец: «Мне трудно оправдать ожидания других относительно меня»). Каждый пункт оценивается по 7-балльной шкале от 1 (категорически не согласен) до 7 (полностью согласен).

Обнаружено, что HMPS обладает приемлемыми психометрическими свойствами как в клинических, так и в неклинических образцах, включая одновременную достоверность, временную стабильность и внутреннюю согласованность (Hewitt, Flett, 1991b; Hewitt et al., 1991). Исследовательский факторный анализ в выборке студентов подтвердил трехфакторную структуру HMPS (Hewitt, Flett, 1991b); однако попытка воспроизвести эти результаты как в клинических, так и в неклинических образцах была успешной только при использовании эмпирически полученного поднабора из 15 элементов (по пять из каждой подшкалы) (Cox et al., 2002). По большей части СПП наиболее последовательно ассоциируется с более высокими уровнями психопатологии по сравнению с СОП и ООП (например, Antony et al., 1998; Bieling et al., 2004; Hewitt et al., 1991b; Frost et al., 1993). HMPS можно купить на веб-сайте Multi-Health Systems ([www.mhs.com/product.aspx?gr=cli&id=overview&prod=mps](http://www.mhs.com/product.aspx?gr=cli&id=overview&prod=mps)).

### ***Опросник невротического перфекционизма***

*Опросник невротического перфекционизма* (NPQ; Mitzman et al., 1994) – это опросник из 42 пунктов, предназначенный для изме-

рения проблемного перфекционизма. Хотя он был разработан в первую очередь для людей с расстройствами пищевого поведения, содержание элементов является общим (пример элемента: «Если я что-то плохо делаю, я чувствую себя полным неудачником»), и ни один из элементов не содержит ничего, что связано конкретно с едой, образом тела или весом. Авторы NPQ предоставили некоторые доказательства того, что оценки по NPQ связаны с психопатологией расстройства пищевого поведения, хотя нам неизвестны опубликованные данные о психометрических свойствах (например, структура фактора, надежность, достоверность) шкалы. Полный NPQ перепечатан в оригинальной статье Митцман и др. (Mitzman et al., 1994).

### **Опросник перфекционизма**

*Опросник перфекционизма* (PI; Hill et al., 2004) был разработан как всеобъемлющий инструмент для сбора измерений, оцениваемых как FMPS, так и HMPS, а также измерений, которые не оцениваются ни по одной из этих шкал. PI включает 59 пунктов, оцениваемых по 5-балльной шкале, от 1 (категорически не согласен) до 5 (полностью согласен). PI оценивает перфекционизм в восьми областях: (1) *обеспокоенность ошибками* (ОО; пункты 6, 14, 22, 30, 38, 46, 53 и 57); (2) *высокие стандарты для других* (ВСД; пункты 3, 11, 19, 27, 35, 43 и 50); (3) *необходимость одобрения* (НО; пункты 2, 10, 18, 26, 34, 42, 49 и 59); (4) *организация* (О; пункты 4, 12, 20, 28, 36, 44, 51 и 56); (5) *воспринимаемое родительское давление* (ВРД; пункты 7, 15, 23, 31, 39, 47, 54 и 58); (6) *планирование* (П; пункты 5, 13, 21, 29, 37, 45 и 52); (7) *размышления* (Р; 8, 16, 24, 32, 40, 48 и 55) и (8) *стремление к совершенству* (СС; пункты 1, 9, 17, 25, 33 и 41). Кроме того, может быть вычислена составная (то есть общая) оценка PI, а также две оценки по шкале перфекционизма высшего порядка (сознательный перфекционизм и самооценочный перфекционизм). Исследовательский и подтверждающий факторный анализ авторов PI подтверждает как восьмиуровневую структуру PI, так и две составные шкалы PI высшего порядка (Hill et al., 2004). Внутренняя согласованность и надежность повторного тестирования были значимыми для каждой из восьми шкал. Конвергентная достоверность также была высокой.

PI широко не использовался, и первоначальное исследование валидации является единственным опубликованным исследованием его психометрических свойств. PI перепечатывается в Приложении 3 к этой книге. Оценка для каждой из восьми подшкал генерируется путем вычисления среднего значения для всех предметов в подшкале (то есть путем вычисления суммы пунктов и деления на количество пунктов в подшкале). Поэтому каждая подшкала может иметь оценку от 1 до 5. Сводная оценка PI генерируется путем вычисления суммы всех восьми подшкал. Общая оценка сознательного перфекционизма генерируется путем вычисления суммы подшкал ВСД, О, Р и СО, а оценка самооценочного перфекционизма состоит из суммы подшкал ОО, НО, РД и Р. Значения и стандартные отклонения (для 508 взрослых, средний возраст 32,4 года с ОО 15,6 лет; Роберт Хилл, личное общение, 10 января 2014 г.) следующие: ОО ( $M = 2,78$ ;  $SD = 0,99$ ), ВСД ( $M = 3,19$ ;  $SD = 0,90$ ), NA ( $M = 3,30$ ;  $SD = 0,99$ ), О ( $M = 3,63$ ;  $SD = 0,96$ ), РД ( $M = 2,99$ ;  $SD = 1,15$ ), Р ( $M = 3,96$ ;  $SD = 0,69$ ), Р ( $M = 3,29$ ;  $SD = 1,00$ ), СО ( $M = 3,30$ ;  $SD = 0,92$ ), сознательный перфекционизм ( $M = 14,08$ ;  $SD = 2,49$ ), самооценочный перфекционизм ( $M = 12,36$ ;  $SD = 3,32$ ). Средний суммарный балл PI в этой выборке составил 26,44 ( $SD$  отсутствует). В целом, баллы более чем на одно стандартное отклонение выше или ниже среднего значения, можно считать высокими или низкими соответственно.

### ***Шкала перфекционистской самопрезентации***

*Шкала перфекционистской самопрезентации* (PSPS; Hewitt et al., 2003) – это 27-балльная шкала, предназначенная для измерения межличностного выражения перфекционизма, а именно стремления выглядеть совершенным перед другими. Он включает в себя три подшкалы: (1) перфекционистская самореклама (пример элемента: «Я стараюсь выглядеть идеально для других»), (2) отсутствие проявления несовершенства (пример элемента: «Ошибки гораздо страшнее, если они совершены на публике, а не в одиночестве») и (3) сокрытие несовершенства (образец: «Я должен решать свои проблемы, а не показывать их другим»). Структура PSPS была подтверждена с помощью поискового факторного анализа по ряду образцов, причем все три подшкалы демонстрируют

высокий уровень внутренней согласованности (Hewitt et al., 2003). Шкала также продемонстрировала конвергентную достоверность и надежность повторного тестирования и была оценена на уровне чтения в четвертом классе, хотя она предназначена главным образом для взрослых (как было рассмотрено далее в этой главе, недавно была разработана отдельная версия PSPS для детей). PSPS можно скачать с веб-сайта Пола Хьюитта (<http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm>).

### **Шкала позитивного и негативного перфекционизма**

*Шкала позитивного и негативного перфекционизма* (PANPS; Terry-Short et al., 1995) – это шкала из 40 пунктов, предназначенная для измерения положительных и отрицательных аспектов перфекционизма. Шкала основана на модели подкрепления, в которой предполагается, что положительный перфекционизм вытекает из положительного подкрепления, а отрицательный перфекционизм – из отрицательного подкрепления. Ряд факторных аналитических исследований не смогли поддержать первоначальную двухфакторную структуру PANPS (обзор см. Egan et al., 2011), хотя одно исследование предполагает, что более короткая (из 19 пунктов) версия шкалы может быть более полезной (Haase, Prapavessis, 2004). Хотя есть доказательства, подтверждающие внутреннюю согласованность PANPS, доказательства ее достоверности слабые, особенно в отношении позитивной шкалы перфекционизма (Egan et al., 2011).

PANPS перепечатан в Приложении 3 этой книги. Баллы шкалы позитивного перфекционизма (пункты 2, 3, 6, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 37 и 40) и подшкалы негативного перфекционизма (пункты 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 22, 26, 27, 31, 33, 36, 38 и 39) вычисляются путем сложения баллов в пунктах каждой подшкалы. Иган и др. (Egan et al., 2011) сообщили о средних и стандартных отклонениях для позитивных и негативных подшкал PANPS по трем выборкам. Для участников с клиническим тревожным или депрессивным расстройством средние значения и стандартные отклонения были следующими: *позитивный перфекционизм* ( $M = 70,20$ ;  $SD = 10,19$ ), *негативный перфекционизм* ( $M = 62,57$ ;  $SD = 16,63$ ). В выборке спортсменов средние и стан-

дартные отклонения были следующими: *позитивный перфекционизм* ( $M = 74,41$ ;  $SD = 9,15$ ), *негативный перфекционизм* ( $M = 48,24$ ;  $SD = 10,93$ ). Наконец, в выборке студентов бакалавриата средние и стандартные отклонения были следующими: *позитивный перфекционизм* ( $M = 74,35$ ;  $SD = 10,19$ ), *негативный перфекционизм* ( $M = 53,02$ ;  $SD = 13,16$ ).

## ***Домен-специфичные измерения перфекционизма***

### ***Мысли, связанные с перфекционизмом***

Для оценки мыслей, связанных с перфекционизмом, были разработаны два независимых инструмента. *Опросник мыслей о перфекционизме* (PCI; Flett et al., 1998) – это опросник из 25 пунктов, предназначенный для измерения частоты автоматических мыслей, затрагивающих темы перфекционизма (пример: «Я терпеть не могу ошибки»). Пункты – это вопросы, оцениваемые по 5-балльной шкале от 0 (совсем нет) до 4 (постоянно). Шкала, по видимому, имеет одномерную структуру и имеет приемлемые уровни внутренней согласованности и надежности повторного тестирования (Flett et al., 1998, 2007). PCI можно запросить на веб-сайте Пола Хьюитта {<http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm>}.

*Многомерный опросник перфекционизма – английский* (MPCI-E; Kober, 2006; Stoeber et al., 2010), это 15-элементный опросник, разработанный для оценки когнитивных функций, связанных с СОП и СПП, согласно определению в (Hewitt, Flett, 1991b). Пункты оцениваются по 4-балльной шкале в диапазоне от 1 (никогда) до 4 (всегда) и соответствуют трем факторам: (1) *личные стандарты* (ЛС; пункты 3, 5, 8, 10 и 14); (2) *стремление к совершенству* (ЛС; пункты 1, 2, 7, 11 и 13); и (3) *обеспокоенность ошибками* (ОО; пункты 4, 6, 9, 12 и 15). Доказательство достоверности (например, факторной структуры, конвергентной достоверности) и надежности (например, внутренней согласованности) для MPCI-E доступно в исследовании по валидации (Stoeber et al., 2010).

MPCI-E приведен в Приложении 3 этой книги. Для каждой из трех подшкал баллы подсчитываются путем вычисления среднего значения для соответствующих элементов (то есть путем сум-

мирования всех элементов в подшкале и деления на количество элементов в подшкале, или на пять). Поэтому каждая подшкала может иметь оценку от 1 до 4. Средние значения и стандартные отклонения (для студентов бакалавриата) были описаны в (Stoeber et al., 2010) следующим образом: ЛС ( $M = 2,90$ ;  $SD = 0,66$ ), ПП ( $M = 2,14$ ;  $SD = 0,65$ ), ОО ( $M = 2,52$ ;  $SD = 0,68$ ). В целом, баллы на одно стандартное отклонение выше или ниже среднего можно считать высокими или низкими, соответственно.

### ***Перфекционизм в отношениях***

Разработчики APS-R также разработали две шкалы для измерения перфекционизма в контексте тесных отношений. Двухэлементная шкала близости к идеалу (DAPS; Shea, Slaney, 1999) представляет собой опросник, состоящий из 26 пунктов, который измеряет перфекционистские убеждения о своем партнере (пример: «Мой значимый другой редко соответствует моим стандартам») и включает три измерения по той же схеме, как и APS-R: *несоответствие* (пункты 1, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 24 и 26), *высокие стандарты* (пункты 5, 8, 11, 14, 19 и 25) и *порядок* (пункты 2, 7, 17 и 22). DAPS представляется надежной и достоверной (Shea et al., 2006). Перепечатана в Приложении 3 к этой книге. Оценка для каждой подшкалы может быть сгенерирована путем обратного подсчета очков 3, 16 и 21 (так что 1 = 7; 2 = 6; 3 = 5; 5 = 3; 6 = 2; 7 = 1) и суммированием баллов за пункты в каждой подшкале. Ши и др. (Shea et al., 2006) сообщили, что средние значения и стандартные отклонения в выборке из 280 студентов бакалавриата должны быть следующими: *несоответствие* ( $M = 40,27$ ;  $SD = 15,47$ ), *высокие стандарты* ( $M = 29,22$ ;  $SD = 6,70$ ), *порядок* ( $M = 17,33$ ;  $SD = 4,80$ ) Учитывая отсутствие каких-либо официальных ограничений, баллы на одно стандартное отклонение выше или ниже среднего можно считать высокими или низкими, соответственно.

*Семейная шкала близости к идеалу* (FAPS; Wang et al., 2010) – это 17-балльная шкала, предназначенная для измерения убеждений в отношении стандартов своей семьи в плане производительности (пример: «У моей семьи высокие стандарты относительно моей работы или учебы»). Как и DAPS, FAPS моделируется по схеме APS-R и имеет три подшкалы: *семейные стандарты* (пункты 1, 6,

10, 12, 14 и 17), *семейные несоответствия* (пункты 4, 7, 9, 11, 13, 15 и 16), и *семейный порядок* (пункты 2, 3, 5 и 8). Психометрические свойства FAPS подтверждаются в исследовании, сравнивающем американцев азиатского и европейского происхождения (Wang, 2010). FAPS перепечатан в Приложении 3 к этой книге. Оценка генерируется для каждой из трех подшкал путем суммирования всех соответствующих элементов. Средние значения и стандартные отклонения (у студентов бакалавриата, по данным Wang, 2010) для каждого из трех подшкал следующие: *семейные стандарты* ( $M = 33,74$ ;  $SD = 5,71$ ), *семейное несоответствие* ( $M = 15,34$ ;  $SD = 7,66$ ), *семейный порядок* ( $M = 18,80$ ;  $SD = 4,56$ ). В целом, оценки, превышающие одно стандартное отклонение выше среднего, предполагают более высокий, чем средний уровень, тогда как оценки ниже среднего стандартного отклонения ниже среднего предполагают более низкие уровни.

Кроме того, существует шкала, разработанная специально для измерения перфекционизма в контексте воспитания детей (Snell et al., 2005). *Многомерный опросник родительского перфекционизма* (MPPQ) это шкала из 65 пунктов с 11 подшкалами, относящимися к различным аспектам родительского перфекционизма. Хотя Снелл и коллеги (Snell et al., 2005) предоставляют предварительную поддержку психометрических свойств шкалы как в выборках студентов, так и в сообществе, факторная структура еще не подтверждена. Часть А MPPQ основана на HMPS (Hewitt, Flett, 1991b) и содержит 30 наименований в пяти подшкалах: *самоориентированный родительский перфекционизм* (СОРП; пункты 1, 6, 11, 16, 21 и 26), *социально-предписанный родительский перфекционизм* (СПРП; пункты 2, 7, 12, 17, 22 и 27), *самоориентированный родительский перфекционизм партнера* (СОРПП; пункты 3, 8, 13, 18, 23 и 28), *предписанный партнером родительский перфекционизм* (ППРП; пункты 4, 9, 14, 19, 24 и 29) и *ожидаемые стандарты партнера в родителстве* (ОСПР; пункты 5, 10, 15, 20, 25 и 30). Часть В MPPQ основана на FMPS (Frost et al., 1990) и содержит 35 пунктов по шести подшкалам: *обеспокоенность ошибками в родителстве* (ООР; пункты 9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25, и 34), *персональные стандарты родительства* (ПСР; пункты 4, 6, 12, 16, 19, 24 и 30), *ожидания партнера в родителстве* (ОПВ; пункты 1, 11, 15, 20 и 26), *критика*

*партнёра в родительстве* (КПВ; пункты 3, 5, 22 и 35), *сомнения в родительских действиях* (СРД; пункты 17, 28, 32 и 33) и *организация родительства* (ОР; пункты 2, 7, 8, 27, 29 и 31).

МРРQ перепечатан в Приложении 3 к этой книге. Оценка генерируется для каждой из 11 подшкал путем суммирования всех соответствующих элементов. Снелл с соавторами (Snell et al., 2005) сообщили о средних и стандартных отклонениях для онлайн-выборки из 960 участников, около половины (53,3%) из которых были родителями, а именно: СОРП ( $M = 12,59$ ;  $SD = 6,34$ ), СПРП ( $M = 8,36$ ;  $SD = 6,00$ ), СОРПП ( $M = 8,85$ ;  $SD = 6,38$ ), ППРП ( $M = 6,16$ ;  $SD = 6,29$ ), ОСРП ( $M = 7,52$ ;  $SD = 5,44$ ), ООР ( $M = 9,20$ ;  $SD = 7,20$ ), ПСР ( $M = 13,68$ ;  $SD = 6,94$ ), ОПВ ( $M = 5,02$ ;  $SD = 4,79$ ), КПВ ( $M = 2,62$ ;  $SD = 3,76$ ), СРД ( $M = 3,78$ ;  $SD = 3,43$ ), ОР ( $M = 15,32$ ;  $SD = 6,36$ ).

### ***Перфекционизм и спорт***

Хотя общие показатели перфекционизма часто используются для измерения перфекционизма у спортсменов (например, Naase, Praravesis, 2004), существуют также шкалы, разработанные специально для этой цели. *Многомерный опросник спортивного перфекционизма* (Sport-MPS; Dann et al., 2002) был разработан как спортивная версия FMPS. Пересмотренная версия (Sport-MPS-2) была опубликована совсем недавно (Gotwals, Dunn, 2009). Sport-MPS-2 – это опросник из 42 пунктов, состоящий из шести подшкал: *личные стандарты* (ЛС; пункты 1, 8, 17, 21, 23, 33 и 36), *озабоченность ошибками* (ОО; пункты 2, 10, 16, 24, 28, 32, 39 и 42), *воспринимаемое родительское давление* (ВРД; пункты 4, 7, 11, 15, 19, 25, 29, 38 и 40), *воспринимаемое давление тренера* (ВДТ; пункты 6, 13, 22, 26, 30 и 35), *сомнения в действиях* (СД; пункты 3, 12, 14, 20, 31 и 37) и *организация* (Орг; пункты 5, 9, 18, 27, 34, и 41). Предварительные исследования подтверждают надежность и достоверность Sport-MPS-2 (Gotwals, Dunn, 2009; Gotwals et al., 2010). Спорт-MPS-2 перепечатан в Приложении 3 к этой книге. Оценка генерируется для каждой из шести подшкал путем суммирования всех соответствующих элементов. Готуэлс и Данн (Gotwals, Dunn, 2009) сообщили о средних и стандартных отклонениях для выборки студентов-спортсменов, поступивших после окончания средней школы, следующим образом: ЛС ( $M = 3,68$ ;  $SD = 0,52$ ), ОО ( $M = 2,87$ ;  $SD = 0,68$ ),



ВРД ( $M = 2,11$ ;  $SD = 0,71$ ), ВДТ ( $M = 3,29$ ;  $SD = 0,64$ ), СД ( $M = 2,40$ ;  $SD = 0,59$ ), орг ( $AI = 3,56$ ;  $SD = 0,72$ ). Как правило, баллы, превышающие стандартное отклонение более чем на одно среднее значение выше среднего, могут считаться более высокими, а баллы, меньшие стандартного отклонения, превышающего одно среднее значение, могут считаться более низкими.

*Шкала спортивного перфекционизма* (SPS; Anshel et al., 2009) является одномерной шкалой спортивного перфекционизма, состоящей из 35 пунктов. Предварительное исследование (Аншел и др., 2009) поддерживает одномерную структуру шкалы и предлагает приемлемые уровни конвергентной достоверности; однако для этой относительно новой шкалы необходимы дополнительные исследования. В ряде исследований, проведенных Аншел с коллегами, также была проведена оценка многомерных вариантов этой шкалы, включая четырехмерную из 31 пункта, называемую «Шкала перфекционизма в спорте» (Anshel et al., 2009), и 32-элементный опросник (Anshel, Eom, 2002). Одномерная SPS из 35 пунктов перепечатана в Приложении 3 к этой книге. Она оценивается путем вычисления суммы баллов за каждый из 35 пунктов.

### ***Перфекционизм, расстройства пищевого поведения и образ тела***

Как показано в главе 3 этой книги, существует значительный объем исследований, подтверждающих связь между перфекционизмом и расстройствами пищевого поведения. Хотя во многих исследованиях перфекционизма и расстройств пищевого поведения использовались общие показатели перфекционизма, существует также несколько шкал перфекционизма, разработанных специально для его измерения в контексте расстройств пищевого поведения и плохого образа тела. Лучшая из изученных – *Опросник расстройств пищевого поведения – подшкала перфекционизма* (EDI-P; Garner, 1991). Это шкала из шести пунктов, предназначенная для измерения перфекционизма в контексте расстройств пищевого поведения. Хотя она была разработана как одномерная, последние данные, полученные в выборке расстройств пищевого поведения, позволяют предположить, что она включает два фактора – один, который измеряет СОП, и один, который измеряет СПП (Lampard et al., 2012). Элементы СОП (а не элементы СПП), по-

видимому, наиболее тесно связаны с патологией пищевого расстройства (например, беспокойство о весе, ограничение питания) как при нервной анорексии, так и при нервной булимии (Lampard et al., 2012). Кроме того, FMPS и HMPS оказались лучшими предикторами нарушения питания, чем EDI-P в выборке колледжа (Chang et al., 2008), что ставит под сомнение ценность использования EDI-P вместо более общей шкалы. Текущее третье издание EDI может быть получено от издателя (PAR) по адресу [www.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID-EDI-3](http://www.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID-EDI-3).

*Шкала перфекционизма относительно внешнего вида* (PAPS; Yang, Stoeber, 2012) – это опросник из 12 пунктов с двумя подшкалами: беспокойство о несовершенстве (пункты 1, 3, 5, 8, 9, 10 и 11) и надежда на совершенство (пункты 2, 4, 6 и 12). Предварительные исследования подтверждают двухфакторную структуру шкалы и предполагают, что шкала имеет адекватные уровни конвергентной достоверности, внутренней согласованности и надежности повторного тестирования (Yang, Stoeber, 2012). PAPS приведена в Приложении 3. Оценка для каждой подшкалы генерируется путем вычисления среднего значения для всех пунктов в подшкале (то есть путем вычисления суммы пунктов и деления на количество пунктов в подшкале). Таким образом, каждая подшкала может иметь баллы от 1 до 5. На основе выборки из 715 студентов (Хонгфей Янг, личное сообщение, 10 января 2014 г.) среднее и стандартное отклонение для подшкал было следующим: беспокойство о несовершенстве ( $M = 2,53$ ;  $SD = 0,79$ ), надежда на совершенство ( $M = 3,57$ ;  $SD = 1,00$ ). В целом, оценки, превышающие одно стандартное отклонение выше или ниже среднего, предполагают более высокие или более низкие уровни, соответственно.

## **Оценка перфекционизма у детей**

### ***Шкала адаптивного/неадаптивного перфекционизма***

*Шкала адаптивного/неадаптивного перфекционизма* (AMPS; Rice, Preusser, 2002) – опросник из 27 пунктов, разработанный для детей от 9 до 12 лет. Пункты оцениваются по 4-балльной шкале,

от 1 (очень непохоже на меня) до 4 (очень похоже на меня). AMPS имеет четыре подшкалы: *чувствительность к ошибкам* (измеряет негативные эмоции, связанные с ошибками; пункты 2, 5, 8, 12, 15, 17, 20, 23, 26); *условная самооценка* (измеряет положительные чувства и самооценку в зависимости от выполнения задачи; пункты 1, 7, 10, 14, 18, 21, 24, 27); *компульсивность* (измеряет предпочтение порядка, организации и внимательного отношения к задачам; пункты 3, 6, 9, 13, 22, 25); и *потребность в восхищении* (шкала потребности в одобрении; пункты 4, 11, 16, 19). Психометрические свойства AMPS подтверждаются двумя исследованиями (Rice et al., 2004; Rice, Preusser, 2002), но в остальном широко не изучались.

AMPS приведена в Приложении 3. Пункты 5, 10, 14, 15, 20 и 24 имеют обратную оценку (1 = 4; 2 = 3; 3 = 2; 4 = 1). Оценки для каждой подшкалы затем генерируются путем вычисления суммы соответствующих элементов. Средние значения и стандартные отклонения (у 419 детей в возрасте от 9 до 12 лет; Кеннет Райс, личное сообщение, 10 января 2014 г.) для каждой из четырех подшкал следующие: *чувствительность к ошибкам* ( $M = 19,43$ ;  $SD = 6,32$ ), *условное самоуважение* ( $M = 25,11$ ;  $SD = 4,76$ ), *компульсивность* ( $M = 14,78$ ;  $SD = 5,00$ ), *потребность в восхищении* ( $M = 9,77$ ;  $SD = 3,54$ ). В целом, оценки, превышающие одно стандартное отклонение выше среднего, предполагают более высокий, чем средний уровень, тогда как оценки ниже среднего стандартного отклонения предполагают более низкие уровни.

### ***Шкала перфекционизма детей и подростков***

*Шкала перфекционизма детей и подростков* (CAPS; Flett et al., 2000) является одной из наиболее часто используемых шкал для оценки перфекционизма у детей и подростков. Однако, несмотря на популярность CAPS, шкала остается неопубликованной, хотя некоторые исследователи (кроме авторов шкалы) опубликовали данные о ее психометрических свойствах. Оригинальная CAPS включает в себя 22 пункта и две подшкалы (перфекционизм, ориентированный на себя, социальный перфекционизм). Тем не менее, наиболее полное психометрическое исследование на сегодняшний день (O'Connor et al., 2009) предполагает, что укороченная версия из 14 пунктов (CAPS-14) является более психометрически

обоснованной, и что элементы фактически нагружаются тремя факторами (*самоориентируемый перфекционизм-стремление, самоориентированный перфекционизм-критический и социально предписанный перфекционизм*). CAPS можно запросить через веб-сайт Пола Хьюитта (<http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm>).

### ***Ретроспективная шкала детского перфекционизма***

*Ретроспективная шкала детского перфекционизма* (CHIRP; Southgate et al., 2008) была разработана для ретроспективной оценки наличия прошлых детских черт, связанных с перфекционизмом (где слово «перфекционизм» подразумевается в смысле «обсессивно-компульсивная личность»; например, перфекционизм во многих сферах жизни, негибкость, стремление к порядку и симметрия). Существует две версии (каждая из 20 пунктов) – одна для индивидуума, которая должна быть заполнена в отношении его или ее собственного поведения в детстве, и одна, которую должен заполнить информант. Предварительные результаты показывают, что шкала является надежной и достоверной, хотя необходимы дополнительные исследования. CHIRP перепечатана в оригинальной опубликованной статье (Саутгейт и др., 2008).

### ***Шкала перфекционисткой самопрезентации – Форма для детей***

*Шкала перфекционисткой самопрезентации – Форма для детей* (PSPS-JR; Hewitt et al., 2011) представляет собой опросник из 18 пунктов, предназначенный для измерения перфекционистской самопрезентации у детей и подростков по трем измерениям: *перфекционистская самореклама* (пример: «Я всегда должен выглядеть идеально»), *недосказанность несовершенства* (пример: «Ошибки становятся страшнее, когда другие видят, как я их делаю») и *сокрытие несовершенства* (пример: «Я должен решать свои проблемы, а не рассказывать их другим людям»). Подшкалы были хорошо поддержаны (например, надежная структура факторов, хорошая внутренняя согласованность) в первоначальном исследовании валидации, хотя необходимы дальнейшие исследования и тиражирование. PSPS-JR можно запросить с веб-сайта Пола Хьюитта (<http://hewittlab.psych.ubc.ca/requests.htm>)

### Пример иллюстративной оценки

Саша, 21-летняя студентка колледжа, была направлена семейным врачом в специализированную клинику по лечению тревожных расстройств и депрессии. Во время первой сессии она прошла общее клиническое интервью, посвященное выявлению соответствующих диагностических признаков, а также ее личной и семейной истории. Она также заполнила несколько анкет для самооценки, чтобы оценить степень ее депрессии и тревоги. Диагностические критерии были выполнены для ряда расстройств DSM-5, включая социальное тревожное расстройство (тревога и избегание, связанное с целым рядом социальных и служебных ситуаций), дистимическое расстройство (плохое настроение в течение последних нескольких лет) и дисморфофобия (она была убеждена в том, что в общем «некрасива», хотя другие заверяли ее, что она привлекательна).

Темой, которая возникла во время ее интервью, была склонность Саши иметь очень высокие стандарты в нескольких сферах жизни, и это имело фундаментальное значение для ее суждения о себе. В частности, для нее было важно всегда быть привлекательной, умной, компетентной и остроумной. Ее оценки не только должны были быть самыми высокими в классе, но она также должна была чувствовать, что достигла своего максимального потенциала и сделала лучшее, что могла, независимо от других. Она постоянно училась, проводила часы, чтобы убедиться, что с ней все в порядке, перед тем как выходить на улицу, репетировала забавные истории, чтобы поделиться с другими, и постоянно просила ободрения у друзей и семьи. Она все время беспокоилась о том, что ее могут отвергнуть другие, если она допустит снижение стандартов. В целом она также верила, что ее будущий профессиональный успех зависит от отличных результатов. Ее настроение было постоянно несколько низким и падало еще ниже, когда она не соответствовала своим стандартам. Саша назвала себя перфекционисткой.

Вторая сессия была посвящена более тщательному рассмотрению перфекционизма Саши. Были разобраны все основные

области оценки, описанные ранее (см. табл. 5.1). Например, она определила различные признаки и триггеры своего перфекционизма, включая нахождение с другими людьми (например, посещение вечеринок, участие в беседах, сидение в классе), подготовку к экзаменам, завершение курсовой работы и получение критической обратной связи. В результате ее беспокойства она проявляла тенденцию к переподготовке и компенсации в этих ситуациях. Она была убеждена, что если она не достигнет самого высокого уровня в работе, ее жизнь рухнет. Она чувствовала, что она была достаточно хороша как личность, только если она отвечала своим стандартам, и часто думала, что с ней не все в порядке. Это заставляло ее чувствовать себя неудачницей.

Саша сообщила, что история перфекционизма уходит в прошлое так далеко, как она может вспомнить, хотя это не становилось проблемой до 16 лет, когда ее беспокойство и плохое настроение начали ухудшаться. Хотя она сказала, что очень мотивирована чувствовать себя лучше, но не хотела снижать свои стандарты, опасаясь возможных негативных последствий. В конце этой сессии Саша заполнила опросник по клиническому перфекционизму (CPQ; Fairburn et al., 2003a), набрав 42 балла, что свидетельствует о высоком уровне клинического перфекционизма.

Процесс оценки продолжался на протяжении всего лечения. В частности, Саша каждый день записывала свои перфекционистские мысли и поведение в дневники, а также она делала CPQ в конце каждой недели. Со временем частота и интенсивность ее перфекционистского поведения уменьшились, равно как и ее чувство депрессии и тревоги. Она чувствовала себя более комфортно с возможностью того, что ее будут осуждать другие, и была более склонна к риску, который может привести к незначительным ошибкам. К концу лечения ее оценка по CPQ снизилась до 18.ue)

## Глава 6

# ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ, ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ И СУПЕРВИЗИЯ

В этой главе мы предоставляем обзор того, как разработать план терапии перфекционизма. Он будет включать рассмотрение любых вопросов, которые необходимо решить до начала лечения, постановку целей, выбор форматов лечения (то есть групповую или индивидуальную терапию, самостоятельную помощь под руководством), назначение и использование домашней работы и успешное завершение. Хотя мы не рассматриваем общие вопросы о том, как структурировать сессии КПТ (как устанавливать повестки дня, назначать домашнюю работу и т.д.), мы отсылаем читателей к одному из многих текстов КПТ, в которых подробно описывается этот материал (например, Beck, 2011). Тем не менее, мы приводим пример случая, когда мы описываем, сессия за сессией, пример терапии перфекционизма, основанной на концептуализации. Также рассматривается вопрос о супервизии, учитывая её важность как для разработки эффективных планов лечения, так и для успешного проведения терапии.

### Рекомендации перед началом терапии

Перед тем как провести углубленную оценку перфекционизма, мы предлагаем вам провести с клиентом предварительную встречу, чтобы обсудить его или ее ситуацию и то, подойдет ли клиенту КПТ перфекционизма. В табл. 6.1 перечислены проблемы, которые

---

**ТАБЛИЦА 6.1. Вопросы для обсуждения на предварительной встрече**

---

*Ситуация клиента*

1. *Что привело клиента к вопросу о необходимости терапии именно сейчас?*
2. *Какие сейчас есть проблемы и как они влияют на жизнь клиента.*
3. *Развитие перфекционизма в жизни клиента.*
4. *Влияние и последствия перфекционизма в жизни клиента.*
  - *«Как перфекционизм влияет на вашу повседневную жизнь?»*
  - *«Каковы ситуации, когда действительно важно достичь ваших стандартов?»*
  - *«Каковы последствия, если вы чувствуете, что не достигли своих стандартов?»*
  - *«Влияет ли это на то, как вы к себе относитесь?»*
  - *«Не могли бы вы привести подробный пример недавнего времени, когда вы сами устанавливали стандарты и не соблюдали их, и опишите, как вы на это отреагировали?»*
5. *Существующие психиатрические и физические проблемы, история и семейная психиатрическая и медицинская история.*

*Действительно ли КПТ будет подходящим выбором сейчас?*

1. *Текущие обстоятельства и планы.*
  2. *Предыдущий опыт терапии и попыток что-то изменить.*
  3. *Цели терапии.*
  4. *Отношение к требованиям терапии.*
    - *Приверженность терапии. В случае индивидуальной терапии – первые 10 сессий продолжительностью 50 минут в течение восьминедельного периода, дважды в неделю в течение первых двух недель, где это возможно. В случае групповой терапии восемь еженедельных сессий продолжительностью два часа.*
    - *Избегать длительных перерывов в терапии (не более двухнедельного перерыва).*
    - *Написание писем семейным врачам (врачу общей практики) в начале и в конце лечения.*
    - *Приходить на встречи вовремя.*
    - *Отменять встречи заранее, если необходимо.*
    - *Совместная работа с терапевтом.*
    - *Выполнение еженедельных домашних заданий, направленных на экспериментирование с новым поведением – самый важный аспект терапии, чтобы стимулировать изменения.*
-



могут быть полезны для обсуждения. В первом разделе интервью клиенту предоставляется возможность обсудить наиболее актуальные для него вопросы, понять цели и выяснить, хочет ли клиент терапии или существует давление со стороны других. Например, подростки, которые обращаются за лечением, могут делать это из-за родительского или медицинского давления, особенно если перфекционизм оказывает влияние на область медицинского обслуживания, такую как диабет 1 типа. Или взрослый может обратиться за лечением, потому что партнер, начальник или тренер оказали на него давление, чтобы получить помощь или что-то изменить. Там, где существует давление со стороны других, вы должны выяснить у клиента степень, в которой он думает, что ему нужно измениться, и готовность хотя бы рассмотреть и поэкспериментировать с изменениями в ходе терапии. В первом разделе интервью также учитывается напряжение, вызванное перфекционизмом, и контекст, в котором это происходит (то есть, расстройства, которые также могут нуждаться в терапии). В частности, может быть полезным задать вопросы, касающиеся влияния и последствий перфекционизма в жизни клиента, чтобы определить степень, в которой перфекционизм мешает и вызывает беспокойство. Вопросы, перечисленные в пункте 4 ситуации клиента в табл. 6.1, использовались в пробных сессиях, чтобы определить, является ли перфекционизм первичной проблемой и, таким образом, целесообразно ли вовлекать человека в терапию перфекционизма (Steele et al., 2013). Эта информация позволяет принять обоснованное решение о том, какой формат терапии будет наиболее подходящим для ситуации клиента (вопросы, которые могут повлиять на это решение, см. в следующем разделе).

## **Постановка цели**

Другой основной целью первой сессии является определение целей терапии. Это может быть сделано с использованием хорошо известного метода определения целей SMARTER, то есть установления целей, которые являются конкретными, измеримыми, достижимыми, соответствующими и ограниченными во времени, и как только это будет указано – оценка этих целей и поддержание

**ТАБЛИЦА 6.2. Шаги для постановки конкретных целей**

---

- *Что: Чего вы хотите достичь?*
  - *Зачем: Конкретные причины, цель или преимущества её достижения.*
  - *Кто: Кто принимает участие?*
  - *Где: Определите место.*
  - *Какие: Определите требования и ограничения.*
- 

непрерывности процесса измерения (т.е. переоценка). В табл. 6.2 перечислены шаги, которые необходимо учитывать при постановке целей (см. также раздаточный материал 6.1 в приложении 2).

После того как цели установлены, полезно определить с клиентом, как он сможет понять, что они достигнуты (то есть, как это будет измеряться). Эти типичные шаги в постановке целей, конечно, хорошо известны, но, тем не менее, они важны, чтобы помочь клиентам определиться с тем, чего именно они пытаются достичь, приходя на терапию. Это определение целей может также влиять на принятие решений относительно формата терапии.

Во втором разделе интервью цель состоит в том, чтобы рассмотреть вопросы, которые могут быть препятствием для начала КПТ. Это может просто относиться к практическим обстоятельствам. Например, клиент будет отсутствовать в течение длительного периода времени в середине терапии или не сможет посещать, по крайней мере, еженедельные сессии. Или могут возникнуть проблемы, на которые необходимо обратить внимание до начала терапии перфекционизма, такие как риск самоубийства, тяжелая клиническая депрессия, злоупотребление психоактивными веществами и любые серьезные жизненные события или кризисы, которые необходимо разрешить.

Ожидания от терапии также важны для обсуждения, и они могут зависеть от ряда вопросов, включая следующие:

- *Думает ли клиент, что он или она ранее получил КПТ. Вы должны всегда исследовать это утверждение, чтобы проверить, была ли фактически предоставлена КПТ. В книге «Как справиться с расстройством пищевого поведения» Гленна Уоллера и его коллег (Waller et al., 2010) есть полезная глава, озаглавленная «Что искать у хорошего специалиста по когнитивно-*

поведенческой терапии», в которой выделены следующие характеристики эффективной КПТ: (1) преимущественное внимание на настоящее и будущее, (2) развитие понимания клиентом связей между мышлением, чувствами, биологией и поведением, (3) акцент на поведенческие изменения и (4) акцент на совместную терапию, где клиент упорно работает в течение недели для реализации изменений. Если вы считаете, что КПТ фактически не была предоставлена клиенту ранее, важно уметь описать различия между тем, что предоставляется сейчас, и тем, что клиент испытывал раньше.

- Ожидает ли клиент терапевтическую модель, которая подразумевает сосредоточенность на опыте терапевта или опору на лекарства, а не на отношения сотрудничества, основанные на работе, совершенной между сессиями.
- Пытался ли клиент измениться ранее без особого успеха. Такое переживание может повредить самооэффективности в отношении способности меняться, и полезно поговорить с клиентом об изменениях, требующих как «правильного времени» (т.е. когда клиент более мотивирован к изменениям), так и «правильного терапевта, предлагающего правильную терапию» (т.е. клиенты не смогут работать со всеми терапевтами, и не все методы обязательно будут полезны).

Требования к лечению необходимо обсудить с клиентом в свете этой информации и, таким образом, позволить клиенту принять обоснованное решение о его или ее способности участвовать в терапии.

## **Выбор формата терапии**

Наиболее подходящий подход к терапии для клиента должен определяться на основе степени, в которой перфекционизм мешает его жизни, и с учетом того, готов ли клиент к терапии сейчас. Существуют различные подходы к терапии (например, групповой, индивидуальный), но каждый из них должен быть основан на когнитивно-поведенческой концептуализации перфекционизма, чтобы направлять процесс для каждого отдельного клиента, а не

строго следовать протоколу терапии (и, следовательно, отражать перфекционизм клиента!).

Акцент здесь делается на экономичное использование интервенций. Лучше всего выполнять несколько ключевых вмешательств хорошо, а не много, но плохо, переключаясь с одного на другое или пытаться включить все, поскольку мы знаем, что некоторые аспекты психопатологии могут улучшиться без конкретных вмешательств. Как описано в главе 2, были оценены различные форматы терапии перфекционизма (хотя эта оценка все еще находится на ранних стадиях), и вы можете рассмотреть следующие форматы, перечисленные в порядке возрастания интенсивности: управляемая самопомощь (т.е. около 8–10 сессий с клиентом и поддержка в его работе с ресурсом самопомощи, таким как книга); терапия в небольшой группе (около восьми человек с различной психопатологией); индивидуальная терапия, направленная на перфекционизм в течение десяти сессий и построенная на основе индивидуального подхода; индивидуальная терапия, направленная на перфекционизм в течение восьми сессий на основе структурированного протокола (как описано ниже); или индивидуальная терапия, которая ориентирована как на конкретное расстройство, так и на перфекционизм, поскольку последний считается важным поддерживающим фактором для связанного расстройства. Этот подход был описан ранее в главе 3 в разделе о расстройствах пищевого поведения. В табл. 6.3 перечислены вопросы, которые могут помочь вам решить, какой формат наиболее подходит для вашего клиента.

## Примерные протоколы терапии

Хотя мы предоставляем образцы протоколов терапии для форматов, описанных ранее, есть несколько важных факторов, которые должны помочь в их разработке:

- Формат терапии должен определяться на основе функционального анализа роли перфекционизма (см. главу 4), который также должен помочь вам решить, следует ли в первую очередь сосредоточиться на терапии перфекционизма или

**ТАБЛИЦА 6.3. Выбор подходящего формата терапии**

Описание	Критерии целесообразности выбора
<u>Управляемая самопомощь</u>	
Как правило, восемь 50-минутных сессий работы с главами книги самопомощи*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходит для множества психопатологий.</li> <li>• Полезный «первый шаг» к терапии при психопатологии от легкой до умеренной.</li> <li>• Может сопровождаться более интенсивной терапией.</li> <li>• Может быть подходящим вариантом для терапевтов с менее обширным опытом КПТ.</li> </ul>
<u>Групповая терапия</u>	
Подходит для восьми участников, восемь двухчасовых сессий, можно проводить вместе с работой по книге самопомощи *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходит для различных психопатологий, обычно легкой или средней степени тяжести.</li> <li>• Может сопровождаться или дополняться индивидуальной терапией связанных расстройств.</li> <li>• Полезно для моделирования поведенческих экспериментов.</li> <li>• Может не работать у клиентов, чей перфекционизм направлен на других.</li> </ul>
<u>Индивидуальная терапия с использованием индивидуального плана: фокус на перфекционизм</u>	
Десять 50-минутных сессий (желательно два раза в неделю в течение первых двух недель)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходит для различных психопатологий, обычно с нарушениями от средней до тяжелой степени и сопутствующими расстройствами.</li> <li>• Перфекционизм считается основным поддерживающим фактором для коморбидных расстройств.</li> </ul>
<u>Индивидуальная терапия с использованием структурированного протокола: акцент на перфекционизм</u>	
Восемь сессий по 50 минут	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подходит для различных психопатологий легкой и средней степени тяжести.</li> <li>• Перфекционизм считается основным поддерживающим фактором для коморбидных расстройств.</li> <li>• Может быть подходящим для терапевтов с меньшим, чем в индивидуальной терапии, опытом в КПТ.</li> </ul>

**ТАБЛИЦА 6.3 (окончание)****Индивидуальная терапия: работа как с конкретным расстройством, так и с перфекционизмом**

Количество сессий зависит от продолжительности доказательного лечения, используемого для ассоциированного расстройства, где сессия делится на две части: первая половина сосредоточена на расстройстве, а вторая половина – на перфекционизме.

- Подходит для различных психопатологий, обычно с нарушениями от средней до тяжелой степени и сопутствующими расстройствами.
- Перфекционизм считается одним из нескольких важных поддерживающих факторов.
- Существует эффективное, основанное на фактических данных, лечение коморбидного расстройства.

\*«*When Perfect Isn't Good Enough*» (Antony, Swinson, 2009) или «*Overcoming Perfectionism*» (Shafran et al., 2010).

сначала использовать протокол для конкретного расстройства.

- Терапия *всегда* должна основываться на совместной концептуализации поддерживающих факторов перфекционизма из когнитивно-поведенческой модели клинического перфекционизма, независимо от способа вмешательства (процесс концептуализации подробно описан в главе 7).
- Протоколы, представленные здесь, не должны использоваться догматически.
- Поддерживайте общий дух гибкости на протяжении всей терапии; реагируйте на индивидуальные клинические потребности и ситуации по мере их возникновения.
- Такая гибкость не должна быть в ущерб соблюдению принципов терапии.

Образцы протоколов в табл. 6.4–6.7 сопровождаются примером плана терапии, основанного на когнитивно-поведенческой концептуализации перфекционизма. Обратите внимание, что некоторые протоколы предполагают, что клиенты читают главы и полные рабочие листы из «*Преодоления перфекционизма*» (Shafran

**ТАБЛИЦА 6.4. Примерные протоколы для управляемой самопомощи**

<i>Номер и содержание сессии</i>	<i>Примеры домашней работы</i>
Оценка и предварительное чтение глав 1–4 (психопрообразование)'	
1. Первые шаги и цена изменений ПП. Главы 5 и 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте главы 5 и 6, заполните рабочие листы.</li> <li>• Завершите формулировку.</li> </ul>
2. Определение проблемных зон и психопросвещение ПП. Разделы 7.1 и 7.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте разделы 7.1 и 7.2, заполните рабочие листы.</li> </ul>
3. Опросы и поведенческие эксперименты ПП. Разделы 7.3 и 7.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте разделы 7.3 и 7.4; проведите опрос и поведенческий эксперимент.</li> </ul>
4. Мышление «все или ничего» ПП. Раздел 7.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте раздел 7.5 и проведите поведенческий эксперимент.</li> </ul>
5. Учимся видеть хорошее и меняем стиль мышления ПП. Разделы 7.6 и 7.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте разделы 7.6 и 7.7, заполните рабочие листы.</li> </ul>
6. Прокрастинация, решение проблем, тайм-менеджмент и приятные события ПП. Разделы 7.8 и 7.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте разделы 7.8 и 7.9, заполните рабочие листы и проведите поведенческий эксперимент.</li> </ul>
7. Самокритика и самосострадание ПП. Глава 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте главу 8, заполните рабочие листы и карточку сострадания.</li> </ul>
8. Самооценка и свобода ПП. Главы 9 и 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прочитайте главы 9 и 10, определите приоритетные области для продолжения работы.</li> </ul>

et al., 2010). Хотя в этой книге нет необходимости, она может быть полезна, если вы принимаете участие в управляемой терапии самопомощи и для других примеров конкретных записей, которые клиенты могут вести во время терапии. Если вы не используете *«Преодоление перфекционизма»*, мы предлагаем вам адаптировать протоколы в табл. 6.4 и 6.5, используя листы записей в этой книге (которые наиболее важны в *«Преодолении перфекционизма»*) и пропуская разделы, предлагающие материалы для чтения клиентом, или используйте протоколы, предложенные в табл. 6.6 и 6.7.

## **Выбор подходящего формата терапии**

Вы должны определить, какой план использовать в когнитивно-поведенческой терапии перфекционизма, основываясь на тщательной оценке перфекционизма и связанных с ним проблем (т.е. сопутствующих расстройств). Как отмечено в главе 4, пока что исследование относительно использования КПТ перфекционизма в качестве терапии психологических расстройств находится в зачаточном состоянии, поэтому, если вы обнаружите в оценке, что основной проблемой является другое расстройство, которое больше всего мешает жизни клиента, а не перфекционизм, тогда вы должны сначала использовать протокол терапии на основе фактических данных для этого конкретного расстройства. Если проблемы остаются после терапии другого расстройства, то можно перейти к КПТ перфекционизма.

Кроме того, если перфекционизм мешает лечению определенного расстройства, протокол, относящийся к расстройству, можно отложить в сторону и использовать КПТ перфекционизма до тех пор, пока он не будет снижен до уровня, при котором клиент может вернуться к работе над конкретным расстройством, если это все еще требуется. Если, однако, вы обнаружите, что клиент описывает перфекционизм как наиболее заметную и ухудшающую качество жизни проблему и он является поддерживающим фактором для целого ряда психологических расстройств, то вам будет полезно использовать КПТ перфекционизма. Наконец, если вы обнаружите, что перфекционизм и определенное психологическое



ТАБЛИЦА 6.5. Примерные протоколы групповой терапии

Контент для групповой терапии	Примеры заданий во время сессий	Примеры домашних заданий
<p>Концептуализация перфекционизма, анализ заград/преимуществ</p>	<p align="center">Сессия 1</p> <p>Групповая дискуссия об особенностях клинического перфекционизма. Что такое перфекционизм? Каковы его функции? Какие проблемы могут существовать с перфекционизмом, и какие могут вызвать его? Почему перфекционизм сохраняется? Совместная работа в парах, затем групповое обсуждение. За и против перфекционизма. Групповой мозговой штурм о последствиях.</p>	<p><b>Задания:</b> Рассмотрите рабочий лист «за» и «против» перфекционизма, заполненный в группе, и добавьте больше деталей.</p> <p><b>Чтение:</b> Прочитайте главы 1–6 <i>Преодоления перфекционизма (ПП)</i>.</p>
<p>Самоконтроль, факты/домыслы</p>	<p align="center">Сессия 2</p> <p>Групповое обсуждение областей перфекционизма: как перфекционизм проявляется в жизни (если используется <i>ПП</i>, заполните рабочий лист 7.1.1). Групповое обсуждение самоконтроля. Подчеркните советы по эффективному самоконтролю (при использовании <i>ПП</i> прочитайте вставку 7.1.3 для группы [объяснение поведения]). Групповое обсуждение психопросвещения: обсудите мифы о перфекционизме (например, чем больше вы работаете, тем лучше).</p>	<p><b>Задания:</b> Заполните листы самоконтроля (если используется <i>ПП</i>, перейдите к рабочим листам 7.1 и 7.2). <b>Чтение:</b> Прочитайте разделы 7.1 и 7.2 <i>ПП</i>.</p>

## ТАБЛИЦА 6.5 (продолжение)

## Сессия 3

Опросы и поведенческие эксперименты

Обозначьте цель опросов. Используйте мысли из листов домашнего задания прошлой недели, чтобы провести опросы (в парах, затем групповое обсуждение). Подчеркните, что идея опросов состоит не в том, чтобы идти вразрез с текущими убеждениями, а в том, чтобы разработать более функциональные системы убеждений (если используется ОП, прочитайте вставку 7.3.2 [убеждения для опросов]).

Введите поведенческие эксперименты. Подчеркните, что они снабжают нас личными данными, которые предоставляют информацию о мыслях, чувствах и поведении. Групповое обсуждение и построение индивидуальных поведенческих экспериментов.

**Задания:** Завершите опрос и проведите поведенческий эксперимент.  
**Чтение:** Прочитайте разделы 7.3 и 7.4 ПП.

## Сессия 4

Мышление «все или ничего»

Групповое обсуждение: представьте мышление «все или ничего». Запланируйте поведенческий эксперимент для мышления «все или ничего» (если вы используете ПП, вы можете распределить клиентов по парам, а затем провести групповое обсуждение, используя Рабочий лист 7.5.1 [поведенческий эксперимент для мышления «все или ничего»]).

Групповое обсуждение: обозначьте цель, чтобы помочь клиентам более гибко мыслить. Завершите континуум на тему «все или ничего» (при использовании ПП можно заполнить рабочий лист 7.5.2).

Подчеркните важность превращения жестких правил в руководящие принципы. Попросите участников разработать список «правил для жизни». Обсудите возможность получения не совсем идеального результата, чтобы добиться большей свободы и баланса.

**Задания:** Завершите поведенческий эксперимент. Бросьте вызов правилам жизни, наложив ограничения по времени или сделав менее «идеально» (поведенческие эксперименты).  
**Чтение:** Прочитайте раздел 7.5 ПП.

ТАБЛИЦА 6.5 (продолжение)

## Сессия 5

Расширение внимания, когнитивные искажения, дневники мыслей

Групповое обсуждение: оспаривание негативного фильтрационного искажения. Обсудите, как обесценивание успеха приводит к ситуации «без выигрыва».

Групповое обсуждение: Другие распространённые искажения мышления (двойные стандарты, чрезмерная генерализация, «долги», катастрофа, эмоциональные рассуждения, ярлыки, персонализация, чтение мыслей и пророческое мышление). Обсудите использование дневников мыслей, чтобы повысить осознанность и помочь бросить вызов бесполезным мыслям и сформулировать более рациональные мысли (если вы используете ОП, можете прочитать вставку 7.7.4 для группы).

**Задания:** Делайте домашние записи, когда замечаете положительные аспекты производительности и отсутствие отрицательных аспектов (при использовании ПП заполняйте рабочий лист 7.6.2). Ведите дневник мыслей, чтобы бросить вызов когнитивным искажениям, выявленным в шаблонах мышления (если используете ПП, можно заполнить рабочий лист 7.7.3)

**Чтение:** Прочитайте разделы 7.6 и 7.7 ПП.

## Сессия 6

Прокрастинация, решение проблемы, тайм-менеджмент и планирование приятных событий

Групповое обсуждение: прокрастинация. Обсудите в группе, в каких областях жизни клиенты прокрастинируют (при использовании ОП, можете заполнить рабочий лист 7.8.1). Обсудите анализ затрат/выгод прокрастинации. Обсудите разработку флэш-карт/справок, чтобы помочь уменьшить прокрастинацию, и разработайте их в группе. Обсудите идею создания напоминаний «просто сделать» и изменения имиджа, чтобы справиться с задачей, а не откладывать на потом. Обсудите задачи для борьбы с прокрастинацией: (разбивка на мелкие задачи, упорядочение от простого к сложному, подчеркывая, что действие предшествует мотивации).

**Задания:** Завершите поведенческий эксперимент и дневник мыслей, чтобы бросить вызов прокрастинации, и флэш-карту полезных утверждений для её преодоления (при использовании ПП заполните рабочие листы 7.8.5–7.8.7 поведенческий эксперимент по преодолению прокрастинации). Участвуйте в приятных событиях (хотя бы одно в течение недели).

ТАБЛИЦА 6.5 (продолжение)

Контент для групповой терапии	Примеры заданий во время сессий	Примеры домашних заданий
Ценности, уменьшение самокритики	<p>Представьте лист для решения проблем. Используйте пример из ПП, вставка 7.8.8. Групповое обсуждение: Тайм-менеджмент и планирование приятных событий. Завершите график управления временем во время сессии (рабочая таблица ПП 7.8.11). Подчеркните важность баланса времени для отдыха/релаксации и достижений.</p>	<p>Примеры домашних заданий</p> <p><b>Чтение:</b> прочитайте главы 7.8 и 7.9 ПП.</p>
Сессия 7		
Ценности, уменьшение самокритики	<p>Групповое обсуждение: самокритика, что это такое и почему она может быть разрушительной. Подчеркните, что речь идет о попытке уменьшить частоту и силу мыслей самокритики. Введите аналогию с тренером и обсудите в группе.</p> <p>Проработайте в группе определение голоса самокритики (если используется ОП, см. рабочий лист 8.1).</p> <p>Работайте над уменьшением самокритики и увеличением сострадания: определяем голос сострадания (при использовании ПП, обратитесь к рабочим листам 8.2-8.4).</p> <p>Работа над уменьшением самокритики и усилением сострадания: как реагировать на голос критики, когда он начинает говорить.</p>	<p><b>Задания:</b> Ведите дневник, чтобы увидеть сострадающие мысли (если используете ПП, заполните рабочий лист 8.4). Суммируйте пострадательные ответы на индексных «флэш-картах» как напоминания, которые можно использовать, когда самокритичный голос громкий.</p> <p><b>Чтение:</b> Прочитайте главу 8 ПП.</p>

ТАБЛИЦА 6.5 (окончание)

## Сессия 8

<p>Улучшение самооценки, цели, профикактика рецидивов</p>	<p>Групповое обсуждение: ослабление связи между нашим суждением о себе как личности и вашими достижениями. Работа над развитием самооценки, основанной на других факторах, а не только на достижениях; избегайте использования строгих и негибких правил и вместо этого поощряйте реалистичные и гибкие цели, отмечая однако, что вы делаете хорошо и что вы можете улучшить (если вы используете ПП, можете заполнить рабочие листы 9.1 и 9.3). Установите цели на следующие 6 месяцев, которые расширяют сферы жизни и способствуют повышению самооценки (при использовании ПП используйте рабочий лист 9.4). Обсудите план проведения опроса в качестве домашней работы, чтобы проверить соответствие поставленных целей.</p> <p>Профилактика рецидивов: групповое обсуждение того, как бороться с потенциальными регрессами/предотвратить рецидивы; разработка плана действий по борьбе с рецидивом.</p>
---	--

**Задания:** Дальнейшая постановка цели. Поведенческий обзор целей для расширения областей жизни, которые способствуют самооценке. Продолжайте использовать поведенческие эксперименты и другие стратегии, введенные во время терапии.

**Цели:** Прочитайте главы 9 и 10 ПП.

Примечание. На основании протокола, разработанного и оцененного в (Steele et al., 2013; Handley et al., 2015).

**ТАБЛИЦА 6.6. Пример протокола восьмиступенчатой структурированной индивидуальной терапии, ориентированной на перфекционизм**

Номер и содержание сессии	Примеры домашних заданий
1. Индивидуальная совместная концептуализация перфекционизма и усиление мотивации к его изменению. См. главы 7 и 8 этой книги.	• Составьте список плюсов и минусов перфекционизма, ориентируясь на негативные последствия.
2. Самоконтроль и психообразование. См. главу 9 этой книги	• Заполните листы самоконтроля.
3. Опросы и поведенческие эксперименты. См. главы 9 и 12 этой книги.	• Завершите опрос и поведенческий эксперимент.
4. Борьба с дихотомическим мышлением с помощью поведенческих экспериментов и континуумов. См. главы 11 и 12 этой книги.	• Завершите поведенческий эксперимент и континуум.
5. Борьба с когнитивными искажениями. См. главы 10 и 11 этой книги.	• Заполните дневник мыслей и положительных сторон продуктивности.
6. Прокрастинация, тайм-менеджмент и приятные события. Смотрите главу 14 этой книги.	• Разбейте задачу на мелкие подзадачи, чтобы преодолеть прокрастинацию, составьте график тайм-менеджмента и участвуйте в приятных событиях.
7. Самокритика и сострадание к себе. См. главу 13 этой книги.	• Заполните дневник сострадательных мыслей.
8. Самооценка и профилактика рецидивов. См. главы 13 и 15 этой книги.	• Продолжайте использовать поведенческие эксперименты и другие методы, изученные в терапии.

**ТАБЛИЦА 6.7. Пример протокола индивидуальной терапии из десяти сессий, ориентированной на перфекционизм**

Номер и содержание сессии контент	Примеры домашних заданий
1. Оценка и мотивация к изменениям: плюсы и минусы изменения перфекционизма. См. главы 6 и 8	• Заполните рабочий лист по усилению мотивации к изменениям.
2. Когнитивно-поведенческая концептуализация. См. главу 7	• Обдумайте диаграмму формулировки и добавьте любую соответствующую информацию или другие заметные примеры.
3. Психобразование и самоконтроль. См. главу 9	• Заполните листы самоконтроля перфекционистскими мыслями, эмоциями и поведением (проверка производительности, избегание, контрпродуктивное поведение).
4. Проверка, избегание и контрпродуктивное поведение, поведенческие эксперименты и опросы. См. главы 10 и 12	• Основываясь на идиосинкратическом поведении, выявленном во время сессии, завершите опросы и поведенческие эксперименты для борьбы с поведением, связанным с перфекционизмом.
5. Дисфункциональная схема самооценки. См. главу 13	• Основываясь на «круговой диаграмме», созданной во время сессии, проведите эксперименты по расширению областей самооценки.
6. Ригидность, правила и экстремальные стандарты. См. главы 11 и 12	• Завершите поведенческие эксперименты, направленные на преодоление жестких правил и дихотомического мышления («выполнение задач не так идеально») и сокращение времени, затрачиваемого на выполнение задач.
7. Когнитивные искажения: поведенческие эксперименты, включая приятные действия, переориентацию внимания, когнитивную перестройку и ошибки мышления. См. главы 10, 11 и 12	• Участвуйте в приятных событиях и заполняйте дневники мыслей.
8. Решение проблем (включая расслабление/стратегии управления временем /прокрастинацию). См. главу 14	• Завершите поведенческие эксперименты, направленные на то, чтобы выделить время для отдыха и непродуктивных приятных событий (например, сидеть в кафе, читать газету, смотреть «тупые» телешоу) и разработайте стратегии, наиболее подходящие для преодоления прокрастинации.
9. Самокритика и сострадание к себе. См. главу 13	• Заполните дневники сострадательных мыслей.
10. Предотвращение рецидивов. См. главу 15	• Продолжайте проводить поведенческие эксперименты и другие стратегии после завершения терапии.

расстройство в равной степени влияют друг на друга, лучше сначала лечить психологическое расстройство, а затем переходить к перфекционизму. Исключением могут быть люди с расстройствами пищевого поведения, у которых клинический перфекционизм считается основным поддерживающим фактором. В этих случаях вы можете разумно использовать расширенную КПТ расстройств пищевого поведения (Fairbum, 2008). Однако во многих случаях, когда мы привлекали клиентов специально к терапии перфекционизма в научных исследованиях (например, Steele et al., 2013), мы также обнаружили, что они предпочитают получать этот вид терапии, и это также следует принимать во внимание, когда вы выбираете формат лечения. Зачастую клиенты ранее проходили терапию одного или нескольких психологических расстройств и проявляют желание попробовать другое лечение, прекрасно понимая, что перфекционизм является основной частью их трудностей. Как указано в главе 2, исследования показали, что перфекционизм сохраняется после лечения определенного тревожного или пищевого расстройства с использованием протоколов, разработанных для конкретных психологических расстройств.

Наконец, как мы указывали в главе 4, существует обоснование использования КПТ перфекционизма в качестве трансдиагностического лечения, когда у клиента имеется ряд сопутствующих расстройств, так как нет никаких основанных на фактических данных руководящих принципов, которые следует применять при индивидуальной терапии пациентов, имеющих многочисленные диагнозы. Ясно, что если окажется, что перфекционизм является поддерживающим фактором в ряде диагнозов, то вам следует рассмотреть возможность использования КПТ перфекционизма. Пример того, как это выглядит в клинической практике, подробно описан ниже.

### **Пример индивидуального плана терапии из 10 сессий, ориентированной на перфекционизм**

Захара пришла на лечение, увидев объявление в своей местной газете. Она была одинокой 45-летней женщиной и работала профессором архитектуры. Захара сообщила, что она всегда



была тревожной. При оценке были достигнуты диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства, большого депрессивного расстройства (легкой степени тяжести) и компульсивного переедания. Она заявила, что она также была перфекционисткой столько, сколько она могла помнить, и что она преуспела в своей учебе и карьере, получив должность профессора в более молодом возрасте, чем ее сверстники. Захара напомнила своему терапевту, что, несмотря на получение многочисленных наград и постоянное признание за ее превосходство в своей работе (она была самым молодым человеком в своем университете, получившим должность профессора), у нее всегда было подспудное чувство, что она «недостаточно хороша», она ощущала, что находится недостаточно на высоте, и должна стараться изо всех сил, несмотря на признание. Она сказала, что провела много времени, сравнивая количество полученных дизайнерских наград с «лучшими в мире», и чувствовала, что независимо от того, насколько усердно она работала, она никогда не будет так же хороша, как некоторые из самых известных людей в ее профессии. Захара сказала, что она работала очень долгие часы, часто ранним утром, и в это время часто переедала, так как чувствовала себя очень уставшей, а настроение было плохим. Захара ругала себя за это и чувствовала, что должна что-то сделать с едой, потому что у нее был небольшой лишний вес, но она не могла найти время на спорт, так как постоянно работала. Она также сообщила психотерапевту, что временами ей было очень грустно и хотелось плакать, так как она чувствовала, что ей нужно лучше работать. Например, в прошлом году она заняла второе место на международной премии в области дизайна, которую она ранее выиграла. Она размышляла об этом и о других своих тревогах. Захара также сказала, что беспокоится о том, что у нее нет близких отношений, но, хотя она часто чувствовала себя одинокой и хотела бы иметь партнера, она не могла оправдать трату времени на попытки встретиться с кем-то, в то время когда работа требует так много усилий.

### **Сессия 1: Оценка и мотивация к изменениям**

Одной из наиболее важных подсказок во время первой сессии, которая может дать вам представление о выборе терапевтических подходов, является ответ клиента на первоначальный вопрос о том, что привело человека в терапию в это время. Отвечая на этот вопрос, Захара заявила, что, по ее мнению, у нее глубокая проблема с перфекционизмом, и что она не чувствует себя достаточно хорошо; следовательно, когда она увидела, что предлагается терапия для снижения перфекционизма, она подумала, что стоит об этом узнать. Захара заявила, что она также неоднозначно относится к терапии, потому что, хотя она и знала, что во многом ее перфекционизм проблематичен (например, она недовольна своей работой, переезжает и не может быть в отношениях), но также ей нравилось достигать целей и не хотелось в конечном итоге стать «бездельницей» или не удержать свою должность профессора из-за плохой работы. Терапевт воспользовался этой возможностью, чтобы вступить в дискуссию о цели терапии, а именно о том, что речь идет не о снижении стандартов, поскольку нет ничего плохого в стремлении к самосовершенствованию. Скорее, терапия заключается в уменьшении самокритики, которая сопровождает стремление и снижение степени самооценки, основанной на достижениях. Захара, казалось, больше интересовалась этим, особенно после того, как она и психотерапевт обсудили плюсы и минусы перфекционизма, и стало очевидно, что для Захары одним из недостатков было то, что она проводила много времени, проверяя свою работу и сравнивая себя с другими профессорами в интернете. Это отнимало время, которое она могла бы потратить, чтобы быть более продуктивной. Терапевт предположил, что они могут попытаться поэкспериментировать с другими вещами, которые могут потенциально улучшить продуктивность, и Захара очень заинтересовалась этой идеей. Домашнее задание после этой сессии состояло в том, чтобы прочитать главы 1–6 книги самопомощи (*Overcoming Perfectionism*) и заполнить рабочий лист о долгосрочных затратах и выгодах перфекционизма.

## ***Сессия 2: Когнитивно-поведенческая концептуализация***

На этой сессии терапевт совместно с Захарой разработал концептуализацию случая и нарисовал диаграмму факторов, подерживающих ее перфекционизм. Захара очень хорошо видела, как она основывала свое чувство собственного достоинства на достижениях, в частности на работе, и что это привело ее к установлению жестких стандартов (например, «я должна получить больше наград за дизайн, чем мои коллеги»), приводя к мнению о себе в дихотомической манере (например, «Второе место на международном конкурсе дизайна является доказательством того, что я такая неудачница»). Захара также могла видеть под руководством терапевта, как она ставит свои цели еще выше после успеха (например, «Мне нужно получать каждую награду»), и даже когда она выигрывает конкурсы, она преуменьшает их значение (например, «Я, может быть, самый молодой профессор в моем университете, но я же не в Гарварде, так что это не страшно»). Психотерапевт также помог Захаре увидеть, как она ведет себя в контрпродуктивной манере, например, проверяет свою работу снова и снова и сравнивает количество наград, которые она получала, с наградами, полученными другими лучшими профессорами, в течение многих часов в Интернете. Он укрепил ее представление о своей самооценке в зависимости от достижений. Они также обсудили, насколько критически Захара относилась к себе, как у нее постоянно звучал внутренний монолог, говорящий, что она «бесполезная, бездарная, жалкая», и как это также укрепило самооценку, основанную на достижениях; как она сказала себе в ответ на это: «Ну, просто нужно продолжать стараться». Домашнее задание, назначенное на этом занятии, состояло в том, чтобы Захара обдумала формулировку и отметила дополнительные примеры контрпродуктивного поведения, которые она заметит в течение следующей недели.

## ***Сессия 3: Психобразование и самоконтроль***

На этом занятии терапевт спросил Захару, каковы ее убеждения относительно некоторых общих идей, которых придерживаются люди, например: «Чем больше работаешь, тем лучше делаешь». Захара согласилась с этим и со многими другими «ми-

фами о перфекционизме» (см. главу 9), и это было полезно для начала сократовского диалога относительно недостатков перфекционизма, которые ранее выявила Захара (то есть, это стоило ей долгого времени и, возможно, привело к тому, что она стала более неэффективной). Это помогло Захаре понять, что, возможно, иногда она переутомлялась, и ввести понятие поведенческих экспериментов, направленных на то, чтобы уделять меньше времени задачам и выяснять, что произошло в результате. Терапевт также подал Захаре идею о том, как начать лучше осознавать ее перфекционизм, и дал листы самоконтроля для выполнения домашних заданий, в частности, чтобы сосредоточиться на записи ее разговоров о себе и контрпродуктивного поведения.

#### ***Сессия 4: Поведенческие эксперименты***

Как показало домашнее задание Захары из предыдущей сессии, она предпринимала многочисленные контрпродуктивные действия, такие как проверка своей работы и сравнение себя с другими. Эта сессия была направлена на формулирование ряда поведенческих экспериментов, чтобы Захара попыталась тратить меньше времени, чем обычно, и уменьшить бесполезное поведение, связанное с перфекционизмом. Один эксперимент, который обсуждался во время сессии, а затем был назначен для домашней работы, состоял в том, чтобы представить документ после краткой проверки его с указанным ограничением по времени (1 час), по сравнению с ее обычным стандартом тратить до недели на проверку документа, прежде чем представить его. Другой эксперимент состоял в том, чтобы сопоставить дни, потраченные на проверку в Интернете и сравнение себя с другими профессорами, и дни без проверки (например, 2 дня в неделю, потраченные на проверку, и 2 дня в неделю без проверки) и сравнение воздействия на результат с оценками 0–100 (настроение, переживание, продуктивность).

#### ***Сессия 5: Расширение самооценки за пределы достижений***

Захара сообщила об успехе в поведенческих экспериментах. Она обнаружила, что ей стало лучше и что она стала более продуктивной в те дни, когда не тратила долгие часы на то, чтобы

проверять свою работу и сравнивать себя с коллегами, хотя признала, что очень беспокоилась о результатах работы, которую она представила после лишь небольшой проверки. Она сообщила, что «я не смогла бы справиться с мыслью о том, что я неудачница», если бы ее статья была отклонена. Терапевт использовал это как возможность обсудить то, как Захара почти полностью основывала чувство собственного достоинства на результатах своей работы, и вместе они нарисовали круговую диаграмму на доске, чтобы проиллюстрировать это (подробно см. в главе 13), и еще одну круговую диаграмму того, как ее самооценка могла бы выглядеть, если бы она была более сбалансированной в своей жизни. Захара определила области своей жизни, которыми она пренебрегала из-за стремления к совершенству (например, интимные отношения, дружба, физическое здоровье, веселье, хобби), и согласилась, что было бы полезно разработать некоторые эксперименты для проверки способов улучшения этих областей. Для домашней работы она решила попробовать поведенческий эксперимент, включающий просмотр сайтов знакомств в Интернете в то время, которое она раньше тратила бы на сравнение себя с коллегами в сети.

### ***Сессия 6: Ригидность, правила и экстремальные стандарты***

На этой сессии терапевт обсудил с Захарой множество правил, которые она создала для себя (например, «Я никогда не должна ложиться спать, пока не закончу свою работу, которая запланирована на этот день» и «Имеет значение только победа в конкурсе; все остальное указывает на то, что я неудачница»). Они обсуждали попытки переосмыслить ее правила в качестве руководящих принципов (например, стремясь выполнить некоторые задачи из ее списка дел, но не выполняя их все каждый день), и использование континуума, чтобы увидеть «оттенки серого» в ее исполнении в отношении наград (см. главу 11).

Захара решила, что для выполнения домашней работы она будет участвовать во дополнительных поведенческих экспериментах, нацеленных на то, чтобы сделать что-то менее идеально (например, дать черновик бумаги своему коллеге с незначительной ошибкой в нем и оценить свою работу не дихотомически).

### ***Сессия 7: Борьба с когнитивными искажениями***

После завершения многочисленных поведенческих экспериментов в терапии к этому моменту стало очевидно, что Захара все еще в какой-то степени замечает свои недостатки в работе и игнорирует свои успехи. Например, она сделала это даже после того, как в результате успешного поведенческого эксперимента было сказано: «Это не страшно» и «Я должна была справиться с этой проблемой много лет назад». Терапевт представил записи мыслей, чтобы бросить вызов неэффективным стилям мышления (см. главу 10), и они обсуждали, как Захара придерживалась двойного стандарта (например, другим было бы хорошо бороться с перфекционизмом, но она должна была быть в состоянии преодолеть проблему раньше). Они заполнили дневник мыслей, чтобы оспорить это убеждение, и для домашней работы Захара планировала заполнить несколько дневников мыслей, а также дневник для записи успехов.

### ***Сессия 8: Приятные события и планирование времени для отдыха***

Захара заявила, что заполнила несколько дневников мыслей в течение недели и участвовала в многочисленных поведенческих экспериментах. Она гордилась тем, что теперь ей стало легче сокращать время, затрачиваемое на выполнение задач, потому что она не делала столько проверок. Однако для терапевта было очевидно, что Захара тратила много времени на домашнюю работу по терапии. На самом деле, она даже перепечатала запись мысли и ввела новую версию для терапевта «в знак благодарности». Она объяснила, что «новая запись была более точной, поскольку в ней подробно перечислены все бесполезные стили мышления». Терапевт поблагодарил Захару за ее усилия, но использовал это как возможность пересмотреть формулировку. Похоже, что Захара применяет свой перфекционизм к терапии, и они согласились, что Захара проведет поведенческий эксперимент, где она ограничит свое время, выполняя домашнюю работу, и использует карандаш для ведения записей, или печатанье. Это также стало хорошей возможностью для терапевта обсудить график управления временем с целью предоставления

времени для отдыха и расслабления и рассмотрения некоторых областей жизни, которые Захара пыталась расширить, чтобы усилить свою самооценку (то есть отношения, хобби). Чтобы решить эту проблему в качестве домашней работы, Захара решила провести поведенческий эксперимент, в котором она оспорила свою идею о том, что приятные события – пустая трата времени, и хотя она не могла согласиться на просмотр реалити-шоу, предложенного терапевтом, она согласилась посмотреть некоторые эпизоды другого шоу, *Grand Designs*, которые были посвящены архитектуре и которые она никогда не удосуживалась посмотреть в прошлом. Захара также решила провести время, встретившись со старыми университетскими друзьями за кофе, чего она раньше избегала из-за своего плотного графика.

### ***Сессия 9. Самокритика и сострадание к себе***

В ходе терапии степень самокритики Захары и использование негативных ярлыков, таких как «неудачница, провал, бесполезная», казалось, уменьшались; однако Захара сообщила, что на прошлой неделе она страдала от эпизода самокритики и назвала себя неудачницей из-за своего взаимодействия с коллегой, когда коллега поставила под сомнение один из ее отчетов. На этой сессии терапевт представил понятие самосострадания, попросив Захару определить ценности, которые она использовала для обращения со своими коллегами, студентами и друзьями (например, уважение, заботу, вежливость) и спросив, как она могла бы использовать эти ценности для себя при рассмотрении этого недавнего опыта. Вместе они работали над тем, чтобы бросить вызов идее о том, что Захара была «неудачницей», и о том, как они могли уменьшить силу ее негативных, самокритичных мыслей и усилить ее сострадательные мысли (например, «у всех есть проблемы с этим коллегой; если я буду добра к себе, я увижу, что я хорошо справилась с отчетом, что в целом хорошо справляюсь со своей работой и что я хороший человек»).

### ***Сессия 10. Профилактика рецидивов***

Во время последней сессии терапевт и Захара обсудили, что она прошла долгий путь за последние пару месяцев. Например,

теперь она стала больше спать, ее настроение улучшилось, она общается с другими, она была намного менее самокритичной, и она делала больше на работе, поскольку тратила меньше времени на проверку и сравнение себя с другими. Они обсудили основные способы, с помощью которых Захара могла сохранить эти изменения, в том числе продолжение проведения поведенческих экспериментов, нацеленных на выполнение задач «менее идеально», сокращение времени, затрачиваемого на выполнение рабочих заданий, и расширение самооценки путем продолжения участия в новых действиях, которые она игнорировала, таких как приятные события и общение. Терапевт также подчеркнул важность того, чтобы Захара контролировала свой самокритичный голос, и когда они разработали план действий по борьбе с возможными промахами, это было важной областью, за которой Захара решила следить. Если у нее будут периоды «наклеивания на себя ярлыков», – это знак того, что нужно достать некоторые из терапевтических материалов и записать несколько сочувственных голосовых сообщений (см. главу 13).

## Домашние задания

Домашние задания между сессиями являются важным компонентом КПТ и одним из наиболее важных факторов изменений. Некоторые принципы формирования домашних заданий включают в себя обеспечение того, что:

- Количество назначенных домашних заданий не является безусловным.
- Инструкции к заданиям однозначны.
- Идея домашнего задания понятна клиенту.
- Терапевт и клиент уверены, что домашнее задание можно выполнить.
- Терапевт и клиент согласовывают домашние задания совместно и в соответствии с рекомендациями протокола терапии. Обязательно выделите достаточно времени (например, десять минут) для этого совместного обсуждения ближе к концу каждой сессии.



- Существует четкое ожидание того, что согласованное домашнее задание будет выполнено.
- Следующая сессия начнется с обзора домашней работы за предыдущую неделю.
- Если домашнее задание не было выполнено, объяснение будет активно запрашиваться без осуждения.
- Большая часть домашних заданий являются вытекающими друг из друга (аддитивными); другими словами, задачи, представленные ранее, могут быть продолжены в качестве темы для домашней работы на протяжении всей терапии.

### **Решение проблем: выполняем домашнее задание «не совсем идеально»**

Как упомянуто в главе 8, клиент, у которого выявлен перфекционизм, может, скорее всего, либо избегать делать домашние задания (потому что не может выполнить их достаточно хорошо), либо пытаться делать это идеально, например, слишком детальные страницы дневников, чтение в качестве домашней работы, больше, чем оговорено во время сессии. В отношении этой проблемы могут быть полезны несколько подходов:

- С юмором подумайте о том, как проявляется перфекционизм даже в домашних заданиях или в мозговом штурме, как выполнять домашнее задание менее идеально, устанавливая это как поведенческий эксперимент (например, используйте карандаш для заполнения дневников, делайте хотя бы одну ошибку в правописании в каждой записи, пролейте еду или сок на одну из страниц, пишите как можно более сумбурно, сохраняя разборчивость)
- Установите четкие рекомендации по выполнению домашней работы, укажите максимальное количество времени, которое можно потратить на это, и уровень требуемой детализации, и напомните клиенту, что обоснование домашней работы состоит в том, чтобы помочь ему или ей проверить убеждения о перфекционизме, а не произвести впечатление на терапевта.

## Завершение

Хотя терапия должна заканчиваться кратким изложением прошлых достижений в ходе курса и с акцентом на будущее, при прекращении терапии будет возникать ряд дополнительных проблем. С точки зрения прошлого, вы должны выразить признательность клиенту как за личные качества (например, чувство юмора, честность, смелость), которые он привнес в терапию, так и за ваше удовольствие от совместной работы. На этом этапе вы можете поздравить клиента с продолжением терапии, даже если это было очень трудно, и с тяжелой работой, вложенной в изменение домена, в котором на старте могла быть значительная амбивалентность. В рамках профилактики рецидивов (о которой будет рассказано в главе 15) вы уже спросили клиента о важных изменениях, внесенных во время терапии, и на этапе завершения жизненно важно напомнить клиенту, что это были изменения, которые он сделал сам, они были произведены не вами.

С точки зрения ориентации на будущее уместно изучить чувства по поводу завершения терапии и нормализовать любые опасения относительно того, что нужно «идти в одиночку». На этом этапе также полезно уточнить любой последующий контакт и вопрос о том, могут назначены ли последующие встречи быть запланированы заранее или запрошены клиентом по мере необходимости. Учитывая то, как работает перфекционизм, хорошей практикой является планирование последующей встречи, так как клиент может почувствовать, что запрос представляет неудачу. Попросите клиента предвидеть возможные проблемы между заключительным терапевтическим визитом и последующей встречей; убедитесь, что поставлены конкретные цели. Подчеркните способность клиента выбирать и изменять и выражайте свой собственный оптимизм в отношении будущего клиента на основе конкретных наблюдений, которые вы сделали в течение курса терапии.

## Супервизия

Хотя тема супервизии не имеет прямого отношения к планированию терапии, тем не менее, это актуальный вопрос, который следует рассмотреть в начале, до начала терапии и в течение всего курса; следовательно, мы включили его в эту главу. Некоторые терапевты будут находиться в постоянной супервизии, и многие терапевты также будут предоставлять её. Поэтому вопрос о том, как наилучшим образом использовать супервизию и о наилучших методах её обеспечения, очень важен для процесса планирования терапии.

### *Лучшее использование супервизии*

Более широкое использование моделей наблюдения, стандартизированных инструментов оценки (например, шкалы оценки когнитивной терапии) и видеозаписей сессий изменило природу супервизии. Это важные соображения, хотя основные её принципы, как и основные принципы психотерапии в целом, не изменились. По сути, супервизия обеспечивает контекст, в котором терапевт может безопасно размышлять о проводимом терапевтическом вмешательстве, и где супервизор и терапевт могут поделиться идеями как о характере, так и о процессе терапии. Как правило, руководитель более опытен, чем терапевт, который находится под наблюдением. В других случаях модель коллегиальной супервизии может быть более подходящей. Руководитель делится своими знаниями и опытом с терапевтом, а терапевт делится своими знаниями о конкретном клиенте. Будучи учителем и консультантом, руководитель также оказывает общую поддержку.

Как и в случае с терапевтическими сессиями, чем лучше они подготовлены, тем лучше их результат. Многие терапевты приезжают на супервизию относительно неподготовленными, тогда как они не хотели бы быть неподготовленными перед клиентом. Роль супервизора состоит в том, чтобы установить ожидания и передать важность супервизии как деятельности, которая требует столько же внимания, размышлений и работы, как и терапевтическая сессия. По нашему мнению, неспособность должным образом подготовить-

ся к супервизии наносит значительный ущерб клиенту и является неприемлемой и неэтичной. Роль терапевта в супервизии состоит в том, чтобы разработать ее план, взять на себя ответственность за конкретные цели обучения, открыто рассказать о терапевтической практике и предоставить обратную связь о супервизии.

### ***Модели супервизии в КПТ***

Существует несколько моделей супервизии в КПТ. Для тех, кто особенно заинтересован в этом, мы предлагаем вам ознакомиться с литературой по этой теме (например, Hawkins, Shohet, 2000; Milne, 2009; Padesky, 1996). Наша структура супервизии почти идентична структуре терапевтической сессии по формату; повестка дня устанавливается совместно и должна включать обзор домашней работы, случаи клиентов в кризисе и обсуждение любых конкретных терапевтических вопросов. Он заканчивается согласованным домашним заданием и кратким описанием сессии. В группах может быть так, что у каждого члена группы есть равное время каждую неделю для обсуждения сложных случаев. В качестве альтернативы вы можете обнаружить, что получается лучше, когда один член группы имеет более длительный период времени для более подробного обсуждения случая во время каждой сессии. Также может быть полезным одобрять предложения, сделанные не только руководителем, но и другими членами группы, чтобы поощрять обучение и моделировать контроль со стороны коллег. В соответствии с принципами КПТ, мы рекомендуем вам попробовать разные форматы, получить данные от супервизируемых, которые они предпочитают, а затем найти формат, наиболее эффективный для вашей конкретной группы.

### ***Проведение супервизии***

При супервизии терапевтов, работающих с пациентами с перфекционизмом, применяются те же принципы, что и при работе с терапевтами, работающими с людьми с другими проблемами психического здоровья. Однако одно из ключевых отличий заключается в том, что вы работаете трансдиагностически, и будут моменты, когда возникают проблемы, связанные с расстройством. Например, при работе с этим руководством может быть очевидно, что перфек-

ционизм особенно проблематичен в социальной сфере. Терапевту может понадобиться совет относительно того, допустимо ли «окунуться» в конкретный научно обоснованный протокол для социального тревожного расстройства (например, провести поведенческий эксперимент по реакции других людей на социальную неудачу). В этом протоколе нет ничего, что исключало бы использование техник из протоколов для конкретных психологических расстройств, если вы и терапевт понимаете, что оно вписывается в состав. Ваша роль в качестве супервизора заключается в том, чтобы помочь адаптировать интервенцию таким образом, чтобы она имела терапевтическую ценность для изменения факторов, поддерживающих перфекционизм, а не для борьбы с конкретным расстройством.

### **Оценка вашей супервизии**

Вы можете захотеть оставить отзыв о вашей собственной супервизии. Это может быть сделано в неформальной обстановке с использованием или без использования видео или аудио обратной связи во время сессии. Это также может быть сделано формально с использованием контрольных мер, таких как *Шкала контроля и оценки* (см. Milne, 2009). Для того чтобы стать квалифицированным супервизором, скорее всего, потребуется дополнительное обучение, опыт и размышления, но терапевты, клиенты и ваша собственная практика, скорее всего, выиграют от этого.

## Глава 7

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И СОВМЕСТНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ

Чтобы разработать эффективный план терапии, терапевт и клиент должны разработать совместную когнитивно-поведенческую концептуализацию поддерживающих факторов перфекционизма. Процесс концептуализации случая имеет решающее значение, поскольку он является основой построения терапии. Лечение будет выглядеть по-разному для каждого человека, в зависимости от полученной индивидуальной совместной концептуализации, хотя в целом она будет направлена на конкретные поддерживающие факторы, основанные на когнитивно-поведенческой модели перфекционизма, которую первоначально изложили Шафран с коллегами (Shafran et al., 2002) и совсем недавно они же её обновили (Shafran et al., 2010). Совместная концептуализация – это важный шаг, помогающий клиенту и терапевту понять, что поддерживает перфекционизм клиента и, следовательно, какие конкретные факторы должны быть направлены на терапию. Когнитивно-поведенческая модель перфекционизма может быть полезным руководством для концептуализации, но вы должны применять эту модель гибко, в зависимости от особенностей перфекционизма каждого отдельного клиента.

## **Когнитивно-поведенческая модель перфекционизма**

Когнитивно-поведенческая модель перфекционизма (Shafran et al., 2002) возникла, когда клиницисты заметили, что перфекционизм является существенным фактором в развитии расстройств пищевого поведения и, следовательно, его необходимо учитывать, однако не было когнитивно-поведенческих моделей факторов, поддерживающих перфекционизм. Вместо этого в литературе преобладали многомерные модели (Frost et al., 1990; Hewitt, Flett, 1991b), которые дают мало информации о том, что делать в терапии. В то время Шафран и Манселл (Shafran, Mansell, 2001) продемонстрировали в большом обзоре, что перфекционизм был повинен в случае ряда клинических расстройств. Они утверждали, что необходима модель, которая могла бы учитывать поддержание перфекционизма во многих существующих проблемах, поскольку он имел отношение не только к расстройствам пищевого поведения.

### ***Первоначальная когнитивно-поведенческая модель перфекционизма***

Модель Шафран с коллегами (Shafran et al., 2002), как видно из рис. 7.1, основана на определении клинического перфекционизма как «чрезмерной зависимости самооценки от решительного стремления к самообязательным, навязанным самим себе стандартам, по крайней мере, в одной весьма существенной области, несмотря на неблагоприятные последствия» (р. 778). Клинический перфекционизм предполагает постоянное стремление к достижению стандартов, навязываемых самим собой, несмотря на негативные последствия, и основание самооценки на том, насколько хорошо люди чувствуют, что достигают своих стандартов.

Основополагающим для определения клинического перфекционизма является то, что самооценка основана на том, насколько хорошо человек думает, что он справляется с соответствием важным стандартам. Проблема заключается не в целях и стандартах, а в самооценке на основе соответствия стандартам. Например, если кто-то думает, что он является неудачником из-за несоответствия

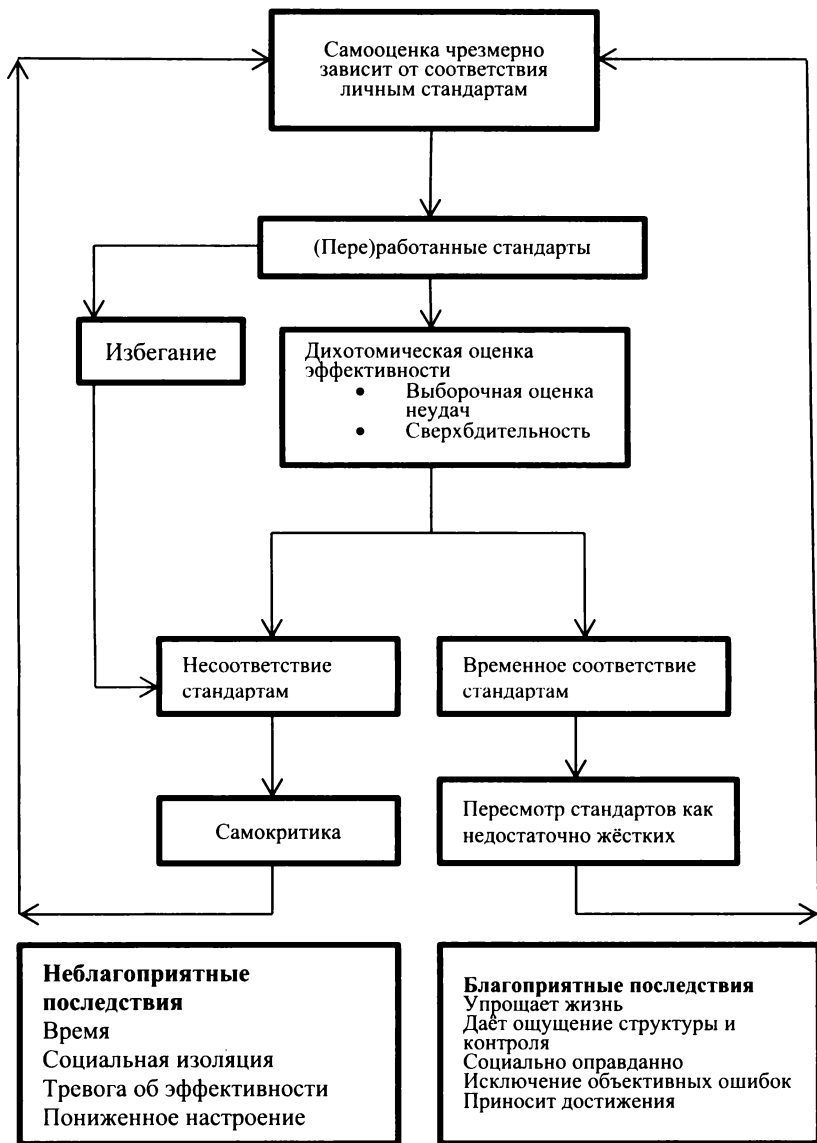


Рис. 7.1. Первоначальная когнитивно-поведенческая модель клинического перфекционизма (Shafran et al., 2002). Авторские права 2002, Elsevier. Перепечатано с разрешения.



стандарту (например, получение В на экзамене, а не А), а также считает, что в целом он неудачник как личность после получения В на экзамене, это указывает на клинический перфекционизм. Определение клинического перфекционизма подразумевает человека, стремящегося соответствовать строгим стандартам, несмотря на то, что это имеет негативные последствия, и даже при соблюдении этих стандартов обесценивание их как недостаточно сложных. Модель включила в себя ряд основных поддерживающих факторов, в том числе жесткую установку стандартов, дихотомическую оценку стандартов, когнитивные искажения, самокритику, избегание и сброс стандартов на более высокий уровень, когда человек считает, что стандарт не был соблюден. Неявным компонентом модели было то, что люди с клиническим перфекционизмом часто проявляют поведение, которое мы называем «проверка эффективности» (например, сравнение своей эффективности с другими, поиск одобрения). Модель была недавно пересмотрена Шафран и др. (Shafran et al., 2010), чтобы явно включить эти поведенческие компоненты. Пересмотренная модель также расширила эмоциональные аспекты клинического перфекционизма.

### ***Пересмотренная когнитивно-поведенческая модель перфекционизма***

Обновленная модель клинического перфекционизма (Шафран и др., 2010) представлена на рис. 7.2 (см. также раздаточный материал 7.1 в Приложении 2).

### ***Поддерживающие факторы***

Основные поддерживающие факторы клинического перфекционизма, изложенные в модели, заключаются в следующем.

### **САМООЦЕНКА ЧРЕЗМЕРНО ЗАВИСИТ ОТ СООТВЕТСТВИЯ ЛИЧНЫМ СТАНДАРТАМ**

Вверху и в центре модели на рис. 7.1 находится фраза «самооценка, чрезмерно зависящая от стремления соответствовать личным стандартам». Это то, что Шафран с коллегами (Shafran et al., 2002) определили как основную проблему в исходной модели, и



**Рис. 7.2.** Обновленная когнитивно-поведенческая модель клинического перфекционизма (Shafran et al., 2010).

она определяет все другие факторы, которые поддерживают клинический перфекционизм. По сути, перфекционисты видят себя достойными, только если чувствуют, что достигают своих личных стандартов. Самооценка, будучи зависимой от достижений, заставляет человека устанавливать негибкие стандарты эффективности.

## НЕГИБКИЕ СТАНДАРТЫ

Высокие, негибкие стандарты, установленные людьми с клиническим перфекционизмом, функционируют как жесткие правила, которые они устанавливают для себя в отношении того, как они должны действовать (например, «я всегда должен получать высокие оценки в школе», «я всегда должен отлично говорить в социальных ситуациях»).

## КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ

*Дихотомическое мышление* (все или ничего/черно-белое мышление). Люди с клиническим перфекционизмом постоянно оценивают, насколько хорошо они отвечают своим правилам дихотомическим образом, например, полагая, что человек не соответствует стандартам, если он получил оценку 79% на экзамене. Это приводит к интенсивной самокритике и чрезмерной генерализации, что еще больше усиливает самооценку, зависящую от стремления (например, «я неудачник как человек, потому что я получил 79% на экзамене»). Это приводит к тому, что человек забрасывает свои стандарты еще выше (например, «я должен в следующий раз лучше сдать экзамен и набрать более 85%»), что возобновляет цикл. Следовательно, клинический перфекционизм поддерживается в замкнутом круге.

«Надо» и «Должен». Самооценки, включающие «надо» и «должен», способствуют поддержанию клинического перфекционизма. Эти заявления часто являются введением в действие правил и могут использоваться для того, чтобы подтолкнуть людей к соблюдению своих стандартов или ругать себя, если они чувствуют, что они не соответствуют стандарту (например, «Я должен всегда работать в выходные дни, а не тратить время на общение», «Я должен был сделать отчет лучше»). Как уже говорилось в главе 1, Альберт Эллис назвал этот стиль мышления «застреванием на долге» и «обязыванием себя», а Хорни (Horney, 1950) описал перфекционизм как «тиранию долгов». Может быть полезно обсудить эти термины с клиентами, чтобы проиллюстрировать как их правила и стили мышления связаны с перфекционизмом.

*Избирательное внимание* (замечать плохое и обесценивать хорошее). Это когнитивное искажение характерно для клинического перфекционизма и включает в себя сосредоточение внимания на каждой ошибке, независимо от того, насколько она мала (например, «Одна орфографическая ошибка в электронном письме говорит о том, что я недостаточно компетентен»). Для людей также характерно игнорировать положительные аспекты их работы (например, то, что на последней встрече с начальником их похвалили за хорошую работу). Чтобы проиллюстрировать процесс избирательного внимания при разработке концептуализации с клиентами, может быть полезно попросить их провести эксперимент, в котором они оценивают, насколько чешется голова до и после выборочного внимания к «зуду». Этот тип эксперимента – простой способ продемонстрировать роль избирательного внимания.

*Излишняя генерализация.* Это еще один характерный стиль мышления, который поддерживает клинический перфекционизм, когда человек берет один пример, чтобы описать себя в целом (например, «Поскольку я допустил небольшую ошибку в ежемесячном отчете, это означает, что я неудачник как человек»).

*Двойные стандарты.* Это стиль мышления, о котором часто сообщают в случае клинического перфекционизма, который подразумевает наличие разных наборов стандартов для себя и для других (например, «Это нормально, что другие люди допускают орфографические ошибки в своих электронных письмах, но я никогда не должен ошибаться»).

*Оценка стандартов.* Люди с клиническим перфекционизмом стремятся ежедневно соответствовать множеству личных стандартов и постоянно пытаются судить, были ли их стандарты соблюдены или нет. Некоторые перфекционисты могут также избегать попыток соответствовать собственным стандартам в полной мере.

*Несоответствие стандартам.* Люди с клиническим перфекционизмом чаще всего чувствуют, что они не соответствуют своим стандартам, что приводит к интенсивному самокритичному

мышлению (например, «я неудачник»). Следствием этого является подкрепление представления о том, что самооценка зависит от стремления, и вывод о том, что человек может быть ценным как личность, только если он или она соответствует стандартам.

*Временное соответствие стандартам.* Даже когда люди с клиническим перфекционизмом соответствуют своим стандартам, они игнорируют свои успехи и не видят в них «ничего особенного» или делают вывод: «Любой мог бы это сделать». В результате они часто забрасывают свои стандарты выше и пытаются добиться еще лучших результатов в следующий раз. Таким образом, даже когда клиенты думают, что они соответствуют своим стандартам, они не чувствуют себя удовлетворенными, и их самооценка, основанная на стремлении и достижениях, снова укрепляется, что приводит их к более высокому забросу стандартов, создавая порочный круг. Переосмысление стандартов как недостаточно требовательных (после их соблюдения) приводит к тому, что человек никогда не чувствует себя достаточно хорошо, а вместо этого чувствует себя неудачником.

Многие люди с клиническим перфекционизмом описывают чувство облегчения, потому что они избегают неудачи (в отличие от чувства выполненного долга), когда они соответствуют стандартам. Таким образом, они оказываются запертыми в цикле невозможности наслаждаться своими успехами или размышлять над своими достижениями, и вместо этого думают о том, насколько можно поднять планку в следующий раз (например, «Даже если я получил оvation на своём концерте, я знаю, что сыграл эту пьесу неидеально, и мне нужно улучшить ее для следующего выступления»).

### ***Избегание соответствия стандартам***

Другим результатом оценки стандартов является отказ от попыток соблюсти негибкие правила из-за сильной тревоги и беспокойства по поводу того, насколько они выполнимы. Как правило, это может также включать в себя избегание ситуаций проверки эффективности (например, экзамена). Такое избегающее поведение приводит к интенсивной самокритике и мыслям о том, что нужно стараться изо всех сил, чтобы соответствовать стандартам,

что еще раз подтверждает идею о том, что самооценка должна основываться на их соблюдении. Прокрастинация может также рассматриваться, как форма избегающего поведения, и очень распространена при клиническом перфекционизме.

### ***Поведение, связанное с эффективностью***

Люди делают разные вещи, чтобы проверить, насколько хорошо они соответствуют их стандартам или помочь себе в достижении целей. Четыре основных области поведения, связанного с эффективностью, при клиническом перфекционизме, включают:

- *Поведение достижения целей*, где клиенты вовлечены в поведение, связанное с эффективностью, для достижения своих целей (например, тратят часы, просматривая тезаурус, пытаются найти идеальное слово при написании эссе).
- *Проверка эффективности*, которая включает оценку того, насколько человек считает, что он хорошо выполняет свою работу.
- *Сравнения*, которые включают в себя сравнение своей эффективности по сравнению с другими. Например, человек может сравнить количество людей, которые смотрели на него, когда он выступал с презентацией на работе, с тем, когда его коллега делал то же самое. Проблема клинического перфекционизма заключается в «восходящем социальном сравнении» или в сравнении себя с другими, которые воспринимаются гораздо лучше (например, женщина, сравнивающая свою фигуру с моделями в модных журналах, или человек, сравнивающий свою эффективность с сотрудником, занимающим самую высокую должность в офисе).
- *Поиск одобрения*, или попытки проверить, насколько хорошо человек соблюдает стандарты, спрашивая у других об их впечатлениях (например, ученик может многократно задавать вопросы учителю для получения обратной связи, чтобы чувствовать себя уверенным в своей работе). Проблема с чрезмерным поиском одобрения в том, что он создает только мимолетное чувство уверенности и способствует поддержанию и возможному усилению беспокойства по поводу личной эффективности.

### **Контрпродуктивное поведение и самокритика**

Контрпродуктивное поведение – это то, что люди делают, чтобы уменьшить свои опасения по поводу эффективности или чувствовать себя более комфортно в отношении своей работы. Контрпродуктивное поведение похоже на то, что часто называют «безопасным поведением». Оно своеобразно и должно оцениваться для каждого человека индивидуально. Примеры контрпродуктивного поведения включают составление списков (например, составление нескольких списков на работе в попытке защитить себя от несоблюдения своих стандартов), чрезмерную подготовку (например, не спать всю ночь перед показом презентации, что приводит к утомлению), а также чрезмерная тщательность (например, трата излишнего количества времени на выполнение заданий и в результате опаздания на встречи). Причина, по которой мы используем термин «контрпродуктивное поведение», а не «безопасное поведение», заключается в том, чтобы отличать безопасное поведение, которое бесполезно (и, следовательно, является подходящим объектом для терапии), от поведения, которое может быть терапевтическим при разумном использовании (Rachman et al., 2008).

В дополнение к контрпродуктивному поведению, клиенты с клиническим перфекционизмом часто подвергают себя интенсивной самокритике, когда считают, что не достигли своих целей. Часто люди сообщают, что они самокритичны с целью обеспечения того, чтобы избежать повторной ошибки или «повысить свой уровень». Несмотря на это, самокритика явно поддерживает порочный круг клинического перфекционизма. Это происходит, так как самокритика приводит к тому, что клиент думает о себе как о неудачнике, что укрепляет веру в то, что самооценка должна основываться на достижениях, и побуждает снова стремиться к достижению более высоких стандартов, таким образом оставаясь запертым в цикле клинического перфекционизма.

## **Обоснование когнитивно-поведенческой модели клинического перфекционизма**

В поддержку модели Иган и др. (Egan et al., 2013) обнаружили, что клиническая группа с высоким негативным перфекционизмом сообщила, что после сбоя они введут более высокие стандарты, чем в группе с низким негативным перфекционизмом, которые заявили, что установят более низкие стандарты после отказа. Доказательства того, что люди с клиническим перфекционизмом повышают стандарты после успешного достижения своих целей, также были найдены в экспериментальном исследовании (Кобри и др., 2009).

Существует также ряд других исследований, которые подтвердили прогнозы модели. Райли и Шафран (Riley, Shafran, 2005) обнаружили, что люди с клиническим перфекционизмом сообщали об установлении жестких правил, избегании и самокритике после неудачи, что поддерживает многочисленные аспекты модели. Есть также количественные исследования, находящие поддержку модели. В исследовании с участием трех разных образцов (клиническая группа, студенты и спортсмены) Иган и др. (Egan et al., 2007) обнаружили, что дихотомическое мышление объясняет значительную разницу в негативном перфекционизме. Это подтверждает предположение о том, что люди с проблемным перфекционизмом оценивают свои стандарты дихотомическим образом. Авторы работы (Stoeber et al., 2008) обнаружили, что самоориентированный и социально предписанный перфекционизм ассоциировался с более высоким стыдом и чувством вины после неудачи в выполнении задания. Этот вывод согласуется с моделью, в которой люди с перфекционизмом, как предполагается, сильно самокритичны после неудачи, а стыд и вина могут быть эмоциональными последствиями этой самокритики.

## **Пример когнитивно-поведенческой модели клинического перфекционизма**

Чтобы понять, как когнитивно-поведенческая модель выглядит в действии, рассмотрим случай Инес.



Инес – двадцатилетняя женщина, которая работает в рекламной фирме и была в отношениях со своим парнем в течение последних двух лет. Инес заявила, что у нее очень высокие стандарты и цели. Одна из основных областей, в которых она старается преуспеть, – это работа. Она ожидает, что она должна каждую неделю приносить инновационные идеи, чтобы быть замеченной ее боссом и в конечном счете получить повышение. Инес считает, что единственный способ добиться этого – работать по двенадцать часов в сутки и по выходным. У Инес также очень высокие стандарты в отношении ее веса и внешнего вида (например, вес более 50 килограммов – избыточный, а ее волосы и макияж должны быть идеальными). У нее присутствуют различные виды поведения, такие как ограничение потребления пищи, ежедневный контроль своего веса и многократная проверка формы тела на наличие жира.

Инес также заявила, что она очень гордится собой и любит, когда ее парень или друзья навещают ее. Если она считает, что в доме беспорядок, она избегает, чтобы другие навещали ее, потому что она не хочет, чтобы другие думали, что она «ленивая свинья». В прошлом она любила развлекаться с друзьями по выходным и готовить особые «ресторанные» блюда для них, хотя в последнее время она избегает делать это, потому что у неё в доме идеально чисто, а приготовление еды по таким высоким стандартам утомляет ее. Она также сказала, что считает, что общение может быть «пустой тратой времени» и что ей не следует отвлекаться на это, когда можно работать или ходить в спортзал.

Инес заявила, что она оценивает себя с точки зрения того, насколько хорошо она соблюдает свои стандарты и правила, и что она часто сосредотачивается на своих ошибках, таких как отправка неправильной версии образца объявления клиенту по электронной почте. Несмотря на признание ошибки в течение пяти минут, повторную отставку правильной версии и заверение ее подруги в том, что это «ничего страшного», она все равно ругала себя, думая: «Как я могла быть такой глупой? Я такая неудачница». Когда происходят подобные случаи, Инес чувствует, что она потерпела неудачу, и в результате у неё плохое на-

строение, сильная тревога и паника. Она вспомнила недавнее время, когда она заметила одну оценку ниже, чем А, в старой университетской ведомости и была чрезвычайно взволнована. Она считала, что испортила свою идеальную запись и не могла не сосредоточиться на том, как «облажалась».

Инес чувствует, что она не справляется со своими задачами. Даже когда ей что-то удается (например, когда ее начальник комментирует, что у нее все хорошо), она обесценивает свой успех (например, игнорируя отзывы своего босса и отмахиваясь от этого, говоря: «Он, вероятно, говорит это всем; мне нужно работать лучше»). Инес часто сосредотачивается на всех областях, в которых она чувствует себя позади, даже несмотря на то, что она часто получала положительные отзывы о том, чего она добивается на работе. Даже когда Инес достигает своих целей, она не наслаждается успехом и вместо этого думает о том, что у нее плохо получается. Этот тип мышления удерживает Инес в цикле веры в то, что она никогда не бывает успешной, и плохо себя чувствует как личность.

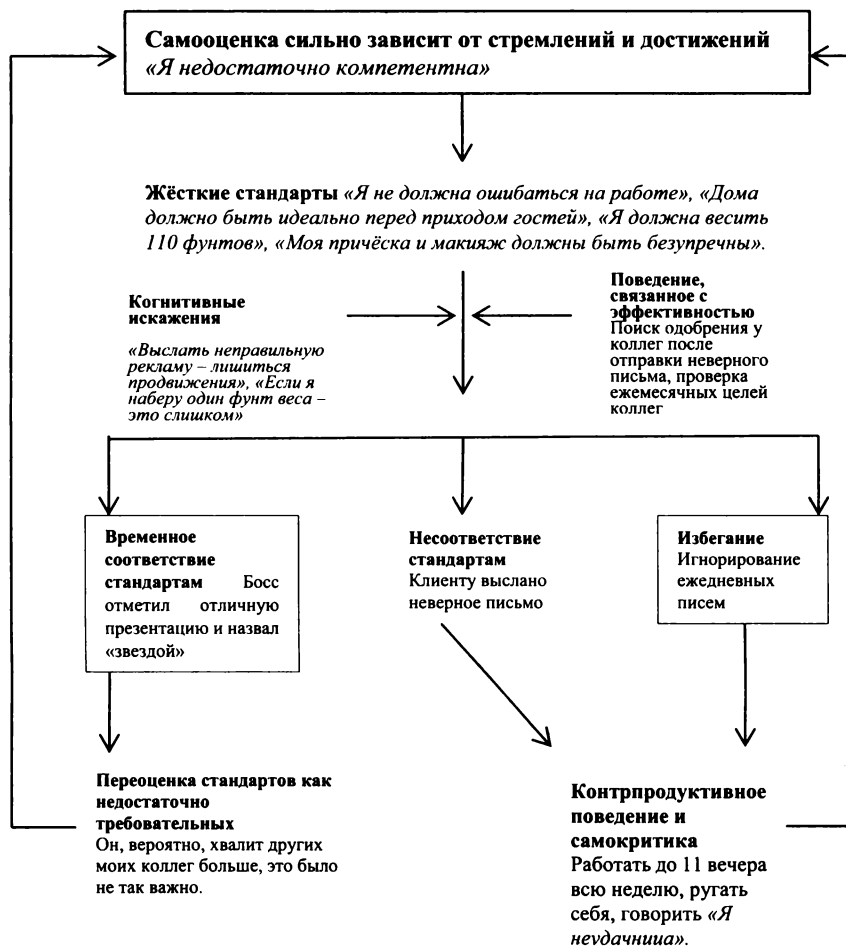
У Инес явно было много особенностей, которые соответствовали клиническому перфекционизму и многим связанным с этим негативным последствиям, включая тревогу, депрессию и истощение. Инес основывала свое чувство собственного достоинства на том, насколько хорошо она достигла своих целей в работе, питании, форме тела, весе, внешности, чистоте в своем доме и развлечении своих друзей. В результате Инес установила ряд жестких правил в отношении достижений в этих областях (например, никогда не совершать ошибок на работе, весить не более 50 килограммов, не выходить из дома без идеальной прически и макияжа, и не приглашать других, если в доме не идеально чисто и нет безупречно приготовленной еды). Инес также оценивала, насколько хорошо она соответствовала этим стандартам, дихотомическим образом. Например, она видела незначительную ошибку на работе как полный провал, а затем занималась интенсивной самокритикой по поводу этого. Она спросила коллегу по работе об ошибке, сравнила себя с другими и пришла к выводу, что она провалилась. Даже когда ее начальник похвалил ее презентацию

и назвал ее своей «звездной сотрудницей», она отмахнулась от этого, не задумываясь и считая, что в следующий раз она сможет сделать лучше. Вместо этого она сосредоточилась на допущенной ошибке, думая: «Я облажалась». Она чувствовала панику и была обескуражена. Она размышляла над мыслью: «В следующий раз я просто постараюсь лучше», что еще больше укрепило ее предположение, что самооценка должна основываться на стремлении и достижениях.

При рассмотрении клинического перфекционизма Инес ниже приводятся рекомендации по полезным вопросам и способам вовлечения пациента в совместную концептуализацию. На рис. 7.3 представлена сводная информация о том, как концептуализировать случай Инес, используя пересмотренную когнитивно-поведенческую модель клинического перфекционизма (Shafra et al., 2010).

Как подходить к случаю, подобному Инес, при разработке совместной концептуализации факторов, поддерживающих ее клинический перфекционизм? Первым шагом было бы вовлечь Инес в размышления о поведении и мыслях, которые удерживают ее в цикле клинического перфекционизма. В начале сессии, посвященной концептуализации, полезно задать клиенту такой вопрос: «Что помогло бы понять, что поддерживает ваш перфекционизм?».

В ходе сократовского диалога терапевт задает вопросы, чтобы помочь клиенту обнаружить когнитивные и поведенческие процессы, которые удерживают его или ее в замкнутом круге клинического перфекционизма. Как хорошо знают когнитивно-поведенческие терапевты, процесс понимания, сотрудничества и изменений часто исходит из линии эффективного сократовского диалога, в котором терапевт помогает клиенту достичь понимания, а не рассказывает дидактически, что он «должен думать». В табл. 7.1 приведены примеры вопросов, которые могут помочь оценить аспекты модели. Может быть полезным задать клиенту эти вопросы в контексте недавнего примера клинического перфекционизма. В следующих разделах представлена более подробная информация об областях оценки, как указано в табл. 7.1.



**Рис. 7.3.** Пример совместной концептуализации, основанной на пересмотренной когнитивно-поведенческой модели клинического перфекционизма (Shafran et al., 2010).

### **Высокие стандарты и стремления**

Полезно начать с обсуждения с клиентом областей жизни, в которых установлены высокие стандарты, и областей, в которых они не действуют. Это обсуждение создаст основу для концептуа-

**ТАБЛИЦА 7.1. Примеры вопросов, которые помогут построить совместную когнитивно-поведенческую концептуализацию случая клинического перфекционизма**

1. Высокие стандарты и стремления

- «В каких областях вы устанавливаете высокие стандарты?»
- «В каких сферах своей жизни вы стараетесь и чувствуете, что должны преуспеть?»
- «В каких областях вам наиболее важно достичь ваших стандартов? Как бы вы упорядочили их от наиболее до наименее важных, или они одинаково значимы?»

2. Неблагоприятные последствия клинического перфекционизма

- «Как вы думаете, какое влияние оказывает ваше стремление на вашу жизнь?»
- «Какие негативные последствия возникают в результате воздействия на те области, которые вы упомянули?»
- «Какое влияние оказывает ваше стремление на настроение [например, грустное, тревожное]?»
- «Как это влияет на ваши социальные отношения [например, нет времени для общения]?»
- «Как это влияет на ваши интимные отношения [например, партнер злится, потому что вы никогда не уделяете ему или ей время]?»
- «Как это влияет на ваше мышление [например, размышления над ошибками, плохая концентрация]?»
- «Как это влияет на ваше поведение [например, контрпродуктивное поведение, поиск одобрения]?»

3. Самооценка, сильно зависящая от достижений

- «Какие факторы влияют на то, как вы оцениваете себя как личность?»
- «Насколько ваша самооценка зависит от того, насколько хорошо вы соответствуете вашим высоким стандартам?»
- «Вы основываете свое чувство собственного достоинства на том, что вы делаете, а не на том, кем вы являетесь как личность?»

4. Установка жестких стандартов и правил

- «Измените ли вы свои стандарты и правила, если обнаружите, что они невыполнимы?»

**ТАБЛИЦА 7.1 (продолжение)****5. Когнитивные искажения**

- «Считаете ли вы, что ваши стандарты полностью соблюдаются, либо не соблюдаются вообще?»
- «Когда вы думаете о своей работе, на чем вы сосредоточены?»
- «Как много ошибок в работе вы замечаете?»
- «Насколько вы замечаете успехи в своей работе?»
- «Как вы реагируете на положительные аспекты эффективности?»

**6. Поведение, связанное с эффективностью**

- Проверка эффективности – «Склонны ли вы неоднократно проверять и оценивать, насколько хорошо вы выполняете свои задачи?»
- Сравнения – «Сравниваете ли вы свою эффективность с другими?»
- Поиск одобрения – «Кого вы просите об одобрении вашей эффективности?»

**7. Оценка стандартов**

- «Можете ли вы вспомнить недавние примеры, когда вы достигли цели, а также, когда вы не достигли ее?»

***Несоблюдение стандарта***

- «О чем вы думаете, когда не можете достичь поставленной цели или стандарта?»
- «Что значит для вас, когда вы не можете достичь цели или стандарта?»
- «Что самое плохое в неудаче в достижении цели?»
- «Что вы делаете, когда не достигаете цели?»
- «Часто ли вы боитесь не достичь своих целей?»

***Реакция на достижение целей и изменение стандартов***

- «Что вы чувствуете, когда достигаете цели или стандарта?»
- «Вы довольны? Не довольны? Как долго длится чувство?»
- «Когда вы достигаете своих целей, не обесцениваете ли вы их [например, «любой мог бы это сделать!】?»
- «После достижения своих целей ставите ли вы еще более высокие цели в следующий раз? Вы ставите более низкие цели или ваши цели более или менее одинаковы?»

**ТАБЛИЦА 7.1 (окончание)****8. Избегание соответствия стандартам**

- *Избегание – «Чего вы избегаете из-за беспокойства о своей эффективности [например, никогда не приглашаете друзей на ужин из-за страха, что вы не сможете приготовить хорошую еду]?»*
- *Прокрастинация – «Что вы откладываете из-за своего перфекционизма? Оставляете ли вы дела до последней минуты, чтобы у вас было оправдание, если не получится? Вы бы предпочли отложить задачу, а не делать ее менее чем идеально? Вы когда-нибудь откладываете начало работы, потому что знаете, что это потребует много времени из-за ваших высоких стандартов?»*

**9. Самокритика и контрпродуктивное поведение**

- *«Вы критикуете себя за свою работу?»*
- *«Как вы себя чувствуете, когда ошибаетесь?»*
- *«Что вы говорите себе, когда критикуете свои стандарты?»*
- *«Каков результат самокритики? Какой эффект она оказывает?»*
- *Контрпродуктивное поведение – «Есть ли что-то еще, что вы делаете, чтобы уменьшить влияние тревоги по поводу эффективности [например, всегда составлять списки, прежде чем начинать работу на день]?»*

---

лизации и поможет как терапевту, так и клиенту понять, на какие конкретные области влияет клинический перфекционизм. Конкретные домены будут отличаться от клиента к клиенту. Например, клиент может быть перфекционистом в одной основной области (например, в работе), тогда как другой может стремиться к совершенству в многочисленных областях, как в случае Инес, где перфекционизм затрагивал области работы, внешнего вида, веса и дома. Полезно, чтобы клиент нумеровал домены от самых важных к наименее важным. Зачастую клиенты испытывают трудности с ранжированием важности своих доменов, вместо этого сообщая, что «все области важны». Однако стоит настаивать на том, чтобы выяснить, сможет ли клиент идентифицировать некоторые домены, которые особенно важны (например, работа, оцененная Инес, и ее вес столь же важен, за ним следует внеш-

ний вид и дом как наименее важный). Это может дать терапевту некоторые подсказки об областях, которые являются наиболее важными в терапии. При запуске поведенческих экспериментов также может быть полезно, чтобы клиент достиг успеха в областях, которые имеют более низкое значение (например, Инес могла бы начинать с экспериментов, нацеленных на то, чтобы сделать что-то менее совершенное в области развлечений, прежде чем проводить эксперименты в области работы). На этом этапе терапевту и клиенту также будет полезно понять области, в которых клиент не является перфекционистом (если они есть), и причины, по которым он или она менее перфекционист в этих областях. Это может помочь клиенту понять, что перфекционизм – это не неизменная личностная характеристика, влияющая на все, а способ мышления и поведения в определенных областях, которые могут помочь ему или ей достичь чего-либо.

### ***Негативные последствия клинического перфекционизма***

Задавание вопросов в начале сессии о влиянии перфекционизма может помочь заложить основу для процесса концептуализации и помочь клиенту понять некоторые негативные последствия. Это может быть особенно полезно для клиентов, которые сосредотачиваются на воспринимаемых положительных аспектах своего перфекционизма (например, на представлениях о том, как он помогает им достичь целей). Это также полезно в качестве вводной части вопроса о том, что мы видим в качестве основного ядра концептуализация и главной проблемы клинического перфекционизма, а именно самооценки, основанной на стремлении и достижениях.

### ***Самооценка, сильно зависящая от достижений***

Ключевая идея, которую клиенты должны понимать во время сессии, посвященной концептуализации, состоит в том, что оценка себя как «достаточно хорошего» только при достижении своих стандартов является основной проблемой и что она движет другими когнитивными и поведенческими факторами, которые поддерживают клинический перфекционизм. Шафран и др. (Shafran et al., 2010) предположили, что из многих вопросов, ис-



пользуемых для определения наличия у клиентов клинического перфекционизма, наиболее важным является «Основываете ли вы свою самооценку на стремлении к целям и достижениям?» (р. 18). Например, терапевт может сказать: «Инес, похоже, вы проводите много времени, пытаясь преуспеть в тех областях, которые мы только что обсуждали. Можете ли вы сказать мне, насколько важно для вашей самооценки то, что вы достигли в этих областях? Что происходит с вашей самооценкой, если вы чувствуете, что не преуспеваете, например, на работе? Как вы думаете, вы основываете свою самооценку на достижении своих целей?». Затем полезно спросить клиента о влиянии на него самооценки, основанной на достижениях, что может легко привести к вопросам об установлении стандартов. На этом этапе также может быть полезным нарисовать круговую диаграмму, показывающую, насколько клиент основывает самооценку на стремлении и достижениях (более подробную информацию см. в главе 13). Это может помочь донести до клиента информацию о том, насколько его самооценка зависит от стремлений и достижения целей.

### ***Установка жестких стандартов и целей***

Здесь полезно задать клиенту такой вопрос: «Хорошо, Инес, мы, кажется, обнаружили, что вы основываете свою самооценку на стремлении к достижениях. Из-за этого, как вы думаете, вы устанавливаете какие-то особые правила, которые должны соблюдаться для того, чтобы достичь этих стандартов?»

По сути, цель терапевта – раскрыть примеры жестких правил и стандартов, которых придерживается человек. В примере с Инес у нее было много жестких правил, например, она должна весить не более 50 килограммов и никогда не совершать ошибок на работе.

### ***Когнитивные искажения***

На данном этапе полезно спросить о конкретном недавнем примере того, когда человек почувствовал, что он или она не соответствует одному из только что обсужденных стандартов. На примере Инес, психотерапевт знал, что работа является одной из наиболее важных областей достижений, и поэтому задавал следующие вопросы:

**ТЕРАПЕВТ:** Инес, учитывая, что у вас есть правило, что вы никогда не должны делать ошибок на работе, это правило иногда трудно соблюсти? Можете ли вы вспомнить какие-либо недавние примеры, когда вы допустили ошибку на работе, которую мы могли бы использовать, чтобы вместе понять, что поддерживает проблему перфекционизма?

**ИНЕС:** Да, недавно я отправила неправильное объявление клиенту и подумала, что совершить такую ошибку было ужасно, я чувствовала себя абсолютной неудачницей.

Используя этот пример, психотерапевт помог Инес выявить ее *дихотомическое мышление* (то есть одна ошибка делает её неудачницей), *чрезмерную генерализацию* (то есть то, что она никогда не получит повышение) и *избирательное внимание* (то есть мысли об ошибке и игнорирование положительного отзыва от ее босса).

### ***Поведение, связанное с эффективностью***

Для оценки поведения, связанного с эффективностью, может быть полезно задать общие вопросы, показанные в табл. 7.1, но зачастую наиболее полезно продолжать задавать вопрос о примере, который уже был поднят с использованием сократовского диалога, например: «Инес, когда вы почувствовали, что действительно облажались, отправив это электронное письмо, делали ли вы что-нибудь, чтобы потом почувствовать себя лучше (например, спросили у других, считают ли они это большой ошибкой)?»

### ***Оценка стандартов***

В соответствии с описанной моделью клинического перфекционизма у клиентов могут быть три основные реакции на стандарты: оценка их несоответствия стандарту, оценка соответствия стандарту или отказ от попытки соответствовать стандарту.

### ***Несоответствие стандартам***

В случае Инес терапевт задавал ей вопросы о реакции на ошибку на работе, чтобы помочь понять влияние ее оценки несоответствия стандарту, что привело к самокритике и контрпродуктивно-

му поведению: «Инес, это звучит так, что, когда вы почувствовали, что совершили эту ошибку на работе, это привело к тому, что вы очень жёстко отнеслись к себе и назвали себя “неудачницей”. Вы также подумали, что вам лучше работать допоздна всю неделю, чтобы исправить ошибку».

### **Соответствие стандартам**

Чтобы определить реакцию клиента на восприятие соответствия стандарту, может быть полезным спросить о предметной области, обсуждаемой в примере концептуализации случая. В случае с Инес, терапевт задал вопрос о работе.

**ТЕРАПЕВТ:** Инес, можете ли вы вспомнить недавние примеры, когда вы чувствовали, что достигли своих целей на работе?

**ИНЕС:** Не совсем, я никогда не чувствую, что я достаточно хорошо справляюсь с работой.

**ТЕРАПЕВТ:** Хорошо, звучит так, как будто вы чувствуете, что никогда не достигаете своих стандартов на работе. Интересно, однако, можете ли вы вспомнить недавний пример, когда кто-то мог прокомментировать, что вы хорошо справились с работой, а вы отмахнулись от этого комментария?

На основании этого вопроса был раскрыт пример того, как начальник Инес высоко оценил ее презентацию. Тем не менее, этот пример изначально было трудно вспомнить, поскольку её внимание было избирательным и она отклоняла положительные отзывы. Выявление такого примера очень полезно для процесса концептуализации, поскольку терапевт может использовать это как возможность спросить клиента, как он или она думает, каково влияние игнорирования положительной обратной связи, и как это влияет на постановку цели.

**ТЕРАПЕВТ:** Инес, учитывая, что вы отмахнулись от этого положительного отзыва от своего босса, как вы думаете, какое влияние это оказало на то, как усердно вы работаете, и на ваши стандарты?

ИНЕС: Я просто думаю, что теперь мне нужно работать еще лучше и поднять планку еще выше. Несмотря на то, что он дал мне положительный отзыв, я все еще чувствую, что мне нужно больше стараться на работе.

### ***Избегание соответствия стандартам***

У многих клиентов с клиническим перфекционизмом есть периоды прокрастинации и избегания, которые связаны с их страхом перед работой. Поэтому полезно раскрыть примеры клиентов, избегающих соблюдения своих стандартов. В случае Инес вопрос был задан следующим образом.

ТЕРАПЕВТ: Учитывая ошибку, которую вы почувствовали, что допустили на работе, избегали ли вы думать об ошибке или избегали какой-либо работы?

ИНЕС: Да, я так волновалась об этом, что избегала открывать свое электронное письмо на следующий день после ошибки, потому что боялась увидеть письмо от моего босса с просьбой объяснить её или гневное электронное письмо от клиента.

ТЕРАПЕВТ: О, хорошо, это остановило вас от чтения электронной почты на один день, потому что вы были так обеспокоены, но получили ли вы такое письмо от своего босса или клиента?

ИНЕС: Нет.

Эти типы вопросов также могут быть полезны для обсуждения с вашим клиентом роли прогнозирующего мышления и примеров того, как они делали негативные прогнозы, которые в итоге не реализовались.

### ***Самокритика и контрпродуктивное поведение***

Вопросы, задаваемые терапевтом в отношении несоблюдения стандартов, будут естественно переходить к вопросам о влиянии несоблюдения стандартов с точки зрения самокритики и контрпродуктивного поведения, как было рассмотрено ранее. Примеры вопросов можно найти в табл. 7.1.

## **Устранение проблем: индивидуализация концептуализации случая и гибкость модели**

В то время как когнитивно-поведенческая модель клинического перфекционизма может быть руководством к концептуализации случая, вам не нужно строго придерживаться этой модели или предложенных в этой главе вопросов, чтобы получить модель. Для ведения сессии, посвященной совместной концептуализации, может быть полезен целый ряд вопросов; однако, будут и различия, и точные вопросы будут разными для каждого отдельного клиента в зависимости от его или ее ситуации. Таким образом, концептуализация действительно индивидуализирована. Может быть полезно иметь чистую копию модели для использования в качестве руководства, а также ряд вопросов. Эти вопросы могут быть использованы, чтобы помочь вам узнать о факторах поддержки модели. Вы можете гибко использовать шаблон, рисуя дополнительные поля для поддержки факторов, не входящих в модель (таких как факторы семьи или отношения), и опуская другие, которые не имеют отношения к делу. Полезно подумать о любых факторах, которые могут иметь непосредственное отношение к клиенту, и включить их в концептуализацию. Также может быть полезным подумать о любых других проблемах, которые можно включить, например, об ожиданиях общества относительно достижений и стремлений и о влиянии собственного культурного фона клиента на его или ее перфекционизм.

### ***Связь оценки стандартов с понятием самооценки, основанной на достижениях: обсуждение «порочного круга» клинического перфекционизма***

После того, как во время сессии было определено, что оценка Инес себя как не соответствующей своему стандарту заставила ее быть еще усерднее и работать допоздна всю неделю, чтобы исправить это, терапевт задал ряд вопросов, чтобы подчеркнуть, что она заперта в «порочном круге» перфекционизма:

ТЕРАПЕВТ: Инес, учитывая, что вы критикуете себя из-за ошибки, как вы думаете, какие факторы влияют на то, что вы считаете себя достаточно хорошей и соответствуете стандарту (часть, которую мы ставим во главе модели, здесь)?

ИНЕС: Ну, я думаю, это только подтверждает мою идею, что я достаточно успешна, когда я не допускаю ошибок.

ТЕРАПЕВТ: Ладно, похоже, ваша самооценка основана на успехах. Что это значит для установления целей и стандартов?

ИНЕС: Ну, каждый раз, когда я совершаю ошибку, я думаю, что в следующий раз мне нужно больше стараться, и я ставлю перед собой еще более сложные цели.

Модель может быть проиллюстрирована с использованием сократовского диалога, чтобы показать клиентке, каким образом она попала в цикл постоянного убеждения себя в том, что ее самооценка должна основываться на достижениях, влияя на поставленные цели, повышая вероятность того, что она будет заниматься самокритикой и запускать цикл заново. То же самое может быть верно, когда клиенты чувствуют, что они соответствуют стандарту. Например, терапевт Инес спросил ее о влиянии обесценивания успехов.

ТЕРАПЕВТ: Итак, Инес, даже когда вы почувствовали, что соответствуете стандарту, получив положительные отзывы от своего босса, вы подумали, что это не так уж и сложно, и на работе пришлось постараться еще усерднее. Как вы думаете, что это значит для вашей веры, что ваша ценность основана на достижении?

ИНЕС: Я полагаю, что она просто продолжает развиваться, поэтому моя самооценка всегда основана на достижениях.

В ходе концептуализации этот процесс повторяется для каждого поддерживающего фактора на диаграмме, чтобы клиенту было ясно, как каждый из факторов укрепляет самооценку, основанную на достижениях.

При завершении концептуализации у клиента должно быть понимание того, что он был заперт в порочном круге перфекционизма, в котором сохраняется вера в то, что самооценка связана со стремлениями и достижениями, независимо от того, соответствует ли клиент стандарту, не соответствует или избегает возможности соответствовать. Когда эта точка достигнута, для терапевта будет полезно задать клиенту вопрос типа «Итак, Инес, учитывая все, что мы сегодня нашли с помощью этой диаграммы, какие вещи, на ваш взгляд, мы могли бы выбрать вместе для решения проблемы перфекционизма?». Это дает возможность изучить поддерживающие факторы, которые необходимо изменить, чтобы помочь вырваться из порочного круга, и привести к разработке индивидуального плана терапии.

## Глава 8

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС И ВОВЛЕЧЕННОСТЬ

При написании руководства для терапевтов возникает соблазн пропустить обсуждение терапевтического альянса. В конце концов, большинство терапевтов понимают важность альянса и вовлеченности. Однако появляющаяся литература проливает новый свет на роль и значение терапевтического альянса и вовлеченности, которые важно учитывать с точки зрения максимизации эффективности терапии. При работе с клиентом-перфекционистом терапевтическому альянсу следует уделять особое внимание, так как это влияет на снижение дезадаптации и самокритичного перфекционизма. Необходимо вести открытую дискуссию об амбивалентности в борьбе с перфекционизмом, а также обратить внимание на повышение самооценки в отношении изменений.

Терапевтический альянс и вовлеченность особенно важны в случае расстройств, где существует двойственное отношение к терапии. Клиенту страшно отказаться от сложившегося поведения и стратегий, которые, как считается, имеют важные преимущества, несмотря на возникающие проблемы, чтобы экспериментировать с новыми стратегиями, которые имеют неизвестную выгоду и некоторые возможные затраты. Терапия перфекционизма, как правило, связана с большой степенью амбивалентности со стороны клиента. Важно, чтобы терапевт не только понимал это, но был готов к этому и действовал на упреждение. Кроме того, есть мудрость в том, чтобы открыто приветствовать амбивалентность в клиенте, создавая для него возможность рассмотреть возможные затраты, а также преимущества терапии и быть в курсе с само-



го начала тяжелой работы, связанной с изменениями. Поэтому в этой главе рассматриваются общие вопросы, связанные с терапевтическим альянсом и вовлечением, а также конкретные вопросы, имеющие отношение к перфекционизму.

## **Что такое терапевтический альянс?**

Терапевтический альянс обычно рассматривается в связи с тремя факторами (Bordin, 1979). Первый – это наличие общих целей или чувства общих целей и целей между клиентом и терапевтом. Второй – это признание задач, которые каждый человек должен выполнять в отношениях, что порождает чувство безопасности и доверия к процессу терапии. Третий фактор упоминается как привязанность, или просто насколько клиент чувствует себя комфортно с терапевтом. Хотя терапевтические отношения рассматриваются как многогранное явление, в последние годы основное внимание уделялось альянсу между терапевтом и клиентом (Zuroff, Blatt, 2006).

В контексте лечения терапевтический альянс является лишь одним из многих факторов, влияющих на эффективность терапии с любым отдельным человеком. В одном из полезных обзоров факторов, которые способствуют клиническому улучшению когнитивной терапии, Димиджиан и Добсон (Dimigjian, Dobson, 2004) обсуждают четыре важных аспекта. Первый – это факторы терапевта, которые включают приверженность модели КПТ, компетенции и опыту (которые не обязательно совпадают), и личностные характеристики, возможно, лучше всего отраженные в пересмотренной шкале когнитивной терапии (Blackburn et al., 2001) как «Межличностная эффективность» (например, креативность, проникательность и вдохновение). Когнитивная модель может быть неправильно понята терапевтами как стремление помочь клиентам быть более рациональными. Приверженность модели проникательно резюмируется Салковскисом (Salkovskis, 1996):

*...не обязательно думать более рационально или думать более позитивно... цель не в том, чтобы убедить человека в*

*том, что его нынешний взгляд на ситуацию неправильный, иррациональный или слишком негативный; вместо этого необходимо позволить ему определить, где он мог оказаться в ловушке мышления, и позволить открыть для себя другие способы взглянуть на свою ситуацию. Таким образом, терапевт стремится расширить возможности своих клиентов, расширяя выбор, который они делают в отношении своих реакций на обстоятельства, и помогая находить информацию, которая позволяет им выбирать между доступными вариантами осознанным образом, который согласуется с их убеждениями и ценностями (р. 49–50).*

Вторая область включает в себя специфические для теории факторы, которые необходимы для терапевтических изменений. В когнитивной терапии это относится к когнитивным и поведенческим вмешательствам, а также к продолжающейся дискуссии о том, являются ли когнитивные вмешательства важными элементами когнитивной терапии или же когнитивные изменения в основном обусловлены поведенческими экспериментами. Третья область, которая влияет на клиническое улучшение когнитивной терапии, – это факторы клиента, которые могут варьироваться от социально-демографических переменных, социальной поддержки и факторов среды до событий в прошлом и типа проблемы (например, мы знаем, что нервная анорексия по типу очищения связана с более высокой частотой преждевременного завершения терапии или ее худшим исходом, чем ограничивающий подтип нервной анорексии).

Наконец, считается, что для достижения хорошего клинического результата важны и неспецифические факторы, включая сильный терапевтический альянс, Общая величина эффекта, демонстрирующая связь между альянсом и результатом, обычно составляет, согласно обзорам литературы, от 0,22 до 0,26 (Castonguay et al., 2006). Это небольшая, но значительная величина (мы обычно ожидаем, что при хороших методах лечения величина эффекта будет больше 1,00). Особенно в более структурированных методах лечения, таких как когнитивная терапия, терапевтические взаимоотношения необходимы для хорошего клинического результата, но этого

недостаточно (Waller, 2012). Например, в когнитивной терапии депрессии степень, в которой положительные терапевтические взаимоотношения влияли на изменение по ряду результатов (таких как депрессия и социальная адаптация), независимо от раннего клинического улучшения в ходе первых четырех сессий, была связана с небольшой величиной эффекта после терапии (Zuroff, Blatt, 2006)

Хотя у нас есть общее понимание того, что такое терапевтический альянс, у нас есть более раздельное представление о том, как он формируется. Это может быть примерно представлено двумя школами мысли. Первое и, возможно, наиболее распространенное понимание заключается в том, что терапевтический альянс – это то, что должно быть обязательно установлено, прежде чем психотерапия станет эффективной (Bordin, 1979). Второе, и развивающееся, понимание заключается в том, что терапевтический альянс действительно усиливается после того, как клиент начал применять терапевтические методы и извлекать из них пользу (Webb et al., 2012). Другими словами, терапевтический альянс основан больше на совместной работе и ее результатах, чем на теплых отношениях. Холтфорт и Кастонгуэй (Holtforth, Castonguay, 2005) ссылаются на терапевтические отношения, находящиеся в постоянном взаимодействии с техникой.

Поэтому при работе с амбивалентными клиентами *важно сбалансировать методы рассмотрения изменений, такие как мотивационное интервьюирование (которое обсуждается далее в этой главе), с ранней совместной работой и экспериментами, в которых исследуются новые стратегии и модели поведения, которые могут укрепить доверие клиента к дальнейшим изменениям и силу терапевтического альянса.*

## **Почему терапевтический альянс особенно важен при работе с клиентом с перфекционизмом?**

Было обнаружено, что перфекционизм указывает на вероятность худших результатов при лечении нервной булимии (Steele et al., 2011) и депрессии, и существуют многочисленные исследования, показывающие этот эффект. Влияние перфекционизма на

высокие результаты лечения было изучено в рандомизированном контролируемом исследовании 439 подростков с клинической депрессией (Jacobs et al., 2009). Предварительные результаты показали, что подростки с более высокими или более низкими показателями перфекционизма на исходном уровне, независимо от лечения, продолжали демонстрировать повышенные показатели депрессии в активной фазе терапии. В случае суицидальности перфекционизм препятствовал улучшению. Результаты терапии были частично опосредованы изменением перфекционизма в течение 12-недельного периода. Онлайн-опрос, размещенный на веб-сайте Black Dog Institute в Австралии, который был завершён 3486 респондентами, сообщившими об истории лечения депрессии, показал, что самокритика ретроспективно связана с худшим ответом на большинство видов терапии (Parker, Crawford, 2009).

Программа совместных исследований «Лечение депрессии» (Елкин, 1994) неоднократно изучалась с точки зрения влияния перфекционизма на лечение депрессии. Перфекционизм перед лечением был значимым предиктором снижения терапевтических изменений, что оценивалось по всем показателям первичного исхода (Blatt et al., 1995). Сила терапевтического альянса в значительной степени предсказывала длительное изменение перфекционизма, а перфекционизм в значительной степени предсказывал скорость изменения депрессии на протяжении всей терапии (Hawley et al., 2006). *Другими словами, клиенты, которые воспринимали своего терапевта как обеспечивающего в среднем высокий уровень позитивного отношения, эмпатии и подлинности, испытывали более быстрое снижение как общей дезадаптации, так и самокритичного перфекционизма* (Zuroff et al., 2010).

## **Факторы, которые усиливают терапевтический альянс и вовлеченность**

Когда вы работаете с клиентами, экспериментируете с методами КПТ и применяете их в своей конкретной ситуации, ряд других факторов может усилить этот процесс и, следовательно, укрепить терапевтический альянс и вовлеченность. Пять таких факторов

заслуживают особого внимания при работе с клиентами, которые испытывают высокий уровень неадаптивного перфекционизма: сотрудничество, структура и гибкость, валидация, убеждения терапевта о терапии, отслеживание альянса и исправление разрывов. Этот раздел включает обсуждение каждого из этих факторов.

### **Сотрудничество**

Сотрудничество является краеугольным камнем когнитивной терапии. Терапевт и клиент работают вместе как команда, совместно выбирая цели терапии, вырабатывая осмысленную концептуализацию проблемы и разрабатывая планы изменений. Ожидается, что клиент будет активным вне сессии в качестве наблюдателя, репортера и экспериментатора, а терапевт рассматривает клиента как эксперта по своей жизни, где вклад клиента имеет решающее значение для генерации поведенческих экспериментов. Клиент и терапевт объединяют свои усилия, чтобы проложить путь вперед.

Работая с людьми, которые являются перфекционистами, стоит подумать о том, как их стиль мышления «все или ничего» и черно-белое мышление могут повлиять на совместную работу. У таких клиентов могут быть следующие предположения: «Если я не могу решить проблему самостоятельно, то я бесполезен», «Если мне нужна помощь, я слаб», «Если я не могу найти правильный ответ, другие будут меньше думать обо мне». Клиенты часто испытывают стыд за то, что просто посещают терапию, и могут ожидать, что терапевт сочтет их неудачниками. Есть несколько полезных стратегий, которые следует учитывать при первом запуске работы с клиентом.

Во-первых, первая сессия должна включать вопросы о том, что привело клиента в терапию, как он чувствует себя в начале терапии, и типы мышления, которые вызывают эту эмоцию. С самого начала поощряйте открытый обмен чувствами и мыслями, которые в противном случае могут расстроить терапию, и обсуждайте их на основе факта и принятия.

Во-вторых, используйте метафоры для процесса изменений, которые подчеркивают, что сотрудничество может быть более полезным, чем самостоятельная попытка решения проблем. Обсуждая совместный характер терапии, полезно сказать такие

вещи: «Мы находим, что когда люди пытаются изменить долгосрочное поведение, которое связано с высоким уровнем эмоций, очень трудно сделать это самостоятельно. Лучше всего работать с другим человеком, который может помочь генерировать разные идеи. Действительно, часто бывает полезно, чтобы кто-то отражал идеи. Например, когда элитные спортсмены готовятся к олимпиаде, мы не ожидаем, что они будут готовиться полностью самостоятельно. Мы ожидаем, что их результаты будут лучше, когда они будут работать с тренером, и будут получать поддержку своей команды. Когда мы работаем вместе, может быть полезным видеть меня в качестве коуча, который может работать вместе с вами, и для нас будет полезно рассмотреть на каком-то этапе, есть ли другие люди, которых вы знаете и которым доверяете, которые могут время от времени давать вам какие-то идеи или поддержку».

В-третьих, может быть полезным разумное самораскрытие терапевта, так как вполне вероятно, что клиент воспринимает терапевта как «успешного человека», и поэтому терапевт допускает тогда, некоторую пользу тогда, когда другие люди отвергают его идеи. Это также четко отражено в отношениях терапевт–клиент, где терапевт не выступает в роли «эксперта», а полагается на идеи клиента при разработке полезных стратегий. В рамках этого подхода при обсуждении возможных поведенческих экспериментов с клиентом терапевту может быть полезно принять свое «невежество» и сказать: «Я точно не знаю, что будет наиболее полезным, но я знаю способ выяснить это». (Waller et al., 2007). Распространение информации о важности готовности попробовать что-то, чтобы увидеть, как это работает, и о методе проб и ошибок как пути к достижению работоспособных стратегий – хороший прецедент для ранней сонастройки, так как клиент может поначалу чувствовать себя некомфортно по отношению к идее «не сделать что-то правильно с первого раза».

### **Структура и гибкость**

Падески (Padesky, 1996) заявляет, что «идеальный когнитивный терапевт способен быть высокоструктурированным в терапии, удобным для отслеживания ряда задач в течение сессии и в то же время чувствительным к адаптации структуры терапии к от-

дельным клиентам с целью максимизации сотрудничества и позитивных терапевтических отношений» (р. 271). Идеал, заключенный в этой цитате, может показаться довольно сложной задачей для большинства терапевтов, но абсолютно необходим для моделирования отношений с клиентом-перфекционистом. Структура является неотъемлемой частью хорошей когнитивной терапии, которая позволяет процессу терапии быть прозрачным для клиентов, чтобы они могли выработать понимание того, как разрабатывать полезные стратегии для себя. Однако люди, борющиеся с перфекционизмом, могут уже охватить слишком много задач в своей жизни (например, жить по спискам, составлять планы для каждого аспекта жизни, сосредотачиваясь на том, чтобы отмечать следующее задание в ущерб времени, которое можно потратить на заботу о себе).

Поэтому особенно важно, чтобы психотерапевт настраивал структуру с гибкостью, моделируя использование руководящих принципов, а не правил при проведении терапии, и обращая внимание на адаптацию любой из стратегий, обсуждаемых в этой книге, к индивидуальным требованиям клиента. Это начинается с определения повестки дня в начале каждой сессии, когда терапевт не просто информирует клиента о том, что будет сделано, но предлагает клиентам добавить свои собственные идеи о том, что должно быть включено в занятие. Другим важным способом демонстрации гибкости терапевта клиенту является совместная концептуализация случая, когда терапевт показывает, что он не имеет фиксированного и предвзятого понимания того, что происходит с клиентом, но признает, что каждый клиент – это не тот, кто поддерживает перфекционизм, и не то, как переживаются его последствия. Управляемое открытие также важно с точки зрения проявления гибкости, когда терапевт предоставляет контекст, в котором клиенты могут безопасно исследовать новые способы решения проблемы, в результате чего они вносят свой вклад в терапевтические открытия. Клиенту предлагается разработать альтернативные гипотезы и эксперименты, которые могут привести к потенциальным решениям без терапевта, предоставляющего готовые идеи. Позиция терапевта – это интерес и любопытство, желание учиться у клиента, уважение к пониманию, идеям

и взглядам клиента, а также желание задавать вопросы, чтобы помочь клиенту генерировать идеи. Иногда целесообразно предлагать конкретные рабочие листы или упражнения, и это следует сначала ввести, спросив разрешения (т. е. «Будет ли удобно, если я покажу вам что-то, что другие сочли полезным, и может дать нам идеи о том, как двигаться дальше с этими проблемами?»), и далее «Конечно, чтобы это было полезно для вас, нам нужно подумать о том, как лучше всего адаптировать это к вашим обстоятельствам».

### **Валидация**

Валидация, или сострадательная концептуализация (Linehan, 1993) используется для уравнивания стратегий изменений. В этом процессе психотерапевт (1) исследует преимущества и издержки текущего поведения, связанного с перфекционизмом, (2) сообщает клиентам, что их текущие ответы имеют смысл в их нынешнем и прошлом опыте жизни и предполагаемых преимуществах перфекционизма, и (3) помогает клиенту рассмотреть альтернативные ответы, которые могут достичь целей с меньшими затратами и большей выгодой. Валидация не включает: (1) указание на то, что ответ был функциональным в прошлом, но не сейчас, или (2) попытка заставить клиентов чувствовать себя хорошо относительно их текущего поведения. Этот подход крайне важен для создания непредвзятой атмосферы, в которой можно исследовать возможность изменений, когда клиенты чувствуют себя очень неуверенно по поводу изменения своего перфекционизма, опасаясь возможных негативных последствий.

Для иллюстрации того, что текущая ситуация клиента имеет свои плюсы и минусы и что альтернативный подход может также принести выгоду после согласования тяжелой работы над изменениями, а также помочь клиенту приблизиться к жизненным целям, которые могли быть омрачены перфекционизмом, можно использовать простую «притчу», например:

«Представьте, что вы пересекаете большой стальной арочный мост, когда теряете равновесие, и каким-то чудом оказываетесь на полпути на одном из опорных пилонов. Вам здесь очень нравится, и вы чувствуете, что натолкнулись на чудесную стратегию достижения счастливой жизни: она безопасна и менее утоми-



тельна, чем прогулка по мосту; это быстро становится привычным; это прекрасная погода; виды отличные; люди рады дать вам еду, чтобы вы могли выжить. Тем не менее, есть некоторые существенные недостатки: отсутствие компании, трудности с поиском удобного положения для сна и отсутствие приватности. Кроме того, вы можете видеть береговую линию, по которой вы хотели идти, и со временем вы понимаете, что живете не совсем той жизнью, которую хотели, поэтому вы решаете попытаться подняться обратно. Каждый раз, когда вы это делаете, вы нервничаете и возвращаетесь в свое привычное место. Вы продолжаете упорствовать, практикуя десять, двадцать, а затем сто раз в день, и в конце концов вы можете покинуть пилон и вернуться на мост и продолжить свое путешествие».

### **Убеждения терапевта**

Перфекционистское мышление может оказывать такое же влияние на психотерапевтов, как и на их клиентов, и эти убеждения связаны с более высоким уровнем выгорания, что в конечном итоге ухудшит терапевтические отношения (D'Souza et al., 2011; McLean et al., 2003). При контроле за переменными демографических, рабочих и личных ресурсов убеждения терапевта о контроле (например, «мне нужно полностью понять, что происходит в терапии, чтобы помочь клиенту», «я должен работать с максимальной эффективностью в любое время») связаны с более высоким уровнем эмоционального истощения и убеждениями в отношении контроля и негибкости (например, «если я просто придерживаюсь одной терапевтической модели, это решит проблему для меня», «если я отклонюсь от клинической модели, то потерплю неудачу») а также с более низким уровнем личных достижений (Emery et al., 2009).

В частности, клиенты с высокими ожиданиями, которые убеждены в том, что все будет сделано «правильно», могут вызвать у терапевтов бесполезные мысли, которые могут помешать сотрудничеству. (Некоторые из них изложены в табл. 8.1.) Полезно учесть то, как клиент может действовать в соответствии с этими мыслями, так же как и регулярное наблюдение за собственными убеждениями в терапии и их влиянием на наше эмоциональное здоровье и эффективность как терапевтов.

### Отслеживание альянса и исправление разрывов

Исследования показывают, что терапевты, как новички, так и опытные, не всегда хорошо знают, что переживают их клиенты (Geller, 2002; Hannan et al., 2005). Нам всем приходилось испытывать удивление когда клиент, про которого мы думали, что у

**ТАБЛИЦА 8.1. Рассмотрение влияния убеждений терапевта на клиента**

Предположение	Поведение	Последствия для клиента
«Если клиенту плохо, то я должен облегчить это страдание».	Когда клиент обеспокоен, сменяете тему на что-то менее сложное; не позволяете клиенту выходить из офиса, пока он или она не успокоится.	Клиент считает, что состояние выходило из-под контроля, и что если бы терапевт не вмешался, это было бы невыносимо.
«Если я слишком структурирован, то пропущу важные отклики клиента или покажусь бесчувственным».	Выражение излишнего сочувствия и много объяснений, прежде чем начинаете разрабатывать вмешательство с клиентом.	Недостаточно времени выделено для раз-работки вмешатель-ства, и, следовательно, оно менее эффективно, чем могло бы быть.
«Если моим кли-ентам не станет лучше, тогда люди узнают, что я не очень хорош в каче-стве терапевта».	Вы слишком много говорите, даете от-веты на свои вопросы и разрабатываете все стратегии домашней работы.	Управляемое от-крытие не может произойти, и, таким образом, клиенты ис-пытывают трудности в развитии соответ-ствующих навыков, чтобы помочь себе.
«Мой клиент ожи-дает от меня со-вершенства».	Вы слишком усердно готовитесь к сессиям, наполняете их содер-жанием, не хватает времени, чтобы успеть все.	Клиент не может усвоить так много разных идей и исследовать, как они вписываются в его или ее собственную жизнь, и может чувствовать себя подавленным.

нас все хорошо, просто перестает появляться. Один из способов повысить вероятность того, что клиент останется на терапии для оптимального количества сессий, – это использовать регулярную оценку функционирования клиента в течение курса терапии. В ходе интересного исследования 49 сотрудников университетского консультационного центра с различными направлениями терапии работали с 1020 клиентами, которые прошли еженедельные измерения психологической дисфункции, но были рандомизированы по двум условиям: одно, где терапевт имел доступ к этой информации, и одно, где терапевт не имел этого доступа (Lambert et al., 2002). Результаты показали, что, когда терапевту предоставлялась обратная связь, клиенты оставались в терапии дольше, и результаты были лучше. Почти в два раза больше клиентов в группе обратной связи испытали клинически значимые изменения по сравнению с другими клиентами и меньше испытали ухудшения. Ламберт и его коллеги выступают за внедрение простых систем обратной связи в повседневную клиническую практику, чтобы можно было улучшить результаты для клиентов, плохо реагирующих на терапию. Одним из простых примеров такой системы обратной связи является шкала оценки результатов (Miller et al., 2003), краткий опросник, состоящий из четырех визуальных аналоговых шкал, оценивающих благополучие на предыдущей неделе (общее, личное, межличностное, социальное). Было установлено, что эта шкала имеет хорошую надежность и достоверность (Miller et al., 2003) и может быть загружена с <http://scottdmiller.com/performance-metrics>. Эта шкала может применяться в начале каждой сессии и использоваться для руководства обсуждением прогресса клиента. В Соединенном Королевстве шкалы по конкретным расстройствам используются во время каждой сессии в службе «Улучшение доступа к психологической терапии» (IAPT) и могут быть загружены с <http://iapt.nhs.uk>.

Другой способ побудить клиента остаться в терапии – это признавать и устранять разрывы терапевтических отношений по мере их возникновения. Исследования показывают, что такие разрывы сами по себе не вызывают проблем, а скорее ущерб причиняется тем, что они не признаются и с ними не ведется работа; восстановление ослабленных терапевтических отношений дей-

ствительно может укрепить терапевтический альянс (Safran et al., 2001). Предлагается использовать навыки метакоммуникации для обсуждения таких разрывов (Safran, Muran, 2000). Другими словами, предложите клиенту поговорить об альянсе и изучить опыт разрывов у клиента. Вы также должны взять на себя ответственность за свой вклад в момент разрыва, открыто признать его с клиентом и вырабатывать принятие и неосуждающее отношение к этим разрывам. Хотя мы часто знаем о тех моментах в терапии, где мы «потеряли» клиента, мы также можем по какой-либо причине оставаться в блаженном неведении о таких моментах. Факты свидетельствуют о том, что взгляды клиента и терапевта на альянс расходятся, особенно на начальных этапах терапии, когда точка зрения клиента на самом деле более предсказуема. Таким образом, поддерживается регулярная обратная связь в терапевтическом альянсе (Castonguay et al., 2006). Это может быть достигнуто с помощью шкалы оценки сессий (Miller et al., 2003). Этот процесс также показывает клиенту, что вы не ожидаете, что он будет идеальным и вам будет удобно справляться с собственными недостатками.

### **Устранение проблем**

Некоторые клиенты чувствуют, что они подводят терапевта, или что психотерапевт плохо о них думает, когда улучшение не наступает так быстро, как они ожидают. Для обсуждения этой проблемы важно использовать навыки метакоммуникации: (1) позволить клиенту обсудить его мысли и чувства, (2) приветствовать мужество и честность клиента при обсуждении таких сложных вопросов, и (3) попросить, чтобы клиент сообщал о любом поведении терапевта, которое, по его мнению, выражает неодобрение или разочарование. Также может быть полезно убедиться, что во время каждой сессии уделяется время на подчеркивание небольших изменений, которые вносит клиент, и их значимости, могут быть. Полезно обсудить с клиентом некоторые образы, которые иллюстрируют важность небольших изменений, например, что лавины начинаются с небольшого смещения одного-единственного камешка, что одна

галька начинает большое кольцо ряби в пруду, и что достаточно одного небольшого толчка, чтобы заставить тяжелый спутник, вращающийся вокруг Земли, изменить свой путь.

## Повышение мотивации к вовлеченности в терапию

При лечении перфекционизма амбивалентность по отношению к изменениям часто является нормой. Качественное исследование показало, что в клинической группе с повышенным перфекционизмом многие участники сообщили, что чувствуют двойственное отношение к изменениям, и что, учитывая выбор между изменением или сохранением перфекционизма, они решили остаться перфекционистами (Egan et al., 2013). Причины такой амбивалентности могут быть разными, и важно изучить их с клиентом. Некоторые опасения стать менее перфекционистами, которые были выражены одним из наших клиентов (и распространены среди многих наших клиентов), включают: «страх быть недостаточно хорошим», «страх быть посредственным», «люди будут меньше думать обо мне», и «я не могу мотивировать себя достаточно сильно».

Когда мы работаем с клиентом, чтобы повысить мотивацию к изменениям, мы не просто концентрируемся на *важности изменений* (т.е. на том, насколько важно для клиента изменение; плюсы и минусы перемен), но и на *уверенности в своих силах что-то изменить* (т.е. самооффективность). Они могут быть по-разному оценены клиентом (т.е. один может быть высоким, а другой низким), и из этих двух факторов именно самооффективность может быть наиболее важным предиктором изменения терапии (Steele et al., 2011). Существует ряд подходов, которые можно использовать для повышения мотивации к изменениям. В оставшейся части этой главы обсуждаются некоторые из этих стратегий: разработка общих целей, оспаривание мифов о перфекционизме и открытое обсуждение мотивации к изменениям.

### **Разработка общих целей и задач в терапии**

Мы уже знаем, что разработка общих целей способствует созданию хорошего терапевтического альянса, и полезно обсудить с

клиентом цели терапии перфекционизма. Клиенты часто опасаются, что борьба с перфекционизмом приведет к снижению производительности и что они больше не смогут стремиться к совершенству. Другими словами, они боятся, что цель терапии состоит в том, чтобы люди стали обычными. Такая цель понравилась бы очень немногим людям, независимо от того, были ли они перфекционистами или нет. *Важно подчеркнуть для клиента, что это не является целью терапии; скорее, она состоит в том, чтобы помочь клиентам стремиться к совершенству другим способом, который оказывает менее неблагоприятное влияние на качество их жизни.* Можно обсудить с клиентом работу Дж. Стобера и его коллег (например, Stoeber et al., 2007). В этом исследовании сравнивались люди, которые имели высокие стандарты, ожидали от себя самого лучшего и испытывали острую потребность стремиться к совершенству («здоровые перфекционисты»), люди, которые часто были разочарованы тем, что не достигли своих целей, и никогда не были удовлетворены их достижениями («нездоровые перфекционисты»), и люди, которые не были перфекционистами. Эти три группы людей выполнили задание, результат которого, как предполагалось, был показателем того, обладают ли они качествами, важными для успеха в жизни. На самом деле, участников случайным образом распределяли по отзывам о том, что они «хорошо выполнили» или «не справились» с заданием (что не имело ничего общего с прогнозом успеха в жизни). Результаты показали, что, по сравнению с неперфекционистами, здоровые перфекционисты испытывают большую гордость, когда им говорят, что у них все хорошо, и меньше негативных эмоций, когда им говорят, что они сделали что-то плохо, и по сравнению со здоровыми перфекционистами нездоровые перфекционисты испытывают меньшую гордость, когда им говорят, что они сделали что-то хорошо, и больше отрицательных эмоций, когда им говорят, что они сделали что-то плохо. *Другими словами, желание достичь и гордиться этим не обязательно проблематично – но становится таковым, когда достижение никогда не «достаточное» или существует чрезмерно критическая оценка того, достаточно ли вы компетентны.*

Также может быть полезно сослаться на работу по самосостраданию Пола Гилберта (Gilbert, 2010), которая обращает внимание

на три типа систем регулирования аффекта, которые имели эволюционное значение. К ним относятся *стремление* (необходимость достижения и достижения целей), *угроза* (необходимость обеспечения безопасности и защиты) и *контент* (необходимость успокоения и доброты). Все три необходимы для баланса и счастья в жизни. Например, наши доисторические кузены должны были быть бдительными к угрозе (или быть съеденными самым хищным зверем), уметь стремиться к достижениям, которые приведут к улучшению образа жизни, такие как открытие огня и колеса, и уметь выделять время для успокоения и отдыха, чтобы исключить риск выгорания. Как и у наших доисторических предков, у нас есть такие же стремления, но клиенты с перфекционизмом могут почти полностью исключить контент и переключаться между стремлением («я должен достичь») и угрозой («я не могу достичь приемлемого стандарта или того, что впечатлит других»). Цель терапии состоит в том, чтобы уменьшить угрозу, сохранить стремление и заново открыть место в жизни для контента, который будет включать в себя удовольствие и празднование достижений, какими бы маленькими они ни казались.

### ***Разрушение мифов о перфекционизме***

Существует множество широко распространенных мифов о том, как достичь высоких стандартов, которые могут поддерживать нездоровый перфекционизм. Возможно, двумя наиболее коварными являются «чем больше усилий вы вкладываете, тем лучше» и «более критическая и агрессивная обратная связь дает лучшую производительность человека, чем более сбалансированная и конструктивная обратная связь». Существуют различные способы борьбы с мифами и помощи клиенту в достижении альтернативного состояния, которое затем можно проверить с помощью комбинации психообразования, самоконтроля и поведенческих экспериментов. Для дополнительной информации см. главу 9.

### ***Прямое обсуждение мотивации к изменениям***

Мотивационное интервью (МИ) является формой совместной беседы для усиления собственной мотивации и стремления человека к изменениям с особым вниманием к языку изменений (Mill-

er, Rollnick, 2013). Имеющиеся на сегодняшний день скудные данные об использовании МИ при психологических расстройствах свидетельствуют о том, что использование МИ может уменьшить риск досрочного завершения терапии (Westra et al., 2009; Wade et al., 2009), а также увеличить выполнение домашних заданий (Westra et al., 2009), таким образом, потенциально улучшая результат. В то время как транстеоретическая модель, из которой возникло МИ, не рассматривается всеми как адекватное описание процесса, наблюдаемого при работе со сложными психопатологиями (Freeman, Dolan, 2001; West, 2005; Waller, 2012), существует много подтверждений того, что более высокие начальные уровни важности и уверенности в изменениях определяют большие выгоды терапии (например, Dray, Wade, 2012). МИ дает терапевту важные принципы и стратегии для обсуждения мотивации к изменениям в открытом и непредвзятом контексте.

Когда вы стремитесь повысить уверенность в изменениях, важно не просто о них говорить, но и побуждать клиентов экспериментировать с изменениями, чтобы они могли быть проинформированы об их возможном воздействии, когда они принимают решение, а также, чтобы клиенты могли развить чувство уверенности в своей способности меняться. Ряд стратегий может помочь в разъяснении важности изменений, включая следующие:

- Обсудить степень важности изменения по десятибалльной шкале Лайкерта и спросить: «Можете ли вы сказать мне, какие причины для изменения означают, что ваш счет не равен 0? Можете ли вы сказать, что мешает вам дать оценку 10?»
- Написание по итогам дискуссии списка плюсов и минусов того, чтобы оставить все как есть или измениться.
- Попросите клиента написать, какой он видит свою жизнь в разных сферах (например, работа, учеба, интимные отношения, отношения с семьей, детьми и друзьями, развлечения, духовность, хобби, спорт, финансы, социальные связи, эмоциональное здоровье) через год, если перфекционизм остается на текущей траектории, а затем, если он превращается в здоровое стремление к достижениям (подросткам целесообразно назначать срок в полгода, а со взрослыми – иногда более действенно использовать пятилетний срок, в зависимости от этапа жиз-



ни). Пример рабочего листа с учетом долгосрочных затрат и преимуществ перфекционизма показан на рис. 8.1. Этот лист был заполнен двадцатичетырехлетним студентом-медиком Амиром (см. также раздаточный материал 8.1 в Приложении 2). Он пришел на терапию перфекционизма, потому что не получал удовольствия от жизни или учебы. Он считал, что результат ниже 80% – это личная неудача, хотя балл выше 50% был проходным в его университете. Если он достигал более 80%, он анализировал, почему не удалось получить балл выше, и считал, что лектор просто раздает оценки.

- Разработка обобщенного текста, основанного на этой работе, который клиент может держать там, где будет часто его видеть, о причинах придерживаться бесполезного перфекционизма и причинах экспериментировать с более полезным способом достижения целей (например, «Понятно, что я хочу сохранить перфекционизм в своей жизни, потому что... однако есть несколько важных причин, чтобы попытаться достичь своих целей по-другому, и это включает в себя...»). Стоит изучить идею о том, что придерживаться старых способов ведения дел означает не то, что все останется прежним, а скорее то, что перфекционизм клиента будет продолжаться по той же траектории, которая изначально привела клиента к терапии (т.е. перфекционизм будет продолжать становиться все более навязчивым и наносящим ущерб качеству жизни и жизненным целям клиента).

Уверенность в переменах может быть низкой просто потому, что человек никогда не знал другого способа приблизиться к достижению и поэтому не может себе представить, что он что-то делает по-другому. Ряд стратегий может помочь представить, как все будет выглядеть по-разному, и выработать уверенность в своей способности вносить эти изменения:

- Вернитесь к описанному ранее упражнению на описание жизни в будущем в разных областях, если клиент вовлечен в здоровую погоню за достижениями. Попросите клиента представить себе, какое значение изменения имеют в том, каким человеком он станет и что будет делать. Основываясь на ряде

<b>Через 1 год ... все еще с перфекционизмом</b>	
<i>Область жизни</i>	<i>Что будет в этой области?</i>
Моя социальная жизнь	<i>Станет более изолированной</i>
Моя работа/образование	<i>Все еще будет двигаться</i>
Мое эмоциональное здоровье	<i>Будет меньше наслаждения жизнью</i>
Мои отношения с партнером	<i>Ничего – все еще остаюсь одиноким</i>
Отношения с близкими друзьями	<i>Разговоры по телефону, редкие встречи</i>
Отношения с семьей	<i>Только телефонные разговоры</i>
<b>Через 1 год ... больше нет перфекционизма</b>	
<i>Область жизни</i>	<i>Что будет в этой области?</i>
Моя социальная жизнь	<i>Более насыщенная</i>
Моя работа/образование	<i>Прогресс в медколледже</i>
Мое эмоциональное здоровье	<i>Чувствую себя лучше</i>
Мои отношения с партнером	<i>Возможно, ничего/возможно, встречу кого-то.</i>
Отношения с близкими друзьями	<i>Желание больше взаимодействовать, буду видеть их чаще</i>
Отношения с семьей	<i>Смогу видеть их чаще</i>

**Рис. 8.1.** Долгосрочные издержки и преимущества перфекционизма. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

исследований, Холмс и Мэтьюз (Holmes, Mathews, 2010) предположили, что образы, по-видимому, действуют как эмоциональный усилитель как для положительной, так и для отрицательной информации. Использование образов для фокусирования на преимуществах изменений может усилить поло-

жительные эмоции вокруг целей терапии и уменьшить страх перед изменениями.

- Используйте поведенческие эксперименты, которые проверяют прогнозы о влиянии изменений; лучший способ помочь клиентам представить, что они делают что-то по-другому, – сделать это! На ранних этапах терапии эксперименты должны начинаться с малого, с возможными последствиями, с которыми клиент может легко справиться. Клиенты с перфекционизмом часто либо избегают домашних заданий (потому что они не могут быть выполнены достаточно хорошо), либо делают больше, чем их просили (потому что они обесценивают маленькие цели), и поэтому, начиная с малого, терапевт может проверить подход к домашнему заданию и внести соответствующие изменения.
- Ведение дневника, в котором клиент записывает ежедневные достижения, включающие смелость пробовать новые подходы, полезно с двух сторон. Во-первых, это учит клиентов смотреть на маленькие шаги и осознавать их ценность и важность. Во-вторых, это смещает акцент с достижения, измеряемого выполнением основных задач, на достижение, измеряемое готовностью выполнить задание, несмотря на риск провала, с целью обучения и роста. Дневник может содержать информацию о том, что было опробовано, уровень сложности и результат (например, что было изучено), и должен рассматриваться каждую неделю с терапевтом.

## Глава 9

# САМОМОНИТОРИНГ, ПСИХООБРАЗОВАНИЕ И ОПРОСЫ

После того как вы установили прочные рабочие отношения со своим клиентом, вы можете переключить терапию на целевые вмешательства. В главах 10 и 11 мы подробно рассмотрим конкретные когнитивные и поведенческие методы. Здесь мы представляем блоки КПТ, относящиеся к самомониторингу и психообразованию, которые необходимо обсудить с клиентами на раннем этапе, поскольку они закладывают основу для остальной части лечения и могут также иметь терапевтический эффект. Мы также обсуждаем опросы; хотя их можно применять при терапии перфекционизма, они также могут быть полезны для использования на ранней стадии терапии, особенно для получения соответствующей информации для психообразования относительно конкретных убеждений клиентов относительно перфекционизма.

### **Самомониторинг**

Самомониторинг используется для улучшения общего понимания клиента и осознания перфекционизма. Он отличается от мониторинга от сессии к сессии, который используется для регулярной оценки симптомов. Здесь мы стремимся научить клиентов обращать внимание или отслеживать конкретные познания, эмоции или поведение.

### **Ценность самомониторинга**

Многие терапевты просят своих клиентов заниматься самомониторингом, но затем сдаются, когда их клиенты возвращаются, говоря, что они не делали этого. Существует множество причин, по которым как терапевты, так и клиенты отказываются от самомониторинга, но в основном это сводится к обесцениванию регулярного мониторинга. Когда вы впервые вводите понятие самомониторинга, обсудите его обоснование, приведенное ниже, и предложите клиентам придерживаться его, даже когда это трудно.

### **Научные доказательства**

Исследования показывают, что некоторые люди могут добиться значительных улучшений, просто наблюдая за своими симптомами. Например, Элрс и коллеги (Ehlers et al., 2003) обнаружили, что 12% людей с симптомами ПТСР после дорожно-транспортного происшествия в достаточной степени выздоровели через три недели ежедневного мониторинга симптомов и больше не соответствовали диагностическим критериям ПТСР. Эффективность низкоинтенсивной терапии, такой как направленная самопомощь при тревожных расстройствах и депрессии (Coull, Morris, 2011), можно объяснить, по крайней мере частично, мониторингом симптомов. Недавние исследования все чаще используют самомониторинг в качестве активного условия сравнения из-за его эффективности (например, Shawyer et al., 2012).

### **Оценка концептуализации**

Одна из основных функций самомониторинга заключается в том, чтобы помочь установить обоснованность концептуализации случая и концептуализации сотрудничества (см. главу 7). Легко думать о том, что вы сидите в кабинете с вашим клиентом и используете модель совместной концептуализации, которая имеет смысл для вас обоих. Но как это работает в реальном мире? Одной из целей терапии является предоставление клиентам альтернативного, более мягкого объяснения их трудностей или особых ситуаций. Это полезно, но только если такое объяснение соответствует действительности. В терапии перфекционизма концептуализация должна помочь клиентам понять причины, по которым они ведут себя именно так, и

почему они не могут отказаться от своего стремления к успеху. Разработка концептуализации, которая не соответствует их реальному опыту, не принесет большой пользы. Просите клиента контролировать ключевые переменные в концептуализации; замечать, в каких областях выражается перфекционизм, а также мысли, чувства, поведение, правила и самокритика. Это будет хорошим показателем того, соответствует ли концептуализация реальности клиента.

### ***Повышение объективности***

Механизмы, с помощью которых самомониторинг может помочь облегчить симптомы, неизвестны. Может случиться так, что это работает, помогая клиентам отстраниться от своих мыслей, эмоций и поведения и рассмотреть их более объективно. КПТ перфекционизма, как и другие когнитивно-поведенческие вмешательства, направлена на то, чтобы помочь клиентам понять, что эмоциональный стресс вызывают не события сами по себе, а их интерпретация. Точно так же порочные круги, которые удерживают клиентов в перфекционизме, можно выявить, рассматривая некоторые виды поведения более объективно – хотя поведение (например, проверка) было направлено на то, чтобы быть полезным, оно часто становится контрпродуктивным (см. главу 7). Когда клиенты занимаются самомониторингом, это замедляет их мышление, потому что они должны записать свой опыт; это помогает им отойти от своих эмоций, чтобы точно идентифицировать их, и помогает им подумать, какие поведенческие реакции могут поддерживать перфекционизм. Таким образом, самомониторинг объективно возрастает и помогает клиентам понять, что может существовать альтернативный способ рассмотрения ситуации.

Вот почему важна *регулярность* мониторинга. Простая запись мыслей, чувств и поведения в одном случае может помочь понять, что происходит, но регулярный самомониторинг – это нечто большее, это инструмент для изменений. Важно подчеркнуть, что вы не просите клиентов заполнить эти формы для исследовательских целей, а потому, что они помогают предоставлять информацию в реальном времени о том, что происходит. Ретроспективное заполнение форм будет означать, что в игру вступают все виды когнитивных предубеждений, в частности, чрезмерная генерализация у

клиентов с плохим настроением и самокритичным мышлением. Заполнение форм для мониторинга по мере того, как что-то происходит, позволяет осуществить нефильТРованный, более объективный анализ того, что происходит в данный момент с клиентом.

### **Паттерны**

Одним из наиболее очевидных преимуществ регулярного самомониторинга является то, что он может помочь выявить паттерны мышления, чувств и поведения. Например, люди с синдромом хронической усталости и перфекционизмом часто используют подход «подъем или спад» в управлении своей жизнью. Регулярный мониторинг может помочь таким клиентам увидеть, что, когда они пытаются сделать все на самом высоком уровне, когда они чувствуют себя менее утомленными, это приводит к контрпродуктивному эффекту и большей усталости на следующий день. Временами, когда они используют подход «все или ничего» к выполнению задач, они, скорее всего, видят, что это приводит к меньшему ощущению усталости.

### **Что отслеживать?**

Клиентов можно попросить отслеживать переменные в их концептуализации, или может быть более полезным попросить их контролировать другие переменные, такие как домены, в которых выражается их перфекционизм, их правила или их реакция на неудачу. Чтобы максимально эффективно использовать самоконтроль, полезно персонализировать формы мониторинга. В эту главу включены стандартные формы, но мы рекомендуем вам персонализировать их, приводя примеры, помогающие клиентам идентифицировать конкретные мысли, чувства и поведение, или добавляя столбец с особой релевантностью, например, «самокритичные мысли».

То, что нужно отслеживать, может варьироваться в зависимости от конкретной цели и индивидуальной концептуализации для клиента. На рис. 9.1-9.3 приведены примеры листов мониторинга, которые вы можете использовать, чтобы помочь клиентам понять, что контролировать. Может быть полезным изменить листы мониторинга в соответствии с потребностями вашего клиента. Не нужно использовать точный формат этих раздаточных материалов; форматы материалов различаются. Важным моментом

является то, что вы просите своего клиента отслеживать соответствующие мысли, поведение и эмоции относительно перфекционизма. Обратите внимание, что просить клиентов отслеживать «избегание» может быть сложно – в конце концов, избегание – это отсутствие поведения, а не конкретное поведение, которое можно легко отслеживать. В таких случаях хорошей идеей будет стать как можно более конкретным в отношении того, что, по вашему мнению, было бы полезным для вашего клиента.

Дата, область перфекционизма и ситуация	Перфекционистские мысли (оцените 0–100%, насколько вы им верите в то время)	Перфекционистское поведение	Чувства (оцените 0–100%)
7 мая Дом – застланные кровати.	Она должна быть гладкой, без морщин и с идеальными углами. Подушка должна быть в правильном положении. Если это не так, я буду беспокоиться об этом весь день.	Потратить 50 минут на застирание постели.	Тревога (75%).

**Рис. 9.1.** Лист самомониторинга, пример 1. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон.

Область перфекционизма и ситуация	Правила (отметьте 0–100%, насколько вы верите в это сейчас)	Самокритичные мысли	Чувства (интенсивность 0–100%)	Что вы делаете? (отметьте 0–100%)
Работа – завершенная презентация.	Не должно быть ошибок; каждое слово должно быть идеально на каждом слайде.	Это требует много времени; Я никогда не могу найти правильное слово. Я тупой.	Тревога (100%).	Использую тезаурус на компьютере, чтобы найти лучшее слово.

**Рис. 9.2.** Лист самомониторинга, пример 2 (см. также раздаточный материал 9.1 в Приложении 2). Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон.



Мысль	Эмоция	Избегание	Прокрастинация	Проверка эффективности	Безопасное поведение
<i>Мне нужно выиграть этот шахматный турнир.</i>	<i>Страх, тревога.</i>	<i>Не перемещаю мои фигуры в течение очень долгого времени и рассматриваю каждую возможность для хода (я выбыл по тайм-ауту и проиграл по этой причине, хотя я ходил пешкой).</i>	<i>Протягиваю руку, чтобы дотронуться до фигуры, затем убираю.</i>	<i>Воспроизведение последнего хода снова и снова в моей голове.</i>	<i>Прожхождение игры без перерывов, а не лёгкий отдых.</i>

**Рис. 9.3.** Лист самомониторинга: Пример 3. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон.

### ***Когда проверять задания по самомониторингу***

Многие руководства по КПТ утверждают, что первое, что должны сделать терапевты, – это определить повестку дня и затем проверить домашнее задание. Однако в своей работе по расстройствам пищевого поведения Ферберн и коллеги (Fairburn et al., 2009) рекомендуют, чтобы домашние задания были рассмотрены в течение первых пяти минут занятия и использовались для определения повестки дня. Мысль, стоящая за этим, заключается в том, что многие из пунктов повестки дня, которые возникают, скорее всего, связаны с домашней работой. Мы также считаем, что в этой структуре сессии проходят более мягко, и предлагаем использовать ее. Дополнительным преимуществом является то, что рассмотрение самокмониторинга в качестве самого первого пункта повестки дня дает понять, что эта работа имеет первостепенную

важность, и поэтому ее значение неявно сообщается для дополнения явных сообщений, которые вы привели выше.

### **Решение проблем с самомониторингом**

Многие терапевты начинают работу с самомониторингом с удовольствием и энтузиазмом. Однако во многих случаях их энтузиазм быстро сходит на нет. Клиенты имеют ряд естественных опасений по поводу самомониторинга, и их необходимо проработать сначала. Эти проблемы включают в себя явный фактор беспокойства, связанный с необходимостью отслеживать мысли, чувства, поведение и правила. Если вы никогда не сталкивались с мониторингом, мы предлагаем вам попробовать его в течение нескольких недель, чтобы представить степень приверженности, которая для него требуется. Вы можете использовать формы, предоставленные ранее, или можете создать свою собственную для мониторинга конкретной ситуации или эмоционально значимых мыслей и поведения (см. рис. 9.1–9.3).

Клиенты создают целый ряд препятствий для мониторинга. Ниже предложены способы их устранения.

## **Препятствия для самомониторинга**

### ***Практические вопросы***

Мониторинг в реальном времени – сложная задача. Неудивительно, что большинство клиентов не хотят, чтобы другие видели, что они делают, или каким-либо образом привлекать к себе внимание. Кому-то может понравиться предположение, что можно заполнять формы где-то в приватном месте, например, в ванной. Другие клиенты могут заполнять формы и в общественных местах или использовать блокнот, который выглядит так, как будто они записывают что-то, связанное с работой. Некоторые клиенты могут испытывать сложности с записями. При таких обстоятельствах можно предложить запись в устной форме. Хотя это может сработать для некоторых людей, а также позволит им «выиграть время» и объективно увидеть свои мысли, эмоции и поведение, иногда

бывает сложнее увидеть закономерности изменений. Если клиент предпочитает печатать на смартфоне или планшете, а не писать на бумаге, это тоже хорошо. Ниже приведён пример Феликса.

Пятидесятилетний Феликс отличался очень высоким интеллектом, но страдал тяжелой дислексией. Его мать говорила ему, что нельзя ничего записывать, потому что люди будут думать, что он глуп из-за его трудностей с правописанием. Во время приезда на терапию Феликс сообщил о проблемах с социальной тревогой, беспокойством о здоровье и ОКР. Его самооценка сильно зависела от стремления и достижения, и он был перфекционистом. Когда был предложен самомониторинг, Феликс сказал, что он предпочел бы не писать из-за своей дислексии и страха, что терапевт посчитает его глупым. Он думал, что увидит свои записи в черно-белых тонах и заметит собственные орфографические ошибки, и это укрепит его мнение о том, что он не добивается того, чего должен. Хотя терапевту было очень заманчиво согласиться с ним ради взаимодействия и сотрудничества, она также чувствовала, что Феликс страдает от множества мыслей, постоянно кружащихся в его голове, и что способ воплощать и видеть их на бумаге может помочь облегчить их. Феликс согласился использовать форму мониторинга и написать свои мысли, чувства и поведение в течение первых нескольких дней терапии. Терапевт подтвердила, что не будет судить о его интеллекте на основании его записей мониторинга и при этом не будет обращать никакого внимания на орфографию. Следующая сессия была только через три дня. Феликс не мог поверить, что он почувствовал облегчение от записи своего опыта на бумаге, и он продолжал это делать на протяжении терапии.

### ***Делать всё «идеально»***

Когда наши клиенты обещают нам, что они будут «самыми лучшими пациентами за всю историю», наше сердце сжимается от предчувствий. Многие клиенты занимаются мониторингом слишком тщательно и детально. Они могут писать списки и использовать цветные маркеры. Некоторые неизбежно будут испытывать желание написать или напечатать свой мониторинг, что-

бы сделать его более аккуратным. Все эти проблемы должны быть устранены, а не решены впоследствии, поскольку клиенты могут интерпретировать такие комментарии как критические и как признак того, что они сделали это «неправильно». Подчеркивание того, что нет «правильного» и «неправильного» способа самомониторинга, выполняет очевидную двойную функцию – это помогает сразу установить, что это действие не «черно-белое», а также помогает клиентам увидеть задачу в первую очередь как что-то для помощи, а не в целях достижения. Такой акцент также важен для тех перфекционистов, которые ошибаются в части избегания и прокрастинации. Подтверждение ценности самомониторинга и акцентирование внимания на том, что это нужно делать как можно более вовремя, поможет клиентам не задерживаться. К этому опыту можно будет вернуться в дальнейшем в терапии.

### ***Другие общие возражения***

Многие клиенты обеспокоены тем, что мониторинг усугубит их опасения или что записи сделают их проблемы более «реальными». В таких случаях наилучшим ответом будет сказать, что, хотя есть вероятность, что это может произойти, она может быть не такой плохой, как думает человек, или увеличение озабоченности обычно бывает временным. Время от времени мы отвечали обсуждением того, что клиенты должны потерять – очень часто их озабоченность находится на необычайно высоком уровне в любом случае. Время от времени мы проверяли возражения против самомониторинга более формальным способом в ходе поведенческого эксперимента – это гораздо лучший вариант, чем просто сдать ся.

### ***Реакция на невыполнение мониторинга клиентами***

Если клиенты приходят на сессию и говорят, что они не делали мониторинг, ваш ответ должен быть скорее шутливым, чем критическим; это первый пункт повестки дня. От вас зависит понимание причин, по которым клиент не делал этого, и вы должны взять на себя ответственность за неспособность объяснить это достаточно четко. Совместная работа по преодолению трудностей имеет первостепенное значение, даже если это займет всю сессию или последующие две или три сессии. Ключевым принципом терапии

является то, что лучше делать несколько вещей хорошо, чем много, но неуверенно. Люди с перфекционизмом могут очень хорошо относиться к этой концепции! На наш взгляд, для успеха терапии важно, чтобы клиенты занимались самомониторингом.

Большинство когнитивно-поведенческих протоколов включают самомониторинг. Самомониторинг является важным компонентом терапии, хотя его не всегда легко выполнить. Персонализация мониторинга, предвидение трудностей и обеспечение того, чтобы ему уделялось почетное место в повестке дня, могут помочь обеспечить максимальную терапевтическую пользу.

## Психообразование

Многие из ваших клиентов будут иметь определенные убеждения о перфекционизме, которые могут быть изменены с помощью комбинации стратегий, в том числе поведенческих экспериментов. Существует множество мифов, которые требуют опровержения, и это важно учитывать наряду с другими стратегиями, используемыми для мотивации клиента к участию в терапии (см. главу 8). Примеры этих мифов включают: «чем больше я работаю, тем лучше я буду это делать», «чтобы быть хорошим в чем-то, нужно посвятить всю свою жизнь этому», «постоянная практика приводит к совершенству» и «вы можете делать все, что захотите, если только этого хотеть достаточно сильно». Наличие информации для решения этих убеждений является фундаментальным первым шагом к их опровержению, а также имеет отношение к терапевтическому альянсу. К настоящему времени должно быть ясно, что цель терапии состоит не в том, чтобы люди «понижали свои стандарты», а в том, чтобы помочь расширить свою самооценку, чтобы она меньше зависела от стремления и достижения (см. главу 13). Ключевым компонентом этого является помощь клиентам в получении объективной информации о том, как устроен их мир, и о том, что лучше для них работает. Это тот случай, когда у них получается лучше, когда они сосредоточены исключительно на конкретной задаче? Или на самом деле лучше выполнить разумное количество работы, а затем расслабиться, выпить с другом и

раньше лечь спать? Поведенческие эксперименты будут следовать из изучения некоторых мифов и при условии психообразования.

### **Устранение проблем: почему не стоит ссылаться на «снижение стандартов» с клиентами**

Важно обсудить с клиентом на этапе психообразования, что акцент в терапии не сводится к снижению стандартов. По нашему опыту, если вы говорите об идее снижения стандартов, то клиент не вовлечен в терапию, так как боится скатиться в «беспорядок» или «лень», а не достигнуть цели. Суть терапии заключается в расширении областей для самооценки. Если это происходит, то неизбежно на этом пути у клиента будет выбор, что ему важнее – сосредоточиться на стремлении и достижениях, исключая другие области, или оставлять время для отдыха. Мы обнаружили, что случается так, что клиенты переоценивают влияние расслабления на достижение цели и что процесс психообразования и поведенческих экспериментов приводит их к выводу, что они могут поддерживать свои стандарты и достижения без чрезмерных усилий, которые они прилагали. Иногда клиенты считают, что будет лучше, если они потратят еще несколько часов на работу, но результат не стоит потраченных усилий. В этом случае они решают пересмотреть или изменить свои стандарты, чтобы ещё больше контролировать их и повысить свою эффективность для общего функционирования. Большая часть того, что мы делаем в терапии в поведенческих экспериментах, состоит в том, чтобы заставить клиентов тратить меньше времени на стандарты; однако важно не говорить об этом как о «снижении» стандартов. Лучше избегать таких выражений и вместо этого говорить об «изменении» стандартов, потому что «снижение стандартов» действует как «красная тряпка» на некоторых клиентах. Например, при нервной анорексии в терапии обычно обсуждают «восстановление питания», а не «увеличение веса», так как это уменьшает негативные эмоциональные реакции клиентов на идею увеличения веса и облегчает идею изменения.

Это можно рассматривать как вопрос семантики. Тем не менее, язык имеет решающее значение. Например, если в ходе

поведенческого эксперимента кто-то узнает, что трата дополнительных шести часов на выполнение задачи дает ему дополнительный 1% в плане эффективности, но он решает выполнить дополнительную работу, то мы можем поговорить с ним в терапии об изменении стандартов. Как терапевты мы хотим, чтобы у наших клиентов были другие вещи в жизни, поэтому они приходят к выводу, что не стоит тратить еще шесть часов, чтобы получить этот дополнительный процент. В качестве альтернативы мы хотели бы помочь клиентам получить возможность потратить дополнительные шесть часов в одной ситуации, но не в другой, достичь гибкости. Следовательно, мы, вероятно, привлечем людей к терапии и поможем им остаться, если скажем, что терапия не будет направлена на снижение стандартов, а может включать принятие различных стандартов или различных способов их достижения.

Один из ключевых моментов, которые, как мы надеемся, понимают клиенты, обсуждая один из мифов, представленных ниже, – «Если работа стоит того, чтобы ее делать, ее стоит делать хорошо», – это то, что не каждая работа стоит того, чтобы ее делать хорошо. Если клиент старался выполнять каждую работу хорошо, мы можем попросить его решить, что важно для достижения успеха, но у клиента все еще могут быть высокие стандарты для некоторых целей. Мы не будем называть это снижением стандартов, поскольку у клиентов создается впечатление, что мы хотим, чтобы они выполняли второстепенную работу, и, конечно, клиенты с перфекционизмом не заинтересованы в этом. Существует также проблема нереалистичных целей (например, «Я должен получить оценку А за каждую часть работы, которую я сдаю»). Это в какой-то степени находится вне их контроля и в какой-то момент обречено на провал. Поэтому другой стандарт, с которым мы могли бы попросить их поработать, может быть сформулирован так: «Я приложу все усилия в работе над всем, что сдаю». Затем он рассматривается клиентом на предмет того, как выглядят наилучшие усилия с учетом обстоятельств. Опять же, мы бы стали упоминать о снижении стандартов – это не точный способ описания процесса, а скорее мы будем говорить об изменении стандартов, чтобы у клиента сохранялось чувство контроля.

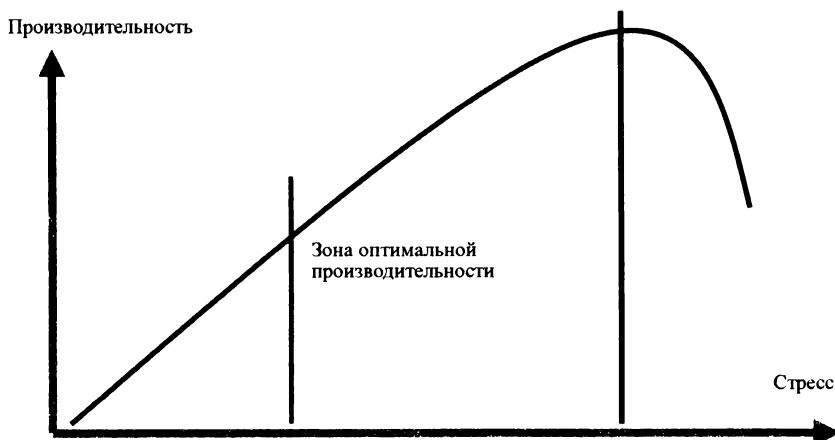
Концепцию достижения стандартов разными способами легче внедрить: если кто-то должен сделать десять проектов, прежде чем он сможет произвести продукт, мы просим их подойти к этому по-другому и сделать три проекта, и посмотреть, действительно ли это влияет на качество или нет. Это более подробно рассматривается в главе 12.

### ***Полезные факты для терапевтов***

При опровержении бесполезных убеждений клиента об эффективности и совершенстве полезно иметь под рукой некоторые общие факты.

### ***Закон Йеркса-Додсона: связь между возбуждением и эффективностью***

Уже более века известно, что эффективность возрастает с возбуждением, но это соотношение не является бесконечно линейным. Закон Йеркса-Додсона (Yerkes, Dodson, 1908; см. рис. 9.4) говорит нам, что когда уровни возбуждения становятся слишком высокими, эффективность снижается.



**Рис. 9.4.** Иллюстрация закона Йеркса-Додсона.



График на рис. 9.4 может помочь клиентам понять, что существует зона оптимальной эффективности. Клиенты, как и все мы, стремятся выяснить, где находится их «зона оптимальной эффективности» или где они работают наиболее эффективно. Люди с перфекционизмом особенно ненавидят тратить время или усилия, которые можно потратить более эффективно. В этом графике ясно, что если они работают за пределами зоны оптимальной эффективности, то они, в лучшем случае, тратят впустую усилия и, в худшем случае, фактически являются контрпродуктивными с точки зрения их достижений. Наши пациенты действительно обнаруживают, что их эффективность не продолжает улучшаться прямо пропорционально усилиям, которые они прилагают. Стобер (Stoeber 2011) нашел убедительные доказательства того, что между перфекционистским стремлением и эффективностью существует отрицательная связь (определяемая как «точность, деленная на время, потраченное на выполнение задачи»). Поскольку многие люди с перфекционизмом ненавидят тратить время и стремятся быть эффективными, обмен этой информацией может быть полезным.

Психообразование должно быть адаптировано к конкретной области перфекционизма и личности. Например, триатлонист, который избыточно тренируется, не достигнет тех результатов, как если бы он тренировался оптимально (то есть меньше), по физиологическим причинам. С другой стороны, музыкант, который слишком много тренируется, может провалить выступление, потому что слишком много практики лишило его эмоциональной составляющей.

### **Что создаёт «успех»?**

Многие люди верят, что тяжелый труд – залог успеха. И свидетельство тому – знаменитая цитата Эдисона о том, что гениальность – «1% вдохновения и 99% пота». На самом деле очень успешные люди, такие как предприниматель Ричард Брэнсон, действительно много работают, но они также очень усердны. Успешные спортсмены – как правило, те, кто занимался различными видами спорта, когда были моложе, а не исключительно одним видом спорта с очень раннего возраста (за некоторыми заметными исключениями, такими как гимнастика). Есть много факторов, кото-

рые помогают стать успешными – интеллект, личность и драйв, а также возможности, удача и хорошее наставничество.

### ***Связь успеха и ошибок***

Альберт Эйнштейн отличался от Эдисона. Он предположил, что «тот, кто никогда не ошибался, никогда не пробовал ничего нового». В главе 11, посвященной когнитивным стратегиям, будут использоваться ортогональные континуумы для прямого обращения к убеждению, что быть успешным означает никогда не совершать ошибки. Чтобы заложить основу для этого, полезно посеять семена сомнения в том, что успех и безупречность являются синонимами некоторого обсуждения того, как прогресс был достигнут, и некоторых примеров успешных людей, которые допустили ошибки в прошлом и извлекли уроки из них.

*Если я не сделаю что-то идеально, я буду беспокоиться весь день*

Психобразование в терапии тревожных расстройств включает в себя большой компонент – информацию о природе тревоги. Например, клиентам часто говорят, что приступы паники достигают максимума в течение десяти минут, а затем естественным образом исчезают в течение часа. Такая информация также очень важна для клиентов с перфекционизмом, которые боятся, что они будут беспокоиться в течение дня, если они совершат ошибку или оставят что-то, что не было сделано правильно.

*Самокритика помогает людям работать больше и достигать большего*

Теории и исследовательская литература фактически связывают самокритику с более низким показателем в достижении цели. Теория самоопределения (Deci, Ryan, 2000) различает автономную и контролируруемую мотивацию. В первом случае цели и решения генерируются самостоятельно или генерируются свободно; в последнем случае цели контролируются внешним или внутренним давлением, например, самокритикой (то есть, если вы не можете достичь этой цели, вы бесполезны). В ряде исследований обнаружено, что автономная мотивация связана с более успешным достижением цели, лучшим качеством жизни и более низким уровнем

нем самокритики, чем контролируемая мотивация (Powers et al., 2007). Самокритика также связана с более низкими уровнями самооценки «достижения текущей цели» и «ожиданий достижения цели» (Shahar et al., 2006). Более высокий уровень самокритики

<i>Миф</i>	<i>Альтернатива</i>
1. Чем тяжелее работать, тем лучше результаты.	Тяжелая работа необходима, но не достаточна; переутомление может быть контрпродуктивным.
2. Чтобы быть первым, нужно быть целеустремленным и отказаться от всех внешних интересов.	Для продвижения вперед требуется преданность делу, но если вы чрезмерно сосредоточены, вы можете потерять «общую картину».
3. Умные люди должны работать меньше, чем глупые люди.	Это правда, что умные люди быстро разбираются, но некоторые задачи требуют времени, каким бы умным вы ни были.
4. Чем больше вы вкладываете во что-то, тем больше получаете от этого.	Это может быть правдой, но не всегда. Подумайте о пылесосе – правда ли, что вы получите гораздо больше удовольствия, если потратите на это целый день, чем если бы вы потратили час? Особенно, когда ковер скоро снова испачкается.
5. Люди замечают каждую мелочь и быстро формируют критические суждения.	Исследования «изменчивой слепоты» в лаборатории Дэниела Саймонса ( <a href="http://www.simonslab.com">www.simonslab.com</a> ) показали, что люди часто не замечают больших изменений в визуальных сценах, например, если человек, с которым они разговаривали, был незаметно заменен другим человеком во время краткого перерыва. Маловероятно, что ваши друзья заметят в вашем доме небольшой беспорядок.
6. Люди не могут быть счастливы, если они не успешны.	«Успешен» кто-то или нет, зависит от многих вещей, но в основном от собственных убеждений об успехе. Возможно, все наоборот – люди не могут быть успешными, если они не счастливы?

7. Если я чего-то избегаю, то это имеет тенденцию улаживаться само собой.	Это может быть верным в некоторых областях (например, немедленное реагирование на электронные письма), но не в других (например, при уплате налогов).
8. Если работа того стоит, то стоит делать хорошо.	Это может быть общим принципом, но не относится ко всему. Если вы делаете все очень хорошо, вас могут просто попросить сделать больше.

связан с более низким уровнем достижения цели у студентов университетов в отношении академических и социальных целей (Powers et al., 2007), а также у спортсменов и музыкантов (Powers et al., 2009). Вам следует предложить клиентам изучить доказательства из их мониторинга, а также проанализировать жизнь, чтобы помочь себе прийти к выводу о том, насколько полезна самокритика.

### **Борьба с мифами**

Ниже приведены некоторые альтернативы мифам, которые вы можете проверить совместно с клиентами с помощью поведенческих экспериментов.

*«Успешен» кто-то или нет, зависит от многих вещей, но в основном от собственных убеждений об успехе. Возможно, все наоборот – люди не могут быть успешными, если они не счастливы?*

*Это может быть верным в некоторых областях (например, немедленное реагирование на электронные письма), но не в других (например, при уплате налогов).*

*Это может быть общим принципом, но не относится ко всему. Если вы делаете все очень хорошо, вас могут просто попросить сделать больше.*

### **Пример психообразования**

Джез был успешным танцором в балете Нью-Йорка. Ему было необходимо преодолеть множество препятствий для достижения успеха, включая неодобрение его отца, который считал, что балет не является подходящей карьерой для сына. Отец смягчился только тогда, когда понял, насколько сын предан выбранной профессии. Джез посещал балетные уроки с пяти лет

и никогда не пропускал уроки ни по какой причине. С десяти лет он отказался ездить на каникулы с родителями, чтобы не пропустить ни одной репетиции, и даже если он был болен, он все-таки тренировался. Он завоевал множество наград за свою самоотверженность и достижения, и, по мнению Джеза, его самоотверженность была основной причиной его успеха. Джек пришёл на терапию, потому что был не в состоянии поддерживать отношения. Хотя это само по себе не беспокоило его, он чувствовал, что ему необходимо испытать настоящую любовь и, возможно, страдания, чтобы иметь возможность выразить это соответствующим образом в своем танце.

Было ясно, что Джек не сможет поддерживать какие-либо отношения, пока он посвящает себя балету так, как он делал это до терапии. Это поставило его перед дилеммой – чтобы стать успешным артистом балета и испытать жизнь так, как это было необходимо для его танца, ему пришлось бы сократить количество часов, затрачиваемых на выполнение технических аспектов его работы. Обсуждение закона Йеркса-Додсона помогло Джезу рискнуть сократить время на занятия, чтобы у него были интересы вне балета. Хотя первоначальная мотивация состояла в том, чтобы быть в отношениях для улучшения своего балета, он вскоре нашел ценность в том, чтобы просто быть в отношениях.

Психообразование является важным компонентом лечения перфекционизма. Помогая клиентам отделить факты от вымысла, оно увлекает их и побуждает к попыткам принять иную точку зрения и альтернативные убеждения, которые можно оценить с помощью когнитивных и поведенческих стратегий.

## Опросы

### *Ваши убеждения как терапевта*

Как терапевт вы, вероятно, придерживаетесь многих убеждений о «правильном» способе выполнения задачи и «неправильном». Вы можете подумать, что абсолютно отвратительно не чистить зубы каждое утро и на ночь, и вы можете думать, что люди,

которые не моют руки после посещения туалета, ужасны. С другой стороны, вы можете относиться к типу психотерапевтов, считающих, что одной хорошей чистки зубов в день достаточно, а моча стерильна, поэтому нет необходимости мыть руки после посещения туалета. Вы можете поверить, что некоторые микробы полезны для вас, поэтому на самом деле лучше запачкаться. Существует огромное разнообразие представлений о каждой отдельной области жизни, и жизненно важно, чтобы вы не позволяли своим собственным убеждениям относительно стандартов, ошибок, неудач, достижений и стремлений мешать терапии. Знание того, как они могут мешать, является первым шагом к тому, чтобы убедиться, что этого не происходит.

Ваши убеждения как терапевта могут мешать терапии разными способами. Как обсуждалось в предыдущей главе, терапевтический альянс может зависеть от вашего перфекционизма и убеждений, и такие убеждения также связаны с более высоким уровнем выгорания (D'Souza et al., 2011; McLean et al., 2003). Они также могут помешать вашей работе. Например, если вы считаете, что для кого-то вполне разумно взять за правило вставать с постели к 7 часам утра и одеваться в 7:15 утра по выходным, вы не можете определить это как неблагоприятное правило, которое необходимо учитывать в терапии. Однако вы можете определить это как цель терапии, если не разделяете это мнение. Как должно быть ясно, проблема заключается не в высоких стандартах как таковых; это реакция на предполагаемое несоблюдение стандарта, всеобъемлющий способ соблюдения стандарта и важность достижения для самооценки, которые делают перфекционизм бесполезным. Однако на ранних этапах терапии важно определить, какие стандарты могут быть необычно высокими или нереалистичными и, следовательно, располагать клиента к восприятию себя как неудачника или тратить слишком много времени на выполнение несущественных задач.

### ***Важность супервизии***

Супервизия важна независимо от терапии. Супервизия терапии перфекционизма может быть особенно полезна, учитывая возможное влияние убеждений терапевта на альянс и проведение вмешательства. Идентификация области (областей), в которой

выражается перфекционизм, а также областей, в которых он отсутствует, может быть полезна с точки зрения супервайзера. Возможность быть откровенным со своим супервайзером о своих собственных стандартах и реакции на предполагаемые неудачи, а также о любых контрпродуктивных действиях, которые у вас могут возникнуть, будет особенно важна. Часто люди заканчивают свое профессиональное обучение, и у них больше нет «формального» руководителя их практики. Тем не менее, мы считаем, что супервизия очень важна для обеспечения надлежащей клинической практики. Мы призываем терапевтов, у которых нет формальных договоренностей о супервизии, рассмотреть возможность участия в ней с коллегами в парах или группах на регулярной основе.

### **Обзор опросов**

Опросы широко используются в КПТ при ОКР (например, Whit-tai et al., 2010). Основываясь на новаторской работе (Rachman, de Silva, 1978), они изначально использовались, чтобы помочь клиентам понять, что каждый испытывает нежелательные навязчивые мысли. В терапии перфекционизма они используются, главным образом, для сбора клиентами информации о стандартах, убеждениях, поведении и эмоциях других людей. Некоторая информация может быть общедоступной, но проведение опроса позволяет клиентам собирать личную информацию от людей, чье мнение они уважают или чье мнение особенно уместно. Страх неудачи и беспокойство по поводу ошибок, которые так характерны для перфекционизма, являются личными ценностями наших клиентов, но нереалистично думать, что на них совсем не влияют другие люди. Наличие информации о том, как успешные люди с высокими стандартами, которые не страдают от перфекционизма, могут достичь своих целей без неблагоприятных последствий дисфункционального перфекционизма, может быть чрезвычайно полезным. Такие опросы могут также помочь «установить планку» для стремлений и достижений.

Чен был добросовестным человеком, который всегда старался изо всех сил помогать другим людям. Он никогда не отказывался ни от чего, о чем его просили, независимо от того, сколько на это уходило времени. Это вызывало у его партнера одновре-

менно огорчение и восхищение. Проблема была в том, что Чену требовалось очень много времени, чтобы выполнить все задания из-за его высоких стандартов и страха подвести себя и других. Он тратил на помощь окружающим все свое время до работы утром и после работы вечером. Он не мог расслабиться, если чувствовал, что кто-то ждет, когда он что-то сделает, и даже иногда просыпался ночью, думая о том, как можно улучшить работу, которую он делал для других. Он был истощен, и его настроение было плохим. Он никогда не чувствовал, что делает достаточно, или что работа, которую он делал, была достаточного уровня. В ходе терапии было решено, что будет важно прояснить, сколько нравственные люди делают для других, что именно они делают, сколько времени они тратят на помощь другим, есть ли у них дополнительные идеи о том, как они могут помочь другим, и если так, какие действия они предпринимают в связи с этими идеями. Чен также хотел знать их эмоциональную реакцию на помощь другим, так как полагал, что должен чувствовать себя лучше от помощи другим (а его эмоциональные реакции говорили о том, что в действительности он не слишком старался этого добиться).

Чен и терапевт выбрали шесть человек, которых оба определили как нравственных людей. Было решено, что проведение опроса с людьми, которых Чен не считает нравственными, будет бесполезным. Критериями для включения в опрос было то, что они не изменяли своим партнерам, не лгали, помогали другим и в целом были внимательны. Чен задал им по электронной почте следующие вопросы, сказав, что это должно помочь его сыну с заданием на мораль и ценности. Это бывает полезным, когда клиенты заинтересованы в том, чтобы задавать вопросы другим людям напрямую.

### **Опрос**

1. Как часто вы делаете «добро» для других?
2. Какие нравственно хорошие действия вы совершаете для других?
3. Сколько времени вы проводите, помогая другим?
4. Есть ли у вас идеи, как вы могли бы помочь другим? Если да, то какие действия вы предпринимаете в ответ на эти идеи?
5. Как вы себя чувствуете после того, как вы помогли другим?



Результаты опроса удивили Чена. Ни один из респондентов не тратил даже вдвое меньше времени на помощь другим, чем Чен, никто не думал о том, как они могли бы помочь, когда задача была выполнена, и большинство из них чувствовали, что не получили достаточной благодарности, когда помогали людям, и не хотели помогать другим. Они обычно чувствовали облегчение, когда задача была выполнена. Вместе Чен и психотерапевт обсудили результаты, что привело Чена к выводу, что он может быть нравственным человеком, помогая другим в разумных пределах, и что ему не нужно загонять и изнурять себя, помогая всем во все времена день и ночь для того, чтобы рассматривать себя как соответствующего своим стандартам.

### **Составление опроса**

Не бывает двух одинаковых опросов. Опросы, которые вы и ваши клиенты совместно строите, будут варьироваться в зависимости от областей, в которых проявляется перфекционизм. Типичные вопросы касаются частоты или продолжительности поведения, и от трех до восьми вопросов являются оптимальным вариантом. Примеры убеждений, которые особенно поддаются влиянию информации, полученной в результате опросов, включают следующее (см. также раздаточный материал 9.2 в Приложении 2).

• **Убеждение:** «Я делаю больше ошибок, чем другие люди на работе». Этот опрос будет проводиться для людей, которые успешны на рабочем месте клиента.

#### **Вопросы**

1. Как часто вы ошибались на работе за последний месяц?
2. Можете ли вы привести примеры таких ошибок?
3. Как вы думаете, другие тоже так ошибаются?
4. Каково ваше мнение о тех, кто ошибается на работе?

Обычно ответы на подобные вопросы включают в себя ряд вариантов, но клиенты часто обнаруживают, что они не делают

больше ошибок, чем другие, и что они делают ошибки, аналогичные ошибкам других, на своем рабочем месте.

• *Убеждение:* «Я более склонен совершать серьезные ошибки по сравнению с другими на работе». Этот опрос будет проведен для людей, которые добились успеха на рабочем месте клиента.

### *Вопросы*

1. Как часто вы ошибались на работе за последний год?
2. Сколько было серьезных ошибок?
3. Вы можете привести примеры серьезных ошибок на работе?
4. Какие были негативные последствия от серьезных ошибок?
5. Что было самым худшим из последствий серьезных ошибок?

Опять же, как правило, клиенты находят свои ошибки не более серьезными, чем ошибки других. Фактически, обычные ответы включают ошибки, которые клиенты считают более серьезными, чем их собственные, и они удивлены информацией, что другие совершают более серьезные ошибки, чем они.

• *Убеждение:* «Я должен быть готов к рабочим звонкам в любое время дня и ночи, даже когда я в отпуске». Этот опрос может быть проведен для людей на рабочем месте клиента и других, кого клиент уважает.

### *Вопросы*

1. Как часто вы берете с собой рабочий телефон в отпуск?
2. Что вы думаете о людях, которые берут свой рабочий телефон с собой в отпуск?
3. Что вы думаете о людях, которые не берут свой рабочий телефон с собой в отпуск?
4. Вы отвечаете на свой рабочий телефон ночью и в выходные дни?
5. Что вы думаете о людях, которые отвечают на свой рабочий телефон ночью и в выходные дни?
6. Что вы думаете о людях, которые не отвечают на свой рабочий телефон ночью и в выходные дни?

Обычно есть ряд ответов на этот тип опроса. Некоторые люди могут отвечать на звонки рабочего телефона в нерабочее время. Однако клиенты, как правило, удивляются, обнаружив, что большинство этого не делают, и что обычно другие негативно относятся к тем, кто отвечает на звонки в нерабочее время, утверждая, например, что они не могут выключиться или не имеют сбалансированной жизни.

• *Убеждение:* «Я неудачник, потому что не получил эту работу». Этот опрос может быть представлен друзьям и другим, кого уважает клиент.

### *Вопросы*

1. Вы когда-нибудь не получали работу, для которой вы проходили собеседование?
2. Если так, что вы думали о себе, когда не получили работу?
3. Что вы думаете о других, которые не получают работу, на которую они претендовали?
4. Считаете ли вы кого-то неудачником, если он не получил работу, на которую он претендует?

Типичные ответы на подобные опросы включают респондентов, указывающих, что они не всегда были успешными в получении работы в прошлом, и они не думают о других как о неспособных получить работу. Они также указывают, что работа, возможно, не подходила для набора навыков человека, или, возможно, уже была занята внутренним кандидатом на рабочем месте, так что ни один внешний кандидат не мог действительно конкурировать честно.

• *Убеждение:* «Способ улучшить себя – это постоянно стремиться к совершенству». Этот опрос может быть представлен другим, которых клиент уважает на работе, и друзьям.

### *Вопросы*

1. Считаете ли вы, что у успешных людей есть свободное время и перерывы в работе?

2. Как вы думаете, успешные люди заняты все время и не дают себе отдохнуть?
3. Как вы думаете, важно ли постоянно подталкивать себя, чтобы продолжать работать?
4. Были ли в вашей жизни примеры, когда постоянные усилия приводили к тому, что вы были менее успешными?

Клиенты часто удивляются ответам на опрос, подобный этому, поскольку они находят ответы, которые обычно указывают на то, что другие думают, что время для отдыха важно. У респондентов также есть много примеров того, как постоянное стремление ведет к ухудшению эффективности, например, не спать всю ночь, чтобы подготовиться к презентации, приводит к утомлению и не компенсируется достаточным сном прошлой ночью.

• *Убеждение:* «Успешные люди не читают жёлтую прессу». Этот опрос может быть представлен любому, кого клиент считает успешным как на работе, так и среди друзей.

### *Вопросы*

1. Читаете ли вы журналы со сплетнями?
2. Что вы думаете о тех, кто читает журналы со сплетнями?
3. Считаете ли вы чтение таких журналов пустой тратой времени?

Клиенты обычно сообщают, что они удивлены результатами такого рода опросов, когда они обнаруживают, что многие люди, которых они считают успешными, действительно читают то, что они считают «жёлтой прессой», и что некоторые считают это не пустой тратой времени, а скорее, как «время простоя», когда можно расслабиться.

Ключом к построению опроса является обеспечение его актуальности и значимости, чтобы собранная информация имела высокую доказательную ценность. Опросы в основном написаны, но в прошлом мы использовали образы для клиента, который интересовался тем, как другие оценивали различные примеры того, насколько неприбраны дома других людей. Не стесняйтесь

проявлять творческий подход и работать со своими клиентами, чтобы найти наиболее полезную форму опроса для них. Иногда вы можете обнаружить, что клиенты не хотят участвовать в опросах, поскольку они обеспокоены непосредственным контактом с другими или обеспокоены тем, что другие могут знать, что опрос касается их убеждений. В этом случае вы можете творчески поработать с клиентом, чтобы придумать правдоподобную «причину», по которой клиент мог задать вопросы. Например, один клиент, Родриго, который был учителем, решил, что он скажет своим друзьям и коллегам, что вопросы были частью сбора информации для использования в задании для его учеников. Мы также сочли полезным для клиентов, использующих социальные сети, задавать вопросы через такие сайты, как Facebook, где они часто могут получить быстрый ответ от друзей, так как сетевая среда поддается коротким вопросам и ответам других людей, что кажется приемлемым для клиентов.

### ***Что делать с информацией из опросов***

#### *Собирать ответы*

Ответы на опрос должны быть первым пунктом повестки дня (или вторым пунктом сразу после проверки мониторинга клиента, если он также был задан в качестве домашней работы). Ответы, выложенные перед вами на столе, чтобы вы могли работать вместе, могут быть особенно полезны.

#### *Делать выводы*

В совместном рассмотрении ответов ваша цель – помочь клиенту сделать выводы о том, где другие люди устанавливают стандарты, или о влиянии опроса на убеждения вашего клиента. Возможно, вы захотите создать сводную таблицу или график, чтобы информация, которую вы собрали, была как можно более понятной. Вероятно, будет широкий диапазон ответов, и обсуждение этой изменчивости может помочь клиенту осознать, что нет «правильного» и «неправильного».

### *«Проверка реальности»*

Многие врачи обеспокоены проведением опросов на случай, если ответы окажутся бесполезными. Например, если вы попросите кого-то с социальной тревогой выступить с речью и спросите аудиторию, что она думает, вы можете быть обеспокоены тем, что реакция аудитории будет отрицательной и контртерапевтической. Если вы выбрали разумную аудиторию (в отличие от аудитории, состоящей из людей, которые особенно негативны и критичны), то реакция аудитории предоставит полезную информацию. С перфекционизмом опасение состоит в том, что опрос может показать, что успешные люди работают, исключая другие интересы, и что они основывают свою самооценку на стремлении и достижениях. КПТ – это прояснение реальности, и если это реальность респондентов, которых попросили заполнить опрос, то это тоже может быть предметом обсуждения. Проверка реальности, даже порой неприятной, крайне редко оказывается терапевтически бесполезной. Чаще всего информация о реальности позволяет клиентам думать о своих собственных стандартах и убеждениях относительно ошибок, неудач и самооценки. Такая информация поможет вам и вашему клиенту сформулировать альтернативные убеждения.

### *Следовать альтернативным убеждениям*

Опросы, такие как мониторинг и психообразование, помогут клиенту сформулировать альтернативные убеждения. Маловероятно, что концептуализация альтернативных убеждений будет достаточной для когнитивных или поведенческих изменений. Отслеживание формирования альтернативных убеждений с помощью поведенческих экспериментов (см. главу 12) является ключом к созданию новой и более благоприятной долгосрочной перспективы

Опросы могут дать полезную информацию о том, где «установить планку» для стандартов и как собрать критически важную информацию об успехах и неудачах. Каждый опрос является своеобразным, и подробное обсуждение значения результатов является приоритетом для терапевтической сессии. Опросы могут помочь в выработке альтернативного убеждения, которое затем следует оценивать с использованием некоторых когнитивных стратегий и поведенческих экспериментов, описанных в следующих главах.

# Глава 10

## ОШИБКИ МЫШЛЕНИЯ

В терапии клиентов с перфекционизмом мы используем стратегии, чтобы помочь изменить их бесполезные убеждения. Какие когнитивные искажения наиболее заметны в перфекционизме, и каковы наилучшие способы их устранения? В нашем клиническом опыте мы нашли ряд конкретных стилей мышления, которые распространены в перфекционизме. В этой главе мы кратко рассмотрим введение записей мыслей и обсудим, как выявлять и оспаривать ошибки мышления, характерные для перфекционизма.

### Понимание связи между мыслями и чувствами

Первый шаг к тому, чтобы побудить клиентов бросить вызов их негативному мышлению, помогает им осознать влияние мышления на их эмоциональное состояние. Не думайте, что у клиента есть эмоциональные ярлыки и он способен различать эмоциональные состояния. Может быть полезно предоставить клиентам список состояний чувств, чтобы они могли легче получить доступ к ярлыкам своих эмоций. Краткий список общих эмоциональных состояний приведен в табл. 10.1.

Один из наиболее полезных способов представить идею о том, что мысли влияют на чувства, – это использовать иллюстративный клинический пример (который в научной литературе всё чаще на-

**ТАБЛИЦА 10.1. Краткий список эмоций**

Злость	Грусть	Тревога	Разочарование	Счастье	Веселье
Нервозность	Депрессия	Страх	Возбуждение	Раздражение	Стыд

зывают виньеткой – прим. ред.) и сократовский диалог. Есть много виньеток, которые обычно используются когнитивными терапевтами, и мы приводим некоторые в табл. 10.2.

**ТАБЛИЦА 10.2. Примеры иллюстративных виньеток для ведения связи между мыслями и чувствами**

1. Сейчас 10 вечера, и двое соседей слышат громкий взрыв за пределами своих домов. Один сосед злится, а другой напуган. Они оба слышали один и тот же шум, так почему они по-разному себя чувствуют?
2. Две женщины приходят домой к букету цветов от своих мужей с прикрепленной запиской, на которой написано: «Я люблю тебя». Одна женщина сразу чувствует себя обеспокоенной, а другая – счастливой. Чем объясняется разница в их чувствах?
3. Подросток идет по торговому центру и проходит мимо витрины, полной туалетной бумаги. Он случайно опрокидывает ее, и рулоны туалетной бумаги падают повсюду. Несколько человек останавливаются и смотрят, а ребенок смеется и указывает на него. Подросток может чувствовать себя злым или смущенным. Если он злится, о чем он может думать? Если он чувствует себя смущенным, о чем он может думать? Чем объясняется разница в том, как мальчик может чувствовать себя в этой ситуации?
4. Женщина идет по торговому центру и замечает, как мимо проходит ее близкий друг. Она смотрит вверх, улыбается подруге и останавливается, чтобы поздороваться, но подруга смотрит прямо мимо нее и просто продолжает идти. Она может чувствовать ряд эмоций в ситуации. Если бы она злилась, о чем она могла думать? Если бы она чувствовала беспокойство, о чем она могла думать? Если ей стало грустно, о чем она могла думать? Если бы она не изменила свое эмоциональное состояние, о чем она могла думать? Что объясняет, как кто-то может чувствовать себя в такой ситуации?



Примеры в табл. 10.2 обычно используются в когнитивной терапии, чтобы ввести связь между мыслями и чувствами, побуждая клиентов генерировать возможные мысли, которые могут испытывать персонажи каждой виньетки. Например, в первом сценарии (шум в 10 часов вечера) человек, который чувствовал злость, мог подумать: «Я не могу поверить, что соседская кошка снова издает шум», тогда как сосед, который испугался, мог подумать: «Это может быть кто-то, кто пытается взломать дверь».

После введения связи между мыслями и чувствами терапевт, как правило, переходит к представлению «Дневника мыслей ABC», показанного на рис. 10.1 (см. также раздаточный материал 10.1 в Приложении 2). Здесь терапевт представляет идею активирующего события, эмоциональное состояние, которое сопровождало его, и сопутствующие убеждения. В примере Тима, представленном в следующем разделе, терапевт и клиент изучают реакцию Тима на его беспокойство по поводу предстоящей презентации, которую он должен был сделать на работе. Вместо того, чтобы дидактически излагать связь между мыслями и чувствами (например, «Видите ли вы, как ваши мысли вызывали у вас беспокойство?»),

<b>А – Событие-триггер</b>	<b>В – Убеждения (оценка 0–100%)</b>	<b>С – Последствия (эмоции – оценка 0–100%)</b>
<i>Работа Утром в понедельник на работе думаю о предстоящей презентации</i>	<i>Я плохо подготовлюсь к презентации (90%) – пророческое мышление. Моя компания не выиграет торги, и это будет моя вина (85%) – пророческое мышление, персонализация Я чувствую тревогу, поэтому знаю, что проведу презентацию плохо (90%) – эмоциональные рассуждения</i>	<i>Тревога – 90%</i>

**Рис. 10.1.** Пример дневника мыслей ABC.

полезнее задать вопрос из сократовского диалога, например: «Вы думаете, именно это заставляло вас беспокоиться о презентации?» Здесь терапевт помогает клиенту понять, что именно его мысли в ситуации влияют на его чувства.

На этом этапе также полезно ввести понятие бесполезных стилей мышления, чтобы клиент мог понять конкретные стили мышления, которые он использует чаще всего. Вы можете предоставить список бесполезных стилей мышления (см. раздаточный материал 10.2 в Приложении 2) и попросить клиента подумать, какие из них особенно актуальны для его мышления, обращая внимание на стили, наиболее распространенные в перфекционизме.

## **Распространенные стили мышления в перфекционизме**

Конечно, многие клиницисты будут знакомы с когнитивными отклонениями и ошибками мышления в когнитивной терапии, но как они проявляются в перфекционизме? Определив их, мы можем разработать способы их изменения, чтобы разблокировать порочные когнитивные циклы, которые поддерживают перфекционизм.

Случаи Амиры и Тима дают примеры некоторых распространенных стилей мышления в перфекционизме. Клиенты часто представляют многие стили мышления, которые мы обсудим в этой главе. Поскольку эти предвзятые стили мышления в значительной степени пересекаются, для определенных перфекционистских мыслей весьма обычно подходит более чем к одной категории перфекционистского мышления.

Амира была спортсменкой международного уровня, которая преуспела в своем забеге на 10 км, где она установила рекорд самого быстрого времени для Великобритании. Тем не менее, Амира сообщила, что она никогда не чувствовала себя довольной своим выступлением. Она сказала, что, несмотря на то, что она выиграла гонки, в том числе чемпионат мира, это на самом деле не учитывалось, поскольку это не был олимпийский ре-

корд или медаль. Она постоянно думала: «Я должна стараться изо всех сил, потому что я такая неудачница как спортсмен и человек». Она сообщила, что часто думала о том, как подвела свою семью и своего тренера, не выиграв медали на олимпиаде, и когда ее коллеги-спортсмены хвалили ее за ее достижения (например, ее чемпионат мира), она думала, что они просто пытались быть с ней добрыми, так как знали, что она все еще не достигла своей главной цели – олимпийских рекордов и выступления с золотой медалью. Пока она не попала туда, Амира была непреклонна, что она останется неудачницей.

Тим был успешным инженером, но тратил много часов на проверку своих отчетов, прежде чем отправлять их клиентам, и беспокоился о том, что допустил ошибки в своей переписке с ними. Ему часто казалось, что он терпит неудачу на работе, и очень переживал из-за ошибок. Тим недавно был назначен на руководящую должность в своей компании за отличную работу. Несмотря на регулярные похвалы от своего босса за хорошую работу, Тим постоянно беспокоился о своей эффективности, так как он основывал свою самооценку на том, насколько он успешен в своей карьере.

### ***Избирательное внимание (замечать отрицательное, обесценивать хорошее)***

Одним из наиболее распространенных стилей мышления, с которым вы сталкиваетесь у клиентов с перфекционизмом, является избирательное внимание, когда они обычно замечают негативные аспекты своей работы. Это можно увидеть на примере Тима. Независимо от того, насколько незначительным был воспринятый недостаток (например, одна орфографическая ошибка в электронном письме), он не принимал во внимание положительные аспекты своей работы (он только что получил повышение по службе и похвалу за его отличную работу). Из-за такого стиля мышления Тим часто заключал, что он неудачник, хотя другие с этим не соглашались. Тем не менее, для многих наших клиентов все, что не является идеальным, воспринимается как «провал». Приложение 2 содержит образец раздаточного материала, который можно ис-

пользовать для иллюстрации избирательного внимания клиентов (раздаточный материал 10.3). При обсуждении влияния избирательного внимания также может быть полезным использование аналогии.

«Метафора предубеждения», предложенная в (Padesky, 1990), может быть полезна для иллюстрации влияния избирательного внимания, чтобы помочь клиентам увидеть, что они подтверждают свои негативные основные убеждения о себе, такие как «неудачник», обращаясь к негативной информации. Идея этого метода, изложенная в (Padesky, 1990), состоит в том, чтобы проиллюстрировать клиенту с помощью сократовского диалога и гипотетического примера, что отрицательное базовое убеждение о себе похоже на предубеждение против самого себя. Цель состоит в том, чтобы заставить клиента думать о ком-то, кого он знает, у кого есть предубеждение, с которым он не согласен, например, член семьи, у которого есть предубеждение, основанное на области, такой как раса или пол. Затем терапевт спрашивает клиента, как, по его мнению, человек с предубеждением реагирует на информацию, подтверждающую его убеждения (т.е. когда он слышит новостной сюжет, который соответствует его взглядам, он подтверждает убеждения), и как он реагирует, когда сталкивается с информацией, которая противоречит убеждениям (то есть они сбрасывают со счетов эту информацию). Затем терапевт спрашивает клиента, какой урок он извлечёт из этой дискуссии, что приводит к мысли, что если кто-то твердо в чём-либо убежден, то это влияет на то, как он обрабатывает новую информацию и усиливает предрассудки. Затем терапевт может спросить клиента, как легко было бы изменить предрассудки этого человека, что приводит к мысли о том, что будет трудно изменить его, поскольку новая информация искажается, чтобы подтвердить предубеждение, и тогда терапевт может спросить клиента, что должно было бы произойти, чтобы человек изменил свои предубеждения и обсудил идею о том, что ему может понадобиться кто-то, кто поможет найти доказательства, которые противоречат предубеждениям. Как только это произошло, терапевт может спросить клиента, как этот пример предубеждения относится к его основным убеждениям, и как он может двигаться дальше, начиная смотреть на новую информацию объ-

ективно, а не в своей прежней манере предвзятости при её обработке, например, испытывая предубеждение против самого себя.

Мы также можем увидеть стиль избирательного внимания в случае спортсменки Амиры, которая не придала значения своему национальному рекорду по бегу, потому что это был не олимпийский рекорд. Обычно, исследуя свои цели, клиенты описывают этот «сброс» стандартов, когда они исследуют свои цели, следующим образом: «Это было не так сложно» или «Любой мог бы это сделать». Как правило, даже когда человек осознает, что он достиг цели, он испытывает сильное самообязывающее желание стараться еще больше в следующий раз (например, «Если я могу достичь этой цели, это должно быть довольно легко, поэтому я должен стараться изо всех сил и выступить лучше в следующий раз»). Имеются результаты качественного исследования, доказывающие, что клиенты с перфекционизмом делают именно это и устанавливают себе более высокие стандарты после достижения целей (Egan et al., 2013). Проблема заключается в том, что такое обесценивание успеха и более высокая цель оставляют клиентов в безвыходной ситуации, когда они не чувствуют себя достаточно успешными в своей работе.

Стратегии, которые полезны для того, чтобы бросить вызов этому стилю мышления, включают заполнение записей мыслей, запись дневников позитивных достижений и проведение экспериментов для расширения внимания. Мы расскажем о некоторых из этих методов здесь, но также рассмотрим их более подробно в следующей главе. Также может быть полезно подумать о типах сократовских диалогов, которые определяют и бросают вызов этим особенно выдающимся стилям мышления в перфекционизме. Примеры того, как эти вопросы могут выглядеть на практике, приведены в табл. 10.3.

### ***Двойные стандарты***

Обычно наши клиенты с перфекционизмом придерживаются одного набора жестких и труднодостижимых стандартов, которые они применяют к себе, и более мягкого набора стандартов для других. Например, Тим думал, что это нормально (хотя и не здорово), чтобы другие допускали орфографические ошибки в своих электронных письмах, но для него это абсолютно неприемлемо. Хотя

---

**ТАБЛИЦА 10.3. Примеры сократовских диалогов, чтобы выявить и бросить вызов избирательному вниманию**

---

Определение избирательного внимания

- «Когда вы думаете о своей работе, на чем вы фокусируетесь?»
- «Насколько вы замечаете ошибки в работе? Вы замечаете успехи?»
- «Как вы реагируете на положительные аспекты эффективности?»
- «Как вы себя чувствуете, когда вы достигаете цели или стандарта? Вы удовлетворены? Не удовлетворены? Как долго это продлится?»
- «Обесцениваете ли вы свои цели, когда достигаете их слишком легко, или если кто угодно мог это сделать?»
- «После того, как вы достигаете своих целей, ставите ли вы цели на следующий раз выше, ниже или на том же уровне?»

Вызов избирательному вниманию

- «Каково значение концентрации на своих ошибках и обесценивания влияния успехов на настроение?»
  - «Каково влияние концентрации внимания на недостатках и обесценивании положительных аспектов вашей работы, на то, насколько вы основываете свое чувство собственного достоинства на достижениях?»
  - «Если вы постоянно ставите свои цели выше, даже после того, как преуспели, и обесцениваете свои достижения, говоря «это было не сложно», как вы будете чувствовать себя удовлетворенным своей работой?»
  - «Как вы думаете, какое влияние это оказывает на других людей, когда вы отмахиваетесь от достижения своих целей как от чего-то незначительного?»
  - «Если бы вы постоянно следовали за другом как «прокурор», и указывали на все, что он делал неправильно, и никогда не комментировали то, что ваш друг делал хорошо, как вы думаете, что могло бы случиться с настроением и самооценкой вашего друга? Что же на самом деле нужно сделать прокурору, чтобы ваш друг почувствовал себя успешным?»
- 

Амира подумала, что ее товарищи по команде, которые еще не завоевали олимпийские медали, все еще успешны, для нее было неприемлемо не выиграть ни одной. Двойные стандарты, такие как эти, поддерживают перфекционизм, потому что заставляют кли-

ентов ожидать от себя большего, чем от других людей, что, в свою очередь, ведет к самокритике.

В борьбе с двойными стандартами могут быть полезны записи мыслей. Примером является раздаточный материал 10.4 в Приложении 2, который можно использовать с клиентами для иллюстрации двойных стандартов. Кроме того, вы можете использовать вопросы, чтобы помочь клиенту понять влияние двойных стандартов. Полезные примеры вопросов можно увидеть в табл. 10.4.

Еще один полезный метод, который может работать с двойными стандартами, – попросить клиента провести опрос о стандартах других (подробности о том, как проводить опросы, см. в главе 9). Часто клиенты удивляются, обнаружив, что другие люди также придерживаются более высоких стандартов для других, чем они сами для себя.

---

#### **ТАБЛИЦА 10.4. Примеры сократовских диалогов для выявления и борьбы с двойными стандартами**

---

##### Выявление двойных стандартов

- *«У вас есть один набор правил для себя и другой набор правил для других людей?»*
- *«Правила для себя более жесткие, чем правила для других?»*

##### Борьба с двойными стандартами

- *«Справедливо ли иметь более жесткие правила для себя, которые отличаются от ваших правил для всех остальных?»*
  - *«Как влияет, когда кто-то придерживается набора стандартов для себя, отличного от стандартов, которых он придерживается, для других людей?»*
  - *«Что значит для вас устанавливать себе эти жесткие стандарты, но допускать, что не соответствовать им – нормально для других?»*
  - *«Что бы вы сказали подруге, у которой были более строгие правила для себя, чем для других людей?»*
  - *«Как из этого следует, что вам нужно иметь более жесткие правила для себя, чем для других людей?»*
  - *«Что делает соблюдение двойных стандартов с вашей самооценкой и настроением?»*
-

### **Излишняя генерализация**

Клиенты с перфекционизмом, как правило, чрезмерно делают негативные обобщения из-за одной ошибки или недостатка эффективности и делают вывод, что они являются неудачниками в целом. Чрезмерное обобщение широко распространено, и когда вы просите клиента с перфекционизмом записывать мысли, может возникнуть много примеров чрезмерного обобщения, в котором даже малейшие ошибки или промахи воспринимаются клиентом как абсолютные неудачи. Этот стиль мышления часто сочетается с навешиванием ярлыков и самокритичным мышлением в целом, когда клиенты ругают себя за ошибки (например, «я негодяй», «я неудачник как личность», «я бесполезен», «я ненавижу себя»). Чрезмерная генерализация разрушительна, поскольку ведет клиентов к интенсивным циклам борьбы с самокритикой и постоянно укрепляет идею самооценки, основанной на достижениях.

В приведенных выше случаях мы ясно видим примеры чрезмерного обобщения. Амира видела себя полной неудачницей в том, что не завоевала олимпийскую медаль. Тим пришел к выводу, что он был неудачником из-за небольших ошибок, которые он сделал на работе. Может быть полезным использовать раздаточный материал 10.5 в Приложении 2 при обсуждении чрезмерных обобщений с вашим клиентом. Полезные стратегии для борьбы с чрезмерной генерализацией могут включать дневники мыслей с сократовскими диалогами, чтобы помочь клиентам понять влияние чрезмерной генерализации на их чувство себя и эмоциональное состояние, а также помочь им расширить свое представление о том, чем на самом деле является «неудачник как личность», по сравнению с тем, как они применяют это определение к себе. Вы можете помочь своему клиенту увидеть, что есть много аспектов, которые определяют чью-то ценность. С объективной точки зрения мы можем ясно видеть, что ошибки в написании электронных писем не означают, что Тим потерпел неудачу как личность, и что Амира невероятно успешна, несмотря на то, что не получила золотую олимпийскую медаль. Полезные сократовские диалоги могут быть направлены на то, чтобы попросить клиентов более широко рассмотреть, каково универсальное определение «неудачника как личности» и подходит ли это определение (см. табл. 10.5).



---

**ТАБЛИЦА 10.5. Примеры сократовских диалогов для выявления и борьбы с чрезмерным обобщением**

---

**Выявление чрезмерного обобщения**

- «Что вы думаете о себе как о личности в целом, когда совершаете хотя бы небольшую ошибку?»
- «Что происходит с вашей самооценкой, когда ваша работа не соответствует вашим стандартам?»

**Борьба с чрезмерным обобщением**

- «Как из этого следует, что о чьей-то ценности как личности можно судить по одному случаю недостижения цели или совершения ошибки?»
  - «Каково универсальное определение, в соответствии с которым люди в обществе будут считать кого-то «неудачником»? Как вы сравниваете с этим определением? В чем вы похожи или отличаетесь?»
  - «Что большинство людей считают важным в определении ценности человека?»
  - «Как получается, что небольшая ошибка (например, орфографическая ошибка в электронном письме) может отразиться на общей ценности человека?»
  - «Что означает чрезмерное обобщение из-за одной маленькой ошибки, означающей, что вы неудачник как личность, в отношении своей самооценки и настроения?»
- 

**Утверждения «надо» и «должен»**

Утверждения «надо» также распространены у клиентов с перфекционизмом. Например, Тим всегда говорил себе: «Мне надо избегать ошибок на работе», а Амира думала: «Мне надо было показать лучшее время». Как и в случае стиля мышления сверхгенерализации, клиенты с перфекционизмом могут говорить себе «надо» и «должен» сотни раз в день, используя такие типы утверждений, как кнут, как способ мотивировать себя и защититься от плохой эффективности. Этот стиль – то, что Альберт Эллис назвал «зависимостью от надо», которая, как он утверждал, лежит в основе эмоционального расстройства (Ellis, 1997). В когнитивно-по-

веденческой модели перфекционизма стандарты используются клиентами как жесткие правила. Одним из центральных принципов рационально-эмоциональной поведенческой терапии Эллиса (РЭПТ) было бросить вызов этим настойчивым требованиям, которые клиенты предъявляют к себе, поскольку они имеют такие разрушительные эмоциональные последствия.

Когнитивные методы могут быть полезны для борьбы с утверждениями «надо». Во-первых, раздаточный материал 10.6 в Приложении 2 можно использовать во время сессии, чтобы помочь вам обсудить роль этого стиля мышления в поддержании их перфекционизма. В таком случае может быть полезно, чтобы клиенты выполняли простой мониторинг использования выражений «надо» и «должен». Например, вы можете попросить клиентов вести простой подсчет того, сколько раз они говорят «надо» себе за день. Забавный способ сделать это, который может понравиться некоторым клиентам, – класть монету в банку каждый раз, когда они понимают, что сказали себе «надо», а затем подсчитать, сколько денег они «должны» в конце дня. Клиенты, как правило, получают удовольствие от этого вида упражнений, и может быть полезным подчеркнуть, насколько привычным стал этот стиль давления на себя. Также может быть полезным привести некоторые общие примеры утверждений «надо» в перфекционизме как способ нормализации их общего характера, а также как способ обсуждения влияния таких утверждений на человека. Примеры общих утверждений «надо» можно увидеть в табл. 10.6.

Как обсуждалось на примере других известных стилей мышления, использование некоторых сократовских диалогов, чтобы помочь клиентам обдумать влияние утверждений «надо», может быть полезно для помощи им изменить привычную модель давления на себя. Некоторые примеры типов вопросов, которые можно использовать при вовлечении в когнитивные стратегии с клиентами, можно увидеть в табл. 10.7.

Типы сократовского диалога, показанные в таблице 10.7, могут помочь клиентам подумать о том, чтобы попытаться стать более гибкими в своем мышлении и заменить утверждения «надо» и «должен» менее дихотомическими утверждениями, такими как «я бы предпочел...» или «я хотел бы...». Этот тип вопросов может ино-

**ТАБЛИЦА 10.6. Примеры утверждений «надо» в перфекционизме**

- «Мне надо всегда заставлять себя добиваться»*
- «Мне всегда надо делать вещи тщательно»*
- «Мне надо тратить время только с пользой»*
- «Мне надо всегда быть продуктивным»*
- «Мне надо всегда стремиться стать лучше»*
- «Мне надо выполнять задачи как можно быстрее, чтобы не терять время, даже если я опаздываю»*
- «Мне надо больше работать»*
- «Мне надо делать всё в лучшем виде»*

*Примечание.* Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

**ТАБЛИЦА 10.7. Примеры сократовских диалогов для выявления и борьбы с «надо»-утверждениями в перфекционизме****Определение «надо»-утверждений**

- *«Что вы говорите себе, чтобы действительно начать действовать, когда вы думаете, что нужно что-то сделать?»*
- *«Что приходит вам в голову, когда вы думаете о списке дел, которые вам нужно сделать?»*
- *«Как часто вы говорите себе «надо» и «должен», когда вы думаете обо всем, что вам нужно сделать?»*

**Борьба с «надо»-утверждениями**

- *«Как повторение самому себе «надо» заставляет вас чувствовать? Как это влияет на ваше самосознание?»*
- *«Если бы подруга хотела больше заниматься физическими упражнениями, как бы она себя чувствовала, если бы сказала себе: «Мне надо заниматься 7 дней в неделю»? Что это сделает с ее чувством давления на себя? А теперь подумайте, сказала ли она себе: я хотела бы выполнять упражнения более регулярно, если смогу. Как вы думаете, что из этого заставит ее чувствовать себя более напряженно? Какое утверждение приведет к тому, что она с большей вероятностью будет заниматься физическими упражнениями?»*

гда приводить к обсуждению стратегий, которые рассматриваются далее в главе, касающейся жесткости, правил и экстремальных стандартов. Это также может привести к обсуждению «аналогии с тренером» (см. главу 13) относительно влияния высказываний «надо» на самокритику: какой тренер добьется лучшей эффективности – тот, который постоянно ругает игрока, или тренер, который поощряет? Эти методы могут быть переплетены на разных этапах терапии, как мы обрисовали в общих чертах в главе 6. По сути, мы хотим, чтобы наши клиенты уходили с пониманием того, что говорить себе «надо» постоянно ведет к ухудшению показателей, поскольку они часто будут чувствовать беспокойство и участвовать в самокритике, и, скорее всего, прокрастинировать. Напротив, если они выбирают более умеренный и гибкий подход к тому, чего они хотели бы достичь, то они с большей вероятностью смогут достигать своих целей.

## **Общие стили мышления, которые могут присутствовать в перфекционизме**

Как мы обсуждали ранее, некоторые из основных стилей мышления в перфекционизме включают дихотомическое мышление, избирательное внимание, «надо»-утверждения, чрезмерное обобщение и двойные стандарты. Тем не менее, другие хорошо известные когнитивные искажения могут также иногда присутствовать у клиентов с повышенным перфекционизмом. Рассмотрим снова случай Тима.

Тим недавно вспомнил о необходимости сделать презентацию, чтобы получить работу для своей компании. Он заявил, что очень нервничал перед презентацией, думая, что он не сделает это хорошо. Тим сообщил, что он чувствовал, что потерпел неудачу в разговоре. В начале презентации он немного запутался в своих словах и сказал слишком много «гммм» в течение первых пяти минут. Но в остальной части презентации он чувствовал себя менее обеспокоенным, и все хорошо это восприняли. Даже его босс сказал ему, что он проделал хорошую работу. Тим

чувствовал, что поскольку он споткнулся в начале своей речи, все подумают, что он «неудачник» и «некомпетентный дурак», и что его компания, вероятно, не получит проект из-за него. Он сказал, что, несмотря на то, что все говорили, что он проделал хорошую работу, он знал, что они просто старались быть хорошими. Он мог сказать, что им не понравилась его речь, потому что некоторые люди смотрели в окно, пока он говорил, предполагая, что им скучно. Кроме того, они не задавали столько вопросов о его презентации, сколько когда его коллега представлял аналогичный доклад другой группе клиентов. Тим сказал, что чувствовал себя несчастным после разговора и размышлял об этом всю ночь. Он чувствовал себя «полным неудачником».

### **Драматизация**

Драматизация – это привычный стиль мышления, связанный с вопросом «что если?», который приводит к тому, что клиенты преувеличивают, представляют себе наихудший сценарий и поэтому испытывают беспокойство. Драматизировать последствия неудач – это обычный способ, которым этот стиль мышления проявляется в перфекционизме. В предыдущем примере Тим полагал, что плохая презентация могла бы привести к тому, что его компания потеряла бы контракт с потенциальным клиентом. Может быть полезно задавать стандартные вопросы «со стрелкой вниз», которые часто могут выявить все более и более катастрофические сценарии, которые могут возникнуть у клиента. Пример того, как этот вопрос разворачивался в случае Тима, можно увидеть в табл. 10.8.

Конечно, когда психотерапевт расспросил Тима об этом примере, она обнаружила, что вероятность того, что он потеряет работу, даже если его компания не заключит сделку, невелика. Тим заявил, что потенциальные клиенты часто посещают другие компании и никогда не видели, чтобы кто-то потерял свою работу из-за этого. Однако, несмотря на логическое понимание этого, Тим сказал, что у него были периоды «паники», когда он начинал представлять, что он «может быть первым», потерявшим свою работу из-за низкой эффективности. Обратите внимание, что вопросы, которые задает терапевт, чтобы получить доступ к мыслям Тима о презентации, были направлены не только на устные мысли, но

---

**ТАБЛИЦА 10.8. Использование вопросов «стрела, направленная вниз» для изучения катастрофического мышления**

---

**ТЕРАПЕВТ:** *Что вы представили себе как результат вашей презентации?*

**ТИМ:** *Что моя компания потеряет договор с клиентом.*

**ТЕРАПЕВТ:** *И если бы это произошло, что было бы хуже всего?*

**ТИМ:** *Ну, это было бы очень плохо, так как это многомиллионная сделка, которую мы можем потерять, поэтому я мог бы потерять свою работу, если мы не заключили бы сделку.*

**ТЕРАПЕВТ:** *И если бы это было правдой, как вы думаете, что могло бы быть наихудшим результатом этого?*

**ТИМ:** *Ну, я не смог бы найти другую работу, и тогда мы с семьей оказались бы на улице. Это довольно страшно, думать о таком!*

**ТЕРАПЕВТ:** *Это звучит страшно, и когда вы думаете об этом, у вас в голове есть картинка или образ этих страшных результатов?*

**ТИМ:** *Да, один и тот же, который я вижу все время. Я представляю, что стою на улице в холоде и темноте, и мне некуда идти, а моя жена и дети смотрят на меня. Я чувствую себя неудачником, полностью ответственным за то, что произошло, и полным идиотом.*

---

и на образы. Работа с образами является важным и часто недостаточно используемым компонентом когнитивной терапии (Hackmann et al., 2011; см. главы 13 и 16 для получения дополнительной информации о работе с образами).

### **Эмоциональное мышление**

Клиенты часто основывают свои взгляды на ситуацию на своих чувствах, а не на фактах. Вспомните, что Тим занимался эмоциональными рассуждениями перед своим разговором, думая: «Я чувствую беспокойство, поэтому я знаю, что провалю презентацию». Для работы с этим стилем мышления можно использовать стандартные вопросы тестирования на доказательность, например: «Какие у вас есть доказательства того, что запнувшись на некоторых словах в начале презентации, вы полностью провалите ее?». Также полезно задавать вопросы из сократовских диалогов (например, «Можете ли вы вспомнить каких-либо людей, которых

вы знаете, которые выглядели слегка встревоженными в разговоре, но все же провели презентацию хорошо?»).

### **Ярлыки**

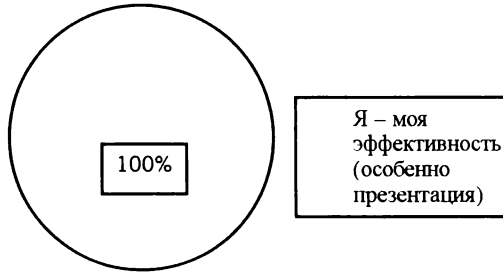
Ярлыки связаны с самокритичным мышлением и распространены у перфекционистов. Это часто происходит, когда клиенты чувствуют, что они не достигли своих стандартов или целей, и включают негативные ярлыки, такие как неудачник, дурак, бездарный, бесполезный и идиот. Мы увидели это, когда Тим назвал себя неудачником после своей презентации. В дополнение к методам когнитивной терапии, обсуждаемым в этой главе, стратегии, направленные на борьбу с самокритикой, описанные в главе 13, могут быть полезны для уменьшения этого распространенного стиля негативного внутреннего разговора. Также полезно задавать вопросы из сократовских диалогов (например, «К чему может привести то, что вы постоянно называете себя неудачником и идиотом?» и «Что значит для вашей самооценки, основанной на достижениях, называть себя неудачником?»). Сократовские диалоги помогают клиенту выявить влияние этого негативного разговора с самим собой на поддержание цикла перфекционизма, постоянно усиливая идею самооценки, основанной на достижениях, и стремление клиента к стандартам, чтобы «наказать себя» за выявленные недостатки и неудачи.

### **Персонализация**

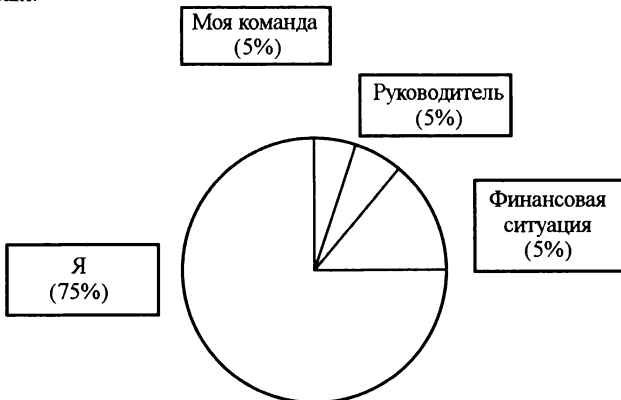
Клиент, который персонализирует, принимает на себя полную ответственность за события и результаты, в которых ответственность фактически распределяется без учета всех факторов, которые влияют на результат. В случае с Тимом он возлагал на себя 100-процентную ответственность в случае если его компания не выиграет сделку. Он не смог осознать, что для успеха требовались командные усилия, что он был всего лишь одним человеком среди семи коллег, которые работали над проектом, и что многие люди внесли свой вклад в окончательное решение, которое было вне его контроля. Также может быть полезно бросить вызов персонализации, составив «круговую диаграмму ответственности», которую терапевты обычно используют в когнитивной терапии при ОКР, следуя работе (Salkovskis, 1999). Эта стратегия подразумевает, что

терапевт должен нарисовать кружок на доске и попросить клиента рассмотреть все потенциальные факторы, ответственные за конкретную ситуацию, за которую клиент взял на себя ответственность. Клиент оценивает степень, в которой каждый фактор ответственен за ситуацию, и терапевт рисует эту часть круговой диаграммы, чтобы отразить степень ответственности. Ответственность клиента откладывается до последнего, после того как все другие факторы были рассмотрены и отображены на графике. Вспоминая предыдущий случай, Тим предположил, что успех его компании полностью зависел от его результатов во время презентации. На рис. 10.2 приведен пример того, как круговая диаграмма

1. Первоначальная оценка Тима, что он был единолично ответственен за провал сделки.



2. Рассмотрение всех факторов, которые влияют на то, выиграет ли компания контракт.



**Рис. 10.2.** Пример круговой диаграммы для борьбы с персонализацией и сверхответственностью в перфекционизме.



ответственности может быть использована для оспаривания этого убеждения. Первая круговая диаграмма отражает чувство Тима, что он полностью ответственен за результат. После того, как терапевт спросил его о других возможных способствующих факторах, он признал, что было множество других факторов, которые также были важны, и он не мог быть на 100% ответственным за результат.

Как показано на рис. 10.2, Тим смог осознать, что на самом деле он не несет за него полной ответственности, когда рассмотрел все факторы, которые могут влиять на результат. Хотя терапевт спросил, действительно ли Тим все еще на 75% ответственен, а его коллеги не несут большей ответственности, Тим был непреклонен в том, что как руководитель группы он, в конечном счете, несет основную ответственность. Терапевту полезно не спорить с клиентом, поскольку это может усилить жесткость в отношении того, что «правильно» или «неправильно», как показано ниже в поле для решения проблем.

### **Решение проблем: Влияние когнитивной ригидности на КПТ перфекционизма.**

В какой-то момент в работе с перфекционизмом вашего клиента сама проблема, с которой он борется в отношении дихотомического мышления и когнитивной гибкости, неизбежно повлияет на саму терапию. Для вас важно не вступать в интеллектуальные дебаты с вашими клиентами относительно того, что является «правильным» или «неправильным» с точки зрения их убеждений, или не разочаровываться, если ваши клиенты испытывают трудности с переходом на более гибкий способ мышления. Для вас может быть полезным напомнить себе, что это именно та проблема, которую ваш клиент представляет для терапии, и работать над тем, что вы можете воспринимать как сопротивление принятию другой точки зрения. Если терапевтическая сессия начинает превращаться в дискуссию, вам следует рассмотреть возможность изменения курса, и вместо рассмотрения доказательств «за» и «против» убеждения исследовать влияние мыслей или мыслительного процесса клиента (см. метакогнитивные стратегии) или разработать поведенческий эксперимент, чтобы проверить осознание того, что клиент испытывает трудности с принятием иной точки зрения.

### **Чтение мыслей**

Эффект чтения мыслей возникает, когда клиенты предполагают, что они могут угадать, что думают окружающие. Тим размышлял над реакцией своих коллег на его презентацию, и он подумал: «Я знаю, они думали, что презентация была плохой и скучной, потому что некоторые из моих коллег смотрели в окно». Типичные методы когнитивной терапии, такие как проверка доказательности и получение перспектив, вероятно, будут здесь полезны. Например, терапевт Тима спросил его, может ли он подумать о каких-либо других факторах, которые могли бы объяснить, почему коллеги смотрели в окно (например, они беспокоились о своей собственной рабочей нагрузке; они думали о проблемах в своей собственной жизни; они думали о том, что собирались делать после работы). Суть в том, чтобы терапевт помог клиентам понять, что это только догадки, когда они полагают, что знают мысли других, и, как правило, это неэффективно. Единственный способ узнать, что на самом деле думают другие, – это спросить их.

### **Пророческое мышление**

Клиенты с перфекционизмом, как правило, формируют негативные прогнозы относительно того, как они будут действовать в отношении соответствия одному из своих стандартов. Это можно увидеть у Тима, у которого был сильный негативный прогноз, что он испортит свою презентацию, а затем еще один негативный прогноз, что его компания не выиграет торги. В дополнение к стандартным методам когнитивной терапии, обсуждаемым в этой главе, важно участвовать в тестировании негативных прогнозов, которые клиенты проводят с помощью поведенческих экспериментов, как описано в следующей главе. Поведенческие эксперименты являются, пожалуй, самым мощным и эффективным способом достижения изменений в мыслях, и есть последние данные, подтверждающие идею о том, что поведенческие эксперименты имеют некоторые преимущества по сравнению с записями мыслей при изменении негативного мышления (McManus et al., 2012). Как показано в главе 12, поведенческие эксперименты, по-видимому, устраняют разрыв между рациональной точкой

зрения клиента относительно ситуации и эмоциями, которые часто приводят его к другой, более негативной точке зрения.

## Дихотомическое мышление и перфекционизм

Дихотомическое («все или ничего») мышление является одним из наиболее важных стилей мышления для поддержания перфекционизма. В своей когнитивно-поведенческой модели клинического перфекционизма Шафран и др. (Shafran et al, 2002) предположили, что дихотомическое мышление играет центральную роль в поддержании перфекционизма: клиенты с перфекционизмом оценивают, соблюдают ли они свои стандарты и правила дихотомическим образом. В предыдущем примере мышление Тима было дихотомическим относительно своей эффективности на публичных выступлениях. Он чувствовал, что из-за того, что он сделал ошибки на раннем этапе, весь разговор был разрушен и полностью провалился. Тим рассматривал свое выступление в стиле «все или ничего». Точно так же у Амиры было правило, что всё меньшее, чем олимпийский рекорд, – это провал; следовательно, она оценивала свою эффективность как спортсмена дихотомическим образом.

Научные данные показали, что дихотомическое мышление является предиктором перфекционизма (Burns, Fedewa, 2005) и, в частности, что оно может объяснить различия между положительными и отрицательными аспектами перфекционизма (Эган и др., 2007). Рассмотрим пример Мэй.

Мэй была студенткой на последнем курсе и готовилась стать учителем. Она всегда была хорошей ученицей и получала награды на протяжении всей учебы. Тем не менее, в течение последнего года Мэй получила самую низкую оценку за всё время обучения в колледже, с трудом пройдя курс. Она рассказала, что в этом семестре у нее было много стресса, так как она только что рассталась со своим давним парнем, и ей также пришлось устроиться на новую работу, чтобы содержать себя. Когда Мэй получила свою оценку, она почувствовала шок и подумала: «я

полная неудачница». У нее был дихотомический набор правил, согласно которому она всегда должна получать высокие оценки, и, поскольку эта оценка была ниже, она чувствовала себя неудачницей. Мэй сказала, что это привело к интенсивной самокритике и работе допоздна в течение всех ее курсов, чтобы добиться лучших оценок, чем обычно. Она заявила, что из-за провала она теперь хочет получать оценку А на каждом занятии, чтобы доказать себе, что она не неудачница.

Дихотомическое мышление играет центральную роль в поддержании перфекционизма. Люди с перфекционизмом обычно оценивают свои правила и стандарты дихотомическим образом. Это приводит к постоянному циклу перфекционизма: человек считает, что не соответствует своим стандартам; это приводит к интенсивной самокритике и мыслям, что в следующий раз нужно приложить больше усилий. Как обсуждалось ранее, даже когда человек делает вывод, что он соответствует стандарту, он не видит в этом «ничего особенного» и устанавливает планку еще выше. Следовательно, дихотомическое мышление поддерживает зависимость самооценки от достижений. Стратегии, которые полезны для уменьшения дихотомического мышления, включают поведенческие эксперименты (описаны в главе 12), а также вызов дихотомическому мышлению через континуум, замену правил руководящими принципами и различные другие когнитивные стратегии, обсуждаемые в следующей главе.

## Глава 11

# КОГНИТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ

В предыдущей главе мы представили дневник мыслей ABC и техники для определения и борьбы с ошибками мышления при перфекционизме. После того как эта основа была заложена, можно перенести фокус внимания на дальнейшую борьбу с бесполезными мыслями, которые поддерживают перфекционизм. В главе 10 мы также рассмотрели ряд когнитивных стратегий, в том числе сократовский диалог и круговые диаграммы, чтобы бросить вызов общепринятым стилям мышления в перфекционизме. В этой главе мы рассмотрим дополнительные методы когнитивной терапии для преодоления когнитивных предубеждений в перфекционизме (таких как дихотомическое мышление), включая метакогнитивные подходы. Раздел о дневниках мыслей является относительно коротким, поскольку это стандартные методы, о которых знает большинство терапевтов, и они подробно описаны в других текстах (например, Бек, 2011).

### **Изучение доказательств и перенос перспективы**

После ознакомления с базовым мысленным дневником ABC вы можете ввести понятие стимулирующего мышления, добавив столбец «диспут» в дневник мыслей. Хотя общие вопросы проверки фактов, такие как на рис. 11.1 (например, «Что сказал бы друг?» или «Есть ли другой способ рассмотреть эту мысль?»), могут иметь место, особенно для клиентов, когда они заполняют днев-

А – Запускающее событие	В – Убеждения (степень 0-100%)	С – Последствия (степень 0-100%)	D – Обсуждение	Е – Оценка результата
<p>Каким было событие, ситуация, мысль, образ или воспоминание?</p>	<p>Что пришло мне в голову? Что это говорит обо мне как о личности? Я использую бесполезные стили мышления?</p>	<p>Что я чувствовал?</p>	<p>Что бы сказал друг? Есть ли другой способ посмотреть на эту мысль?</p>	<p>Что я чувствую сейчас?</p>
<p>Дома в понедельник вечером вернусь в постели, думаю о презентации, которую я делаю днем</p>	<p>Я сказал «гм» много раз и запнулся в начале, поэтому вся презентация была испорчена (40%) (замечал отрицательное, отбрасывал позитивное; дихотомическое мышление)</p> <p>Я облажался с презентацией; я такой неудачник; какой же я идиот (40%) (чрезмерное обобщение, ярлыки)</p> <p>К этому моменту в моей карьере я должен быть в состоянии лучше делать презентации (80%) (должен)</p> <p>Я потеряю работу (60%) (драматизирование)</p> <p>Я знаю, что зрителям было скучно, так как некоторые люди смотрели в окно (80%) (чтение мыслей)</p>	<p>Тревога (40%)</p>	<p>То, что я запнулся на нескольких словах, не означает, что все было разрушено. Я был увереннее после начала. Никто не сказал, что презентация была плохая.</p> <p>То, что кто-то много говорит «гм» в первые 5 минут презентации, не означает, что он неудачник как личность. Я хотел бы не беспокоиться о презентациях, но если я скажу себе, что мне нужно лучше стараться, то это еще больше беспокоит меня. Нет доказательств, что меня уволят. Я не знаю, что им было скучно, они, вероятно, думали о других вещах.</p>	<p>Тревога (45%)</p>

Рис. 11.1. Пример заполненного дневника мыслей.

ники вне сессий, более полезно использование ряда вопросов из сократовских диалогов, основанных на конкретной ситуации, которую обсуждает клиент. Полезно напомнить вам о стилистических аспектах когнитивной терапии, которые, по нашему мнению, ведут к более эффективному изменению убеждений. Мы уже приводили несколько примеров типов сократовских диалогов, которые можно использовать для оспаривания определенных стилей мышления, в предыдущей главе. По нашему опыту, терапевты (особенно начинающие терапевты) иногда испытывают неуверенность относительно типов сократовских диалогов, которые им следует использовать. В то время как обсуждение того, как провести сократовский диалог, выходит за рамки этой главы, эта тема рассматривается в других книгах (например, Kennerley, 2012). Идея состоит в том, чтобы когнитивный терапевт задал вопрос, который, вероятно, поможет клиенту начать думать по-другому о своем убеждении, что поможет ему изменить точку зрения. Пример заполненного мысленного дневника Тима, который мы представили в главе 10, можно увидеть на рис. 11.1 (см. также раздаточный материал 11.1 в Приложении 2).

Если бы терапевт только задавал вопросы для проверки фактов, касающиеся ситуации Тима, создавая некоторые серьезные проблемы с убеждениями Тима, как показано на рис. 11.1, воз-

---

### **ТАБЛИЦА 11.1. Примеры вопросов сократовского диалога для изменения убеждений**

---

- «Как из этого следует, что, запнувшись на нескольких словах в начале вашей презентации, вы провалили её?»
  - «Можете ли вы вспомнить примеры коллег, которыми вы восхищаетесь, но которые говорят «гм» в презентациях? Как вы думаете, они делают хорошие презентации?»
  - «Как общество в целом определяет, что такое «неудачник» как личность? Каким образом высказывание «гм» в презентациях соответствует или не соответствует этому мнению?»
  - «Можете ли вы привести примеры коллег, которые потеряли работу из-за плохих презентаций или незаключенных сделок?»
  - «Какие причины могут быть у людей, которые смотрят в окно во время вашей презентации, кроме вашей мысли, что им, должно быть, скучно?»
-

можно, было некоторое снижение беспокойства, но маловероятно, что этот уровень вызова приведет Тима к «ощущению», что диалог был искренним, и вполне возможно, что перфекционистские убеждения Тима останутся неизменными. Вместо этого терапевту лучше всего задать ряд вопросов из сократовского диалога, например, взятых из табл. 11.1.

## Глубинные убеждения

Наиболее типичные глубинные убеждения (схемы), которых придерживаются клиенты с перфекционизмом, связаны с бесполезностью и некомпетентностью, и они обычно могут легко получить доступ к глубинным представлениям о том, что они «недостаточно хороши». Чтобы добраться до уровня глубинного убеждения, вы можете использовать технику «стрела, направленная вниз». Рассмотрим типы убеждений в примере дневника мыслей на рис. 11.1. В этом примере терапевт задал ряд «связанных» вопросов, чтобы определить ядро, например: «Что было в этом наихудшим?» и «Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?» и «Что это говорит о вас как о личности?», пока терапевт и клиент не пришли к глубинному убеждению «недостаточно хорошо/бесполезно». Чтобы помочь клиенту оспорить эти глубинные убеждения, терапевту может помочь введение практики дневника, аналогично представленному на рис. 11.2 (см. также раздаточный материал 11.2 в Приложении 2).

Чтобы помочь клиенту заполнить дневник, терапевт показывает клиенту, как собирать доказательства, которые не соответствуют его отрицательному убеждению.

Терапевту было полезно помочь Тиму увидеть, что он на самом деле – не просто его достижения на работе (которые действительно были хорошими в любом случае, но он упускал это из виду), и это помогло расширить его представление о себе, включив другие области его жизнь и роли, такие как отец, муж и друг. Этот уровень оспаривания глубинных убеждений также может приятно изменить самооценку, основанную на достижениях, о которой мы расскажем в главе 13.



**Глубинное убеждение:** *я недостаточно хорош, я неудачник.*

**Доказательства, которые показывают, что это неправда:**

1. *Я недавно получил повышение.*
2. *Руководитель регулярно даёт мне позитивную обратную связь.*
3. *У меня любящая семья — моя жена и дети считают, что я достаточно хорош!*
4. *У меня много друзей — они регулярно звонят мне и приглашают на спортивные игры.*

**Полезное новое глубинное убеждение:** *Я достаточно хорош; я — это не только моя работа; я хороший муж, отец и друг.*

**Рис. 11.2.** Дневник глубинных убеждений 1.

Несмотря на то, что может быть полезным иметь полные дневники клиента, такие как тот, что на рис. 11.2 (см. также раздаточный материал 11.2 в Приложении 2), которые ведутся между сессиями, для сбора доказательств новых глубинных убеждений, важно также проверить глубинные убеждения и с помощью поведенческих экспериментов получить более «правдоподобные» изменения в них. То есть клиенты часто сообщают, что когда они изменяют убеждения с помощью дневников мыслей, они могут на «интеллектуальном» уровне понять, что новые убеждения имеют смысл, но не «чувствуют», что они правдоподобны. Поведенческие эксперименты могут помочь соединить интеллектуальное понимание и ощущение, что новое убеждение имеет смысл. Таким образом, поведенческие эксперименты часто более эффективны для изменения глубинных убеждений, чем одни только дневники. Пример глубинного убеждения, которое было у Тима, можно увидеть на рис. 11.3 (см. также раздаточный материал 11.3 в Приложении 2). Терапевт спросил Тима, как, по его мнению, он может знать, истинно ли глубинное убеждение, и вместе они обсудили идею использования поведенческого эксперимента для его проверки.

Проверка глубинных убеждений с помощью поведенческих экспериментов может быть одним из наиболее эффективных спо-

**Глубинное убеждение:** *я недостаточно хорош; я неудачник.*

**Эксперимент:** *Попросить руководителя о честной обратной связи по моей презентации.*

**Прогноз:** *Если я попрошу у моего босса обратной связи, он скажет, что я был очень взволнован, что он разочарован, и что мне нужно попытаться улучшить некоторые навыки публичных выступлений.*

**Результат:** *Мой босс сказал, что это было превосходно, даже когда я прямо спросил его, считает ли он, что я выглядел взволнованным, и слишком много сказал «гм». Он засмеялся и сказал, что вообще не заметил, как я говорю «гм», и что он говорит «гм» гораздо чаще, чем я. Он был удивлен, что меня может беспокоить моя презентация, и сказал, что я известен как один из лучших докладчиков в компании.*

**Полезное новое глубинное убеждение:** *У меня на работе всё в порядке и я достаточно хороший человек; моя работа не равна моей ценности.*

**Рис. 11.3.** Дневник глубинных убеждений 2.

собов изменить глубинные убеждения и выработать более полезные новые убеждения. Поведенческие эксперименты подробно описаны в следующей главе.

## **Специальные методы для борьбы с избирательным вниманием**

В дополнение к стандартным дневникам мыслей можно использовать специальные формы, чтобы помочь клиентам заметить положительные стороны эффективности. Как обсуждалось ранее, когда мы рассматривали влияние избирательного внимания, было бы полезно использовать сократовский диалог в духе «Что, по вашему мнению, могло бы произойти с кем-то, если бы рядом с ним постоянно шел судья, комментируя все, что он делал неправильно, независимо от того, насколько незначительна ошибка, и игнорируя все, в чем он преуспел?» Здесь вы пытаетесь

заставить клиента распознать застревание в привычной манере исследования его собственной эффективности, замечая все негативные аспекты и сводя к минимуму любые успехи. Вы можете использовать аналогию, чтобы проиллюстрировать избирательное внимание, например, спросив клиента, имел ли он когда-либо опыт покупки нового автомобиля, а затем внезапно заметил на дороге еще много автомобилей, которые совпадают с новым. Здесь вы помогаете клиенту понять, что, сосредоточив внимание на чем-то, он с большей вероятностью это заметит. Пример «медведя-лунатика» в следующей главе также можно использовать для иллюстрации эффектов избирательного внимания.

Заполнение определенных дневников (как во время сессии, так и в качестве домашней работы) может помочь клиентам расширить свое внимание в ситуациях, когда оно избирательно, и помочь им увидеть положительные аспекты ситуации, которые они упустили. Клиентам могут помочь мысли о простых способах расширить внимание, например, сосредоточившись на разговоре, который они ведут, или цветах, которые они могут видеть в комнате. Чтобы помочь клиентам расширить свое внимание, можно использовать раздаточный материал 11.4 в Приложении 2. Образец этого раздаточного материала, заполненного Тимом, можно увидеть на рис. 11.4.

Полезно поощрять клиентов практиковать расширение своего внимания вовремя, оно избирательно. Также полезно, если вы приведете примеры избирательного внимания во время сессии, чтобы продемонстрировать клиенту влияние концентрации внимания. Еще одна стратегия, которая может помочь в борьбе с избирательным вниманием, заключается в том, чтобы побудить клиента регистрировать фактические доказательства эффективности в ситуациях, используя раздаточный материал 11.5 в Приложении 2. Это может помочь избавиться от привычки замечать отрицательные аспекты эффективности и игнорировать положительные. Пример этого раздаточного материала, заполненного Тимом, можно увидеть на рис. 11.5.

Многие люди с перфекционизмом считают, что для достижения успеха они не должны совершать ошибок. Они действуют по правилу «Если я ошибаюсь, я неудачник как личность», пример чрезмерной генерализации.

Ситуация	Замечаем негатив (оценка 0-100%)	Пути расширения моего внимания в этой ситуации	Результат
Работа	Тот факт, что я много сказал «гм» в моей презентации, означает, что это был полный провал (40%)	1. Я игнорирую тот факт, что содержание презентации было хорошим, а отзывы от клиента были положительными 2. Я могу сосредоточиться на вопросах и замечать детали вокруг меня (например, какого цвета у всех рубашки?)	Когда я рассматриваю доказательства, презентация была в целом успешной. Сосредоточение на разговоре и цветах расширяет мое внимание.

**Рис. 11.4.** Замечаем негатив и расширяем внимание. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Область	Позитивное доказательство	Отсутствие отрицательных доказательств
Работа	Босс отметил, что я хорошо поработал над моей презентацией	Никто не критиковал презентацию
Воспитание детей	Мои дети рады видеть меня, когда я возвращаюсь с работы	Мои дети никогда не говорили, что ненавидят меня, как говорили дети моего друга Саймона в его адрес.
Социум	Люди подошли ко мне, чтобы поговорить	Никто не сказал, что я выглядел обеспокоенным или что им было скучно

**Рис. 11.5.** Дневник положительных комментариев и отсутствия отрицательных комментариев. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Одной из стратегий для решения этого типа предположений является использование ортогональных континуумов, как описано в (Padesky, 1994). Как и в случае со стандартными континуумами, которые бросают вызов дихотомическому мышлению, как описано в следующем разделе, ортогональные континуумы обеспечивают меру изменений. Техника также является важным инструментом для изменения убеждений. На рис. 11.6 мы иллюстрируем, как этот метод может быть адаптирован для преодоления убеждений, которые обычно возникают при перфекционизме. Сначала вместе с клиентом нарисуйте правильные горизонтальные и вертикальные оси. В случае убеждения «Если я совершаю ошибку, я неудачник как личность», горизонтальная ось имеет «полный провал как личность» на одном конце и «полный успех как личность» на другом конце. Якорь наверху вертикальной оси – это «много ошибок», а внизу – «нет ошибок».

Пример использования ортогональных континуумов показан ниже с Питом, перфекционистом, который очень негативно относился к себе.

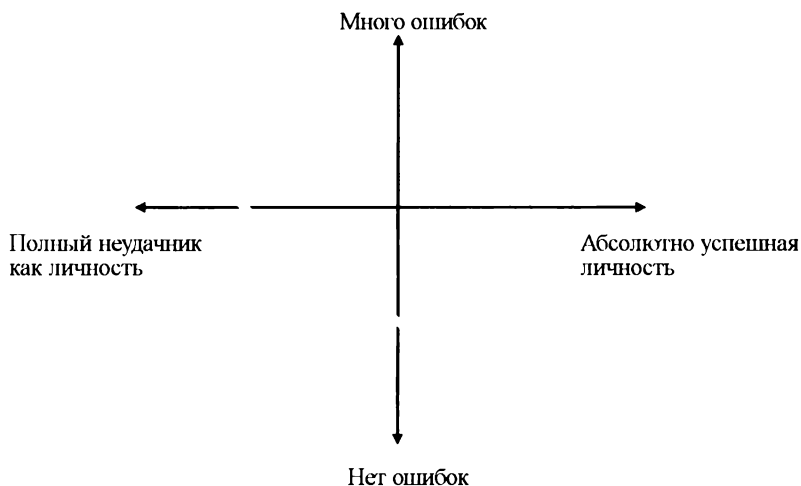


Рис. 11.6. Ортогональный континуум.

ТЕРАПЕВТ: Пит, глядя на сетку, куда бы вы себя поставили?

ПИТ: Ну, я, как личность, полный неудачник, но я не делаю огромное количество ошибок, потому что я постоянно всё проверяю, и я очень осторожен. Думаю, я бы поставил себя на горизонтальную линию ближе к концу, «полный неудачник как личность».

ТЕРАПЕВТ: Хорошо, теперь давайте возьмем кого-то, кого вы считаете очень успешным. Кто бы это мог быть?

ПИТ: Я думаю, что кто-то вроде путешественника и предпринимателя Ричарда Брэнсона. Он абсолютно успешен как личность и никогда не ошибается.

ТЕРАПЕВТ: В самом деле? Как насчет воздушных шаров, которые потерпели крушение, и его пришлось спасать?

ПИТ: О, да. И у него было несколько неудачных предприятий, но он все еще успешен как человек.

ТЕРАПЕВТ: Можете ли вы расположить его на сетке?

ПИТ: Хорошо.

ТЕРАПЕВТ: А где вы поместите президента?

ПИТ: Ну, он сделал много ошибок и, очевидно, успешный человек!

ТЕРАПЕВТ: Разместите его?

ПИТ: Хорошо.

ТЕРАПЕВТ: Знаете ли вы кого-то, кто совершил немного ошибок, и все же вы бы посчитали его неудачником?

ПИТ: Мой друг Джо. Он просто немного... вы знаете... ничего. Ничего плохого, но ничего хорошего. Человек-ничто. Я бы поставил его в нижнем левом квадранте.

ТЕРАПЕВТ: Кто-нибудь, кого вы знаете, совершил много ошибок, и вы можете подумать о нём как о полном неудачнике?

ПИТ: Это должен быть реальный человек?

ТЕРАПЕВТ: Нет.

ПИТ: Тогда ладно. Билли из «Ночей нашей жизни», это мыльная опера на телевидении. Я бы поставил его туда.

ТЕРАПЕВТ: Глядя на сетку сейчас, какие выводы вы можете сделать?

ПИТ: То, что между совершением ошибок и тем, чтобы быть неудачником есть сильная связь, как я и подумал сначала.

ТЕРАПЕВТ: Я согласен. И, думая обо всех этих людях, довольны ли вы тем, куда вы себя ставите, или вы думаете, что хотели бы переместить себя?

ПИТ: Я думаю, что, возможно, мне следует немного подвигнуться - чтобы не быть неудачником как человек только потому, что я делаю некоторые ошибки.

Окончательный график Пита показан на рис. 11.7.

## Континуум для изменения дихотомического мышления

Дихотомическое мышление играет центральную роль в поддержании перфекционизма. Дихотомическое мышление может быть поставлено под сомнение с помощью стандартных дневников мысли, как описано выше, или поведенческих экспериментов (см. главу 12). Однако другой когнитивной техникой для измене-

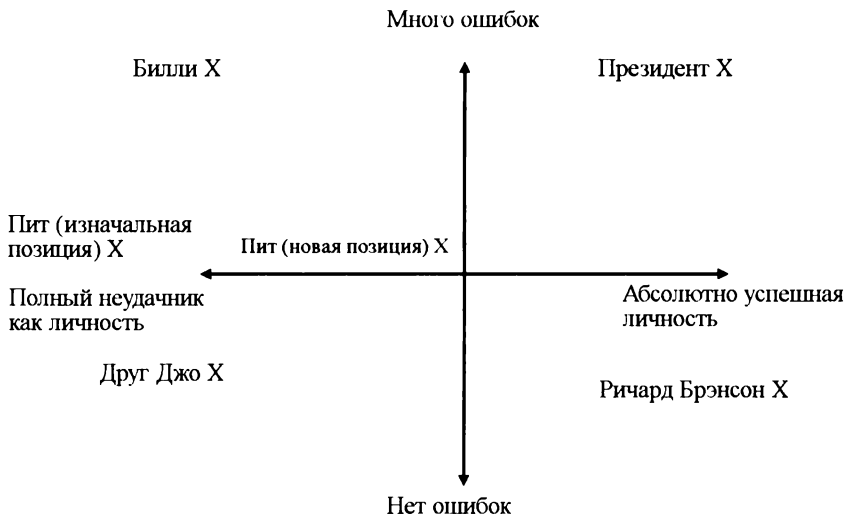


Рис. 11.7. Окончательный полный ортогональный континуум.

ния этого стиля мышления является использование континуума. Идея этого метода заключается в том, чтобы способствовать гибкости мышления, помогая клиентам увидеть, что их результаты редко попадают в категории «все» или «ничего», и что наблюдение за вещами в оттенках серого является более точным и более полезным. Ваша роль состоит в том, чтобы выявить дихотомическое убеждение клиента и помочь ему определить, где на континууме (или непрерывной линии) находится его эффективность (см. также раздаточный материал 11.6 в Приложении 2). В случае с Тимом терапевт использовал континуум, чтобы помочь ему понять, что его выступление с речью не было «полным провалом», как видно на рис. 11.8.

Как показано в этом примере, континуум может помочь клиентам, которые рассматривают свою эффективность дихотомическим способом, развить гибкость. В этом примере Тим смог осознать, что на самом деле он был более успешным на работе, чем неудачником, и что не было примеров, когда он «полностью» потерпел неудачу в своей работе.

## **Методы борьбы с ригидностью мышления**

Как мы обсуждали в главе 7, ключевой вопрос перфекционизма состоит в том, что клиенты устанавливают множество жестких и требовательных правил и стандартов, которым они должны соответствовать. Например, общая цель Тима состояла в том, чтобы преуспеть в работе, и он установил жесткие правила, согласно которым он никогда не должен совершать орфографические ошибки в электронных письмах и никогда не должен путаться в своих словах при проведении презентаций. У Амиры было жесткое правило, что она должна проводить каждую гонку быстрее, чем в прошлом, чтобы достичь своей основной цели – завоевать олимпийское золото.

Полезно обсудить влияние жестких правил с клиентами, используя фразу, придуманную Фэрберном (Fairburn, 2013): «Нарушение правил, изменение принципов». Пример может быть полезен при представлении этой идеи. Вы можете спросить клиента, какое влияние может оказать жесткое правило, такое как «я ни-



1. Определите мысль «всё или ничего»
2. Укажите категории на континууме
3. Подумайте о доказательных примерах на континууме
4. Обдумайте это

### 1. Какая моя мысль отражает «всё или ничего»?

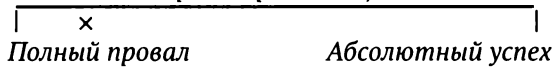
*Презентация была провальной; я полный неудачник в работе.*

### 2. Укажите категории «все или ничего» на континууме.

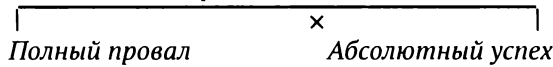


### 3. Примеры доказательств, которые попадают в разные точки континуума в мышлении / поведении:

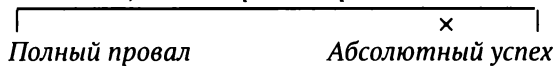
*Запутался в словах во время презентации.*



*Коллега прислала мне письмо с благодарностью за тяжелую работу, которую я вложил в ее проект.*



*Босс недавно сказал, что я хорошо поработал над отчетом.*



### 4. Чему я научился:

*Когда я рассматриваю примеры доказательств, которые находятся в разных точках континуума, в моей эффективности на работе присутствуют оттенки серого. Я не являюсь ни «полным неудачником», ни «абсолютно успешным». Я где-то посередине.*

**Рис. 11.8.** Пример континуума для борьбы с дихотомическим мышлением. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

когда не должен есть шоколад», на вероятность того, что человек действительно будет есть шоколад. Вы можете помочь клиенту осознать, что установление таких жестких правил, скорее всего, будет бесполезным, потому что нарушение правила даже один раз может привести к тому, что люди будут есть больше шоколада, чем если бы у них было более умеренное «руководство» по принципу «у меня есть общий принцип здорового питания, не есть шоколад каждый день, но иногда его можно есть». Полезно изучить с клиентами их правила работы и другие аспекты их жизни. Вы можете попросить клиента сгенерировать все слова «должен» и «надо», которые они говорят себе. Клиенты могут быть удивлены, узнав, что они ожидают соблюдения многочисленных правил в течение дня. Пример того, как это будет выглядеть в случае с Тимом, можно увидеть на рис. 11.9.

После составления такого списка может быть полезно спросить клиента: «Вы когда-нибудь выходили из тюрьмы правил которые вы себе навязываете. Обычно клиент отвечает «нет» и здесь может быть полезно представить идею, что «даже заключенные получают свободное время за хорошее поведение!». Вы должны помочь клиенту понять, что введение таких жестких правил бесполезно и что более полезно подумать о руководящих принципах поведения. На этом этапе полезно подумать о клиенте, участвующем в поведенческих экспериментах, чтобы описать эту гибкость, например, выполняя что-то менее чем идеально (подробности см. в главе 12).

Еще один полезный способ преодоления, дихотомического, жесткого, основанного на правилах мышления – помочь клиенту принять не совсем идеальную работу. Например, вы можете попросить клиента вспомнить плюсы и минусы перфекционизма, уже выявленные в начале терапии, и подумать, действительно ли жизнь по таким жестким правилам и рекомендациям стоит того, что он получает от этого. Вы можете подчеркнуть ценность того, что иногда принимаете возможность не быть полностью довольным своей работой, а также то, что отрицательное влияние жизни по таким жестким правилам иногда хуже, чем частичное удовлетворение тем, как что-то получилось. Благодаря этому обсуждению клиенты могут научиться признавать, что их работа не всегда будет идеальной и что может быть полезно принять работу, которой

<i>Чистить зубы дважды в день</i>	<i>Не допускать орфографических ошибок в электронных письмах</i>	<i>Тренироваться пять раз в неделю</i>
<i>Причесывать волосы перед выходом</i>	<i>Убеждаться, что мои отчеты идеальны</i>	<i>Никогда не пить алкоголь</i>
<i>Убедиться, что рубашка идеально выглажена перед тем, как идти на работу</i>	<i>Отвечать на электронную почту в тот же день, когда она была отправлена</i>	<i>Читать детям сказку на ночь каждый вечер</i>
<i>Смывать туалет после использования</i>	<i>Сортировать рубашки в шкафу по цвету</i>	<i>Звонить маме раз в неделю</i>
<i>Мыть велосипед раз в неделю</i>	<i>Перезванивать в течение 24 часов</i>	<i>Следить за визитными карточками моих клиентов, аккуратно заказывая их</i>
<i>Всегда перезванивать друзьям в течение нескольких часов после их звонка</i>	<i>Делать резервную копию данных на флэшку</i>	<i>Следить за состоянием автомобиля жены</i>
<i>Всегда немедленно отвечать на запросы босса</i>	<i>Работать лучше, чем другие в команде</i>	<i>Не есть жирную пищу</i>
<i>Делать что-то, чтобы повысить мою эффективность на работе каждый день</i>	<i>Никогда не тратить время впустую</i>	<i>Стричь газон раз в неделю, чтобы двор выглядел хорошо</i>
<i>Читать книги, которые будут способствовать моей карьере, и не тратить время на чтение газет</i>	<i>Каждую неделю проверять, что моя машина идеально чистая</i>	<i>Всегда слушать каждое слово, которое говорят мои дети, чтобы быть хорошим папой</i>
<i>Есть пять фруктов или овощей в день</i>	<i>Убирать документы каждый день перед тем, как идти домой</i>	<i>Делать что-то продуктивное каждый день</i>

**Рис. 11.9.** Пример правил эффективности и поведения.

они не совсем довольны, чтобы вести более сбалансированную жизнь в целом. Для дальнейшего обсуждения стратегий, основанных на принятии, см. главу 13.

## **Основанные на осознанности подходы к борьбе с перфекционизмом**

Следуя некоторым из этих идей, основанных на «принятии», с тем чтобы помочь клиентам принять иной взгляд на свои перфекционистские убеждения, мы можем использовать подходы, основанные на осознанности. Обсуждение терапии, основанной на осознанности, выходит за рамки этой главы, и мы отсылаем читателя к одному из многочисленных исчерпывающих текстов по этой теме (например, Segal et al., 2013). Есть также книги самопомощи по осознанности, которые могут оказаться полезными (например, Somov, 2010; Williams et al., 2007). Как минимум, полезно побуждать клиентов отказаться от самокритичных и перфекционистских мыслей (например, «я неудачник», «я недостаточно хорош») и рассматривать их как просто мысли, а не факты (Segal et al., 2013).

Когнитивная терапия, основанная на осознанности (МВСТ; Segal et al., 2013), может помочь клиентам отдалиться от своих мыслей. Вместо того, чтобы увлекаться перфекционистским мышлением, их можно научить делать шаг назад, наблюдать и маркировать свои мысли (например, «у меня возникла мысль, что я недостаточно хорош»). Этот процесс иногда называют «децентрированием». Вы также можете обсудить с клиентами идею противодействия тенденции вовлекать эти мысли, «настраивая их» таким же образом, как можно уменьшить громкость радио. Другие полезные метафоры в литературе по МВСТ включают восприятие перфекционистских мыслей как старого, повторяющегося музыкального DVD и принятие решения не «воспроизводить» DVD или переключать громкость, отступая назад, наблюдая за мыслями, маркируя и отрываясь от них.

# ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ

### Обзор и определение

Сталкивались ли вы когда-нибудь с клиентом, говорящим «да, но» в ответ на когнитивно-поведенческую концептуализацию или при сборе доказательств за и против определенного убеждения? Мы – да! Многие из наших клиентов рационально знают, что ничего страшного не произойдет, если они не будут вести себя каким-то определенным образом, например не занимается проверкой, и они рационально знают, что часы, потраченные на поиск «правильного слова» или «идеальной рождественской открытки», не помогают. Они, вероятно, знают, что прокрастинация и избегание могут быть бесполезными. Они знают, что должны думать по-другому и вести себя по-другому, и это может быть их мотивацией для терапии. Однако, несмотря на рациональное знание того, что они должны пытаться вести себя по-другому, они по-прежнему боятся когнитивных, эмоциональных и поведенческих последствий этого. Они застряли. Поведенческие эксперименты являются одним из самых мощных методов терапии, используемых для устранения разрыва между головами наших клиентов и их сердцами. Они проверяют достоверность отрицательных автоматических мыслей и условных убеждений клиентов контролируемым, сдержанным способом, который управляет риском. Для клиентов с перфекционизмом любая идентификация и когнитивная оценка мыслей или убеждений обычно сопровождается поведенческим экспериментом.

Поведенческие эксперименты всегда занимали видное место в когнитивно-поведенческих интервенциях и впервые были опи-

саны Беком и коллегами в их основополагающем руководстве по когнитивно-поведенческой терапии депрессии (Beck et al., 1979). Их можно определить как «запланированные экспериментальные действия, основанные на экспериментах или наблюдениях, которые проводятся пациентами во время сессий когнитивной терапии или между ними» (Bennett-Levy et al., 2004, p. 8). Поведенческие эксперименты планируются непосредственно на основе концептуализации случая (см. главу 7) и также используются для её проверки. Например, концептуализация может быть основана на том, что у клиента много правил, и когда они нарушаются, клиент реагирует самокритикой, что приводит к снижению настроения. Можно использовать поведенческий эксперимент, чтобы увидеть, что происходит, когда этот клиент нарушает правило с точки зрения самокритики и настроения. Такой эксперимент позволяет воплотить в жизнь концептуализацию случая, помочь с вовлечением, а также проверить правильность убеждений клиента о полезности правил.

Одна из основных целей поведенческих экспериментов состоит в сборе новых лично значимых доказательств для проверки убеждений клиентов относительно личных эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций, а также реакций других. Они также используются для проверки убеждений о том, как устроен мир. Такие убеждения могут быть частью поддержания перфекционизма, и такая информация используется как мощный способ бросить вызов существующим убеждениям. Например, Григ (о котором более подробно говорится ниже в этой главе) полагал, что для успеха необходимо всегда быть «в движении» и жить под девизом «лень – мать всех пороков». Григ никогда не был «ленивым», зато был измотан. Терапия включала серию поведенческих экспериментов, наблюдая «безделье» нравственных людей и последствия некоторого расслабления/покоя для него. Такие последствия влияли на его самооценку и беспокойство, которое, как он думал, будет связано с «праздностью».

С помощью поведенческих экспериментов можно оспорить не только существующие убеждения. Один из самых распространенных мифов о когнитивной терапии заключается в том, что речь идет о «позитивном мышлении». Это не так. Это реалистичное, сбалансированное и гибкое мышление. Роль терапевта состоит в

том, чтобы помочь клиенту узнать, как на самом деле работает мир, и помочь клиенту построить реалистичный взгляд на мир, который выдержит проверку и будущие испытания. Это может оказаться сложным. Может случиться так, что клиенты правы – они очень плохо проводят презентации, заикаются или их румянец очевиден. Если это так, то им нужно знать, что они могут изменить это и приобрести необходимые навыки для того, чтобы стать лучше (если это важно для них). Если, с другой стороны, они считают, что с ними что-то не так, но на самом деле с ними всё хорошо, тогда вмешательство касается изменения веры. Часть когнитивной работы, описанной в предыдущей главе, могла привести к построению новых, более реалистичных представлений о том, как устроен мир, а затем для проверки таких убеждений используются поведенческие эксперименты.

## Ценность поведенческих экспериментов

Мы не одиноки в решительной поддержке ценности поведенческих экспериментов. В своей книге о когнитивной терапии галлюцинаций, голосов и паранойи Чедвик с коллегами (Chadwick et al., 1996) пишут: «Убеждения редко меняются в результате интеллектуального вызова, но это происходит только благодаря вовлечению эмоций и новым способам поведения, которые дают доказательства того, что подтверждает новые убеждения» (р. 37). Для лечения тревожных расстройств Уэллс (Wells, 1997) четко утверждает, что «поведенческие стратегии предлагают наиболее мощные средства для когнитивных изменений в когнитивной терапии» (р. 78). Гринбергер и Падески (Greenberger, Padesky, 2016) в классическом руководстве по когнитивной терапии для решения проблем настроения имеют ту же точку зрения: «Лучший способ повысить правдоподобность ваших альтернативных или сбалансированных мыслей – испытать их в своей повседневной жизни» (р. 117-118).

Вкратце, лучший способ получить (и сохранить) информацию – говорить не через мысли, а через личный опыт. Вам могут сказать, что духовка горячая, но только когда вы в детстве впервые обжигаетесь, вы полностью понимаете значение этого замечания

и больше не подходите к горячей духовке. Вам могут сказать, что вы не утонете, если вы снимите нарукавные повязки и попытаетесь плавать так, как вы это делали, но только в момент попытки это становится ясным. Изучение опыта является, пожалуй, самым мощным методом, помогающим нашим клиентам получить другую точку зрения (Kolb, 1984), и именно поэтому «доказательная ценность» поведенческих экспериментов так высока. В исследовании, проведенном МакМанусом и коллегами из Оксфордского университета (МакМанус и др., 2011), 91 человек принял участие в исследовании, чтобы сравнить эффективность одного сессии с использованием записей мыслей, одного сессии поведенческих экспериментов и контрольной интервенции. Результаты показали, что в то время как записи мыслей и поведенческие эксперименты были результативнее, чем в контрольной группе, при изменении убеждений, беспокойства, поведения и симптомов, глубинное убеждение изменилось раньше и обобщилось на убеждения о других, а также о себе в большей степени с использованием поведенческого эксперимента, чем при записи мыслей. Когда поведенческие эксперименты и записи мыслей используются в сочетании друг с другом, терапевтический результат, вероятно, будет еще лучше.

## **Цели поведенческих экспериментов**

Основные цели поведенческих экспериментов состоят в том, чтобы разработать и проверить концептуализацию, проверить обоснованность бесполезных убеждений, а также собрать и обобщить доказательства для более новых, более реалистичных убеждений (Беннетт-Леви и др., 2004). Клиенты, как правило, понимают эту идею сразу, и обсуждение их личного опыта, позволяющего по-новому взглянуть на ситуацию, может быть полезным. Например, имели ли они когда-либо опыт, в котором они узнали что-то (то есть «собрали новую информацию»), который изменил их мнение о конкретной ситуации или человеке (например, «заслуживал ли доверия друг»? Салковски разработал «аналогию ученика строителя», которую мы адаптировали и часто используем с клиентами (Stott et al., 2010), чтобы проиллюстрировать этот момент.



## Ученик строителя

Шестнадцатилетний Джо собирался начать свой первый день в качестве ученика строителя. Он нервничал и стремился порадовать своих новых начальников. Когда он пришел на работу, строители решили подшутить над ним. Они сказали ему, что у них очень важная работа. Они попросили его поддержать стену, которая только что была построена, – около 10 кирпичей высотой и 2 кирпича шириной. Джо подумал, что это немного странная просьба, но он очень хотел угодить новому начальству, к тому же, ему сказали, что это задание очень важно. Он боялся последствий невыполнения того, о чем его просили. Что делать, если стена упала? Что его боссы подумают о нём, если он спросит у них?

Поэтому Джо держал стену, пока строители хихикали между собой. Около 11:30 утра прохожий спросил его, что он делает. Джо объяснил. Парень засмеялся, сказал ему, что его принимают за идиота, и, конечно, Джо мог отпустить стену, и ничего не случится. Хотя сказанное прохожим имело смысл, Джо просто не мог рисковать. Это был его первый день на работе, и он не мог никого подвести.

К обеду у Джо заболели руки, ему нужно было воспользоваться туалетом, и он был голоден и хотел пить. Его босс, который наслаждался затруднительным положением Джо, сказал ему, что у него все хорошо, он действительно доволен им, и не мог бы он просто продолжать немного дольше? Джо кивнул и ответил: «Конечно». К 4 часам вечера Джо был совершенно несчастен, боялся отпустить стену и больше не мог продолжать.

Затем мы задаем нашим клиентам следующие вопросы:

«Что будет, если Джо отпустит стену?» (Ответ: «Ничего».)

«Как Джо может узнать это для себя?» (Ответ: «Он должен отпустить стену».)

«Почему недостаточно комментария прохожего?» (Ответ: «Он должен выяснить сам».)

«В чем сходство с вашей ситуацией?» (Ответ: «Я должен выяснить, что произойдет, если я отпущу».)

Поведенческие эксперименты могут быть использованы для устранения негативных автоматических мыслей, дисфункциональных предположений или глубинных убеждений. Основой успеха эксперимента является то, что он соответствует стадии вмешательства. Поведенческие эксперименты могут проводиться в ходе сессии, и на самом деле это нужно для того, чтобы дать клиентам опыт и поддержку в проведении одного из них, прежде чем пытаться провести эксперимент самостоятельно. Оптимальным является проведение поведенческих экспериментов, когда вы видите клиентов два раза в неделю, именно такую частоту мы рекомендуем для первых шести сессий. Причиной этого является то, что клиенту может быть сложно проводить эти эксперименты, и знание того, что он увидит терапевта всего через пару дней, может сделать эксперимент более управляемым и менее рискованным, чем если бы следующая сессия была через неделю. Если эксперимент задан в качестве домашней работы, он является первоочередным пунктом повестки дня для обсуждения на следующей сессии. Если вы не можете видеть клиентов два раза в неделю в течение первых трех недель, или если эксперимент проводится в то время, когда ваши сессии проводятся еженедельно, вы можете запланировать короткий телефонный звонок или обмен электронной почтой, чтобы проверить ход его выполнения.

Клиенты могут испытывать беспокойство по поводу поведенческого эксперимента, так как он может быть связан с некоторым предполагаемым риском. Знание этого и сопереживание смелости, необходимой для участия в таких экспериментах, жизненно важно. Также важно, чтобы вы дали клиенту четкое обоснование для эксперимента. Это означает, что вам должно быть ясно его логическое обоснование, и вы можете четко донести его до клиента для проведения полноценного совместного обсуждения. Обсуждение обоснования эксперимента не следует сокращать до последних пяти минут сессии, поскольку оно было в повестке дня. Лучше оставить его на следующую сессию, чтобы вы и клиент были полностью уверены в том, что цель эксперимента состоит в оценке конкретного познания/прогноза, что можно понять с точки зрения концептуализации, и что план эксперимента подходит для такой оценки.

Из приведенной выше аналогии также становится ясно, что для сбора новой информации клиент, как и Джо, должен будет пойти на какой-то риск. Ваша работа как терапевта состоит в том, чтобы гарантировать, что принятый риск является управляемым, и что предполагаемая полезность собранной информации помогает мотивировать клиента на риск при проведении эксперимента.

## **Общие указания**

Верно разработанный поведенческий эксперимент будет зависеть от мысли или убеждения, которое необходимо проверить. Не существует «правильного» поведенческого эксперимента – есть много возможностей, одинаково полезных, чтобы помочь вашим клиентам проверить свои убеждения. Важно, чтобы вы проявляли гибкость в поведенческом эксперименте, были готовы к изменениям и отказу от собственных когнитивных предубеждений. Например, многие терапевты помнят время, когда клиент не проводил поведенческий эксперимент, в отличие от всех клиентов, которые провели его успешно. Некоторые ищут «идеальный» поведенческий эксперимент или жестко придерживаются своих идей, вместо того чтобы быть открытыми для сотрудничества. Знание таких тенденций имеет основополагающее значение для обеспечения гибкости эксперимента и его разработки совместно с клиентом.

Возможно, убеждения, которые легче всего проверить, касаются конкретных наблюдаемых итогов, которые могут возникнуть в результате определенного поведения. Например, клиент может предсказать, что друг откажется, если клиент пригласит его прийти и посмотреть видео. Другой клиент может опасаться, что если задание будет выполнено за десять часов вместо двенадцати, он не справится с ним. Оба эти убеждения могут быть проверены в прямой форме. Если у клиента есть убеждение относительно того, что другие люди могут думать (а не делать) в ответ на его действия, это сложнее проверить и требует операционализации. Пример поведенческого эксперимента можно увидеть из истории Грига.

Григ полагал, что если он будет «бездействовать», то преподаватели будут воспринимать его как «ленивого». Он проверил это в ходе поведенческого эксперимента, в котором он не делал заметок в течение двадцати минут своего двухчасового занятия. Григ предположил, что преподаватель (1) заметит его праздность, (2) будет оскорблен его праздностью, и (3) будет думать о Григе хуже из-за такой наглости. Григ также имел ряд прогнозов о своих собственных эмоциональных и когнитивных реакциях на двадцать минут «безделья». Он думал, что вообще не сможет сосредоточиться на содержании лекции и что он будет плохо думать о себе из-за бездействия в течение двадцати минут. Фундаментальным компонентом поведенческих экспериментов является выявление конкретных прогнозов, поэтому было решено, что Григ сможет установить, заметил ли преподаватель его праздность, и (если он заметил) как он смотрел, только спросив его потом. Было решено, что после лекции Григ подойдет к лектору и извинится за то, что не делал заметок в течение двадцати минут. Если бы лектор сказал: «Я не заметил» или выглядел удивленным, тогда Григ знал бы, что он не заметил. Если Григ пришел к выводу, что преподаватель заметил, то было решено, что тогда Григ скажет, что надеется, что преподаватель не был оскорблен или не думал о том, что он не делает заметок, но Григ пытался сосредоточиться на содержании лекции, слушая внимательнее. Конкретные прогнозы и оценки были также сделаны относительно его собственных реакций на эксперимент.

Общие принципы проектирования и постановки поведенческого эксперимента включают в себя следующее:

1. Убедитесь, что обоснование понятно и вам, и клиенту.
2. Будьте уверены в том, какое убеждение нужно проверить. По возможности старайтесь проверить альтернативное или более полезное убеждение, в котором клиент менее уверен.
3. Убедитесь, что поведенческие эксперименты организованы систематическим образом.
4. Разработайте эксперимент таким образом, чтобы он не включал слишком большой предполагаемый риск для клиен-

- та и чтобы он приносил полезную информацию для проверки убеждения.
5. Разработайте эксперимент совместно и убедитесь, что он находится в центре внимания, а не обсуждается в конце сессии. Подумайте, можно ли упростить (не пытайтесь сделать слишком много за один раз) или изменить эксперимент, чтобы получить больше значимой информации, чтобы помочь изменить убеждение клиента.
  6. Убедитесь, что эксперимент или связанные с ним прогнозы соответствуют SMART-критериям, то есть являются конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и ограниченными во времени. Эксперимент должен дать результаты, которые имеют непосредственное отношение к обоснованности предположения (например, если предположение верно, то X произойдет, но если верна альтернативная точка зрения, то X не произойдет).
  7. Разработайте и персонализируйте материалы, которые потребуются для записи результатов эксперимента.
  8. В идеале проводите поведенческий эксперимент во время сессии, чтобы у клиента был некоторый опыт того, что ему требуется сделать, и понять, как это работает.
  9. Убедитесь, что вы предвидите любые трудности и работайте вместе, чтобы разрешить их. Уточнение того, когда и где будет проводиться эксперимент, может быть полезным для обеспечения его проведения.
  10. Клиенты обычно правы, если они считают, что будут испытывать некоторый дискомфорт и беспокойство, и это следует обсудить в рамках подготовки эксперимента. Тем не менее, крайне необычно, что катастрофический прогноз является точным (например, «Я упаду в обморок»; «Я буду выглядеть дураком»; «Я рухну, и никто не поможет мне»; «Люди отвергнут меня»). Также важно подчеркнуть, что такие эксперименты не могут «пойти не так», потому что результат любого поведенческого эксперимента предоставит ценные данные для обсуждения на следующей сессии. (См. дальнейшее обсуждение далее в этой главе о страхах, что поведенческие эксперименты «пойдут не так».)

11. Сделайте обзор эксперимента своим приоритетом на следующей сессии, который в идеале должен проходить вскоре после его проведения, а не через несколько дней. Попробуйте добавить дополнительную сессию, чтобы обсудить эксперимент, даже по телефону. Подчеркните, насколько вы впечатлены тем, что клиент успешно провел поведенческий эксперимент, рискнул и сделал что-то по-другому. Это должно быть признано значительным и полезным достижением, которое клиент оценит.

Беннетт-Леви и др. (Bennett-Levy et al., 2004) описывают различные типы поведенческих экспериментов, включая опросы, которые мы обсуждаем отдельно (см. главу 9). Эксперименты могут быть наблюдательными (т.е. клиент проводит «проверку гипотез», наблюдая за другими людьми). Редко случается, что мы ограничиваемся только одним окончательным поведенческим экспериментом, так же как редко существует один окончательный когнитивный метод. Вместо этого, скорее всего, вы будете использовать серию и последовательность различных типов экспериментов для сбора информации о том, как работает «Я», другие и мир. Такие эксперименты будут проверять существующие убеждения и помогут генерировать альтернативные перспективы, которые сами могут быть впоследствии проверены. Для клиентов с перфекционизмом нами особенно рекомендуются «контрастные» эксперименты, в которых клиенты сравнивают, как они всегда вели себя (например, тратя много времени на уборку), с новым способом поведения (например, тратят меньше времени на уборку). Может быть чрезвычайно полезным делать одинаковые прогнозы для оригинального и нового способа поведения и противопоставлять опыт выполнения одного и того же поведения (уборки) по-разному. Если между сессиями терапии проходит больше времени, мы также просим клиентов повторить эксперимент. Например, в понедельник и среду они могут делать уборку одним способом, а во вторник и четверг – другим. Затем мы предлагаем, чтобы они рассмотрели результаты эксперимента, чтобы решить, какой способ уборки работает лучше для них и их жизни, принимая во внимание их цели терапии, в пятницу, субботу и воскресенье или до следующего посещения. Обсуждение экспериментов с клиентами заключается в том, что манипулирование

(например, увеличением или уменьшением) поведением, связанным с их перфекционизмом и противопоставлением последствий, является отличным способом сбора личной релевантной, важной информации о том, какой способ поведения работает для них лучше всего. Эта информация дает клиентам реальный выбор того, как они хотели бы жить.

## Особые указания

Мы рекомендуем следующие конкретные шаги для разработки поведенческого эксперимента.

- Шаг 1: Рассмотрите концептуализацию. Совместно определите глубинное убеждение/мысль/поведение/процесс, которое удерживает клиента в порочном круге перфекционизма. Попросите клиента оценить, насколько он поддерживает это убеждение (0-100%).
- Шаг 2: Совместно продумайте идеи для эксперимента по проверке мысли/убеждения/поведения/процесса. Убедитесь, что эксперимент не будет слишком сложным и что он, скорее всего, даст полезную и значимую информацию. Уточните, когда и где будет проводиться эксперимент.
- Шаг 3: Выявите несколько конкретных прогнозов о результатах эксперимента и разработайте метод записи результатов.
- Шаг 4: Прогнозируйте проблемы и проведите мозговой штурм по их решениям.
- Шаг 5: Проведите поведенческий эксперимент.
- Шаг 6: Обсудите эксперимент, включая прогнозы; переоцените глубинное убеждение и сделайте выводы.

В качестве примера ниже описаны шаги другого поведенческого эксперимента Грига.

### **Шаг 1: Рассмотрите концептуализацию.**

**Глубинные убеждения Грига: лень – мать всех пороков. Другими словами, я всегда должен быть занят, ничего не делать – неправильно. Я не могу терпеть бездействия. Рейтинг убеждения: 100%**

**Шаг 2: Совместно продумайте идеи для эксперимента по проверке мысли/убеждения/поведения/процесса.**

«Быть ленивым» означало «не заниматься какой-либо производительной деятельностью». Терапевт предложил Григу расслабиться, посмотреть шоу на телевидении или почитать жёлтую прессу. Презрение Грига к этому предложению было очевидно. Григ предложил расслабиться, читая статью по квантовой физике. Терапевт считал, что это будет «продуктивно» и не подпадает под определение «расслабиться». Было решено, что сидеть в кафе и читать газету, которая рассматривалась как «праздная» и занимавшая всего 20 минут, было тем бездействием, которое, по мнению Грига, он мог вынести.

**Шаг 3: Выявите несколько конкретных прогнозов о результатах эксперимента и разработайте метод записи результатов.**

Григ предсказал, что (1) он будет чувствовать себя крайне неловко, сидя в кафе и читая газету (100%); (2) он чувствовал бы себя так неловко, что через 15 минут ему пришлось бы уйти (60%); (3) он будет считать себя безнравственным из-за бездействия в течение 20 минут (100% уверенность в том, что он сочтет себя безнравственным; уровень безнравственности – 80%, признавая, что он не крал и не причинял вреда другим, что составляло бы 100%).

**Шаг 4: Прогнозируйте проблемы и проведите мозговой штурм по их решениям.**

Григ не мог провести эксперимент в местном кафе, так как не хотел, чтобы местные жители считали его ленивым. С другой стороны, он не был готов путешествовать на большие расстояния, чтобы найти другое кафе, потому что это отняло бы слишком много времени и не принесло бы пользы. Было решено, что он проведет эксперимент в кафе рядом с местом, где проходила сессия, и рассчитывает время так, чтобы оно было незадолго до встречи.

**Шаг 5: Проведите поведенческий эксперимент.**

Григ провел эксперимент. Из-за расписания автобусов он провел в кафе двадцать семь минут, а не согласованные двадцать минут.



**Шаг 6: Обсудите эксперимент и сделайте выводы.**

Во время эксперимента произошло нечто очень необычное, что, по мнению Грига, лишило его смысла. Примерно через десять минут отец с маленьким ребенком спросил Грига, могут ли они сесть за его стол, так как в кафе было людно, и было время обеда. Они завязали разговор, когда отец извинился за различные проступки ребенка. Григ нашел общение приятным, но почувствовал, что это не было надлежащим испытанием, так как он не сидел без дела, а вместо этого болтал и помог убрать на столе. Терапевт сказал, что эксперимент все еще «засчитывается», поскольку такое действительно имеет тенденцию происходить в жизни – даже когда вы «бездействуете», возникают отвлекающие факторы, разговоры и взаимодействия. Григ согласился, и результаты были рассмотрены. Григ сообщил, что он чувствовал себя сначала неудобно (100%), но через пять минут неудобство быстро уменьшилось до 50% и исчезло, когда к нему присоединились отец и маленький ребенок. Он не ушел и, к большому своему удивлению, не счел себя безнравственным, потому что (1) он делал что-то для терапии и (2) кафе было настолько переполнено людьми, что это казалось «нормальным». Он наслаждался этим. Было решено повторить эксперимент снова в кафе ближе к дому, в менее загруженное время. Рейтинг его первоначального убеждения снизился со 100% до 50%.

Эксперимент Грига привел к появлению альтернативного убеждения в том, что «иногда можно бездействовать». Он не очень одобрил это убеждение, когда оно было впервые создано (10%), поэтому был разработан еще один эксперимент, в котором он проверил это более позитивное альтернативное убеждение, позволив себе иметь 10–20 минут бездействия в день или 2 часа «безделья» в неделю. Он выяснил, что это было менее 2% его дня (при условии, что он не спал в течение 14 часов в день), в общей сложности 840 минут, и это было допустимо. В конце этого эксперимента, его поддержка альтернативного убеждения в том, что «иногда можно бездействовать», составила 95%.

## **Листы записи поведенческих экспериментов**

Возможно, будет удобно использовать лист записи поведенческого эксперимента, такой как раздаточный материал 12.1 в Приложении 2. Запись Грига показана ниже на рис. 12.1 на основе оригинального эксперимента Грига в кафе, описанного ранее. Альтернативный лист записи поведенческого эксперимента также представлен на рис. 12.2, где прогноз определяется до эксперимента. Этот альтернативный лист записи может быть полезным упрощенным листом для использования клиентами.

## **Сравнение экспозиции и поведенческих экспериментов**

Поведенческие эксперименты обычно включают в себя экспозицию к триггерам и ситуациям, вызывающим опасения, но они не идентичны экспозиции. Различия показаны в табл. 12.1.

Клиенты редко спрашивают о разнице между экспозицией и поведенческими экспериментами, но терапевты часто путаются. Эти понятия концептуально и практически разные. Экспозиция оценивается систематически, и хотя поведенческие эксперименты – нет, ни один компетентный терапевт не предложил бы провести эксперимент, который слишком сложно реализовать. С клиентами, которые чувствительны к предполагаемым неудачам, прокрастинации и избеганию, очень важно, чтобы эксперимент был согласован совместно и был управляемым.

## **Опасения клиентов по поводу поведенческих экспериментов**

Если бы кто-то попросил вас рискнуть своей жизнью или жизнью близкого человека, вы бы не хотели и боялись это делать. Для многих наших клиентов это то, что терапевт просит их сделать. Клиенты с перфекционизмом боятся неудачи, потому что она очень важна и значима для них. Когда терапевт предлагает про-

**Убеждение для проверки (степень уверенности (0-100%): я не смогу вынести безделье (100%).**

**Есть ли альтернативное убеждение? (Степень уверенности 0-100%, если применимо):**

*Возможно, мне не понравится ничего не делать, но я это перенесу (0%).*

**Эксперимент, который проверит убеждение (подробно напишите, что вы будете делать, в том числе когда, где и как).**

*Пойти в кафе и отдохнуть 20 минут (то есть почитать газету и что-нибудь выпить).*

**Приведите точный прогноз (укажите поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций). Буду чувствовать себя на 100% неловко (я в этом уверен на 100%).**

*Я уйду (60%), потому что мне будет очень некомфортно. Я буду считать себя безнравственным (100%) – уровень безнравственности 80%.*

**Какие проблемы могут возникнуть, и как вы их преодолеете? Я могу попытаться дать задний ход. Я скажу себе, что я отдыхаю по уважительной причине и что мне действительно нужно попытаться измениться.**

**Эксперимент – что вы сделали в итоге?**

*Я провёл эксперимент, как мы договорились, и пошел в кафе с газетой.*

**Результат – что произошло?**

*Провел эксперимент, но Питер и Флинн подсели за мой стол через 10 минут, что на самом деле улучшило его, но я не уверен, что это считается.*

**Переоцените сделанные прогнозы. Какой вы можете сделать вывод?**

*Я был прав – мне было на 100% неуютно, но довольно быстро (на 50%) стало немного легче и все было хорошо, когда присоединились Питер и Флинн. Я не чувствовал себя совершенно безнравственным – кафе было полностью заполнено, и это заставило меня чувствовать себя нормально на этот раз.*

**Переоцените убеждение, которое вы проверяли, и альтернативное (если оно у вас было). Я не смогу терпеть бездействие (75%).**

**Рефлексия (включая планы на любые последующие эксперименты). Я не уверен, что это считается, потому что я не уверен, что я действительно бездействовал. Это было не так плохо, как я думал, и я странно горжусь собой за то, что делаю то же, что делают другие. Питер и Флинн сделали это время действительно интересным, но возможно это означает, что я провёл эксперимент неправильно. Я думаю, что я должен сделать это снова.**

**Пересмотренное убеждение/поведение. Ходить в кафе, читать газету и болтать ни о чём, иногда, наверное, нормально. Я не чувствовал себя так плохо, как очень долго думал раньше, я не ушел, и я чувствую себя нормально. Я верю в это на 50%.**

**Рис. 12.1.** Пример заполненного листа записи поведенческого эксперимента для опыта Грига по бездействию.

Ситуация	Прогнозы	Эксперимент	Результат	Чему я научился
	<p>Что я думаю, что произойдёт.            Насколько я верю, что будет так, 0-100%.            Что будет с моей тревогой?            Насколько я уверен в этом, 0-100%.</p>	<p>Что я могу сделать, чтобы проверить свои страхи.            Как я могу понять, что происходит с моей тревогой?</p>	<p>Что произошло?            Мои прогнозы оправдались?</p>	<p>Что я вынес из эксперимента?            Насколько я уверен, что мои начальные прогнозы оправдаются в будущем, 0-100%?            Как я могу проверить это в дальнейшем?</p>

**Рис. 12.2.** Альтернативный лист записи поведенческих экспериментов.

**ТАБЛИЦА 12.1. Сравнение поведенческих экспериментов и экспозиции**

	Поведенческий эксперимент	Экспозиция
Основная цель	Проверка убеждений	Снижение тревоги
Частота	Обычно однажды	Обычно повторяется
Систематически оценивается?	Нет	Да
Длительность	Обычно короткий	Обычно продолжительное
Тревога	Не обязательно возникает	Возникает
Можно выйти из ситуации при появлении тревоги?	Обычно всегда	Многие терапевты считают, что клиенты должны оставаться в ситуации, чтобы экспозиция была эффективной
Нужно сосредоточиться на тревоге?	Нет	Считается полезным

вести эксперимент, который может привести к провалу задачи (и как следствие к провалу как личности), это может вызвать у клиента огромное беспокойство. Для клиентов, которые считают правильным и моральным стремиться к совершенству, угроза таких экспериментов заключается в том, что клиент может в результате оказаться безнравственным, неряшливым, посредственным или «плохим». Каждый клиент индивидуален, поэтому проблемы будут разными. Для вас важно потратить значительное количество времени на то, чтобы выявить эти проблемы, сопереживать им и найти эксперимент, который будет полезен при проверке убеждений, но также и управляем для клиента. Выполнение первого поведенческого эксперимента во время сессии помогает решить не-

которые проблемы. При рассмотрении результатов эксперимента важно не только оценить влияние эксперимента на обоснованность убеждений, но и проанализировать озабоченность клиента процессом проведения таких экспериментов.

## **Тревоги терапевтов относительно поведенческих экспериментов**

Терапевты испытывают ряд опасений по поводу поведенческих экспериментов, и, как правило, они связаны с беспокойством о том, что эксперименты каким-то образом «идут не так». Терапевты в основном обеспокоены тем, что прогнозы клиента будут верны. В случае с Григом терапевт может беспокоиться о том, что Григ не может терпеть безделья, что оно ему настолько отвратительно, что он уйдет и посчитает себя совершенно безнравственным. Хотя это не помогло бы сформировать альтернативное убеждение по сравнению с первоначальным, оно показывает, что оценка Грига ситуации точна и реалистична. Что тогда? Ответ заключается в том, что это важная информация, которую должен знать терапевт, и ее необходимо вводить в концептуализацию. Если Григ не может терпеть безделья, то терапевт, возможно, пожелает помочь ему сосредоточиться на том, что для него значит безделье, и помочь ему выстроить терпимость к безделью. Это может означать, что эксперимент был «слишком сильным, слишком скорым», и необходимо вернуться на шаг назад, чтобы лучше понять происхождение этих убеждений и факторы, которые их поддерживают, прежде чем приступить к изменениям на этом конкретном этапе терапии.

Важной частью терапии перфекционизма является принятие (см. главу 11). Для своей самооценки клиентам рекомендуется принять реальность их стандартов и затраты на стремление к достижению целей. Терапевты могут также запросить некоторого согласия в отношении сессии терапии. Вы не будете разрабатывать идеальный поведенческий эксперимент, и это может быть случай, когда результаты эксперимента не соответствуют вашей концептуализации или тому, что вы считаете наиболее терапевтичным. Однако в науке наиболее важными являются неожидан-

ные и непредсказуемые результаты, и то же самое относится и к терапии. Знание того, как устроен мир для ваших клиентов, – это единственный способ понять, где и когда внести изменения, необходимые для улучшения качества их жизни и оказания им помощи в достижении их целей. Наиболее важной характеристикой терапевта в постановке поведенческих экспериментов является не всеведение (знание результата), а наличие сильного любопытства, чтобы увидеть, что произойдет и какую информацию это даст о том, как клиент может наилучшим образом взаимодействовать с миром.

Терапевты часто настороженно относятся к поведенческим экспериментам, которые вовлекают реакции других людей. Они кажутся менее контролируемыми и следовательно «более рискованными». Поскольку мы живем в социальном мире, где реакции других людей могут влиять на стандарты, которые клиенты устанавливают для себя, а также на их реакцию на предполагаемую неудачу и ее влияние на самооценку, поведенческие эксперименты, несомненно, должны будут иногда вовлекать других. Важно понять, как вы будете получать информацию о том, что думают окружающие (например, наблюдая за их реакциями или поднимаясь и спрашивая их, как это было в случае с инструктором курса Грига). Если эксперимент «идет не так», и человек, которого ваш клиент попросил посмотреть телевизор, отказался от приглашения, это важная информация, которую нужно получить и обдумать. Был ли ваш клиент опустошен, как он и предсказывал? Как ваш клиент, по крайней мере, сделал первый шаг и спросил кого-то? Если все это было ужасно, и клиент сожалел о том, что когда-либо сделал этот шаг, то это важно знать, учитывая, как ваш клиент хочет жить в будущем. Никакая информация не является «плохой» или «неправильной». Ваши гипотезы о сохранении факторов и ваши прогнозы могут быть «неправильными», но они все равно будут содержать важную информацию, которая поможет вашим клиентам на пути к выздоровлению.

Обобщая вышесказанное, очевидно, важно быть разумным при разработке и проведении поведенческих экспериментов. Не имеет смысла просить кого-то с заболеванием сердца выполнять напряженные упражнения, чтобы «увидеть, что происходит», или

проверять веру в то, что такие упражнения приведут к сердечному приступу (если, конечно, у вас нет особого медицинского опыта в этой области). Не имеет смысла просить элитных спортсменов вносить изменения в свои тренировки без необходимого опыта. Эксперименты должны проводиться в вашей области знаний и должны быть направлены на содействие изменению убеждений и поведения.

### **Устранение сложностей с поведенческими экспериментами**

Может показаться заманчивым организовать поведенческий эксперимент, включающий «совершение ошибки», на раннем этапе терапии. Клиенты могут полагать, что ошибка приведет к ужасным последствиям, таким как неспособность справиться и сосредоточиться. Хотя вы можете захотеть проверить это убеждение на ранней стадии терапии, заставив клиента нарочно совершить ошибку (например, написать открытку с орфографической ошибкой), мы рекомендуем отложить это до поздней стадии терапии и убедиться, что эти эксперименты проводятся в соответствующем контексте. Клиенты, которые посвятили большую часть своей жизни тому, чтобы не допустить таких ошибок, и чья самооценка зависит от точности и безошибочности, могут негативно отреагировать на такой эксперимент, например, «Зачем нужно специально допускать ошибку?», «Какой смысл такого эксперимента?», «В любом случае, преднамеренная ошибка не является настоящей ошибкой, потому что она не влияет на меня». Аналогичная реакция может возникнуть из-за предложения экспериментов, в которых клиенты что-то делают плохо – цель должна быть ясной, а время – тщательно продумано. Такие эксперименты лучше всего проводить в сочетании с познавательной работой и методами коррективки самооценки, а не изолированно.

Хотя эксперименты не могут «пойти не так», стоит подумать, как максимизировать их влияние и устранить любые трудности. Наиболее распространенная проблема заключается в том, что терапевт и клиент недооценивают величину предполагаемого риска, который принимает клиент, и когда это происходит,



клиент не может участвовать в эксперименте. Стоит подчеркнуть, что это не «сбой» со стороны вашего клиента, а источник информации о предполагаемом уровне риска и значении для него. Использование этой информации для разработки более приемлемого, реалистичного поведенческого эксперимента – вот что должно последовать, и если это можно сделать немедленно, когда есть поддержка терапевта, то это лучший выход. Преимущество в лечении перфекционизма заключается в том, что «ошибка» в терапии (то есть недооценка воспринимаемой сложности эксперимента) особенно полезна в терапевтическом плане. Вместо того чтобы заниматься самобичеванием из-за эксперимента, который был слишком сложным, вы вместе размышляете об эксперименте, выдвигаете гипотезу о том, почему он был сложным, и приходите к более реалистичному варианту, который можно было бы реализовать. И, возможно, было бы даже лучше, если бы это было сделано вместе во время сессии!

### **Как поведенческие эксперименты связаны с вовлеченностью, концептуализацией и когнитивными проблемами**

Наиболее компетентная терапия, которую мы наблюдали у других, это когда почти непохоже, что какая-либо терапия вообще происходит. Есть повестка дня, цели и применяемые методы терапии, но сессия больше похожа на разговор. Всё происходит естественно. Поведенческие эксперименты не следует рассматривать как «технику», которая используется независимо от других вопросов, таких как участие, альянс, разработка концептуализации или использование записей мыслей. Это инструмент, который можно увидеть, чтобы иметь все эти аспекты. Когда вы разрабатываете поведенческий эксперимент и обсуждаете преимущества его проведения, вполне вероятно, что разговор будет включать обсуждение наилучших способов, которые станут началом изменения поведения. Внесение таких изменений способствует терапевтиче-

скому альянсу и, безусловно, концептуализации. Когнитивные искажения, которые, возможно, не были очевидны в словесной дискуссии, могут проявиться при проведении такого эксперимента. Интеграция поведенческих экспериментов плавно повлияет на все аспекты терапии.

## **Ваш собственный эксперимент**

Было бы лицемерно написать первую половину этой главы, превознося достоинства обучения, а затем продолжить, не прося вас провести эксперимент. Вы можете верить тому, что только что прочитали, и даже можете вспомнить это (что было бы хорошо). Но есть только один способ действительно консолидировать обучение. Это проведение своего собственного эксперимента.

Либо во время супервизии, либо самостоятельно, подумайте о поведенческом эксперименте, чтобы проверить свои убеждения о себе, других или о мире. Если бы нашлось убеждение в области стандартов, самооценки, правил, самокритики или других аспектов, связанных с перфекционизмом, это было бы еще лучше. Если вы сейчас проводите эксперимент, используя лист записи, представленный ранее, мы предполагаем, что это действительно поможет консолидировать информацию этой главы. Очевидно, что это не связано с концептуализацией, и вы не принимаете терапию, но тем не менее она позволит вам сопоставить теорию с практикой и ознакомиться с протоколом, который вы будете использовать со своими клиентами. Когда мы проводим семинары о том, как проходит КПТ перфекционизма, участники часто пытаются провести свои собственные поведенческие эксперименты, нарочно делая ошибку во время обеденного перерыва. Например, психотерапевт, имеющий высокие стандарты в отношении своей внешности, пойдет в ванную и снимет часть своей косметики перед тем, как присоединиться к обеду, или тот, у кого высокие стандарты в отношении его социального поведения, намеренно запнётся на паре слов при разговоре с коллегой.

## Конкретные эксперименты

Как ясно из главы 7, люди с перфекционизмом вовлечены в различное поведение, связанное с эффективностью, чтобы предотвратить ошибки и предполагаемые неудачи, а также реагируют на предполагаемое несоответствие стандартам контрпродуктивным поведением. Поведение, связанное с производительностью, и контрпродуктивное поведение часто одинаковы для конкретного клиента. Хотя нет двух одинаковых клиентов, типичное поведение включает в себя попытку найти «правильное слово», многократную проверку работы, составление нескольких списков, избегание, прокрастинацию и слишком много действий «на всякий случай», когда что-то необходимо. Конкретные эксперименты, связанные с этим поведением, описаны ниже, каждый со связанным примером и заполненным рабочим листом. Некоторые приходят непосредственно из экспериментов, описанных в психологическом исследовании, а другие были разработаны в процессе нашей клинической практики. Как исследовательская литература, так и клиническая практика являются полезными источниками вдохновения при разработке таких экспериментов.

### *Повторяющиеся проверки*

Лечение компульсивных проверок при ОКР было продвинуто когнитивной теорией проверки (Рэчман, 2002), и надежные экспериментальные результаты независимых исследовательских групп показали, что повторная проверка в соответствующей области снижает доверие к памяти. В лечении это проще всего описать как «проверка вызывает недоверие к памяти» (дополнительную информацию см. в (Radomsky et al., 2010), включая видеоиллюстрацию поведенческого эксперимента при доступе к статье в интернете). Нет оснований ожидать, что повторная проверка продуктивности или контрпродуктивная проверка в ответ на предполагаемую неудачу в перфекционизме отличается от компульсивной проверки, которая характеризует ОКР и другие расстройства.

Возможно, вы захотите описать эти результаты исследований при предоставлении психообразования в начале терапии, или, может быть, лучше предоставить этот конкретный фрагмент пси-

хообразования (или, по крайней мере, вернуться к нему), когда вы обсуждаете обоснование поведенческого эксперимента, чтобы помочь уменьшить проверяющее поведение.

Многие клиенты скептически относятся к этой информации. Причина, по которой люди делают проверки, заключается в том, что это помогает им улучшить свою производительность и уменьшить беспокойство и тревогу по поводу своей работы в следующий раз. Такой скептицизм очень приветствуется, поскольку это благодатная почва для поведенческого эксперимента. Типичный эксперимент по устранению этого скептицизма заключается в сопоставлении экспозиции к многократной проверке чего-либо весьма значимого (как обычно делают клиенты) в конкретном случае с экспозицией к однократной проверке. Клиенты часто считают, что при повторной проверке они будут достаточно уверены в том, что не допустили ошибки, они будут испытывать лишь умеренную тревогу в течение короткого времени, и их беспокойство не будет чрезмерным в течение дня, а значит, не будет мешать выполнению важных задач, которые требуют полной концентрации. Клиенты прогнозируют, что, если бы они только один раз проверили свою производительность, они бы сильно сомневались в том, была ли допущена ошибка, и что результат, безусловно, будет считаться неоптимальным с точки зрения качества, а они будут чувствовать сильную тревогу и беспокойство сразу и долгое время после выполнения задачи.

Мы количественно оцениваем их прогнозы, используя шкалу 0–100 для степени тяжести/интенсивности и определяя продолжительность прогнозируемой тревоги. В соответствии с общими принципами, описанными ранее, мы хотели бы попросить клиентов провести этот эксперимент дважды, чтобы у них было больше данных, из которых можно сделать выводы. В зависимости от клиента, мы предлагаем, чтобы терапевты дали клиентам выбор относительно того, хотят ли они сделать проверку один раз или же они предпочитают делать это до следующей сессии. Было бы важно знать, находят ли клиенты, что повторная проверка не влияет на их память и не вызывает беспокойства, и намного ли это лучше, чем однократная проверка. Однако, если они обнаружат (как это почти всегда бывает), что проверка увеличивает неопре-

деленность и беспокойство, то они, скорее всего, выберут вариант с однократной проверкой. Когда мы рассматриваем эксперимент, мы обсуждаем количество времени, которое клиент получит, проверив один раз, а также другие очевидные преимущества, такие как повышение уверенности в памяти и уменьшение беспокойства. Мы договариваемся о приятной деятельности, которую клиент может выполнять в это новое время. Пример можно увидеть в случае Йоахима.

Йоахиму было тридцать два года, он работал консультантом по менеджменту в Нью-Йорке на хорошо оплачиваемой, но слишком ответственной работе. Он полагал, что он достиг своего положения благодаря упорному труду и преданности делу, а также некоторой естественной способности. По природе он был конкурентоспособным, решительным и амбициозным человеком. Он пришел на терапию в состоянии сильного стресса, так как ему дали оценку 4 из 5 в обзоре его результатов. Такой рейтинг повлиял на его зарплату, но это не беспокоило. Йоахиму сказали, что причиной, по которой его не оценили на 5 из 5 (как и во всех предыдущих обзорах), было то, что его коллеги, из-за невозможности соответствовать его нереально высоким стандартам, отметили, что он «медлительный», чрезмерно привередливый и чрезмерно критичный. Йоахим сказал психотерапевту, что сначала он был возмущен этими комментариями, которые, по его мнению, были чрезвычайно несправедливыми, но после некоторых размышлений он увидел, что в этом есть смысл. Он хотел получить 5 из 5 в своем следующем обзоре и поэтому пришел на терапию, чтобы посмотреть, сможет ли он уменьшить свою тревогу о деталях и совершенстве.

В ходе терапии выяснилось, что Йоахим не только проверял свои электронные письма, чтобы убедиться, что они не содержат ошибок, но также попросил своих подчиненных пересылать ему важные электронные письма, которые они собирались отправить клиентам, чтобы гарантировать отсутствие ошибок. У него также была непопулярная привычка исправлять опечатки в электронных письмах других людей и возвращать их отправителю. Он знал, что это непопулярно, но он также описал необхо-

димось сделать это, чтобы исправить ситуацию, и сказал, что весь трафик электронной почты, проходящий через его учетную запись, был «чистым». Проверка своих и чужих электронных писем занимала много времени, и Йоахим часто делал это дома поздно ночью. Он сказал, что это может занять у него до часа, поскольку он проверял и перепроверял одно и то же электронное письмо более одного раза, чтобы быть абсолютно уверенным, что ошибок нет. Йоахим считал, что, если он этого не сделает, он не сможет заснуть, наверняка найдётся ошибка, и это обеспокоит его. Он согласился на поведенческий эксперимент, используя электронную почту, которую терапевт отправит ему. В одном случае он согласился проверить его на наличие ошибок только один раз (терапевт пообещал, что их будет несколько специально), а в другом случае он согласился проверить это несколько раз. Он предсказал, что пропустит ошибки, если проверит хотя бы один раз, он будет очень взволнован и захочет проверить снова. Он думал, что выполнит задачу лучше, если сможет проверить многократно, и что он будет менее взволнован, с очень небольшим желанием повторить это. Как вы можете видеть из отчета о поведенческом эксперименте ниже, реальность состояла в том, что, когда Йоахим делал проверки многократно, он был менее уверен, что всё сделано должным образом, и более встревожен, чем когда проверил один раз и пошел прямо в кровать, где, к своему великому удивлению, сразу же уснул. Размышляя об этом эксперименте, Йоахим согласился с тем, что повторная проверка не помогла его работе – он исправил электронную почту, когда проверил один раз, так же, как при многократной проверке, – и что это беспокоило, отнимало много времени и задерживало его. Он согласился повторить эксперимент, используя электронные письма с работы в качестве последующего домашнего задания. Отчетный лист Йоахима показан на рис. 12.3 вместе с примерами, которые проверяют убеждения о многозадачности и составлении списков. Не стесняйтесь делать каждый лист записи немного отличающимся, чтобы персонализировать его для клиента; такая адаптация рекомендуется при условии, что основные принципы шагов остаются прежними. Гибкость – как для терапевта, так и для клиентов!

**Убеждение для проверки (степень уверенности (0–100%):**

*Мне нужно проверить снова и снова, чтобы убедиться, что я не пропустил ни одной ошибки и чтобы я мог спать по ночам (уверенность: 98%).*

**Есть ли альтернативное убеждение? (Степень уверенности 0-100%, если применимо):**

*Я предпочитаю проверять, но я бы в итоге заснул, если бы не сделал этого (уверенность: 2%).*

**Эксперимент, который проверит убеждение (подробно напишите, что вы будете делать, в том числе когда, где и как):** Проверять неоднократно и проверить один раз, и посмотреть, насколько я уверен, что я не пропустил ни одной ошибки, насколько я расстроен и сплю ли я.

**Приведите точный прогноз (укажите поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций):**

*Когда я проверяю электронную почту [от терапевта] снова и снова, я буду на 100% уверен, что уловил все ошибки, я не захочу возвращаться и проверять (100%). Мое беспокойство будет 0 (100%), и я пойду спать (100%). Когда я проверю электронную почту [от психотерапевта] один раз, я буду абсолютно НЕ уверен, что я уловил ошибки (100%), я захочу вернуться и проверить (100%), я буду на 100% обеспокоен, и я не буду спать всю ночь (поэтому я сделаю это в пятницу, чтобы это не повлияло на мою работу на следующий день).*

**Какие проблемы могут возникнуть, и как вы их преодолеете?**

*Я могу застрять на проверке и не ограничиться одним разом. Если это произойдет, я попрошу Мэгги (мою подругу) помочь мне.*

**Эксперимент - что вы сделали в итоге?**

*Как указано выше. Когда я проверял снова и снова, это заняло 45 минут для электронного письма из 10 строк.*

**Результат – что произошло?**

*Когда я проверял электронную почту снова и снова, я был только на 90% уверен, что уловил все ошибки. Я начал сомневаться, правильно ли я проверил. Я действительно хотел вернуться и проверить, и мое беспокойство было около 10%. Мне потребовалось 30 минут, чтобы заснуть.*

*Когда я проверил один раз, я был удивлен, но я был на 100% уверен, что уловил все ошибки. Я не хотел возвращаться и проверять вообще и был только на 10% обеспокоен (так же, как когда я проверял снова и снова). Мне потребовалось столько же времени, чтобы уснуть (30 минут), и на следующий день я отправился на пробежку.*

**Переоцените сделанные прогнозы. Какой вы можете сделать вывод?**

*Смотрите выше. Я пришел к выводу, что однократная проверка была не так плоха, как я думал.*

Рис. 12.3. Пример листа записи поведенческого эксперимента.

**Переоцените убеждение, которое вы проверяли, и альтернативное (если оно у вас было):**

*RE: Убеждение – мне нужно проверять снова и снова, чтобы убедиться, что я не пропустил никаких ошибок и чтобы я мог спать по ночам. (Уверенность: 40%). Альтернативное убеждение – я предпочитаю проверять, но в конечном итоге я бы заснул, если бы не сделал этого (уверенность: 60%) – хотя это зависит от того, что я проверяю!*

**Рефлексия (включая планы на любые последующие эксперименты):**

*Я был удивлен, что, когда я проверил один раз, это было не так плохо, как я думал. На самом деле, это было немного лучше, чем когда я проверял снова и снова. Если нет никакой разницы в обнаружении ошибок, когда я проверяю один раз и когда я проверяю много раз, для чего я это делаю?! Последующий эксперимент – сделать это снова с чем-то более важным.*

**Пересмотренное убеждение/поведение:**

*Я никогда не смог бы не проверять вообще, но лучше делать это один раз, а не снова и снова.*

**Рис. 12.3** (окончание).

Заполненные записи для клиентских экспериментов, связанных с многозадачностью и составлением списков, представлены соответственно на рис. 12.4 и 12.5. Обратите внимание, что листы записей для обоих примеров были немного изменены, чтобы проиллюстрировать, как эти формы могут быть адаптированы для конкретного клиента.

### ***Избегание и прокрастинация***

Избегание – признак тревожных расстройств, а прокрастинация – отличительный признак перфекционизма. Как мы опишем в главе 14, люди с перфекционизмом допускают прокрастинацию по разным причинам. Некоторые откладывают на потом, потому что масштаб стоящей перед ними задачи огромен, так как она должна быть доведена до максимально возможного стандарта и поэтому отнимает много времени. Другие откладывают, чтобы оставлять себе как можно меньше времени на работу, поэтому выполнение задачи не может считаться истинным отражением их



**Убеждение:**

*Многозадачность эффективна, и это единственный способ, которым я могу управлять всеми многими задачами, которые мне нужно сделать (95%).*

**Эксперимент, который проверит убеждение:**

*Многозадачность в работе по дому на один вечер; делать работу по очереди следующим вечером. Повторить эксперимент и выбрать, какой из них лучше работает для меня.*

**Приведите точный прогноз (укажите поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций):**

*Я сделаю больше в режиме многозадачности, без потери эффективности (100%). Я закончу раньше в режиме многозадачности, чем когда я делаю вещи последовательно (50%). Мой уровень стресса будет 80%, когда я делаю вещи последовательно, и 60%, когда я работаю в многозадачном режиме (я довольно тревожный человек!).*

**Эксперимент – что вы сделали в итоге?**

*Многозадачный вечер: 6:00 вечера. Поставила наполняться ванну, накрыла ужин, убрала одежду, выключила ванну, погнала детей в ванну (!) (Они никогда не идут, когда я зову их!) Закончила готовить ужин, вытащила детей из ванны, поужинала, послала детей чистить зубы, когда я вымылась, уложила детей спать, вытащила Зою из постели, потому что ее лицо было грязным во время ужина, так как она не вымыла его, когда чистила зубы, а также она не почистила зубы как обычно. Завершила работу по дому и села смотреть X Factor в 7:00 вечера; схватила что-то, чтобы поесть перед телевизором. Неплохо!*

*Вечер последовательной работы: 6:00. Наполнила ванну, выключила ванну, заставила детей пойти мыться, принесла их (без крика), вымылась сама. Пусть играют, пока я убираю одежду. Готовила ужин и прибиралась, когда у меня было время, когда я была на кухне. Чуть позже, чем обычно, я ела с детьми. Привела в порядок, а затем вымыла лица детей (особенно Зою), убедилась, что они снова пошли в туалет, и я почистила зубы, что заставило меня чувствовать себя лучше. Завершила работу по дому и села смотреть X Factor в 7:00. Я уже поела.*

**Результат – что произошло?**

*Я выполнила ту же работу, когда делала всё как сразу, так и последовательно. Как ни странно, я чувствовала, что делала вещи лучше, когда делала их последовательно, мне было спокойнее, и было меньше криков. Я закончила в то же время, но мой уровень стресса составлял около 80%, когда я делала всё в режиме многозадачности, и только 60%, когда это было последовательно.*

**Рис. 12.4.** Пример поведенческого эксперимента для проверки многозадачности.

**Рефлексия (включая планы на любые последующие эксперименты):**

*Я предпочитаю делать что-то последовательно – нет потери эффективности, и я чувствую меньше стресса. Мое первоначальное убеждение в том, что многозадачность эффективна и является единственным способом справиться со всеми многими задачами, которые мне нужно выполнить, теперь составляет 60%.*

**Пересмотренное убеждение/поведение:**

*Меньше многозадачности! Я могу управлять задачами, не пытаюсь выполнить их все одновременно, это не увеличивает мою эффективность.*

**Рис. 12.4** (окончание).

способностей. Понимание причины избегания, прокрастинации, а также всех видов поведения, которые характеризуют перфекционизм, крайне важно для осмысления того, каким должно быть соответствующее вмешательство. Поведенческие эксперименты по уменьшению избегания часто напоминают экспозицию, поэтому, имея в виду ключевое значение эксперимента по сравнению с экспозицией, можно помочь в разработке эксперимента с ясной целью.

Поведенческие эксперименты по уменьшению прокрастинации могут быть очень полезными, поскольку клиенты рационально знают, что «откладывать вещи» бесполезно и что задачи просто «нависают над ними». Тем не менее, только когда у них есть опыт выполнения задачи с меньшими затягиваниями, истинные масштабы недостатков становятся ясными и у них появляется уверенность в том, что они действительно могут выполнять задачи без значительной задержки. Они узнают, что способны выдержать реальные испытания своей производительности, и они могут быть приятно удивлены результатами.

Если у вас и вашего клиента хорошие отношения, и есть доступ к Интернету, вы можете посмотреть ролик «Прокрастинация» ([www.youtube.com/watch?V=4P785jl5Tzk](http://www.youtube.com/watch?V=4P785jl5Tzk)) на YouTube, чтобы кратко и с юмором взглянуть на её природу и тщетность.

Прокрастинация у клиентов с перфекционизмом иллюстрируется на примере Сонал.

**Убеждение:**

*Я тупая; если я не буду писать списки, я забуду, что мне нужно делать (75%).*

**Эксперимент, который проверит убеждение:**

*Не писать списков и посмотреть, что я забуду.*

**Приведите точный прогноз (укажите поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций):**

*Я забуду, по крайней мере, 3 пункта в моем списке дел (в нем около 10 пунктов). (Уверенность: 100%)*

*Я буду беспокоиться о том, что забуду что-то важное (100% уверена, что я буду беспокоиться; интенсивность тревоги будет 75%).*

*Я буду мысленно повторять то, что мне нужно сделать, весь день, и это отвлечет меня от моей работы (100%).*

**Какие проблемы могут возникнуть, и как вы их преодолеете?**

*Я не уверена. Если у меня возникнут проблемы, я просто посмотрю в свои заметки.*

**Эксперимент – что вы сделали в итоге?**

*В четверг я не писала списков.*

**Результат – что произошло?**

*Я не забыла ни одного пункта в моем списке «сделать».*

*Я беспокоилась, но интенсивность составляла около 60%, и вскоре снизилась до 10% в течение дня, хотя было немного хуже, когда я думала об этом во время обеда.*

*Я не повторяла список в моей голове, потому что я фактически выполняла работу - я хорошо сосредоточилась на ней. Этот прогноз не сбылся!*

**Рефлексия (включая планы на любые последующие эксперименты):**

*Мне все еще нравятся списки, но я сама удивилась, когда не забыла, что нужно было сделать. Я не уверена, что этот эксперимент говорит о том, глупа ли я или нет. Я думаю, я менее забывчивая, чем мне казалось.*

**Пересмотренное убеждение/поведение:**

*Я помню свои дела без составления списков (80%).*

*Многозадачность эффективна, и это единственный способ, которым я смогу управлять множеством задач, которые мне нужно сделать (15%).*

**Рис. 12.5.** Пример поведенческого эксперимента по изменению убеждения о составлении списков.

Сонал была сорокалетним, очень успешным доцентом биологии в Гарвардском университете. Ей не был предоставлен срок пребывания в должности, и она слишком редко писала научные работы, чтобы ее можно было рассматривать для продвижения по службе. У нее был годовой контракт, который постоянно обновлялся. Она чувствовала, что если бы ее контракт не был продлен, это сделало бы ее жизнь бессмысленной, и никакая другая работа не имела бы такого статуса, как в Гарварде. Она провела много экспериментов с интересными результатами, но не смогла отослать статьи, которые она написала, в журналы из-за страха быть отвергнутой. Без таких публикаций она не смогла бы получить финансирование, и поэтому ее контракт пересматривался ежегодно. Ночью Сонал перечитывала статьи, которые она написала, внося крошечные изменения тут и там. Она сказала себе, что они недостаточно хороши, чтобы отослать их, и они точно будут отклонены. Она считала, что такой отказ будет «концом меня».

Пример поведенческого эксперимента Сонал по преодолению перфекционизма показан ниже на рис. 12.6.

### ***Другие поведенческие эксперименты***

Существует ряд других уместных поведенческих экспериментов для людей с перфекционизмом. После того, как была проделана когнитивная работа с мышлением «все или ничего», и клиенты начинают видеть «серую область», для них может быть чрезвычайно полезным действовать так, «как будто» они обладают более умеренным стилем мышления, даже если они не придерживаются его во время эксперимента. Имея опыт разного мышления и поведения, клиенты могут выяснить, являются ли такие убеждения и поведение полезными и желательными для них. Действуя так, как будто у клиента есть гибкие руководящие принципы, а не жесткие правила, мы получим неоценимое и прямое представление о преимуществах такой гибкости. Способность действовать менее жестко, по сути, укрепляет, так как обычно она менее способству-

**Убеждение для проверки (степень уверенности (0–100%):**

*Моя статья еще не готова к отправке. Если я отправлю, то её отклонят, я буду опустошена – не смогу ни есть, ни работать, ни спать (95%).*

**Альтернативное убеждение:**

*Отправить сейчас – возможно, это может быть хорошо, и я могла бы справиться с отказом, как и другие люди (5%)*

**Эксперимент, который проверит убеждение (подробно напишите, что вы будете делать, в том числе когда, где и как):**

*Послать статью – возможно, ту, которая мне кажется лучшей и почти готовой. Я сделаю это во вторник, так как это первое число месяца, новое начало. Я оставлю её в почтовом ящике, чтобы нельзя было просто извлечь её из внутренней почты, когда позже я запаникую.*

**Приведите точный прогноз (укажите поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций):**

*Статью отклонят (95%). Я буду опустошена (100%). Я не смогу есть в течение нескольких дней (100%), или спать в течение нескольких дней (100%) или ходить на работу и встречаться со своими коллегами (100%).*

**Какие проблемы могут возникнуть, и как вы их преодолеете?**

*Я могла бы расслабиться. Я буду помнить, что мне нужно добиться прогресса, и это эксперимент.*

**Эксперимент – что вы сделали в итоге?**

*Отослала статью с сопроводительным письмом с просьбой о быстром ответе редактора относительно пригодности для публикации.*

**Результаты – что произошло?**

*Редактор написал хорошее письмо, в котором говорилось, что статья «вне формата» журнала, но он порекомендовал другой. Я совсем не была опустошена, я ела, спала и работала просто отлично. Статьи моих коллег часто отклоняют как «неформатные».*

**Пересмотрите сделанные прогнозы: какие выводы вы можете сделать?**

*Она будет отклонена (100% – отклонена). Я буду опустошена (20%). Я не смогу есть в течение нескольких дней (20%) или спать в течение нескольких дней (10%) или ходить на работу и встречаться со своими коллегами (50%).*

**Переоцените убеждение, которое вы тестировали, и альтернативное (если оно у вас было):**

*Оригинальное убеждение – моя статья еще не готова к отправке. Если я отправлю её, и она будет отклонена, я буду опустошена – не смогу ни*

**Рис. 12.6.** Пример поведенческого эксперимента, направленного на борьбу с прокрастинацией.

*есть, ни работать, ни спать (10%). Альтернативное убеждение – возможно, это нормально, и я могу справиться с отказом, как это делают другие люди (90%).*

**Рефлексия (включая планы на любые последующие эксперименты):**

*Я не могу поверить, что я сделала это! Она была отклонена как «неформатная», но странно, мне было все равно, потому что я ОТПРАВИЛА. Я, вероятно, буду более расстроена, если статью отклонит и другой журнал, в который я её сейчас отправила, но я сделала это. Редактор не сказал, что статья ниже стандартов или не готова, и порекомендовал мне отправить эту «интересную» статью в другой журнал. Он думал, что это было интересно! Я чувствую, что действительно чего-то достигла, отправив статью через столько времени. Мне нужно сделать это с другими статьями, особенно с более рискованными, поскольку они не так хороши.*

**Пересмотренное убеждение/поведение:** *Я могу справиться с отказом, если мои статьи отклонены.*

**Рис. 12.6** (окончание).

ет стрессу и экономит время. Если у клиента действительно есть дополнительное время в результате изменения убеждений и поведения, полезно предложить, чтобы время было заполнено приятными действиями, а не стремлением к достижению целей.

Эксперименты, направленные на повышение бдительности и выборочного внимания к угрозе, также полезны. На YouTube есть тест на «осознанность», который очень хорошо иллюстрирует феномен избирательного внимания ([www.youtube.com/watch?V=47LCLoidJh4](http://www.youtube.com/watch?V=47LCLoidJh4)). В этом коротком видеоролике продолжительностью менее минуты зрителя просят подсчитать количество передач, которые делает баскетбольная команда в белом. Ответ – 13, и зрителю говорят об этом, но затем спрашивают, видели ли они «медведя-лунатика», который присутствовал в видео. Видео перематывается, и «медведь-лунатик» становится заметным. Затем на экране появляется текст: «Легко пропустить то, что вы не ищете». После просмотра ролика с медведем-лунатиком на YouTube, чтобы проиллюстрировать этот феномен, клиентов можно поощрять определять действия и события, которые они обычно пропускают,

и противопоставлять их гиперактивности для достижения успеха. Еще одно упражнение в сессии, чтобы проиллюстрировать роль избирательного внимания, состоит в том, чтобы спросить клиентов, насколько зудит их кожа головы, и оценить это. Затем попросите своих клиентов уделить несколько минут, чтобы сосредоточиться на зуде головы, закрыть глаза и сосредоточить внимание на коже головы. После этого попросите клиента снова оценить зуд. Обычно он повышается, иллюстрируя силу избирательного внимания к внутренним ощущениям. Терапевтам часто полезно проводить эксперименты параллельно с клиентами и, где возможно, встречаться с клиентами при проведении эксперимента о сверхбдительности и избирательном внимании, чтобы можно было собрать два набора информации для учета убеждений.

## **Другие поведенческие стратегии**

### ***Изменение привычки***

Поведенческие эксперименты – не единственные интервенции, которые полезны клиентам с перфекционизмом. Это может быть тот случай, когда люди с перфекционизмом проверяют или избегают и вовлекаются в специфическое поведение, связанное с перфекционизмом, по привычке, а не из-за каких-либо особенно сильных убеждений. Например, Кэрол обычно проверяла, чтобы углы кровати были идеально ровными, а кровать заправлялась «правильно» несколько раз в день, даже если она была одна в доме. Она сказала, что делала это автоматически, когда проходила в спальню, а не из-за того, что кто-то проник в дом и испортил кровать.

Изменение привычки является высокоэффективным поведенческим вмешательством, помогающим снизить интенсивность проблемного поведения, такого как неосознанное выдергивание волос. Метод был разработан в 1970-х годах (Azrin, Nunn, 1973) и был недавно переработан исследователями в Канаде и Соединенных Штатах (O'Connor et al., 2001; Piacentini, Chng, 2006). Его можно применять в терапии для людей с перфекционизмом, поведение которых определяется привычкой.

Изменение привычки включает в себя перевод поведения (например, проверки) на уровень осознания. Это делается путем того, чтобы просить клиентов подробно описывать ощущения каждый раз, когда проявляется привычное поведение, или просить других замечать, когда это происходит. Клиент может использовать самоконтроль, чтобы помочь идентифицировать ранние предупреждающие признаки поведения и определить ситуации, в которых оно проявляется.

Следующим шагом к изменению привычки является соединение привычного поведения с несовместимым. Если это поведение приводит к потере волос, и запись показывает, что это делается всякий раз, когда клиент находится в ванной, то несовместимое поведение заключается в том, что клиент сжимает кулаки перед тем, как войти в ванную. В случае проверяющего поведения несовместимое поведение может заключаться в том, чтобы заглядывать в другое место, проходя мимо спальни, чтобы не видеть кровать и не делать проверку без осознания своих действий. Другие компоненты изменения привычки могут включать управление непредвиденными обстоятельствами, тренировку расслабления и обучение, чтобы помочь генерализации изменения привычки. Более подробную информацию об изменении привычки можно найти в руководствах по лечению таких расстройств, как синдром Туретта (например, Woods, Miltenberger, 2001).

### ***Градуированная экспозиция***

Ранее в этой главе, в табл. 12.1 мы обсудили различия между градуированной экспозицией и поведенческими экспериментами. Большая часть главы была посвящена поведенческим экспериментам, поскольку мы считаем, что это наиболее подходящая и эффективная когнитивно-поведенческая интервенция для проверки убеждений и изменения поведения. Тем не менее, градуированная экспозиция является основой большинства интервенций в терапии тревожных расстройств и, как показано, приводит к изменению убеждений, которое равнозначно другим когнитивно-поведенческим вмешательствам. Если ваш клиент сильно встревожен и избегание ситуаций является основным симптомом, имеет смысл включить в терапию дифференцированную экспозицию (см. Abramowitz et al., 2011).



# САМООЦЕНКА И САМОКРИТИКА

Как мы упоминали ранее, клинический перфекционизм был определен как «чрезмерная зависимость самооценки от решительного стремления к самообязывающим, навязанным самому себе стандартам, по крайней мере, в одной весьма существенной области, несмотря на неблагоприятные последствия» (Shafran et al., 2002, p. 778). Модель клинического перфекционизма рассматривает сверхзависимость как основной поддерживающий фактор перфекционизма наряду с одним из неблагоприятных последствий перфекционизма, а именно самокритикой.

Когда мнение о себе строится главным образом на том, в какой степени человек может достичь высоких или жестких стандартов, трудно отойти от влияния клинического перфекционизма. Поэтому одна из главных целей терапии – помочь клиентам справиться с этой чрезмерной зависимостью и расширить свою схему самооценки, чтобы она в меньшей степени зависела от достижений и стремлений. Хотя мы коснулись этой работы косвенно при обсуждении терапевтических процессов, описанных в других главах этой книги, также важно непосредственно обратиться к чрезмерной зависимости, если она была определена как часть концептуализации случая, и устранить ее неблагоприятные последствия, одним из которых является самокритика. Если человек с клиническим перфекционизмом достигает цели, он может критиковать себя за то, что он «недостаточно высоко поставил планку» и, таким образом, минимизирует достижение («это мог сделать любой») или игнорирует его («это не считается»), и поэтому не получает от этого удовольствия. Поскольку этот процесс продолжается, не-

избежно наступит момент, когда он установит планку настолько высоко, что цель не будет достигнута.

С другой стороны, если цель не достигнута либо потому, что человек пытался, но потерпел неудачу, либо потому, что он или она избежали достижения цели из-за боязни провала или страха перед открытием (например, «люди будут знать, что я бесполезен», «я – шарлатан»), тогда самокритика возникает или усиливается. Самокритика способствует порочному кругу клинического перфекционизма в том смысле, что он ослабляет самооценку и побуждает человека еще сильнее доказывать свою ценность через все более высокие уровни достижений. Поэтому другой важной целью терапии является помощь такому человеку реагировать на успехи, неудачи или избегание с меньшей самокритикой и большим состраданием.

Эти две цели терапии достигаются небыстро и требуют осторожного внимания в течение определенного периода времени. Мы ожидаем увидеть постепенные, а не быстрые изменения. Чем раньше в терапию вводятся эти цели, тем лучше. Это делается с помощью процедур оценки, описанных в главе 5, и совместная концептуализация должна помочь обосновать эти терапевтические цели. В этой главе мы рассмотрим две ключевые стратегии для достижения этих целей: *повышение самооценки и переход от преимущественно самокритичной позиции к более сострадательной*. Рассмотрите с клиентом следующие четыре шага:

1. Сравните первоначальную оценку влияния эффективности на самооценку с текущей ситуацией.
2. Изучите плюсы и минусы текущей ситуации.
3. Проведите исторический обзор происхождения и развития переоценки.
4. Непосредственно измените схему самооценки клиента.

Большая часть нашей работы по самооценке основана на работе Ферберна по разработке подхода КПТ расстройств пищевого поведения (Fairburn, 2008).

Аналогичным образом, существует пять основных шагов по переходу клиента от позиции, в которой он самокритичен, к более сострадательной.

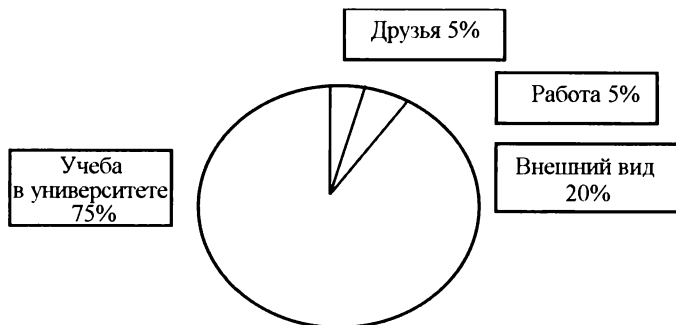
1. Выявление самокритики и ее распространенности.
2. Позитивные убеждения о полезности и ценности самокритики.
3. Определение издержек самокритики.
4. Развитие сострадательной и уважительной реакции.
5. Практика с новым способом реагирования.

## **Повышение самооценки**

### ***Сравните первоначальную оценку влияния эффективности на самооценку с текущей ситуацией***

Определение самооценки было изложено ранее в главе 7. Когда вы начнете эту работу, вы должны помочь клиентам составить во время сессии круговую диаграмму, которая отражает влияние каждой области их жизни на суждение о своей самооценке в момент начала терапии. Относительное влияние таких областей определяется тем, как себя чувствуют клиенты, когда в этой области дела идут плохо. Затем необходимо попросить клиента подумать, на какие из этих областей жизни в первую очередь влияют достижения и соответствие строгим стандартам. Как правило, это те области, которые в моменты неудач и ошибок имеют тенденцию «отравлять» другие сферы жизни. Пример такого обсуждения представлен ниже в замечаниях терапевта к клиенту по имени Серафина вместе с круговой диаграммой, показывающей ее текущую систему самооценки (рис. 13.1, см. также раздаточный материал 13.1 в Приложении 2):

«Люди, которые являются перфекционистами, часто требуют более высоких уровней эффективности, чем на самом деле можно достичь, и судят о себе или других на основании их способности работать на этих высоких уровнях. Часто они почти полностью оценивают себя по тому, насколько они соответствуют своим жестким, экстремальным стандартам. Когда мы впервые встретились, вы определили, что областью вашей жизни, которая наиболее повлияла на вас таким образом, была ваша учеба в университете. Вы чувствовали себя достойной, когда вы преуспели в этой области своей жизни. Тем не менее, вы разрабо-

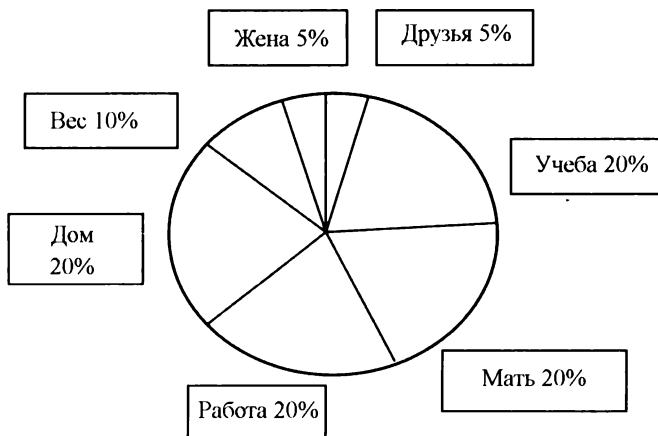


**Рис. 13.1.** Начальная оценочная круговая диаграмма, составленная Серафиной, о сферах жизни, в которых эффективность влияла на ее самооценку.

тали настолько высокие и недостижимые стандарты, и ожидали от себя, что достигнете их (то есть, что вы должны были написать задание идеально с одной попытки), что обычно вы не испытываете удовольствия от учебы в университете и, следовательно, не очень хорошо себя чувствуете как человек. Когда это произошло, плохие последствия начали распространяться на другие части вашей жизни, такие как дружба. Вы бы не хотели встречаться с друзьями, потому что чувствуете, что не можете быть достаточно веселой, и не хотите, чтобы они знали, что вам эмоционально тяжело. В это время вы также стали менее терпимы к ошибкам в работе на условиях неполного рабочего времени в качестве помощника по административным вопросам и отказывались внедрять новые системы работы в случае, если они не были «правильными». Кроме того, питание становится более проблематичным, так как вы более недовольны своей внешностью и соблюдаете строгий режим питания, а затем начинаете переедать. Когда мы ставили это на круговой диаграмме, показывающей области вашей жизни, которые вы в настоящее время используете для оценки себя, и это влияет на то, как вы чувствуете себя как личность, мы обнаружили, что успехи в учебе в университете занимают большую часть пространства, за которым следует внешний вид, и маленькие кусочки, оставленные для друзей и работы».

Некоторые люди, которые ищут помощи с перфекционизмом, судят о себе по своей эффективности в нескольких областях. Пример этого показан ниже с клиенткой по имени Лорен вместе с круговой диаграммой, показывающей ее текущую систему самооценки (рис. 13.2):

«Когда мы впервые встретились, вы определили ряд областей вашей жизни, где соблюдение жестких стандартов повлияло на ваше суждение о вашей ценности как личности. Это включало обучение в университете в течение неполного рабочего дня (из-за того, что вы стали менее успешной, вы плохо себя чувствовали), работу в качестве тренера по фитнесу (вам нужно было, чтобы все ваши клиенты продолжали возвращаться на занятия, иначе вы чувствовали себя неудачницей), быть отличной матерью (если вы не организовывали структурированное и интерактивное время обучения со своей трехлетней дочерью каждый день, то вы считали, что вы плохая мать), к концу дня отмывать дом (вы не могли бы спать, если в доме был беспорядок, потому что это означало бы для вас, что вы стали слабым и ленивым человеком), и поддерживать вес, который у вас был, когда вы закончили среднюю школу (что было действительно трудно, и приводило к тому, что вы чувствовали себя неудачницей и



**Рис. 13.2.** Начальная круговая диаграмма оценки, составленная Лорен, о сферах жизни, в которых эффективность влияла на ее самооценку.

вызывали рвоту в те дни, когда вы считали, что съели слишком много). Вы пришли к осознанию того, что ваша учеба, стандарт прекрасной матери и домохозяйки, а также работа оказали наибольшее влияние на вашу самооценку. Если в этих областях все шло по плану, то вы чувствовали, что можете наслаждаться отдыхом со своим мужем и друзьями, но если дела идут не очень хорошо, вы бы усерднее работали в этих областях и жертвовали временем для мужа и друзей. Вы также сказали, что давно ничего не делали для себя, например, массаж, упражнения или просто читали книгу. Когда мы поместили это в круговую диаграмму, показывающую области вашей жизни, которые вы в настоящее время используете для оценки себя, и влияние на то, как вы чувствуете себя как личность, мы обнаружили, что выполнение ваших стандартов как студентки, матери, работника и домохозяйки заняло большую часть пространства, а затем шел вес и другие небольшие фрагменты, оставленные для того, чтобы быть женой и другом».

С момента начала этой терапии могло пройти до шести сессий, поэтому полезно позволить клиенту подумать о том, что (если вообще что-то) изменилось с начала терапии. Например, клиент, возможно, заметил, что на самооценку начинают влиять домены, которые не связаны с эффективностью, что домены в круговой диаграмме стали менее зависимыми от эффективности или что он заинтересовался поиском новых доменов в жизни, которые не основаны на эффективности. Например, Серафина заметила, что она более благодарна своим друзьям и их поддержке, а также тому, что это говорит о ее ценности как личности и о том, что она больше придерживается подхода «исследования идей, а не правильного понимания с первого раза». Лорен сообщила, что однажды она наслаждалась неструктурированным игровым временем со своей дочерью и заметила, что ее дочь была физически более нежной, чем обычно в это время. Ей также удалось дважды не сделать уборку в доме в конце дня, и она была удивлена тем, насколько более расслабленным был ее муж в этих случаях. Это помогло ей осознать, что, возможно, было лучше, когда она была менее сосредоточенной на достижении цели. Это заставило ее задуматься, стоит

ли ей и ее мужу приглашать няню в некоторых случаях, чтобы они могли погулять за городом, так как им нравилось делать это вместе, но долгое время у них не получалось.

В качестве части прояснения существующей системы самооценки и изучения некоторых недостатков может быть полезным использовать самоконтроль вокруг этой проблемы в течение недели. Преимущество этого метода заключается в том, что клиенты получают более полное представление о том, что в настоящее время влияет на их самооценку, и, что важно, как это может отрицательно сказаться на них. Скорость изменений благодаря этому процессу может увеличиться. Лист самоконтроля, заполненный Лорен за двухдневный период, показан на рис. 13.3 (см. также раздаточный материал 13.2 в Приложении 2).

### ***Изучите плюсы и минусы текущей ситуации***

Если с начала терапии произошли некоторые изменения, это может дать полезную информацию для обсуждения плюсов и минусов, позволяющих в первую очередь влиять на самооценку путем достижения жестких (т.е. все или ничего) и экстремальных стандартов. Начните с обсуждения преимуществ существующей системы самооценки. Часто клиенты предполагают, что такое пристальное внимание к достижениям позволяет им добиться большего, чем другие, или по крайней мере, столько же, сколько другие. Дискуссия о недостатках нынешней ситуации должна выяснить, всегда ли это так и были ли случаи, когда это фактически приводило их к достижению меньших результатов, чем другие. В случае с Серафиной она могла ясно видеть, что когда она чувствовала, что не может с первой попытки идеально выполнить университетское задание, она часто откладывала сдачу работы до последнего момента, если сдавала его вообще. Это привело к тому, что она потерпела неудачу в течение одного года, поэтому она не только отставала от своих сверстников в плане успеваемости, но ее оценки были неизменно средними, а не в диапазоне А, к которому она стремилась. Она также чувствовала, что жизнь оставалась позади, поскольку ее стратегия означала, что у нее было меньше близких отношений с другими, чем она надеялась на этом этапе жизни, и что неудача в университете заставила ее попытать-

День	Какую область вы использовали, чтобы оценить себя?	Запишите мысли, которые у вас были о самооценке.	Опишите, как вы себя чувствовали, и оцените интенсивность чувств от 0 (низкая) до 100 (высокая).
Пн	<i>Чистота в доме</i>	<i>Если я не уберу этот беспорядок, то я второсортный человек, который не может контролировать свою жизнь</i>	<i>Злилась на дочь и мужа за беспорядок (75), вина за то что злилась (50), плохо себя чувствовала, потому что отругала дочь (25)</i>
Пн	<i>Съела 2 ломтика хлеба на обед, хотя намеревалась съесть только один</i>	<i>Если я не могу осуществлять контроль над этой маленькой областью своей жизни, то я слаба и презренна</i>	<i>Вина (100). Грусть из-за того, что это так важно для меня, когда мне нужно сосредоточиться на более важных вещах (80)</i>
Вт	<i>Задание – получила вторую по величине оценку в группе</i>	<i>Я неспособна быть лучшей; со мной что-то не так</i>	<i>Пустота (85) Фрустрация (90)</i>
Вт	<i>Мать – пыталась дать моей дочери урок природы в саду, но вместо этого она хотела рисовать</i>	<i>Если она не может быть обеспечена сти-мулирующей учебной средой дома до начала школы, то я плохая мать</i>	<i>Фрустрация (90) Тревога (75) Стресс (85)</i>

**Рис. 13.3.** Самоконтроль в области самооценки.

ся компенсировать достижение жестких стандартов в других сферах жизни (вес и работа), которые заставляли ее чувствовать себя более подавленной своей жизнью.

В случае Лорен последняя чувствовала, что ее организованный подход к жизни, в котором использовалась каждая минута, позволял ей максимально сохранять контроль над своей жизнью. Люди завидовали ей, когда она получала намного больше от жизни. Однако когда она оглянулась на людей, которые имели значение в ее



жизни (муж, дочь, друзья, семья), она признала, что с ее организованным подходом иногда было трудно жить, и это могло вызвать некоторое раздражение, что негативно сказалось на качестве этих отношений. Рассмотрение недостатков также может быть значительно проще с учетом того, что клиенты испытали с изменениями, которые они внесли. Лорен отметила, что и ее дочь, и муж были более расслаблены, когда она была менее организована и, казалось, больше наслаждалась их обществом. Она также отметила, что когда она не убралась в конце дня, ее худший страх (то есть, что следующий день будет совершенно неуправляемым) не сбывается.

«Хотя некоторые недостатки текущей ситуации будут сгенерированы клиентом, вы должны принять активное участие в представлении и изучении возможных недостатков, в том числе:

- Со временем клиент чувствовал себя лучше или хуже? Относится ли это к постановке сложных и нереалистичных целей, которые часто могут быть произвольными или неопределенными (как было рассмотрено ранее в разделе о психообразовании в главе 9), и на самом деле не имеют влияния на эффективность или снижают её? Когда клиент чувствует себя хуже, это увеличивает или уменьшает эффективность?

- Живет ли клиент так, как он хочет для своего ребенка, близкого родственника или друга? Если нет, то почему нет?

- Есть ли что-то в том, как другие живут своей жизнью, что не связано с достижениями и что клиент чувствует, что он упускает или перестает замечать? Были ли другие важные сферы жизни маргинализированы или оставлены без внимания? Как это повлияло на развитие клиента как личности?

- Если люди оценивают свою самооценку на основе достижения целей, которые не всегда реалистичны или не находятся под их контролем, то это гарантирует, что их самооценка станет жертвой обстоятельств. Например, рассмотрим элитных спортсменов, которые упорно трудятся, чтобы обеспечить эффективность на высоком уровне, и вспомним о том, сколько раз вы слышали о травмах или психологических блоках, которые мешали их способности достичь своих целей. Если достижения в этой области в первую очередь определяют их самооценку, то у них нет способа

чувствовать себя хорошо. Это то, что Фэрберн (Fairburn, 2008) называет «хранить все яйца в одной корзине» (р. 99), что постоянно подвергает самооценку риску быть поврежденной. Чем больше областей жизни, на которых клиенты строят свою самооценку, тем более устойчивой она будет.

### **Обзор происхождения и развития переоценки**

Полезно провести тщательный исторический обзор того, почему клиенты стали более чувствительными к своей работе, постоянно повышая стандарты, устанавливая жесткие правила и сосредотачиваясь на достижениях в качестве основного способа оценки самооценки. Сенсибилизация, возможно, развилась по ряду причин, и ход событий может показаться актуальным. Этот процесс должен выполняться совместно с терапевтом, который ведет клиента по различным темам, которые могут иметь отношение к делу. Иногда это может привести к обсуждению событий, которые клиент пережил как довольно травмирующие или эмоционально расстраивающие, и вам нужно работать чутко и сочувственно при решении этих вопросов. Среди различных предметов для обсуждения могут быть:

- семейная история: семейные ценности, касающиеся достижений, семейная история клинического перфекционизма;
- личная история: личная история тревоги по поводу эффективности, семейные ожидания успеха (семейные сравнения), давление, которое вынуждает действовать на высоком уровне, критические комментарии значимых других по поводу эффективности, преимущества, которые были получены в результате стремления к достижению, неблагоприятные последствия, которые привели к страху неудачи, чрезмерный фокус на достижениях, уклонение от проверки эффективности (т.е. прокрастинация), подверженность необычным нагрузкам в определенных условиях (например, в определенных школах или занятиях, таких как профессиональный танец или музыка).

В рамках этого обсуждения может быть полезно, чтобы клиент заполнил историческую диаграмму, как показано на рис. 13.4 для Серафины.

Возраст	Событие или обстоятельство, которые повысили мою чувствительность к эффективности	Мысли, которые у меня возникли о стремлении, эффективности и перфекционизме
5–12 лет	<i>Мой старший брат был лучшим в своем классе в школе, мои родители всегда сравнивали мою успеваемость и его.</i>	<i>Ты должна быть лучшей, чтобы быть принятой. Только высшая оценка достаточно хороша.</i>
13 лет	<i>Вышла на первое место в классе с оценкой А в моем эссе – когда я сказала отцу, он посмотрел на меня и спросил: «Почему ты не получила А+?»</i>	<i>Я не достаточно хороша. Я должна стараться изо всех сил.</i>
14–17 лет	<i>Когда я не сдавала работы вовремя, учителя работали со мной, чтобы выполнить задание.</i>	<i>Я не в состоянии сделать качественный продукт самостоятельно. Я – пустышка</i>
18 лет – настоящее время	<i>Соревнование в университете, нежелание тщательно проверять мою работу и недостаток знаний.</i>	<i>Если я не могу сделать лучшую работу в группе, нет смысла сдавать ее.</i>

**Рис. 13.4.** Исторический обзор развития чувствительности Серафины к достижениям.

Проходя исторический обзор, мы работаем над тем, чтобы помочь клиентам оценить уроки, которые они усвоили (т.е. это важно для достижения, это заставляет меня чувствовать себя более значимым), в то же время укрепляем мышление в более широком смысле (т.е. достижение – это только одна из вещей, которые заставляют меня чувствовать себя лучше) и когнитивную гибкость (то есть одно правило не подходит для всех ситуаций, правила «все или ничего» просто вызывают больше проблем, чем решают). Основная цель этого исторического обзора – помочь клиентам дистанцироваться от чрезмерной зависимости от эффективности в

настоящее время и, что важно, возможность отделить себя от бесполезных сообщений и сделать выбор в отношении принципов, которые они могут использовать, чтобы руководствоваться своим текущим жизненным выбором. Этот процесс может привести к новой серии плюсов и минусов (особенно последних) при рассмотрении вопроса о том, принял ли клиент чужие суждения, которым он больше не должен соответствовать или в которые верит.

Можно обсуждать бесполезные мысли, которые остаются активными в настоящее время, и исследовать альтернативные убеждения. В некоторых случаях может быть важно провести повторную интерпретацию прошлого опыта или событий с точки зрения настоящего. Также могут быть образы, сопровождающие некоторые из этих исторических событий, которые причиняют беспокойство клиенту (например, дразнят или высмеивают) и которые способствуют текущим проблемам. Экспериментальное исследование показало, что образы оказывают большее влияние как на негативное, так и на позитивное настроение, чем на вербальная переработка (например, Holmes, Mathews, 2010; Holmes et al., 2006). В таких случаях может помочь переписывание образов в воображении – рескриптинг (Arntz, Weertman, 1999), поскольку было показано, что оно уменьшает стресс, связанный с прошлыми воспоминаниями, и отрицательный эффект, связанный с текущими образами (Nillson et al., 2012). Этот процесс и его необходимость нужно подробно объяснить клиентам, прежде чем использовать его с ними.

Переписывание образов (рескриптинг) включает в себя три этапа: переживание, создание нового образа и сострадание. На этапе повторного переживания клиент получает инструкцию представить воспоминание в том возрасте, когда это произошло, как если бы это происходило сейчас. Клиент может описать это событие для терапевта в настоящем времени (например, «Сьюзи берет у меня тест, и я кричу на нее, чтобы она отдала его обратно. Она смотрит на отметку и затем начинает петь во весь голос: «Пол не сдал экзамен! Пол провалил тест!» Все на игровой площадке слышат это. Я чувствую себя униженным. Я просто хочу провалиться сквозь землю»). Далее клиент получает инструкцию представить ту же сцену, что и наблюдатель в его нынешнем возрасте. Клиента просят наблюдать за тем, что происходит с его детским «Я», описывать реакции взрос-

лого свидетеля и предлагать, как он мог бы помочь своему детскому «Я» чувствовать себя в большей безопасности или действовать более уверенно (например, «Я бы попросил Сьюзи прийти ко мне, поговорил с ней спокойно и твердо о неуместности ее запугивающего поведения, взял у нее тест и вернул его другому ребенку. Я попросил бы Сьюзи извиниться» или «Я бы велел ребенку игнорировать эту неприятную хулиганку, уйти и найти других детей, чтобы поиграть»). Фаза сострадания включает в себя то, что клиента просят оживить память его младшего «Я» с присутствующим взрослым «Я» и выяснить, какие действия понадобятся для того, чтобы младшее «Я» почувствовало себя лучше (в соответствии с дополнительной заботой и состраданием) и попросить об этом. Применение сострадания будет рассмотрено в этой главе далее.

Пример переписывания образа на положительный можно увидеть в случае с Тимом, которого вы, возможно, помните из глав 10 и 11. У него был перфекционизм, связанный с работой, и он сильно беспокоился о своих навыках презентации и публичных выступлениях. В ходе рассмотрения когнитивных стратегий с Тимом терапевт обнаружил, что у него было болезненное воспоминание о том, как в детстве над ним насмехался учитель перед всем классом. Тим вспомнил, что ему было около двенадцати лет, и ему приходилось читать вслух перед классом. Он вспомнил, что его учитель смеялся над ним и называл его глупым, когда он неправильно произносил некоторые слова, и у него был образ самого себя в ситуации, где он ощущал себя очень маленьким, дрожал и стыдился. Терапевт помог Тиму переписать образ, представив себя в ситуации, стоящим прямо и гордо, и говорил ясно. Он также представлял себе, что может поговорить со своим учителем и сказать ему, что он не глуп, что он продолжит учиться в университете на инженера, получит успешную работу и прекрасную семейную жизнь с любящей женой и детьми. С помощью терапевта он дописал образ на позитивной ноте, представив, что его учитель становится маленьким и исчезает на заднем плане, и он и другие дети смеются над учителем, когда он исчезает, как сдувшийся воздушный шар. Тим описал очень позитивное чувство после этого образа, так как он знал, что его учитель очень грубо обращался с ним и другими детьми, но болезненный образ оставался с ним на

протяжении всей его жизни. Несмотря на то, что для определения эффективности вмешательств в образы при перфекционизме требуются дальнейшие исследования, включение этой техники может стать перспективным для уменьшения проблемных образов в отношении эффективности, которые часто сопровождают перфекционизм.

Процесс исторического обзора также может привести к тому, что клиент осознает некоторые дополнительные недостатки оценки себя на основе достижений (например, «Я сосредотачиваюсь только на одном аспекте меня, а не на себе целиком», «Я игнорирую или отклоняю все усилия, которые прилагаю для выполнения различных задач», «Я запугиваю себя, чтобы добиться цели определенным образом, и это заставляет меня чувствовать себя плохо»). По мере появления дополнительных плюсов и минусов их следует добавить в список, составленный клиентом. Одним из способов сделать более очевидной идею о том, что новая интерпретация прошлого опыта или событий может принести пользу с точки зрения настоящего, является завершение еще одного исторического обзора, на этот раз с событиями, которые поддерживают альтернативную перспективу: «Быть успешной личностью – это нечто большее, чем стремление и достижение».

### ***Непосредственное изменение схемы самооценки клиента***

Чтобы уменьшить переоценку стремлений и достижений, основной упор в работе с клиентами состоит в том, чтобы помочь им основывать часть своей самооценки на тех областях жизни, которые не зависят от достижений и основаны на том, кем они являются, и их внутренней ценностью как персоны. С этой целью важна помощь клиенту в работе над тремя связанными целями: (1) расширить текущие домены, которые вносят вклад в схему самооценки клиента, которая не основана на эффективности, (2) ввести в жизнь новые домены, которые не основаны на эффективности, и (3) уменьшить степень влияния эффективности на самооценку в тех областях, которые оказывают на неё наибольшее влияние. Эта последняя цель частично рассматривается во второй половине этой главы, а также в главах 10–12. В этом разделе мы обсуждаем совместную работу над первыми двумя целями. На-

дежда состоит в том, что если клиенты будут заниматься более широким спектром видов деятельности и интересов, которые не зависят от эффективности, то они приобретут большее значение в жизни клиента, тем самым вытеснив достижения в качестве основного фактора в их схеме самооценки.

Полезно попросить клиентов нарисовать альтернативную круговую диаграмму, которая показывает больший акцент на нескольких сферах жизни (например, семья, работа, друзья, дом, школа, отношения, роль отца, матери, дочери или сына, спорт, участие в сообществах, духовность), которые менее зависят от достижений и напоминают то, что они хотели бы видеть в своей жизни в течение полугода. Для этого вы помогаете клиентам определить виды деятельности и интересы, в которых они хотели бы участвовать, особенно те из них, которые не зависят от достижений. Важным аспектом этой дискуссии также является обсуждение видов деятельности, которыми они раньше наслаждались, но отказались от них. Как можно видеть в случае, представленном ниже, формирование этой альтернативной круговой диаграммы переплетается с поведенческими экспериментами и дальнейшим пересмотром круговой диаграммы в свете этого опыта.

Изучив эти проблемы, Серафина почувствовала, что хотела бы уменьшить важность обучения в университете до 50% вместо нынешних 75% диаграммы. В рамках этой дискуссии она пришла к выводу, что ее учеба в университете окажет важное влияние на ее будущие жизненные возможности, но она также признала, что не слишком много учится, поскольку избегает обратной связи, и она чувствовала, что хотела бы быть более открытой для получения удовольствия от процесса обучения и расширения своих перспектив. Был проведен поведенческий эксперимент, в котором Серафина согласилась посетить учебное занятие по статистике, которого она избегала, задать один вопрос инструктору и понаблюдать за его реакцией и степенью, в которой это помогло ее обучению. Она была приятно удивлена – преподаватель прокомментировал, что это хороший вопрос, и ответил на него с энтузиазмом и подробно, а позже другие ученики прокомментировали Серафине, что они задавались

вопросом о проблеме выборки. Она также чувствовала, что ее понимание проблемы значительно улучшилось, и она ощутила себя менее одинокой в учебе.

Затем терапевт попросил привести пример какой-либо деятельности, которой Серафина когда-то занималась, но затем отказалась от нее. Серафина сразу же заявила, что для нее очень приятным занятием было катание на лошадях, не столько из-за достижений, сколько потому, что она наслаждалась свободой и ощущением от езды и очень любила животных. В то время как этот конкретный вариант был слишком дорог для Серафины, её попросили подумать о любых добровольных действиях с животными, которые будут ей интересны. Через несколько недель Серафина связалась с местным приютом для животных (для кошек и собак) и начала каждую неделю выполнять несколько часов волонтерской работы, что было ей приятно и заставляло ее чувствовать себя хорошо, потому что она понимала, что это помогло улучшить качество жизни животных.

Серафина также упомянула, что когда она была подростком, она посещала церковную молодежную группу, но перестала ходить туда, когда поступила в университет. Она была заинтересована в присоединении к другой церковной общине, так как она хотела продолжать исследовать роль Бога и духовности в ее жизни, хотя она и не была уверена в своих убеждениях. В течение курса терапии Серафина посещала две или три разные церкви и еще не решила, будет ли это долгосрочным явлением в ее жизни, но ей нравилось думать и читать о проблемах, поскольку она чувствовала, что это расширило ее кругозор о себе и жизни.

Наконец, просматривая некоторые области с небольшими процентами на круговой диаграмме (друзья, работа и внешний вид), Серафина подумала, что было бы полезно расширить фокус на своих друзьях и работать неполный рабочий день в качестве личного тренера. Она поняла, что ей нужно поддерживать постоянный качественный контакт с друзьями, несмотря на то, как она себя чувствовала, и что иногда ее друзья очень ценили то, что она делилась с ними своими проблемами. Они чувствовали, что она относится к ним как к настоящим друзьям, и



это также дало им возможность поделиться с ней некоторыми своими проблемами. На работе Серафина экспериментировала с опробованием новых систем и оценкой того, насколько это полезно для эффективности работы. Возвращаясь к пересмотренной круговой диаграмме, Серафина чувствовала, что 50% для обучения в университете было слишком много, и изменила распределение, как показано на рис. 13.5.

Необходимо настоятельно рекомендовать клиентам участвовать в широком спектре действий, которые не зависят от достижений и, таким образом, не усиливают склонность клиентов оценивать себя на основе достижений – терапевты должны избегать попадания в ловушку вовлечения клиентов в виды деятельности, которые им не нравятся или не подходят. Такие действия не приведут к повышению самооценки, поскольку они не оцениваются, и, кроме того, они могут негативно влиять на терапевтические отношения. Если вы считаете, что для клиента был бы полезен опыт участия в занятиях, в которых он плохо разбирается, это следует делать в контексте оспаривания убеждений с помощью поведенческого эксперимента. Чтобы помочь клиенту участвовать в широком спектре действий, попросите его составить круговую диа-



**Рис. 13.5.** Пересмотренная круговая диаграмма областей жизни, способствующих самооценке Серафины.

грамму с акцентом на самооценку с использованием новых доменов или доменов, не основанных на эффективности. Пример того, как это использовалось для Серафины, показан на рис. 13.6.

День	В какой области вы оценивали себя?	Запишите мысли, которые у вас были по поводу оценки себя.	Опишите, как вы себя чувствовали, и оцените интенсивность чувств от 0 (низкая) до 100 (высокая).
Пн	<i>Друзья – встретились с Сарой за кофе в университете</i>	<i>Здорово иметь такого верного друга, как Сара – она интересуется мной, заботится обо мне и наслаждается моей компанией.</i>	<i>Счастье (50) Удовлетворение (50)</i>
Вт	<i>2 часа волонтерской работы в приюте для животных</i>	<i>Здесь люди действительно ценят мое время, и собаки любят мою компанию – им все равно, что я сделала или не сделала.</i>	<i>Счастье (80) Умиротворение (30)</i>
Ср	<i>3 часа занятий в университете</i>	<i>Когда я задаю вопрос, обычно кто-то хочет спросить то же самое, и это значит, что я (1) не боюсь спрашивать и (2) достаточно мудрая, чтобы понять, что нам нужно больше знаний.</i>	<i>Менее одиноко (55) Компетентная (40) Смелая (80) Немного глупая (20)</i>

Рис. 13.6. Лист повышения самооценки, заполненный Серафиной.

## **Устранение проблем: что делать, когда клиенты находятся в окружении, которое усиливает перфекционизм**

Участники семинаров обычно хотят знать, что делать с клиентом, который не может не страдать от перфекционизма в определенной области, так как он «предписан» извне. В качестве примера можно привести профессиональную балерину, которая, несмотря на историю нервной анорексии, от которой она выздоровела, должна была поддерживать низкий вес, чтобы оставаться в труппе. В то время как необходимо изучать все пути для разрешения этой ситуации, в действительности существуют некоторые внешние факторы, о которых невозможно договориться. В этом случае следует задавать непростые вопросы. Нужно ли удалять эту сферу деятельности из вашей жизни? Может ли она быть преобразована в другую область, которая имеет менее деструктивные последствия (например, стать учителем танцев, присоединиться к труппе, специализирующейся на стилях танца, которые требуют атлетизма, а не определенной формы тела или веса)? Необходимо в полной мере понять преимущества и недостатки сохранения этой сферы жизни, а также недостатки и преимущества ее преобразования или отказа от нее. Тогда может быть полезно «сжать время» – посмотреть, как будет выглядеть жизнь в разных сферах (например, работа, здоровье, эмоции, интимные отношения, дружба, финансы, отношения с другими людьми, хобби, участие в сообществе) через пять лет, если эта область жизни была сохранена, и если она была преобразована или удалена.

## **От самокритики к самосостраданию**

### ***Выявление самокритики и ее распространенности***

Голос самокритики может настолько закрепиться в жизни клиента, что ему будет трудно рассматривать его как нечто, что можно изменить. Может быть полезной оценка самокритики с исполь-

зованием *Шкалы дисфункциональных отношений* (DAS; Weissman, Beck, 1978), где многие из элементов схожи со шкалой озабоченности ошибками (ОО) из FMPS (Frost et al., 1990). Примеры пунктов: «Если я не установлю для себя самые высокие стандарты, я, скорее всего, стану второсортным человеком» и «Если я хочу быть достойным человеком, я должен быть действительно выдающимся как минимум в одной области». Оценка самокритического перфекционизма (Clara et al., 2007) показывает, что на этот фактор также указывают подшкала социально предписанного перфекционизма (СПП) из HMPS (Hewitt, Flett, 1991b) и подшкала самокритики из *Анкеты депрессивного опыта* (Blatt et al., 1976).

Чтобы помочь в идентификации этого типа мышления, с клиентом также следует обсудить характер самокритичных комментариев. Самокритика по своей природе подобна внутреннему задиру – голосу в голове, который постоянно указывает на недостатки. Одним из отличительных признаков критического голоса является то, что он допускает оценочные персональные суждения (например, «ты полный неудачник») и оскорбляет (например, «ты плохой, пустышка, безнадежный, неудачник, бездарь»). Кроме того, вы можете вернуться к самоконтролю, впервые представленному в раздаточном материале 13.2, и помочь клиенту определить, какие мысли были самокритичными, и в какой степени эти мысли имеют более неблагоприятные последствия, чем другие их типы.

Для выявления самокритичных допущений в ходе сессии может быть использована техника «стрела, направленная вниз». Можно обсудить с клиентом ситуации, которые возникли в связи с терапией и вызвали сильные негативные чувства, а также изучить общие исходные предположения. Например, в случае Джини, 16-летней ученицы с диабетом первого типа, с помощью техники «направленной вниз стрелы» были изучены три ситуации, как показано на рис. 13.7 (см. также раздаточный материал 13.3 в Приложении 2). Как видно, Джина испытывала сильную ненависть к себе, и ее самокритические мысли всегда приводили ее к выводу, что она бесполезна и неуместна в самых разных ситуациях – рабочий лист помог определить это как особый «тег» для ее самокритичного голоса.

Ситуация 1: <i>Попросили побыть няней в новой семье.</i>	Ситуация 2: <i>Завтра экзамен.</i>	Ситуация 3: <i>Использование назначенного инсулина.</i>
Чувства: <i>тревога.</i>	Чувство: <i>тревога.</i>	Чувство: <i>вина и тревога.</i>
Мысли: <i>Я не понравлюсь им, и я не сделаю работу хорошо.</i>	Мысль: <i>я не готова; я провалю экзамен.</i>	Мысль: <i>Не нужно делать этого снова.</i>
Первый вопрос: <i>Что будет значить, если это случится?</i> Ответ: <i>Всё будет плохо и меня не пригласят снова.</i>	Первый вопрос: <i>Что будет значить, если это случится?</i> Ответ: <i>Я буду выглядеть глупо.</i>	Первый вопрос: <i>Что будет значить, если это случится?</i> Ответ: <i>Вот чего ты заслуживаешь.</i>
Второй вопрос: <i>Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?</i> Ответ: <i>Я бесполезна и никому не нравлюсь.</i>	Второй вопрос: <i>Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?</i> Ответ: <i>Я бездарная и не заслуживаю успеха.</i>	Второй вопрос: <i>Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?</i> Ответ: <i>Я отвратительная, неприятная и не заслуживаю ничего хорошего.</i>
Третий вопрос: <i>Каково условие «если... то ...»?</i> Ответ: <i>Если я не нравлюсь людям, то это доказывает, что я жалкая и неприятная. Если я не делаю работу хорошо, то я бесполезна.</i>	Третий вопрос: <i>Каково условие «если... то ...»?</i> Ответ: <i>Если у меня ничего не получается, то я глупая, бесполезная и не заслуживаю ничего хорошего.</i>	Третий вопрос: <i>Каково условие «если... то ...»?</i> Ответ: <i>Если я не позабочусь о себе, то это значит, что я считаю себя бесполезной, чем я и являюсь.</i>

**Рис. 13.7.** Техника «стрела, направленная вниз», исследующая предположения, связанные с самокритикой.

### ***Исследование убеждений о полезности самокритики***

Клиент может утверждать, что без самокритики он станет ленивым, обычным или второсортным. Клиенты часто рассматривают самокритику как мотивацию много работать, концентрироваться на задании и достичь большего. Они говорят, что это «держит их в тонусе». Самокритику можно рассматривать как хороший знак или показатель того, что человек стремится к самосовершенствованию и обладает открытым разумом. Может существовать убеждение, что менее критичное отношение к себе приведет к самодовольству, баловству, хвастовству и зазнайству. Этот стиль мышления, указывающий на то, что путь к росту лежит через самокритику, существовал на протяжении веков, о чем свидетельствует цитата из Екатерины Сиенской (1347–1380), впервые приведенная в главе 3 и которую мы повторяем здесь: «Прилагайте максимальные усилия, чтобы искоренить любовь к себе из своего сердца и привить на ее место эту святую ненависть к себе. Это королевская дорога, по которой мы отворачиваемся от посредственности, и которая непременно ведет нас к вершине совершенства».

Важно различать конструктивную критику/обратную связь и самокритику. Обсудите с клиентом, что постановка целей и стандартов для достижения является нормальной частью жизни, и этот рост достигается за счет получения и адаптации в ответ на обратную связь. Однако самокритика подразумевает, что вы становитесь очень критичными в отношении себя как личности и своей ценности как личности, когда вы не соответствуете своим личным стандартам. Этому можно помочь, используя притчу, показанную в примере «Какого тренера вы бы выбрали?» В этом примере используется баскетбол, но он, вероятно, будет наиболее полезен, если вы выберете занятие или вид спорта, которые наиболее актуальны для вашего клиента.

#### **КАКОГО ТРЕНЕРА ВЫ БЫ ВЫБРАЛИ?**

*Представьте, что вы взяли свою дочь с собой на тренировки, чтобы научить ее играть в баскетбол. Мечтой вашего ребёнка всегда было хорошо играть в баскетбол, поэтому она очень взволнована и полна решимости стараться на уроках. Теперь представьте,*

что у вашей дочери занятия проходят под руководством трех разных тренеров: тренера Мо, тренера Ларри и тренера Керли.

Тренер Мо ничего не говорит каждый раз, когда ваш ребенок подпрыгивает и бросает мяч. Однако когда она бросает мяч или пропускает его тренер Мо обзывает её «слабачкой», «жалкой» и «бесполезной». Он говорит, что если ваша дочь не сможет играть безупречно, она будет считаться худшим игроком и будет отвергнута командой.

Тренер Ларри – совершенно другой, и он приветствует всех в команде. Независимо от выступления на площадке, он щедро хвалит каждого игрока, дает обратную связь только о том, что они делают хорошо, и игнорирует любые проблемы с их баскетбольной техникой.

Тренер Керли снова другой. Он не отчитывает вашу дочь каждый раз, когда она пропускает мяч, а скорее ободряет ее и говорит, что у нее все хорошо, когда она ловит мяч, и говорит что-то вроде: «Ошибаться – это нормально, потому что это помогает нам научиться играть лучше». В конце игры он уделяет время каждому игроку, чтобы подчеркнуть, что он или она сделали хорошо и что нужно улучшить. Он дает каждому игроку определенные навыки для работы в течение недели, чтобы повысить эффективность.

Теперь, какого тренера вы бы выбрали для обучения своего ребенка? Почему? Важно, какой тренер, по вашему мнению, поможет вашему ребенку получить лучшие результаты – тренер Мо, тренер Ларри или тренер Керли?

Адаптировано из (Hoffman, Otto, 2008). Авторские права 2008, Рутледж. Адаптировано с разрешения.

## **Решение проблем: самокритика**

Обсуждая мнения о полезности самокритики, вы можете заметить, что клиент начинает критиковать себя за использование самокритики! При обсуждении плюсов и минусов самокритики важно использовать валидацию, обсуждаемую в главе 8. Вы можете сообщить клиенту, что эти текущие ответы имеют смысл в его нынешнем и прошлом опыте. Может случить-

ся так, что клиент воспитывался в соответствии с философией «пожалеть розги и испортить ребенка», где были выделены недостатки и недооценены достижения, и он принял эту систему для себя, но ему нужно выработать когнитивную гибкость, чтобы решить, когда имеет смысл применять это правило. Это дает вам шанс в ходе терапевтической сессии работать с жесткими и неадаптивными правилами клиента.

### **Определение издержек самокритики**

Хотя сначала следует пригласить клиентов порассуждать об издержках самокритики в своей собственной жизни, им может быть трудно выйти за свои нынешние границы, чтобы сделать это. Таким образом, вы должны также предоставить психообразование об издержках самокритики. В своей книге *«Преодоление низкой самооценки»* Феннелл (Fennell, 1999) перечисляет ряд издержек самокритики. Две из них выделены ниже.

*Самокритика парализует вас, блокирует ваше обучение и заставляет вас чувствовать себя плохо*

Эта идея может быть исследована с помощью ряда поведенческих экспериментов. Феннелл предлагает два таких эксперимента, первый из которых заключается в том, чтобы клиент в течение нескольких минут просматривал список критических слов (например, *некомпетентный, некрасивый, неприятный, жалкий, бесполезный*) и обращал внимание на то, что происходит с его настроением, оценивая его «до» и «после». Второй – использовать образы, чтобы сосредоточиться на человеке, которого клиент знает и воспринимает как талантливого и уверенного в себе, и воображать, что за этим человеком неделями следит самокритичный чертенок, который всегда обзывает его, указывая на ошибки, критикует эффективность и игнорирует любые достижения. Что, по мнению клиента, произойдет со временем перед лицом этой непрекращающейся атаки? Как клиент думает, что человек может чувствовать? Что может случиться с уверенностью и способностью человека справиться и преуспеть в жизни?



Другой поведенческий эксперимент, который может быть мощным (в групповом или индивидуальном терапевтическом контексте), включает версию игры «Двадцать вопросов». В ходе групповой работы один участник выходит из помещения, а группа загадывает предмет. Человек возвращается, чтобы задать вопросы, ответом на которые может быть только «да» или «нет», чтобы угадать предмет. Без ведома человека, перед которым стоит задача угадать, в первый раз группе дают указание быть сочувствующими, ободряющими и конструктивными (например, «не совсем, но это было хорошее предположение: ты почти угадал»), а во втором случае – указание критиковать (например, «это глупое предложение; это бесполезно; это занимает очень много времени»). Попросите человека подумать о разнице между этими двумя ситуациями с точки зрения возникающих чувств, способности ясно мыслить и способности найти решение. Группа также может поразмышлять над тем, какие чувства это вызывало у участников и о том, что они заметили о способности человека дать ответ. Обычно человеку требуется гораздо больше времени, чтобы угадать ответ при втором условии, и затем можно обсудить последствия самокритики. Эта дискуссия может быть связана с психообразованием о самокритике, приведенным в главе 9.

### *Самокритика несправедлива и игнорирует действительность*

Природа самокритики заключается в том, что она в одностороннем порядке судит человека за конкретную ошибку или слабость по отношению к конкретной области или задаче. Она также игнорирует законные и важные причины, по которым были допущены ошибки (например, усталость или озабоченность другой проблемой, отсутствие всей информации, необходимой для принятия обоснованного решения). Клиента можно попросить сделать вывод о справедливости, представив, что он поступает так с другим человеком. Также может быть полезно обсудить, насколько последовательна самокритика с ценностями, которые клиент считает важными с точки зрения того, как следует относиться к другим. Некоторые общепринятые значения показаны на рис. 13.8, но клиентам необходимо формулировать свои собственные ценности и оценивать, как самокритика соотносится с каждым из них (см. также раздаточный материал 13.4 в Приложении 2).

Принятие: <i>Принимать своих друзей независимо от того, что они делают</i>	Забота: <i>Быть заботливым по отношению к другим</i>	Сострадание: <i>Чувствовать заботу о других</i>
Вежливость: <i>Быть вежливым и внимательным к другим</i>	Прощение: <i>Прощать других</i>	Великодушие: <i>Дать людям право на сомнения</i>
Помощь: <i>Помогать другим</i>	Надежда: <i>Сохранять веру в друзей</i>	Веселье: <i>Веселиться с друзьями и делиться с ними юмором</i>
Справедливость: <i>Относиться к друзьям справедливо</i>	Полезность: <i>Быть полезным для других</i>	Уважение: <i>Относиться к своим друзьям с уважением, а не подавлять их</i>

**Рис. 13.8.** Ценности, определяющие, как следует относиться к другим. Адаптировано из (Shahran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

После этого клиентов можно пригласить к обобщению обсуждаемых ранее и выявленных проблем в виде письменного «утверждения о влиянии», аналогичного тому, которое используется в терапии когнитивной переработки с людьми, которые пережили травматическое событие (Resick, Schnicke, 1996). Клиента просят записывать мысли о том, почему в их жизни появилась самокритика, какое влияние она оказала на них и других, и каким образом происходящее событие повлияло на их убеждения о себе, окружающих людях и мире. Полезно, если клиент может вслух прочитать это утверждение о влиянии, а его содержание и значение можно будет дополнительно обсудить, сосредоточив внимание на потенциальных «точках застревания», которые мешают перейти от самокритической позиции к более сострадательной.

### **Развитие сострадательной и уважительной реакции**

При знакомстве клиента с альтернативой самокритике можно исследовать идею самосострадания. Самосострадание – это кон-

струкция, которую клиент может использовать для разработки новой реакции. В то время как существуют различные определения самосострадания, Нефф (Neff, 2003) ссылается на трехмерное определение, где каждый положительный аспект имеет сопутствующий негативный аспект, структуру, поддерживаемую в исследованиях подростков и молодых людей (Neff, 2003; Raes et al., , 2011). Первое измерение – это доброта к себе, или доброе отношение к себе и терпимость к воспринимаемым недостаткам в сочетании с самооценкой. Второе измерение – это общее чувство человечности или восприятие страдания как объединяющего аспекта человеческого опыта в сочетании с изоляцией или ощущением одиночества со своими страданиями или недостатками. Третье измерение – это осознанность, признание внутренних аффективных состояний неосуждающим образом, в сочетании с чрезмерной идентификацией с этими аффективными состояниями.

Самосострадание, как было показано, защищает людей от негативной эмоциональности после неблагоприятных жизненных событий (Leary et al., 2007) и опосредует связь между когнитивной терапией на основе осознанности и уменьшением симптомов депрессии (Kuiken et al., 2010). Было обнаружено, что самосострадание сдерживает отрицательную самооценку у людей с низкой самооценкой (Leary et al., 2007) и более тесно, чем осознанность, связано с более низкими уровнями психопатологии и более высокими уровнями благосостояния (Van Dam et al., 2011). Это положительно связано с целями мастерства (которые включают в себя улучшение собственной эффективности) и отрицательно связано с целями эффективности (которые отражают стремление превзойти других), а также связано с меньшим количеством ориентированных на избегание стратегий перед лицом воспринимаемого академического провала (Neff et al., 2005).

Чтобы помочь клиентам развить некоторые сострадательные реакции, которые они могут протестировать, мы предлагаем работать во время сессии с клиентом, чтобы сгенерировать диапазон реакций, которые записываются и «ранжируются» клиентом в отношении того, насколько полезными они могут быть (например, от самых полезных до наименее полезных). Методы для генерации этих сострадательных реакций включают формулирование

ответов с точки зрения «вытянутой руки», написание терапевтического письма с точки зрения сострадательного другого, постановку ключевых вопросов для создания альтернатив, использование идеального образа сострадания, использование опросов и культивирование позиции принятия.

### *Формулирование реакций с точки зрения «вытянутой руки»*

Сначала вернитесь к самоконтролю, который был проведен в течение курса терапии до настоящего времени, и получите сострадательные ответы с точки зрения доброты, здравомыслия и осознанности. Используйте сократовский диалог и не допускайте, чтобы клиент говорил слова, которые вам хотелось бы от него слышать. Весьма вероятно, что клиентам будет очень трудно генерировать альтернативные ответы, поэтому может оказаться полезным помочь им выбрать «вытянутую руку» (например, «что бы вы сказали, если бы близкий друг выражал ту же самую самокритичную мысль» или «Что может сказать кто-то, кто о тебе заботится, в ответ на твои критические мысли?»). В качестве альтернативы вернитесь к ценностям, которые клиент оценил как наиболее важные, и спросите, как они будут выглядеть применительно к самому клиенту. На рис. 13.9 (см. также раздаточный материал 13.5 в Приложении 2) мы рассмотрим типы реакций, генерируемых Джиной в ответ на мысли о самокритике, определенные на рис. 13.7. Джина сочла эту работу довольно трудной и довольно пренебрежительно относилась к потенциальной полезности этих ответов, потому что «она не верила им; они были просто выдуманы». Ее попросили записать некоторые ключевые фразы, выражающие сочувствие к себе, на небольшом кусочке картона, носить с собой в течение следующей недели и регулярно их читать. Когда она вернулась на следующую встречу, она сказала, что была удивлена тем, насколько это помогло ее настроению, и как записи «казались на много менее глупыми», чем на прошлой неделе.

### *Написание терапевтического письма с точки зрения сострадательного другого*

Этот подход ранее был принят в работе с расстройствами пищевого поведения (Schmidt et al., 2002). Для написания письма

Самокритичная мысль	Практика доброты к себе	Практика общей человечности	Практика осознанности
<i>Если я не нравлюсь людям, то это доказывает, что я жалок и неприятен.</i>	<i>Я нравлюсь не всем, но у меня есть люди, которые меня любят.</i>	<i>Никто не является абсолютно неприятным.</i>	<i>Этот критический голос просто фокусируется на плохом и не рассматривает всю картину – хорошие и не очень хорошие моменты во мне.</i>
<i>Если я не успешен в учебе, то я глупый, бесполезный и не заслуживающий.</i>	<i>Плохая учеба не делает меня плохим человеком.</i>	<i>Каждый на каком-то этапе терпит неудачу, и из-за этого он не становится хуже – на самом деле неудача может способствовать росту.</i>	<i>Время, когда я терплю неудачи, нужно рассматривать как часть общей картины того, чего я достиг на сегодняшний день.</i>
<i>Если я не позабочусь о себе, то это будет значить, что я бесполезен, какой я и есть на самом деле.</i>	<i>Сосредоточусь на своих положительных аспектах вместо отрицательных.</i>	<i>Мне можно чувствовать себя хорошо – это основное право человека, это как способность дышать.</i>	<i>Мысли не всегда верны – мне не нужно слушать критику.</i>

**Рис. 13.9.** Создание самосострадательных реакций.

выбирается определенная ситуация или событие, о чем нужно написать четыре коротких письма. Первое с точки зрения клиента описывает, что произошло, как человек относился к этому, и самокритичные мысли, которые были связаны с ним. Второе написано

с точки зрения близкого друга, который описывает событие и его интерпретацию в доброй и любящей манере. Третье письмо написано кем-то, кого клиент знает и уважает и кто описывает ситуацию сбалансированным и справедливым образом по отношению к клиенту. Наконец, письмо написано кем-то, кто воспринимается как образец сострадательности и мудрости (например, далай-лама или мать Тереза) и чей взгляд на этот инцидент исходит из представления о добром, любящем и честном мире.

Есть несколько важных принципов, которые следует подчеркнуть для этого типа письма (Wade, Schmidt, 2009):

1. Практике в целом следует уделять не более двадцати минут (поэтому для упражнения, описанного выше, на письмо должно быть выделено около пяти минут).
2. Потенциальные темы должны быть обсуждены с терапевтом заранее, чтобы любой расстраивающий факт мог быть рассмотрен безопасным способом.
3. Один и тот же базовый контент или информация должны быть включены в каждую точку зрения – это изменение точек зрения и попытка увидеть их с позиции другого человека очень важны.
4. Между написанием с разных точек зрения не должно быть промежутков во времени – запись должна переходить сразу от одной перспективы к другой.

### **Решение проблем: преодоление препятствий для терапевтического письма**

Обязательно изучите потенциальные препятствия для терапевтического письма. Клиентам, борющимся с перфекционизмом, может быть трудно написать что-то из-за опасений по поводу негативного суждения. Обсудите с клиентом необходимость и полезность письменных практик с кратким объяснением научной основы экспрессивного письма (которое указывает на то, что это может помочь облегчить плохое настроение и улучшить результаты в отношении здоровья, например, Sexton,

Pennebaket, 2009). Мы говорим клиентам, что они не должны составлять эссе высокого качества, и чем более открытыми и честными они будут, тем полезнее будет упражнение. Клиентов просят писать непрерывно и спонтанно, чтобы минимизировать внутреннюю цензуру, и мы призываем их полностью выполнить задачу.

### *Использование ключевых вопросов для генерации альтернатив*

Феннелл (Fennell, 1999) приводит список вопросов для выявления когнитивных отклонений в самокритичном мышлении (р. 115), которые могут быть полезными для клиента, включая: «Каковы доказательства?», «Какие альтернативные перспективы существуют?», «Как влияет такой стиль мышления на меня?» и «Каковы мои предубеждения в отношении себя?» (например, «Я осуждаю себя как личность на основании одного события?» «Я обвиняю себя в вещах, которые на самом деле не моя вина?»).

### *Использование идеального образа сострадания*

Эта техника основана на тренинге сострадательной позиции Гилберта (Gilbert, Irons, 2005). Клиентам предлагается визуализировать возраст, внешность, выражение лица, позы и внутренние эмоции своего идеального сострадательного образа. Клиентов просят записать эти характеристики в письменном формате, а затем представить, что самосострадательная часть себя может рассматриваться как отдельная личность. Затем их просят медленно визуализировать, как они становятся этим человеком. За этим упражнением следует упражнение по написанию писем с точки зрения этого сострадательного человека, признающего его собственные положительные качества, достижения (независимо от того, насколько они малы), проблемы, с которыми он столкнулся, навыки и таланты, которые он развил, и аспекты его личности, которые помогали ему до сих пор и оценены другими.

### *Опросы*

Как указано в главе 9, опросы являются гибким инструментом и составляются индивидуально с клиентом. Вам нужно работать

с клиентом, чтобы создать опрос, который изучает то, что другие говорят себе, когда они сталкиваются с неудачей или разочарованием в достижении целей. Среди опрошенных должны быть люди, которых уважает клиент или которых клиент считает успешными.

### *Культивирование позиции принятия*

Метакогнитивное принятие играет важную роль в более широкой практике осознанности и обозначает способность испытывать мысли, чувства и физические ощущения без суждений или оценок и без необходимости избегать, изменять или контролировать их (Baer, 2003). Существует связь между использованием методов принятия и снижением негативного настроения (Singer, Dobson, 2007, 2009). С точки зрения его применения к самокритичным мыслям, клиента можно проинструктировать следующим образом:

«Обратите внимание на критические мысли и голос – наблюдайте за тем, как они выглядят, – и тогда вы сможете их отпустить. Один из способов сделать это – думать об этих мыслях так, как будто они проецируются на экран в кинотеатре. Вы сидите, смотрите на экран, ожидая появления мыслей или образов. Когда вы обращаете на них внимание, они находятся «на экране», а затем отпускаете их, наблюдая их исчезновение».

Эти методы были дополнительно изложены в работе, связанной с когнитивной терапией на основе осознанности (Segal et al., 2013).

Такой подход может быть приемлемым не для всех. Наше собственное исследование неудовлетворенности телом показывает, что, хотя принятие хорошо работает для уменьшения негативного аффекта, оно использовалось только примерно двумя третями исследованных людей, тогда как остальные использовали когнитивную переоценку, позитивное мышление или уверенность, избегание, решение проблем или зацикливание, несмотря на получение подробных инструкций по использованию стратегий принятия (Atkinson, Wade, 2012). Отсутствие взаимодействия со стратегиями принятия не было случайным событием, а скорее было предсказано более высокими уровнями негативного аффекта, трудно-



стями регуляции эмоций и избеганием преодоления трудностей. Тем не менее, некоторые клиенты предпочитают этот подход для генерации альтернативных мыслей. Например, Джина испытывала особенно сильное чувство отвращения к себе и сочла полезным написать следующие ответы на самокритичный голос в своем самоконтроле: «Мысли – это просто мысли. Они не всегда правы, и мне не нужно их слушать».

### ***Практика нового способа реагирования***

Важным инструментом, который поддерживает разработку и поддержание сострадательного способа реагирования, является использование самоконтроля. Как предлагается в главе 9, мониторинг в режиме реального времени может помочь клиентам дистанцироваться от своих самокритичных мыслей и стать наблюдателями этих мыслей, а не принимать их безоговорочно. Хотя клиенты вполне могут утверждать, что они хотят избежать сосредоточения на таких расстраивающих мыслях, им следует напомнить, что только путем противостояния этим мыслям они могут дать разные ответы. Мониторинг также включает в себя выработку самосострадательного ответа и напоминаний о необходимости позиции принятия, что делает эти новые стили реагирования более привычными и автоматическими с течением времени. Форма самоконтроля может быть разработана с клиентом для его конкретных потребностей, но заголовки, которые мы ранее использовали в таких формах, включают «инициирующие события», «самокритические мысли», «чувства», «что говорит сострадательный голос?», «какие навыки я могу практиковать?» и «что происходит с моими чувствами, когда я отвечаю таким образом?»

# ПРОКРАСТИНАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ВРЕМЕНЕМ

Одна из фундаментальных проблем, которые мы видим у наших клиентов с клиническим перфекционизмом, – это плохое управление временем. Например, они могут пытаться вписать слишком много в свои графики из-за стремления к достижениям, так что они всегда спешат, опаздывают и никогда не оставляют время для отдыха или расслабления. Или у них могут быть периоды прокрастинации, в течение которых они размышляют и откладывают задачи, которые необходимо выполнить, часто из-за беспокойства по поводу того, что они не выполняют их достаточно хорошо. Обычно клиенты с клиническим перфекционизмом колеблются между периодами непрерывной работы в направлении достижения целей и временем избегания и прокрастинации. Такие колебания соответствуют дихотомическим стилям мышления, которые мы обсуждали ранее. Даже когда человек откладывает начало работы, он редко занимается приятными делами. Часто клиенты верят, что делать то, что им нравится, – это «пустая трата времени», и что все время следует тратить на продуктивность и достижение прогресса на пути к своим целям. В периоды прокрастинации, вместо того чтобы использовать это время для приятной деятельности, они часто занимаются размышлениями и самокритикой по поводу своих стандартов и не позволяют себе делать что-то приятное. Они считают, что не были достаточно продуктивными, и потому не «заслужили этого». В этой главе мы рассмотрим способы, которыми вы можете помочь своим клиентам понять

влияние перфекционизма на их управление временем, и способы, которыми они подходят к идее свободного времени. Цель состоит в том, чтобы направить ваших клиентов к идее баланса в жизни, в которой они могут попытаться достичь некоторых из своих целей, но сбалансировать это со временем для отдыха и расслабления.

## **Техники преодоления прокрастинации**

Когда в ходе наших исследований мы спрашиваем клиентов о том, что они считают наиболее полезными аспектами терапии, среди наиболее цитируемых стратегий были те, которые использовались для борьбы с прокрастинацией (Steele et al., 2013). Это неудивительно, учитывая, что прокрастинация – это обычное поведение, которое мы наблюдаем у большинства наших клиентов с клиническим перфекционизмом. Это связано с высокой степенью дистресса и может быть одной из главных причин, почему кто-то обращается к терапии перфекционизма. Учитывая, что наши клиенты ценят то, что они хорошо используют свое время и достигают своих целей, времена, когда они оказываются непродуктивными и откладывают работу, приводят к большим трудностям.

Клиенты часто откладывают выполнение задач из-за их высоких стандартов. Много раз они сообщают, что откладывают выполнение задания из-за из-за боязни не справиться. Другие распространенные причины прокрастинации включают в себя мысль, что для успешного выполнения задачи потребуется слишком много времени, неспособность оставить задание на полпути (то есть оно займет слишком много времени) и беспокойство по поводу ощущения подавленности при попытке выполнить работу идеально. Клиенты также могут сообщить о своем желании затянуть задание до последней минуты, поэтому у них будет оправдание, в случае, если работа выполнена неидеально. Мы видим это в случае с Клаудией.

Клаудия сообщила, что она часто оставляла написание отчетов до того времени, когда они должны были быть выполнены, поскольку она знала, что выполнение их по ее стандарту требу-

ет большой работы и что она не сможет найти время в течение своего напряженного рабочего дня, чтобы посвятить часы составлению отчетов. Однако она также сообщила, что оставила их до прошлой ночи, так что, если она получит отрицательный отзыв о своих отчетах, она могла бы сказать, что у нее не было достаточно времени для их выполнения. Она сказала, что получить отрицательный отзыв на отчет, написанный за ночь до его публикации, будет намного хуже, чем получить отрицательный отзыв на отчет, который она начала ранее. Если она усердно работала над отчетом, а он получал отрицательный отзыв, это было бы подтверждением того, что она недостаточно компетентна в своей работе.

Вера в то, что откладывание работы до последнего момента защищает человека от самокритики, является саморазрушительной и контрпродуктивной и поддерживает бесполезный цикл прокрастинации и перфекционизма. В случае с Клаудией этот паттерн может привести к снижению эффективности из-за нехватки времени. Люди с клиническим перфекционизмом часто оказываются запертыми в порочных кругах перфекционизма и прокрастинации, и как терапевты мы должны помочь нашим клиентам понять, как это происходит, и изучить стратегии борьбы с этими бесполезными паттернами.

### ***Определение областей прокрастинации***

Первым шагом в решении проблемы прокрастинации является побуждение клиентов задуматься над областями, в которых их перфекционизм ведет к ее возникновению. На этом этапе терапии терапевт и клиент, вероятно, будут определять области перфекционизма клиента; однако иногда бывает полезно побудить клиентов задуматься над областями, в которых они откладывают решение проблем, используя раздаточный материал на рис. 14.1 (см. также раздаточный материал 14.1 в Приложении 2).

На этой стадии эффективным способом помочь клиентам лучше понять особенности своей прокрастинации может стать сократовский диалог. Например, она проявляется во многих областях жизни или только в некоторых? Существуют ли другие сферы

Область перфекционизма/поведение	Пример	Как проявляется прокрастинация
Питание/форма/вес	Откладывание при- мерки вещей	_____
Социальная жизнь	Откладывание звонка другу	_____
Организация	Откладывание состав- ления списка дел	_____
Чистота в доме, опрят- ность	Откладывание начала уборки	_____
Внешний вид	Откладывание глажки вещей	_____
Художественная эф- фективность	Откладывание новой картины	_____
Музыкальная деятель- ность	Откладывание заня- тий со скрипкой	_____
Спортивная деятель- ность	Откладывание трени- ровки	_____
Учебная деятельность	Запрос академическо- го отпуска	_____
Работа	Откладывание напи- сания отчёта	_____
Интимные отношения	Откладывание свидан- ия	_____
Родительство	Откладывание выбора школы	_____
Здоровье, фитнес	Откладывание про- гулки	_____
Развлечение	Откладывание при- готовления еды для вечеринки	_____
Другие области пер- фекционизма:		_____

**Рис. 14.1.** В каких областях моей жизни я прокрастинирую? Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права: Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

жизни, в которых есть прокрастинация, и о которых они ранее не знали? Также полезно обсудить самоконтроль прокрастинации и негативные прогнозы, которые ее запускают. В случае, описанном ранее, прокрастинация у Клаудии возникла из-за ее прогноза, что она не будет хорошо писать отчеты и что она получит отрицательный отзыв от своего босса. Пример заполненной формы самоконтроля для Клаудии можно увидеть на рис. 14.2 (см. также раздаточный материал 14.2 в Приложении 2).

Этот тип рабочего листа, в котором клиенты отслеживают свои перфекционистские прогнозы, которые приводят к прокрастинации, может затем использоваться в терапии, чтобы помочь клиентам определить порочный круг перфекционистских убеждений и прокрастинации.

Другая стратегия, которая может помочь клиентам в распознавании их моделей прокрастинации, заключается в том, чтобы побудить их думать о прокрастинации более широко и выработать некоторое представление о том, как это происходит у других

Область перфекционизма и ситуация	Перфекционистский прогноз	Прокрастинация	Чувства (уровень 0-100%)
<p><i>Работа</i></p> <p><i>На работе думаю о написании отчетов</i></p>	<p><i>Я не смогу написать отчет идеально (40%).</i></p> <p><i>Мой босс не будет доволен моей работой (85%).</i></p>	<p><i>Чтение электронной почты весь день, вместо того, чтобы делать отчет.</i></p> <p><i>Думаю о том, как босс исправлял некоторые области моих отчетов раньше.</i></p> <p><i>Составление отчета до ночи перед сдачей.</i></p>	<p><i>Тревога (90%).</i></p>

**Рис. 14.2.** Самоконтроль прокрастинации. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права: Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

людей, посмотрев клип YouTube «Прокрастинация» в «Сказаниях о простом существовании» Льва Йилмаза (обсуждалось ранее в главе 12). Это короткий, легкомысленный клип, в котором кто-то прокрастинирует, и показывает типичную картину откладывания работы, отвлекаясь на другие несоответствующие задачи. Короткие клипы, подобные этим, часто забавляют клиентов, но также могут помочь обеспечить более объективную перспективу, когда они думают о своей собственной прокрастинации, тем самым обеспечивая мотивацию к изменениям и избегая застревания в порочном круге, изображенном в клипе.

### **Устранение проблемы влияния прокрастинации на терапию**

Полезно отметить, что прокрастинация – это проблема, которая может помешать клиентам выполнить домашнее задание и заняться самоконтролем. Решите эту потенциальную проблему непосредственно при назначении самоконтроля прокрастинации. Стратегии, которые могут помочь клиентам в самоконтроле, включают напоминания о его завершении в тот момент, когда проявляется это поведение, хранение листов самоконтроля на видном месте или установка напоминаний (например, оповещения смартфона). Однако, если ясно, что клиенту трудно заниматься домашним заданием или заполнять рабочие листы, вы можете использовать эту проблему во время сессии в качестве примера, чтобы проиллюстрировать проблему прокрастинации. Вы и клиент можете выбрать заполнение формы самоконтроля в ходе сессии, направленной на заполнение рабочих листов, и при выполнении домашних заданий в терапии. Эта стратегия может помочь клиентам выявить убеждения, которые способствуют прокрастинации, и помочь решить проблемы с выполнением домашних заданий, которые могут помешать прогрессу терапии.

### ***Введение концепции «порочного круга», иллюстрирующей связь между перфекционизмом и прокрастинацией***

Одним из наиболее важных шагов в решении проблемы прокрастинации является помощь вашему клиенту в понимании взаимных связей между прокрастинацией и перфекционизмом. К этому моменту вы будете работать с клиентом, чтобы разработать совместную концептуализацию, которая включает возможную роль прокрастинации в поддержании перфекционизма. Тем не менее, на данном этапе полезно более подробно остановиться на этом, используя сократовский диалог в продолжение предыдущих обсуждений или рабочие листы, определяющие перфекционистские прогнозы, возникающие в контексте прокрастинации. Используя эти выявленные убеждения, вы можете расширить один из этих примеров и спросить клиента, какое влияние прокрастинация оказала на перфекционистские прогнозы и тенденцию оценивать себя на основе достижений. Обратите внимание на эту строку с вопросом в следующем диалоге случая Клаудии:

**ТЕРАПЕВТ:** Клаудия, вы предсказали, что не будете писать свои отчеты хорошо, поэтому вы отложили работу над ними до вечера. Как вы думаете, какое влияние прокрастинация оказала на вашу уверенность в том, что вы плохо пишете отчеты?

**КЛАУДИЯ:** Что ж, это, вероятно, усугубило ситуацию, потому что, когда я пишу отчеты поздно вечером, я очень устаю и склонна делать глупые ошибки, особенно когда меня торопят. Это, вероятно, связано с моими идеями, что я не умею делать отчеты.

**ТЕРАПЕВТ:** Итак, кажется, что прокрастинация на самом деле усиливает ваши прогнозы о том, что вы не справитесь, и иногда это может быть основано на реальности, когда вы оставляете это до последней минуты и делаете несколько ошибок. Какое влияние это имеет на проблему самооценки, основанной на том, насколько вы успешны в работе?

**КЛАУДИЯ:** Ну, я полагаю, это снова ухудшает ситуацию, так как я всегда чувствую, что у меня не все в порядке, что за-



ставляет меня думать, что в следующий раз мне придется постараться еще лучше. Но я так увлеклась мыслями о том, чтобы сделать работу хорошо, что просто откладываю её и оставляю до последней минуты.

**ТЕРАПЕВТ:** Да, это, конечно, звучит именно так. Клаудия, мне интересно, есть ли здесь какой-то цикл, в котором вы основываете свое чувство ценности на своих рабочих достижениях, что заставляет вас беспокоиться о том, чтобы делать работу хорошо, но откладывать её. Затем, после того как вы это делаете, вы еще больше беспокоитесь о том, чтобы хорошо поработать, и становитесь самокритичной из-за прокрастинации, что еще больше откладывает вашу работу. Да, это, конечно, звучит именно так. Клаудия, мне интересно, есть ли здесь какой-то цикл, в котором вы основываете свое чувство ценности на своих рабочих достижениях, что заставляет вас беспокоиться о том, чтобы делать работу хорошо, но откладывать её. Затем, после того как вы это делаете, вы еще больше беспокоитесь о том, чтобы хорошо поработать, и становитесь самокритичной из-за прокрастинации, что еще больше откладывает вашу работу.

Вы можете прояснить это, нарисовав рисунок, иллюстрирующий цикл между прогнозами и прокрастинацией. Такая цифра может помочь клиентам понять, что чем больше они откладывают, тем сильнее становятся их перфекционистские прогнозы и тем больше вероятность того, что они снова это сделают, что, в свою очередь, еще больше повышает перфекционизм. Преодоление этого порочного круга требует помощи клиентам в понимании того, как перфекционистские прогнозы и самооценка, основанные на достижениях, увеличиваются из-за прокрастинации, а затем бросают вызов связанным мыслям и поведению. Иногда на этом этапе может быть полезно использовать другие примеры, чтобы проиллюстрировать порочный круг перфекционизма и прокрастинации, как показано на рис. 14.3 (см. также раздаточный материал 14.3 в Приложении 2).

### *Как прокрастинация поддерживается растущей верой в перфекционистские прогнозы*

Ознакомление клиента с примерами на рис. 14.3 поможет выделить порочный круг, связывающий прокрастинацию и перфекционизм, а также укрепит идею о том, что прокрастинация часто поддерживается за счет того, что она увеличивает степень веры клиентов в свои перфекционистские прогнозы. Это увеличивает вероятность продолжения прокрастинации. Затем вы можете использовать эти знания в качестве рычага, чтобы помочь клиентам понять, что им нужно изменить как свои прогнозы, так и свое поведение для борьбы с прокрастинацией, и что уменьшение прокрастинации поможет уменьшить перфекционизм (из-за сильной взаимной связи между ними).

### *Как прокрастинация поддерживается путем повышения самооценки, основанной на достижениях*

В предыдущем примере диалога терапевт помог Клаудии понять, что прокрастинация укрепила ее мнение о том, что самооценка должна основываться на достижениях, и что чем больше укрепляется эта точка зрения, тем больше вероятность того, что Клаудия будет беспокоиться о соблюдении своих стандартов и откладывать работу на потом. При обсуждении порочного круга используйте как диаграмму порочного цикла прокрастинации, так и диаграмму совместной концептуализации (глава 7 этой книги), чтобы помочь клиенту увидеть, как прокрастинация приводит к убеждению в том, что человек терпит неудачу в задачах и поэтому он неудачник как личность. Полезный прием, который можно использовать на данном этапе, это сократовский диалог с клиентом, например:

«Итак, учитывая, что мы знаем, что прокрастинация заставляет вас продолжать думать, что вы неудачник и хороши, только когда чего-то добиваетесь, если бы вы смогли сломать эту модель прокрастинации, что, по вашему мнению, могло бы повлиять на ваше чувство собственного достоинства?»

При- мер	Область перфекционизма	Перфекционистский прогноз	Прокрастинация	Как прокрастинация развивается, увеличивая веру в прогнозы
Тадж	Работа	Я не смогу написать отчеты на отличном уровне.	Задержка написания отчетов. Составление подробных списков, чтобы отложить работу над отчетами. Смотреть на часы, думая об отчетах. Раскладывать визитки.	Чем больше Тадж откладывал, тем меньше времени ему оставалось на работу с отчетами. В итоге они не соответствовали стандарту, который был установлен, что усиливало его веру в свой прогноз: отчёты были не идеальными, что повышало вероятность прокрастинации.
Анил	Уборка	Мне не удастся привести в идеальный порядок каждую комнату, поэтому я не смогу начать уборку.	Откладывать уборку, пока дом не станет очень грязным.	Чем больше Анил откладывал уборку, тем больше он верил своему прогнозу, что он не достигнет своего стандарта, и это заставляло его продолжать откладывать.
Клэр	Учёба	Я никогда не смогу сделать задание хорошо.	Спать. Смотреть на компьютер, пытаясь придумать идеи. Не делать задание.	Чем больше Клэр откладывала работу над своим заданием, тем больше она верила своему прогнозу, что она не сможет сделать задание хорошо, и тем больше она продолжала избегать работы над заданием.

**Рис. 14.3.** Понимание того, как прокрастинация поддерживается растущей верой в перфекционистские прогнозы. Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права: Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

<p><i>Матиас</i></p> <p><i>Моя работа и социальная жизнь</i></p>	<p><i>Работа и социальная жизнь</i></p>	<p><i>Если я не оставлю вещи до последней минуты, я буду настолько увлечен проверкой их идеальности, что я ничего вообще не сделаю.</i></p>	<p><i>Отложил отправку заявления о приеме на работу, а затем совершил ошибку, забыв о печати на конверте.</i></p>	<p><i>Чем больше Матиас откладывал на потом, тем больше вероятность небольших ошибок из-за спешки, что усилило его уверенность в том, что ему нужно долго проверять работу, и увеличило вероятность прокрастинации.</i></p>
<p><i>Мой пример</i></p>				

**Рис. 14.3** (окончание).

С помощью этой линии вопросов клиенты могут научиться видеть, что уменьшение прокрастинации может оказать большое влияние на уменьшение проблемы восприятия самооценки как функции достижений, что, как обсуждалось в этой книге, является фундаментальной проблемой в клиническом перфекционизме. Этот тип опроса может затем привести к использованию мотивационных стратегий.

### **Методы повышения мотивации при прокрастинации**

Стандартные методы повышения мотивации могут помочь клиентам понять негативные последствия прокрастинации и то, как ее преодоление может помочь им в жизни. Можно использовать принятые стратегии учета выгод и затрат, чтобы помочь клиентам изучить негативные последствия прокрастинации. После того как вы с клиентом составите список преимуществ и затрат прокрастинации, вы можете помочь клиенту учесть негативные последствия прокрастинации, уточнив затраты и собрав более подробную информацию о ее влиянии. Вы также можете повысить мотивацию, бросив вызов некоторым из ощутимых преимуществ прокрастинации (например, вера в то, что откладывание задачи на потом уменьшит тревогу). Полезно выделить и сопоставить краткосрочные и долгосрочные последствия и подтвердить

некоторые из предполагаемых преимуществ прокрастинации. Например, вы можете признать, что в краткосрочной перспективе люди могут испытывать некоторое беспокойство от откладывания работы на потом, но затем спросите, какое влияние прокрастинация оказала на тревогу клиента в долгосрочной перспективе. Помогите клиенту понять, что облегчение после прокрастинации является кратковременным, и что прокрастинация часто приводит к увеличению беспокойства по мере нарастания задач, вызывая такие мысли, как «Я должен выполнить эту работу», что, в свою очередь, еще больше увеличивает тревогу. Одним из основных выводов этого обсуждения является то, что прокрастинация не имеет реальных преимуществ, или, если и есть преимущества (например, небольшое временное снижение тревоги), они недолговечны. В долгосрочной перспективе прокрастинация обходится клиенту намного дороже при высоком уровне стресса и напряжения.

Еще одно важное замечание, которое следует учитывать при рассмотрении выгод и издержек, – это негативное влияние, которое прокрастинация оказывает на фактическое выполнение задач, о котором так заботятся люди с перфекционизмом. Например, вы можете помочь клиентам увидеть, что разрешение на накопление задач может привести к высокой тревожности, что может повлиять на эффективность, как только они начнут работу. Здесь также может быть полезно напомнить им о кривой Йеркса-Додсона (см. раздел о психообразовании в главе 9), иллюстрирующей, как некоторая тревога может способствовать эффективности, но чрезмерное беспокойство может помешать ей. Также полезно уточнить влияние прокрастинации на время, необходимое для выполнения работы. Например, если человек откладывает выполнение задания так долго, что для его выполнения остается ограниченный срок (как в случае с Клаудией), то на самом деле человек может в итоге выполнить его менее удовлетворительно, чем если бы было больше времени, которое можно уделить работе. Этот момент часто может быть сложным, поскольку клиенты могут объяснить, что они «работают лучше в условиях стресса и напряжения» и что их стратегия всегда заключалась в том, чтобы отложить вещи до последней минуты. Для решения этой проблемы полезно предложить поведенческие эксперименты, подобные тем, которые обсуждаются ниже.

### **Когнитивные стратегии преодоления прокрастинации**

Поведенческие эксперименты могут быть полезны для борьбы с прокрастинацией и связанными с ней убеждениями (например, убеждением, что откладывание задач до последней минуты приводит к более высокой эффективности). Стратегии проведения поведенческих экспериментов были рассмотрены в главе 12. Чтобы проиллюстрировать, как поведенческие эксперименты могут использоваться для оспаривания убеждений, связанных с прокрастинацией, рассмотрим пример Тайлера, студента университета, который обратился к терапевту с проблемой высокой тревожности и прокрастинацией. Тайлер часто оставлял свои задания до вечера, когда они должны были быть готовы, так как считал, что лучше всего работает под давлением. Терапевт Тайлера предложил ему выполнить два поведенческих эксперимента – один, в котором у него было достаточно времени для выполнения задания, и другой, где он выполнил задание в последнюю минуту. Тайлера попросили оценить, насколько хорошо он выполнил задание, сколько тревоги он пережил, и любые другие наблюдения, которые были актуальны, как показано на рис. 14.4 (см. также раздаточный материал 14.4 в Приложении 2).

Этот тип эксперимента может быть полезен, чтобы помочь клиентам понять негативное влияние, которое прокрастинация может оказать на эффективность, и осознать, что промедление часто приводит к самому последствию, о котором они беспокоятся (то есть, к худшим результатам), и что уменьшение прокрастинации может привести к повышению эффективности. Подобный эксперимент можно было бы использовать в случае с Клаудией, которая считала, что ее начальник даст отрицательный отзыв о ее отчетах. Клаудию можно попросить оценить степень отрицательной обратной связи, которую она может получить за отчет, подготовленный накануне вечером, и отчет, подготовленный ранее, и выяснить, действительно ли отчеты, подготовленные ранее, с большей вероятностью получают отрицательный отзыв, чем те, которые были подготовлены в последнюю минуту.

Для борьбы с прокрастинацией также можно использовать дневники мыслей. Клиенты часто имеют бесполезные стили мышления в отношении прокрастинации, о чем свидетельствуют про-

**Проверка убеждения (оцените степень веры, 0–100%):**

*Я лучше всего работаю под давлением; откладывание и оставление заданий до последней минуты помогает мне сделать лучше (85%).*

**Проверка альтернативного убеждения (оцените степень веры, 0–100%):**

*Прокрастинация и откладывание задач до последней минуты на самом деле не помогает мне (15%).*

*Эксперимент, который проверит убеждение (укажите, что вы будете делать подробно, в том числе когда, где и как):*

- 1. Начать задание за 1 неделю до его выполнения; сдать его на день раньше.*
- 2. Начать задание за 1 день до его выполнения; сдать его за 5 минут до истечения срока.*

*Оцените следующее и сравните свои заметки для эксперимента 1 против 2:*

*Насколько вы беспокоились? (0-100). Насколько вы были эффективны? (0-100). Каков был результат? Какой из них привел к более высокой эффективности?*

**Прогноз:**

*Если я начну выполнять задания раньше, я буду чувствовать себя разбитым и взволнованным и выполнять свою работу хуже, так как я лучше работаю под давлением.*

*Укажите прогноз (укажите поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций):*

*Я не выполню задание хорошо, если я начну его на неделю раньше, а не в ночь перед сдачей (90%), я буду беспокоиться всю неделю (80%).*

*Какие проблемы могут возникнуть, и как вы их преодолеете?*

*Возможно, я не смогу провести эксперимент на важном задании. Может быть, мне придется выполнить его на примере задания, которое меня не волнует.*

*Эксперимент – что вы сделали?*

*Я сделал эксперимент, который я запланировал.*

**Результаты – что произошло?**

*Я получил оценку немного выше за задание, которое я начал раньше, я чувствовал себя более спокойным, когда начал его накануне вечером.*

**Рис. 14.4.** Поведенческий эксперимент для преодоления прокрастинации.

*Пересмотрите сделанные прогнозы: какой вы можете сделать вывод? Переоцените убеждения, которые вы проверяли, а также альтернативу, если у вас она была.*

**Прогнозы:**

*Я не сделаю задание хорошо, если начну его за неделю до его исполнения, а не за ночь до этого (60%); Я буду беспокоиться всю неделю (10%). Я могу заключить, что мои прогнозы не оправдались – я сделал задание хорошо и был менее взволнован, чем когда я делал его в ночь перед сдачей.*

**Альтернативное убеждение, подлежащее проверке (степень убежденности 0-100%):**

*Прокрастинация и откладывание задач до последней минуты на самом деле делает меня менее эффективным (75%).*

**Рефлексия, включая планы на любые последующие эксперименты:**

*Бесполезно оставлять работу на последний момент. Я на самом деле работал лучше, когда у меня было больше времени, и я чувствовал меньше давления. Я должен ещё раз сделать это с другим типом задания, чтобы действительно изменить мои убеждения.*

**Пересмотренное убеждение:**

*Оставлять работу на последний момент – это стресс, и он приводит к худшим оценкам; я могу работать лучше, если начну что-то раньше, и я постараюсь сдать задание в срок.*

**Рис. 14.4** (окончание).

гнозы, описанные в более ранних случаях Тайлера (например, «я буду более эффективен, если оставлю это до последней минуты», «Я буду беспокоиться, если начну рано») и Клаудии (например, «мой босс даст мне отрицательный отзыв на мои отчеты»). Для оспаривания этих идей могут быть использованы стандартные записи мыслей, хотя поведенческие эксперименты, вероятно, будут более эффективным способом продемонстрировать клиентам, что некоторые из их прогнозов могут быть необоснованными.

Одним из преимуществ записей мыслей является создание напоминаний или «справляющихся заявлений», которые клиент мо-



жет впоследствии использовать для оспаривания мыслей, связанных с прокрастинацией. Рассмотрим следующий пример на рис. 14.5. Этот тип записи мыслей может помочь терапевту сделать с Клаудией флеш-карту полезных напоминаний о ее прокрастинации, которую она может держать под рукой (например, закрепить возле своего стола или создать заставку на своем компьютере).

А – Запускающее событие	В – Убеждения (степень 0-100%)	С – Последствия (степень 0-100%)	D – Обсуждение	Е – Оценка результата
<p>Каким было событие, ситуация, мысль, образ или воспоминание?</p>	<p>Что пришло мне в голову?                      Что это говорит обо мне как о личности?                      Я использую бесполезные стили мышления?</p>	<p>Что я чувствовала?</p>	<p>Что бы сказал друг? Есть ли другой взгляд на эту мысль?</p>	<p>Что я чувствую сейчас?</p>
<p><i>Смотрю на компьютер, думаю об отчете</i></p>	<p><i>Я никогда не пишу хорошие отчеты (40%) (пророческое мышление)                      Мой начальник подумает, что я плохо справилась, и раскритикует мои отчеты; я глупая (30%) (чтение мыслей, пророческое мышление, ярлыки)</i></p>	<p><i>Тревога (40%)</i></p>	<p><i>Я уже получала хорошие отзывы от моего босса о моих отчетах. Я не буду знать, скажет ли мой босс, что я сделала работу плохо, пока я не сдам ее; он никогда не говорил, что я глупая; он хвалил меня раньше.</i></p>	<p><i>Тревога (50%)</i></p>

Рис. 14.5. Пример записи мыслей для борьбы с прокрастинацией.

Другие типы полезных напоминаний, которые клиенты часто находят интересными, показаны в табл. 14.1 (см. также раздаточный материал 14.5 в Приложении 2).

### ***Поведенческие техники для преодоления прокрастинации***

Одной из наиболее распространенных причин прокрастинации является отсутствие мотивации для начала работы и убеждение в том, что лучше подождать, пока она не появится. Конечно, это убеждение бесполезно, так как мотивация имеет тенденцию возрастать после начала. Терапевт указывает клиенту на то, что «ожидание мотивации» – это ловушка (Shafran et al., 2010), а затем переходит к сократовскому диалогу, в ходе которого задает ряд вопросов относительно того, каким образом, по мнению клиента, у него появится мотивация, и было ли у клиента ощущение её отсутствия, а затем внезапное чувство мотивации к действию. Также полезно спросить, имел ли клиент опыт мотивации после начала работы. Примером, который может помочь в этом обсуждении, является упражнение, для которого убеждение, что человек должен чувствовать мотивацию, прежде чем начинать упражнение, отталкивает его от выполнения упражнения. С другой стороны, как известно любому, кто когда-либо занимался физическими упражнениями, мотивация обычно начинается после начала фи-

### **ТАБЛИЦА 14.1. Полезные напоминания при прокрастинации**

- «Я чувствую себя лучше, когда начинаю что-то».
- «Я чувствую меньше тревоги, когда начинаю выполнять задачу, которую откладываю».
- «Если я отложу это, я буду чувствовать себя хуже».
- «Начало работы с заданием придает мне уверенности и силы продолжать».
- «Я не неудачник из-за прокрастинации; если я начну с малого, я буду чувствовать себя лучше».
- «Прокрастинация вызывает у меня беспокойство, поэтому лучше не откладывать».

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права: Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

зических упражнений и продолжает расти по мере продолжения регулярных занятий. Эта идея может быть проиллюстрирована терапевтом с помощью белой доски в кабинете, как показано на рис. 14.6 и 14.7.

Вы можете ввести здесь некоторый юмор с помощью аналогии, такой как «ожидание мотивационного автобуса». Представьте себе человека, сидящего без дела, ожидающего прибытия скоростного мотивационного автобуса на остановке, которая обслуживается только местным автобусом. Такой человек будет долго ждать на автобусной остановке и вряд ли попадет туда, куда ему нужно. С другой стороны, если человек встает и начинает идти в правильном направлении к правильной автобусной остановке (метафора действия) или садится на местный автобус и проезжает несколько остановок, пока не доберется до остановки скоростного автобуса, гораздо больше шансов достичь того, чего человек хочет, и чувствовать себя более мотивированным, чтобы продолжать.

Это психообразование, связывающее отношения между действием и мотивацией, является полезным мостом, который вы можете использовать, чтобы представить простую поведенческую технику разделения больших задач на маленькие управляемые части, которые приведут к большей цели. Оно объясняет, что как только клиент сделал хотя бы один шаг к выполнению задачи, мотивация повысится и человек будет на пути к достижению цели.

Рассмотрим случай с Тайлером, который использовал эту стратегию (рис. 14.8), чтобы справиться со своей прокрастинацией в отношении заданий (см. также раздаточный материал 14.6 в Приложении 2).

*Мотивация* —————→ *Действие*

**Рис. 14.6.** Обычно предполагаемая связь между мотивацией и действием.

*Действие* —————→ *Мотивация*

**Рис. 14.7.** Реальная связь между мотивацией и действием.

**1. Определить задачу/цель.**

*Начать задание за неделю до срока выполнения; сдать его на 1 день раньше*

**2. Разбейте задачу на управляемые части и оцените от самых простых до самых сложных (0-100).**

*100 – Начать выполнять задание*

*90 – Перечитайте задание, проверьте орфографические ошибки и убедитесь, что оно звучит хорошо*

*80 – Написать вводную и заключительную часть задания*

*70 – Записать основные аргументы для каждой области, расширяя их*

*60 – Обобщить основные моменты из исследования в пунктах маркированного списка под каждым подзаголовком*

*50 – Читать статьи и исследования по каждой из областей задания*

*40 – Сделать исследование на компьютере, чтобы найти информацию о каждой из областей*

*30 – Записать маркеры для областей, которые могут быть включены в каждый подзаголовок*

*20 – Написать подзаголовки, которые будут использоваться на протяжении всего задания*

*10 – Сохранить новое имя файла на компьютере для задания*

*0 – Подумать о задании*

**Рис. 14.8.** Разбивка задач на управляемые части для преодоления прокрастинации.

## Техники решения проблем

В преодолении перфекционизма клиентам часто могут быть полезны методы решения проблем. Вы можете представить клиентам решение проблем как инструмент, который они могут использовать в любой ситуации между сессиями. Подчеркните, что процесс выписывания шагов для решения проблемы полезен, поскольку он часто помогает человеку обрести объективность в отношении проблемы и подумать о способах решения, которые

иначе можно было бы не заметить. На рис. 14.9 приведен пример заполненного рабочего листа решения проблем в случае Сандрин, чей перфекционизм в отношении чистоты ее дома мешал ее социальной жизни.

Сандрин была сорокапятилетней замужней женщиной, которая любила общаться с друзьями. Однако она придерживалась очень высоких стандартов содержания своего дома в чистоте и порядке, и ей нужно было, чтобы ее дом выглядел как музей, прежде чем ее друзья могли прийти в гости. Она жаловалась на усталость, так как она проводила весь день за уборкой, прежде чем сможет позвать друга, и в результате она обычно не приглашает людей. Друзья Сандрин дразнили ее за то, что они никогда не приходили к ней, и что ее дом всегда выглядел идеально. Они говорили ей, что попросту боятся идти к ней домой, так как не хотят ничего портить. Сандрин призналась, что ее смущали эти шутки, но ей все еще было трудно приглашать гостей, если дом был убран не идеально.

## **Управление временем и планирование приятных событий**

Обращаясь к управлению временем и планированию приятных событий, вы можете помочь клиенту понять важность баланса между «достижениями» и временем для отдыха и расслабления. Одна из наиболее распространенных проблем перфекционизма заключается в том, что клиенты не выделяют себе времени для отдыха или веселых занятий, поскольку всегда чувствуют, что должны делать что-то продуктивное и работать для достижения своих целей. Кроме того, клиенты часто испытывают трудности с управлением своим временем (например, они могут быть очень спешными и опаздывающими, пытаясь вписаться в слишком много видов деятельности). Часто клиенты имеют дихотомические модели поведения, в которых они колеблются между временами переутомления и спешки, с одной стороны, и периодами прокрастинации, с другой стороны, в которых они описывают не-

**1. Определите проблему.**

Опишите проблему объективно и точно.

*Пригласила подругу на кофе, но чувствую, что мне нужно провести весь день в уборке дома, прежде чем она придет. Поэтому я чувствую, что хочу отменить визит.*

**2. Общие потенциальные решения.**

Мозговой штурм всех возможных решений проблемы.

Продолжайте перечислять все идеи, которые вы можете придумать, не оценивая их как хорошие или плохие.

Подчеркните два или три решения, которые, скорее всего, будут полезными и наиболее реальными.

*Отменить визит, перенести визит, сделать генеральную уборку, сделать уборку только в комнате, в которой мы будем, оставить в доме все как есть*

**3. Выберите решение.**

Рассмотрите плюсы и минусы двух или трех лучших решений с точки зрения того, насколько это возможно и насколько это решит проблему.

Выберите решение, которое кажется лучшим.

*Если я перенесу визит, я просто поддержу свой перфекционизм (который я пытаюсь изменить), и подруга будет разочарована, так что уборка столовой, где мы будем сидеть, – лучший вариант.*

**4. Запланируйте решение.**

Запланируйте список действий, которые необходимо предпринять для достижения решения.

*Закрывать двери в другие комнаты, ограничить время для уборки в столовой, не делать обычную «генеральную уборку», которую я делала бы перед приходом кого-нибудь (например, мытье ковров, мытье окон и жалюзи).*

**5. Выполнение плана.**

*Убрано в столовой, двери в другие комнаты закрыты, не делала большой «генеральной уборки».*

**6. Оцените результат.**

Каков был эффект от этого решения?

*Я чувствовала себя довольной тем, что смогла нарушить привычку не звать друзей на кофе из-за того, что мне приходилось идеально убирать дом. Мне понравилась эта встреча, и хотя я чувствовала себя немного неловко из-за того, что дом не был убран в соответствии с моим обычным стандартом, мне полезно узнать эти чувства и видеть, что быть с людьми важнее, чем чистота моего дома.*

**Рис. 14.9.** Решение проблем.

способность сделать что-либо полезное, потерю времени и слабую вовлеченность в работу. Тем не менее, это время, когда они занимаются прокрастинацией и избеганием, не используется для приятных или веселых занятий. Таким образом, цель терапевта состоит в том, чтобы еще раз представить клиенту понятие баланса, использовать графики управления временем, чтобы помочь клиентам планировать свое время более сбалансированным образом, чтобы они включали время для отдыха, расслабления и приятных занятий, так чтобы не все время было посвящено стремлению и достижению. Это, вероятно, положительно скажется на настроении клиентов, а перерывы на участие в приятных мероприятиях помогут им почувствовать себя бодрыми, отдохнувшими и способными решать задачи, которые они откладывали. Терапевтам часто помогает применение сократовских диалогов в духе: «Как вы думаете, какой человек будет более продуктивным, кто работает двенадцать часов в день и спит всего четыре часа в сутки, или тот, кто работает восемь часов в сутки и спит восемь часов?» Этот тип вопроса может быть информативным, поскольку клиенты с перфекционизмом часто отвечают, что люди, которые работают дольше, более продуктивны, поскольку у них больше свободного времени. Может быть полезным ответить на вопросы о влиянии усталости на способность работать и представить идею о том, что, хотя они могут работать дольше, они могут быть не такими продуктивными, как люди, которые работают меньше часов, но больше отдыхают, поэтому они более эффективны и продуктивны в рабочее время.

### **Устранение трудностей со временем для отдыха и приятных событий**

Если клиент неохотно вводит отдых и приятные события в свой график, может помочь введение графика управления временем, который включает отдых и приятные события в качестве поведенческого эксперимента. Попросите клиента провести половину недели, занимаясь по обычному графику (т.е. торопясь, переутомляясь и не оставляя времени для приятных

событий), и половину недели – по новому графику, включающему отдых, расслабление и приятные события. Можно определить мнение и прогноз клиента о том, что произойдет с его продуктивностью, и затем вы можете попросить клиента сравнить результаты для каждого из двух графиков, включая продуктивность, настроение и эффективность. Обычно результаты таких экспериментов являются положительными, и клиент понимает, что введение перерывов, отдыха и приятных событий приводит к большей эффективности, лучшей концентрации и улучшению настроения.

Примеры расписания управления временем (раздаточный материал 14.8) и расписания приятных событий (раздаточный материал 14.9) можно найти в Приложении 2. Один из вопросов, который можно обсудить с клиентами, – это тенденция выбирать приятные события, которые имеют компонент достижения, а затем стремиться выполнить задачу отлично. Клиент может начать новое хобби, например, научиться играть на гитаре, и приложить все усилия для его совершенствования, рассматривая свое новое хобби как нечто, чего нужно «достичь» (например, пытаться быть лучшим в беге в подготовке к веселой пробежке или в уроке по украшению тортов и потратить много часов, пытаясь усовершенствовать новый навык). После того как клиент выбрал приятные события, вы должны спросить, не возникает ли у него желания отнестись к приятному событию с перфекционизмом, и если да, что можно сделать вместо этого. Например, человек может выбрать для изучения новый инструмент или выучить новый язык и использовать этот опыт в качестве поведенческого эксперимента (например, потратить гораздо меньше времени, чем обычно, на практику, практиковать мало, наслаждаться новой деятельностью, спокойно делать ошибки). Также можно помочь клиентам подумать о том, чего они обычно не делают, и о том, что они обычно считают тратой времени (например, просмотр реалити-шоу или мыльной оперы или чтение желтой прессы). Удивительно, но эти виды деятельности действительно могут быть сложными для людей с перфекционизмом, поскольку они идут вразрез с их убеждениями о том, что всегда нужно правильно использовать время и



быть продуктивными, и о том, как ужасно тратить время на действия, которые не имеют значения или не помогают в достижении целей. Именно поэтому включение коротких периодов таких действий может быть полезным в терапии. Это помогает клиентам понять, что они могут чувствовать себя лучше физически и отдохнувшими от постоянной работы; что перерывы, связанные с чтением журнала, – это тоже вид деятельности, в который люди, у которых нет проблем с перфекционизмом, все время участвуют как в приятном событии.

Наконец, вам нужно призывать клиентов участвовать в приятных событиях, которые ориентированы на социальную сферу и предполагают взаимодействие с друзьями, семьей и другую поддержку. Это происходит потому, что когда люди так стремятся к достижениям, их социальная и межличностная жизнь часто сужается, поскольку они часто ставят достижение своих целей выше здорового социального и межличностного функционирования. Следовательно, клиенты с перфекционизмом довольно часто имеют небольшие социальные связи и, следовательно, меньшую социальную поддержку. Часто клиенты с перфекционизмом испытывают трудности со своими интимными отношениями, и они нередко не вступают ни в какие интимные отношения, поскольку они настолько заняты стремлением к достижению целей, что у них нет времени на социализацию. Они даже могут рассматривать социализацию как пустую трату времени, потому что это препятствует эффективности. В документальном фильме *«Чего это стоит»* Питер Рид, успешный чемпион мира в дистанционных триатлонах Ironman, заявил: «Иногда изоляция действительно мешает мне; это дни, когда у меня есть легкая тренировка, и я просто сижу без дела, и это убивает меня - у меня нет подруги; у меня ничего нет; я просто тренируюсь каждый день» (Нан, 2006). Хотя Рид достиг высоких результатов в области спорта, его жизнь была несбалансированной. Его интенсивное внимание к тренировкам и достижениям было достигнуто за счет отсутствия интимных отношений. Цель терапии состоит в том, чтобы помочь нашим клиентам достичь большего баланса во всех сферах их жизни, чтобы они не упускали важные жизненные события, вехи развития, веселье и расслабление из-за концентрации на достижениях.

## Глава 15

# ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

Прежде чем завершить терапию для клиента с перфекционизмом, уделите некоторое время профилактике рецидивов. Это обсуждение должно включать стандартные методы предотвращения рецидивов, а также краткий обзор происхождения перфекционизма в жизни клиента и напоминание о том, как самооценка клиента стала зависеть от достижений. Профилактика рецидивов должна также подчеркивать стратегии продолжения отказа от идей, которые могли быть актуальны для клиента на ранних этапах терапии, но в настоящее время менее полезны.

### **Возвращаясь к историческому обзору истоков перфекционизма**

В главе 13 мы обсудили проведение исторического обзора истоков перфекционизма как способа расширения самооценки. При обсуждении предотвращения и прекращения рецидивов может быть полезным кратко вернуться к этому историческому обзору. Это может помочь клиентам обобщить то, как их самооценка стала зависеть от эффективности. Это также может помочь им отделить факторы, которые были актуальны в прошлом, от факторов, которые актуальны в настоящее время (например, тот факт, что родитель критиковал их работу, не всегда актуален сейчас для взрослого). Это может помочь клиенту вспомнить, что, хотя перфекционизм мог быть полезным и функциональным в предыду-

щем контексте, он стал бесполезным, когда изменился контекст или области, в которых был выражен перфекционизм.

На этом этапе можно напомнить клиенту о стратегиях, которые могут помочь в решении проблем прошлого, и предоставить письменное резюме методов, которые будут полезны в будущем. Например, клиентам может быть рекомендовано не забывать использовать образы при возникновении проблемных воспоминаний (например, используя переписывание в воображении (рескриптинг) и положительные образы, чтобы справиться с воспоминаниями о том, как клиента дразнили и критиковали учителя, называя его «глупым»). Здесь клиенту полезно помнить, что определенные ценности, связанные с достижениями в семье его родителей, были актуальны в детстве, но, возможно, не будут продолжать служить им в настоящее время. Например, семейные ожидания успеха (например, когда ребенок предъявляет табель успеваемости с 80%, родители спрашивают: «А где остальные 20%?»). И тенденция сравнивать клиента с другими членами семьи (например, «Да, но твоя сестра достигла большего в музыке и балете»), возможно, была частью обучения клиента, которое привело к перфекционизму. Клиентам также можно обобщить то, что они узнали в ходе терапии относительно своего прошлого обучения из других источников, например, от учителей и тренеров, которые заставляли их достигать высоких стандартов, а также родителей, друзей или учителей, которые критиковали их результаты. Главной целью этого обсуждения является напоминание клиенту о том, что он или она были склонны завышать стандарты из-за этого обучения или из-за того, что проводили время в школе и на работе с исключительно высокими ожиданиями в отношении собственной эффективности.

Нет необходимости тратить много времени на эти области при обсуждении профилактики рецидивов. Тем не менее, некоторые дискуссии могут быть полезны, чтобы подчеркнуть влияние перфекционизма в историческом контексте и работать с клиентом, чтобы разработать краткий список затрат и выгод от стремлений на протяжении всей его или ее жизни. Это служит хорошим мостом к общему рассмотрению предотвращения рецидивов и того, как клиенты могут помешать себе вернуться к старым моделям стремления и перфекционизма и, в частности, основывать все свое чувство собственного достоинства на стремлении и достижениях.

## Предотвращение рецидивов

Особое значение необходимо разработать совместного плана профилактики рецидивов, чтобы справиться с возможным нарастанием перфекционизма в будущем. Чтобы провести это обсуждение, снова вернитесь к диаграмм совместной концептуализации, на которую вы ссылались в ходе терапии (см. рис. 7.2). Полезно спросить клиента, где он сейчас находится на диаграмме, и так ли сильны сейчас те вещи, которые были имели значение в начале терапии (например, порочный круг самокритики, сохраняющей веру в то, что самооценка основана на достижении). Это может иметь двойной эффект. Во-первых, клиентам полезно посмотреть, как изменился их перфекционизм за то время, что они усердно работали в терапии, и что многие из порочных кругов, которые поддерживали перфекционизм, были ослаблены в результате терапии. Во-вторых, анализ диаграммы совместной концептуализации может помочь клиентам подумать о потенциальных областях, в которых они могут вернуться к перфекционизму в будущем. Следует поощрять клиентов быть внимательными к сигналам, которые могут сообщать об усилении перфекционизма (при достижении цели устанавливать более высокий стандарт, а не просто размышлять над своим успехом).

После краткого обзора потенциальных областей рецидива терапевт может попросить клиентов подумать о том, какие стратегии они использовали во время терапии, чтобы помочь в борьбе с этими поддерживающими факторами. Например, клиенты с перфекционизмом относительно своей внешности и уборки в доме могут снова оказаться вовлеченными в старое перфекционистское поведение: не выходить из дома, пока волосы и макияж не будут идеальными, и не приглашать друзей на кофе, пока не будет потрачено много часов на уборку дома. В этих случаях клиенту можно было бы рекомендовать повторить предыдущий поведенческий эксперимент, в котором есть неидеальный друг, с которым можно выпить кофе в домашней одежде. Просьба к клиенту обобщить наиболее важные моменты лечения дает ему «план» на будущее. На этом этапе полезно напомнить клиенту о том, что можно ожидать

некоторых неудач, и помочь понять, что неудачи нормальны. Посоветуйте клиентам не вовлекаться в дихотомическое мышление относительно неудач (например, рассматривать их как «полный» провал или как признак того, что это «полный рецидив»).

Сократовские вопросы могут быть полезными для обсуждения причин, по которым перфекционизм клиента оказал негативное влияние, и почему для клиента так важно вновь напоминать себе в конце терапии о важности сопротивления бесполезным соблазнам завышать стандарты в будущем. Стоит обсудить с клиентами, как у них может возникнуть соблазн завысить стандарты (например, переутомление, перетренированность, переучивание) в какое-то время в будущем (например, при смене работы, участии в конкурсе, получении следующей ученой степени) и как это сигнализирует, что они могут снова столкнуться с перфекционизмом и должны вернуться к своему плану профилактики рецидивов.

Шаги по разработке плана профилактики рецидивов можно увидеть в табл. 15.1. Также можно дать клиентам раздаточный материал 15.1 в Приложении 2, в котором кратко изложены полезные шаги по предотвращению рецидивов, и попросить их заполнить раздаточный материал 15.2 по разработке плана действий.

## **Планирование будущего для клиента, чтобы строить сбалансированную жизнь**

К концу терапии одной из ключевых задач для клиентов является осознание того, насколько стремление и достижения были основным направлением их жизни. Поскольку клиенты будут тратить большую часть своего времени на стремления и достижения, им может быть непросто подумать, как они могут вести «сбалансированную» жизнь, в которой у них есть время для стремлений и достижений, а также для отдыха, общения или других видов деятельности, которые они игнорировали. Задуматься об общем влиянии перфекционизма на их жизнь клиентам помогут сократовские вопросы.

Можно показать клиенту раздаточный материал 15.3 в Приложении 2 для окончательного размышления о перфекционизме,

---

**ТАБЛИЦА 15.1. Основные компоненты планирования профилактики рецидивов перфекционизма**

---

**1. Разработка плана действий.**

- Попросите клиента подумать, какие стратегии он или она посчитали наиболее полезными, и кратко изложите их.
- Попросите клиента подумать о терапии в целом и суммировать ответы на следующие важные вопросы:
  - а. Какие достигнутые изменения вы хотите развивать дальше?
  - б. Какие области вашей жизни требуют дальнейшего внимания?
- Помогите клиенту определить место для хранения своего плана действий, где он будет на виду (например, на холодильнике, в рабочем дневнике).
- Поощряйте клиента держать копии рабочих листов в доступе на случай, если ему или ей понадобится их использовать.

**2. Обсудите реалистичные и сострадательные ожидания.**

- Напомните клиенту, что перфекционизм может заставить его или ее интерпретировать «промахи» или ошибку в дихотомической форме (например, как полный рецидив) и углубиться в самокритику со временем.
- Отметьте, что нереально ожидать, что кто-то всегда будет становиться лучше и никогда не допустит ошибок.
- Напомните своему клиенту, что в процессе улучшения в любой области всегда происходят естественные взлеты и падения. Их следует рассматривать как нормальную часть обучения, а не как причину для беспокойства или спусковой механизм для возврата к старым привычкам перфекционизма.
- Нормализуйте время, когда клиенту нужно просить других о помощи в сложное время возвращения симптомов, и подчеркивайте, что это признак силы – просить других о помощи, а не пытаться делать все это самостоятельно.

**3. Работа с неудачами: промахи и ошибки.**

- Напомните клиенту, что во времена стресса, такого как переходы в важные области достижений, такие как работа (например, получение продвижения по службе, смена работы), клиенты могут испытывать желание вернуться к старым стратегиям. Это нормально, но в настоящее время важно перечитать план действий и разработать стратегии, которые помогут.
-

включая некоторые общие цитаты по теме. Эти цитаты помогают понять, что пытаться достичь совершенства – это бессмысленная задача, и как только мы это поймем, мы сможем научиться жить сбалансированной жизнью. Полезно обсудить с клиентом идею отпустить стремление к идеалу, и что несовершенство есть во всех сферах жизни. То есть наша жизнь очень насыщена, и, учитывая её сложность, мы должны принять возможность несовершенства. На заключительном этапе терапии мы часто даем клиентам представление о том, что у них есть выбор. Они могут либо продолжать наказывать себя в погоне за невозможным совершенством (и у нас есть много примеров ее негативных последствий, предоставленных клиентом), либо они могут выбрать новый жизненный путь и сделать мудрый выбор в пользу сбалансированной жизни. Следуя этому пути, они могут выбрать гибкость в своих целях и мышлении, руководящих принципах, а не правилах и сострадании к себе. На этом этапе мы напоминаем клиентам, как им удалось повысить свою гибкость и в результате добиться ничуть не меньших результатов. На самом деле, часто они достигли большего, так как сократили некоторые бесполезные аспекты перфекционизма, такие как прокрастинация. Мы заканчиваем заключительную сессию на позитивной ноте, подчеркивая, что у клиента теперь есть инструменты, чтобы жить жизнью, суть которой состоит в свободе, а не в ограничении правилами и самокритике. Именно благодаря этой свободе от стремления к совершенству клиенты могут продолжать вести более полноценную жизнь в своих отношениях с другими, в чувстве себя как личности (и не только в том, что они делают) и, что важно, чувстве веселья и удовольствия от жизни, а не в постоянной продуктивности и работе любой ценой.

## Глава 16

# НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Во многих отношениях разработка методов терапии перфекционизма только начинается. Необходимо больше доказательств для понимания того, какие подходы лучше всего использовать для разных клиентов и при каких условиях. Трансдиагностический потенциал терапии перфекционизма является захватывающим, и дальнейшее внимание к этой области может принести большую пользу нашим клиентам, независимо от их основного диагноза. Несмотря на то, что существует множество различных областей, которые можно было бы развивать в рамках нашего подхода к перфекционизму, цель этой главы состоит в том, чтобы просто изложить четыре новых и развивающихся подхода к лечению перфекционизма, которые, по нашему мнению, могут обеспечить плодотворные сферы исследования. Эти четыре области включают в себя подходы к профилактике перфекционизма у детей и подростков, методы визуализации перфекционизма, осознанность и подходы, основанные на принятии, для вмешательства в перфекционизм, и поэтапные подходы к терапии перфекционизма.

### **Профилактические подходы к перфекционизму у детей и подростков**

Работа в любой клинической области не займет много времени, прежде чем вы начнете задумываться о важности профилактики проблемы, а не просто о ее решении на последних ста-



дних развития. Когда мы видим ущерб, который наносят психологические расстройства в жизни наших клиентов, и знаем, что это оставляет неизгладимый след во многих людях, которых мы видим, это становится для нас ослепительным и заманчивым видением, вдохновляющим нас задуматься над тем, как мы можем эффективно предотвратить психопатологию. Если вы решите рассмотреть обширную литературу об эффективности наших профилактических подходов к психопатологии на протяжении многих лет, вы увидите смешанную картину. Только в Австралии до 2011 года было проведено 19 оценок программ профилактики депрессии в школах (Nehmy, 2011). Из них никакого эффекта не было у 9 (47%), 8 показали «терапевтический эффект» (снижение уровней симптомов или диагностического статуса по сравнению с контрольной группой в анализе до и после вмешательства), а 2 показали «эффект профилактики» (контрольная группа демонстрирует повышенные уровни симптомов или повышенную частоту диагнозов во времени по сравнению с группой вмешательства, у которой мало доказательств повышенного риска). Мы немного лучше справляемся с профилактикой тревожности у молодых людей (Неми, 2011), где 2 из 9 исследований показали профилактический эффект, 6 – терапевтический эффект, и только 1 – без эффекта.

В этом контексте несколько обнадеживает то, что одно исследование (Wilksch et al., 2008) показало, что основанные на занятиях подходы могут значительно уменьшить перфекционизм «беспокойства об ошибках» (бесполезный вариант перфекционизма, связанный с различными формами психопатологии) по сравнению как с пассивным, так и с активным контролем. Используемый подход основан на книге Аддерхолда и Голдберга (Adderholdt, Goldberg, 1999) «Что плохого в том, чтобы быть слишком хорошим?» Хотя результат будет классифицироваться как терапевтический, а не как «истинный» эффект профилактики, он имел место через три месяца наблюдения у пятнадцатилетних девочек, что указывает на некоторый более долгосрочный эффект вмешательства. Учитывая, что некоторые люди рассматривают перфекционизм как склонность или как что-то, не подлежащее изменениям, обнадеживает то, что его действительно можно изменить в относительно молодом возрасте.

К сожалению, это исследование не выясняло, что происходило с показателями отрицательного аффекта после снижения перфекционизма. Тем не менее, исследование, проведенное Неми и Уэйд (Nedmy, Wade, 2015) среди 688 молодых людей в возрасте от 13 до 15 лет, посвященное изучению влияния восьми сессий терапии на перфекционизм, частично основанных на книге *Преодоление перфекционизма* (Shafran et al., 2010), показало значительно меньший перфекционизм и отрицательный аффект при шестимесячном наблюдении по сравнению с контрольной группой. Также были получены доказательства профилактического эффекта. На этом раннем этапе результаты выглядят многообещающими, что указывает на дальнейшие пути разработки эффективных подходов к профилактике отрицательного аффекта.

## **Работа с образами при перфекционизме**

В главах 10 и 13 мы кратко обсудили включение ментальных образов в терапию перфекционизма. Внимание все больше обращалось к образам и лучшему пониманию их роли в поддержании психопатологии. Образность обычно определяется как содержание психических событий, обладающих сенсорными качествами. Это шире, чем просто ментальные «визуальные» образы, и может включать в себя любую сенсорную модальность (Holmes et al., 2007). Образы важно учитывать, поскольку было показано, что они оказывают сильное влияние на эмоции, выступая в качестве усилителя негативных эмоциональных состояний в большей степени, чем вербальная переработка (Holmes, Mathews, 2010). Тем не менее, до настоящего времени не было систематических исследований, изучающих использование образов в терапии перфекционизма. Их проведение очень важно, так как исследования показали, что включение ментальных образов очень полезно при лечении различных расстройств (Holmes et al., 2008, 2009).

Понимание природы образов в перфекционизме является важной областью для будущих исследований, так как негативные навязчивые образы значительно влияют на когнитивные и поведенческие реакции человека (Holmes et al., 2008). Часто клиен-

ты стараются избегать неприятных образов (Hackmann, Holmes, 2004). Такое избегание тревожных образов воспринималось как трансдиагностический фактор, который охватывает ПТСР (Hackmann et al., 2000), социальное тревожное расстройство (Ehlers et al., 2002), униполярную депрессию и биполярное расстройство (Holmes et al., 2009) и ОКР (Hackmann et al., 2011).

На сегодня опубликовано только одно исследование, касающееся ментальных образов и перфекционизма (Lee et al., 2011). В этом исследовании, используя неклиническую выборку, Ли и его коллеги сравнили группы людей с высоким и низким уровнем перфекционизма (определено по медианному разделению в FMPS; Frost et al., 1990) по их ментальным образам. В ходе интервью с образами (Hackmann et al., 2000) было обнаружено, что группа с высоким перфекционизмом имела значительно более высокий общий балл образности по сравнению с группой с низким перфекционизмом, а также более высокие баллы по подшкалам образов и воспоминаний. Было также обнаружено, что в группе с высоким перфекционизмом наблюдается больше дистресса, связанного с образами, и более сильное негативное влияние образов, связанных с перфекционизмом, хотя между группами не было значительных различий по частоте или интенсивности образов. Результаты этого исследования показывают, что было бы полезно изучить феноменологию образов в клинической выборке. Мы предполагаем, что необходимы дальнейшие исследования переписывания образов при перфекционизме, поскольку было обнаружено, что оно эффективно для уменьшения тревожных образов и симптомов в клинических и экспериментальных исследованиях депрессии, расстройств пищевого поведения и социальной тревоги (Cooper et al., 2007; Nilsson et al., 2012; Ohanian, 2002; Wheatly et al., 2007; Wheatly, Hackmann, 2011; Wild et al., 2007, 2008). Переписывание образов, в котором поощряются позитивные образы, может помочь повысить у клиентов чувство компетентности, мастерства и самосострадания (Hackmann et al., 2011).

В настоящее время мы проводим ряд экспериментальных и клинических исследований для изучения феноменологии перфекционизма на клинических образцах и влияния переписывания образов в воображении (рескриптинга) на уровне перфекционизма

и симптомов. Тем не менее, учитывая положительные результаты переписывания образов при ряде расстройств, при которых образы предположительно имеют отношение к перфекционизму и его терапии, мы хотим, чтобы терапевты рассмотрели возможность использования этой техники для обращения к образам, которые несут сильные неприятные эмоции для клиентов во время терапии перфекционизма.

## **Подходы, основанные на осознанности и принятии**

На протяжении всей этой книги мы предполагали, что подходы, основанные на осознанности и принятии, могут быть включены в терапию перфекционизма. Пока нет данных, позволяющих предположить, что использование одних только этих подходов представляет собой научно обоснованный подход к терапии перфекционизма. Тем не менее, в своем исследовании клиентов с нервной булимией, сравнивающим КПТ, ориентированную на перфекционизм, с КПТ, ориентированной на нервную булимию, Стил и Уэйд (Steele, Wade, 2008) обнаружили, что их условие контроля осознанности привело к значительному снижению (с небольшим размером эффекта) перфекционизма «озабоченности ошибками». В то время как отмеченное уменьшение было равно одной пятой для группы, которая получила терапию перфекционизма, это позволяет предполагать, что добавление осознанности наряду с другими эффективными стратегиями могло бы быть выгодным в терапии перфекционизма. Например, клиентов можно поощрять использовать стратегии, основанные на осознанности, чтобы отдалиться от своих собственных мыслей (Segal et al., 2013).

Необходимы дальнейшие исследования эффективности подходов, основанных на осознанности, в лечении перфекционизма. В частности, было бы полезно изучить относительную эффективность подхода, основанного исключительно на осознанности/принятии в сравнении с КПТ перфекционизма. Было бы также полезно сравнить терапию перфекционизма с использованием комбинации КПТ и стратегий, основанных на осознанности/принятии, и только КПТ, чтобы определить эффективность добавления этих

компонентов к терапии. Если терапевты хотят включить больше стратегий осознанности, они могут предложить своим клиентам хорошее руководство по самопомощи с прилагаемыми компакт-дисками или загружаемыми материалами, которые помогут им с помощью целого ряда методов осознанности (например, Orsillo, Roemer, 2011; Williams et al., 2007).

## Ступенчатые подходы к терапии перфекционизма

Еще одной важной областью будущих исследований является степень, в которой подход поэтапной помощи возможен при терапии перфекционизма. В Соединенном Королевстве была разработана программа «Улучшение доступа к психологической терапии» (IAPT) для расширения доступа к психологической терапии, и одним из способов достижения этой цели было предоставление альтернативы терапии «лицом к лицу», а именно интервенциям «низкой интенсивности», для части клиентов. В схеме IAPT подходы низкой интенсивности, включая самопомощь, используются с менее сложными клиентами (после того, как они прошли скрининг, чтобы определить, какой подход будет эффективным), а те, у кого более серьезные проблемы, получают подход с высокой интенсивностью (например, КПТ «лицом к лицу»). В нескольких исследованиях рассматривалось то, что можно считать подходящими «малоинтенсивными» интервенциями при перфекционизме. Как описано в главе 2, в неклиническом примере Плева и Уэйд (Pleva, Wade, 2007) обнаружили, что как управляемая, так и чистая самопомощь, основанные на книге *«Когда совершенство – недостаточно хорошо»* (Antony, Swinson, 1998), были эффективны для снижения перфекционизма, тревоги и депрессии, хотя управляемая самопомощь работала лучше. Стил и Уэйд (Steele, Wade, 2008) также обнаружили, что управляемая самопомощь, основанная на этой же книге, была эффективной в снижении перфекционизма, расстройства пищевого поведения и связанной с ним психопатологии у людей с расстройствами пищевого поведения. Арпин-Крибби с соавторами (Arpin-Cribbi et al., 2008) показали, что КПТ перфекционизма, предоставляемая через Интернет учащимся

с повышенным перфекционизмом, приводит к значительному снижению самоориентированного перфекционизма (СОП), социального предписанного перфекционизма (СПП) и озабоченности ошибками (ОО). Наконец, в недавнем исследовании с привлечением участников с целым рядом тревожных расстройств, депрессией и расстройствами пищевого поведения, использующих книгу *«Преодоление перфекционизма»* (Shafran et al., 2010), было обнаружено, что управляемая самопомощь эффективна в снижении перфекционизма и депрессии (Hoiles et al., 2014). Рассматриваемые вместе, эти исследования указывают на эффективность низкоинтенсивных интервенций при перфекционизме. Стоит надеяться, что оценки подходов поэтапной терапии могут быть полезны в будущем, поскольку они расширяют возможности клиентов по доступу к терапии перфекционизма и в конечном итоге улучшают результаты при ряде психологических расстройств.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## Ресурсы

### Рекомендуемые книги и видеоматериалы

#### *Перфекционизм*

##### *Книги самопомощи*

Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2009). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

Egan, S. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2012). *Changing perfectionism*. Oxford, UK: Oxford Cognitive Therapy Centre. (Available from [www.octc.co.uk](http://www.octc.co.uk))

Shafran, R., Egan, S. J., & Wade, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. London: Constable & Robinson.

##### *DVD ресурсы*

Antony, M. M. (2008). *Cognitive behavioral therapy for perfectionism over time* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.

#### *Тревожность и связанные расстройства*

##### *Тревожные расстройства (общее)*

##### *Книги самопомощи*

Abramowitz, J. S. (2012). *The stress less workbook: Simple strategies to relieve pressure, manage commitments, and minimize conflicts*. New York: Guilford Press.

- Antony, M. M., & Norton, P. J. (2009). *The anti-anxiety workbook: Proven strategies to overcome worry, panic, phobias, and obsessions*. New York: Guilford Press.
- Bourne, E. J. (2015). *The anxiety and phobia workbook* (6th ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive-behavioral solution*. New York: Guilford Press.
- Kennerley, H. (2009). *Overcoming anxiety: A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London: Constable & Robinson.
- Otto, M. W., & Smits, J. A. J. (2009). *Exercise for mood and anxiety disorders* (Workbook). New York: Oxford University Press.
- Shafran, R., Brosnan, L., & Cooper, P. J. (Eds.). (2013). *The complete CBT guide to anxiety*. London: Constable & Robinson.

#### Профессиональная литература

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Springer.
- Antony, M. M., & Stein, M. B. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York: Oxford University Press.
- Butler, G., Fennell, M., & Hackman, A. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Norton, P. J. (2012). *Group cognitive-behavioral therapy for anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Smits, J. A. J., & Otto, M. W. (2009). *Exercise for mood and anxiety disorders* (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Westra, H. A. (2012). *Motivational interviewing in the treatment of anxiety*. New York: Guilford Press.



## **Паническое расстройство и агорафобия**

### *Книги самопомощи*

- Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2004). *10 simple solutions to panic: How to overcome panic attacks, calm physical symptoms, and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic* (4th ed.) (Workbook). New York: Oxford University Press.
- Craske, M., & Barlow, D. (2006). *Mastery of your anxiety and worry* (Workbook). New York: Oxford University Press.
- Silove, D. (2009). *Overcoming panic and agoraphobia: A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London: Constable & Robinson.
- Wilson, R. (2009). *Don't panic: Taking control of anxiety attacks* (3rd ed.). New York: HarperCollins.

### *Профессиональная литература*

- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic* (4th ed.) (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder: Cognitive and behavioral approaches*. Chichester, UK: Wiley.

### *DVD ресурсы*

- AnxietyBC. (2010). *Effectively managing panic disorder* (DVD). Vancouver, British Columbia, Canada: Author. (Available from [anxietybc.com](http://anxietybc.com))
- Clark, D. M. (1998). *Cognitive therapy for panic disorder* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dobson, K. S. (2010). *Cognitive therapy over time* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rapee, R. M. (2006). *Fight or flight?: Overcoming panic and agoraphobia* (DVD). New York: Guilford Press.

## Социальное тревожное расстройство

### Книги самопомощи

- Antony, M. M. (2004). *10 simple solutions to shyness: How to overcome shyness, social anxiety, and fear of public speaking*. Oakland, CA: New Harbinger. (Available for free download at [www.martinantony.com/downloads](http://www.martinantony.com/downloads).)
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2008). *The shyness and social anxiety workbook: Proven, step-by-step techniques for overcoming your fear* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Butler, G. (2008). *Overcoming social anxiety and shyness: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. New York: Basic Books.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010). *Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach* (2nd ed.) (Workbook). New York: Oxford University Press.

### Профессиональная литература

- Antony, M. M., & Rowa, K. (2008). *Social anxiety disorder: Psychological approaches to assessment and treatment*. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crozier, W. R., & Alden, L. E. (Eds.). (2005). *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive-behavior therapy of social phobia: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. New York: Routledge.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010). *Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach* (2nd ed.) (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.

**DVD-ресурсы**

- Albano, A. M. (2006). *Shyness and social phobia* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rapee, R. M. (2006). *I think they think .... Overcoming social phobia* (DVD). New York: Guilford Press.

**Общее тревожное расстройство****Книги самопомощи**

- Freeston, M., & Meares, K. (2008). *Overcoming worry: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London: Constable & Robinson.
- Gyoerkoe, K. L., & Wiegartz, P. S. (2006). *10 simple solutions to worry: How to calm your mind, relax your body, and reclaim your life*. Oakland, CA: New Harbinger.

**Профессиональная литература**

- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. New York: Routledge.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. New York: Springer.
- Marker, C. D., & Aylward, A. G. (2012). *Generalized anxiety disorder*. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford Press.

**Специфические фобии****Книги самопомощи**

- Antony, M. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastering your fears and phobias* (2nd ed.) (Workbook). New York: Oxford University Press.
- Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2005). *Overcoming animal and insect*

*phobias: How to conquer fear of dogs, snakes, rodents, bees, spiders, and more.* Oakland, CA: New Harbinger. (Available for free download at [www.martinantony.com/downloads](http://www.martinantony.com/downloads).)

Antony, M. M., & Rowa, K. (2007). *Overcoming fear of heights: How to conquer acrophobia and live a life without limits.* Oakland, CA: New Harbinger. (Available for free download at [www.martinantony.com/downloads](http://www.martinantony.com/downloads).)

Antony, M. M., & Watling, M. (2006). *Overcoming medical phobias: How to conquer fear of blood, needles, doctors, and dentists.* Oakland, CA: New Harbinger. (Available for free download at [www.martinantony.com/downloads](http://www.martinantony.com/downloads).)

Brown, D. (2009). *Flying without fear: Effective strategies to get you where you want to go* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

### *Профессиональная литература*

Craske, M. G., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (2006). *Mastering your fears and phobias* (2nd ed.) (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.

Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Ost, L.-G. (Eds.). (2012). *Intensive one-session treatment of specific phobias.* New York: Springer.

### *DVD-ресурсы*

Wilson, R. (2012). *Exposure therapy for phobias* (DVD). Mill Valley, CA: [Psychotherapy.net](http://Psychotherapy.net).

## ***Посттравматическое стрессовое расстройство***

### *Книги самопомощи*

Herbert, C., & Wetmore, A. (2008). *Overcoming traumatic stress: A selfhelp guide using cognitive behavioral techniques.* London: Constable & Robinson.

Hickling, E. J., & Blanchard, E. B. (2006). *Overcoming the trauma of your motor vehicle accident: A cognitive-behavioral treatment program* (Workbook). New York: Oxford University Press.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., & Hembree, E. A. (2007). *Reclaiming your life from a traumatic experience* (Workbook). New York: Oxford University Press.

### *Профессиональная литература*

- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences* (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Hickling, E. J., & Blanchard, E. B. (2006). *Overcoming the trauma of your motor vehicle accident: A cognitive-behavioral treatment program* (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Monson, C. M., & Fredman, S. J. (2012). *Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Harnessing the healing power of relationships*. New York: Guilford Press.
- Rosen, G. M., & Frueh, B. C. (Eds.). (2010). *Clinician's guide to post-traumatic stress disorder*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Zayfert, C., & Becker, C. B. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach*. New York: Guilford Press.

### **Обсессивно-компульсивное расстройство и собирательство**

#### *Книги самопомощи*

- Abramowitz, J. S. (2009). *Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life*. New York: Guilford Press.
- Baer, L. (2012). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions* (3rd ed.). New York: Plume.
- Challacombe, F., Oldfield, V. B., & Salkovskis, P. (2011). *Break free from OCD: Overcoming obsessive compulsive disorder with CBT*. London: Vermilion.
- Hyman, B. M., & Pedrick, C. (2010). *The OCD workbook: Your guide to breaking free from obsessive compulsive disorder* (3rd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2005). *Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring* (Workbook). New York: Oxford University Press.

- Tolin, D., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). *Buried in treasures: Help for compulsive acquiring, saving, and hoarding*. New York: Oxford University Press.
- Tompkins, M. A., & Hartl, T. L. (2009). *Digging out: Helping your loved one manage clutter, hoarding, and compulsive acquiring*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Yadin, E., Foa, E. B., & Lichner, T. K. (2012). *Treating your OCD with exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder* (2nd ed.) (Workbook). New York: Oxford University Press.

### Профессиональная литература

- Abramowitz, J. S. (2006). *Obsessive-compulsive disorder*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Abramowitz, J. S., & Houts, A. C. (Eds.). (2005). *Obsessive-compulsive disorder: Concepts and controversies*. New York: Springer.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (2008). *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*. New York: Elsevier.
- Antony, M. M., Purdon, C., & Summerfeldt, L. J. (2007). *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder* (2nd ed.) (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Rees, C. S. (2009). *Obsessive-compulsive disorder: A practical guide to treatment*, Melbourne, Australia: IP Communications.
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring* (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A guide for professionals*. Oakland, CA: New Harbinger.

**DVD-ресурсы**

- Antony, M. M. (2009). *Behavioral therapy over time* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilson, R. (2012). *Cognitive therapy for obsessions* (DVD). Mill Valley, CA: Psychotherapy.net.

**Ипохондрия****Книги самопомощи**

- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2005). *It's not all in your head: How worrying about your health could be making you sick—and what you can do about it*. New York: Guilford Press.
- Owens, K. M. B., & Antony, M. M. (2011). *Overcoming health anxiety: Letting go of your fear of illness*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Veale, D., & Wilson, R. (2009). *Overcoming health anxiety: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Constable & Robinson.

**Профессиональная литература**

- Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2011). *Hypochondriasis and health anxiety*. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York: Springer.
- Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.

**Трихотилломания****Книги самопомощи**

- Keuthen, N. J., Stein, D. J., & Christenson, G. A. (2001). *Help for hair pullers: Understanding and coping with trichotillomania*. Oakland, CA: New Harbinger.

**Профессиональная литература**

- Franklin, M. E., & Tolin, D. F. (2007). *Treating trichotillomania: Cog-*

*nitive-behavioral therapy for hair pulling and related problems.* New York: Springer.

## **Дисморфофобия**

### *Книги самопомощи*

Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: .4 program for overcoming body image problems.* New York: Guilford Press.

### *Профессиональная литература*

Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder.* New York: Oxford University Press.

Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual.* West Sussex, UK: Wiley.

Wilhelm, S., Phillips, K. A., & Steketee, G. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual.* New York: Guilford Press.

## **Депрессия и низкая самооценка**

### *Книги самопомощи*

Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem.* London: Constable & Robinson.

Gilbert, P. (2009). *Overcoming depression: A self-help guide using cognitive behavioural techniques* (3rd ed.). London: Constable & Robinson.

Gilson, M., Freeman, A., Yates, J., & Freeman, S. M. (2009). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach* (Workbook). New York: Oxford University Press.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness.* New York: Guilford Press.

### *Профессиональная литература*

Gilson, M., Freeman, A., Yates, J., & Freeman, S. M. (2009). *Overcom-*



- ing depression: A cognitive therapy approach* (Clinician's Guide). New York: Oxford University Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

### **Расстройства пищевого поведения**

#### *Книги самопомощи*

- Cooper, P. (2009). *Overcoming bulimia nervosa and binge eating*. London: Constable & Robinson.
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating: The proven program to learn why you binge and how you can stop* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Freeman, C. (2009). *Overcoming anorexia nervosa*. London: Constable & Robinson.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The New Maudsley Method*. New York: Routledge.

#### *Профессиональная литература*

- Agras, W. S., & Apple, R. F. (2007). *Overcoming eating disorders: A cognitive-behavioral approach for bulimia nervosa and anorexia nervosa* (Therapist Guide). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Grilo, G. M., & Mitchell, J. E. (2011). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. New York: Guilford Press.
- Lock, J., & LeGrange, D. (2012). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Treasure, J., Schmidt, U., & Macdonald, P. (Eds.). (2009). *The clinician's guide to collaborative caring in the eating disorders: The New Maudsley Method*. New York: Routledge.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichesen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive behavioural therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

## Ресурсы по когнитивно-поведенческой терапии (Общее)

### Книги самопомощи

- Butler, G., & Hope, T. (2007). *Managing your mind: The mental fitness guide* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Press.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2007). *Thoughts and feelings: Taking control of your moods and your life* (3rd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

### Профессиональная литература

- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment for psychological disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., & Roemer, L. (2011). *Behavior therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5th ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., & Hackman, A. (Eds.). (2011). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: Guilford Press.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2010). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mueller, M., Kennerley, H., McManus, F., & Westbrook, D. (2010). *Oxford guide to surviving as a CBT therapist*. New York: Oxford University Press.
- Newman, C. F. (2013). *Core competencies in cognitive behavioral therapy: Becoming a highly effective and competent cognitive behavioral therapist*. New York: Routledge.
- O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E. (2012). *Cognitive behavior therapy: Core principles for practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P., Lavender, A., & Cartwright-Hatton, S. (2010). *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to CBT: Skills and applications* (2nd ed.). New York: Sage.

#### DVD-ресурсы

- Beck, J. S. (2006). *Cognitive therapy* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dobson, K. S. (2011). *Cognitive-behavioral therapy strategies* (DVD). Washington, DC: American Psychological Association.
- Padesky, C. (2008). *Guided discovery using Socratic dialogue* (DVD). (Available from [www.padesky.com](http://www.padesky.com))
- Padesky, C. (2008). *Testing automatic thoughts with thought records* (DVD). (Available from [www.padesky.com](http://www.padesky.com))

## Профессиональные ассоциации и веб-ресурсы

### Профессиональные ассоциации

Academy of Cognitive Therapy (ACT)  
260 South Broad Street, 18th Floor  
Philadelphia, PA 19102

Phone: 1-267-350-7683

E-mail: [info@academyofct.org](mailto:info@academyofct.org)

Website: [www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)

An association offering professional memberships. The website has referrals to certified cognitive therapists.

Asian Cognitive Behavioral Therapy Association (ACBTA)

Website: [www.asian.weebly.com](http://www.asian.weebly.com)

An association representing CBT associations throughout Asia that offers professional memberships.

Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT)

305 Seventh Avenue, 16th Floor

New York, NY 10001-6008

Phone: 1-212-647-1890

Fax: 1-212-647-1865

Website: [www.abct.org](http://www.abct.org)

A U.S.-based CBT association offering professional memberships and therapist referrals for clients on its website ([www.abct.org/members/Directory/Find\\_A\\_Therapist.cfm](http://www.abct.org/members/Directory/Find_A_Therapist.cfm)).

Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy (AACBT)

P.O. Box 4040

Nowra East, NSW, Australia 2541

Fax: +61730410415

E-mail: [info@aacbt.org](mailto:info@aacbt.org)

Website: [www.aacbt.org](http://www.aacbt.org)

An Australian CBT association offering professional memberships. The website includes a list of CBT practitioners.

British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP)

Imperial House

Hornby Street

Bury, Lancashire BL9 5BN, United Kingdom

Phone: 0161 705 4304

Fax: 0161 705 4306

E-mail: [babcp@babcp.com](mailto:babcp@babcp.com)

Website: [www.babcp.com](http://www.babcp.com)

A U.K.-based CBT organization offering professional memberships, the website includes a “find a therapist” section for clients.

Canadian Association of Cognitive and Behavioral Therapies

260 Queen Street West  
P. O. Box 60055  
Toronto ON M5V 0C5, Canada  
Website: [www.cacbt.ca](http://www.cacbt.ca)

European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT)  
Luttenbaan 57

3524 GA Utrecht, The Netherlands

Phone: +31 30 2543054

E-mail: [office@eabct.eu](mailto:office@eabct.eu)

Website: [www.eabct.org](http://www.eabct.org)

A European CBT association that represents 51 CBT professional associations across 38 different countries in Europe, and the website has a “find a therapist” function.

International Association of Cognitive Psychotherapy (IACP)

Website: [www.the-iacp.com](http://www.the-iacp.com)

An international association offering professional memberships, with a referral section for clients on its website ([www.the-iacp.com/therapist-referrals](http://www.the-iacp.com/therapist-referrals))

## **Веб-ресурсы**

### **Тревожные расстройства, депрессия, ОКР и БДР**

#### **AUSTRALIA**

1. The websites [www.anxietyonline.org.au](http://www.anxietyonline.org.au) and [www.anxietyaustralia.com.au](http://www.anxietyaustralia.com.au) provide information on anxiety services and resources in Australia, including anxiety self-help groups and organizations.
2. There are online web-based self-help CBT treatment programs for anxiety and depression available on the Australian website Virtual Clinic ([www.virtualclinic.org.au](http://www.virtualclinic.org.au)).
3. An online treatment website is available at [www.thiswayup.org.au](http://www.thiswayup.org.au), which also includes information for practitioners on how to deliver evidence-based interventions for anxiety and depression.
4. The Centre for Clinical Interventions has numerous online CBT resources for clients and mental health professionals for the treatment of anxiety and depression at [www.cci.health.wa.gov.au](http://www.cci.health.wa.gov.au).

### CANADA AND THE UNITED STATES

1. The Anxiety and Depression Association of America ([www.adaa.org](http://www.adaa.org)) provides a range of information and resources for those suffering from anxiety and depression.
2. The National Alliance on Mental Illness ([www.nami.org](http://www.nami.org)) has a range of resources on mental health.
3. The Therapeutic Lifestyle Change treatment for depression has an online site providing information on treatment of depression ([www.psych.ku.edu/tlc](http://www.psych.ku.edu/tlc)).
4. The Anxiety Disorders Treatment Center in North Carolina has an anxiety self-help site ([www.anxieties.com](http://www.anxieties.com)).
5. The Depression Center ([www.depressioncenter.net](http://www.depressioncenter.net)) offers a self-help webbased treatment for depression.
6. The Panic Center ([www.paniccenter.net](http://www.paniccenter.net)) has a self-help, web-based
7. The National Center for PTSD website ([www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)) has information on the nature and treatment of PTSD.
8. The International OCD Foundation (IOCDF; [www.ocfoundation.org](http://www.ocfoundation.org)) offers client and professional memberships and has referral lists of practitioners who treat OCD.
9. The Anxiety Disorders Association Canada ([www.anxietycanada.ca](http://www.anxietycanada.ca)) offers client and professional memberships and provides links to referral options.
10. A U.S.-based website that has information on BDD is [www.bd-central.com](http://www.bd-central.com).

### UNITED KINGDOM

1. Anxiety UK—[www.anxietyuk.org.uk](http://www.anxietyuk.org.uk). Anxiety UK offers information and provides self-help services. They also strive to advance awareness by the general public of the causes and conditions of anxiety disorders.
2. No Panic—[www.nopanic.org.uk](http://www.nopanic.org.uk). No Panic is a voluntary charity that assists people with anxiety disorders, including OCD, with self-help through recovery groups and one-to-one mentoring over the telephone, using cognitive-behavioral methods.
3. OCD-UK—[www.ocduk.org](http://www.ocduk.org). This website has information for clients on OCD.

4. OCD Action—[www.ocdaction.org.uk](http://www.ocdaction.org.uk). This website contains information and resources on OCD.
5. Depression alliance—[www.depressionalliance.org](http://www.depressionalliance.org). This U.K. charity provides information and support services to people with depression.

### ***Расстройства пищевого поведения***

#### ***AUSTRALIA***

1. Information on resources for eating disorders in Australia can be found on the Butterfly Foundation website—[www.thebutterflyfoundationa.org.au](http://www.thebutterflyfoundationa.org.au)—which also has a telephone support line for clients: 1-800-334-673.

#### ***CANADA AND UNITED STATES***

1. Information on resources for eating disorders in the United States can be found at [www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org).
2. Information on resources for eating disorders in Canada can be found at the National Eating Disorder Information Center ([ivwww.nedic.ca](http://www.nedic.ca)).

#### ***UNITED KINGDOM***

1. Information on resources for eating disorders in the United Kingdom can be found at [www.eating-disorders.org.uk](http://www.eating-disorders.org.uk).
2. The Oxford University Department of Psychiatry CREDO (Centre for Research on Eating Disorders at Oxford) website makes worksheets and self-report measures available for practitioners to use in the cognitive-behavioral treatment of eating disorders at [www.credo-oxford.com](http://www.credo-oxford.com).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Раздаточные материалы

Раздаточный материал 6.1. Постановка целей.....	381
Раздаточный материал 7.1. Когнитивно-поведенческая формулировка перфекционизма.....	382
Раздаточный материал 8.1. Рассмотрение долгосрочных издержек и преимуществ перфекционизма.....	384
Раздаточный материал 9.1. Самоконтроль перфекционизма .....	385
Раздаточный материал 9.2. Борьба с перфекционистскими убеждениями с помощью опросов .....	387
Раздаточный материал 10.1. Дневник мыслей ABC.....	390
Раздаточный материал 10.2. Ошибки мышления при перфекционизме .....	392
Раздаточный материал 10.3. Ошибки мышления при перфекционизме: избирательное внимание .....	394
Раздаточный материал 10.4. Ошибки мышления при перфекционизме: двойные стандарты .....	396
Раздаточный материал 10.5. Ошибки мышления при перфекционизме: чрезмерное обобщение.....	397
Раздаточный материал 10.6. Ошибки мышления при перфекционизме: Утверждения «Надо» .....	398
Раздаточный материал 11.1. Заполните дневник мыслей.....	399
Раздаточный материал 11.2. Изменение основных убеждений 1 .....	401



Раздаточный материал 11.3. Изменение основных убеждений 2 .....	402
Раздаточный материал 11.4. Борьба с избирательным вниманием .....	403
Раздаточный материал 11.5. Дневник позитивных комментариев и отсутствия негативных доказательств .....	404
Раздаточный материал 11.6. Борьба с дихотомическим мышлением с помощью континуума.....	405
Раздаточный материал 12.1. Лист записи поведенческого эксперимента.....	406
Раздаточный материал 13.1. Расширение самооценки 1: Круговые диаграммы .....	408
Раздаточный материал 13.2. Расширение самооценки 2 .....	409
Раздаточный материал 13.3. Борьба с самокритикой 1: Выявление самокритичных мыслей. Использование техники «Направленная вниз стрела».....	410
Раздаточный материал 13.4. Борьба с самокритикой 2: Определение ваших ценностей. Руководство, как следует относиться к другим.....	412
Раздаточный материал 13.5. Борьба с самокритикой 3: Разработка самосострадательных реакций .....	413
Раздаточный материал 14.1. Прокрастинация 1: Понимание областей прокрастинации .....	414
Раздаточный материал 14.2. Прокрастинация 2: Самоконтроль прокрастинации .....	416
Раздаточный материал 14.3. Прокрастинация 3: Понимание того, как поддерживается прокрастинация, увеличивая веру в перфекционистские убеждения .....	418
Раздаточный материал 14.4. Прокрастинация 4: Поведенческий эксперимент для преодоления прокрастинации .....	420
Раздаточный материал 14.5. Прокрастинация 5: Полезные напоминания.....	422
Раздаточный материал 14.6. Прокрастинация 6: Разбиение задач на управляемые шаги, чтобы преодолеть прокрастинацию.....	423
Раздаточный материал 14.7. Решение проблем .....	424

Раздаточный материал 14.8. Расписание.....	426
Раздаточный материал 14.9. Список приятных событий .....	428
Раздаточный материал 15.1. Профилактика рецидивов .....	430
Раздаточный материал 15.2. Профилактика рецидивов: План действий на будущее .....	431
Раздаточный материал 15.3. Заключительные размышления о перфекционизме.....	432

## Раздаточный материал 6.1

### Постановка цели

Чтобы помочь вам установить цели, полезно сначала провести мозговой штурм по всем этапам, которые включены в постановку целей, в том числе о том, какова цель, почему вы хотите достичь цели, кто участвует в достижении цели, где эта цель и любые требования или ограничения для цели.

После того, как вы рассмотрели исходные данные для своих целей, убедитесь, что, когда вы устанавливаете свои цели, они соответствуют критериям SMARTER – *конкретные, измеримые, достижимые, релевантные и ограниченные во времени* – и по их достижении вы *оцениваете и переоцениваете* результат.

---

#### Шаги для постановки конкретных целей

---

- **Что:** Чего вы хотите достичь?
  - **Зачем:** Конкретные причины, результаты или преимущества достижения цели.
  - **Кто:** Кто участвует?
  - **Где:** Определите место.
  - **Какие:** Определите требования и ограничения.
- 

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

Раздаточный материал 7.1  
**Когнитивно-поведенческая формулировка  
перфекционизма**

Ответьте на следующие вопросы для помощи в разработке индивидуальной формулировки. Приведите примеры каждой из этих областей на свободном месте ниже.

1. **Самооценка:** Зависит ли ваше отношение к себе от достижений?

---

---

2. **Негибкие стандарты:** Есть ли у вас очень высокие стандарты, которые могут быть негибкими в форме правил (например, что-либо менее 80% в тесте является провалом)?

---

---

3. **Когнитивные искажения:** Судите ли вы о вещах по принципу «все или ничего»? Замечаете ли вы негативные аспекты своей работы и игнорируете ли позитивные?

---

---

4. **Поведение, связанное с производительностью:** Вы избегаете, откладываете, проверяете свою работу неоднократно или сравниваете свою работу с другими? Вы слишком обстоятельны или тщательны?

---

---

5. **Временное соответствие стандартам:** Вспомните недавнее время, когда вы достигли своего стандарта: думали ли вы, что это не имеет большого значения, что любой может это сделать, и что вам нужно лучше постараться в следующий раз?

---

---

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Эган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014 Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

**6. Несоответствие стандартам:** Можете ли вы вспомнить недавнее время, когда вы не смогли соответствовать стандарту?

---

---

**7. Контрпродуктивное поведение и самокритика:** Если вы не соответствуете стандартам, вам трудно переживать это? Бывает ли у вас поведение, связанное с производительностью, такое как проверка или прокрастинация, и критикуете ли вы себя (например, считаете ли вы себя неудачником)?

---

---

**8. Избегание:** Бывает ли так, что вы иногда даже не пытаетесь соответствовать стандартам вообще, потому что вы обеспокоены тем, что не справитесь?

---

---



## Раздаточный материал 8.1

**Рассмотрение долгосрочных издержек и преимуществ перфекционизма**

Подумайте о продолжающемся влиянии перфекционизма на различные сферы вашей жизни, и как бы выглядела ваша жизнь в этих областях, если бы у вас не было перфекционизма.

<b>Через 1 год . . . всё ещё с перфекционизмом</b>	
<p><i>Область жизни</i></p> <p>Социальная жизнь</p> <p>Работа/образование</p> <p>Эмоциональное здоровье</p> <p>Отношения с партнёром</p> <p>Отношения с близкими друзьями</p> <p>Отношения с семьёй</p>	<p><i>Что произойдёт в этой области?</i></p>
<b>Через 1 год ... без перфекционизма</b>	
<p><i>Область жизни</i></p> <p>Социальная жизнь</p> <p>Работа/образование</p> <p>Эмоциональное здоровье</p> <p>Отношения с партнёром</p> <p>Отношения с близкими друзьями</p> <p>Отношения с семьёй</p>	<p><i>Что произойдёт в этой области?</i></p>

*Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.*

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Треиси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 9.1

**Самоконтроль перфекционизма**

1. Запишите область перфекционизма, и какие правила вы установили.
2. Запишите, какие у вас были самокритичные мысли относительно вашей производительности, и к каким чувствам эти мысли привели.
3. Запишите свое поведение (что вы сделали) в результате этих мыслей.

<b>Ситуация и область перфекционизма</b>	<b>Правила (оцените 0-100%, насколько вы верили в них в то время)</b>	<b>Самокритичные мысли</b>	<b>Чувства (интенсивность 0-100%)</b>	<b>Что вы делаете? (оцените 0-100%)</b>

(продолжение)

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/eg-an-forms](http://www.guilford.com/eg-an-forms).

<b>Ситуация и область перфекционизма</b>	<b>Правила (оцените 0-100%, насколько вы верили в них в то время)</b>	<b>Самокритичные мысли</b>	<b>Чувства (интенсивность 0-100%)</b>	<b>Что вы делаете? (оцените 0-100%)</b>



## Раздаточный материал 9.2

**Борьба с перфекционистскими убеждениями с помощью опросов**

1. Цель этой таблицы – помочь вам использовать опросы, чтобы бросить вызов вашим перфекционистским убеждениям. Цель опроса – узнать информацию об убеждении, которого вы придерживаетесь. Подумайте о своем убеждении, которое было бы полезно оспорить, а затем придумайте вопрос, чтобы задать его другим.
2. Получив ответы, сделайте выводы о диапазоне полученных ответов и о том, что вы можете сделать в результате.

**ПРИМЕРЫ**

**Убеждение:** «Я делаю на работе больше ошибок, чем другие люди». Этот опрос нужно проводить среди людей, которые успешны на вашем рабочем месте.

**Вопросы:**

1. Как много ошибок вы допустили на работе за последний месяц?
2. Можете ли вы привести примеры ошибок в работе?
3. Как вы думаете, другие тоже допускают такие ошибки?
4. Что вы думаете о тех, кто ошибается на работе?

**Убеждение:** «Я более склонен делать серьезные ошибки по сравнению с другими на работе». Этот опрос нужно проводить среди людей, которые успешны на вашем рабочем месте.

**Вопросы:**

1. Как много ошибок вы допустили на работе за последний год?
2. Сколько из них были серьезными?
3. Можете ли вы привести примеры серьезных ошибок в работе?
4. Какие были негативные последствия этих серьезных ошибок?
5. С каким худшим последствием вы когда-либо столкнулись из-за серьезных ошибок?

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

**Убеждение:** «Я должен отвечать на рабочие звонки по телефону в любое время дня и ночи, даже когда я в отпуске». Этот опрос можно провести среди людей на вашем рабочем месте и других, кого вы уважаете.

**Вопросы:**

1. Как часто вы берете свой рабочий телефон с собой в отпуск?
2. Что вы думаете о людях, которые берут свой рабочий телефон с собой в отпуск?
3. Что вы думаете о людях, которые не берут свой рабочий телефон с собой в отпуск?
4. Вы отвечаете на рабочий телефон ночью и по выходным?
5. Что вы думаете о людях, которые отвечают на свой рабочий телефон ночью и в выходные дни?
6. Что вы думаете о людях, которые не отвечают на свой рабочий телефон ночью и в выходные дни?

**Убеждение:** «Я неудачник, потому что я не получил эту работу». Этот опрос можно провести среди друзей.

**Вопросы:**

1. Вы когда-нибудь не получали работу после прохождения собеседования?
2. Если да, что вы думали о себе, когда не получили работу?
3. Что вы думаете о других, которые не получают работу, на которую они претендовали?
4. Считаете ли вы кого-то неудачником, если он не получил работу, на которую он претендует?

**Убеждение:** «Путь к самосовершенствованию – это постоянно продолжать стремиться». Этот опрос можно провести среди коллег и друзей.

**Вопросы:**

1. Считаете ли вы, что у успешных людей есть свободное от работы время?
2. Как вы думаете, успешные люди заняты все время и не дают себе отдохнуть?
3. Как вы думаете, важно постоянно подталкивать себя, чтобы продолжать достигать?

4. Были ли в вашей жизни примеры, когда постоянные усилия приводили к тому, что вы были менее успешными?

**Убеждение:** «Успешные люди не читают дурацких журналов».

Этот опрос может быть предоставлен любому, кто, по вашему мнению, является успешным, на работе или среди друзей.

**Вопросы:**

1. Вы читаете жёлтую прессу?
2. Что вы думаете о тех, кто читает жёлтую прессу?
3. Считаете ли вы чтение таких журналов пустой тратой времени?

### СОЗДАЙТЕ СВОЙ ОПРОС

**Убеждение:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Вопросы:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**Выводы:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Раздаточный материал 10.1

**Дневник мыслей ABC**

1. Вспомните недавний момент, когда вы расстроились. Запишите событие (А) и убеждения (В), которые у вас были относительно события, которое привело к эмоциональным последствиям (С).
2. Определите любые ошибки мышления, которые могут присутствовать (см. раздаточный материал 10.2–10.6).

<b>А. Триггерное событие</b>	<b>В. Убеждения (оцените 0–100%)</b>	<b>С. Последствия (эмоции – оцените 0–100%)</b>

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

<b>А. Триггерное событие</b>	<b>В. Убеждения (оцените 0–100%)</b>	<b>С. Последствия (эмоции – оцените 0–100%)</b>

## Раздаточный материал 10.2

**Ошибки мышления при перфекционизме**

Ниже приведен список распространенных ошибок мышления, которые возникают при перфекционизме. Прочитайте список и посмотрите, сможете ли вы узнать себя, думая об этом.

**Дихотомическое мышление** – один из самых распространенных стилей мышления в перфекционизме. Он включает в себя суждения по принципу «все или ничего» (например, «поскольку я споткнулся на несколько слов в начале своей речи, она была испорчена, и я полный неудачник»; «я весил 105 фунтов и это выше моего целевого веса в 100 фунтов, поэтому я жирный неудачник»).

**Избирательное внимание** – сосредоточение на негативных аспектах вашей работы и ошибках, и в то же время обесценивание позитивных аспектов вашей работы и своих успехов (например, «вся еда была испорчена, потому что я сделала плохой десерт»).

**Двойные стандарты** – держать набор более жестких правил для себя, чем для других людей (например, «это нормально для других, делать ошибки правописания, но не для меня»).

**Чрезмерное обобщение** – обобщая свои ощущения из-из одной ошибки в работе, вы пришли к выводу, что вы в целом неудачник (например, «я неудачник как личность, потому что я допустил ошибку на работе»).

**Утверждения «надо»** – говорить «надо» и «должен» в отношении соответствия своим стандартам (например, «мне всегда надо подталкивать себя»; «я должен лучше работать»).

**Драматизация** – связано с «что если»-заявлениями, которые приводят к воображению наихудшего сценария, вызывающего у вас беспокойство (например, «Что если я потеряю работу, потому что запутался в словах на презентации?»).

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014. Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

**Эмоциональное мышление** – когда вы рассматриваете ситуацию, основанную на чувствах, а не на фактах (например, «я волнуюсь, поэтому знаю, что я буду плохо говорить»).

**Ярлыки** – связаны с самокритичным мышлением, часто возникают, когда вы чувствуете, что не достигли своих стандартов или целей. Содержат негативные ярлыки, такие как «лузер», «неудачник», «облажался», «бесполезный» и «идиот».

**Персонализация** – включает в себя полную ответственность за события и результаты, в которых она фактически распределяется, без учета всех факторов, влияющих на результат (например, «если моя рабочая команда не выиграла сделку, это полностью моя вина»).

**Чтение мыслей** – происходит, когда вы предполагаете, что можете угадать, что думают другие вокруг вас (например, «я знаю, что мои коллеги думали, что моя презентация была плохой и скучной, потому что некоторые из них смотрели в окно»).

**Пророческое мышление** – включает в себя сильный негативный прогноз на будущее (например, «Я знаю, что моя презентация будет плохой»; «Я знаю, что я не смогу преуспеть в гонке»).

## Раздаточный материал 10.3

### **Ошибки мышления в перфекционизме: избирательное внимание**

Избирательное внимание включает в себя сосредоточение внимания на негативных аспектах вашей работы и ошибках, в то же время игнорируя положительные аспекты вашей работы и не признавая ваши успехи.

#### **Определение избирательного внимания**

- Когда вы думаете о своей производительности, на чем вы склонны концентрироваться?
- Насколько вы замечаете ошибки в работе? Вы замечаете успехи?
- Как вы реагируете на положительные аспекты производительности?
- Как вы себя чувствуете, когда достигаете цели или стандарта? Вы удовлетворены? Не удовлетворены? Как долго это продлится?
- Обесцениваете ли вы свои цели, когда достигаете их «слишком легко», или чувствуете, что кто угодно мог это сделать?
- После достижения своих целей ставите ли вы цели на следующий раз выше, ниже, или оставляете на том же уровне?

#### **Борьба с избирательным вниманием**

- Как акцент на ошибках и обесценивание успехов влияет на ваше настроение?
- Как концентрация на недостатках и обесценивание позитивных аспектов вашей работы влияют на то, насколько вы основываете свое чувство собственного достоинства на достижениях?

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).



- Если вы постоянно ставите свои цели выше, даже после того, как преуспели, и обесцениваете свои достижения, говоря: «Это ничего особенного», как вы будете когда-либо чувствовать себя удовлетворенным своей работой?
- Как вы думаете, какое влияние окажет на других людей обесценивание своих достижений до «ничего особенного»?
- Если бы вы постоянно следили за своим другом как «критический судья», указывали бы на все, что он или она делали неправильно, и никогда не комментировали бы то, что ваш друг делал хорошо, как вы думаете, что случилось бы с его настроением и самооценкой? Что на самом деле нужно сделать судье, чтобы ваш друг почувствовал себя успешным?

## Раздаточный материал 10.4

### **Ошибки мышления при перфекционизме: двойные стандарты**

Двойные стандарты подразумевают введение более жестких правил для себя, чем для других людей.

#### **Определение двойных стандартов**

- Есть ли у вас один набор правил для себя и другой набор правил для других людей?
- Являются ли ваши правила для себя более жесткими, чем правила для других?

#### **Борьба с двойными стандартами**

- Справедливо ли иметь более жесткие правила для себя, которые отличаются от правил для всех остальных?
- Как влияет, когда люди придерживаются стандартов для себя, которые отличаются от стандартов, которые они устанавливают для других людей?
- Как влияет на вас, когда вы устанавливаете для себя эти жесткие стандарты, но думаете, что если другие не соответствуют им, то это нормально?
- Что бы вы сказали другу, у которого были более строгие правила для него, чем для других людей?
- Как из этого следует, что правила должны быть сложнее для вас, чем для других людей?
- Что соблюдение двойных стандартов делает с вашей самооценкой и настроением?

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 10.5

### **Ошибки мышления при перфекционизме: чрезмерное обобщение**

Чрезмерное обобщение включает в себя вывод из-за одной незначительной ошибки, что вы в целом неудачник.

#### **Определение чрезмерного обобщения**

- Что вы думаете о себе как о личности в целом, когда совершаете хотя бы небольшую ошибку?
- Что происходит с вашей самооценкой, когда ваша работа не соответствует вашим стандартам?

#### **Борьба с чрезмерным обобщением**

- Как из этого следует, что о чьей-то ценности как личности можно судить по одному случаю, когда он не достиг цели или совершил ошибку?
- Каково универсальное определение, по которому люди в обществе будут считать кого-то «неудачником»? Как вы сравните себя с этим определением? В чем вы похожи или отличаетесь?
- Что большинство людей считают важным в определении ценности человека?
- Почему небольшая ошибка или недочёт (например, орфографическая ошибка в электронном письме) может отразиться на общей ценности человека?
- Что чрезмерное обобщение от одной маленькой ошибки, когда вы говорите, что вы - неудачник, делает с вашей самооценкой и настроением?

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 10.6

**Ошибки мышления в перфекционизме:  
утверждения «Надо» и «Должен»**

Эти утверждения включают в себя слова «должен» и «надо» в отношении соответствия вашим стандартам (например, «я должен всегда заставлять себя»; «мне надо лучше работать»).

**Определение утверждений «надо»**

- Что вы говорите себе, чтобы действительно начать действовать, когда вы думаете, что нужно что-то сделать?
- Что приходит вам в голову, когда вы думаете о списке дел, которые вам нужно сделать?
- Как часто вы говорите «должен» и «надо» себе, когда вы думаете обо всем, что вам нужно сделать?

**Борьба с утверждениями «надо»**

- Как выражение «надо» постоянно заставляет вас чувствовать себя? Как это влияет на ваше самосознание?

Если бы друг хотел больше заниматься физическими упражнениями, как бы он себя чувствовал, если бы сказал себе: «Я должен заниматься спортом 7 дней в неделю»? Что бы это сделало с его чувством давления на себя? А теперь подумайте, если бы он сказал сам себе: «Я хотел бы заниматься спортом более регулярно, если смогу». Как вы думаете, какой из них заставит его чувствовать себя более напряженным?

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 11.1

## Заполните дневник мыслей

1. Подумайте о недавнем времени, когда вы расстроились. Запишите событие (А) и убеждения (В), которые приходили вам в голову относительно события, которое привело к эмоциональным последствиям (С).
2. Определите любые ошибки мышления, которые могут присутствовать (см. материалы об ошибках мышления).
3. Бросьте вызов бесполезным убеждениям (D) и оцените результат (E).

А. Запускающее событие	В. Убеждения (оцените 0-100%)	С. Последствия (оцените 0-100%)	D. Обсуждение	E. Оценка результата
Каким было событие, ситуация, мысль, образ или воспоминание?	Что пришло мне в голову? Что это говорит обо мне как о личности? Я использую бесполезные стили мышления?	Что я чувствовал?	Что бы сказал друг? Есть ли другая точка зрения на эту мысль?	Что я чувствую сейчас?

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

А. Запускающее событие	В. Убеждения (оцените 0-100%)	С. Послед- ствия (оцените 0-100%)	D. Обсужде- ние	Е. Оценка результата

## Раздаточный материал 11.2

**Изменение основных убеждений 1**

1. Запишите основное убеждение (выберите убеждение из записи мыслей) и спросите себя: «Что в этом было худшим?» «Если бы это было правдой, что бы это значило для меня и что это говорит обо мне как личности?»).
2. Запишите доказательства, свидетельствующие о том, что убеждение не соответствует действительности (подумайте о том, что друг скажет о вас).
3. Напишите новое более полезное основное убеждение.

**Основное убеждение:**

**Доказательства, свидетельствующие о том, что убеждение не соответствует действительности:**

**Полезное новое убеждение:**

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 11.3

**Изменение основных убеждений 2**

1. Укажите основное убеждение и продумайте эксперимент для проверки своих прогнозов на основе этого убеждения.
2. Запишите результаты эксперимента и пересмотренное основное убеждение.

**Основное убеждение:**

**Эксперимент:**

**Прогноз:**

**Результат:**

**Новое полезное основное убеждение:**

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).



## Раздаточный материал 11.4

**Борьба с избирательным вниманием**

1. Запишите негативные мысли и оцените уверенность в них от 0% до 100%, затем определите способы расширить свое внимание, чтобы включить всю информацию, задавая себе вопрос: а) «Какие позитивные аспекты моей работы я упускаю?» и б) «Как я могу сосредоточить свое внимание на других вещах, кроме отрицательных недостатков?»

2. Запишите результат.

Ситуация	Замеченные негативные мысли (оцените 0-100%)	Как расширить внимание в этой ситуации?	Результат

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 11.5

**Дневник позитивных комментариев и отсутствия негативных комментариев**

Подумайте о недавних ситуациях, когда люди прокомментировали вашу работу. Например, это может быть на работе, дома или с друзьями. Затем запишите это доказательство следующим образом:

1. Запишите позитивные комментарии и доказательства, касающиеся эффективности.
2. Отметьте отсутствие отрицательных доказательств в отношении производительности.

Область	Позитивное доказательство	Отсутствие негативных доказательств

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

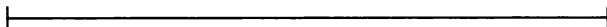
## Раздаточный материал 11.6

### Борьба с дихотомическим мышлением с помощью континуума

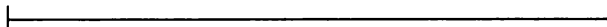
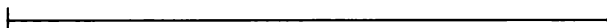
Цель этой таблицы – определить ваше мышление «все или ничего» и рассмотреть пример, когда мысль или поведение не были полностью в этом стиле.

1. Определите мысль «все или ничего».
2. Укажите категории на континууме.
3. Придумайте примеры доказательств, которые попадают в различные точки вдоль континуума, и сделайте отметку X вдоль горизонтальной линии, отражая, например, значения от низкого до высокого на континууме.
4. Обдумайте это.

1. **Какая мысль была в стиле «всё или ничего»?**
2. **Отметьте категории «всё или ничего» на континууме.**



3. **Примеры доказательств, которые попадают в разные точки континуума в мышлении/поведении:**



4. **Чему я научился на примере континуума:**

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 12.1

**Лист записи поведенческого эксперимента**

Целью поведенческого эксперимента является сбор доказательств для проверки конкретного прогноза, основанного на убеждении. Например, если кто-то полагает, что нужно всегда выглядеть идеально ухоженной, то можно предсказать, что если она придёт на встречу без идеальной причёски и макияжа, ее друзья скажут, что она не очень хорошо выглядит. Эксперимент для проверки этого прогноза состоял бы в том, чтобы встретиться с друзьями без косметики и безупречной укладки.

**Убеждение для проверки (степень уверенности 0-100%):**

**Есть ли альтернативное убеждение? (степень уверенности 0-100%, если применимо):**

**Эксперимент, который проверит убеждение (укажите, что вы будете делать подробно, в том числе когда, где и как):**

**Укажите точный прогноз (поведение и оцените интенсивность убеждений и эмоций):**

**Какие проблемы могут возникнуть и как вы их преодолеете?**

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

**Лист записи поведенческого эксперимента (продолжение)**

**Эксперимент – что вы сделали в итоге?**

**Результаты – что произошло?**

**Переоцените свой прогноз: какой вывод вы можете сделать?**

**Переоцените убеждение, которое вы проверяли, и альтернативное убеждение (если оно у вас было):**

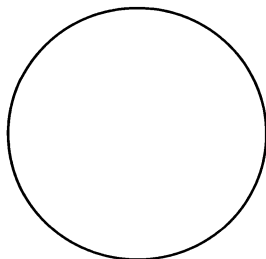
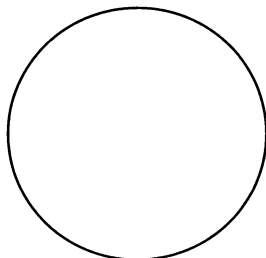
**Рефлексия (включая планы на любые последующие эксперименты):**

**Пересмотренное убеждение/поведение:**

## Раздаточный материал 13.1

**Расширение самооценки 1: Круговые диаграммы****1. Подумайте, в каких областях жизни вы видите себя как личность (самооценка).**

Разделите «пирог» на части, основываясь на своем взгляде на себя (например, 75% вашей самооценки может происходить из работы, а остальная часть из других областей, таких как семья или друзья).

**2. Подумайте о более сбалансированном взгляде на то, в каких сферах жизни вы видите себя как личность – взгляд, который опирается не только на одну основную область деятельности, но и на другие области, в том числе те, которые не связаны с достижениями. Разделите пирог снова, но рассмотрите больше «кусочков» пирога и любых новых областей.**

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 13.2

## Расширение самооценки 2

Запишите, какие области вы использовали для оценки себя. Сосредоточьтесь на новых доменах, определенных в вашей более сбалансированной круговой диаграмме (2 в раздаточном материале 13.1), или на областях в вашей жизни, которые не связаны с производительностью – например, прослушивание музыки или общение с друзьями.

День	Какую область вы использовали, чтобы оценить себя?	Запишите мысли, которые у вас были о самооценке.	Опишите, как вы себя чувствовали, и оцените интенсивность чувств от 0 (низкая) до 100 (высокая).

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 13.3

### Борьба с самокритикой 1: выявление самокритических мыслей. Использование техники «Направленная вниз стрела»

Запишите свои мысли, которые приводят к негативным ощущениям в трех разных ситуациях.

Затем, для каждого, спросите себя, что самое худшее, что может случиться, и что это говорит о вас как о личности, чтобы раскрыть ваши самокритичные правила «если... то ...».

<b>Ситуация 1:</b>	<b>Ситуация 2:</b>	<b>Ситуация 3:</b>
<b>Чувство:</b>	<b>Чувство:</b>	<b>Чувство:</b>
<b>Мысль:</b>	<b>Мысль:</b>	<b>Мысль:</b>
<b>Первый вопрос:</b> Что это значит, если это произойдет?	<b>Первый вопрос:</b> Что это значит, если это произойдет?	<b>Первый вопрос:</b> Что это значит, если это произойдет?
<b>Ответ:</b>	<b>Ответ:</b>	<b>Ответ:</b>

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).



<p><b>Второй вопрос:</b> Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?</p> <p><b>Ответ:</b></p>	<p><b>Второй вопрос:</b> Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?</p> <p><b>Ответ:</b></p>	<p><b>Второй вопрос:</b> Если бы это было правдой, что бы это значило для вас?</p> <p><b>Ответ:</b></p>
<p><b>Третий вопрос:</b> Каково утверждение «если... то»?</p> <p><b>Ответ:</b></p>	<p><b>Третий вопрос:</b> Каково утверждение «если... то»?</p> <p><b>Ответ:</b></p>	<p><b>Третий вопрос:</b> Каково утверждение «если... то»?</p> <p><b>Ответ:</b></p>

## Раздаточный материал 13.4

**Борьба с самокритикой 2: определение ваших ценностей.  
Руководство, как следует относиться к другим**

Вот несколько примеров ценностей, используемых в отношении других людей.

<b>Принятие:</b> принимать своих друзей независимо от того, что они делают	<b>Забота:</b> заботиться о других	<b>Сострадание:</b> чувствовать заботу о других
<b>Вежливость:</b> быть вежливым и предупредительным к другим	<b>Прощение:</b> прощать других	<b>Щедрость:</b> дать людям пользу сомнения
<b>Помощь:</b> помогать другим	<b>Надежда:</b> верить в своих друзей	<b>Веселье:</b> веселиться с друзьями и делиться с ними чувством юмора
<b>Справедливость:</b> относиться к друзьям справедливо	<b>Полезность:</b> быть полезным для других	<b>Уважение:</b> относиться к друзьям с уважением, а не подавлять их

Подумайте, какие ценности определяют ваше отношение к другим людям. Заполните пустые ячейки значениями и конкретными примерами.


Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 13.5

**Борьба с самокритикой 3:  
Разработка сострадательных реакций**

Запишите самокритичные мысли, а также полезные, сострадательные ответы. Для каждой самокритичной мысли:

1. Запишите самокритичную мысль.
2. Напишите вызовы этой мысли, основанные на доброте, человечности и осознанности.

Самокритичная мысль	Практика доброты к себе	Практика человечности	Практика осознанности

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 14.1

**Прокрастинация 1: Понимание областей прокрастинации**

Цель этого раздаточного материала состоит в том, чтобы рассмотреть, в каких областях вашей жизни вы откладываете, и выявить примеры вашей прокрастинации.

1. Очертите область(и) вашего перфекционизма.
2. Определите примеры прокрастинации.

**В каких областях жизни я прокрастинирую?**

Область перфекционизма/поведение	Пример	Прокрастинация
Питание/форма/вес	Откладывание примерки одежды	_____
Социальная эффективность	Откладывание звонка другу	_____
Организация	Откладывание написания списков дел	_____ _____
Чистота в доме, опрятность	Откладывание уборки	_____
Внешний вид	Откладывание глажки вещей	_____
Художественная эффективность	Откладывание новой картины	_____
Музыкальная эффективность	Откладывание занятий на скрипке	_____
Спортивная эффективность	Откладывание тренировки	_____

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014' Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

Академическая эффективность	Запрос академического отпуска	_____
Эффективность в работе	Откладывание написания отчёта	_____
Интимные отношения	Откладывание свидания	_____
Воспитание детей	Откладывание выбора школы	_____
Здоровье, фитнесс	Откладывание прогулки	_____
Развлечения	Откладывание приготовления еды к вечеринке	_____
Другие области:		
_____		
_____		
_____		

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

## Раздаточный материал 14.2

**Прокрастинация 2: Самоконтроль прокрастинации**

Цель этого раздаточного материала состоит в том, чтобы определить, как выражается ваша прокрастинация в результате своих прогнозов относительно того, что произойдет. Например, если у кого-то был прогноз «я не смогу написать отчет по превосходному стандарту», его прокрастинация может заключаться в том, чтобы читать электронные письма весь день, а не начать делать отчет, и оставить работу на последний вечер перед сдачей.

Выполните эти шаги:

1. Запишите ситуацию.
2. Запишите свои перфекционистские прогнозы. Спросите себя: «Что происходило в моей голове, когда я решил отложить задачу?» Оцените, насколько сильно вы верите в эти мысли (0% = не верю; 100% = полностью верю).
3. Запишите своё поведение.
4. Запишите свои чувства. Примеры включают: тревога, грусть, злость, стыд, депрессия, страх, смущение, раздражение, счастье, разочарование, возбуждение. Оцените интенсивность своих чувств (0% = нет чувства; 100% = самое сильное чувство).

Область перфекционизма и ситуация	Перфекционистский прогноз	Прокрастинация	Чувства (от 0-100%)

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Треиси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

Область перфекционизма и ситуация	Перфекционистский прогноз	Прокрастинация	Чувства (от 0-100%)

## Раздаточный материал 14.3

### Прокрастинация 3: Понимание того, как поддерживается прокрастинация, увеличивая веру в перфекционистские прогнозы

Цель этой таблицы – помочь вам понять, как возникает прокрастинация, увеличивая вашу веру в свои перфекционистские прогнозы. Запишите область перфекционизма, ваши перфекционистские прогнозы, вашу прокрастинацию и то, как она поддерживается благодаря увеличению вашей веры в прогнозы. Например, если у кого-то есть прогноз «я не смогу писать отчеты по превосходному стандарту», он может откладывать эту работу на потом, задерживая написание отчетов и составление подробных списков, вместо того чтобы делать отчеты. Его прокрастинация будет поддерживаться растущей верой в прогноз, так как чем больше человек откладывает, тем меньше времени ему придется делать отчет, и следовательно он не будет так хорошо выполнять свою работу, подтверждая прогноз о том, что отчеты не выполняются хорошо, и что более вероятно, что он снова будет откладывать.

Пример	Область перфекционизма	Перфекционистский прогноз	Прокрастинация	Как прокрастинация поддерживается, увеличивая веру в прогнозы

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).



При- мер	Область перфекцио- низма	Перфекци- онистский прогноз	Прокрасти- нация	Как прокрастина- ция поддерживае- тся, увеличивая веру в прогнозы

## Раздаточный материал 14.4

### **Прокрастинация 4: Поведенческий эксперимент по преодолению прокрастинации**

Целью поведенческого эксперимента является сбор доказательств для проверки конкретного прогноза, основанного на убеждении. Например, если кто-то считает: «Я лучше всего работаю под давлением, – откладывание выполнения задания на последний момент помогает мне добиться большего успеха», его прогноз может быть следующим: «Если я начну выполнять задание раньше, я сделаю хуже». Эксперимент может состоять в том, чтобы (1) начать задание за 1 неделю до его наступления и сдать его заранее и (2) начать за 1 день до наступления срока, сдать его за 5 минут до крайнего срока и сравнить, какое из них приводит к лучшей производительности.

**Убеждение для проверки (степень уверенности 0-100%);**

**Альтернативное убеждение для проверки (оцените степень уверенности 0-100%);**

**Эксперимент, который проверит убеждение (укажите, что вы будете делать подробно, в том числе когда, где и как):**

**Укажите прогноз (поведение и оценку интенсивности убеждений и эмоций):**

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

**Какие проблемы могут возникнуть и как вы их преодолеете?**

**Эксперимент – что вы сделали в итоге?**

**Результат – что произошло?**

**Пересмотрите сделанные прогнозы: какой вы можете сделать вывод? Переоцените убеждение, которое вы проверяли, а также альтернативное, если у вас оно было:**

**Альтернативное убеждение для проверки (уверенность 0-100%):**

**Рефлексия, включая планы на любые последующие эксперименты:**

**Пересмотренное убеждение:**



## Раздаточный материал 14.6

**Прокрастинация 6: Разбиение задач на управляемые шаги, чтобы преодолеть прокрастинацию**

**1. Определите цель/задачу:**

**2. Разбейте задачу на управляемые шаги.** Затем перечислите шаги в том порядке, в котором они должны быть выполнены. Затем оцените каждый шаг (от 0 = самый легкий до 100 = самый сложный) в зависимости от того, насколько сложными вы их ожидаете.

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 14.7

### Решение проблем

Цель этого раздаточного материала – найти решение проблемы. Следуйте приведенным ниже инструкциям, чтобы подумать о том, как решить проблему, с которой вы столкнулись.

#### 1. Определите проблему.

Опишите проблему объективно и конкретно.

#### 2. Выработайте потенциальные решения.

Проведите мозговой штурм всех возможных решений проблемы. Продолжайте перечислять все идеи, которые вы можете придумать, не оценивая их как хорошие или плохие. Подчеркните два или три решения, которые кажутся наиболее полезными и наиболее вероятными для достижения.

#### 3. Выберите решение.

Рассмотрите плюсы и минусы двух или трех лучших решений с точки зрения их реальности и вероятности решения проблемы.

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

**4. Выберите решение, которое кажется лучшим.**

Запланируйте список действий, которые необходимо предпринять для достижения решения.

**5. Сделайте то, что запланировали.**

**6. Оцените результат.**

Какой эффект вы заметили от решения?

## Раздаточный материал 14.8

## Расписание

Цель этого графика – сбалансировать то, что вам нужно сделать, и ваши достижения с возможностью досуга, веселья и отдыха. Постарайтесь запланировать на неделе вещи, которые не связаны с достижениями и стремлением к достижению ваших целей.

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).



	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							

## Раздаточный материал 14.9

**Список приятных событий**

Следующий список содержит некоторые типичные события, которые могут быть веселыми, приятными или расслабляющими. Попробуйте одно из этих событий или подумайте о том, что вам нравится, и заметьте, как вы себя чувствуете после того, как вы это сделаете.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Скачать новую музыку                 | 21. Читать журнал                            |
| 2. Приготовить что-то вкусное           | 22. Играть в теннис                          |
| 3. Поехать на велосипеде                | 23. Разгадывать кроссворды                   |
| 4. Пойти на футбол                      | 24. Зажечь свечу                             |
| 5. Выучить язык                         | 25. Выпить кофе в любимом кафе               |
| 6. Смотреть ТВ                          | 26. Прочитать книгу                          |
| 7. Слушать музыку                       | 27. Играть с животным                        |
| 8. Пойти плавать                        | 28. Пойти с другом на обед                   |
| 9. Присоединиться к новому клубу        | 29. Играть в настольную игру                 |
| 10. Посмотреть скачанный фильм          | 30. Найти новое хобби                        |
| 11. Купить букет цветов и расставить их | 31. Слушать радио                            |
| 12. Играть в гольф                      | 32. Играть в сквош                           |
| 13. Пойти гулять                        | 33. Поехать кататься на машине               |
| 14. Принять ванну                       | 34. Пойти в музей или художественную галерею |
| 15. Планировать отпуск                  | 35. Работать с деревом                       |
| 16. Купить подарок для кого-то          | 36. Пойти на танцы                           |
| 17. Играть в карты                      | 37. Играть в крикет                          |
| 18. Медитировать                        | 38. Поехать на пикник                        |
| 19. Поехать в отпуск                    | 39. Заняться спортом                         |

Адаптировано из (Shafran et al., 2010). Авторские права 2010, Констебль и Робинсон. Адаптировано с разрешения.

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

- 
- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 20. Присоединиться к книжному клубу   | 40. Сделать маникюр                     |
| 41. Играть в футбол                   | 60. Позвонить другу                     |
| 42. Рисовать                          | 61. Сделать что-то приятное для кого-то |
| 43. Играть на музыкальном инструменте | 62. Слушать расслабляющую музыку        |
| 44. Пойти в кино                      | 63. Найти время на чтение газеты        |
| 45. Сидеть в интернете                | 64. Зажечь арома-лампу                  |
| 46. Ходить по магазинам               | 65. Написать электронное письмо другу   |
| 47. Пойти на пробежку                 | 66. Заняться йогой                      |
| 48. Пригласить друзей на ужин         | 67. _____                               |
| 49. Пойти в парк                      | 68. _____                               |
| 50. Петь                              | 69. _____                               |
| 51. Купить что-то новое для дома      | 70. _____                               |
| 52. Сварить курицу                    | 71. _____                               |
| 53. Играть в компьютерные игры        | 72. _____                               |
| 54. Испечь пирог                      | 73. _____                               |
| 55. Провести тихий вечер дома         | 74. _____                               |
| 56. Поехать на природу                | 75. _____                               |
| 57. Купить новую одежду               | 76. _____                               |
| 58. Присоединиться к группе помощи    | 77. _____                               |
| 59. Рассматривать старые фотографии   | 78. _____                               |

## Раздаточный материал 15.1

### Профилактика рецидивов

- Разработайте план действий в случае будущих проблем - прогнозируйте будущие стрессоры и ситуации, которые могут привести к повторному появлению перфекционизма.
- Быстро выявите проблему. Чем раньше вы начнете работать над проблемой, которая повторяется, тем легче будет справиться, прежде чем у нее появится возможность снова «включиться». Не паникуйте. Вместо этого, помните, что рецидивы возможны, и просто посмотрите на них как на возможность для дальнейшей практики навыков, которые вы приобрели в терапии.
- Если вы столкнулись с рецидивом, подумайте, какая помощь вам нужна и от кого вам нужна поддержка (например, друг? терапевт?).
- Если вы испытываете рецидив, поместите свой план действий на видное место.
- После того как напряжение немного улеглось, попытайтесь определить точный триггер, который сработал по прошествии времени, чтобы увидеть, можно ли с ним справиться, чтобы предотвратить проблемы в будущем.
- Не забывайте практиковать сострадание к себе – поздравьте себя с тем, что вы заметили рецидив и снова применили методы борьбы с ним.

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 15.2

**Профилактика рецидивов: План действий на будущее**

Цель данного раздаточного материала состоит в том, чтобы рассмотреть основные идеи, которые вы узнали в процессе терапии: на какие области вам необходимо обратить внимание в будущем, чтобы перфекционизм снова не стал проблемой, что вам нужно делать в ответ, а также способы поддержания баланса в вашей жизни, включая веселье, отдых и расслабление.

Что я мог бы сказать в нескольких предложениях, чтобы подвести итог основного сообщения, которое я вынес из терапии? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

В каких ситуациях перфекционизм может возникнуть в будущем? На что мне нужно смотреть? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Каковы наиболее эффективные стратегии, которые я узнал в терапии? (Не забудьте использовать эти стратегии, когда столкнётесь с «атакой» перфекционизма в будущем!) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Что мне нужно сделать, чтобы у меня была сбалансированная жизнь (т.е. поддерживать баланс между стремлением к достижению и другими сферами моей жизни, такими как общение, веселье, расслабление и отдых)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

## Раздаточный материал 15.3

**Заключительные размышления о перфекционизме**

Рассмотрим эти цитаты о перфекционизме:

Стремление к мастерству мотивирует вас; стремление к совершенству деморализует (*Гарриет Брайкер*)

Человек ничего не сделает, если будет ждать, пока он не сможет сделать это так хорошо, что никто не сможет придраться (*Джон Генри Ньюман*)

Когда вы стремитесь к совершенству, вы обнаруживаете, что это движущаяся цель (*Джордж Фишер*)

У совершенства есть один серьезный недостаток: оно может быть скучным (*Сомерсет Моэм*)

Стремление к совершенству часто препятствует улучшению (*Джордж Уилл*)

Никто не идеален, поэтому на карандашах есть ластик (*Автор неизвестен*)

Жизнь, потраченная на ошибки, не только более почетна, но и полезнее, чем жизнь, проведенная в безделье (*Джордж Бернард Шоу*)

Будьте благодарны за ваши ошибки. Они преподадут вам ценные уроки (*Автор неизвестен*)

Запишите все окончательные размышления о перфекционизме, которые могут помочь вам в будущем. Например, какие основные сообщения вы можете использовать, чтобы напомнить себе, почему стремление к совершенству проблематично? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Из книги «Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма» Сара Дж. Иган, Трейси Д. Уэйд, Роз Шафран и Мартин М. Энтони. Авторские права 2014, Гилфорд Пресс. Разрешение на фотокопию этого раздаточного материала предоставляется покупателям этой книги только для личного использования (см. авторское право). Покупатели могут скачать и распечатать увеличенную версию этой брошюры с веб-сайта [www.guilford.com/egan-forms](http://www.guilford.com/egan-forms).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3

## Шкалы самоотчёта

Шкала адаптивного / неадаптивного перфекционизма .....	434
Шкала близости к идеалу – пересмотренная .....	436
Опросник поведенческих доменов .....	438
Опросник клинического перфекционизма .....	442
Опросник последствий перфекционизма .....	444
Двухэлементная шкала близости к идеалу .....	445
Семейная шкала близости к идеалу .....	447
Многофакторная шкала перфекционизма Фроста .....	449
Многофакторный опросник родительского перфекционизма – часть А .....	452
Многофакторный опросник родительского перфекционизма – часть В .....	454
Многофакторный опросник перфекционистских мыслей .....	457
Опросник перфекционизма .....	459
Перфекционизм по отношению к внешнему виду .....	462
Шкала позитивного и негативного перфекционизма .....	463
Многофакторный опросник спортивного перфекционизма-2 .....	466
Опросник спортивного перфекционизма .....	470

Инструкции по работе с опросниками приведены в главе 5.

## Шкала адаптивного/неадаптивного перфекционизма

Прочитайте утверждения. Обведите ответ, который описывает вас.

Если утверждение совсем не похоже на вас, обведите 1.

Если утверждение частично не похоже на вас, обведите 2.

Если утверждение частично похоже на вас, обведите 3.

Если утверждение действительно похоже на вас, обведите 4.

1 = совсем не обо мне

2 = частично не обо мне

3 = частично обо мне

4 = действительно обо мне

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Я чувствую себя супер, когда у меня хорошо получается.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Я боюсь совершать ошибки.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Я люблю, когда вещи в порядке.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Мне нравится, когда меня хвалят за мою работу, потому что тогда другие захотят быть как я. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Я не злюсь, когда допускаю ошибку.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Мне нужно много времени, чтобы сделать что-то, потому что я проверяю это много раз.        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Мне приятно, когда у меня что-то хорошо получается.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Когда я совершаю ошибку, мне так плохо, что я хочу спрятаться.                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Я всегда составляю список дел и отмечаю их после того, как я их сделаю.                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я не волнуюсь, когда я делаю работу хорошо.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я делаю работу хорошо, чтобы другие считали меня лучшим.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Я злюсь, если замечаю ошибки в своей работе.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Все мои вещи лежат на своих местах.   | 1 | 2 | 3 | 4 |



- 
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 14. Я никогда не чувствую себя хорошо из-за моей работы.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Ошибаться – нормально для меня.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Я хочу быть известным как лучший в том, что я делаю.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Мне становится грустно, когда я вижу ошибку в моем документе.                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Мне нравится помогать другим после того, как я сделаю что-то хорошо.              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Я хочу быть идеальным, чтобы нравиться другим.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Я замечаю больше, что я делаю правильно, чем что я делаю неправильно.             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. После занятия я чувствую себя счастливым.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Я не могу расслабиться, пока не выполню всю работу.                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Когда что-то идет не так, я задаюсь вопросом, могу ли я сделать что-то правильно. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Моя работа никогда не бывает достаточно хорошей, чтобы ее хвалили.                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Мне нравится делать только одно задание за раз.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Делать одну ошибку так же плохо, как делать десять ошибок.                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Мне нравится делиться своими идеями с другими.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Шкала близости к идеалу – пересмотренная

**Инструкция:** Следующие пункты предназначены для измерения отношения к себе, своим результатам и к другим. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Используйте свое первое впечатление и не тратьте слишком много времени на отдельные вопросы.

Ответьте на каждый вопрос, используя шкалу ниже, чтобы описать степень вашего согласия с каждым элементом. Запишите свой ответ в строке слева от каждого элемента.

1	2	3	4	5	6	7
Абсолютно не согласен	Не согласен	Частично не согласен	Нейтрально	Частично согласен	Согласен	Полностью согласен

- \_\_\_\_\_ 1. У меня высокие стандарты в работе или учёбе.
- \_\_\_\_\_ 2. Я аккуратный человек.
- \_\_\_\_\_ 3. Я часто расстраиваюсь, потому что не могу достичь своих целей.
- \_\_\_\_\_ 4. Опрятность важна для меня.
- \_\_\_\_\_ 5. Если вы не ожидаете многого от себя, вы никогда не добьетесь успеха.
- \_\_\_\_\_ 6. Мои лучшие результаты никогда не кажутся мне достаточно хорошими.
- \_\_\_\_\_ 7. Я думаю, что вещи должны быть убраны на свое место.
- \_\_\_\_\_ 8. Я возлагаю на себя большие надежды.
- \_\_\_\_\_ 9. Я редко оправдываю свои высокие стандарты.
- \_\_\_\_\_ 10. Мне нравится всегда быть организованным и дисциплинированным.
- \_\_\_\_\_ 11. Делать все возможное никогда не кажется достаточным.
- \_\_\_\_\_ 12. Я установил очень высокие стандарты для себя.
- \_\_\_\_\_ 13. Я никогда не доволен своими достижениями.
- \_\_\_\_\_ 14. Я ожидаю лучшего от себя.

- 
- \_\_\_\_\_ 15. Я часто беспокоюсь о том, что не соответствую моим собственным ожиданиям.
- \_\_\_\_\_ 16. Моя производительность редко соответствует моим стандартам.
- \_\_\_\_\_ 17. Я не удовлетворен, даже когда я знаю, что сделал все возможное.
- \_\_\_\_\_ 18. Я стараюсь сделать все возможное во всем, что я делаю.
- \_\_\_\_\_ 19. Я редко могу соответствовать своим собственным высоким стандартам производительности.
- \_\_\_\_\_ 20. Я почти никогда не доволен своей производительностью.
- \_\_\_\_\_ 21. Я почти никогда не чувствую, что то, что я сделал, это достаточно хорошо.
- \_\_\_\_\_ 22. Мне очень нужно стремиться к совершенству.
- \_\_\_\_\_ 23. Я часто чувствую разочарование после выполнения работы, потому что знаю, что мог бы сделать лучше.

### Опросник поведенческих доменов

Цель этой анкеты – получить информацию о вашем поведении и о том, как оно связано с перфекционизмом. Укажите число, которое наилучшим образом соответствует вашему поведению, с каждым вопросом ниже, используя приведенную систему оценки. Внимательно прочитайте каждый вопрос.

Указания по оценке:

Редко (дважды или меньше за последний месяц)

Иногда (3–4 раза за последний месяц)

Часто (5 раз или больше за последний месяц)

Рассмотрите следующие вопросы относительно вашего поведения за <b>последний месяц</b> . . .	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
1. Как часто вы тратили больше 5 минут на застила-ние постели (не меняя простыни)?	1	2	3	4	5
2. Как часто вы тратили более 30 минут на уборку кухни за один раз?	1	2	3	4	5
3. Как часто вы чистили в холодильнике?	1	2	3	4	5
4. Как часто вы мыли окна?	1	2	3	4	5
5. Как часто вы гладили свое белье?	1	2	3	4	5
6. Как часто вы сталкивались с трудностями прекра-щения уборки дома, потому что вы пытались завер-шить её в соответствии с вашими личными стандар-тами?	1	2	3	4	5
7. Как часто вы проверяли чистоту вашего дома снова и снова?	1	2	3	4	5
8. Как часто вы не доверяли никому, кроме себя, уби-рать дом из-за ваших стандартов уборки?	1	2	3	4	5
9. Как часто вы брали много лишнего, когда уходили – изо дня в день, чтобы учесть все случаи жизни?	1	2	3	4	5
10. Как часто вы сравнивали свои достижения на ра-боте с другими людьми?	1	2	3	4	5

Рассмотрите следующие вопросы относительно вашего поведения за последний месяц . . .	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
11. Как часто ваши личные стандарты мешают выполнению задачи?	1	2	3	4	5
12. Как часто вы проверяли свою работу снова и снова на ошибки?	1	2	3	4	5
13. Как часто вы откладываете работу, потому что знаете, что вы слишком тщательны, и это займет много времени?	1	2	3	4	5
14. Как часто вы работали сверхурочно, чтобы выполнить задачу по вашим стандартам?	1	2	3	4	5
15. Как часто вы сталкивались с трудностями в прекращении работы из-за стремления выполнить ее в соответствии со своими личными стандартами?	1	2	3	4	5
16. Как часто вы сталкивались с трудностями при начале работы, потому что боялись потерпеть неудачу?	1	2	3	4	5
17. Как часто вы тратили более 15 минут на составление письменных планов на день / неделю?	1	2	3	4	5
18. Как часто вы задумывались о прошлых социальных контактах и проверяли, соответствует ли ваше поведение вашим стандартам?	1	2	3	4	5
19. Как часто вы избегали социальных взаимодействий?	1	2	3	4	5
20. Как часто вы приходили раньше на встречи, чтобы убедиться, что вы не опоздали?	1	2	3	4	5
21. Как часто вы постоянно спрашивали у своих друзей, что вы симпатичный человек?	1	2	3	4	5
22. Как часто вы задумывались/планировали разговоры заранее?	1	2	3	4	5
23. Как часто вы были заняты, чтобы избежать социальных взаимодействий?	1	2	3	4	5
24. Как часто вы пишете списки, чтобы убедиться, что вы ничего не забыли?	1	2	3	4	5
25. Как часто вы предпочитаете ничего не говорить в социальных взаимодействиях, опасаясь сказать что-то не так?	1	2	3	4	5
26. Как часто вы тратили более 1 часа на подготовку к своим хобби / интересам?	1	2	3	4	5

Рассмотрите следующие вопросы относительно вашего поведения за последний месяц . . .	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
27. Как часто вы избегали групповых занятий, потому что хотели достичь лучшего и боялись, что вас сравнивают?	1	2	3	4	5
28. Как часто вы сравнивали свои достижения в хобби / интересе с достижениями других людей?	1	2	3	4	5
29. Как часто вы сталкивались с трудностями прекращения деятельности, потому что вы стремитесь к совершенству в ней?	1	2	3	4	5
30. Как часто вы проверяли свою производительность в хобби / увлечениях на ошибки?	1	2	3	4	5
31. Как часто вы готовились к своим увлечениям / интересам, так, чтобы учесть все возможные случаи?	1	2	3	4	5
32. Как часто вы тратили больше 1 часа на умывание?	1	2	3	4	5
33. Как часто вы чистили зубы дольше 5 минут?	1	2	3	4	5
34. Как часто вам было трудно выходить на работу / учёбу по утрам из-за вашего внешнего вида?	1	2	3	4	5
35. Как часто вы проводили больше времени, не выходя из дома из-за своего внешнего вида?	1	2	3	4	5
36. Как часто вы проверяли свою внешность в зеркале более 5 раз в день?	1	2	3	4	5
37. Как часто вы тратили столько времени на подготовку, что решали не выходить на улицу?	1	2	3	4	5

Ответьте на эти вопросы полными предложениями, используя столько слов, сколько необходимо.

Существуют ли какие-либо конкретные повседневные занятия, которые занимают у вас очень много времени??

---



---



---



---

Какие проверки вы проводите ежедневно?

---

---

---

Есть ли у вас какое-то конкретное перфекционистское поведение?

---

---

---

Спасибо за заполнение этой анкеты. Если у вас есть какие-либо дополнительные комментарии, запишите их на обороте.

## Опросник клинического перфекционизма

**Инструкции:** Этот опросник рассматривает «перфекционизм». Под перфекционизмом мы подразумеваем попытки соответствовать действительно высоким стандартам независимо от того, достигли ли вы успеха в попытке соответствовать им. В этом опроснике мы затрагиваем только перфекционизм, который влияет на другие сферы жизни, помимо еды, веса или внешнего вида.

Пытались ли вы достичь высоких стандартов за последний месяц независимо от того, добились ли вы успеха в этом (исключая стандарты по питанию, весу или внешнему виду)?

Обведите ДА или НЕТ.

**ДА / НЕТ**

Если да, то к каким областям вашей жизни (кроме еды, веса или внешнего вида) это применимо? Например, это могла быть ваша работа, спорт, музыка, дом и т.д. Отметьте их ниже:

Теперь, пожалуйста, поместите «X» в столбце ниже, который лучше всего описывает вас за последний месяц. Помните, не считайте стандарты для вашего питания, веса или внешнего вида.

За последний месяц . . .	Совсем нет	Иногда	Очень часто	Постоянно
1. За последний месяц вы действительно старались достичь своих целей?				
2. За последний месяц вы имели тенденцию концентрироваться на том, чего вы <u>достигли</u> , а не на том, чего вы не достигли?				
3. Говорили ли вам за последний месяц, что ваши стандарты слишком высоки?				
4. Чувствовали ли вы в прошлом месяце себя неудачником как личность, потому что вам не удалось достичь своих целей?				



За последний месяц ...	Совсем нет	Иногда	Очень часто	Постоянно
5. За последний месяц боялись ли вы, что вы не достигнете своих стандартов?				
6. За последний месяц повышали ли вы свои стандарты, потому что думали, что они слишком просты?				
7. За прошедший месяц оценивали ли вы себя на основании вашей способности достигать высоких стандартов?				
8. За последний месяц, сделали ли вы достаточно, чтобы быть довольным?				
9. За последний месяц проверяли ли вы <u>неоднократно</u> , насколько хорошо вы справляетесь со своими стандартами (например, сравнивая свои результаты с результатами других)?				
10. Думаете ли вы, что за последний месяц другие люди считали вас «перфекционистом»?				
11. За последний месяц продолжали ли вы пытаться соответствовать вашим стандартам, даже если это означало, что вы упустили что-то?				
12. За прошедший месяц избегали ли вы каких-либо проверок вашей производительности (при достижении ваших целей) в случае неудачи?				

## Опросник последствий перфекционизма

**Инструкции:** Ниже приведен ряд утверждений, с которыми вы можете согласиться или не согласиться. Используя шкалу 1–5 ниже, укажите свой уровень согласия или несогласия с каждым утверждением, *обведя соответствующий номер.*

- 1 = Крайне не согласен  
 2 = Частично не согласен  
 3 = Ни согласен, ни несогласен  
 4 = Частично согласен  
 5 = Полностью согласен

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Перфекционизм помогает мне не сбиться с пути.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Перфекционизм ухудшает мою концентрацию.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Перфекционизм мешает мне в моей работе.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Перфекционизм заставляет меня быть мотивированным.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Из-за перфекционизма я меньше бываю на высоте во всём.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Перфекционизм подталкивает меня к достижению большего.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Перфекционизм заставляет меня быть на высоте.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Перфекционизм подталкивает меня к достижению моих целей. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Перфекционизм снижает мою продуктивность.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Перфекционизм побуждает меня быть успешным.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Двухэлементная шкала близости к идеалу

Следующие пункты предназначены для измерения отношения людей к романтическим / интимным отношениям. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Ответьте на все вопросы.

Используйте свое первое впечатление и не тратьте слишком много времени на отдельные вопросы. Термины «значимый другой» и «партнер» используются взаимозаменяемо. Если у вас нет значимого другого или партнера, вспомните кого-то, кто выполнял эту роль для вас в прошлом.

**Инструкции:** Ответьте в строке ответа слева от каждого пункта, используя шкалу ниже, чтобы описать степень вашего согласия или несогласия с каждым утверждением.

1	2	3	4	5	6	7
Абсолютно не согласен	Не согласен	Частично не согласен	Нейтрально	Частично согласен	Согласен	Полностью согласен

- \_\_\_ 1. Я часто чувствую разочарование после того, как мой партнер выполнил задание, потому что я знаю, что она/он мог бы сделать лучше.
- \_\_\_ 2. Я ожидаю, что мой значимый другой будет аккуратным человеком.
- \_\_\_ 3. Мой значимый другой может в целом соответствовать стандартам, которые я для него/нее установил.
- \_\_\_ 4. Мой значимый другой редко соответствует моим стандартам.
- \_\_\_ 5. У меня очень высокие стандарты для моего значимого другого.
- \_\_\_ 6. Мне кажется, что лучшие партнеры бывают редко.
- \_\_\_ 7. Аккуратность должна быть важна для моего значимого другого.
- \_\_\_ 8. Я ожидаю лучшего от моего значимого другого.
- \_\_\_ 9. Я редко доволен достижениями моего партнера.
- \_\_\_ 10. Я часто расстраиваюсь, потому что мой значимый другой не достигает целей, которые я поставил для него/нее.

- \_\_\_ 11. Я ожидаю, что мой партнер будет стараться изо всех сил во всём, что она/он делает.
- \_\_\_ 12. У меня проблемы с моим партнером, который бросает дела на полпути.
- \_\_\_ 13. Даже если партнёр делает всё возможное, кажется, что он/она не достаточно хорош для меня.
- \_\_\_ 14. Я установил высокие стандарты успеваемости для моего значимого другого на работе или в учёбе.
- \_\_\_ 15. Мой значимый другой часто не соответствует моим ожиданиям.
- \_\_\_ 16. Я обычно чувствую, что то, что сделал мой партнер, достаточно хорошо.
- \_\_\_ 17. Я думаю, что мой партнер должен быть организованным.
- \_\_\_ 18. Я вряд ли когда-нибудь останусь доволен эффективностью моего партнера.
- \_\_\_ 19. Мне очень нужно, чтобы мой партнер стремился к совершенству.
- \_\_\_ 20. Мой значимый другой редко может соответствовать моим стандартам производительности.
- \_\_\_ 21. Я обычно очень доволен тем, что делает мой значимый другой.
- \_\_\_ 22. Я ожидаю, что мой партнер думает, что вещи должны быть убраны на место.
- \_\_\_ 23. Эффективность моего партнера редко соответствует моим стандартам.
- \_\_\_ 24. Я не удовлетворен, даже когда я знаю, что мой значимый другой сделал все возможное.
- \_\_\_ 25. Я возлагаю большие надежды на своего партнёра.
- \_\_\_ 26. Я могу расстроиться, когда мой партнер не делает так хорошо, как я думаю, что он/она должен

## Семейная шкала близости к идеалу

**Инструкции:** Следующие пункты предназначены для измерения вашего восприятия отношений, убеждений и ценностей, которые ваша семья имеет и передала вам. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Ответьте на все вопросы. Используйте свое первое впечатление и не тратьте слишком много времени на отдельные вопросы при ответе.

Ответьте на каждый из пунктов, используя шкалу ниже, чтобы описать степень вашего согласия с каждым элементом.

1	2	3	4	5	6	7
Полностью не согласен	Не согласен	Частично не согласен	Нейтрально	Частично согласен	Согласен	Полностью согласен

1. Моя семья установила высокие стандарты для моей эффективности на работе или в учёбе.
2. Моя семья ожидает от меня аккуратности.
3. Опрятность важна для моей семьи.
4. Мои успехи никогда не кажутся достаточно хорошими для моей семьи.
5. Моя семья думает, что вещи должны быть убраны на место.
6. Моя семья возлагает на меня большие надежды.
7. Я редко соответствую высоким стандартам моей семьи.
8. Моя семья ожидает, что я всегда буду организованным и дисциплинированным.
9. Делать все возможное никогда не кажется достаточным для моей семьи.
10. Моя семья устанавливает для меня очень высокие стандарты.
11. Ничто, кроме идеального, не приемлемо в моей семье.
12. Моя семья ожидает от меня лучшего.
13. Моя эффективность редко соответствует стандартам моей семьи.

14. Моя семья ожидает, что я постараюсь сделать все возможное во всем, что я делаю.
15. Я редко могу соответствовать высоким стандартам эффективности моей семьи.
16. Я знаю, что моя семья устанавливает нереально высокие стандарты.
17. Моя семья ожидает от меня сильной потребности стремиться к совершенству.

## Многофакторная шкала перфекционизма Фроста

Обведите номер, который лучше всего соответствует вашему согласию с каждым утверждением ниже. Используйте эту систему оценки:

Полностью не согласен 1 2 3 4 5 Полностью согласен

	Полностью согласен					Полностью не согласен				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Мои родители установили для меня очень высокие стандарты.	1	2	3	4	5					
2. Организация очень важна для меня.	1	2	3	4	5					
3. Будучи ребенком, я был наказан за то, что делал что-то менее чем идеально.	1	2	3	4	5					
4. Если я не устанавливаю для себя самые высокие стандарты, я, скорее всего, окажусь второсортным человеком.	1	2	3	4	5					
5. Мои родители никогда не пытались понять мои ошибки.	1	2	3	4	5					
6. Для меня важно быть полностью компетентным во всем, что я делаю.	1	2	3	4	5					
7. Я опрятный человек.	1	2	3	4	5					
8. Я пытаюсь быть организованным человеком.	1	2	3	4	5					
9. Если я потерпел неудачу на работе/в учёбе, я – неудачник как личность.	1	2	3	4	5					
10. Я, должно быть, расстроюсь, если я сделаю ошибку.	1	2	3	4	5					
11. Мои родители хотели, чтобы я был лучшим во всем.	1	2	3	4	5					
12. Я ставлю более высокие цели, чем большинство людей.	1	2	3	4	5					

13. Если кто-то выполняет задание на работе/в школе лучше меня, я чувствую, что провалил всю работу.	1	2	3	4	5
14. Если я потерплю неудачу частично, это так же плохо, как полностью провалиться.	1	2	3	4	5
15. Только выдающаяся эффективность считается достаточно хорошей в моей семье.	1	2	3	4	5
16. Я очень хорошо концентрирую свои усилия на достижении цели.	1	2	3	4	5
17. Даже когда я делаю что-то очень тщательно, я часто чувствую, что это не совсем правильно.	1	2	3	4	5
18. Я ненавижу быть не лучшим в делах.	1	2	3	4	5
19. У меня очень высокие цели.	1	2	3	4	5
20. Мои родители ожидали от меня совершенства.	1	2	3	4	5
21. Люди, вероятно, будут хуже думать обо мне, если я ошибусь.	1	2	3	4	5
22. Я никогда не чувствовал, что могу оправдать ожидания моих родителей.	1	2	3	4	5
23. Если я успешен не так, как другие, это значит, что я – худший человек.	1	2	3	4	5
24. Другие люди, кажется, придерживаются более низких личных стандартов, чем я.	1	2	3	4	5
25. Если я не преуспеваю все время, люди не будут уважать меня.	1	2	3	4	5
26. У моих родителей всегда было больше надежд на моё будущее, чем у меня.	1	2	3	4	5
27. Я стараюсь быть аккуратным человеком.	1	2	3	4	5
28. Я обычно сомневаюсь в простых повседневных делах, которые я делаю.	1	2	3	4	5



- 
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 29. Опрятность очень важна для меня.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Я ожидаю более высокой производительности в моих ежедневных задачах, чем большинство людей. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Я – организованный человек.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Я склонен отставать в моей работе, потому что я повторяю что-то снова и снова.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Мне требуется много времени, чтобы сделать что-то «правильно».                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Чем меньше ошибок я совершаю, тем больше я буду нравиться людям.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Я никогда не чувствовал, что могу соответствовать стандартам моих родителей.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Многофакторный опросник родительского перфекционизма – часть А

**Инструкции:** Ниже перечислены несколько утверждений, которые касаются темы воспитания детей. Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и решите, в какой степени он характерен для вас. По возможности, отвечайте на вопросы, вспоминая ваших детей. Если у вас никогда не было детей, ответьте с точки зрения того, что, по вашему мнению, скорее всего будет вашим ответом, если у вас когда-либо появятся дети. Затем для каждого утверждения укажите свой ответ в строке слева от каждого элемента, используя эту шкалу:

- 0 = Совсем не характерно для меня.
- 1 = Слегка характерно для меня.
- 2 = Что-то похожее на меня.
- 3 = Умеренно характерно для меня.
- 4 = Очень характерно для меня.

Я планирую ответить на вопросы (отметьте):

- \_\_\_ В настоящее время будучи родителем.
- \_\_\_ Представляя себя будущим родителем.
- \_\_\_ 1. Я установил очень высокие стандарты для себя как родителя.
- \_\_\_ 2. Только если я «совершенен» как родитель, общество будет считать меня хорошим родителем.
- \_\_\_ 3. Мой партнер устанавливает очень высокие стандарты качества для себя как родителя.
- \_\_\_ 4. Мой партнер ожидает, что я буду идеальным родителем.
- \_\_\_ 5. Я ожидаю, что мой партнер всегда будет первоклассным и компетентным родителем.
- \_\_\_ 6. Я всегда должен быть успешным как родитель.
- \_\_\_ 7. Большинство людей в обществе ожидают, что я всегда буду идеальным родителем.
- \_\_\_ 8. Мой партнер перфекционист в том, что он/она ожидает, что он будет идеальным родителем все время.
- \_\_\_ 9. Мой партнер требует только совершенства от меня как родителя.
- \_\_\_ 10. Мой партнер никогда не должен подводить меня, когда дело доходит до того, чтобы быть родителем.
- \_\_\_ 11. Одна из моих целей – быть «идеальным» родителем.

- 
- \_\_\_ 12. Большинство людей ожидают, что я всегда буду отличным родителем.
- \_\_\_ 13. Моему партнеру неудобно, что он/она не идеальный родитель.
- \_\_\_ 14. Мой партнер всегда хочет, чтобы я был идеальным родителем.
- \_\_\_ 15. Я не могу терпеть, если мой партнер менее чем компетентный родитель.
- \_\_\_ 16. Я всегда чувствую необходимость быть «идеальным» родителем.
- \_\_\_ 17. Я должен быть идеальным родителем, чтобы большинство людей считали меня нормальным.
- \_\_\_ 18. Мой партнер ставит перед собой как родителем очень высокие, перфекционистские цели.
- \_\_\_ 19. Мой партнер заставляет меня быть идеальным родителем.
- \_\_\_ 20. Я ожидаю от партнера не меньше чем «родительского перфекционизма».
- \_\_\_ 21. Я всегда заставляю себя быть лучшим родителем в мире.
- \_\_\_ 22. Чтобы люди приняли меня, я должен быть лучшим родителем в мире.
- \_\_\_ 23. Мой партнер всегда старается быть идеальным родителем.
- \_\_\_ 24. Партнер ставит передо мной как родителем очень высокие перфекционистские цели.
- \_\_\_ 25. Я буду ценить своего партнера, только если она/он будет идеальным родителем.
- \_\_\_ 26. У меня очень высокие перфекционистские цели для себя как родителя.
- \_\_\_ 27. Большинство людей ожидают, что я буду перфекционистом, когда дело касается родительства.
- \_\_\_ 28. Мой партнер всегда чувствует, что он/она должен быть наилучшим из возможных родителей.
- \_\_\_ 29. Чтобы мой партнер ценил меня, я должен быть идеальным родителем.
- \_\_\_ 30. Я ожидаю, что мой партнер попытается быть перфекционистом, когда дело коснется воспитания детей.

## Многофакторный опросник родительского перфекционизма – часть В

**Инструкции:** Ниже перечислены несколько утверждений, которые касаются темы воспитания детей. Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и решите, в какой степени он характерен для вас. По возможности, отвечайте на вопросы, вспоминая ваших детей. Если у вас никогда не было детей, ответьте с точки зрения того, что, по вашему мнению, скорее всего будет вашим ответом, если у вас когда-либо появятся дети. Затем для каждого утверждения укажите свой ответ в строке слева от каждого элемента, используя эту шкалу:

- 0 = Совсем не характерно для меня.
- 1 = Слегка характерно для меня.
- 2 = Что-то похожее на меня.
- 3 = Умеренно характерно для меня.
- 4 = Очень характерно для меня.

Я планирую ответить на вопросы (отметьте):

- В настоящее время будучи родителем.
- Представляя себя будущим родителем.
- 1. Мой супруг/партнер устанавливает для меня очень высокие стандарты родительства.
- 2. Быть организованным как родитель очень важно для меня.
- 3. Мой супруг/партнер критиковал меня за то, что я не идеальный родитель.
- 4. Если я не установлю для себя самые высокие стандарты, я, скорее всего, останусь второсортным родителем.
- 5. Мой супруг / партнер никогда не пытается понять мои ошибки/недостатки как родителя.
- 6. Для меня важно, что я полностью компетентен во всем, что я делаю как родитель.
- 7. Я довольно аккуратный (то есть не неряшливый) как родитель.
- 8. Я пытаюсь принять организованный подход к тому, чтобы быть родителем.
- 9. Если мне не удастся хорошо воспитать своих детей, я как личность потерплю полный крах.
- 10. Я, должен быть, расстроюсь, если я ошибусь в воспитании своих детей.

- 
- \_\_\_ 11. Мой супруг/партнер хочет, чтобы я был лучшим из возможных родителей во всем мире.
- \_\_\_ 12. Я ставлю перед собой более высокие цели, чем большинство людей.
- \_\_\_ 13. Если бы кто-то был лучшим родителем, чем я, я бы чувствовал себя полным неудачником.
- \_\_\_ 14. Если я даже немного не могу быть полностью хорошим родителем, это так же плохо, как быть совершенно неадекватным.
- \_\_\_ 15. Только когда я «выдающийся» родитель, это достаточно хорошо для моего супруга/партнера.
- \_\_\_ 16. Я очень хорошо концентрирую свои усилия и время на том, чтобы быть хорошим родителем.
- \_\_\_ 17. Даже когда я очень внимателен как родитель, я часто чувствую, что не смог сделать что-то совершенно правильное.
- \_\_\_ 18. Я ненавижу быть чем-то меньшим, чем лучший родитель.
- \_\_\_ 19. У меня как у родителя очень высокие цели.
- \_\_\_ 20. Мой супруг/партнер ожидает от меня «родительского совершенства».
- \_\_\_ 21. Мой супруг/партнер, вероятно, будет хуже думать обо мне, если я допущу ошибку в воспитании детей.
- \_\_\_ 22. Я никогда не чувствую, что могу оправдать ожидания моего супруга/партнера в отношении меня как родителя.
- \_\_\_ 23. Если я не такой хороший родитель, как другие люди, это значит, что я худший родитель.
- \_\_\_ 24. Другие люди, кажется, допускают для себя меньше как родители, чем я.
- \_\_\_ 25. Если я не буду постоянно заботиться о наших детях, мой супруг/партнер не будет уважать меня как родителя.
- \_\_\_ 26. У моего супруга/партнера всегда были более высокие ожидания от меня как от родителя, чем у меня.
- \_\_\_ 27. Я стараюсь быть организованным и аккуратным родителем.
- \_\_\_ 28. У меня обычно есть сомнения даже относительно простых вещей, которые я делаю и говорю как родитель.
- \_\_\_ 29. Как для родителя порядок (и аккуратность) очень важен для меня.
- \_\_\_ 30. Я ожидаю большего от себя как от родителя, чем большинство людей.
- \_\_\_ 31. Я придерживаюсь организованного подхода к тому, чтобы быть родителем.

- \_\_\_ 32. У меня как у родителя есть проблемы, потому что я продолжаю делать всё по-старому.
- \_\_\_ 33. Мне нужно много времени, чтобы сделать что-то «правильное» как родителю.
- \_\_\_ 34. Чем меньше ошибок я совершаю как родитель, тем больше мой супруг/партнёр будет любить меня.
- \_\_\_ 35. Я никогда не чувствую, что могу соответствовать стандартам своего супруга/ партнера для хорошего воспитания детей.

## Многофакторный опросник перфекционистских мыслей

Ниже перечислены различные мысли о перфекционизме, которые иногда приходят людям в голову. Пожалуйста, прочитайте каждую мысль и укажите, как часто мысль приходила вам в голову за последнюю неделю, если вообще приходила. Внимательно прочитайте каждый пункт и выберите соответствующий номер, используя шкалу, показанную ниже.

	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
1. Я не могу быть доволен, если не сделаю это идеально.	1	2	3	4
2. Я должен быть идеальным любой ценой.	1	2	3	4
3. Чем выше моя цель, тем лучше.	1	2	3	4
4. Стыдно ошибаться.	1	2	3	4
5. Мне выгодно устанавливать для себя высокие стандарты.	1	2	3	4
6. Я чувствую себя несчастным, если ошибаюсь.	1	2	3	4
7. Я не могу чувствовать себя довольным, если все не сделано идеально.	1	2	3	4
8. Я собираюсь стремиться к самым высоким стандартам.	1	2	3	4
9. Я буду винить себя, если сделаю ошибку.	1	2	3	4
10. Чем выше цель, тем больше она мотивирует.	1	2	3	4
11. Есть смысл в том, чтобы «делать что-то идеально».	1	2	3	4
12. Если я не могу сделать это хорошо, это значит, что я – посредственность.	1	2	3	4

13. Ничего не должно быть не- совершенным.	1	2	3	4
14. Важно установить высокие стандарты для себя.	1	2	3	4
15. Я чувствовал бы себя бес- полезным, если бы потерпел неудачу.	1	2	3	4



## Опросник перфекционизма

Используйте следующие параметры, чтобы оценить, насколько вы в целом согласны с каждым утверждением.

- | 1                        | 2                       | 3                   | 4                    | 5                     |
|--------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Полностью<br>не согласен | Частично не<br>согласен | Ни то,<br>ни другое | Частично<br>согласен | Полностью<br>согласен |
- 
- \_\_\_ 1. Моя работа должна быть идеальной, чтобы я был доволен. (se1)
- \_\_\_ 2. Я слишком чувствителен к комментариям других. (na1)
- \_\_\_ 3. Я обычно сообщаю людям, когда их работа не соответствует моим стандартам. (hsol)
- \_\_\_ 4. Я хорошо организован. (ol)
- \_\_\_ 5. Я тщательно продумываю свои варианты, прежде чем принять решение. (pl)
- \_\_\_ 6. Если я ошибаюсь, люди могут думать обо мне хуже. (cm1)
- \_\_\_ 7. Я всегда чувствовал давление со стороны моих родителей, чтобы быть лучшим. (ppi)
- \_\_\_ 8. Если я делаю что-то менее чем идеально, мне тяжело пережить это. (rl)
- \_\_\_ 9. Вся моя энергия направлена на достижение безупречного результата. (se2)
- \_\_\_ 10. Я сравниваю свою работу с другими и часто чувствую себя неадекватным. (na2)
- \_\_\_ 11. Я расстраиваюсь, когда другие люди не соблюдают те же стандарты, что и я. (hso2)
- \_\_\_ 12. Я думаю, что вещи должны быть убраны на свое место. (o2)
- \_\_\_ 13. Я планирую многие из моих решений. (p2)
- \_\_\_ 14. Меня особенно смущает неудача. (cm2)
- \_\_\_ 15. Мои родители установили слишком высокие стандарты для меня. (pp2)
- \_\_\_ 16. Я провожу много времени, волнуясь о том, что я сделал, или о том, что нужно сделать. (r2)
- \_\_\_ 17. Я терпеть не могу делать что-то наполовину. (se3)
- \_\_\_ 18. Я чувствителен к тому, как другие реагируют на мою работу. (na3)
- \_\_\_ 19. Я не очень терпелив к тем, кто извиняется за плохую работу. (hso3)

- \_\_\_ 20. Я бы охарактеризовал себя как организованного человека. (o3)
- \_\_\_ 21. Большинство моих решений принимаются после того, как я хорошо обдумаю их. (p3)
- \_\_\_ 22. Я слишком остро реагирую на ошибки. (cm3)
- \_\_\_ 23. Моим родителям трудно угодить. (pp3)
- \_\_\_ 24. Если я ошибаюсь, весь мой день разрушен. (r3)
- \_\_\_ 25. Я должен быть лучшим в каждом задании, которое я делаю. (se4)
- \_\_\_ 26. Меня интересует, одобряют ли другие люди мои действия. (na4)
- \_\_\_ 27. Я часто критикую других. (hso4)
- \_\_\_ 28. Мне нравится всегда быть организованным и дисциплинированным. (o4)
- \_\_\_ 29. Мне обычно нужно все обдумать, прежде чем я пойму, чего хочу. (p4)
- \_\_\_ 30. Если кто-то указывает на ошибку, которую я сделал, я чувствую, что каким-то образом потерял уважение этого человека. (cm4)
- \_\_\_ 31. Мои родители возлагают большие надежды на достижения. (pp4)
- \_\_\_ 32. Если я говорю или делаю что-то глупое, я склонен думать об этом до конца дня. (r4)
- \_\_\_ 33. Я строго слежу за собой, чтобы достичь высоких стандартов. (se5)
- \_\_\_ 34. Я часто ничего не говорю, потому что боюсь, что могу сказать что-то не то. (na5)
- \_\_\_ 35. Меня часто раздражает ленивая или неряшливая работа других. (hso5)
- \_\_\_ 36. Я часто убираю свой дом. (o5)
- \_\_\_ 37. Мне нужно время, чтобы придумать план, прежде чем я предприму что-либо. (p5)
- \_\_\_ 38. Если я в чём-то ошибаюсь, люди могут начать сомневаться во всем, что я делаю. (cm5)
- \_\_\_ 39. Когда я рос, я чувствовал большое давление, чтобы делать все правильно. (pp5)
- \_\_\_ 40. Когда я делаю ошибку, я обычно не могу перестать думать об этом. (r5)
- \_\_\_ 41. Я должен достичь совершенства во всем, что я делаю. (se6)

- 
- \_\_\_ 42. Я смущаюсь тем, что обо мне думают другие. (паб)
- \_\_\_ 43. У меня мало терпимости к небрежностям других людей. (hso6)
- \_\_\_ 44. Я убираю вещи, как только использую их. (об)
- \_\_\_ 45. Я склонен обдумывать, прежде чем принять решение. (р6)
- \_\_\_ 46. Для меня ошибка равна провалу. (см6)
- \_\_\_ 47. Мои родители оказывали большое давление на меня, чтобы я добился успеха. (pp6)
- \_\_\_ 48. Я часто зацикливаюсь на некоторых вещах, которые я сделал. (r6)
- \_\_\_ 49. Меня часто беспокоит, что люди воспримут то, что я говорю, неправильно. (па7)
- \_\_\_ 50. Я часто расстраиваюсь из-за ошибок других людей. (hso7)
- \_\_\_ 51. В моем шкафу всё аккуратно и организовано. (o7)
- \_\_\_ 52. Я обычно не принимаю решения сразу же. (р7)
- \_\_\_ 53. Ошибаться – признак глупости. (см7)
- \_\_\_ 54. Я всегда чувствовал, что мои родители хотели, чтобы я был идеальным. (pp7)
- \_\_\_ 55. После того как я сдаю проект, я не могу перестать думать о том, как это можно было сделать лучше. (r7)
- \_\_\_ 56. Моё рабочее место в целом организовано. (08)
- \_\_\_ 57. Если я совершу серьезную ошибку, я почувствую себя недо-человеком. (см8)
- \_\_\_ 58. Мои родители ожидали, что я буду не менее чем идеальным. (pp8)
- \_\_\_ 59. Я провожу много времени, беспокоясь о мнении других людей обо мне. (па8)

## Перфекционизм по отношению к внешнему виду

Пожалуйста, прочитайте каждое утверждение и решите, насколько вы согласны или не согласны. Если вы полностью согласны, обведите 5. Если вы категорически не согласны, обведите 1. Если вы чувствуете, что где-то посередине, обведите одно из чисел от 2 до 4. Если вы чувствуете, что не уверены, обведите среднее число, которое равно 3. Спасибо.

	Категорически не согласен	1	2	3	4	5	Полностью согласен
1. Я не доволен своей внешностью.		1	2	3	4	5	
2. Я надеюсь, что мое тело идеально.		1	2	3	4	5	
3. Я никогда не доволен своей внешностью, независимо от того, как я одеваюсь.		1	2	3	4	5	
4. Я надеюсь, что я выгляжу привлекательно.		1	2	3	4	5	
5. Я беспокоюсь, что моя внешность недостаточно хороша.		1	2	3	4	5	
6. Я надеюсь, что другие восхищаются моей внешностью.		1	2	3	4	5	
7. Я надеюсь, что другие находят меня привлекательным.		1	2	3	4	5	
8. Я хотел бы полностью изменить свою внешность.		1	2	3	4	5	
9. Моя внешность далека от моих ожиданий.		1	2	3	4	5	
10. Я беспокоюсь о том, что другие критикуют мою внешность.		1	2	3	4	5	
11. Я часто думаю о недостатках моей внешности.		1	2	3	4	5	
12. Я надеюсь, что я красивый.		1	2	3	4	5	

## Шкала позитивного и негативного перфекционизма

Пожалуйста, обведите соответствующий номер в столбце, который лучше всего подходит для каждого из следующих утверждений.

1 = Категорически не согласен

2 = Не согласен

3 = Не знаю

4 = Согласен

5 = Полностью согласен

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Когда я начинаю что-то, я чувствую, что могу потерпеть неудачу.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Моя семья и друзья гордятся мной, когда я добиваюсь успеха.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Я горжусь тем, что работаю тщательно.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Я установил невероятно высокие стандарты для себя.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Я стараюсь избегать неодобрения других людей любой ценой.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Мне нравится признание, которое я получаю за выдающуюся работу.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Когда я что-то делаю, я не могу расслабиться, пока это не станет идеальным.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Такое ощущение, что мое лучшее никогда не бывает достаточным для других людей.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Создание чего-то совершенного – это награда сама по себе.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Проблема успеха в том, что я должен работать еще усерднее, чтобы угодить другим.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Если я ошибаюсь, я чувствую, что все разрушено.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Я чувствую неудовлетворенность собой, если я не стремлюсь к более высоким стандартам. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Я знаю, каким человеком я должен или хочу быть, но чувствую, что не дотягиваю.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Другие люди уважают меня за мои достижения.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. В детстве, каким бы хорошим я ни был, это никогда не казалось достаточно хорошим, чтобы угодить моим родителям.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Я думаю, что все любят победителя.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Другие люди не ожидают от меня ничего, кроме совершенства.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Когда я соревнуюсь с другими, меня мотивирует желание быть лучшим.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Я чувствую себя хорошо, когда раздвигаю границы.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Когда я достигаю своих целей, я чувствую себя неудовлетворенным или разочарованным.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Мои высокие стандарты восхищают других.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Если я подведу людей, я боюсь, что они перестанут уважать или заботиться обо мне.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Мне нравится радовать других людей своим успехом.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Я получаю большое одобрение от других за качество моих достижений.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Мои успехи подталкивают меня к большим достижениям.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Я чувствую вину или стыд, если делаю что-то менее чем идеально.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Независимо от того, насколько хорошо я что-то делаю, я никогда не чувствую себя удовлетворенным моими достижениями. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Я считаю, что строгость способствует совершенству.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Я наслаждаюсь славой, достигнутой благодаря моим успехам.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Я получаю глубокое удовлетворение, когда совершенствуюсь.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 
31. Я чувствую, что должен быть идеальным, чтобы получить одобрение людей. 1 2 3 4 5
32. Мои родители вдохновляли меня на успех. 1 2 3 4 5
33. Я беспокоюсь о том, что думают другие, если я ошибаюсь. 1 2 3 4 5
34. Я получаю удовлетворение от полного посвящения себя работе. 1 2 3 4 5
35. Мне нравится, когда другие признают, что то, что я делаю, требует большого мастерства и усилий для достижения совершенства. 1 2 3 4 5
36. Чем лучше я справляюсь, тем большего от меня ожидают другие. 1 2 3 4 5
37. Мне нравится работать над повышением аккуратности и точности. 1 2 3 4 5
38. Я предпочел бы не начинать что-то, чем рисковать, делая это менее чем идеально. 1 2 3 4 5
39. Когда я делаю что-то, я чувствую, что другие будут критически оценивать уровень моей работы. 1 2 3 4 5
40. Мне нравится устанавливать для себя очень высокие стандарты. 1 2 3 4 5

## Многофакторный опросник спортивного перфекционизма 2

**Инструкции:** Цель этой анкеты – определить, как игроки видят определенные аспекты своего соревновательного опыта в спорте. Помогите нам лучше понять, как игроки воспринимают различные виды соревнований, указав, в какой степени вы **согласны** или **не согласны** со следующими утверждениями. (Обведите один вариант ответа справа от каждого утверждения.) Некоторые из вопросов относятся к вашему спортивному опыту в целом, в то время как другие относятся конкретно к опыту команды, с которой вы недавно играли. **Здесь нет правильных или неправильных ответов**, поэтому не тратьте слишком много времени на одно утверждение; просто выберите ответ, который лучше всего описывает ваш взгляд на каждое утверждение.

Насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями?	Категорически не согласен	Не согласен	Ни то, ни другое	Согласен	Полностью согласен
1. Если я не устанавливаю для себя самые высокие стандарты в своем виде спорта, я, скорее всего, стану второсортным игроком.	1	2	3	4	5
2. Даже если я немного проиграл в соревновании, для меня это так же плохо, как и полный провал.	1	2	3	4	5
3. Я обычно чувствую себя неуверенно относительно того, эффективно ли мои тренировки готовят меня к соревнованиям.	1	2	3	4	5
4. Мои родители устанавливали для меня очень высокие стандарты в спорте.	1	2	3	4	5
5. В день соревнований у меня есть ритуалы, которые я стараюсь соблюдать.	1	2	3	4	5



- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 6. Я чувствую, что мой тренер критикует меня за то, что я делаю что-то менее чем идеально на соревнования. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Во время соревнований я чувствую, что никогда не смогу полностью оправдать ожидания моих родителей.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Я ненавижу быть менее чем лучшим в своем виде спорта.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. У меня есть ритуалы перед соревнованиями, и я им следую.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Если я проиграл соревнование, я чувствую себя неудачником как личность.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Только выдающиеся результаты во время соревнований достаточно хороши для моей семьи.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Я обычно чувствую неуверенность в адекватности моей подготовки к соревнованиям.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Только выдающиеся результаты в соревнованиях достаточно хороши для моего тренера.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Я редко чувствую, что мои тренировки полностью готовят меня к соревнованиям.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. У моих родителей всегда было больше надежд на мое будущее в спорте, чем у меня.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Чем меньше ошибок я допускаю в соревновании, тем больше я буду нравиться людям.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Для меня важно быть полностью компетентным во всем, что я делаю в спорте.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Следую заранее запланированным шагам, чтобы подготовиться к соревнованиям.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 19. Я чувствую, что мои родители критикуют меня за то, что в соревнованиях я делаю что-то не идеально.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Накануне соревнований я редко чувствую себя довольным своей подготовкой.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Я думаю, что я ожидаю более высоких результатов и производительности в ежедневных тренировках, чем большинство игроков.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Я чувствую, что никогда не смогу полностью соответствовать стандартам моего тренера.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Я чувствую, что другие игроки обычно устанавливают более низкие стандарты для себя в спорте, чем я.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Я, скорее всего, расстроюсь, если допущу ошибку в соревновании.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. В соревновании я никогда не чувствую, что могу вполне соответствовать стандартам моих родителей.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Мой тренер устанавливает для меня очень высокие стандарты на соревнованиях.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Я следую ритуалам, чтобы настроиться на соревнование.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Если товарищ по команде или соперник (который играет со мной в похожей позиции) играет лучше меня во время соревнований, то я чувствую, что в какой-то степени я потерпел неудачу. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Мои родители ожидают от меня совершенства в спорте.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Мой тренер всегда ожидает от меня совершенства: как в тренировках, так и в соревнованиях.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 31. Я редко чувствую, что достаточно подготовился к соревнованиям.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Если я не всегда хорошо выступаю на соревнованиях, я чувствую, что люди не будут уважать меня как спортсмена.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. У меня есть чрезвычайно высокие цели для себя в спорте.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Я разрабатываю планы, которые определяют, как я хочу выступить во время соревнований.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Я чувствую, что мой тренер никогда не пытается полностью понять ошибки, которые я иногда делаю.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Я ставлю более высокие цели, чем большинство спортсменов, которые занимаются моим видом спорта.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Мне обычно трудно решить, когда я достаточно тренируюсь, чтобы участвовать в соревновании.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Я чувствую, что мои родители никогда не пытались полностью понять ошибки, которые я допускаю на соревнованиях.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Люди, вероятно, будут хуже думать обо мне, если я ошибусь во время соревнования.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Мои родители хотят, чтобы я был лучше всех других игроков в моём виде спорта.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Я составляю планы и стратегии, которые хочу использовать во время соревнований.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Если я играю хорошо, но совершаю только одну очевидную ошибку, я все равно чувствую разочарование по поводу моей игры. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Опросник спортивного перфекционизма

Ответьте на каждый вопрос, используя пять вариантов ответов, и укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым утверждением.

- |                              |             |                    |          |                       |
|------------------------------|-------------|--------------------|----------|-----------------------|
| 1                            | 2           | 3                  | 4        | 5                     |
| Категорически<br>не согласен | Не согласен | Ни то<br>ни другое | Согласен | Полностью<br>согласен |
- 
- \_\_\_ 1. В детстве меня наказывали за то, что делал что-либо не идеально.
- \_\_\_ 2. Если я не установлю для себя самые высокие стандарты, я, скорее всего, окажусь второсортным человеком.
- \_\_\_ 3. Если я плохо выступаю в качестве спортсмена, я чувствую, что потерпел неудачу как личность.
- \_\_\_ 4. Я чувствую, что буду расстроен после того, как совершу ошибку.
- \_\_\_ 5. Я ставлю перед собой более высокие цели, чем большинство людей.
- \_\_\_ 6. Частично потерпеть неудачу – это то же самое, что полностью провалиться.
- \_\_\_ 7. Я чувствую, что плохо провёл игру или матч, если допустил ошибку во время соревнования.
- \_\_\_ 8. Даже после успешного выступления я думаю о том, что я мог бы сделать лучше во время соревнований.
- \_\_\_ 9. Я склонен ненавидеть положение «быть менее чем лучшим во всём».
- \_\_\_ 10. У меня очень высокие цели.
- \_\_\_ 11. Мои родители всегда ожидали от меня совершенства как от спортсмена.
- \_\_\_ 12. Люди, например тренеры, товарищи по команде и зрители, будут хуже думать обо мне, если я сделаю ошибку.
- \_\_\_ 13. Если кто-то имеет лучшие навыки в каком-либо конкретном виде спорта, чем я, то я чувствую, что я уступаю во всех навыках или в спорте.
- \_\_\_ 14. Другие люди, кажется, устанавливают для себя более низкие стандарты, чем я.
- \_\_\_ 15. Если я не буду успешным все время, люди не будут уважать меня.

- 
- \_\_\_ 16. Мои родители всегда возлагали большие надежды на мое будущее в спорте.
- \_\_\_ 17. У меня обычно есть сомнения относительно простых повседневных вещей, которые я делаю.
- \_\_\_ 18. Я склонен отставать в своей деятельности, потому что я повторяю вещи снова и снова.
- \_\_\_ 19. Чем меньше ошибок я совершаю, тем больше я буду нравиться людям.
- \_\_\_ 20. Я расстраиваюсь или злюсь, если совершаю ошибку во время соревнования.
- \_\_\_ 21. После соревнований я обычно сожалею о том, что должен был сделать по-другому.
- \_\_\_ 22. Мой тренер разозлится на меня или накажет, если я выступлю хуже его ожиданий.
- \_\_\_ 23. Даже после того, как я успешно выступлю, мой тренер склонен указывать на мои ошибки во время соревнований.
- \_\_\_ 24. Я концентрируюсь на исправлении своих ошибок, допущенных во время соревнования.
- \_\_\_ 25. Обычно я не очень доволен своим выступлением, независимо от того, что говорят другие.
- \_\_\_ 26. Независимо от того, насколько хорошо я выступаю, мой тренер трубит от меня выступать лучше.
- \_\_\_ 27. Ошибка, даже маленькая, беспокоит меня.
- \_\_\_ 28. Когда я работаю над чем-то, я не могу расслабиться, пока это не станет идеальным.
- \_\_\_ 29. Мой тренер обычно ожидает от меня отличных результатов.
- \_\_\_ 30. Если я выигрываю соревнование или в целом хорошо выступаю, я склонен критиковать себя за ошибку.
- \_\_\_ 31. Мои цели определяют каждый мой шаг во время соревнования.
- \_\_\_ 32. Когда я оцениваю себя как спортсмена, я склонен думать о своих слабостях, а не о своих сильных сторонах.
- \_\_\_ 33. Мои родители хотят, чтобы я достиг вершины или стал лучшим в своем спорте.
- \_\_\_ 34. Стандарты моего тренера, как правило, слишком высоки для меня.
- \_\_\_ 35. Мой тренер редко хвалит меня за мои выступления.

# Литература

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York: Guilford Press.
- A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Adderholdt, M., & Goldberg, J. (1999). *Perfectionism: What's bad about being too good?* Minneapolis, MN: Free Spirit Publishing.
- Aldea, M., Rice, K., Gormley, B., & Rojas, A. (2010). Telling perfectionists about their perfectionism: Effects of providing feedback on emotional reactivity and psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1194-1203.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Gerstein, R. K., Keyser, J. D., Whitehouse, W. G., et al. (2009). Behavioral approach system (BAS)—Relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 459-471.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242-247.
- Anshel, M. H., & Eom, H. J. (2002). Exploring the dimensions of perfectionism in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 34, 255-271.
- Anshel, M. H., Kim, J. K., & Henry, R. (2009). Reconceptualizing indicants of sport perfectionism as a function of gender. *Journal of Sport Behavior*, 32, 395-418.
- Anshel, M. H., Weatherby, N. L., Kang, M., & Watson, T. (2009). Rasch calibration of a unidimensional perfectionism inventory for sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 210-216.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.

- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism. Oakland, CA: New Harbinger.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2009). When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Arntz A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., Ritvo, P., Cribbie, R. A., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2008). Perfectionism and psychological distress: A modeling approach to understanding their therapeutic relationship. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 26, 151-167.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and Anxiety*, 24, 169-177.
- Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2012). Impact of metacognitive acceptance on body dissatisfaction and negative affect: Engagement and efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 416-425.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 27-42.
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., & Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 139-148.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. New York: Oxford University Press.
- Barrow, J. C., & Moore, C. A. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 612-615.
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, 11, 16-23.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory (2nd ed.)*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Perfectionism, cognitive bias and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 126-137.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Eds.). (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bieling, P. J., Israeli, A., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both?: Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: Guilford Press.
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 193-201.
- Bizuel, C., Sadowsky, N., & Riguad, D. (2001). The prognostic value of EDI scores in anorexia nervosa patients: A prospective follow-up study of 5-10 years. *European Psychiatry*, 16, 232-238.
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., et al. (2001). The revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 431-446.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459-486.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., & Pilkonis, P. A. (1998). 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*, 66, 423-428.



- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. I. Turk, & D. S. Merin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Bossieu, C. L., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. E., & Barlow, D. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Broman-Fulks, J. J., Hill, R. W., & Green, B. A. (2008). Is perfectionism categorical or dimensional?: A taxometric analysis. *Journal of Personality Assessment*, 90, 481-490.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 540-547.
- Burns, D. D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Burns, L. R., & Fedewa, B. A. (2005). Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*, 38, 103-113.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration, scoring, and interpretation* (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Chadwick, P. D. J., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley.
- Chan, D. W. (2010). Perfectionism among Chinese gifted and non-gifted students in Hong Kong: The use of the Revised Almost Perfect Scale. *Journal for the Education of the Gifted*, 34, 68-98.
- Chang, E. C., Ivezaj, V., Downey, C. A., Kashima, Y., & Morady, A. R. (2008). Complexities of measuring perfectionism: Three popular perfectionism measures and their relations with eating disturbances and health behaviors in a female college student sample. *Eating Behaviors*, 9, 102-110.

- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2012). Evidence for the validity of the Clinical Perfectionism Questionnaire in a nonclinical population: More than just negative affectivity. *Journal of Personality Assessment*, *94*, 102-108.
- Chelminski, R. (2005). *The perfectionist: Life and death in haute cuisine*. New York: Penguin.
- Chik, H. M., Whittal, M. L., & O'Neill, M. P. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *32*, 376-388.
- Clara, I. P., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2007). Assessing self-critical perfectionism in clinical depression. *Journal of Personality Assessment*, *88*, 309-316.
- Clark, S., & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences*, *47*, 321-325.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., et al. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 745-758.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*, 385-396.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 681-700.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, M. A., & Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, *42*, 289-296.
- Cook, L. C., & Kearney, C. A. (2009). Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology. *Personality and Individual Differences*, *46*, 325-330.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Turner, H. (2007). The effects of using imagery to modify core emotional beliefs in bulimia nervosa: An experimental pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *21*, 117-122.
- Coull, G., & Morris, P. G. (2011). The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, *41*, 2239-2252.
- Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, *35*, 124-132.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, *14*, 365-373.
- Craske, M., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1095-1109.

- Craske, M. G., Hermans, D., & Vansteenwegen, D. (2006). *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Deary, V., & Chalder, T. (2010). Personality and perfectionism in chronic fatigue syndrome: A closer look. *Psychology and Health, 25*, 465-475.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595-605.
- DiBartolo, P. M., Dixon, A., Almodovar, S., & Frost, R. O. (2001). Can cognitive restructuring reduce the disruption associated with perfectionistic concerns? *Behavior Therapy, 32*, 167-184.
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y., & Frost, R. O. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research, 32*, 401-417.
- Dickie, L., Surgenor, L. J., Wilson, M., & McDowall, J. (2012). The structure and reliability of the Clinical Perfectionism Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 52*, 865-869.
- Dimidjian S., & Dobson, K. S. (2004). Process of change in cognitive therapy. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan* (pp. 477-506). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- DiPrima, A. J., Ashby, J. S., Gnilka, P. B., & Noble, C. L. (2011). Family relationships and perfectionism in middle-school students. *Psychology in the Schools, 48*, 815-827.
- Dray J., & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders?: A review. *Clinical Psychology Review, 32*, 558-565.
- D'Souza, F., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change, 28*, 17-27.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy, 44*, 63-84.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms three years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 106-115.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2009). Self-criticism vs. neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 335-346.

- Dunn, J. G. H., Causgrove Dunn, J. L., & Syrotuik, D. G. (2002). Relationship between multidimensional perfectionism and goal orientations in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 376-395.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The relationship between perfectionism and rumination in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 211-213.
- Egan, S. J., & Hine, P. (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*, 25, 245-258.
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Kane, R. T. (2011). Reliability and validity of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Clinical Psychologist*, 15, 121-132.
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1813-1822.
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S., & Hagger, M. S. (2013). A qualitative investigation of motivation to change standards and cognitions about failure in clinical perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 565-578.
- Egan, S. J., Shafran, R., Lee, M., Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Palmer, R., & Watson, H. J. (2016). The reliability and validity of the Clinical Perfectionism Questionnaire in eating disorder and community samples. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 79-91.
- Egan, S., & Stout, S. (2007, November). Group cognitive behavioural therapy for clinical perfectionism: A preliminary investigation. Poster presented at the meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphia, PA.
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2014). A randomized controlled trial of individual face to face versus online pure self help treatment for clinical perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 107-113.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 17, 279-294.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002.

- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are now. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114-135). New York: Wiley.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Bossieau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Ellis, A. (1997). Must masturbation and demandingness lead to emotional disorders? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 95-98.
- Ellis, A., & Harper, R. (1961). *A guide to rational living*. New York: Riverhead Books.
- Emery, S., McLean, S., & Wade, T. D. (2009). Associations among therapist beliefs, personal resources and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change*, 26, 83-96.
- English, H. B., & English, A. C. (1958). *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*. New York: Longmans, Green.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 66, 175-183.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 33, 921-935.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003a). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003b). *Clinical Perfectionism Questionnaire*. Unpublished scale, University of Oxford, Oxford, UK.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic

- treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 3, 666-678.
- Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson.
- Ferguson, K. L., & Rodway, G. R. (1994). Cognitive-behavioral treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Research on Social Work Practice*, 4, 283-308.
- Ferrari, J. R., & Mautz, W. T. (1997). Predicting perfectionism: Applying tests of rigidity. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 1-6.
- Field, A., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B., et al. (2008). Family, media, and peer predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162, 574-579.
- Finn, S., & Tonsager, E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2014). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders—Patient edition (SCID-5)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1363-1381.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A., & Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment*. Unpublished scale, York University, Toronto, ON.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Whelan, T., & Martin, T. R. (2007). The Perfectionism Cognitions Inventory: Psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, 25, 255-277.
- Fredtoft, T., Poulsen, S., Bauer, M., & Malm, M. (1996). Dependency and perfectionism: Short term dynamic group psychotherapy for university students. *Psychodynamic Counselling*, 24, 476-497.
- Freeman, A., & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224-234.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Newbauer, A. L. (1993). Frost, R. O., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 469-489.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

- Frost, R. O., Novara, C., & Rheume, J. (2002). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp. 91-105). New York: Pergamon.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Greiss, K. (1994). Personality traits in sub-clinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Geller, J. (2002). Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians and research assessors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 251-260.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioral, emotional, imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London, UK: Brunner-Routledge.
- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 85-94.
- Gotwals, J. K., & Dunn, J. G. H. (2009). A multi-method multi-analytic approach to establishing internal construct validity evidence: The Sport Multidimensional Perfectionism Scale 2. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 13, 71-92.
- Gotwals, J. K., Dunn, J. G. H., Causgrove Dunn, J. L., & Gamache, V. (2010). Establishing the validity evidence for the Sport Multidimensional Perfectionism Scale-2 in intercollegiate sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 423-432.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2016). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Greenspon, T. S. (2008). Making sense of error: A view of the origins and treatment of perfectionism. *American Journal of Psychotherapy*, 62, 263-283.
- Haase, A. M., & Prapavessis, H. (2004). Assessing the factor structure and composition of the Positive and Negative Perfectionism Scale in sport. *Personality and Individual Differences*, 36, 1725-1740.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. A. (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.

- Hackmann, A., & Holmes, E. A. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, 12, 389-402.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 371-374.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.
- Han, P. (Director). (2006). *What it takes: A documentary about four world-class triathletes' quest for greatness*. United States: Wit Media.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationship between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14(98).
- Handley, A., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2015). A randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy for clinical perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 37-47.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hawkins, C. C., Watt, H. H., & Sinclair, K. E. (2006). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale with Australian adolescent girls: Clarification of multidimensionality and perfectionist typology. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 1001-1022.
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2000). *Supervision in the helping professions: An individual, group, and organisational approach*. Buckingham: Open University Press.
- Hawley, L. L., Ho, M.-H. R., Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 930-942.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). Cognitive behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 293-321). Washington, DC: American Psychiatric Press.



- Hewitt, P. L., Blasberg, J. S., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., Caelian, C., et al. (2011). Perfectionistic self-presentation in children and adolescents: Development and validation of the Perfectionistic Self-Presentation Scale—Junior Form. *Psychological Assessment, 23*, 125-142.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1221-1236.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy* (pp. 215-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., et al. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 1303-1325.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikhail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment, 3*, 464-468.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 439-460.
- Hewitt, P. L., Norton, R., Flett, G. L., Callander, L., & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*, 395-406.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment, 82*, 80-91.
- Himle, J. A., Van Etten, M., & Fischer, D. J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder (OCD): A controlled study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 9*, 257-263.
- Hirsch, C. R., & Hayward, P. (1998). The perfect patient: Cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*, 359-364.
- Hoffman, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. New York: Routledge.

- Hoiles, K., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, 13, 123-126.
- Hoiles, K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2016). A randomized controlled trial of guided self-help treatment for clinical perfectionism. Manuscript in preparation.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2269-2275.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Holmes, E. A., Geddes, J. R., Colom, F., & Goodwin, G. M. (2008). Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1251-1258.
- Holmes, E. A., Lang, T. J., & Shah, D. M. (2009). Developing interpretation bias modification as a "cognitive vaccine" for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 76-88.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Holmes, E. A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, 37, 237-247.
- Holtforth, M. G., & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy: A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 443-455.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton.
- Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J., & Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 25, 207-217.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., et al. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 119-128.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Jacobs, M. J., Roesch, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Thornton, L., Wilfley, D. E., et al. (2009). Anorexia nervosa trios: Behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychological Medicine*, 39, 451-461.

- Jacobs, R. H., Silva, S. G., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Ginsburg, G. S., Kra-tochvil, C. J., et al. (2009). Dysfunctional Attitudes Scale perfectionism: A predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(6), 803-813.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- Jones, L. (2011, May 16). My shoulders are so bony I look ill. But I'd still rather be dead than fat. *Daily Mail*. Retrieved from [www.dailymail.co.uk/femail/article-1387364/Anorexia-nervosa-My-shoulder-s-bony-I-look-ill-Id-dead-fat.html](http://www.dailymail.co.uk/femail/article-1387364/Anorexia-nervosa-My-shoulder-s-bony-I-look-ill-Id-dead-fat.html).
- Jones, L., Scott, J., Haque, S., Gordon-Smith, K., Heron, J., Caesar, S., et al. (2005). Cognitive styles in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187, 431-437.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21, 403-410.
- Kawamura, K. Y., Frost, R. O., & Harmatz, M. G. (2002). The relationship between perceived parenting styles to perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 32, 317-327.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25, 291-301.
- Kempke, S., Van Houdenhove, B., Luyten, P., Goosens, L., Bekaert, P., & Van Wambeke, P. (2011). Unraveling the role of perfectionism in chronic fatigue syndrome: Is there a distinction between adaptive and maladaptive perfectionism? *Psychiatry Research*, 186, 373-377.
- Kennerley, H. (2007). *Socratic method*. Oxford, UK: Oxford Cognitive Therapy Centre.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Khawaja, N. G., & Armstrong, K. A. (2005). Factor structure and psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale: Developing shorter versions using an Australian sample. *Australian Journal of Psychology*, 57, 129-138.
- Kim, J. M. (2010). The conceptualization and assessment of the perceived consequences of perfectionism. Unpublished honors thesis, University of Michigan, Ann Arbor. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2027.42/77633>.
- Kim, J. M., & Chang, E. C. (2010). Consequences of perfectionism scale. Unpublished scale. Ann Arbor, MI: University of Michigan.

- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development, 46*, 141-156.
- Kobori, O. (2006). A cognitive model of perfectionism: The relationship of perfectionism personality to psychological adaptation and maladaptation. Unpublished doctoral dissertation, University of Tokyo, Tokyo, Japan. Retrieved January 2, 2013, from <https://sites.google.com/site/cbtiapt/english/publication>.
- Kobori, O., Hayakawa, M., & Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success?: An experimental examination of the reevaluation of standard-setting in perfectionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 515-521.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kraemer, H. C., Morgan, G. A., Leech, N. L., Gliner, J. A., Vaske, J. J., & Harmon, R. J. (2003). Measures of clinical significance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1524-1529.
- Kutlesa, N., & Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 26*, 134-150.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy, 48*, 1105-1112.
- Kyrios, M., Hordern, C., & Fassnacht, D. B. (2015). Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*, 181-190.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., et al. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 91-103.
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2012). The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism Scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders. *Eating Behaviors, 13*, 49-53.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887.
- Lee, M., Roberts-Collins, C., Coughtrey, A., Phillips, L., & Shafran, R. (2011). Behavioral expressions, imagery and perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*, 413-425.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered

- and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30, 1399-1410.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008). Central coherence in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 340-347.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Lundh, L. G., & Ost, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 4-16.
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 417-428.
- McManus, F., van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 540-547.
- Miller, J. L., & Vaillancourt, T. (2007). Relation between childhood victimization and adult perfectionism: Are victims of indirect aggression more perfectionistic? *Aggressive Behavior*, 33, 230-241.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Millon, T. (2004). *Millon Index of Personality Styles—Revised* (manual). San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Milne, D. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. London: British Psychological Society and Blackwell Publishing.
- Mitzman, S. F., Slade, P., & Dewey, M. E. (1994). Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 516-522.
- Mobley, M., Slaney, R. B., & Rice, K. G. (2005). Cultural validity of the Almost Perfect Scale—Revised for African American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 629-639.

- Moretz, M. W., & McKay, D. (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "Not just right" experiencing and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 640-644.
- Moser, J. S., Slane, J. D., Alexandra Burt, S., & Klump, K. L. (2012). Etiologic relationships between anxiety and dimensions of maladaptive perfectionism and young adult female twins. *Depression and Anxiety*, 29, 47-53.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Fulkerson, J. A., Hoberman, H. M., & Romano, J. L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 432-437.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., Hsieh, Y-P., & DeJitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 43, 263-287.
- Nehmy, T. J. (2011). School-based prevention of depression and anxiety in Australia: Current state and future directions. *Clinical Psychologist*, 14, 74-83.
- Nehmy, T., & Wade, T. D. (2015). Reducing the onset of negative affect in adolescents: Evaluation of a perfectionism program in a universal prevention setting. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 55-63.
- Newman, M., & Greenway, P. (1997). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a university counseling service: A collaborative approach. *Psychological Assessment*, 9, 122-131.
- Nilsson, J. E., Lundh, L. G., & Viborg, G. (2012). Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 387-392.
- Nilsson, K., Sundbom, E., & Hagglof, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16, 386-394.
- Norman, R. M. G., Davies, F., Nicholson, I. R., Cortese, L., & Malla, A. K. (1998). The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 50-68.
- Norton P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 45, 214-226.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- O'Connor, K. P., Brault, M., Robillard, S., Loiselle, J., Borgeat, F., & Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the manage-

- ment of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- O'Connor, R. C., Dixon, D., & Rasmussen, S. (2009). The structure and temporal stability of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Psychological Assessment*, 21, 437-443.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52-59.
- Ohanian, V. (2002). Imagery rescripting within cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: An illustrative case report. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 352-357.
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). *A mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: Guilford Press.
- Owens, R. G., & Slade, P. D. (2008). So perfect it's positively harmful?: Reflections on the adaptiveness and maladaptive miss of positive and negative perfectionism. *Behavior Modification*, 32, 928-937.
- Oxford Dictionaries (2013). Perfectionism. Retrieved from [http://oxforddictionaries.com/definition/american\\_english/perfectionism](http://oxforddictionaries.com/definition/american_english/perfectionism).
- Padesky, C. (1990). Schema as self prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 6-7.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 266-292). New York: Guilford Press.
- Parker, G., & Crawford, J. (2009). Personality and self-reported treatment effectiveness in depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 518-525.
- Pinto, A., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 453-458.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 703711.
- Pla, C., & Toro, J. (1999). Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: An 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 441-446.
- Pleva, J., & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 849-861.
- Piacentini J. C., & Chang, S. W. (2006). Behavioral treatments for tic suppression: Habit reversal training. *Advances in Neurology*, 99, 227-233.

- Powers, T., Koestner, R., Laccaille, N., Kwan, L., & Zuroff, D. (2009). Self-criticism, motivation, and goal progress of athletes and musicians: A prospective study. *Personality and Individual Differences, 47*, 279-283.
- Powers, T. A., Koestner, R., & Zuroff, D. C. (2007). Self-criticism, goal motivation, and goal progress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 826-840.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 233-248.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 163-73.
- Radhu, N., Zafiris, J. D., Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health, 60*, 357-366.
- Radomsky, A. S., Shafran, R., Coughtrey, A. E., & Rachman, S. (2010). Cognitive-behavior therapy for compulsive checking in OCD. *Cognitive and Behavioural Practice, 17*, 119-131.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 250-255.
- Rasmussen, S. A., O'Connor, R. C., & Brodie, D. (2008). The role of perfectionism and autobiographical memory in a sample of parasuicide patients: An exploratory study. *Crisis, 29*, 64-72.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims*. London, UK: Sage.
- Rheume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., et al. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy, 38*, 119-128.
- Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 72-85.
- Rice, K. G., Kubal, A. E., & Preusser, K. J. (2004). Perfectionism in children's self-concept: Further validation of the Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Psychology in the Schools, 41*, 279-290.
- Rice, K. G., & Preusser, K. J. (2002). The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*, 210-222.
- Rice, K. G., Richardson, C. M. E., & Tueller, S. (2014). The short form of the Revised Almost Perfect Scale. *Journal of Personality Assessment, 96*, 368-379.
- Rice, K. G., & Stuart, J. (2010). Differentiating adaptive and maladaptive perfectionism on the MMPI-2 and MIPS Revised. *Journal of Personality Assessment, 92*, 158-167.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2221-2231.



- Riley, C., & Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: A preliminary qualitative analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 369-374.
- Robins, C. J., Ladd, J. S., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary validation studies of a new measure of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 277-300.
- Saboonchi, F., Lundh, L., & Ost, L. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 799-808.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 406-412.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive-behavioral therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 1-10.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Jr., Riddle, M. A., Liang, K. Y., et al. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 319-332.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Schmidt, U., Bone, G., Hems, S., Lessem, J., & Treasure, J. (2002). Structured therapeutic writing tasks as an adjunct to treatment in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 299-315.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Sexton, J. D., & Pennebaker, J. W. (2009). The healing powers of expressive writing. In S. B. Kaufman & J. C. Kaufman (Eds.), *The psychology of creative writing* (pp. 264-273). New York: Cambridge University Press.

- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). "Clinical perfectionism" is not "multidimensional perfectionism": A reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1217-1220.
- Shafran, R., Egan, S. J., & Wade, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. London: Constable & Robinson.
- Shafran, R., Lee, M., & Fairburn, C. G. (2004). Clinical perfectionism: A case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 353-357.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 897-906.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Shahar, G. (2006). An investigation of the perfectionism/self-criticism domain of the Personal Style Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 185-200.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L., & Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 140-154.
- Shahar, G., Kalnitzki, E., Shulman, S., & Blatt, S. J. (2006). Personality, motivation, and the construction of goals during the transition to adulthood. *Personality and Individual Differences*, 40, 53-63.
- Shawyer, F., Meadows, G. N., Judd, F., Martin, P. R., Segal, Z., & Piterman, L. (2012). The DARE study of relapse prevention in depression: Design for a phase 1/2 translational randomised controlled trial involving mindfulness-based cognitive therapy and supported self monitoring. *BMC Psychiatry*, 12(3). Retrieved from [www.biomedcentral.com/1471-244X/12Z3](http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12Z3).
- Shea, A. J., & Slaney, R. B. (1999). The Dyadic Almost Perfect Scale. Unpublished scale. Pennsylvania State University, University Park, PA.
- Shea, A. J., Slaney, R. B., & Rice, K. G. (2006). Perfectionism in intimate relationships: The Dyadic Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 107-125.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22-33.
- Singer, A. R., & Dobson, K. S. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 563575.

- Singer, A. R., & Dobson, K. S. (2009). The effect of the cognitive style of acceptance on negative mood in a recovered depressed sample. *Depression and Anxiety, 26*, 471-479.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*, 167-179.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification, 22*, 372-390.
- Slaney, R. B., & Johnson, D. G. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Unpublished scale, Pennsylvania State University, University Park, PA.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., & Ashby, J. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*, 130-145.
- Snell, W. E., Overbey, G. A., & Brewer, A. L. (2005). Parenting perfectionism and the parenting role. *Personality and Individual Differences, 39*, 613-624.
- Somov, P. (2010). *Present perfect: A mindfulness approach to letting go of perfectionism and the need for control*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Sorotzkin, B. (1998). Understanding and treating perfectionism in religious adolescents. *Psychotherapy, 35*, 87-95.
- Southgate, L., Tchanturia, K., Collier, D., & Treasure, J. (2008). The development of the Childhood Retrospective Perfectionism Questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *European Eating Disorders Review, 16*, 451-462.
- Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K. H., Greeno, C., Welzin, T. E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1630-1634.
- Steele, A. L., Bergin, J. L., & Wade, T. D. (2011). Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 44*, 389-396.
- Steele, A. L., O'Shea, A., Murdock, A., & Wade, T. D. (2011). Perfectionism and its relation to overvaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders, 4*, 459-464.
- Steele, A. L., & Wade, T. D. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1316-1323.
- Steele, A. L., Waite, S., Egan, S. J., Finnigan, J., Handley, A., & Wade, T. D. (2013). Psychoeducation and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A case-series evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*, 129-143.

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stoeber, J. (2011). Perfectionism, efficiency, and response bias in proof-reading performance: Extension and replication. *Personality and Individual Differences*, 50, 426-429.
- Stoeber, J., & Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences*, 61-62, 38-42.
- Stoeber, J., Harris, R. A., & Moon, P. S. (2007). Perfectionism and the experience of pride, shame, and guilt: Comparing healthy perfectionists, unhealthy perfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, 43, 131-141.
- Stoeber, J., Hoyle, A., & Last, F. (2013). The Consequences of Perfectionism Scale: Factorial structure and relationships with perfectionism, performance perfectionism, affect, and depressive symptoms. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46, 178-191.
- Stoeber, J., & Joorman, J. (2001). Worry, procrastination and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 49-60.
- Stoeber, J., Kempe, T., & Keogh, E. J. (2008). Facets of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, 44, 1506-1516.
- Stoeber, J., Kobori, O., & Tanno, Y. (2010). The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory—English (MPCI-E): Reliability, validity, and relationships with positive and negative affect. *Journal of Personality Assessment*, 92, 16-25.
- Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P. M., Lavender, A., & Cartwright-Hatton, S. (2010). *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., & Antony, M. M. (2010). Structured and semi-structured interviews. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed., pp. 95-137). New York: Guilford Press.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D. B., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 225-229.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.
- Tozzi, F., Aggen, S. H., Neale, B. M., Anderson, C. B., Mazzeo, S. E., Neale, M. C., et al. (2004). The structure of perfectionism: A twin study. *Behavior Genetics*, 34, 483-494.

- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and QOL in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Vandiver, B. J., & Worrell, F. C. (2002). The reliability and validity of scores on the Almost Perfect Scale—Revised with academically talented middle school students. *Journal of Secondary Gifted Education*, 13, 108-119.
- Wade, T. D., Frayne, A., Edwards, S. A., Robertson, T., & Gilchrist, P. (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 235-243.
- Wade, T. D., & Schmidt, U. (2009). Writing therapies for eating disorders. In S. Paxton & P. Hay (Eds.), *Treatment approaches for body dissatisfaction and eating disorders: Evidence and practice* (pp. 251-267). Melbourne, Australia: IP Communications.
- Wade, T. D., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 19, 382-389.
- Wade, T. D., Treloar, S. A., & Martin, N. G. (2008). Shared and unique risk factors between lifetime purging and objective binge eating: A twin study. *Psychological Medicine*, 38, 1455-1464.
- Waller, G. (2012). The myths of motivation: Time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 1-16.
- Waller G., Cordery, E., Corstorphine, H., Hinrichsen, R., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H., & Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive-behavioural self-help guide for adult sufferers and their carers*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wang, K. T. (2010). The Family Almost Perfect Scale: Development, psychometric properties, and comparing Asian and European Americans. *Asian American Journal of Psychology*, 1, 186-199.
- Wang, K. T., Methikalam, B., & Slaney, R. B. (2010). Family Almost Perfect Scale. Unpublished scale. Pennsylvania State University, University Park, PA.
- Weathers, F. W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). PCL-C for DSM-IV. Boston: National Center for PTSD—Behavioral Science Division.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Shelton, R. C. (2012). Predictors of patient cognitive therapy skills and symptom change in two randomized clinical trials: The role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 373-381.

- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, August-September). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039.
- Westerberg, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2008). A 2-year longitudinal study of eating attitudes, BMI, perfectionism, asceticism and family climate in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders*, 13, 64-72.
- Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2010). Risk and protective factors for disturbed eating: A 7-year longitudinal study of eating attitudes and psychological factors in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders*, 15, e208-e218.
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1106-1117.
- Wheatley, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P., et al. (2007). I'll believe it when I can see it: Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371-385.
- Wheatley, J., & Hackmann, A. (2011). Using imagery rescripting to treat major depression: Theory and practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 444-453.
- White, C., & Schweitzer, R. (2000). The role of personality in the development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 515-524.
- Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S. J., & Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 295-303.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386-401.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy*, 39, 47-56.
- Wilksch, S. M., Durbridge, M. R., & Wade, T. D. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 939-947.

- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (Eds.). (2001). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: Behavioral approaches to analysis and treatment*. New York: Springer.
- Yang, H., & Stoeber, J. (2012). The Physical Appearance Perfectionism Scale: Development and preliminary validation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 69-83.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1301-40.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114-124.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 681-697.

Научное издание

## **Когнитивно-поведенческая терапия перфекционизма**

Сара Дж. Иган  
Трейси Д. Уэйд  
Роз Шафран  
Мартин М. Энтони

ООО «Издательство «Научный мир»

Тел. факс +7(499) 251-01-62

E-mail: [naumir@naumir.ru](mailto:naumir@naumir.ru)

127055, Москва, Тихвинский переулок, д.10/12, корп.4

Подписано к печати 15.12.2020

Формат 60×90<sub>1/16</sub>

Печать офсетная. 32 печ. л.

Издание отпечатано в типографии

ООО «Галлея-Принт»,

111024, Москва, 5-я Кабельная, 2б



Эта книга написана занятыми клиницистами для занятых клиницистов, которым нужны практические инструменты для работы с клиентами. Она включает в себя множество тематических исследований, а также руководства к другим клиническим ресурсам по перфекционизму, который часто считается положительной характеристикой, включающей стремление к достижению высоких стандартов без отрицательных последствий; но в этой книге упор делается на негативе (беспокойство, депрессия и расстройства пищевого поведения). Разбирается модель «клинического совершенства», описывающая обеспокоенных своими ошибками людей с чрезвычайно высокими стандартами; их самооценка основана на том, насколько хорошо эти стандарты соблюдаются. Это рассматривается как важнейший компонент бесполезного перфекционизма, заставляющего человека упорствовать в стремлении удовлетворить свои стандарты. Переоценка стремлений и достижений – основа совместной концептуализации, краеугольного камня изложенного в книге когнитивно-поведенческого подхода к перфекционизму. Даются предложения по укреплению терапевтического альянса и дорожная карта для различных стратегий лечения. Предназначена для клиницистов разных специализаций; полезна как врачам начального уровня, так и специалистам с многолетним опытом работы.



9 785915 225014