



## Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Perfectionism: A Randomized Clinical Trial

Elham Nazari<sup>1,2</sup>, Omid Saed<sup>3\*</sup>, Aliakbar Foroughi<sup>4</sup>, Sahel Khakpoor<sup>5</sup>

1- MA of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

2- MA of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

5- PhD student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Behavioural Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Omid Saed, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

**Email:** o.saed@zums.ac.ir

Received: 18 July 2023

Accepted: 18 Jan 2024

### Abstract

**Introduction:** A significant portion of the population suffers from maladaptive perfectionism, which, without appropriate psychological treatment, can lead to various psychological disorders and impairments in occupational, social, and educational functioning. Therefore, the present study aimed to examine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing perfectionism.

**Methods:** This study utilized a quasi-experimental design with a pretest-posttest and follow-up period, including a control group. The target population consisted of all students of Zanjan University of Medical Sciences in 2020. The sample was selected in two stages: first, 350 individuals were selected from the target population using convenience sampling, and the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) was administered to them. In the second stage, individuals who scored above the diagnostic cutoff point (score equal to or higher than 90) on the FMPS were selected ( $n = 314$ ). Finally, based on entry and exit criteria and the progression of subsequent stages, a sample of 40 individuals was randomly assigned to the experimental group ( $n = 20$ ) and the control group ( $n = 20$ ). The inclusion criteria included residence in Zanjan at the time of the study, willingness to participate in the research, and scoring above the diagnostic cutoff on the FMPS. The exclusion criteria included the onset of psychiatric illnesses during the intervention, previous experience of cognitive-behavioral interventions, particularly more than 5 sessions of cognitive-behavioral therapy, more than two consecutive absences in the group protocol, failure to participate in one of the three assessment stages, and obtaining a score of 140 or higher on the FMPS. The experimental group received group cognitive-behavioral therapy based on perfectionism once a week for 90 minutes. The participants were assessed at three-time points: pretest, posttest, and two-month follow-up. The data were analyzed using SPSS-25 software and repeated measures analysis of variance.

**Results:** The results of the analysis indicated that group cognitive-behavioral therapy led to a significant improvement in overall perfectionism scores, particularly in the subscales of concerns over mistakes and parental criticism ( $p < 0.05$ ). The mean pretest score for overall perfectionism in the experimental group was 83.110, which decreased to 39.98 in the posttest. For the subscale of concerns over mistakes, the mean scores at the pretest and posttest were 72.10 and 22.9, respectively. Finally, for parental criticism, the mean scores at pretest and posttest were 28.8 and 61.7, respectively. These improvements were significant compared to the control group.

**Conclusions:** The findings of this study support the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy as an intervention that can reduce maladaptive perfectionism in individuals with perfectionistic traits. Therefore, therapists can utilize this treatment to improve perfectionism in their clients.

**Keywords:** Perfectionism, Group Cognitive-Behavioral Therapy, RCT.



## اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کمال گرایی: یک کار آزمایی بالینی تصادفی

الهام نظری<sup>۱،۲</sup>، امید ساعد<sup>۳</sup>، علی اکبر فروغی<sup>۴</sup>، ساحل خاکپور<sup>۵</sup>

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پزشکی، زنجان، ایران.
- ۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، کرمانشاه، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پزشکی، زنجان، ایران.
- ۴- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، کرمانشاه، ایران.
- ۵- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران ایران.

نویسنده مسئول: امید ساعد، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پزشکی، زنجان، ایران.  
ایمیل: o.saed@zums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۷

### چکیده

**مقدمه:** جمعیت عمده ای از افراد جامعه از کمال گرایی ناسازگارانه رنج می برند و در صورت عدم دریافت درمان روان شناختی مناسب در معرض انواع اختلال های روانی و افت در عملکردهای شغلی، اجتماعی و تحصیلی قرار دارند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال گرایی انجام گرفت.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی بود. جامعه ی آماری شامل کلیه ی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه این مطالعه در دو گام انتخاب شد: ابتدا از میان جامعه آماری، نمونه ای به حجم ۳۵۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و پرسشنامه کمال گرایی چندبعدی فراست (FMPS) در مورد آنها اجرا شد. در گام دوم افرادی که نمرات آنان در این آزمون ها در میانه ی خط برش تشخیصی است (نمره مساوی و بالاتر از ۹۰) انتخاب (۳۱۴ نفر) شدند. نهایتاً از میان این افراد و بر اساس ملاک های ورود و خروج و سیر انجام مراحل بعدی، نمونه ای به حجم ۴۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی غیر ساده در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل سکونت در شهر زنجان به هنگام انجام پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن نمره خط برش پرسشنامه FMPS بود. ملاک های خروج نیز شامل، ابتلا به بیماری های روانپزشکی در حین مداخله، سابقه قبلی مداخلات روانشناختی به خصوص درمان شناختی رفتاری بیشتر از ۵ جلسه روان درمانی، غیبت بیش از دو جلسه متوالی در پروتکل گروهی، عدم شرکت در یکی از مراحل سه گانه ارزیابی و گرفتن نمره ۱۴۰ به بالا در پرسشنامه کمال گرایی چندبعدی فراست بود. گروه آزمایش، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کمال گرایی را به صورت گروهی و هفته ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند. آزمودنی ها در سه مقطع زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-25 و از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج تحلیل یافته ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به بهبود معنادار نمره کلی کمال گرایی، به ویژه زیر مقیاس های شک درباره اعمال و انتقادگرایی والدین می شود ( $p < .05$ ). میانگین پیش آزمون نمره کلی کمال گرایی برای گروه آزمایش برابر با ۱۱۰/۸۳ و پس آزمون برابر با ۹۸/۳۹ بود. برای زیرمقیاس شک درباره اعمال نمره میانگین در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر ۱۰/۷۲ و ۹/۲۲ بود. در آخر برای انتقادگرایی والدین نمره پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۸/۲۸ و ۷/۶۱ بود. این بهبود نسبت به گروه کنترل معنادار بود.

**نتیجه گیری:** یافته های پژوهش حاضر از این موضوع حمایت می کند که درمان شناختی-رفتاری گروهی، مداخله ای کارآمد است که می تواند کمال گرایی در گروه افراد دارای ویژگیهای کمال گرایی ناسازگارانه کاهش دهد. از این رو درمانگران می توانند از این درمان برای بهبود کمال گرایی مراجعین استفاده کنند.

**کلیدواژه ها:** کمال گرایی، درمان شناختی-رفتاری گروهی، کارآزمایی بالینی.

بختیاری و همکاران پژوهشی را به منظور مقایسه ی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر کمال گرایی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال های اضطرابی و افسردگی انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان منجر به بهبود معنادار نشانه های مرتبط با اختلال های روان شناختی شد. از طرف دیگر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کمال گرایی منجر به بهبود معنادار کمال گرایی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری مبتنی تنظیم هیجان شد (۱۲).

با وجود این که پژوهش هایی به منظور بررسی اثربخشی درمان های مختلف بر میزان کمال گرایی در بیماران مختلف انجام شده است با این حال این پژوهش ها دارای محدودیت های عمده ای بودند. در پژوهش های پیشین به کمال گرایی نه به عنوان یک مشکل اصلی بلکه به عنوان یک پیامد ثانویه بررسی می شد در صورتی که بسیاری از پژوهش ها کمال گرایی را به عنوان یک مشکل اصلی تلقی می کنند که در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع به مشکلات عمده ای از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی و حتی خودکشی منجر می شود (۱۳). بنابراین تشخیص و درمان این افراد فارغ از این که تشخیص اختلالات روانشناختی داشته باشند یا خیر، نیاز به توجه درمانی است. همچنین بیش تر پژوهش ها بر روی جمعیت های غیر دانشجویی انجام شده است در صورتی که جمعیت دانشجویی به ویژه دانشجویان علوم پزشکی به دلیل سوگیری ارزشی نسبت به این رشته ها به شدت در معرض کمال گرایی قرار دارند (۱۴)، اما همچنان توجهات درمانی به این جمعیت به شکل مناسبی نشده است. در آخر اینکه پژوهش های پیشین فاقد نمونه ی گروه کنترل بودند یعنی معمولاً همه ی گروه ها درمان دریافت می کردند. بنابراین پژوهش حاضر از نظر این که صرفاً بر روی افراد کمال گرا، دانشجو و با گروه کنترل انجام گرفته متفاوت است. از سوی دیگر، عمده مطالعات به شکل درمان فردی انجام گرفته اند. شکل گروهی درمان شناختی-رفتاری علاوه بر فراهم آوردن فرصت تصحیح الگوهای رفتاری از طریق فرایند الگوبرداری، کم هزینه تر است و با تعداد جلسات کمتری انجام می شود و در نهایت می توان جمعیت بیشتری را در مدت زمان کمتری مورد مداخله قرار داد. بنابراین در این پژوهش فرض بر این شد که درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به بهبود کمال گرایی در افراد کمال گرا می شود، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال گرایی

کمال گرایی شامل مجموعه ای از استانداردها و نگرانی افراطی در مورد اشتباهات است (۱) کمال گرایی یک سازه ی چندبعدی است و سبکی از تفکر و عمل را به وجود می آورد که می تواند با عواقب آسیب زا همراه باشد (۲) کمال گرایی ناسازگارانه جستجوی استانداردهای غیر واقع بینانه ای است که به دلیل ناتوانی در دستیابی به این استانداردها منجر به خودسرزنشگری می شود (۳). کمال گرایی عامل مهمی در پدیدآیی، تشدید و تداوم اختلال های اضطرابی، خلقی و خوردن است (۴). اهمیت این موضوع در اختلال های مختلف به حدی است که آن را یک سازه فراتشخیصی تلقی می کنند. منظور از سازه فراتشخیصی آن است که درمان هایی که کمال گرایی را هدف درمان قرار می دهند نه تنها خود کمال گرایی بلکه همچنین می تواند نشانه های مرتبط با این اختلال ها را بهبود بخشند (۳-۵). همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که کمال گرایی ناسازگارانه با مشکلاتی از قبیل نگرانی و نشخوارفکری همبستگی دارد و نیز با استرس و مشکلات بین فردی مرتبط است (۶، ۷). در واقع اهمیت کمال گرایی در آسیب شناسی روانی اختلال های روانپزشکی تا به آنجا است که برخی معتقدند این سازه باید وارد معیارهای تشخیصی برای بسیاری از اختلال های روانی شود (۸).

چند پژوهش به بررسی کارآمدی درمان شناختی رفتاری بر کمال گرایی پرداخته اند و نشان داده اند که این درمان، کمال گرایی را کاهش می دهد. برای مثال یک مطالعه فراتحلیل به بررسی پیامدهای پانزده پژوهش درمان شناختی رفتاری برای کمال گرایی پرداخته است. نتایج نشان دهنده ی اندازه اثر بالای این درمان برای کمال گرایی و اندازه اثر متوسط آن در کاهش افسردگی و اضطراب بوده است (۹). در پژوهشی که ریلی و همکاران بر روی بیماران دارای نشانه های اضطراب و افسردگی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری برای کمال گرایی منجر به بهبود معنادار کمال گرایی در گروه درمان نسبت به گروه کنترل می شود (۱۰). استیل و وید پژوهشی را به منظور مقایسه ی اثربخشی درمان خودیاری، درمان شناختی رفتاری برای پرخوری عصبی و ذهن آگاهی در افراد با پرخوری عصبی و اختلال خوردن انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که همه ی شرکت کنندگان در تمامی شرایط آزمایشی بهبود معناداری در کمال گرایی، افسردگی و نشانه های خوردن داشتند و برعکس افزایش معناداری در میزان اعتماد به نفس نشان دادند (۱۱). در ایران نیز

افراد کمال گرا انجام گرفت.

## روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود. اجرای پژوهش پس از دریافت کد اخلاق (IR.ZUMS.REC1399.109) از دانشگاه علوم پزشکی زنجان شروع شد. جهت رعایت اصول اخلاقی آزمودنی ها پیش از آغاز مداخله فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات شخصی آنها محرمانه خواهد ماند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان که در زمان انجام پژوهش ساکن شهر زنجان بودند، بود. نمونه این پژوهش شامل افرادی بود که نمرات آنان از خط برش تشخیصی مقیاس کمال گرایی چندبعدی فراست بالاتر بود (نمره مساوی و بالاتر از ۹۰). پس از لحاظ کردن خط برش ۳۱۴ نفر وارد پژوهش شدند. نهایتاً از میان این افراد با اعمال ملاک های ورود و خروج و مصاحبه بالینی ۴۰ نفر شرایط ورود به پژوهش را پیدا کردند. برای گزینش آزمودنی ها به دو گروه آزمایش و کنترل از روش تصادفی غیرساده یا محدود استفاده شد. به این صورت که ۲۰ توپ برای گروه آزمایش و ۲۰ توپ برای گروه کنترل مشخص و در درون یک ظرف انداخته شدند، سپس به طور تصادفی و بدون جایگزین از ظرف خارج و توالی ایجاد شده ثبت شد. همچنین جهت اجرای پنهان سازی توالی تصادفی از پاکت نامه های مهر و موم شده با توالی تصادفی استفاده شد. با توجه به یافته های پیشین یکسان سازی صورت گرفت به این صورت که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر

متغیرهای جمعیت شناختی و سایر مولفه ها تفاوت معناداری وجود نداشت و از شرایط یکسانی برخوردار بودند. به دلیل این که مبنای گروه درمانی از نظر تعداد، ۸ تا ۱۲ نفر است آزمودنی های گروه آزمایش به دو گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. بین این دو گروه یعنی زیر گروه های مربوط به گروه آزمایش تفاوتی وجود نداشت. سنجش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره ی پیگیری دو ماهه انجام گرفت.

ملاک های ورود شامل این موارد بود: سکونت در شهر زنجان به هنگام انجام پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن نمره خط برش پرسشنامه FMPS، عدم ابتلا به اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانپزشکی، عدم سوء مصرف مواد مخدر (ارزیابی دو مورد آخر براساس مصاحبه بالینی و شرح حال انجام گرفت). ملاک های خروج نیز شامل: ابتلا به اختلالات روانپزشکی در طی مداخله، سابقه قبلی مداخلات روان شناختی به خصوص درمان شناختی رفتاری بیشتر از ۵ جلسه روان درمانی، غیبت بیش از دو جلسه متوالی در پروتکل گروهی، عدم شرکت در یکی از مراحل سه گانه ارزیابی و گرفتن نمره ۱۴۰ به بالا در پرسشنامه کمال گرایی چندبعدی فراست بود. شرکت کنندگان به طور تصادفی در دو گروه درمان گروهی کمال گرایی و گروه کنترل گمارده شدند. در ادامه، گروه درمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان شناختی رفتاری کمال گرایی گروهی مبتنی بر پروتکل ایگان و همکاران را دریافت کردند که محتوای آن در جدول ۱ گزارش شده است. گروه کنترل نیز شامل آزمودنی هایی بودند که درمانی را دریافت نمی کردند.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان

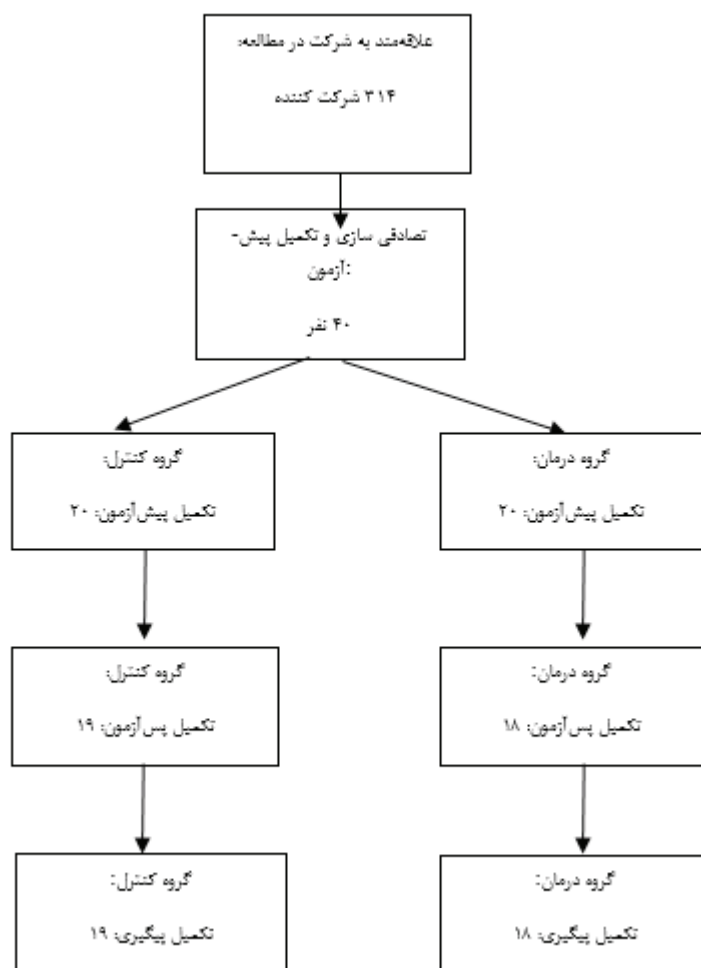
شماره	محتوای جلسات	اهداف
۱	مفهوم پردازی کمال گرایی، تحلیل مزایا-معایب	هدف این جلسه توضیح ماهیت کمال گرایی و علل تداوم آن و بیان جنبه های مثبت و منفی کمالگرایی همراه با بارش فکری گروهی در مورد پیامدهای آن است.
۲	خودپایی، واقعیت در برابر خیال	محتوای این بخش حوزه های کمال گرایی و چگونگی بروز آن در زندگی است. همچنین مزایای خودپایی مورد تأکید قرار میگیرد و در مورد افسانه های مربوط به کمال گرایی در گروه بحث می شود.
۳	زمینه یابی و آزمایش رفتاری	در این جلسه هدف زمینه یابی ها مشخص می شود و از افکار ثبت شده در برگه های تکالیف خانگی هفته قبل استفاده می شود. همچنین آزمایش های رفتاری نیز معرفی می شود.
۴	تفکر همه یا هیچ	در این بخش تلاش می شود پس از معرفی تفکر "همه یا هیچ"، یک آزمایش رفتاری برای آن طراحی شود. هدف بعدی کمک به مراجعان برای ایجاد تفکر انعطاف پذیرتر و تأکید بر اهمیت تغییر قواعد انعطاف ناپذیر است.
۵	توجه گسترده، تحریف های شناختی، ثبت روزانه افکار	در جلسه پنجم با تحریف های شناختی فیلتر کردن رویدادهای منفی و سایر تحریفهای شناختی چالش می شود و به مراجعان کمک می شود با افکار غیرمفید چالش کنند و فرمول بندی افکار منطقی تر را بیاموزند.

## الهام نظری و همکاران

۶	اهمال کاری، حل مسأله، مدیریت زمان و برنامه ریزی برای فعالیت های لذتبخش	این بخش بر اهمال کاری تمرکز می کند و راهکارهایی برای مقابله با آن به مراجعان آموزش داده می شود. همچنین مدیریت زمان، برنامه ریزی برای فعالیت های لذتبخش و اهمیت ایجاد تعادل بین زمان برای استراحت و آرامش با پیشرفت مورد تأکید قرار می گیرد.
۷	ارزش ها، کاهش خودسرنشگری	هدف معرفی خودسرنشگری و اثرات مخرب آن و تأکید بر تلاش برای کاهش فراوانی و شدت افکار خودسرنشگرانه و افزایش شفقت بر خود از طریق شناسایی صداهای شفقت آمیز و تمرین چگونگی واکنش به صداهای سرنشگری است.
۸	گسترش خودارزیابی، اهداف، پیشگیری از عود	در این جلسه تلاش می شود ارتباط بین قضاوت راجع به خود به عنوان یک فرد و موفقیت های وی تضعیف شود و عزت نفس او بر اساس عوامل دیگر ایجاد شود. همچنین تعیین اهداف انعطاف پذیر و واقع گرایانه تشویق می شود و بر توجه برابر به آنچه مراجع می تواند بهبود بخشد تأکید می شود. در نهایت برای ۶ ماه آینده مراجع طوری که حوزه های زندگیش گسترش یابد برنامه ریزی میشود و در راستای پیشگیری از عود نیز برنامه ای عملی برای مقابله با بازگشت ها تهیه می شود.

در گروه درمان ۱۸ نفر و در گروه کنترل نیز ۱۹ نفر باقی ماندند. نمودار ۱ روند ارزیابی های اولیه تا آخرین مرحله، یعنی پیگیری را نشان می دهد.

بعد از اجرای مداخله تمامی شرکت کنندگان پرسشنامه های موردنظر را دوباره در قالب پس آزمون و دوره پیگیری دوماهه تکمیل کردند. در طی مراحل درمان ۲ نفر از گروه درمان و ۱ نفر از گروه کنترل، از پژوهش خارج شدند و درنهایت



شکل ۱. دیاگرام شرکت کنندگان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مواقف پاسخدهی و نمره گذاری می شوند. اعتبار همگرایی پرسشنامه طبق همبستگی با پرسشنامه کمال گرایی مثبت و منفی اعتبار مناسبی گزارش شده است (۱۶). در پژوهش داخلی لیاقت و قاسمی (۱۳۹۳) ضریب همسانی پرسشنامه را ۰/۸۱۹، اعتبار همگرایی پرسشنامه را در همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب امتحان ۰/۲۸۷، و در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار گزارش نمودند (۱).

### یافته ها

جدول ۲ ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها شامل جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت و دامنه سنی را نشان می دهد. نتایج آزمون های  $\chi^2$  و  $t$  برای گروه های مستقل نشان داد که بین آزمودنی های دو گروه در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد.

برای بررسی متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد. ویژگی های جمعیت شناختی: در این بخش ویژگی هایی از جمله جنسیت، سن، رشته تحصیلی، وضعیت تاهل و وضعیت سکونت مورد بررسی قرار گرفتند. **مقیاس کمال گرایی چندبعدی (MPSF):** مقیاس کمال گرایی چندبعدی فراست (۱۹۹۰) که بر اساس مفهوم چندبعدی کمال گرایی طراحی شده است و ۳۵ گویه دارد که در برخی پژوهش ها شامل چهار زیرمقیاس بوده است (۱۵). همچنین در برخی پژوهش ها شش عامل برای آن گزارش شده است. این زیرمقیاس ها شامل نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی و نظم و سازمان دهی می باشند (۲). ماده های پرسشنامه، در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً

جدول ۲. نتایج ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

p.value	Pearson Chi-Square	کل نمونه	گروه کنترل	گروه مداخله	متغیر
		تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
		۳۷ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰۰)	کل نمونه
۰/۸۷۳	۰/۰۲۹	۱۸ (۴۸/۶)	۹ (۴۷/۴)	۹ (۵۰)	جنسیت
		۱۹ (۵۱/۴)	۱۰ (۵۲/۶)	۹ (۵۰)	زن
۰/۹۴۲	۰/۰۰۵	۳۱ (۸۳/۸)	۱۶ (۸۴/۲)	۱۵ (۸۳/۳)	وضعیت تأهل
		۶ (۱۶/۲)	۳ (۱۵/۸)	۳ (۱۹/۷)	متأهل
۰/۰۷۰	۳/۲۹	۱۹ (۵۱/۴)	۷ (۳۶/۸)	۱۲ (۶۶/۷)	وضعیت سکونت
		۱۸ (۴۸/۶)	۱۲ (۶۳/۲)	۶ (۳۳/۳)	خوابگاه
p.value	t test	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
۰/۰۷۹	-۱/۸۰	۲۵/۷۳ ± ۲/۶۵	۲۶/۴۷ ± ۱/۹۲	۲۴/۹۴ ± ۳/۱۱	سن (سال)

Note. M=Mean, SD=Std. Deviation

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها در مقیاس کمال گرایی و ابعاد آن گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد سه مرحله ارزیابی کمال گرایی در گروه های پژوهش

پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	گروه	متغیر وابسته
M ± SD	M ± SD	M ± SD		
۲۵/۳۳ ± ۵/۰۳	۲۲/۷۲ ± ۷/۰۸	۲۲/۵۶ ± ۷/۳۳	مداخله	نگرانی درباره اشتباهها (CM)
۲۷/۶۳ ± ۶/۶۲	۲۶/۲۶ ± ۷/۱۱	۲۷/۴۲ ± ۷/۱۳	کنترل	
۱۰/۷۲ ± ۲/۸۸	۹/۲۲ ± ۳/۸۱	۸/۵۰ ± ۳/۲۹	مداخله	شک درباره اعمال (D)
۱۱/۹۵ ± ۳/۲۹	۱۱/۴۷ ± ۳/۱۷	۱۱/۵۳ ± ۲/۸۰	کنترل	
۱۵/۱۱ ± ۲/۹۱	۱۳/۴۴ ± ۵/۰۷	۱۲/۹۴ ± ۴/۴۷	مداخله	انتظارات والدینی (PE)
۱۳/۴۲ ± ۴/۱۷	۱۳/۷۴ ± ۳/۹۱	۱۴/۰۵ ± ۴/۰۶	کنترل	
۸/۲۸ ± ۱/۷۱	۷/۶۱ ± ۳/۲۹	۷/۸۹ ± ۳/۰۸	مداخله	انتقادگری والدینی (PC)
۱۰/۱۶ ± ۳/۸۶	۹/۸۴ ± ۳/۸۶	۱۰/۳۱ ± ۳/۵۹	کنترل	

### الهام نظری و همکاران

۲۳/۱۷ ± ۴/۰۸	۲۳/۱۷ ± ۴/۳۴	۲۷/۳۳ ± ۳/۰۴	مداخله	استانداردهای شخصی (PS)
۲۶/۲۱ ± ۳/۳۳	۲۶/۱۰ ± ۴/۷۰	۲۷/۰۵ ± ۳/۱۰	کنترل	
۲۱/۱۷ ± ۴/۸۷	۲۲/۲۲ ± ۳/۸۹	۲۴/۰۶ ± ۳/۵۲	مداخله	سازمان‌دهی (O)
۲۳/۶۸ ± ۳/۳۳	۲۳/۰۰ ± ۴/۵۹	۲۳/۳۷ ± ۳/۳۹	کنترل	
۹۶/۲۲ ± ۱۶/۳۳	۹۸/۳۹ ± ۱۷/۴۵	۱۱۰/۸۳ ± ۸/۷۴	مداخله	نمره کل کمال‌گرایی
۱۱۳/۲۱ ± ۱۸/۳۱	۱۱۰/۴۲ ± ۲۱/۳۵	۱۱۳/۵۸ ± ۱۷/۲۹	کنترل	

Note. M=Mean, SD=Std. Deviation

مکرر نشان داد که اثر اصلی زمان در سه مرحله ارزیابی نمره کل کمال‌گرایی و مؤلفه‌های نگرانی درباره اشتباه‌ها (CM)، شک درباره اعمال (D)، استانداردهای شخصی (PS) و سازمان‌دهی (O) معنادار بود ( $p < 0.05$ ). به عبارت دیگر بین میانگین‌های نمره کل کمال‌گرایی و مؤلفه‌های ذکرشده از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اثر اصلی زمان در سه مرحله ارزیابی مؤلفه‌های انتظارات والدینی (PE) و انتقادگری والدینی (PC) معنادار نبود ( $p > 0.05$ ). اثر اصلی گروه در نمره کل کمال‌گرایی و مؤلفه‌های شک درباره اعمال (D) و انتقادگری والدینی (PC) معنادار بود؛ که بیانگر وجود اختلاف معنادار بین گروه‌های پژوهش در میزان تغییرات نمره کل کمال‌گرایی مؤلفه‌های ذکرشده از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری است ( $p < 0.05$ ). در نهایت اثر تعاملی زمان × گروه در نمره کل کمال‌گرایی و مؤلفه‌های انتظارات والدینی (PE)، استانداردهای شخصی (PS) و سازمان‌دهی (O) معنادار بود ( $p < 0.05$ ) که این یافته بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌های پژوهش در متغیر کمال‌گرایی و مؤلفه‌های ذکر شده در مراحل زمانی پس‌آزمون و پیگیری بود. نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌های پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون پیگیری رعایت شده است ( $p > 0.05$ ). نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لوین (LEVENE) مفروضه یکسان بودن واریانس‌های در پیش‌آزمون مؤلفه انتقادگری والدینی (PC) در گروه‌های پژوهش رعایت نشده است ( $p < 0.05$ )، بنابراین به‌منظور مقایسه دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای ذکر شده از درجه آزادی تصحیح شده در شرایط عدم یکسان بودن واریانس‌ها استفاده شد. مفروضه یکسان بودن واریانس‌ها در سایر حالت‌ها رعایت شده است ( $p > 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون باکس ام نشان داد ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده‌ی متغیر کمال‌گرایی و مؤلفه‌های آن در دو گروه مداخله و کنترل برابر است ( $p > 0.001$ ). نتایج آزمون کرویت ماشلی نشان داد که مفروضه کرویت برای نمره کل کمال‌گرایی و مؤلفه‌های آن به جز مؤلفه سازمان‌دهی (O) مفروضه کرویت رعایت شده است، بنابراین به‌منظور تفسیر فرض همگنی واریانس‌ها در مؤلفه سازمان‌دهی از تصحیح Huynh-Feldt استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های

جدول ۴. بررسی اثرات درون و بین آزمودنی‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری کمال‌گرایی در گروه‌های پژوهش

متغیر وابسته	مؤلفه	منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
کمال‌گرایی	نگرانی درباره اشتباه‌ها (CM)	زمان	۷۹/۳۳	۲	۳۹/۶۷	۴/۲۸*	۰/۰۱۸	۰/۱۰۹
		اثر درون‌گروهی	۳۰/۴۷	۲	۱۵/۲۳	۱/۶۴	۰/۲۰۱	۰/۰۴۵
		خطا	۶۴۹/۳۳	۷۰	۹/۲۷			
	شک درباره اعمال (D)	گروه	۳۵۳/۰۶	۱	۳۵۳/۰۶	۲/۹۷	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
		اثر بین‌گروهی	۴۱۶۱/۴۶	۳۵	۱۱۸/۹۰			
		خطا						
انتظارات والدینی (PE)	زمان	۳۴/۹۱	۲	۱۷/۴۵	۴/۸۴*	۰/۰۱۱	۰/۱۲۱	
	اثر درون‌گروهی	۱۵/۰۹	۲	۷/۵۴	۲/۰۹	۰/۱۳۱	۰/۰۵۶	
	خطا	۲۵۲/۵۱	۷۰	۳/۶۱				
انتظارات والدینی (PE)	گروه	۱۳۰/۲۹	۱	۱۳۰/۲۹	۵/۴۵*	۰/۰۲۵	۰/۱۳۵	
	اثر بین‌گروهی	۸۳۷/۱۳	۳۵	۲۳/۹۲				
	خطا							
انتظارات والدینی (PE)	زمان	۱۲/۹۹	۲	۶/۴۹	۱/۴۳	۰/۲۴۵	۰/۰۳۹	
	اثر درون‌گروهی	۳۸/۲۸	۲	۱۹/۱۴	۴/۲۲*	۰/۰۱۹	۰/۱۰۸	
	خطا	۳۱۷/۲۱	۷۰	۴/۵۳				

۰/۰۰۱	۰/۹۳۸	۰/۰۱	۰/۲۶ ۰/۶۱	۱ ۳۵	۰/۲۶ ۱۴۹۱/۲۲	گروه خطا	اثر بین گروهی	
۰/۰۲۷	۰/۳۷۹	۰/۹۸	۲/۴۴ ۰/۷۱	۲ ۲	۷/۸۸ ۱/۴۲	زمان گروه × زمان	اثر درون گروهی	انتقاد گری والدینی (PC)
۰/۰۰۸	۰/۷۵۲	۰/۲۹	۲/۴۸	۷۰	۱۷۳/۷۵	خطا		
۰/۱۱۷	۰/۰۳۸	۴/۴۶*	۱۳۱/۷۰ ۲۸/۳۷	۱ ۳۵	۱۳۱/۷۰ ۹۹۳/۰۷	گروه خطا	اثر بین گروهی	
۰/۳۰۳	<۰/۰۰۱	۱۵/۲۴**	۷۸/۹۵	۲	۱۵۷/۹۱	زمان	اثر درون گروهی	استانداردهای شخصی (PS)
۰/۱۵۴	۰/۰۰۳	۶/۳۷**	۳۳/۰۱ ۵/۱۸	۲ ۷۰	۶۶/۰۲ ۳۶۲/۷۵	گروه × زمان خطا		
۰/۰۷۹	۰/۰۹۲	۳/۰۰	۱۰۰/۱۷ ۳۳/۳۷	۱ ۳۵	۱۰۰/۱۷ ۱۱۶۸/۱۴	گروه خطا	اثر بین گروهی	
۰/۰۹۲	۰/۰۴۵	۳/۵۵*	۲۲/۲۸	۱/۶۱	۳۵/۷۶	زمان	اثر درون گروهی	سازمان دهی (O)
۰/۱۱۹	۰/۰۱۹	۴/۷۲*	۲۹/۶۲ ۶/۲۸	۱/۶۱ ۵۶/۱۸	۴۷/۵۸ ۳۵۲/۶۲	گروه × زمان خطا		
۰/۰۱۶	۰/۴۵۸	۰/۵۶	۲۰/۹۶ ۳۷/۲۷	۱ ۳۵	۲۰/۹۶ ۱۳۰۴/۴۶	گروه خطا	اثر بین گروهی	
۰/۲۶۰	<۰/۰۰۱	۱۲/۳۲**	۷۲۱/۲۹	۲	۱۴۴۲/۵۸	زمان	اثر درون گروهی	نمره کل کمال گرایی
۰/۱۹۱	۰/۰۰۱	۸/۲۵**	۴۸۳/۲۰ ۵۸/۵۶	۲ ۷۰	۹۶۶/۴۰ ۴۰۹۹/۱۱	گروه × زمان خطا		
۰/۱۰۵	۰/۰۵۰	۴/۱۱*	۳۱۰۹/۰۷ ۷۶۶/۷۲	۱ ۳۵	۳۱۰۹/۰۷ ۲۶۴۸۵/۲۰	گروه خطا	اثر بین گروهی	

SS= Sum of Squares, MS=Mean Square, Eta=Partial Eta Squared  
\*\*p<0.01, \*p<0.05.

انعطاف ناپذیری شناختی همراه است و افراد کمال گرا معمولاً در باورهای خود بسیار جزمی هستند. در صورتی که در این درمان با به چالش کشیدن این باورها انعطاف پذیری فرد در مورد استانداردهایش را افزایش و از این رو کمال گرایی ناسازگارانه را بهبود می بخشد (۱۸). یکی دیگر از حوزه هایی که هدف درمان قرار می گیرد بحث تعادل بین استراحت و تلاش برای پیشرفت است. معمولاً افراد کمال گرا این گونه فکر می کنند که تنها راه پیشرفت تلاش بی وقفه است. در صورتی که بسیاری از یافته ها حکایت از آن دارد که استراحت به اندازه کافی، هم از نظر زیستی و هم از نظر روانی نقش تعیین کننده در دستیابی به موفقیت دارد. به گونه ای بسیاری از ایده ها که همراه با موفقیت هستند معمولاً در زمان استراحت که با مراقبه همراه است بروز می کند (۱۹).

همچنین یکی دیگر از ابعاد که در این پژوهش در طی درمان بهبود یافته بعد انتقادگرایی والدین است. انتقادگرایی والدین احتمالاً از سبک فرزندپروری والدین نشأت می گیرد به این صورت که والدینی که نسبت به فرزندشان شفقت پایینی دارند و به صورت انتقادی برخورد می کنند باعث می شوند که کودکانشان کمال گرایی منفی، شفقت به

## بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کمال گرایی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کمال گرایی منجر به بهبود معنادار نمره کلی کمال گرایی، زیر مقیاس شک درباره اعمال و انتقادگرایی والدین شد. نتایج این پژوهش همسو با مطالعاتی است که نشان داده بودند درمان شناختی رفتاری مبتنی بر کمال گرایی منجر به بهبود معنادار میزان کمال گرایی در افراد می شود (۱۲، ۱۷). در تبیین این یافته این گونه می توان گفت که کمال گرایی هرچند یک سازه فراتشخیصی است، با این حال، برای درمان نیاز به رویکردهایی دارد که به طور اختصاصی بر روی آن تمرکز کند. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کمال گرایی با این تمرکز و دیدگاه شکل گرفته است و به طور کانونی هدف آن کاهش کمال گرایی است. این درمان با تمرکز بر ابعاد مختلف شناختی که می تواند زمینه ساز کمال گرایی باشد منجر به بهبود کمال گرایی می شود. برای مثال یکی از دلایلی که این درمان منجر به بهبود کمال گرایی در افراد می شود این است که مطابق با پژوهش های پیشین معمولاً کمال گرایی با



بیش تری دارد، زیرا برخی بر این باورند افراد کمال گرا به راحتی دست از آرمان گرایی بر نمی دارند و معمولاً در برابر این موضوع اضطراب و مقاومت نشان می دهند. دوم این پژوهش شامل جمعیت دانشجویان بوده و قابل تعمیم به جمعیت بالینی نیست. همچنین در این پژوهش پرسشنامه شش عاملی مورد استفاده قرار گرفت که احتمالاً یکی از دلایل اثربخشی پایین آن بر روی آزمودنی ها بوده به همین دلیل پژوهش های آینده بهتر است از مقیاس چهار عاملی آن استفاده کنند.

### نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان دهنده ی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر انتقاد گرایی والدین، کمال گرایی به شکل کلی و شک درباره ی اعمال است. به کارگیری درمان شناختی-رفتاری گروهی به دلیل استفاده از سازوکارهایی مانند توجه گسترده، اصلاح تفکر همه یا هیچ و کاهش خودسرزنشگری منجر به بهبود نشانه های کمال گرایی می شود.

### سیاسگزاری

این مقاله از پایان نامه ی کارشناسی ارشد خانم الهام نظری با کد «A-11-924-19» و مصوب IR.ZUMS. REC1399.109 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان می باشد. از تمامی دانشجویی که در این پژوهش شرکت کردند نهایت سپاسگزاری را داریم.

### تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده اند.

### Reference

1. Liaghat R, Ghasemi, F. The Examination of Psychometric Properties of Frost Perfectionism Questionnaire and its Relationship with Examination Anxiety (Case Study: Tehran High Schools). *Journal of Psychological Research*. 2014;23(6):60-70.
2. Stöber J. The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and individual differences*. 1998;24(4):481-91. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00207-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9)

خود پایینی و خودسرزنشگری نشان دهند (۲۰). در صورتی که در درمان شناختی-رفتاری برای کمال گرایی یکی از عمده ترین تکنیک ها برای بهبود کمال گرایی تمرکز بر شفقت به خود بیش تر و فاصله گیری از سرزنشگری خود است که همین باعث می شود نسبت به انتقاد دیگران حساسیت نشان ندهند و ارزش خود را منوط به انتقاد دیگران به خصوص والدین ندانند. یکی دیگر از یافته های این پژوهش این بود که درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به بهبود معنادار استانداردهای شخصی در افراد کمال گرا می شود. یکی از موضوعات مهمی که در افراد کمال گرا هدف درمان قرار می گیرد بحث پیرامون گسترش خود و قضاوت در مورد خود است. به این معنا که افراد اصولاً می آموزند که خود را به صورت صفر یا صد ارزیابی نکنند و ارزیابی خود را منوط به عدم دستیابی به یک سری اهداف و قضاوت های منفی اطرافیان ندانند. در عوض آنها می آموزند که خود را به صورت جامع که فردی متشکل از موفقیت ها و ناکامی ها به صورت توأمان است در نظر بگیرند. با توجه به این یافته ها رواندرمانگران می توانند از این درمان برای بهبود کمال گرایی افراد استفاده کنند. همچنین بهتر است به دانشجویان به عنوان جمعیتی که در معرض کمال گرایی هستند از نظر تشخیصی و درمانی توجه شود.

با وجود یافته های بالا، پژوهش حاضر دارای محدودیت هایست که باید مدنظر قرار داد. نخست این که گرچه این درمان منجر به بهبود کمال گرایی و برخی ابعاد آن شد با این حال این اثربخشی قوی نبود و حتی این درمان بر روی برخی ابعاد کمال گرایی تاثیر معناداری نداشته است. احتمالاً این عدم معناداری ناشی از این باشد که کمال گرایی موضوعی است که اصولاً برای درمان نیاز به زمان

3. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*. 2017;73(10):1301-26. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
4. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*. 2011;31(2):203-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
5. Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant

- coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(2):106-15. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.003>
6. Xie Y, Kong Y, Yang J, Chen F. Perfectionism, worry, rumination, and distress: A meta-analysis of the evidence for the perfectionism cognition theory. *Personality and Individual Differences*. 2019;139:301-12. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.028>
  7. Chang EC, Watkins A, Banks KH. How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relate to Positive and Negative Psychological Functioning: Testing a Stress-Mediation Model in Black and White Female College Students. *Journal of Counseling Psychology*. 2004;51(1):93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.93>
  8. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(3):219-29. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>
  9. Galloway R, Watson H, Greene D, Shafran R, Egan SJ. The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2022;51(2):170-84. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1952302>
  10. Riley C, Lee M, Cooper Z, Fairburn CG, Shafran R. A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(9):2221-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003>
  11. Steele AL, Wade TD. A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(12):1316-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.09.006>
  12. Mahmoodi M, Bakhtiyari M, Arani AM, Mohammadi A, Isfeedvajani MS. The comparison between CBT focused on perfectionism and CBT focused on emotion regulation for individuals with depression and anxiety disorders and dysfunctional perfectionism: a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2021;49(4):454-71. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000909>
  13. Flett GL, Hewitt PL, Nepon T, Sherry SB, Smith M. The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and conceptual extension. *Clinical Psychology Review*. 2022;93:102130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102130>
  14. Eley DS, Bansal V, Leung J. Perfectionism as a mediator of psychological distress: Implications for addressing underlying vulnerabilities to the mental health of medical students. *Medical Teacher*. 2020;42(11):1301-7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1805101>
  15. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*. 1990;14:449-68. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
  16. Terry-Short L, Owens RG, Slade P, Dewey M. Positive and negative perfectionism. *Personality and individual differences*. 1995;18(5):663-8. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00192-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-U)
  17. Handley AK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;68:37-47. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.006>
  18. Egan SJ, Wade TD, Shafran R, Antony MM. *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*: Guilford Publications; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315536255-19>
  19. Somov PG. *Present perfect: a mindfulness approach to letting go of perfectionism and the need for control*: New Harbinger Publications.
  20. Pepping CA, Davis PJ, O'Donovan A, Pal J. Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*. 2015;14(1):104-17. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>