

ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

محمدعلی بشارت^۱، هادی فرهمند^{۲*}^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

اختلالات افسردگی و اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی محسوب می‌شوند که هزینه زیادی را برای فرد و جامعه در پی دارند. شناخت متغیرهای تأثیرگذار بر این اختلالات می‌تواند در مدیریت و کاهش شدت نشانه‌های آن‌ها مفید باشند. هدف این پژوهش بررسی رابطه ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود. بدین منظور، تعداد ۵۲۸ نفر (۲۷۴ زن، ۲۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند که از آن‌ها خواسته شد مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) را کامل کنند. نتایج نشان داد که بین کمال‌گرایی خودمحور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی منفی وجود داشت. همچنین بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. نتایج ضریب رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور توانایی پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی را دارند در صورتی که در مورد نشانه‌های اضطراب تنها کمال‌گرایی جامعه‌محور قادر به این پیش‌بینی بود. در هیچ‌کدام از مدل‌ها، کمال‌گرایی خودمحور پیش‌بین معناداری برای اضطراب و افسردگی نبود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور به‌عنوان ابعاد منفی کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت دارند و می‌توانند نشانه‌های افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی کنند. در نظر گرفتن این متغیرها می‌تواند در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر باشد و سطح سلامت روان را در جمعیت عمومی ارتقا بخشد.

کلیدواژه‌ها: ابعاد کمال‌گرایی؛ افسردگی؛ اضطراب

مقدمه

اختلالات افسردگی در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را دارند. تقریباً در سراسر جهان، تمام کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است. اضطراب، یکی از اختلالاتی که معمولاً با افسردگی همبودی بالایی دارد. مطالعه همبودی ملی گزارش کرده است که از هر ۴ نفر، ۱ نفر ملاک‌های لازم برای حداقل یک اختلال اضطرابی را برآورده می‌کند و نرخ شیوع ۱۲ ماهه آن ۱۷/۷ درصد است (سادوک^۱، سادوک و روییز^۲، ۲۰۱۵). حرمت خود پایین، سابقه خانوادگی افسردگی، جنس مونث، سوءاستفاده جنسی در کودکی، نژاد سفید بودن، سال‌های تحصیل، شمار تجارب آسیب‌زا، محیط خانوادگی آشفته، خطر اختلالات اضطرابی و افسردگی را افزایش می‌دهند (بالانکو^۳، رویو^۴، وال^۵، وانگ^۶، جیو^۷ و کندلر^۸، ۲۰۱۴).

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: HadiFarahmand@ut.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی هادی فرهمند می‌باشد.

1. Sadock
2. Ruiz
3. Blanco
4. Rubio
5. Wall
6. Wang
7. Jiu
8. Kendler

یکی از سازه‌های روانشناختی که در پژوهش‌های مختلف با طیفی از مشکلات روانشناختی، از قبیل افسردگی و اضطراب رابطه نشان داده است، کمال‌گرایی است (استوبر، ۱، ۲۰۱۵؛ بشارت، ۲۰۰۲؛ بشارت، نادعلی، زبردست و صالحی، ۱۳۸۷؛ فلت، ۲، بسر، دیویس ۴ و هویت، ۵، ۲۰۰۳). کمال‌گرایی، گرایش به تعیین معیارهای عالی، تلاش برای بی‌نقص بودن و تجربه ناخسندی هنگامی که فرد احساس ناکامل بودن کند، اشاره دارد (استوبر، فیست و هایوارد، ۲۰۰۹؛ فراست، مارتین، لاهارت و روزنبلیت، ۱۹۹۰؛ فلت^۶ و هویت، ۲۰۰۲). کمال‌گرایی ساختاری چندبعدی دارد (هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ هویت، فلت، بسر، شری و ام‌سی‌گی، ۲۰۰۳). هویت و فلت (۱۹۹۱)، کمال‌گرایی را شامل انواع خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور می‌دانند. کمال‌گرایی خودمحور، گرایش فرد به تعیین و جست‌وجوی معیارهای عالی عملکرد است. کمال‌گرایی دیگرمحور اشاره به انتظار فرد به این که دیگران باید در کارکردشان کامل باشند، دارد. نوع سوم کمال‌گرایی به باور فرد به این که دیگران از او انتظار کامل بودن دارند، اشاره دارد.

کمال‌گرایی جامعه‌محور (ادراک اینکه دیگران از شخص انتظار کامل بودن دارند)، یک عامل پذیرفته‌شده در آسیب‌پذیری نسبت به نشانه‌های افسردگی است. با ترسیم یک مدل وجودی کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، می‌توان گفت که دشواری در پذیرش گذشته (نگریستن به تجارب زندگی به گونه‌ای منسجم، قابل‌پذیرش، ارضاکنده و معنادار) تصریح می‌کند که چه موقع و چرا کمال‌گرایی جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی ارتباط پیدا می‌کند. افرادی که در مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور نمره بالایی کسب می‌کنند، به این دلیل که در کشمکش با تحکیم تجارب زندگی‌شان به‌عنوان یک داستان معنادار شخصی هستند، متحمل نشانه‌های افسردگی می‌شوند (شری^۷، شری، هویت^۸، موشکاش^۹ و فلت^{۱۰}، ۲۰۱۵). پژوهش کیلبرت^{۱۱}، لامیس^{۱۲}، نوفل^{۱۳}، یانسی^{۱۴} و لوهر^{۱۵} (۲۰۱۵) نیز این رابطه را تایید کرده است. به‌علاوه در این پژوهش، یافته‌های مختص به جنس نیز به دست آمدند. بدین‌ترتیب که اثر مستقیم بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و اختلال اضطراب فراگیر برای مردان معنادار نبود، اما در مورد زنان نتایج نشان داد که اثرات مستقیم و غیرمستقیم تهدید و روان‌سازه‌های کنترل‌تاحدی در رابطه بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای دارد. در پژوهشی که در ایران انجام شد، ابعاد کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم‌هیجانی توانستند ۳۶ درصد از تغییرات شدت نشانه‌های افسردگی و ۳۰ درصد از شدت نشانه‌های اضطراب را تبیین کنند. در این پژوهش فرضیه پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی و اضطراب توسط کمال‌گرایی، تایید شد (احمدیان و رگهان، غزایی، عاطف‌وحید و حبیبی، ۱۳۹۳).

به‌طور کلی پژوهش‌های انجام شده رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان داده است. با این حال پژوهشی که به‌طور خاص رابطه کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور را با نشانه‌های افسردگی و اضطراب بررسی کرده باشد، وجود ندارد. بدین‌ترتیب هدف این پژوهش بررسی رابطه ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود. با توجه به هدف و ادبیات پژوهشی انجام شده، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بود:

- بین کمال‌گرایی خودمحور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه منفی وجود دارد.
- بین کمال‌گرایی دیگرمحور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد.
- بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد.

-
1. Stoeber
 2. Flett
 3. Besser
 4. Davis
 5. Hewitt
 6. Flett
 7. Sherry
 8. Hewitt
 9. Mushquash
 10. Flett
 11. Klibert
 12. Lamis
 13. Naufel
 14. Yancey
 15. Lohr

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، شامل کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بود. انتخاب نمونه به روش تصادفی خوشه ای صورت گرفته است. از بین دانشکده های دانشگاه تهران دانشکده های فنی، هنر، مدیریت، روانشناسی، الهیات و جغرافیا به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده ۷ کلاس به تصادف انتخاب و از دانشجویان برای شرکت در پژوهش درخواست شد. تعداد ۵۲۸ نفر (۲۵۴ پسر، ۲۷۴ دختر) در این پژوهش شرکت کردند. با توجه به هدف و موضوع پژوهش حاضر یعنی بررسی رابطه بین ابعاد کمال گرایی با نشانه های افسردگی و اضطراب طرح پژوهش از نوع پژوهش های توصیفی و همبستگی است.

ابزار

مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران: مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس های قبلی (فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱) توسط بشارت (۱۳۸۶) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره شرکت‌کننده در زیرمقیاس‌های سه گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های ۷۸ نفر از شرکت‌کنندگان در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور به ترتیب $r = 0.85$ ، $r = 0.79$ و $r = 0.84$ در سطح $p < 0.01$ معنادار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران نیز مورد تایید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶).

مقیاس افسردگی/اضطراب/استرس: مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه های عواطف منفی محسوب می‌شود و اعتبار و روایی آن در پژوهش های متعدد تایید شده است (بشارت، ۱۳۸۴؛ نورتون، ۲۰۰۷).

شیوه‌ی اجرا

روش اجرای این پژوهش به صورت تکمیل پرسش نامه بود که بعد از کسب موافقت دانشجویان رشته های مختلف در اختیار آنان قرار می‌گرفت. سابقه بیماری روانی، دریافت درمان و استفاده از دارو در زمان اجرای پژوهش از ملاک های خروج پژوهش بود. برای دانشجویان توضیح داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و مختارند هر زمان که خواستند از ادامه کار انصراف دهند. در ضمن اطلاعاتی از قبی: طریقه پرکردن پرسشنامه و نحوه استفاده از آن، در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. از شرکت‌کنندگان درخواست شد که با رعایت امانت و صداقت، با دقت تمام، به پرکردن پرسشنامه بپردازند. مدت زمان پرکردن پرسشنامه ۳۰ دقیقه بود و پژوهشگر در هر زمان که لازم می‌شد پاسخگوی سوالات شرکت‌کنندگان بود. جهت کنترل اثر تمرین و خستگی ابزار پژوهش در دو فرم تنظیم گردید.

نتایج

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است. با توجه به جدول، همبستگی کمال گرایی دیگر محور و جامعه محور و نشانه های افسردگی و اضطراب مثبت معنادار است. همچنین بین کمال گرایی خودمحور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی منفی و غیرمعنادار وجود دارد.

جدول ۱

میانگین‌ها (ستون ۱)، انحراف استاندارد (ستون ۲) و همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲	۳	۴	۵
۱- کمال‌گرایی خودمحور	۳۱/۴۲	۷/۶۸	*				
۲- کمال‌گرایی دیگرمحور	۲۹/۳۵	۸/۸۳	۰/۰۵	*			
۳- کمال‌گرایی جامعه‌محور	۲۵/۷۱	۸/۴۹	۰/۱۰*	۰/۶۳**	*		
۴- نشانه‌های افسردگی	۴/۹۵	۴/۸۳	-۰/۱۰	۰/۳۸**	۰/۳۰**	*	
۵- نشانه‌های اضطراب	۲/۹۲	۳/۲۴	-۰/۰۷	۰/۳۱**	۰/۴۱**	۰/۶۱**	*

برای پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی و اضطراب بر اساس ابعاد کمال‌گرایی (خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور) از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون در سه گام صورت گرفته است. مدل (۱) متغیر پیش‌بین: کمال‌گرایی خودمحور، مدل (۲) متغیر پیش‌بین: کمال‌گرایی دیگرمحور، مدل (۳) متغیر پیش‌بین: کمال‌گرایی جامعه‌محور. نتایج نشان داد که ابعاد دیگرمحور و جامعه‌محور کمال‌گرایی توانایی تبیین ۰/۱۵ درصد از نمرات نشانه‌های افسردگی را به صورت معنادار، دارند ($P= ۰/۰۴۱$). همچنین کمال‌گرایی جامعه‌محور ۰/۱۷ از واریانس نشانه‌های اضطراب را تبیین کرد ($P= ۰/۰۰۰۱$).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین کمال‌گرایی خودمحور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه منفی وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (استوبر و همکاران، ۲۰۰۹؛ هاشمی، ۲۰۱۲؛ هویت و فلت، ۲۰۰۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کمال‌گرایی خودمحور به عنوان بعد مثبت کمال‌گرایی با راهبردهای حل مساله شناختی- رفتاری (به عنوان راهبرد های سازش یافته) مرتبط است. این راهبردها می‌توانند بر خلاف تحریف‌های شناختی رایج در افراد افسرده و مضطرب باشند.

همچنین این بعد از کمال‌گرایی با نشخوار در مورد اشتباهات، اهمال کاری و خودانتقادگری رابطه منفی دارد که می‌تواند یک عامل محافظتی در برابر افسردگی و اضطراب محسوب شود (درای و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که در مقیاس کمال‌گرایی خودمحور نمره بالایی کسب می‌کنند، به صورت خود انگیزه و به شکلی برجسته در جهت دستیابی به موفقیت تلاش می‌کنند (اسلید و اون، ۱۹۸۸). انگیزش درونی و اضطراب فراگیر کمتر در کمال‌گرایان خودمحور در مقابل انگیزش بیرونی و اضطراب فراگیر بیشتر در کمال‌گرایان جامعه‌محور، این افراد را در برابر عواطف منفی مصون نگه می‌دارد (استوبر و همکاران، ۲۰۰۹).

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (بشارت، ۱۳۸۱؛ بشارت و میرزمانی، ۲۰۰۴؛ شری و همکاران، ۲۰۱۵؛ کیلبرت و همکاران، ۲۰۱۵؛ هویت و فلت، ۱۹۹۳) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پذیرش «خود» و همچنین تجارب فردی برای کمال‌گرایان جامعه‌محور دشوار است. افرادی که در مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور نمره بالایی را کسب می‌کنند، بر این باورند که «ارزش خود» آنها وابسته به معیارهای کمال‌گرایانه و غیر واقع‌بینانه تعیین شده توسط دیگران است. این گونه تمایل برای کمال‌طلبی، هر گونه تلاش برای پذیرش خود و تجربه‌ها را تحلیل می‌برد. این ناتوانی فرد در پذیرش تجاربش به شکلی منحصر به فرد در ایجاد نشانه‌های افسردگی نقش دارد (فلت و همکاران، ۲۰۰۳).

کمال‌گرایان جامعه‌محور اغلب اهمیت زیادی به ارزشیابی دیگران می‌دهند. در نتیجه ممکن است برای عالی بودن احساس فشار زیادی را متحمل شوند. زیرا آنها اینگونه فکر می‌کنند که باید زندگیشان را صرف استانداردهای دیگران کنند. بنابراین تعجب برانگیز نیست که این نوع کمال‌گرایی با سطح بالایی از اضطراب و استرس همراه است. کمال‌گرایی بر آزرده بودن و مدت زمان استرس تاثیر می‌گذارد و ممکن است

مسئول ایجاد آن در بار اول باشد. این امر به این خاطر است که مفهوم خودارزشی آنها با عملکرد کاملاً یکسان فرض شده است (فلت و هویت، ۲۰۰۲).

بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، دیگران را به عنوان افرادی که انتظارات بالایی دارند ادراک می‌کنند. شاید اختلالات اضطرابی به طور کلی با نیاز زیربنایی به کنترل رویدادها برای جلوگیری از خطرات غیر منتظره مرتبط باشند. این احتمال وجود دارد که این نیاز برای کنترل با کمال‌گرایی جامعه محور مرتبط باشد (بشارت و میرزمانی، ۲۰۰۴). افراد مضطرب بر این باورند که خطاها، کنترل آنها را کاهش می‌دهند و بنابراین هر چیزی باید به شکل کامل خود انجام گیرد. هنگامی که این کمال وجود نداشته باشد، نگرانی در مورد اشتباهات شدیدتر و منجر به افزایش اضطراب، کاهش کارایی و مجدداً افزایش احتمال خطاهای جدید می‌گردد. بنابراین چرخه اضطراب و کمال‌گرایی خیلی بهم نزدیک هستند. کمال‌گرایان جامعه محور از ترس سرزنش دیگران به خاطر این که هر چیزی کامل نباشد و طبق برنامه پیش نرود احساس اضطراب می‌کنند. هر گونه انحراف از امور نرمال و از پیش برنامه‌ریزی شده منجر به اضطراب، بالاترکیفی و هیجان‌های منفی در این افراد می‌شود. کمال‌گرایان دیگر محور به خاطر تمایلات شخصیتی خودشیفته به لحاظ تعریف خود و حرمت خود به شدت به دیگران وابسته هستند. در صورت برآورده نشدن معیارهای آنها از سوی دیگران احساساتی مبنی بر برانگیختگی زیاد به همراه کاهش حرمت خود و افزایش اضطراب در آنها ایجاد می‌شود (استور، ۲۰۱۵).

در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل موثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب را فراهم می‌کند. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و آسیب‌های روانشناختی، کمک می‌کند. در سطح بالینی، نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع و فراگیر افسردگی و اضطراب می‌تواند امید بخش باشد. با توجه به هزینه‌های گزاف فردی و اجتماعی که اختلالات افسردگی و اضطراب دارند، شناخت عوامل موثر بر آنها می‌تواند تا حدود زیادی به متخصصان سلامت روان در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای این اختلالات موثر باشند.

برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر ایجاب می‌کند که تعمیم، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی با احتیاط صورت گیرد. نخست این که روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که این امر باعث می‌شود برقراری اسنادهای علی ناممکن شود و لزوم تکرار پژوهش‌های مداخله‌محور را برای تایید این روابط ضروری می‌سازد. از آنجایی که نمونه مورد بررسی را دانشجویان دانشگاه تهران تشکیل داده‌اند، در تعمیم نتایج به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و جوامع بالینی باید احتیاط لازم صورت گیرد. در این دسته از پژوهش‌ها پیشنهاد می‌گردد که افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی با تعداد مناسب مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند.

منابع

- احمدیان ورگهان، فهمیه؛ گرابی، بنفشه؛ عاطف وحید، محمدکاظم و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۳). نقش ابعاد کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲، ۱۶۱-۱۵۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۲۶۳-۲۴۸.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۳). بررسی رابطه کمال‌گرایی والدین و اضطراب امتحان دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۴، ۱۹-۱.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴ الف). تحلیل اکتشافی رابطه کمال‌گرایی و شخصیت. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۶، ۹۶-۸۱.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴ ب). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.
- بشارت، محمدعلی؛ نادعلی، حسین؛ زبردست، ع. و صالحی، م. (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی. *فصل‌نامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۷، ۱۷-۷.

- Besharat, M. A., & Mirzamani, S. M. (2004). Dimensions of Perfectionism in Depressed and Anxious Patients. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 29, 157-160.
- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety*, 31, 756-64.
- Dry, S. M., Kane, R. T., & Rooney, R. M. (2015) An investigation into the role of coping in preventing depression associated with perfectionism in preadolescent children. *Front. Public Health*, 3, 190.

- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt & G. L. Flett (Eds.), *perfectionism* (pp. 5-31).
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 119-138.
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Hashemi, L. (2012). Motivational, cognitive, and metacognitive self-regulation as mediator between positive and negative perfectionism and academic procrastination. *Unpublished doctoral dissertation, University of Shiraz, Iran*.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). 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. (2004). *Multidimensional perfectionism scale (MPS)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S. (2015). Associations between perfectionism and generalized anxiety: examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33, 160-178.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: *Psychological Foundation Monograph*.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 253-265.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L. (2015). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual Differences*, 76, 104-110.
- Slade, P. D., & Owens, B. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 329-338.
- Stoeber, J., Feast, A. R., & Hayward, J. A. (2009). Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47, 423-428.