

## مقایسه نقش تبیینی کمال‌گرایی در ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۹

علی محمدزاده\*، محمود نجفی\*\*، اکبر رضایی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** کمال‌گرایی مرضی ارتباط نزدیکی با اختلالات خوردن و وسواسی جبری دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تبیینی کمال‌گرایی در ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی بود.

**روش:** این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی بود. نمونه‌ای به حجم ۷۹۰ نفر از بین دانشجویان به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کننده‌ها به پرسشنامه‌های بازنگری شده وسواسی جبری، نگرش‌های اختلال خوردن و کمال‌گرایی هیل پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نقش تبیینی کمال‌گرایی در ویژگی‌های وسواسی جبری بیشتر از نگرش‌های خوردن مرضی است. نتایج سه‌م بیشتر کمال‌گرایی ناسازگار را در پیش‌بینی ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی نشان داد. همچنین، کمال‌گرایی سازگار در هیچ یک از دو مورد نقش قابل ملاحظه‌ای نداشت.

**نتیجه‌گیری:** نقش بیشتر کمال‌گرایی در پیش‌بینی علائم وسواسی-جبری همسو با الگوی پدیدارشناسی آن می‌باشد. همچنین کاهش نقش تبیینی کمال‌گرایی در نگرش‌های خوردن مرضی احتمالاً به ماهیت ابزارهای سنجش کمال‌گرایی مربوط می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** کمال‌گرایی، ویژگی‌های وسواسی-جبری، اختلال خوردن

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه پیام نور انجام شده است.

a\_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

\* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

m\_najafi@sun.semnan.ac.ir

\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

akbar 528@yahoo.com

\*\*\* دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

## مقدمه

در سطح بالینی، اختلال وسواسی جبری همراه با فکر وسواسی<sup>۱</sup> (افکار، تکانها و یا تصاویر ذهنی تکراری) و اجبار وسواسی<sup>۲</sup> (رفتارهای آشکار و اعمال ذهنی که در پاسخ به فکر وسواسی و با خنثی سازی یا پیشگیری از ناراحتی یا وقوع یک اتفاق ترسناک طراحی می‌شوند) است و اختلالات خوردن دو نوع متمایز بی‌اشتهایی روانی<sup>۳</sup> و پراشتهایی روانی<sup>۴</sup> را در بر می‌گیرد که با وجود خصوصیات بالینی متفاوت، ویژگی مشترک بین آنها اشتغال ذهنی با غذا، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال در تصویر بدنی است [۱]. از زمان ابتدایی‌ترین توصیفات درباره‌ی اختلالات خوردن، حضور علائم وسواسی جبری در این اختلالات بیان شده است [۲]. احتمال وجود رابطه نزدیک میان بی‌اشتهایی روانی و اختلال وسواسی-جبری در ابتدا توسط پالمرو و جونز [به نقل از ۳] ارائه شد. مطالعات توصیفی اولیه نیر حاکی از آن هستند که ۵۰٪ تا ۱۰۰٪ بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی علائم وسواسی جبری را نشان می‌دهند [۳] اگرچه، در زمان انجام آن تحقیقات، تفاوت میان مشخصه‌های وسواسی-جبری و اختلالات خوردن ثابت نشده بود، اما تحقیقات اخیر دریافته‌اند که یک سطح پایین‌تر اما هنوز قابل ملاحظه از ویژگی‌های وسواسی جبری در میان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی وجود دارد [۳]. مثلاً در پژوهشی مقیاس وسواسی-جبری بیل-براون<sup>۵</sup> در مورد ۱۹ بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی روانی اجرا شد و نتایج نشان داد که نمره مشابه نمره‌ای است که در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری گزارش شده است [۴]. همچنین، نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از آن است که [۵]، ۶۹٪ تا ۲۵٪ تقریباً ۶۹٪ بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی مشخصه‌های وسواسی جبری را بروز می‌دهند. در این راستا، تحقیقاتی نیز میزان اختلال وسواسی-جبری را در بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی مقایسه کرده و دریافته‌اند که معمولاً همبودی بالایی در بی‌اشتهایی روانی

وجود دارد [۷، ۸]. تحقیقاتی هم وجود دارند که به بررسی مشکلات تغذیه‌ای در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری پرداخته و درصد بالایی از رفتارهای مختل خوردن و نگرش‌های مرضی نسبت به خوردن را گزارش کرده‌اند [۹، ۱۰]. این مطالعات پیشنهاد می‌کنند که میزان اختلالات خوردن در میان مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری بالاست. علاوه بر یافته‌های پژوهش‌های مذکور، متن بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۶</sup> به طور آشکار، نظرات ارزشمند راجع به لاغری را به عنوان یک ویژگی تشخیصی این اختلال به حساب می‌آورد [۱]. این نظرات ارزشمند به عنوان وسواس فکری در مورد وزن به شمار می‌آید که با رفتارهای تشریفاتی در مورد غذا و خوردن در بی‌اشتهایی روانی همراه است و ممکن است با اختلال وسواسی-جبری هم پوشانی داشته باشد. بنابراین، دو طبقه اختلالات خوردن و وسواسی جبری بیشترین میزان هم‌آیندی را با یکدیگر دارند [۳، ۱۱، ۱۲] و از ویژگی‌های مشترک آنها الگوهای نافذ کمال طلبی و انعطاف ناپذیری است [۱۳، ۱۴]. کمال‌گرایی<sup>۷</sup> به منزله مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد تعریف شده است و با ارزشیابی انتقادی افراطی همراه است [۱۵]. بر اساس شواهد موجود تفاوت‌های زیادی در کمال‌گرایی وجود دارد. مشخصه‌های کمال‌گرایی را در سه بعد تعریف می‌کنند [۱۶]: کمال‌گرایی خویشتن مدار؛ یک مؤلفه انگیزشی است که شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خویشتن کامل می‌باشد. در این بعد افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش اجباری و دارای تفکر همه یا هیچ در رابطه با نتایج به صورت موفقیت‌های تام یا شکست‌های تام می‌باشند. این افراد به حد کافی دقیق و انتقادگر هستند به طوری که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند. کمال‌گرایی دیگر مدار؛ یک بعد میان فردی است که شامل تمایل به داشتن معیارهای کمال‌گرایانه برای اشخاصی است که برای فرد اهمیت بسیاری دارند. از این رو این نوع کمال‌گرایی ممکن است به روابط بین فردی دشوار منتهی گردد.

6- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd., Text Revised)

7- perfectionism

1- obsession

2- compulsion

3- anorexia nervosa

4- bulimia nervosa

5- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

مورد اشتباهات در افراد مبتلا به اختلالات خوردن به نسبت دو گروه دیگر بالاست، تردید در مورد کارها در افراد مبتلا به اختلالات خوردن و اضطرابی بالا بود و معیارهای شخصی با هیچ یک از اختلالات رابطه نشان نداد. ساسورالی<sup>۴</sup> و همکاران [۱۴] نشان دادند که بعد نگرانی در مورد اشتباهات کمال گرایی در هر سه گروه از افراد مبتلا به اختلالات خوردن، اختلال وسواسی- جبری و افسردگی اساسی بالاست، اما معیارهای شخصی خالص در مبتلایان به اختلال خوردن بیشتر دیده می‌شود و تردید در مورد کارها در افراد مبتلا به اختلالات خوردن و اختلال وسواسی جبری بالاست. در رابطه با نقش کمال گرایی در پیش بینی ویژگی‌های وسواسی- جبری و نگرش‌های خوردن مرضی پژوهش‌های بسیار کمی انجام شده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی کمال گرایی در ویژگی‌های وسواسی- جبری و نگرش‌های خوردن مرضی است.

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از نوع همبستگی است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های شهید مدنی آذربایجان، آزاد اسلامی و پیام نور تبریز و سراب در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند و از بین آنها بر اساس جدول نمونه گیری مورگان و با در نظر گرفتن حجم جامعه پژوهشی نمونه‌ای به حجم ۸۲۸ نفر و با در نظر گرفتن توزیع جمعیتی به روش نمونه گیری طبقه‌ای انتخاب و با ابزارهای پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. ۳۸ پرسشنامه به دلایلی مانند نقص در تکمیل و یا عدم اعتبار کنار گذاشته شد و حجم نمونه نهایی به ۷۹۰ رسید. آزمودنی‌ها، مشکل از ۴۵۵ زن به ترتیب با میانگین و انحراف معیار سنی ۲۴/۳۲ و ۵/۵۱ و ۳۳۵ مرد با میانگین و انحراف معیار سنی ۲۴/۰۹ و ۴/۵۱ بودند. میانگین سنی و انحراف معیار کل نمونه نیز به ترتیب ۲۴/۲۳ و ۵/۱۱ بود. شرکت کنندگان در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۲ سال قرار داشتند.

### ابزار:

۱- پرسشنامه نگرش‌های اختلال خوردن: این پرسشنامه توسط گارنر و گارفینکل<sup>۵</sup> [۳۰] ساخته شده است و در سطح

کمال گرایی جامعه مدار؛ ویژگی افرادی است که فکر می‌کنند دیگران از آنها انتظار عملکرد کامل و بی‌نقص دارند. اگرچه برآوردن این انتظارات مشکل است ولی شخص باید به این معیارها نائل آید تا مورد تأیید و پذیرش دیگران قرار گیرد. این معیارهای افراطی معمولاً منجر به احساس شکست، اضطراب، خشم، درماندگی و ناامیدی شده که با تفکرات خودکشی و افسردگی در ارتباط است. در جامع‌ترین تقسیم بندی از کمال گرایی [۱۷] هشت بعد را معرفی کرده‌اند که عبارتند از تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکر، تلاش برای عالی بودن. در این رویکرد، کمال گرایی در چارچوب انواع متداول قبلی یعنی کمال گرایی سازگار- ناسازگار (بهنجار- نابهنجار یا مثبت- منفی) قابل بحث است و بین جنبه‌های سازگانه و ناسازگانه کمال گرایی تمایز روشن تری قائل شده است، بدین ترتیب که از مجموع ابعاد نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران جنبه سازگار و از مجموع ابعاد تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تأیید، ادراک فشار از سوی والدین، نشخوار فکر جنبه ناسازگار کمال گرایی حاصل می‌شود. از نظر آسیب شناختی، کمال گرایی در حالت‌های مرضی ارتباط نزدیکی با اختلالات خوردن و وسواسی جبری دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که کمال گرایی هم در اختلالات خوردن [۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱] و هم در اختلال وسواسی جبری [۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶] وجود دارد و در همین راستا برنرت<sup>۱</sup> و همکاران [۲۷] گزارش کرده‌اند که در مبتلایان به اختلالات خوردن علائم وسواسی- جبری و کمال گرایی بالاست. به نظر می‌رسد الگوهای کمال گرایی در بین اختلالات روانی مرتبط با آن متفاوت باشد. در همین راستا، کوکل<sup>۲</sup> و همکاران [۲۸] افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، اختلالات خلقی و سالم را مقایسه کرده و سطوح بالای کمال گرایی خویشتن مدار و جامعه مدار را در مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی گزارش کرده‌اند. بالیک<sup>۳</sup> و همکاران [۲۹] افراد مبتلا به اختلالات خوردن، افسردگی و اضطرابی را در ابعاد کمال گرایی مقایسه کرده و نشان دادند که نگرانی در

1- Bernert  
2- Cockell  
3- Bulik

4- Sassaroli  
5- Garner & Garfinkel

تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکر، تلاش برای عالی بودن. روش نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت بوده و هر گویه بین ۱ تا ۵ ارزیابی می‌شود و نمره کل نیز از جمع ۸ خرده‌مقیاس حاصل می‌گردد. هیل و همکاران [۱۷] ضریب پایایی همسانی درونی و بازآزمایی این مقیاس را بین ۰/۷۱ و ۰/۹۱ محاسبه کرده‌اند. در ایران، ضریب پایایی همسانی درونی آن ۰/۹۰ و روایی آن از طریق همبستگی با شاخصه‌های سلامت عمومی و حالت‌های مرضی، مطلوب گزارش شده است [۳۵]. این مقیاس بین جنبه‌های سازگاران و ناسازگاران کمال‌گرایی تمایز روشن‌تری قائل شده است، بدین ترتیب که از مجموع نمرات ابعاد نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران جنبه سازگار و از مجموع نمرات ابعاد معیارهای بالا برای دیگران، تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تأیید، ادراک فشار از سوی والدین، نشخوار فکر جنبه ناسازگار کمال‌گرایی حاصل می‌شود.

**روند اجرای پژوهش:** پس از انتخاب کلاس‌ها نخست محقق و همکاران خود را به دانشجویان معرفی و هدف تحقیق را بیان کردند. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. در تکمیل همزمان پرسشنامه‌ها ترتیبی داده شد که نیمی از آزمودنی‌ها نخست برخی مقیاس‌ها و نیمی دیگر مقیاس‌های دیگر را تکمیل نمایند تا بدین وسیله اثرات ناشی از ترتیب تکمیل کنترل شود. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها، ضمن اعلام داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی (بالای پرسشنامه) خاطرنشان گردید «اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است. جهت اطمینان خاطر شما، به جز تعیین جنسیت نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست». داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها ابتدا آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ خلاصه شده است. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد میانگین متغیر ویژگی وسواسی جبری

وسویی به عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن بکار می‌رود. دو نسخه ۴۰ و ۲۶ گویه‌ای دارد. همبستگی این دو نسخه ۰/۹۸ گزارش شده است. در این پژوهش از نسخه ۲۶ گویه‌ای استفاده شد. این پرسشنامه سه خرده‌مقیاس دارد: رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا، مهار دهانی<sup>۱</sup>. این پرسشنامه به صورت لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. ضریب پایایی به روش همسانی درونی ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی همزمان نیز با به کارگیری مقیاس‌های معتبر اختلالات خوردن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۰ به دست آمده است [۳۱]. در ایران ضریب پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و از نظر روایی عاملی مطلوب ارزیابی شده است [۳۲].

۲- پرسشنامه بازنگری شده وسواسی: این پرسشنامه خودسنجی توسط فوا<sup>۲</sup> و همکاران [۳۳] ساخته شده، دارای ۱۸ گویه است که علائم اختلال وسواسی جبری را می‌سنجند. این ابزار دارای ۶ زیرمقیاس است که هر یک ۳ گویه دارد: شستشو، وسواس فکری، انباشت<sup>۳</sup>، نظم، وارسی و خنثی‌سازی<sup>۴</sup>. از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود تا با انتخاب یکی از گزینه‌ها موافقت خود را با میزان ناراحتی که هر یک از عبارتها در یک ماه گذشته برای آنها ایجاد کرده در یک مقیاس ۵ درجه‌ای اعلام کنند. در فرهنگ اصلی همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۳ و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ می‌باشد [۳۴]. این شاخص در ایران برای کل مقیاس ۰/۸۵، و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ گزارش شده است [۳۴] بر اساس نتایج گزارش شده روایی عاملی این پرسشنامه هم در فرهنگ اصلی و هم در ایران مطلوب گزارش شده است.

۳- مقیاس کمال‌گرایی هیل: این مقیاس توسط هیل<sup>۵</sup> و همکاران [۱۷] ساخته شده و بیشتر رویکردهای پیشین کمال‌گرایی را در بر گرفته و نیز با تعاریف تک بعدی، دو بعدی و چند بعدی از کمال‌گرایی هماهنگ است. مقیاس کمال‌گرایی هیل ۵۹ گویه و ۸ بعد دارد که عبارتند از

- 1- oral control
- 2- Foa
- 3- hoarding
- 4- neutralizing
- 5- Hill

جدول ۱) آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ویژگی و سواسی - جبری	۲۷/۱۱	۱۱/۶۷
نگرش اختلال خوردن	۵۷	۱۱/۳۲
کمال گرایی (کل)	۲۰۷/۶۸	۲۵/۹۵
کمال گرایی سازگار	۱۰۳/۱۹	۱۳/۷۹
کمال گرایی ناسازگار	۱۰۴/۵۱	۱۶/۷۳
تمرکز بر اشتباهات	۲۴/۵۱	۶/۰۹
معیارهای بالا برای دیگران	۲۳/۸۵	۴/۱۶
نیاز به تأیید	۲۷/۰۸	۵۳/۳۸
نظم و سازماندهی	۳۰/۲۹	۵/۴۹
ادراک فشار از سوی والدین	۲۷/۴۲	۵/۵۹
هدفمندی	۲۵/۵	۴/۷۸
نشخوار فکر	۲۵/۴۹	۴/۹۶
تلاش برای عالی بودن	۲۳/۴۹	۳/۹۶

۲۷/۱۱، نگرش اختلال خوردن ۵۷، کمال گرایی (کل) ۲۰۷/۶۸، کمال گرایی سازگار ۱۰۳/۱۹، کمال گرایی ناسازگار ۱۰۴/۵۱، تمرکز بر اشتباهات ۲۴/۵۱، معیارهای بالا برای دیگران ۲۳/۸۵، نیاز به تأیید ۲۷/۰۸، نظم و سازماندهی ۳۰/۲۹، ادراک فشار از سوی والدین ۲۷/۴۲، هدفمندی ۲۵/۵، نشخوار فکر ۲۵/۴۹، و تلاش برای عالی بودن ۲۳/۴۹ است. ستون بعد انحراف معیار این متغیرها را به عنوان شاخص پراکندگی نشان می‌دهد. طبق جدول انحراف معیار ویژگی و سواسی جبری ۱۱/۶۷، نگرش اختلال خوردن ۱۱/۳۲، کمال گرایی کل ۲۵/۹۵، کمال گرایی سازگار ۱۳/۷۹، کمال گرایی ناسازگار ۱۶/۷۳، تمرکز بر اشتباهات ۶/۰۹، معیارهای بالا برای دیگران ۴/۱۶، نیاز به تأیید ۵۳/۳۸، نظم و سازماندهی ۵/۴۹، ادراک فشار از سوی والدین ۵/۵۹، هدفمندی، ۴/۷۸، نشخوار فکر ۴/۹۶ و تلاش برای عالی بودن ۳/۹۶ می‌باشد.

جدول ۲) ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- و سواسی - جبری	۱											
۲- نگرش اختلال خوردن	*.۰/۳۸	۱										
۳- کمال گرایی (کل)	*.۰/۲۹	*.۰/۱۰	۱									
۴- کمال گرایی سازگار	*.۰/۰۹	-.۰/۰۰۱	*.۰/۸۱	۱								
۵- کمال گرایی ناسازگار	*.۰/۳۸	*.۰/۱۷	*.۰/۸۷	*.۰/۴۳	۱							
۶- تمرکز بر اشتباهات	*.۰/۳۹	*.۰/۲۱	*.۰/۵۹	*.۰/۱۷	*.۰/۷۸	۱						
۷- معیارهای بالا ...	*.۰/۲۱	۰/۰۰۴	*.۰/۶۷	*.۰/۶۲	*.۰/۵۳	*.۰/۴۴	۱					
۸- نیاز به تأیید	*.۰/۳۰	*.۰/۰۷	*.۰/۷۲	*.۰/۳۸	*.۰/۸۲	*.۰/۵۵	*.۰/۴۶	۱				
۹- نظم و سازماندهی	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	*.۰/۵۶	*.۰/۸۲	*.۰/۱۸	۰/۰۰۱	*.۰/۳۰	*.۰/۱۵	۱			
۱۰- ادراک فشار	*.۰/۱۷	*.۰/۱۰	*.۰/۶۲	*.۰/۳۹	*.۰/۶۳	*.۰/۲۲	*.۰/۲۹	*.۰/۳۵	*.۰/۲۶	۱		
۱۱- هدفمندی	۰/۰۰۱	-.۰/۰۰۲	*.۰/۵۶	*.۰/۷۹	*.۰/۱۹	۰/۰۰۲	*.۰/۲۸	*.۰/۱۳	*.۰/۵۹	*.۰/۲۵	۱	
۱۲- نشخوار فکر	*.۰/۲۷	*.۰/۱۲	*.۰/۷۴	*.۰/۴۱	*.۰/۸۰	*.۰/۵۵	*.۰/۴۱	*.۰/۶۰	*.۰/۱۸	*.۰/۳۴	*.۰/۱۹	۱
۱۳- تلاش برای عالی ...	*.۰/۰۹	۰/۰۰۵	*.۰/۶۹	*.۰/۷۲	*.۰/۴۶	*.۰/۱۳	*.۰/۳۶	*.۰/۴۱	*.۰/۴۵	*.۰/۳۸	*.۰/۴۳	*.۰/۵۲

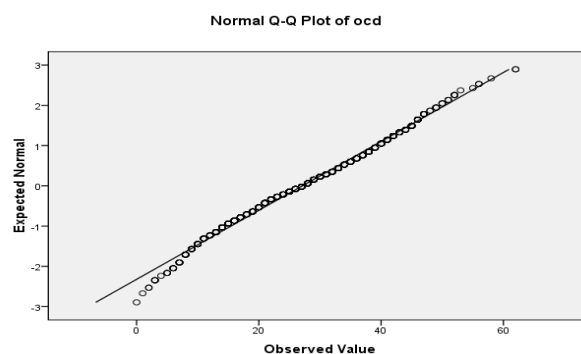
\*  $\alpha < 0.05$ 

ابعاد به جز نظم و سازماندهی، هدفمندی) و برخی ابعاد آن با نگرش‌های اختلال خوردن (تمرکز بر اشتباهات، ادراک

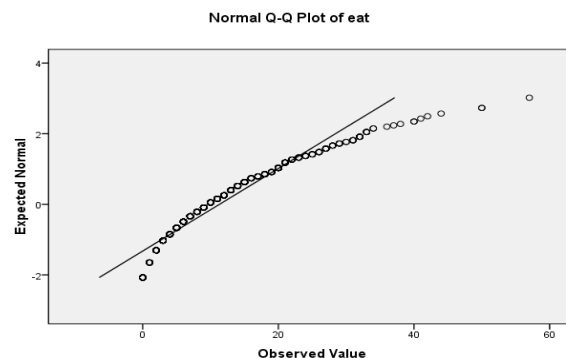
ضرایب همبستگی محاسبه شده حاکی از رابطه ابعاد هشت گانه کمال گرایی با ویژگی‌های و سواسی - جبری (همه

شاخص تحمل متغیرها بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۷ (که بیشتر از ۰/۱ هستند) و شاخص عامل تورم واریانس ۱/۵۶ تا ۲/۳۱ بود. از این رو می‌توان پذیرفت که متغیرهای پیش بین از یکدیگر مستقل‌اند و هم خطی بودن چندگانه اتفاق نیفتاده است، همچنین ماتریس ضرایب همبستگی نیز نشان داد ضرایب همبستگی متغیرهای پیش بین کمتر از ۰/۷۰ است که حاکی از رعایت مفروضه استقلال متغیرهای پیش بین است. همچنین، نمودار Q-Q هم نشان داد انحراف از طبیعی بودن صورت نگرفته است (نمودار ۱ و ۲).

فشار از سوی والدین، نشخوار فکر) بود. همچنین، ویژگی‌های وسواسی-جبری با ابعاد سازگار و ناسازگار کمال گرایی، و نگرش‌های اختلال خوردن فقط با بعد ناسازگار کمال گرایی رابطه نشان داد. به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و تشخیص سهم متغیرهای پیش بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد. در بررسی پیش فرض استفاده از رگرسیون چندگانه فرض هم خطی بودن چندگانه برای سنجش استقلال متغیرهای پیش بین بررسی شد. نرم افزار شاخص تحمل و شاخص عامل تورم واریانس را به دست داد.



نمودار ۱) توزیع طبیعی داده‌ها در ویژگی‌های وسواسی جبری



نمودار ۲) توزیع طبیعی داده‌ها در نگرش‌های اختلال خوردن

ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. جداول ۳ و ۴ نتایج تحلیل‌های مذکور را نشان می‌دهد. در جدول ۳ تحلیل رگرسیون ویژگی‌های وسواسی جبری بر ابعاد کمال گرایی ارائه شده است. همچنین در جدول ۴ تحلیل رگرسیون نگرش‌های اختلال خوردن بر ابعاد کمال گرایی ارائه شده است.

در تحلیل رگرسیونی، ابعاد ۸ گانه کمال گرایی (تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تأیید، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکر، تلاش برای عالی بودن) به عنوان متغیر پیش بین و ویژگی‌های وسواسی-جبری در یک مرحله، و نگرش‌های اختلال خوردن در مرحله دیگر، به عنوان متغیر

جدول ۳) تحلیل رگرسیون ویژگی‌های وسواسی - جبری بر ابعاد کمال گرایی

گام	متغیر وارد شده به معادله	r	R <sup>2</sup>	F	Sig.	B	β	t	Sig.
۱	تمرکز بر اشتباهات	-۰/۳۹	۰/۱۵	۱۴۳/۶۷	۰/۰۰۰۱	-۰/۷۵	۰/۳۹	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱
۲	تمرکز بر اشتباهات نیاز به تأیید	-۰/۴۰	۰/۱۶	۷۷/۴۵	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۶	۰/۱۲	۳/۱۰	۰/۰۰۲
۳	تمرکز بر اشتباهات نیاز به تأیید ادراک فشار از سوی والدین	-۰/۴۱	۰/۱۷	۵۳/۳۴	۰/۰۰۰۱	-۰/۱۵	۰/۰۷	۲/۱۰	۰/۰۳

جدول ۴) تحلیل رگرسیون نگرش‌های اختلال خوردن بر ابعاد کمال گرایی

گام	متغیر وارد شده به معادله	r	R <sup>2</sup>	F	Sig.	B	β	t	Sig.
۱	تمرکز بر اشتباهات	۰/۲۱	۰/۰۵	۳۶/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۲۱	۶/۰۷	۰/۰۰۰۱

ویژگی‌های وسواسی جبری مقایسه گردید. بدین منظور از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ خلاصه شده است. در این بخش نیز شاخص تحمل متغیرها (۰/۸۰ تا ۱) و شاخص عامل تورم واریانس (۱ تا ۱/۲۳) به عنوان پیش فرض‌های استفاده از آزمون رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. نتیجه این آزمون‌ها حاکی از رعایت مفروضه استقلال متغیرهای پیش بین بود. با توجه به ضرایب بتای حاصل از تحلیل رگرسیون، می‌توان نتیجه گرفت که در گروه ویژگی‌های وسواسی - جبری بین متغیر پیش بین و متغیر ملاک رابطه معناداری وجود دارد و کمال گرایی سازگار ۰/۸ درصد و کمال گرایی ناسازگار ۱۵ درصد از واریانس‌های ویژگی‌های وسواسی - جبری را تبیین می‌کنند. شاخص مجذور  $r^2$  تغییر یافته حاکی از آن است که با خنثی کردن اثر کمال گرایی سازگار در معادله رگرسیونی، کمال گرایی ناسازگار به تنهایی می‌تواند ۱۴ درصد از واریانس‌های ویژگی‌های وسواسی - جبری را تبیین کند. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه نگرش‌های اختلال خوردن نیز بین متغیر پیش بین و متغیر ملاک رابطه معناداری وجود دارد و بر این اساس کمال گرایی سازگار هیچ نقشی در تبیین نگرش‌های اختلال خوردن ندارد، اما شاخص مجذور  $r^2$  تغییر یافته حاکی از آن است که با خنثی کردن اثر کمال گرایی سازگار در معادله رگرسیونی، کمال گرایی ناسازگار به تنهایی می‌تواند ۴ درصد از واریانس‌های نگرش‌های اختلال خوردن را تبیین کند.

با توجه به ضرایب بتای حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول ۳، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر پیش بین و ملاک رابطه معناداری وجود دارد و ابعاد تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تأیید و ادراک فشار از سوی والدین از توان لازم جهت ورود به معادله رگرسیونی برخوردارند. در مورد ترتیب ورود متغیرها می‌توان گفت ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد که در گام اول ورود متغیر تمرکز بر اشتباهات به عنوان اولین متغیر پیش بینی کننده به تنهایی می‌تواند ۱۵ درصد تغییرات ویژگی‌های وسواسی - جبری را پیش بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر نیاز به تأیید می‌تواند این مقدار را به ۱۶ درصد افزایش دهد و در گام سوم نیز اضافه شدن متغیر ادراک فشار از سوی والدین درصد تغییرات متغیر ملاک را به ۱۷ درصد ارتقا دهد. با توجه به ضرایب بتای حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول ۴ نیز، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر پیش بین و ملاک رابطه معناداری وجود دارد و تنها بعد تمرکز بر اشتباهات کمال گرایی از توان لازم جهت ورود به معادله رگرسیونی برخوردار است. بر این اساس، ورود متغیر (تمرکز بر اشتباهات) می‌تواند تنها ۵ درصد تغییرات (نگرش‌های اختلال خوردن) را پیش بینی کند. به صورت خلاصه، نتایج تحلیل حاکی از آن است که در گروه ویژگی‌های وسواسی - جبری و گروه نگرش‌های اختلال خوردن ابعاد کمال گرایی می‌تواند به ترتیب ۱۷ و ۵ درصد تغییرات متغیر ملاک را پیش بینی کند. در ادامه بررسی، نقش تبیینی کمال گرایی در ابعاد سازگار و ناسازگار در نگرش‌های خوردن مرضی و

جدول ۵) تحلیل رگرسیون ویژگی‌های وسواسی-جبری و نگرش‌های اختلال خوردن بر ابعاد سازگار-ناسازگار کمال‌گرایی

گروه	متغیر پیش بین (کمال‌گرایی)	r	R <sup>2</sup>	تغییر R <sup>2</sup>	F تغییر	Sig.	B	β	t	Sig.
ویژگی وسواسی-جبری	سازگار	۰/۰۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۹	۷	۰/۰۰۸	۰/۰۸	۰/۰۹	۲/۶۴	۰/۰۱
	سازگار ناسازگار	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۱۴	۱۳۳/۱۶	۰/۰۰۰۱	-۰/۰۸ ۰/۳۹	-۰/۰۹ ۰/۴۲	-۲/۴۹ ۱۱/۵۴	۰/۰۰۱
نگرش اختلال خوردن	سازگار	۰/۰۰۲	۰	۰	۰/۰۰۴	۰/۹۴	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۲	-۰/۰۶	۰/۹۴
	سازگار ناسازگار	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۰۴	۳۰/۵۳	۰/۰۰۰۱	-۰/۰۶ ۰/۱۱	-۰/۱ ۰/۲۱	-۲/۴۷ ۵/۵۳	۰/۰۱ ۰/۰۰۱

### بحث

در پیش‌بینی علائم وسواسی جبری که در پژوهش حاضر به دست آمد همسو با الگوی پدیدارشناسی آن بوده و موجه به نظر می‌رسد. یکی از دلایل کاهش نقش تبیینی کمال‌گرایی در نگرش‌های خوردن مرضی در مقایسه با ویژگی‌های وسواسی-جبری احتمالاً به ماهیت ابزارهای سنجش کمال‌گرایی مربوط می‌شود، موردی که در همه ابزارها موجود است، مثلاً نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد کارها در اختلال وسواسی جبری بیشتر دیده می‌شود و به نظر می‌رسد علائم اختلال وسواسی-جبری را می‌سنجد تا کمال‌گرایی را [۲۰]. همچنین از بین ابعاد هشت‌گانه کمال‌گرایی، ابعاد تمرکز بر اشتباهات، نشخوار فکر، نیاز به تأیید، معیارهای بالا برای دیگران و ادراک فشار از سوی والدین بیشترین نقش تبیینی را در ویژگی‌های وسواسی جبری دارند، در حالی که تمرکز بر اشتباهات، ادراک فشار از سوی والدین و نشخوار فکر بیشترین سهم را در نگرش‌های خوردن مرضی دارند. وقتی که تحلیل بر اساس ابعاد سازگار-ناسازگار کمال‌گرایی انجام گرفت، نتایج نشان داد که کمال‌گرایی ناسازگار بیشترین سهم را در پیش‌بینی ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی دارد و نقش کمال‌گرایی سازگار در هر دو مورد بسیار کم و صفر است. این بخش از یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی روی نمونه‌های بالینی در اختلالات خوردن [۳۹، ۴۰، ۴۱] و در اختلال وسواسی جبری [۱۸، ۱۹]، و غیر بالینی در اختلالات خوردن [۴۲، ۴۳، ۴۴] و در مورد ویژگی‌های وسواسی جبری [۱۴، ۲۳، ۳۷، ۴۴] هماهنگ است. به طور کلی، سطوح کلی کمال‌گرایی در مطالعات غیر بالینی نیز با گرایش‌های وسواسی

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تبیینی کمال‌گرایی در ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی انجام گرفت و نتایج نشان داد که نقش تبیینی کمال‌گرایی در ویژگی‌های وسواسی-جبری بیشتر از نگرش‌های خوردن مرضی است. همان‌طور که در مقدمه ذکر شد کمال‌گرایی از نظر آسیب‌شناختی ارتباط نزدیکی با برخی از اختلالات روانی و از جمله اختلالات خوردن و وسواسی-جبری دارد. به نظر می‌رسد ترس از شکست می‌تواند راه انداز مؤلفه‌های رفتار کمال‌گرایانه‌ای باشد که معطوف به وارسی، جستجوی مجدد اطمینان و ملاحظات افراطی قبل از تصمیم‌گیری است [۱۸]. در همین راستا، کمال‌گرایی یک صفت لازم اما ناکافی برای تشخیص اختلال وسواسی جبری پیشنهاد شده است [۳۷]. کارگروه شناخت‌های وسواسی جبری<sup>۱</sup> [۳۸] کمال‌گرایی را به عنوان عامل خطر برای اختلال وسواسی جبری در نظر گرفته است. اجبارهایی که در پاسخ به وسواس‌ها به طور کاملاً دقیق و در حالت قرینگی کامل انجام می‌گیرد از علائم اختلال وسواسی جبری است، در غیاب اطمینان کامل احتمال تردید بیماران در مورد کارهایی که انجام می‌دهند بیشتر می‌شود. چنین تردیدهایی بخشی از سازه کمال‌گرایی است و در سطح بالینی، به وضوح بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به شمار می‌آید، مؤلفه‌ای که توسط فراست و همکارانش به عنوان بخشی از پدیدارشناسی اختلال وسواسی جبری معرفی شده است [۲۰]. بنابراین، نقش بیشتر کمال‌گرایی

1- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group



بالینی و غیر بالینی اختلالات مذکور نیز انجام گیرد تا سهم احتمالی آن در تبیین بخش‌های دیگری از آسیب شناسی روانی روشن گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرحی با شماره «۸۲۱۶/رد» می‌باشد که در دانشگاه پیام نور به تصویب رسیده است، بدین وسیله از ریاست و اعضای شورای پژوهشی دانشگاه که از این پژوهش حمایت مالی کردند، قدردانی می‌گردد.

### منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd. Revised). Washington, DC: APA; 2000.
- 2- Kaye WH. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness in anorexia nervosa after long-term recovery. *Am J Psychiatry*. 1995; (152): 1630-1634.
- 3- Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clin Psychol Rev*. 2002; 22(5): 647-669.
- 4- Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LG, Bulik C, McConaha C, Sobkiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Int J Eat Disord*. 1992; 12(1): 57-62.
- 5- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): II. Validity. *Arch of Gen Psychiatry*. 1989; (46): 1012-1016.
- 6- Lawson R, Waller G, Lockwood R. Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eat Behav*. 2007; (80): 305-310.
- 7- Braun D, Sunday S, Halmi K. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*. 1994; (24): 859-867.
- 8- Roberts M, Lavender A, Tchanturia K. Measuring self-report obsessionality in anorexia nervosa: Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) or obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R)? *Eur Eat Disord Rev*. 2011; 19(6): 501-508.
- 9- Joffe RT, Swinson RP. Eating attitude test scores of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1987; (144): 1510-1511.
- 10- Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS, Hill JL, Bihari K, L'Heureux F, Bernstein S, & Murphy DL. Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1991; (148): 1552-1557.
- 11- Davis C, Kaptein S. Anorexia nervosa with excessive exercise: A phenotype with close links to

جبری رابطه بالایی نشان داده است. اما بیشتر، ارتباطات بین ویژگی‌های وسواسی جبری با نگرانی‌های مربوط به اشتباهات و تردید در مورد کارها گزارش شده است. همچنان که اشاره شد این مورد اخیر بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به شمار می‌آید. در دو مطالعه بالینی نیز رابطه اختلال وسواسی جبری با کمال گرایی بررسی شده است. در یک مطالعه تنها تردید در مورد کارها، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری را از دیگر گروه‌های روان‌پزشکی متمایز می‌کرد. در هر دو مطالعه گروه اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه سالم نمرات بالایی را در زیر مقیاس نگرانی‌های مربوط به اشتباهات و تردید در مورد کارها به دست آوردند. همچنین گزارش شده است که گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در مقیاس کمال گرایی جامعه مدار نمرات بالایی کسب می‌کنند [۱۸، ۱۹]. اما شواهد کافی در اختصاص کمال گرایی جامعه مدار به اختلال وسواسی جبری موجود نیست، چرا که این نوع کمال گرایی در دیگر گروه‌های روان‌پزشکی نیز دیده می‌شود [۲۰]. رابطه بین اختلالات خوردن و کمال گرایی پیچیده است و در چارچوب نظریه‌های شناختی، به عنوان عامل نگهدارنده اختلالات خوردن تلقی می‌گردد [۴۱، ۴۵]. به عنوان مثال پیشنهاد شده است که کمال گرایی و تفکر دو وجهی<sup>۱</sup> رابطه نگرانی‌های افراطی در مورد شکل و وزن بدن را با رژیم غذایی سخت و انعطاف ناپذیر تعدیل می‌کنند [۴۵]. از نظر پدیدارشناسی و نظریه‌ای، کمال گرایی شرط لازم برای تحول بی‌اشتهایی روانی است [۴۶]. بر این اساس، پیشنهاد شده است کمال گرایی باعث می‌شود که بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی رژیم تغذیه‌ای موفقیت آمیز را به عنوان پیروزی در میان زمینه شکست پذیری گسترده ادراک شده در نظر بگیرند (من که در همه زمینه‌ها شکست خورده‌ام، حداقل در کنترل وزنم موفق باشم!). کمال گرایی علاوه بر اختلالات وسواسی جبری و خوردن در اختلالات دیگری مانند فوبی اجتماعی، افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی-جبری نیز دیده می‌شود [۲۰]. در پژوهش حاضر امکان مقایسه کمال گرایی در اختلالات مذکور میسر نگردید، پیشنهاد می‌شود که ابعاد کمال گرایی در سطوح

1- dichotomous thinking

- 26- Taylor S, McKay D, Abramowitz JS. Hierarchical structure of dysfunctional beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther.* 2005; (34): 216-228.
- 27- Bernert RA, Timpano KR, Peterson CB, Crow SJ, Bardone-Cone AM, Grange DL, Klein M, Crosby RD, Mitchell JE, Wonderlich SA, Joiner TE. Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Pers Individ Dif.* 2013; (54): 231-235.
- 28- Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner, EM, Flett GL, et al. Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cogn Ther and Res.* 2002; (26): 745-758.
- 29- Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry.* 2003; (160): 366-368.
- 30- Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; (9): 273-279.
- 31- Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982; (12): 871-878.
- 32- Babayi S, Khodapanahi MK, Saleh-sedghpour B. The study of validity and reliability of Eating Attitude Test. *J Behav Scienc.* 2007; 1(1): 61-68 [Persian].
- 33- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G. et al. The Obsessive-compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess.* 2002; (14): 485-495.
- 34- Mohammadi A, Zamani R, Fata L. Validation of Persian version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a student sample. *Psychol Res.* 2008; 11(1-2): 66-78. [Persian].
- 35- Jamshidy B, Hosseinchari M, Haghighat Sh, Razmi MR. Validation of new measure of perfectionism. *J Behav Scienc.* 2009; 3(1): 35-43. [Persian].
- 36- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (5th edition). 2007; Boston: Pearson education.
- 37- Rhe'aume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behav Res and Ther.* 1995; (33): 785-794.
- 38- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behav Res and Ther.* 1997; (35): 667-681.
- 39- Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1995; (17): 147-152.
- obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2006; 142(2-3): 209-217.
- 12- Kima EH, Ebesutani C, Wall D, Olatunji BO. Depression mediates the relationship between obsessive-compulsive symptoms and eating disorder symptoms in an inpatient sample. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2012; (1): 62-68.
- 13- Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, & Simonich H. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2007; (27): 384-405.
- 14- Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders *Behav Res and Ther.* 2008; (46): 757-765.
- 15- Frost RO, Lahart CM, Rosenblate R. The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cogn Ther and Res.* 1991; (15): 469-489.
- 16- Hewitt PL, Flett GL, Besser A, Sherry SB, McGee B. Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behav Res and Ther.* 2003; (41): 1221-1236.
- 17- Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy CA. New measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *J Pers Assess.* 2004; 82(1): 80-91.
- 18- Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res and Ther.* 1998; (36): 1143-1154.
- 19- Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behav Res and Ther.* 1997; 35: 291-296.
- 20- Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clin Psychol Rev.* 2001; (21): 879-906.
- 21- Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behav Res and Ther.* 2006; (44): 469-480.
- 22- Wu KD, Cortesi GT. Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions, *J Anxiety Disord.* 2009; (23): 393-400.
- 23- Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008; (22): 540-547.
- 24- Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord.* 2008; (22): 475-484.
- 25- Rice KG, Pence SL. Perfectionism and Obsessive-Compulsive symptoms. *J Psychopathol and Behav Assess.* 2006; (28): 103-111.

- 40- Slade PD, Dewey ME. Development and preliminary validation of SCANS: A screening instrument for identifying people at risk of developing anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1986; (5): 517-538.
- 41- Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clin Psychol Rev.* 2011; (31): 203-212.
- 42- Minarik ML, Ahrens AH. Relations of eating and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cogn Ther and Res.* 1996; (20): 155-169.
- 43- Hewitt PL, Flett GL, Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *Int J Eat Disord.* 1995; (18): 317-326.
- 44- Frost RO, Steketee G, Cohn L, Greiss K. Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behav Res and Ther.* 1994; (32): 47-56.
- 45- Fairburn CG. Eating disorders. In: D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy.* Oxford, UK: Oxford Univ. Press; 1997.
- 46- Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol.* 1982; (21): 167-179.

Archive of SID