



شیوه فرزندپروری کمال‌گرا و ویژگیهای کمال‌گرایانه پدران و مادران: عامل زمینه‌ساز اختلال وسواسی - اجباری

قاسم نظیری[#]، دکتر بهروز بیرشک^{##}، دکتر مهرداد محمدیان^{###}

چکیده

هدف: پژوهش حاضر این دو فرضیه را که (۱) پدران و مادران بیماران وسواسی - اجباری فرزندان خود را به شیوه‌ای کمال‌گرایانه پرورش داده‌اند و (۲) خود دارای ویژگیهای کمال‌گرایانه هستند به محک آزمایش گذاشته است. روش: برپایه ملاکهای تشخیصی DSM-IV و مصاحبه روانپزشکی، سه گروه: بیماران وسواسی اجباری، بیماران افسرده و گروه بهنجار (بسیست نفر در هر گروه) در یک پژوهش پس رویدادی شرکت داده شدند (دو گروه اخیر نقش گروه گواه را داشتند). کلیه آزمودنی‌ها به کمک یک پرسشنامه خودساخته که روایی و پایایی آن پیش از انجام پژوهش در یک بررسی راهنما تأیید گردیده بود، شیوه فرزندپروری و ویژگیهای پدران و مادران خود را گزارش نمودند. یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهشهای پیشین گویای درستی فرضیه‌های یاد شده است هر چند که بیماران افسرده نیز شیوه فرزندپروری پدران و مادران خود را کمال‌گرایانه می‌دانستند.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۳۰

کلید واژه: اختلال وسواسی - اجباری، کمال‌گرایی، شیوه فرزندپروری، احساس گناه

نشانگان وسواسی - اجباری^(۱) در نوشته‌های روانشناسی و روانپزشکی پیشینه‌ای صد و پنجاه ساله دارد

دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
دکتری روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، کیلومتر ۶ جاده تهران - کرج، مرکز آموزشی - درمانی روانپزشکی شهید نواب صفوی

فوا^(۱) و کوزاک^(۲)، ۱۹۹۱). فروید^(۳) در نوشته‌های نخستین خود (۱۹۰۸، ۱۹۱۳، ۱۹۵۸، ۱۹۵۹) بیان کرد که پیامدهای شیوه خاصی از فرزند پروری که در آموزش سخت‌گیرانه آداب توالد بازتاب می‌یابد، پرورش منش وسواسی - اجباری را به دنبال دارد (وینر^(۴)، ۱۹۹۲). نظریه پردازان پس از فروید کم‌کم این مفهوم را در ابعادی فراتر و با عنوان رفتارهای کمال‌گرایانه بیان نمودند. وابستگی میان مفاهیم «کمال‌گرایی^(۵)»، «احساس گناه^(۶)» و اختلال وسواسی - اجباری مورد تأیید بسیاری از نظریه‌پردازان قرار گرفته است (از جمله رچمن^(۷)، ۱۹۹۳؛ فراست^(۸) و همکاران، ۱۹۹۱؛ استکتی^(۹)، ۱۹۹۳). فراست، لاهارت^(۱۰) و روزنبلت^(۱۱) (۱۹۹۱) بر ماهیت چند بعدی کمال‌گرایی تأکید نموده‌اند که این ابعاد عبارتند از: معیارهای فردی بالا، تردید در کردار، انتقاد جویی، سازمان‌دهی و نظم. برخی از این ابعاد ضمن آنکه با تلاشهای مثبت برای پیشرفت بستگی دارند، می‌توانند زمینه‌ساز آسیبهای روانی نیز باشند.

هویت^(۱۲) و فلت^(۱۳) (۱۹۹۱، ۱۹۹۳) نیز یک مقیاس چند وجهی به شرح زیر برای سنجش کمال‌گرایی ارائه نموده‌اند: کمال‌گرایی معطوف به خود^(۱۴) (مانند ارزشیابی سخت‌گیرانه و اطمینان‌بخش از رفتار خود)، کمال‌گرایی معطوف به دیگران^(۱۵) (مانند سرزنش دیگران، وضع معیارهای غیرواقعی برای سایرین و ارزیابی سخت‌گیرانه از کارکرد آنان) و کمال‌گرایی تعیین شده از سوی جامعه^(۱۶)، همگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و موجب برانگیختن خشم، اضطراب، افسردگی و نیز احساس گناه می‌شوند. هویت و فلت (۱۹۹۱) همبستگی مثبت و معنی‌داری میان نشانه‌های وسواسی - اجباری و کمال‌گرایی معطوف به خود و تعیین شده از سوی جامعه یافتند.

به طور کلی یافته‌های پژوهشهای گوناگون در مورد پدران و مادران بیماران وسواسی - اجباری نشان می‌دهند که آنها سخت‌گیر، دودل، نگران انجام اشتباه، باریک‌بین،

کناره‌گیر، شدیداً مذهبی، دارای رفتارهای تیپ A، متوقع و پرخاشجویند و در شیوه فرزندپروری آنها محافظت بیش از اندازه، توجه انتخابی به شکست و تحمل نکردن خطا دیده می‌شود. این پدران و مادران نسبت به فرزندان خود غیر صمیمی، کمتر پشتیبان و بی‌اعتمادند. اینگونه رفتارها پرورش حس گناه را در کودکان به دنبال دارند (فراست، ۱۹۹۱؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ و ۱۹۹۳؛ آلدن^(۱۷) و والس^(۱۸)، ۱۹۹۴؛ بلک^(۱۹) و همکاران، ۱۹۹۲؛ استکتی، ۱۹۹۳). کودکی که پدر و مادر کمال‌گرا دارد هرگز احساس خشنودی نمی‌کند زیرا پدر و مادر هرگز رفتار او را تأیید نکرده‌اند (میسیلدین^(۲۰)، ۱۹۶۳؛ به نقل از فراست و همکاران، ۱۹۹۱). آموزش و پرورش شدیداً اخلاقی نیز از جمله روشهای فرزندپروری کمال‌گرایانه‌ای است که به باور رچمن (۱۹۹۳) حس مسئولیت و گناه را افزایش می‌دهد. از دیدگاه کاهلر^(۲۱) و کاپرز^(۲۲) (۱۹۷۴)، به نقل از کلاین^(۲۳)، ۱۹۹۲) پیش‌نویس یکی از سناریوهای اولیه‌ای که برای زندگی ما در دوران کودکی نگاشته می‌شود، ممکن است پیام «کامل باش» را القاء کند. سناریوی نهایی ما در برابر چنین پیامی برای کودک این گونه تدوین می‌شود که «من بی‌ارزش هستم» و اختلال روانپزشکی که این سناریو به آن نزدیک است اختلال وسواسی - اجباری خواهد بود.

1-Foa	2-Kozak
3-Freud	4-Weiner
5-perfectionism	6-guilt feeling
7-Rachman	8-Frost
9-Stekeete	10-Lahart
11-Rosenblate	12-Hewitt
13-Flet	
14-self-oriented perfectionism	
15-other-oriented perfectionism	
16-socially prescribed perfectionism	
17-Alden	18-Walce
19-Black	20-Missildine
21-Kahler	22-Capers
23-Klien	

از دیدگاه‌های نظری گوناگون رابطه میان شیوه فرزند پروری کمال‌گرا و اختلال وسواسی - اجباری تبیین شده است که شاید تازه‌ترین آنها را بتوان در چهارچوب رویکرد شناختی یافت که بر پایه آن ویژگی‌های کمال‌گرایانه زمینه‌ساز شکل‌گیری فرضیه‌ها و باورهای ناکارآمدی است که به نوبه خود احساس گناه و مسئولیت بیش از اندازه را در برابر پندار و کردار خود پرورش می‌دهند. این پژوهش با هدف بررسی دو فرضیه: ۱) پدران و مادران بیماران وسواسی - اجباری فرزندان خود را به شیوه‌ای کمال‌گرایانه پرورش داده‌اند و ۲) خود دارای ویژگی‌های کمال‌گرایانه هستند، انجام شده است.

روش

فرضیه‌های پژوهش در چهارچوب یک پژوهش زمینه‌یابی و پس‌رویدادی بررسی شده‌اند. جامعه آماری آن را بیماران مراجعه‌کننده به بخش روانپزشکی یکی از بیمارستانهای شیراز و نیز کارکنان اداری و درمانی همان بیمارستان تشکیل می‌دادند که از این جامعه با کمک سیاهه‌ای از نشانه‌های تشخیصی DSM-IV و مصاحبه روانپزشکی ۲۰ نفر بیمار وسواسی - اجباری و ۲۰ نفر بیمار افسرده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس برگزیده شده و برای تکمیل پرسشنامه معرفی گردیدند. در مورد گروه بهنجار نیز با مراجعه به سیاهه کارکنان بیمارستان یاد شده ۲۰ نفر انتخاب و برای شرکت در پژوهش فراخوانده شدند. کوشش گردید که آزمودنی‌های هر سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی در یک دامنه قرار داشته باشند (جدول ۱). تنها تفاوت معنی‌دار مشاهده شده در این ویژگی‌ها، میزان بیشتر تحصیلات گروه بهنجار بود.

برای ارزیابی شیوه فرزندپروری کمال‌گرا و ویژگی‌های کمال‌گرایانه پدران و مادران پرسشنامه‌ای ساخته شد. بر پایه پیشینه پژوهشی برای شیوه‌های فرزند پروری فهرستی تهیه شد که ماده‌های پرسشنامه را تشکیل می‌دادند و هم معیاری برای اعتبار محتوایی آن به شمار می‌رفت.

پرسشنامه یاد شده از دو بخش جداگانه تشکیل شده است. بخش نخست شیوه‌هایی را که پدران و مادران ممکن است در برخورد با فرزندان خود و در امور گوناگون زندگی به کار بندند می‌سنجد. فرض شده است که این شیوه‌ها بر روی جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی سه گروه شرکت‌کننده در پژوهش

ویژگی	گروه وسواسی اجباری افسرده	گروه بهنجار	n=20	n=20	n=20
جنسیت					
مرد	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
زن	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
وضعیت تأهل					
متاهل	۱۸	۱۸	۱۷	۱۸	۱۸
مجرد	۲	۲	۳	۲	۲
سن					
میانگین	۲۷/۴۵	۲۶/۶	۲۷/۲۵	۲۷/۴۵	۲۷/۲۵
انحراف معیار	۳/۶۷	۴/۲۹	۴/۰۵	۳/۶۷	۴/۰۵
سالهای تحصیل					
میانگین	۱۳/۵	۱۱/۹۵	۱۱/۸	۱۳/۵	۱۱/۸
انحراف معیار	۱/۲۷	۲/۰۳	۱/۷۹	۱/۲۷	۱/۷۹
مدت ابتلاء (ماه)					
میانگین	-	۵/۵	۱۰/۳۵	-	۱۰/۳۵
انحراف معیار	-	۶/۱۴	۱۰/۲۰	-	۱۰/۲۰

یک پیوستار رفتاری سه حالت کلی می‌یابند: ۱- آزادی مطلق دادن به کودک یا رها نمودن او به حال خود و یا نادیده انگاشتن رفتار وی به طور کامل. ۲- اعطای آزادی نسبی به او یا اعمال کنترل منطقی و متناسب با سن و وضعیت کودک و نیز به کارگیری تشویق و گاهی تنبیه در حد متعادل و لازم. ۳- گرفتن آزادی کودک به طور کامل، برخورد کاملاً غیرمنطقی با او، وضع معیارهای نامتناسب با سن یا تنبیه در حد غیر لازم. گزینه‌های پرسشنامه بیانگر یکی از سه حالت یاد شده است. در صورت انتخاب گزینه

اول نمره صفر، با انتخاب گزینه دوم نمره یک و انتخاب گزینه سوم نمره دو به پاسخ آزمودنی داده می‌شود. با توجه به ۲۳ مورد موقعیتهای گوناگون، دامنه نمرات از صفر تا ۴۶ در نوسان می‌باشد.

در بخش دوم پرسشنامه با جملات خبری، ویژگیهای کمال‌گرایانه پدران و مادران توصیف می‌شود و آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص می‌کند که پدر او، مادرش یا هر دوی آنها ویژگی یاد شده را داشته‌اند و با پاسخ ندادن به هیچ یک از گزینه‌ها نشان می‌دهد که دارای هیچیک از این ویژگی‌ها نبوده‌اند. در صورتی که تنها یکی از آنها ویژگی معینی را داشته‌اند، نمره یک و چنانچه هر دو آن را داشته‌اند نمره ۲ به پاسخ آزمودنی تعلق می‌گیرد. با توجه به ۲۴ جمله ارائه شده، دامنه نمرات در این بخش از صفر تا ۴۸ در نوسان است.

به منظور تعیین روایی محتوایی^(۱) و صوری^(۲)، پرسشنامه به همراه یک فرم نظرخواهی در اختیار پانزده نفر از همکاران روانپزشک و روانشناس قرار گرفت و با توجه به پیشنهادها، اصلاحاتی در آن انجام شد. همچنین پرسشنامه در دو نوبت و با فاصله سه هفته در اختیار سی نفر از دانشجویان سال اول قرار گرفت. ضریب همبستگی ۰/۷۵ در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار و نشان دهنده پایایی نسبی پرسشنامه بود. همین طور با ارائه یک نسخه اضافی از پرسشنامه به دانشجویان، خواسته شد یکی از خواهران و برادران آنان نیز آن را تکمیل نمایند. ضریب همبستگی ۰/۶۳ که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود به معنی توافق پاسخ‌های دانشجو و خواهر یا برادر او در توصیف رفتارها و ویژگیهای پدر و مادر خود و معتبر بودن پرسشنامه به لحاظ محتوایی بود.

پس از تهیه ابزارها، در مدت سه ماه بیمارانی که دارای تشخیص‌های مورد نظر بودند توسط روانپزشک به پژوهشگر ارجاع شدند که پس از اطمینان از مناسب بودن آنها (از نظر متغیرهای جمعیت شناختی) پرسشنامه کمال‌گرایی برای تکمیل در اختیار آنان قرار گرفت. در

همین مدت پرسشنامه به ۲۰ نفر از کارکنان اداری و درمانی بیمارستان نیز ارائه شد. داده‌های پژوهش به کمک روشهای آماری تحلیل واریانس، ضریب همبستگی و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، مجموع نمره‌های بخش اول و دوم پرسشنامه‌ها استخراج و میانگین‌ها به کمک تحلیل پراش یک عاملی و آزمون تعقیبی توکی با هم مقایسه شدند. نتایج این تحلیل همان گونه که در جدولهای ۲ تا ۴ و نمودارهای ۱ و ۲ نیز نشان داده شده‌اند گویای تفاوت معنی‌دار نمره گروهها در هر دو بخش پرسشنامه بود. سایر یافته‌های پژوهش به شرح زیر است:

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در بخش اول و دوم پرسشنامه کمال‌گرایی (شیوه فرزند پروری کمال‌گرا و ویژگیهای کمال‌گرایانه پدران و مادران)

گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
بخش اول			
وسواسی-اجباری	۲۰	۲۸/۱	۹/۷
افسرده خو	۲۰	۲۵/۳	۷/۹۴
بهنجار	۲۰	۱۹/۷	۴/۹
بخش دوم			
وسواسی-اجباری	۲۰	۲۰/۳	۸/۵۸
افسرده خو	۲۰	۱۲/۱۵	۴/۶۴
بهنجار	۲۰	۱۱/۹۵	۶/۶۲

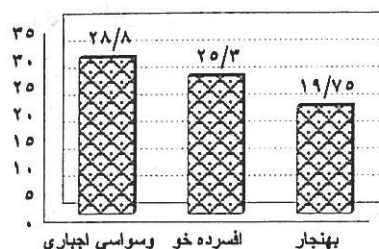
جدول ۳- نتایج تحلیل پراش نمرات آزمودنی‌ها در بخش اول پرسشنامه کمال‌گرایی (شیوه فرزند پروری کمال‌گرا)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
بین‌گروهها	۷۲۲/۴۳	۲	۳۶۱/۲	۵/۹۸	۰/۰۱
درون‌گروهها	۳۴۳۹/۷۵	۵۷	۶۰/۳۴		
مجموع	۴۱۶۲/۱۸	۵۹			

1-content validity

2-face validity

نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات آزمودنیها در بخش اول پرسشنامه کمال گرایی (شیوه فرزندپروری کمال‌گرا)

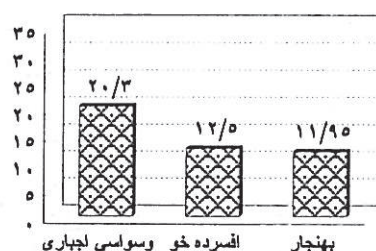


جدول ۴- نتایج تحلیل پراش نمرات آزمودنی‌ها در بخش دوم پرسشنامه کمال گرایی (ویژگیهای کمال‌گرایانه پدران و مادران)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
بین‌گروهها	۹۰۷/۹	۲	۴۵۳/۹۵	۹/۷۸	۰/۰۱
درون‌گروهها	۲۶۴۳/۷	۵۷	۴۶/۳۸		
مجموع	۳۵۵۱/۶	۵۹			

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۳۴

نمودار ۲- مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌ها در بخش دوم پرسشنامه کمال‌گرایی (ویژگیهای کمال‌گرایانه پدران و مادران)



۱- آزمون تحلیل پراش یک عاملی مشخص نمود که میانگین سه گروه مورد بررسی در نمره‌های بخش اول پرسشنامه با هم تفاوت معنی‌داری دارند ($p < 0/01$)، ($F=5/98$). در مرحله بعد اجرای آزمون تعقیبی نشان داد که پدران و مادران بیماران وسواسی-اجباری و نیز افسرده مورد بررسی نسبت به گروه بهنجار الگوی فرزند پروری

کمال‌گرایانه‌تری داشته‌اند. میان میانگین گروه وسواسی - اجباری و افسرده از این لحاظ تفاوت معنی‌داری نداشت.

۲- نتایج تحلیل پراش نشان داد که پدران و مادران بیماران وسواسی - اجباری در مقایسه با پدران و مادران گروه افسرده و بهنجار از ویژگیهای کمال‌گرایانه‌تری برخوردار بوده‌اند ($F=9/78, p < 0/01$). آزمون توکی نشان داد که نمره‌های گروه وسواسی - اجباری هم از گروه افسرده و هم از گروه بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر است ($HSD=5/17, p < 0/05, q=3/40$).

نتایج یاد شده در راستای تأیید فرضیه‌های مورد بررسی پژوهش بوده‌است.

بحث در یافته‌ها

مقایسه میانگین نمره‌های بخش اول پرسشنامه کمال‌گرایی نشان داد که پدران و مادران بیماران وسواسی - اجباری و افسرده مورد بررسی نسبت به پدران و مادران گروه بهنجار الگوی فرزند پروری کمال‌گرایانه‌تری داشته‌اند. به طور کلی این یافته با نظریه‌ها و نیز یافته‌های پژوهشهای گذشته در این زمینه هم‌سو می‌باشد (از جمله فراست و همکاران، ۱۹۹۱؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ استکتی، ۱۹۹۳؛ اینزل^(۱) و همکاران، ۱۹۸۳؛ راسموزن^(۲) و آیزن^(۳)، ۱۹۹۲؛ رچمن، ۱۹۹۳). همچنین بالاث‌ر بودن میانگین نمره گروه بیماران وسواسی - اجباری در بخش دوم پرسشنامه در تأیید فرضیه دوم بود.

پدران و مادران بیماران وسواسی-اجباری ویژگیهای کمال‌گرایانه دارند. این یافته‌ها نیز با پژوهشهای پیشین از جمله آنهایی که استکتی (۱۹۹۳) جمع‌بندی و گزارش نموده و بر پایه آنها برآورد کرد که در ۵۰٪ موارد پدران و مادران این بیماران ویژگیهای کمال‌گرایانه داشته‌اند، همسویی دارد. افزون بر آن با یافته‌های پژوهش فرجام‌پور (۱۳۷۰) همخوان است. ۸۳٪ از بیماران وسواسی -

1-Insel
3-Eisen

2-Rusmussen

اجباری شرکت کننده در پژوهش وی پدران و مادران خود را سخت‌گیر توصیف نموده‌اند.

در مصاحبه بالینی با بیماران وسواسی - اجباری مورد پژوهش، روشن شد که تنها پدران و مادران ۲ بیمار از ۲۰ بیمار، خود مبتلا به اختلال بوده‌اند.

به طور کلی یافته‌های پژوهش، همسو با نظریه فراست و همکاران (۱۹۹۱) می‌باشد که تعامل با پدران و مادرانی که در سطوح بالای کمال‌گرایی قرار دارند و پیوسته انتقاد جویی می‌کنند، خطر بروز آسیب‌های روانی از جمله اختلال وسواسی - اجباری را افزایش می‌دهد. همان گونه که وینر (۱۹۹۲) می‌نویسد کمال‌گرا با تشویق نمودن ایده‌ها، عواطف، ارتباطها و ابعاد رفتاری که با سبک شخصیتی وسواسی مطابقت دارد کودکانشان را در مسیر دچار شدن به این اختلال قرار می‌دهند. آنها هر چه متوقع تر و کمال‌گراتر باشند احتمال بروز این پیامد بیشتر است.

میانگین نمره‌های گروه بیماران افسرده در بخش اول پرسشنامه نیز به طور معنی‌دار از میانگین نمره‌های گروه بهنجار فزونی داشته و در عین حال تفاوت معنی‌داری با گروه وسواسی - اجباری نشان نداده است. این نکته در فرضیه اول پیش‌بینی نشده بود. شاید دلیل این امر همان گونه که وینر (همان جا) اشاره می‌کند این باشد که سبک اسناد منفی^(۱) افراد افسرده تا اندازه‌ای از تجربه‌های دوران رشد سرچشمه می‌گیرد که خود تقویت‌کننده احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی بوده‌اند. به ویژه در این مورد شیوه‌های فرزندپروری مبتنی بر کمال‌گرایی میزان خطر را افزایش می‌دهد.

اما اینکه در بخش دوم پرسشنامه تفاوتی میان میانگین نمره‌های گروه افسرده و بهنجار دیده نشد می‌تواند به چگونگی موارد ارزیابی در بخش دوم ارتباط داشته باشد. روشن است که ویژگی‌هایی چون «بیش از حد اخلاقی بودن» یا «پیروی شدید از نظم و قانون» بیشتر ویژه پدران و مادران بیماران وسواسی - اجباری می‌باشد تا پدران و مادران افسرده. شاید اگر ویژگی‌های کمال‌گرایانه در سطح

کلی‌تر در پرسشنامه مطرح می‌شد آزمودنی‌های افسرده نیز پدران و مادران خود را بیشتر از این کمال‌گرا توصیف می‌نمودند.

به طور کلی یافته‌های این بررسی نشان دهنده تأثیر بد شیوه تربیتی نامتعادل کمال‌گرا بوده و ضرورت اهمیت آموزش پدران و مادران و مربیان را در این زمینه نشان می‌دهد.

با توجه به انتخاب غیر تصادفی آزمودنی‌ها و نیز به کار بردن پرسشنامه خود ساخته کمال‌گرایی که تعیین روایی و پایایی آن نیازمند کار بیشتری است در تعمیم یافته‌های این پژوهش بایستی محتاط بود.

سپاسگزاری

از همکاران ارجمند، روانپزشکان و روانشناسان گرامی بخش اعصاب و روان بیمارستان حافظ شیراز به دلیل ارجاع بیماران سپاسگزاری می‌شود.

منابع

فرجام پور، پرتو (۱۳۷۰). بررسی علانم و اختلالات شخصیت وسواسی در گروه‌های بالینی و بهنجار ایرانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

Alden, L., & Wallace, S. T. (1994). Perfectionism in interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 297-315.

Black, D. W., Noyes, R., Goldstein, R. B., & Blum, N. (1992). A Family study of obsessive compulsive disorder. *Archive of General Psychiatry*, 49, 362-368.

Foa, E., & Kozak, M. J. (1991). Diagnostic criteria of

1-negative attribution style

obsessive compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 679-684.

Frost, R. O., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1991).

The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 469-489.

Hewitt, P. L., & Flet, G. L. (1991) Perfectionism in the

self and social contexts: Assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 465-470.

Hewitt, P. L., & Flet, G. L. (1993). Dimensions of

perfectionism; Daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.

Insel, T. R., Hoover, C., & Murphy, D. L. (1983).

Parents of patients with obsessive compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 13, 807-811.

Klien, M. (1992). The enemies of love. *Transactional*

Analysis Journal, 22, 79-81.

Rusmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The

Epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-757.

Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and

guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.

Stekettee, G. (1993). *Treatment of obsessive*

compulsive disorder, (1st ed.) New York: Guildford Press.

Weiner, I. B. (1992). *Psychological disturbance in*

adolescence. (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons Inc.