

Perfektionisme og depression

Problemformulering:
påvirker perfektionisme effekten af depressionsbehandling?

Forskning og formidling
2014-15

Dorte Sigrid Madsen
cand.psych.aut
Ambulatorium for Mani og Depression
Risskov

Abstrakt

I Ambulatorium for Mani og Depression findes en gruppe patienter, der ser ud til at have reduceret effekt af den tilbudte standardbehandling. Et fællestræk ved disse patienter er hvad man samlet kan betegne som perfektionisme, nemlig udtalt selvkritik og urealistisk høje krav og forventninger til sig selv.

Jeg vil med denne litteraturgennemgang undersøge, hvorvidt der findes dokumentation for, at perfektionisme påvirker effekten af depressionsbehandling. En række undersøgelser tyder på, at dette er tilfældet, og at der er faktorer der har indirekte effekt, så som terapeutisk alliance og socialt netværk.

Jeg vil afslutningsvis diskutere de forskellige behandlingsmæssige implikationer og se på hvorvidt behandlingspakkerne for depression, som de aktuelt er udformet, er for begrænsede til at de mennesker, der søger behandling for en invaliderende og livstruende lidelse får den hjælp de med rette kan forvente.

Indholdsfortegnelse

Problemformulering: påvirker perfektionisme effekten af depressionsbehandling?

1. Indledning: Baggrund og motivation for problemformuleringen.....	4
2. Perfektionisme.....	6
2.1 Hvad forstår man ved perfektionisme. Personlighedstræk eller kognitiv stil ?.....	6
2.2 Hvordan vurderes perfektionisme?.....	8
3. Depression.....	10
3.1 Redskaber til vurdering af depression	
4. Litteratursøgningen.....	11
5. Tabel over de inkluderede studier.....	13
6. Gennemgang af litteraturen.....	14
7. Konklusion.....	17
8. Diskussion.....	18
8.1: kan perfektionisme ses som en multidimensional størrelse eller måler man forskellige ting?	
9. Problemer og mangler	20
10. Litteratur	21

1. Indledning:

I klinisk praksis som psykolog ved Ambulatorium for Mani og depression har jeg hæftet mig ved en gruppe patienter, der synes at have reduceret effekt af standardbehandlingen i behandlingspakkerne for unipolar depression¹.

Det mest iøjenfaldende fællestræk ved disse patienter er, hvad man samlet kan betegne som perfektionisme, nemlig udtalt selvkritik og urealistisk høje krav og forventninger til sig selv. Nogle gange er der tale om mennesker i krævende, specialiserede stillinger eller mennesker i uddannelse, hvor præstationskravene er høje. Men der kan også være tale om patienter med meget høje forventninger til sig selv i f.eks. rollen som mor, immigrant, nyuddannet, idrætsudøver eller andet. Hovedproblemet er som regel, at patienten har særlige standarder og krav til sig selv på *alle* de områder hun indgår i eller beskæftiger sig med.

Patienterne præsenterer gerne et komplekst billede, hvor udmattelse, søvnproblemer, ulyst, mindreværd, selvkritik og utilstrækkelighedsfølelse er centralt. Hyppigt er der ledsagesymptomer i form af angst eller uro, tilbagetrækning, skam, skyld og usikkerhed omkring egen identitet. Disse problemer er som bekendt klassiske depressionssymptomer, men eksplorerer der lidt nærmere, synes der snarere at være tale om generelle og stabile træk ved personen.

En kvinde udtalte f.eks. for nylig i en gruppesession: ”hvis I (behandlere) mener jeg er deprimeret nu, så har jeg nok været deprimeret altid”. En anden patient i gruppen replicerede: ”ja, sådan har jeg det ogsåOg det værste er, at jeg er bange for at blive rask”.

Som kvinden i depressionsgruppen udtrykker det, synes der at være en bagvedliggende dynamik, der minder om depression eller som er med til at vedligeholde depression, og som den anden kvinde kommer ind på, er det angstprovokerende at sætte sine egne krav ned og præstere mere middelmådigt, for den gevinst der er ved at imponere med sine præstationer eller udholdenhed, og derved opnå anerkendelse fra omverdenen, er eftertragtet.

At sætte mere realistiske mål, sørge for at holde pauser og prioritere og variere sin indsats i forhold til andre livsaspekter vækker aversive følelser, og usikkerhed hvad angår eget værd og identitet.

¹ Behandlingspakke for unipolar depression er i Ambulatorium for Mani og Depression, Risskov, Region Midt, defineret ved 8 samtaler med primærbehandler, der enten er sygeplejerske eller psykolog. Der er tale om individuel farmakologisk opfølgning og samtaler af psykoedukativt tilsnit. Patienterne tilbydes der ud over, som en del af behandlingspakken, enten psykoedukation i gruppe af 8 sessioner (typisk forestået ved ambulatoriesygeplejerske) eller Kognitiv Adfærdsterapi (KAT) i gruppe af 12 sessioner (forestået ved psykolog). Der tilbydes tillige ad hoc samtale med læge og i begyndelsen af behandlingen tilbydes en udredning af KRAM-faktorer ved sygeplejerske, der forestår rådgivning mht. kost, rygning, alkohol og motion.

Det gennemgående for den gruppe patienter er, at det er umådeligt vanskeligt at vende det psykologiske mønster, der betyder at man overforbruger sig selv, og ind imellem bliver så træt, at der ikke er noget ved livet.

Således er der måske, ud over akut overbelastning og depression, også hos en del af patienterne som behandles i AMD, tale om mere vedvarende personlighedsmæssige mønstre, der gør depressionstilstanden vanskeligere at behandle eller forlænger sygdoms- og dermed behandlingsperioden.

Sidney Blatt gennemgår i et review fra 1995 en række studier, der samlet set peger på, at højere grad af perfektionisme før behandling forudsiger ringere respons på behandling for depression, og konkluderer at perfektionistiske, selvkritiske personer, selvom der er relativ begrænset effekt at korttidsbehandling og medicinsk behandling, ser ud til at reagere en del bedre på længerevarende, psykodynamisk orienteret terapi (Blatt, 1995).

En række forfattere (f.eks. Beck, Freeman, & Davis, 2004, se Noble et al 2014) har desuden fundet at perfektionisme er et almindeligt træk hos mennesker med meget forskellige former for psykopatologi, herunder bl.a depression og angst, og studier, f.eks. af Fairburn et al. (1998) har underbygget, at perfektionisme er en risikofaktor for udvikling af spiseforstyrrelse (Shafran, R. & Mansell, W., 2001).

Man er da også i nyere litteratur begyndt at tale om perfektionisme som en transdiagnostisk proces, hvor man argumenterer for, at man bør identificere og behandle perfektionisme som et specifikt problem på tværs af diagnoser, for dermed at styrke behandlingsresponsen (Egan, J., Wade, T.D., Shafran, R., 2011).

Da de mennesker jeg møder i AMD er henvist med en affektiv aktionsdiagnose, dvs. depressiv enkeltepisode eller periodisk depression, har jeg valgt at afgrænse min litteraturgennemgang ifht. denne diagnosegruppe.

Jeg vil forsøge at belyse perfektionismebegrebet, se på hvordan man vurderer og måler perfektionisme samt undersøge om der i forskningen findes belæg for at konkludere, at perfektionisme komplicerer behandlingen af depression og reducerer effekten af depressionsbehandling.

I diskussionsafsnittet vil jeg uddrage forskellige implikationer af den måde man begrebsmæssigt og praktisk afgrænser og forstår begrebet perfektionisme samt diskutere, hvorvidt behandlingspakkerne for depression i den ambulante psykiatri er udformet på en måde, der tilbyder tilstrækkelig fleksibilitet til effektiv behandling af de forskelligartede baggrundsfaktorer – ikke mindst perfektionisme - som kan være medvirkende til udvikling og vedligeholdelse af depression.

I det følgende afsnit præsenteres forskellige opfattelser og afgrænsninger af perfektionismebegrebet.

2. Perfektionisme

2.1 Hvad forstår man ved perfektionisme. Personlighedstræk eller kognitiv stil ?

Almindeligvis opfattes perfektionisme som en personlighedsstil karakteriseret ved alt for høje præstationskrav, bestræbelse på at undgå fejl, kombineret med en overdreven kritisk evaluering af egne handlinger (Stoeber & Otto, 2006).

Burns (1980, se Safran & Mansell, 2001) beskrev perfektionisme som et netværk af kognitioner, herunder forventninger, fortolkninger af begivenheder og evalueringer af en selv og *andre*. Burns arbejdede således også med en interpersonel dimension af perfektionisme.

Frygt for fiasko og fejl kan motiverer til uhensigtsmæssig eller begrænsende adfærd i form af f.eks. overdreven, tvangsmæssig checking, tryghedssøgen drevet af ønske om forsikringer fra andre, korrektion af andre, eller uendelige overvejelser før der kan træffes beslutninger.

Perfektionisme kan også føre til, at man undgår eller udsætter opgaver pga. præstationsangst eller til, at man opgiver en opgave før den er afsluttet, fordi man frygter at resultatet ikke bliver perfekt (ibid).

Oprindeligt forbandt man perfektionisme med psykopatologi og neurotisk personlighed (F.eks. Horney, 1951, se Stoeber & Otto, 2006).

Shafran, Cooper & Fairburns model fra 2002 (se Glover et al., 2007), der er en kognitiv-adfærds model for klinisk perfektionisme, skriver sig ind i den tradition der forstår perfektionisme som en psykopatologisk entitet.

Klinisk perfektionisme defineres her - i lighed med Burns som beskrevet ovenfor - ved overdreven selvevaluering mht. præstation, selvpålagte personlige krav og høj standard for ydeevne, men lægger ikke, som Burns, vægt på det interpersonelle aspekt.

Det antages at de mekanismer, der er med til at opretholde perfektionisme er rigide regler, adfærd som f.eks. undgåelse og/eller gentagen vurdering af ydeevne. Kognitiv forvrængning, så som dikotom tænkning, og selektiv opmærksomhed rettet på evt. fiasko er almindelig. Og endelig er det karakteristisk, at barren hæves når der opnås succes (Glover et al., 2007).

Klinisk perfektionisme omfatter her kun selv-orienteret perfektionisme, der volder betydelige problemer for personen, og det er det overdrevne fokus på selv-kritisk evaluering, der betragtes som det psykopatologiske i denne teori (ibid).

I 1978 præsenterede Hamachek (se Noble et al., 2014) en teori, der i forhold til den klassiske opfattelse af perfektionisme, arbejder med et bredere perfektionismebegreb. Hamachek mente, at der på den ene side var tale om såkaldte *neurotiske perfektionister*, som har overordentlige høje standarder og føler sig som en fiasko når deres høje mål ikke nås.

På den anden side kan der også være tale om *normale perfektionister*, der har høje standarder, men er i stand til opnå tilfredsstillelse ved at påtage sig udfordrende opgaver, også selvom målet ikke nås (Noble et al., 2014).

En række studier (f.eks. Rice & Ashby, 2007, *ibid*), der har undersøgt perfektionisme blandt collestuderende, opererer med begrebet *maladaptive/adaptiv perfektionisme* (som ligner neurotisk/ikke neurotisk perfektionisme) og finder, at studerende med maladaptiv perfektionisme bedømmer deres præstationer som utilstrækkelige, og som følge heraf oplever både angst og andre former for aversive følelser.

Adaptive perfektionister har tilsvarende høje mål, men adskiller sig ved at være mere fleksible i deres personlige bedømmelse af deres præstationer og oplever ikke angst, men derimod tilfredsstillelse ved det de opnår, hvilket ser ud til at lede til et mere positivt selvbillede (Noble et al., 2014).

Perfektionisme bliver således af nogle opfattet som en multidimensional konstruktion, hvis aspekter er delvist hensigtsmæssigt adaptive og delvist uhensigtsmæssigt maladaptive.

I forsøg på at forstå, hvad der kendetegner forskellen mellem hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig perfektionisme, har nogle forskere interesseret sig for mental rumination (f.eks. Flett et al., 2002 og Harris et al., 2008), der fænomenologisk er delvist sammenfaldende med perfektionisme, idet der i begge er tale om endeløs evaluering og kritik (Schiena et al, 2012). Rumination er defineret ved repetitiv tænkning vedr. sig selv og ens betingelser når man står i en problematisk situation, der medfører negative følelser. Schiena et al. (2012) fandt, at der er to komponenter ved rumination, en maladaptiv (som er kendetegnet ved abstrakt-analytisk tænkning med fokus på mening, konsekvenser og implikationer for en bestemt oplevelse) og en adaptiv (kendetegnet ved en mere konkret-eksperimentel tænkning med fokus på specifikke, kontekstuelle detaljer af en given oplevelse).

Eksperimentelle undersøgelser tyder på, at sidstnævnte genererer langt mindre følelsesmæssig belastning og bedre problemløsning end den første, ligesom der er en klar tendens til, at deprimerede mennesker bruger mere luftige og abstrakte beskrivelser om deres problem end ikke-deprimerede (*ibid*). Schiena og hendes gruppe underbyggede i deres studie, at den maladaptive del af rumination klart er sammenhængende med maladaptiv perfektionisme, der fremmer udviklingen af depressive symptomer.

Til vurdering af perfektionisme anvendes en række forskellige assessmentredskaber, der også afspejler de forskellige teoretiske og empiriske opfattelser af begrebet. I afsnittet herefter introduceres et udvalg af disse skalaer og redskaber.

2.2 Hvordan vurderes perfektionisme?

Assessmentredskaber:

Der bliver i litteraturen anvendt en række forskellige instrumenter til vurdering af perfektionisme, herunder blandt andet The Almost Perfect Scale – Revised; APS-R; Slaney, Rice, Moobley, Tippi, & Ashby, 2001), Perfektionisme subskalaen fra Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-Perfektionis; Obsessive Compulsive Working Group, 2001), Perfektionism Cognition Inventory (PCI; Flett, Hewitt, Blackstein, & Gray, 1998), The positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS; Terry-Short et al., 1995) og Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ; Riley et al, 2007).

Det er kun de 2-3 nedenstående assesmentredskaber, der er anvendt i de undersøgelser jeg gennemgår.

Det gælder to redskaber udviklet uafhængig af hinanden i begyndelsen af 1990'erne, begge kaldet Multidimensional Perfectionism Scale; Frost Multidimensional Perfectionism Scale, Frost-MPS og Hewitt og Flett Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-H). Begge disse selvrapporteringinstrumeneter er udbredt og har tilfredsstillende psykometriske egenskaber (Enns & Cox, 2002), og begge adresserer det interpersonelle aspekt ved perfektionisme.

Frost Multidimensional Perfectionism Scale, Frost-MPS (Frost, Marten, Lahart og Rosenblate, 1990) er en 35-item skala, der arbejder med en total score for perfektionisme samt seks dimensioner af perfektionisme: 1. bekymring over fejl 2. personlig standard 3. kritiske forældre 4. forventninger fra forældre, 5. tvivl om sine præstationer og 6. lægger vægt på at være ordentlig og organiseret.

Hewitt og Flett Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-H; 1989/1991a) er en 45 item skala, der arbejder med tre dimensioner: 1. selv-orienteret perfektionisme (selvkritik), der inkluderer høje standarder for præstationer og høj grad af selvkritik ved fejl. 2. andre-orienteret perfektionisme, der er udtryk for at man sætter urealistisk høje standarder og forventninger til andre og 3. socialt foreskrevet perfektionisme, der betyder at man opfatter at andre har urealistisk høje krav og forventninger til en selv.

MPS-H og MPS-F ligner hinanden uden dog at overlappes fuldkommen. Personlig standard fra MPS-F er tættest relateret til selvorienteret perfektionisme i MPS-H, mens subskalaerne 1.

bekymring over fejl, 3. kritiske forældre 4. forventninger fra forældre fra Frost skala i høj grad kan samles indenfor hvad Hewitt og Flett kalder socialt foreskrevet perfektionisme, og benævnes *evaluative bekymringer*. Faktoranalyser tyder på at begge skalaer også på den anden siden har en dimension, der kan kaldes *positiv stræben*, hvor de subskalaer, der vægter tungest på her, er personlig standard og selv-orienteret perfektionisme (Shafran & Mansell, 2001; Blatt, 1995). Forholdet mellem MPS-H og MPS-F og DAS, som introduceres nedenfor, er ikke blevet undersøgt.

Dysfunctional Attitude Scale (DAS: Weissmann & Beck, 1978) er en 40 items selvrapporteringskala designet til at måle kognitiv sårbarhed ved depression, dvs. gennemgribende negative og destruktive holdninger hos deprimerede, hvad angår selv, omverdenen og fremtiden. Imber et al. (se Blatt & Zuroff, 2005) udførte i 1990 en faktoranalyse på et større datamateriale (TDCRP), hvor de identificerede to robuste primærfaktorer i en hovedkomponentanalyse med varimax rotation. De to faktorer der opstod, kaldet *behov for godkendelse (need for approval)* og *perfektionisme*, var sammenfaldende med tidligere faktoranalyser af DAS (f.eks. Cane et al., 1985) og de to DAS-faktorer har acceptabel intern konsistens (henholdsvis .91 og .82, Imber et al, 1990 fra Blatt & Zuroff, 2005).

De to faktorer *behov for godkendelse* og *perfektionisme* er sammenfaldende med hhv. dependent (anaklitisk) og selvkritisk (introjektiv) depression (Blatt & Zuroff, 2005).

Man har på baggrund af personlighedsteori afledt disse to forskellige depressive typer, hvor den anaklitiske personlighed, dvs. den interpersonel orienterede person (der også kan beskrives som dependent, dominant-anden eller sociotropisk) er disponeret til følelser som ensomhed, opgivelse og omsorgssvigt i forbindelse med depression.

Den introjektive person (der er selvkritisk, styret af mål - dominant-mål - og som er autonom) plages primært af følelser af fiasko og skyld og nedsat selvværd når hun udvikler depression (Blatt, 1995).

I næste afsnit følger en bredere gennemgang af de forskellige symptomer og aspekter ved depression.

3. Depression.

Kombinationen og intensiteten af symptomer ved depression er forskellig fra menneske til menneske og i løbet af en sygdomsepisode. Generelt gælder, at antallet og tyngden af symptomer er større desto alvorligere depressionen er. Foruden de tre kernesymptomer nedtrykthed, energiløshed og nedsat lyst og interesse er det almindeligt, at tankeindholdet er negativt, herunder at fremtiden synes mørk og håbløs. Selvopfattelsen kan være forvrænget og tanker om at den aktuelle, pinefulde tilstand er en straf for handlinger, synder eller forsømmelser i fortiden, er ikke ualmindelig ved sværere tilstande. Ruminationer, dvs. endeløs, ufrugtbar grublen og evaluering af ens egne

handlinger, kan således være et (situationsafhængigt) depressionssymptom, der kan nuanceres, udfordres og afhjælpes i takt med at depressionen enten behandles eller af sig selv letter over tid.

Foruden indholdet af tanker er man i de senere år i stigende grad blevet opmærksom på, at kognitionen, dvs. de mentale funktioner og processer, der udgør tænkningen, typisk er læderet i forbindelse med - og som regel i lang tid efter - at de øvrige depressive symptomer er lettet (Louise Melgaard Bruun, 2014). Kognitiv funktionsnedsættelse kan ikke overraskende fører til dysregulation i følelseslivet, for når man ikke er istand til styre opmærksomheden, koncentrere sig eller indlærer som man er vant til og forventer af sig selv, kan det blive vanskeligt at genvinde eller vedligeholde et positivt selvbillede som en kompetent person, der lykkes med de opgaver man sætter sig for.

Som sådan er depression en symptomidelse, en tilstand der belaster kroppen, hjernen og den syges relationer til omverdenen, og som andre stressorer, kan depressionen accentuere og forstærke nogle af de grundliggende personlighedstræk eller vanskeligheder der er forbundet med andre, mere kort- eller langvarige sygdomme eller forstyrrelser, som f.eks. angst, tvangshandlinger eller opmærksomhedsforstyrrelse og autismspektrumforstyrrelser. Desuden finder man ind i mellem comorbiditet i form af såkaldt dobbelt-depression, en betegnelse der anvendes i klinikken, når der er tale om samtidig dysthymi og depression. Dysthymi er den diagnose, der i ICD-10 kommer tættest på DSM's depressive personality disorder.

I den litteratur jeg har gennemgået i forbindelse med denne opgave, er jeg ikke stødt på en eksplicit tematisering af trait eller state diskussionen, altså om perfektionisme og selvkritik er en situationsbestemt eller en habituel størrelse. Det ser imidlertid ud til, at man i de præsenterede studier samlet set opfatter perfektionisme som et træk eller en kognitiv stil ved personen snarere end et symptom ved depressionen.

Til bestemmelse af depression samt til vurdering af i hvilken grad der er tale om depression anvendes forskellige redskaber. I næste afsnit vil jeg kort præsentere et udvalg af disse.

3.1 Redskaber til vurdering af depression:

Becks Depression Inventory (BDI; Beck, Ward Mendelson, Mock and Erbaugh, 1961) er et 21-item selvrapporterings skema til vurdering af depressionssymptomer. BDI har god reliabilitet og validitet (Beck, Steer, and Garbin, 1988).

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD²; Hamilton, 1960) er et 17-items interview-baseret

² HAM-17 anvendes som standard i AMD som monitoreringsredskab før og under behandlingen.

mål for depression. HRSD har høj interrater reliability (.78), høj intern reliabilitet (.46 til .97) og høj retest reliabilitet (.81 til .98; Hawley et al., 2006).

Depressive Experience Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1976) er udviklet til vurdering af to forskellige karaktertyper associeret med depression; dependens og selvkritik. I studie 7 fra tabellen anvendes en rekonstrueret 19-itemsversion til at måle selvkritik, der konceptuelt har en del lighed med med perfektionistisk dysfunktionelle attituder. – brug til diskussion: de skemaer der er udviklet til at måle depression bruges også til at måle perfektionisme!!!

Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Weissmann & Beck, 1978) er som beskrevet en 40 items selvrapporteringskala designet til at måle kognitiv sårbarhed ved depression.

DAS har høj intern og test-retest reliabilitet (Blatt & Zuroff, 2005), og er sensitiv mht. at måle graden af depression. DAS blev brugt i TDCRP-data sættet³ som outcomemål, specielt til at vurdere terapeutisk forandring i CBT-behandling.

Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R; Ponanskki & Mokros, 1996), der er anvendt i studie 2 (se tabel), er et 17-item skema, administreret af klinikerer, til vurdering af depressionsgrad hos børn. CDRS-R er baseret på interviews med børn og deres forældre. Skalaen, der rækker fra 17 – 113, hvor en højere score indikerer mere alvorlig depression, har god intern konsistens (.85), interrater reliabilitet ($r = .92$) og test-retest reliabilitet ($r = .78$)

Der findes en lang række redskaber til vurdering af depression udover de, der er præsenteret ovenfor. De nævnte redskaber er de, der er blevet anvendt i de undersøgelser jeg via litteratursøgningen har fundet relevant for gennemgang.

³ TDCRP; Treatment of Depression Collaborative Research Program. Programmet fra 1985, der var sponsoreret af National Institute of Mental Health, var et randomiseret klinisk studie, hvor man sammenlignede fire forskellige behandlingsmetoder for depression: Kognitiv adfærdsterapi, Interpersonel terapi, Imipramine kombineret med klinisk kontrol og endelig double-blind placebo kombineret med klinisk kontrol. Deltagerne var ambulante patienter med major depression disorder. Ud af 239 patienter, der påbegyndte behandling, gennemførte 162, dvs. deltog i min. 12 sessioner over en 15 ugers periode (Elkin, 1994).

4. Litteratursøgning:

Der er søgt på PsychInfo og PubMed under søgeordene:

Major Depression, Perfectionism og cognitive therapy. Therapeutic treatment.

En betydelig del af forskningen om perfektionisme beskæftiger sig med spiseforstyrrelser og der er udført temmelig mange studier vedr. forskellige former for angst, som jeg har valgt ikke at tage med. Særlige former for depression, herunder bipolar depression og fødselsdepression er ligeledes frasorteret.

Da jeg vil undersøge, hvorvidt perfektionisme påvirker effekten af depressionsbehandling, har jeg søgt efter studier, der enten undersøger perfektionisme som prediktor eller mediator for effekten af behandlingen. Seks studier siden 1998 opfylder disse kriterier; se tabel.

Jeg har naturligvis tilstræbt at skabe et overblik over den nyeste forskning på området, men de nyeste studier har ikke undersøgt mit forskningsspørgsmål, men andre, tilgrænsende aspekter ved perfektionisme.

F.eks. har to studier som jeg oprindeligt inkluderede, vist sig at undersøge effekten af behandling for perfektionisme, men ikke behandlingseffekt af depression, og er derfor udeladt.

5. Tabel over de inkluderede studier

Forfatter	År	n	Assessment: perfektionisme	Assesment Depression og andet	Primære Fund	Design/ metode
6) Jacobs, R.H.; Silva, S. G.; Reinecke, M. A.; Curry, J. F.; Ginsburg, G. S.; Kratochvil, C.J.; March, J. S.	2009	439	DAS ⁴ - perfektionisme subscale (15 item)	CDRS-R ⁵	Høj grad af perfektionisme korrelerer med mere depression før og efter behandling.	Randomiseret kontrolleret studie
5) Hawley LL, Ho MH, Zuroff DC, Blatt SJ.	2006	239	DAS perfektionisme subscale (15 item) og need for approval (11 item)	HRSD ⁶ (Ham-17) VTAS ⁷	1)Perfektionisme prædikerer graden af depression under beh. 2) terapeutisk alliance har indirekte effekt på beh. og forudsiger forandring i perfektion- isme over tid.	Randomiseret klinisk studie
4) Shahar, G.,Blatt, S.J., Zuroff, D.C, Krupnic, J.L., Sotsky, S.M.	2004	239	DAS perfektionisme subscale (ren perfektionisme)	BDI ⁸ , SCL-90 ⁹ HRSD, GAS ¹⁰ , SAS	Socialt netværk og pt.s bidrag til den terapeutiske alliance har indirekte effekt på handlingseffekten	Analyser af TDCRP- datamateriale. Randomiseret klinisk studie
3) Shahar, G., Blatt, S.J., Zuroff, D. C., Pilkonis, P. A.5.	2003	153	DAS – perfektionisme subscale (ren perfektionise)	BDI, SCL-90, HRSD, GAS	Der er ringere outcome af depressionsbeh. ved perfektionisme og træk fra depressiv personlighedsforstyrrelse	Analyser af TDCRP- datamaterialet Randomiseret klinisk studie
2) Enns, M. W.; Cox, B. J.; Pidlubny, S. R.	2002	65	MPS - H ¹¹	BDI DEQ ¹² SF-36 ¹³	Selvkritik nedsætter effekten af gruppebehandling for depression	Randomiseret kontrolleret klinisk studie
1) Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, and Pilkonis (1998)	1998	162	DAS perfektionisme subscale (15 item) og need for approval (11 item)	HARSD, BDI, GAS, HCL-90	Perfektionisme før behandling prædikerede reduceret behandlingseffekt.	TDCRP- datamateriale ¹⁴ Randomiseret klinisk studie

⁴ DAS; Dysfunctional Attitude Scale (Weissmann & Beck, 1978)

⁵ CDRS-R; Children's Depression Rating Scale-Revised (Ponanski & Mokros, 1996)

⁶ HRSD; Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) også kaldet HAM-17

⁷ VTAS Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley & Strupp, 1983)

⁸ BDI; Becks Depression Inventory (Beck, Ward Mendelson, Mock and Erbaugh, 1961)

⁹ SCL-90

¹⁰ GAS; Global Adjustment Scale

¹¹MPS-H; Hewitt og Flett Multidimensional Perfectionism Scale (1989/1991a)

¹² DEQ; Depressive Experience Questionnaire (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976) sv. t. selvkritik skalaen i DAS.

¹³ SF-36 Health Survey (SF-36; Ware, Snow, Kosinsky, & Gandek 1993)

¹⁴ TDCRP-datamaterialet: se fodnote 3 på side 11.

6. Gennemgang af litteraturen

I 1995 fandt Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, at perfektionisme havde signifikant negativ indflydelse på effekten af korttids depressionsbehandling (16 uger) målt på 5 forskellige effektmål; HRSD, BDI, GAS; Global Adjustment Scale, HSCL-90; Hopkins Symptom Checklist og SAS; Social Adjustment Scale. Højere grad af perfektionisme før behandling ser altså ud til at forudsige dårligere effekt af behandling for depression.

1) Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, and Pilkonis (1998) anvendte det samme materiale som Blatt et al., (1995), nemlig datamaterialet fra Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP). Programmet der er fra 1985, var sponsoreret af National Institute of Mental Health og var et randomiseret klinisk studie, hvor man sammenlignede fire forskellige behandlingsmetoder for depression: Kognitiv adfærdsterapi, Interpersonel terapi, Imipramine kombineret med klinisk kontrol og endelig double-blind placebo kombineret med klinisk kontrol. Deltagerne var ambulante patienter med major depression disorder. Ud af 239 patienter, der påbegyndte behandling, gennemførte 162, dvs. deltog i min. 12 sessioner over en 16 ugers periode (Elkin, 1994).

Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, and Pilkonis (1998) inddrogede i forhold til Blatt et al. (1995) yderligere data i deres analyse af materialet, der viste, at den negative indflydelse som perfektionisme har på den terapeutiske effekt også kunne genfindes i vurderinger som var udført af terapeuterne, vurderinger af uafhængige kliniske evaluører og patienterne selv.

Et af Blatt et al.s fund var, at *perfektionisme*-før-behandling målt med perfektionisme-skalaen i DAS havde negativ indflydelse på behandlingseffekten, men til gengæld fandt de ikke at behov for godkendelse (*need for approval*) var associeret med ringere behandlingseffekt.

Den negative sammenhæng mellem perfektionisme holdt sig ved 18 mdrs. followup, og kunne ikke forklares med, at de personer der havde ringere effekt af behandlingen var mere alvorligt deprimerede.

Tre andre studier; Hawley et al. (2006), Shahar et al. (2004) og Shahar et al. (2003) har lavet analyser på det samme datamateriale som anvendt af Blatt et al. (1998).

3) Shahar et al. sammenlignede i et studie fra 2003 (Shahar et al., 2003) i hvor høj grad henholdsvis perfektionisme og personlighedsforstyrrelse har betydning for behandlingseffekten, og fandt tenderet negativ behandlingseffekt når der samtidig er depressive personlighedstræk ($p = .08$), dvs. effekten af depressionsbehandling reduceres, iflg. dette studie, når der samtidig er træk fra depressiv personlighedsforstyrrelse, altså dobbeltdepression.

Man fokuserede i dette studie på 153 af de oprindelige 239 pt. idet datamaterialet derved var komplet og sammenligneligt for det man ønskede at undersøge.

Til assessment af personlighedsforstyrrelse brugte man kliniske vurderinger ved inkludering, afslutning og under terapien, alle vha. PAF, der er en samling af deskriptive beskrivelser/paragraffer der lægger vægt på fremtrædende karakteristika ved hver af de 11 Akse II – forstyrrelser fra DSM-III. Der var ringe korrelation ($r = .03$ til $r = .23$) mellem patienternes perfektionisme og deres personlighedstræk, hvilket antyder, at de to ting er relativt uafhængige.

Forfatterne fandt tenderet negativ effekt af depressionsbehandling når der også samtidig er tale om vedvarende depressive personlighedstræk hos den deprimerede, men er forsigtige med at konkludere på dette pga. de psykometriske begrænsninger med vurdering udfra en et-items skala med lav reliabilitet og statistisk power, samt fordi man selvfølgelig bør udføre et struktureret interview mhp. vurdering af personlighedsforstyrrelse (Shahar et al. 2003 p 632).

Shahar et al.s (2003) undersøgelse støtter Blatts fund (Blatt et al., 1998), nemlig at perfektionisme har negativ effekt ifht. behandling af depression. Shahar et al. finder videre, at denne effekt holder, selv når der er kontrolleret for andre individuelle variable som patienternes personlighedstræk. De to indirekte variable, terapeutisk alliance og tilfredshed med sociale relationer, var prædikeret af graden af perfektionisme, men ikke af patienternes personlighedskarakteristika.

4) Shahar et al. (2004) brugte i lighed med de ovenstående studier TDCRP-data, og ligesom dem, anvendte de kun den rene perfektionismeskala fra DAS. Shahar og hans kolleger fandt, at socialt netværk har indirekte effekt og er en medierende faktor ifht. effekten af depressionsbehandling. Således ser det ud til, at høj grad af perfektionisme før behandling kan forudsige mindre positive sociale netværk over tid, hvilket igen prædikerede ringere grad af symptomreduktion ved afslutningen af depressionsbehandlingen.

5) Tilsvarende fandt Hawley et al. (2006) at terapeutisk alliance forringes af høj grad af perfektionisme målt før behandling. Desuden fandt man at patienternes bidrag til den terapeutiske alliance signifikant kunne forudsige, hvor meget perfektionisme kunne reduceres og dermed i hvor høj grad de kunne opnå symptomreduktion mht. depressionssymptomer. Hawley et al.s analyser viste altså, at terapeutisk alliance havde indirekte effekt på symptomlindring, idet en stærk alliance reducerede personlig sårbarhed.

6) Jacobs et al. (2009) undersøgte en gruppe deprimerede unge mellem 12-17 år. Målet var at finde ud af, hvorvidt perfektionisme (målt med DAS perfektionisme 15-item subskala) er forbundet med depression og suicidalitet samt at bestemme i hvilket omfang perfektionisme er associeret med

behandlingsrespons. Jacobs et al. (2009) havde den hypotese at

- a) perfektionisme er signifikant positivt associeret med depression og suicidalitet før behandling,
- b) at graden af perfektionisme før behandling enten forudsiger eller moderer depression og suicidalitet efter behandling og
- c) forandringer i perfektionisme målt under behandlingsperioden på 12 uger indirekte påvirker behandlingseffekten.

Deltagerne var 439 klinisk deprimerede unge mellem 12-17 år som var indskrevet i Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS).

TADS er et randomiseret kontrolleret studie, der sammenligner effekten af Kognitiv Adfærds Terapi (KAT) (n = 111), farmakologisk antidepressiv behandling med fluoxetin (n = 109), kombineret behandling med KAT og farmakologisk behandling (n = 107) og placebo (n = 112). Studiet løb over en 12-ugers behandlingsperiode.

Gennemsnitsalderen var 14.6 år med en standartafvigelse (SD = 1.5). 54% af deltagerne var piger. Resultaterne støttede Jacobs et al.s hypotese, nemlig at perfektionisme og alvorlig depression og suicidalitet korrelerede ved både 6 og 12 uger.

Ligeledes viste resultaterne at unge med høj perfektionismescore før behandling fortsat havde forhøjet depressionsscore gennem behandlingsperioden og efter behandlingen, også selvom der var et fald af perfektionisme ved alle behandlingsformer. Der var reduktion af perfektionismescoren ved alle behandlingsformerne, men KAT kombineret med medicinsk behandling viste det største fald i perfektionisme ($p < .006$).

2) I et studie fra 2002 undersøgte Enns et al. (2002) effekten af kognitiv adfærdsterapi i gruppe. Samtidig så de på i hvilken grad selvkritik, selv-orienteret perfektionisme og andre-orienteret perfektionisme har indflydelse på behandlingseffekten.

Deltagerne udfyldte Beck depression Inventory (BDI) og SF-36 Health Survey (SF-36; Ware, Snow, Kosinsky, & Gandek 1993), der er et selvrapporteringsmål for funktionsniveau og velbefindende med 8 subskalaer, hvoraf 5 er relevant for psykisk lidelse: generelt helbred og sundhed, livskraft, evne til at fungere socialt, evne til at fungere følelsesmæssigt og psykisk sundhed. Multidimensional Perfectionisme Scale (MPS; Hewitt & Flett, 1991) blev også udfyldt, men det var kun dimensionerne selv-orienteret perfektionisme (selvkritik) og socialt foreskrevet perfektionisme, der blev anvendt, idet forholdet mellem andre-orienteret perfektionisme og depression er svagt (som vist af f.eks. Enns & Cox, 1999 og Hewitt et al., 1996; se Enns et al., 2002). Endelig udfyldte deltagerne Depressive Experience Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1976), der blev benyttet til at vurdere to forskellige karaktertræk forbundet med depression: dependens og selvkritik. I dette studier blev der brugt en 19-items version (Bagby, Parker, Joffe & Buis, 1994), og heraf kun selv-kritik- skalaen, der i et tidligere studie af Rector et al., (2000) viste sammenhæng

med behandlingseffekt.

Deltageren havde inden for de sidste 18 mdr. opfyldt kriterierne for major depression og havde, trods antidepressiv medicinsk behandling, recidivalsymptomer svarende til min. scoren 9 på Becks Depression Inventory. Sådanne subkliniske symptomer er forbundet med vedvarende psykosocial funktionsnedsættelse og studier af f.eks. Paykel, 1998 og Judd et. al. 2000; (ibid) viser, at der er øget risiko for tilbagefald og kronificering når de depressive symptomer ikke er fuldt behandlet og sygdommen remitteret.

65 deltagere gennemførte programmet som løb over 12 uger. Gennemsnitsalderen i studiet var 45.4 år med en standardafvigelse på 9,2. 44% af deltagerne var kvinder. Man forsøgte at lave så naturalistisk en behandlings-setting som muligt og derfor var det kun psykotiske symptomer, alvorlig borderline personlighedsforstyrrelse, bipolar affektiv lidelse og alkohol- og stofmisbrug der var eksklusionskriterier. 9 deltagere (12%) droppede ud.

Ved hjælp af hierarkisk regressionsanalyse fandt Enns et al., at reduktion af selvkritik i løbet af behandlingen var forbundet med bedre outcome målt hhv før og efter behandlingen med BDI ($p < 0.001$) og SF-36 ($p < 0.010$). Ændring af andre-orienteret perfektionisme var associeret med bedre outcome på BDI ($p < 0.004$), men knap så overbevisende målt på SF-36 ($p < 0.071$). Forandring i selvorienteret perfektionisme var ikke forbundet med outcome i hverken BDI eller SF-36.

Et af hovedfundene var, at høj grad af selvkritik, men ikke selv-orienteret og socialt-orienteret perfektionisme var associeret med ringere behandlingseffekt for depression.

7. Konklusion

Sammenfattende ser det på baggrund af litteraturen ud til at perfektionisme nedsætter effekten af depressionsbehandling. Perfektionisme påvirker socialt netværk og terapeutisk alliance, der har indirekte betydning for effekten af depressionsbehandling.

Studiet af Hawley et al. (2006) tyder på, at det ikke er personlighedsforstyrrelse, men perfektionisme, der kan komplicere behandlingen. Man bør dog som forfatterne er inde på, være forsigtig med at tillægge dette fund for stor betydning, da datamaterialet er spinkelt vedr. personlighedsforstyrrelse.

Der bør desuden være visse forbehold når det gælder studier, der har anvendt forskellige mål for perfektionisme. De analyser der udspringer af TDCRP har alle anvendt DAS- subskalaen *perfektionisme*, ligesom Jacobs et al. (2009), hvilket gør studierne mere direkte sammenlignelige,

men her maner forfatterne imidlertid til forsigtighed mht. konklusionerne, da perfektionisme blandt unge ikke nødvendigvis er et stabilt træk som det er tilfældet blandt voksne (Cox & Enns, 2003).

Implikationer for behandling

Da der synes at være evidens for, at høj grad af perfektionisme før behandling begrænser den terapeutiske effekt særligt i den anden halvdel af en 16-uger behandlingsperiode, taler for at forlænge behandlingsperioden for meget perfektionistiske patienter. Da det samtidig er blevet vist, at patienter der ikke er helt symptomfri ved behandlingsafslutning har øget risiko for tilbagefald, synes der at være rimelige argumenter for at tage højde for forskellige komplicerende faktorer i behandlingspakke for depression.

At forstå de faktorer, der har indflydelse på behandlingsrespons ifht. behandling af depression, kan desuden være nyttigt ifht. valg af behandlingsmetode. Gruppeterapi ser f.eks ud til at være særlig hensigtsmæssig og nyttig for sociotropiske patienter, dvs. de, hvis selvværd er afhængig af kærlighed og accept fra andre (Enns et al., 2002).

8. Diskussion:

8.1: kan perfektionisme ses som en multidimensional størrelse eller måler man forskellige ting?

Som vi har set arbejder man både med en forståelse af perfektionisme som en multidimensional størrelse, og med en mere snæver forståelse af begrebet, nemlig klinisk perfektionisme (Glover et al., 2007).

Der anvendes som vi har set en række forskellige assessmentredskaber til vurdering af perfektionisme. Disse redskaber afspejler forskellige opfattelser af begrebet, men ser omvendt også ud til at være med til at påvirke den måde, hvorpå perfektionismebegrebet udvikler sig og defineres. Shafran & Mansell (2001) mener f.eks., at subskalaerne selv-orienteret perfektionisme (Hewitt & Flett, 1991a), personlig standard og bekymring over fejl (Frost et al., 1990) måler de aspekter, der kommer tættest på den klassiske forståelse af perfektionisme.

Shafran & Mansell (2001) problematiserer at en del andre skaler ikke nødvendigvis måler perfektionisme, men kun tilgrænsende aspekter, der ganske vist er relevante, men som ikke er det egentlige begreb. F.eks mener forfatterne at skalaen ”socialt foreskrevet perfektionisme” måler den opfattelse, at andre har urealistisk høje krav og forventninger til en selv. Hvis ikke den opfattelse er kombineret med at man samtidig pålægger sig selv høje, uflexible krav, er der blot tale om en opfattelse men ikke nødvendigvis perfektionisme.

Det er slående, at redskaberne til vurdering af perfektionisme i visse tilfælde er de samme eller er delelementer/subskalaer af de samme redskaber, der er udviklet til at vurdere depression. Det gælder f.eks. DAS og DEQ.

Det er således nærliggende at overveje om perfektionisme i grunden er et depressionssymptom, der måske er særlig hårdnakket og muligvis, som det gælder for den kognitive funktionsnedsættelse, hænger ved udover den periode det tager at lindre og afhjælpe de øvrige symptomer som f.eks. energi, lyst og interesse. Man bør ligeledes overveje om høj grad af perfektionisme målt før behandling, kan være udtryk for at depressionen er sværere, og at det endpoint man får ved behandlingsafslutning derfor er dårligere.

Et almindeligt forekommende ledsagesymptom til depression er selvbebrejdelser og skyldfølelse, der nok i sin mest alvorlige form kommer til udtryk som en overbevisning om, at familie og andre pårørende var bedre tjent uden hende, eller at den pinefulde depressive tilstand er en straf for undladelser og fejl begået i fortiden. Disse overbevisninger kan næsten have karakter af vrangforestillinger og det ville nok ikke være helt rimeligt at sætte lighedstegn mellem dette og så perfektionistisk tænkning.

Et andet ledsagesymptom til depression er nedsat selvtillid eller selvfølelse, som måske kommer tættere på perfektionisme, idet mange deprimerede patienter demonstrere lettere eller sværere grader af forvrænget opfattelse af, hvad der forventes af hende, det hun forventer af sig selv og det hun er overbevist om, at andre er i stand til at magte når hun sammenligner sig med dem.

Dog synes der i klinikken at være væsentlige grænseflader og overlap mellem depressive selvbebrejdelser, nedsat selvfølelse og perfektionisme. Den primære sondring er umiddelbart, at sidstnævnte er et vedvarende træk ved personligheden og/eller den kognitive stil, mens de depressive symptomer er forbigående og udtryk for akut belastning.

Imidlertid ses den personlige sårbarhed at spille ind på udviklingen af depression og på at tilstanden vedligeholdes af høje krav og forventninger til sig selv.

Hvis man ikke har et mål for præmorbid perfektionisme, men vurderer perfektionisme f.eks ved selvrapporteringsskala i depressiv episode, må man potentielt kunne risikere at måle en situationsspecifik, depressiv forvrængning, snarere end personlighedstræk eller kognitiv stil.

Sårbarhed

Der er interessant at overveje, hvorvidt perfektionister er mere sårbare for depression og stress end andre. Man kan forestille sig af perfektionisters tolerance for stress og belastning er nedsat fordi det, at belastningen overhovedet er tilstede ikke er perfekt og ideelt. Måske kan man derved tale om dobbelt-perfektionisme ligesom man taler om dobbelt depression?

Perfektionisme opfattes som vi har set både som et primært intrapsykisk personlighedsmæssigt træk og som en størrelse, der omfatter mere interpersonelle aspekter. Man kan forestille sig, at de mennesker der døjer med såkaldt anaklitisk depression bedre opfanges og beskrives med subskalaen *Need for approval* i DAS eller med *andre-orienteret* perfektionisme fra MPS-H, hvorimod de, der

snarere døjer med sociotropisk depression ikke scorer højt på de subskalaer, der måler de interpersonelle aspekter ved perfektionisme.

Empiriske undersøgelser (se f.eks. Luyten, 2002 for en opsummering; Blatt & Zuroff, 2005) tyder på, at der er markante forskelle i livserfaringer mellem de to typer af deprimerede, store karakterforskelle og forskelle mht. den kliniske fremtrædelse af depressionen.

Hvorvidt det er rimeligt, at tale om en mere eller mindre rendyrket form for perfektionisme skal være usagt, men man må rimeligvis have disse overvejelser med i sin behandlingsplanlægning i klinikken når der f.eks. rekrutteres til gruppeterapi.

Som vi har set, peger 6 ud af 6 undersøgelser i samme retning, nemlig at der er nedsat effekt af depressionsbehandling når der samtidig er høj grad af perfektionisme.

Dog er resultaterne af de inddragede undersøgelser ikke direkte sammenlignelige, bl.a. pga. anvendelsen af forskellige redskaber til vurdering af perfektionisme.

Det har betydning, hvordan perfektionisme defineres og måles.

Således ser Perfektionismeskalaen i DAS ud til at være den subskala, der afdækker den problematiske form for perfektionisme, mens det at have behov for godkendelse fra andre (need for approval), ser ud til at have mindre betydning i forhold til effekten af depressionsbehandling.

Tilsvarende viser studiet af Enns et al. (2002), at det er dimensionerne vedr. selvkritik og socialt foreskrevet perfektionisme i Multidimensional Perfectionism Scale, der har betydningen for effekten af depressionsbehandling.

9. Problemer og videre undersøgelse

Det er et oplagt problem ved denne litteraturgennemgang at så få undersøgelser er inkluderet. Der er kun få studier gennem de sidste 20 år, der eksplicit har undersøgt effekten af depressionsbehandling og samtidig forholdt sig til perfektionisme som komplicerende faktor. Et mere ambitiøst anlagt litteraturstudie skulle have medtaget et bredere felt og f.eks. have inkluderet undersøgelser af fødselsdepression.

I processen viste det sig at to af de oprindeligt inkluderede studier ikke undersøgte depressionsbehandling, men behandling af perfektionisme.

Litteraturoversigt:

Beck, A.T., Steer, R.A. and Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8,77-100.

Beck, A.T. Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., and Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Blatt, Sidney J.; Zuroff, David C.; Bondi, Colin M.; Sanislow, Charles A., III; Pilkonis, Paul A.1
Yale U, Dept of Psychiatry, New Haven, CT, US (1998)
When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume: 66, Issue: 2, Pages: 423-428

Bruun, Louise Melgaard (2014) Saml tankerne. Sådan håndterer du kognitive vanskeligheder efter stress, angst og depression. Psykiatrifonden.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16,297-334.

Egan, J., Wade, T.D., Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review* 31, 203-212.

Egan, Sarah J.1; Hine, Paula (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*. Volume: 25. Issue: 4. Pages: 245-258

Elkin, I, (1994). The NIHM Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are now. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed.,pp 114-135). New York: Wiley.

Enns, Murray W.1; Cox, Brian J.1; Pidlubny, Shannon R. (2002) Group cognitive behaviour therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response. *Cognitive Behaviour Therapy*. Volume: 31, Issue: 1, Pages: 31- 40

Glover DS, Brown GP, Fairburn CG, Shafran R. *Br J Clin Psychol*. 2007 Mar;46(Pt 1):85-94.
A preliminary evaluation of cognitive-behavioral therapy for clinical perfectionism: a case series.

Hawley, Lance L.1; Ho, Moon-Ho Ringo1; Zuroff, David C.1; Blatt, Sidney J. (2006) The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume: 74, Issue: 5, Pages: 930-942

Flett, G. L.Hewitt, P. L. (2002) *Perfectionism: Theory research and treatment*. ed. APA

Jacobs, Rachel H.; Silva, Susan G., Reinecke, Mark A.,; Curry, John F.; Ginsburg, Golda S.; Kratochvil, Christopher J.; March, John S. (2009)
Dysfunctional Attitudes Scale perfectionism: A predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents.
Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Volume: 38, Issue:6, Pages: 803-813

Noble C. L. , Ashby . J.S. and Gnilka, P. B. Multidimensional Perfectionism, Coping, and Depression: Differential Prediction of Depression Symptoms by Perfectionism Type. Journal of College Counseling. April 2014. Volume 17.

Shahar, Golan; Blatt, Sidney J.2; Zuroff, David C.3; Pilkonis, Paul A. (2003) Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Volume: 71, Issue: 3, Pages: 629-633

Shahar, Golan; Blatt, Sidney J.1; Zuroff, David C.2; Krupnick, Janice L.3; Sotsky, Stuart M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. Journal of Social and Clinical Psychology. Volume:23, Issue: 2, Pages:140-154.

Steele AL, Waite S, Egan SJ, Finnigan J, Handley A, Wade TD. Psychoeducation and group Cognitive- Behavioral Therapy for Clinical Perfectionism: A case series evaluation Behav Cogn Psychother. 2013 Mar;41(2):129-43.

Schiena, Di R.; Luminet O; Philippot, P; Douilliez, C. [Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination.](#) Personality and Individual Differences 53.6 (Oct 2012): 774-778.

Zuroff, David C.; Blatt, Sidney J.; Sotsky, Stuart M.; Krupnick, Janice L.; Martin, Daniel Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression.