

IL PERFEZIONISMO NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ COME FATTORE TRANSDIAGNOSTICO, TRATTAMENTI SPECIFICI E DIFFICOLTÀ DI TRATTAMENTO

Ludovica Foglia^a, Cinzia Calluso^b

^a Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

^b Dipartimento di Impresa & Management-Luiss Guido Carli, Roma

Corrispondenza

Ludovica Foglia

E-mail: ludofogl@gmail.com

Riassunto

L'articolo presenta il perfezionismo nei suoi aspetti intrapersonali e interpersonali. Questi ultimi vengono considerati come parte fondamentale del costrutto in quanto contribuiscono a strutturare e a mantenere il perfezionismo patologico.

Data l'importanza degli aspetti interpersonali nella definizione del costrutto, l'articolo indica le diverse forme che il perfezionismo può assumere nei disturbi di personalità. Vengono infine descritti i trattamenti maggiormente efficaci per curare il perfezionismo nei disturbi di personalità, sottolineando le difficoltà di trattamento e le strategie più consigliate per sviluppare una buona alleanza terapeutica con questa tipologia di pazienti.

Parole chiave: perfezionismo, disturbi di personalità, terapia cognitivo-comportamentale, difficoltà di trattamento

PERFECTIONISM IN PERSONALITY DISORDERS AS A TRANSDIAGNOSTIC FACTOR, SPECIFIC TREATMENTS AND TREATMENT DIFFICULTIES

Abstract

The article reviews perfectionism in its intrapersonal and interpersonal aspects. This latter is considered as a fundamental part of the construct as it contributes to structure and maintain pathological perfectionism.

Given the importance of interpersonal aspects in defining the construct, the article discusses the different forms that perfectionism can assume in personality disorders. Finally, the most effective treatments for perfectionism in personality disorders are described, highlighting treatment difficulties and the most recommended strategies for developing a good therapeutic alliance with perfectionist patients.

Key words: perfectionism, personality disorders, cognitive behavioral therapy, treatment difficulties

DOI: 10.36131/COGNCL20220105

RICEVUTO IL 20 FEBBRAIO 2022, ACCETTATO IL 9 DICEMBRE 2022

Una definizione del perfezionismo

Il perfezionismo nell'ottica cognitivo comportamentale

Il perfezionismo è un costrutto complesso che ha assunto diverse definizioni nel corso degli anni. Horney (1950) ne sottolinea il legame con la doverosità definendolo come “la tirannia dei doveri”, Burns (1980) inoltre pone enfasi sull'aspetto della ricaduta in termini di valore personale; nella sua definizione infatti i perfezionisti sono “coloro i cui standard sono elevati al di là della portata del compito o della ragione, persone che si sforzano compulsivamente e incessantemente verso obiettivi impossibili e che misurano il proprio valore interamente in termini di produttività e realizzazione”.

Frost et al. (1990) definiscono il perfezionismo come “la fissazione di standard eccessivamente elevati per le prestazioni, accompagnati da un'autovalutazione eccessivamente critica”, per cui gli standard personali sono perfezionistici solo se accompagnati da autovalutazioni eccessivamente critiche in cui la preoccupazione per aver commesso eventuali errori si associa al timore di perdere il rispetto e l'accettazione degli altri in seguito al fallimento (“la gente probabilmente penserà meno di me se faccio un errore”, “meno errori faccio, più piacerò alla gente”). Alla base di tali preoccupazioni sembrano esserci dei bisogni personali irrisolti legati al senso di competenza e di autonomia. Nei soggetti perfezionisti infatti sono frequenti le esperienze di genitori intrusivi e manipolativi che usano il controllo psicologico e l'amore condizionato come strategie educative (Smith et al., 2017).

In una prospettiva simile a quella di Frost et al. (1990), Shafran et al. (2002) ritengono che l'elemento centrale del perfezionismo stia nell'impatto che gli errori hanno sull'autovalutazione. Per gli autori, la persona con perfezionismo patologico valuta sé stessa esclusivamente in base al perseguimento di standard personalmente esigenti, autoimposti, in almeno uno o due domini salienti per lei (es. perdita di peso, successi lavorativi). La valutazione di sé è disfunzionale perché eccessivamente dipendente da un'area, inoltre, è estremamente vulnerabile poiché legata solo al successo o al fallimento in quella specifica area. È questa dipendenza dell'autovalutazione che distingue la sana ricerca dell'eccellenza, dal perfezionismo patologico. Gli autori sono concordi nel sottolineare che il problema non è dato dal fissare standard elevati, ma da quanto il fallimento nel raggiungimento di tali standard influenzi in maniera assoluta e totalizzante la valutazione di sé. Per questo gli autori individuano la psicopatologia di base del perfezionismo come una paura morbosa del fallimento.

Shafran et al. (2002) propongono una concettualizzazione cognitivo-comportamentale del perfezionismo per cui le persone con perfezionismo patologico valutano sé stesse solo sulla base dei successi o dei fallimenti ottenuti nel proprio campo di pertinenza. A causa di tale rigidità, definiscono degli standard inflessibili ed elevati, usando la sensazione di sforzo come prova che i loro standard sono sufficientemente esigenti. Il loro pensiero è caratterizzato da bias come pensiero dicotomico, attenzione selettiva verso gli errori e comportamenti ipervigili di controllo della performance.

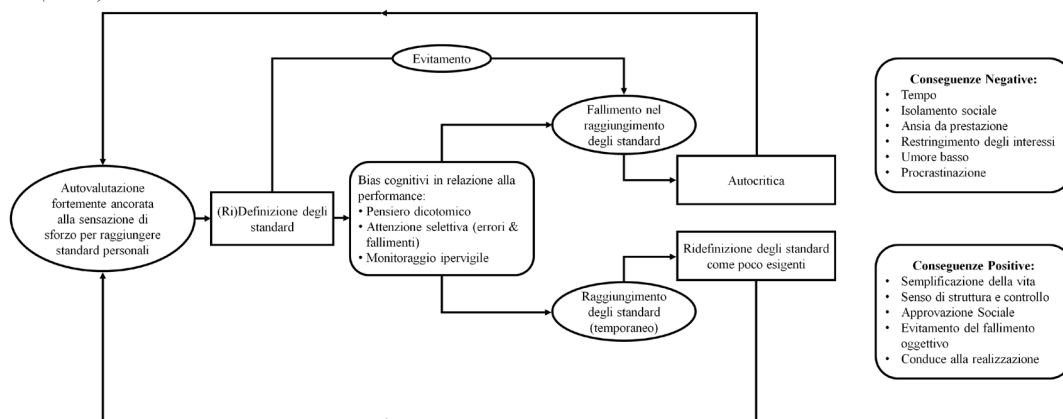
I bias di elaborazione delle informazioni aumentano la probabilità che le persone non riescano a soddisfare i propri standard, poiché soffermando l'attenzione sugli errori, bloccano l'intero processo, impedendo di trovare soluzioni alternative rispetto a un errore compiuto.

A volte il perseguimento degli standard e la paura di non riuscire a soddisfarli sono così forti da ritardare l'inizio dei compiti (i.e., procrastinazione), abbandonarli a metà strada o evitarli completamente (Frost et al., 1990). In tutti questi casi, i soggetti falliscono nel raggiungimento dell'obiettivo e tale fallimento si traduce in autocritica, che mantiene una visione negativa di sé.

Altre volte, invece, gli individui perfezionisti riescono a soddisfare gli standard con successo. Ciò inizialmente migliora l'autovalutazione, successivamente porta a rivalutare gli standard come troppo bassi e non sufficientemente esigenti, riconducendo a una visione negativa di sé. Gli autori prendono in considerazione anche le conseguenze positive del perfezionismo clinico, che fungono da rinforzo a tale meccanismo. In primo luogo, il perfezionismo clinico si manifesta in un contesto sociale che spesso avalla e vede di buon occhio il perseguimento di standard elevati; in secondo luogo, il perfezionismo consente di raggiungere effettivamente dei successi, in ultimo, può avere il beneficio indiretto di semplificare la vita della persona, dandogli un senso di struttura e controllo. Questi aspetti positivi possono superare o mascherare le conseguenze negative come l'ansia da prestazione, il restringimento degli interessi, l'isolamento sociale, l'esaurimento, l'umore basso e un senso pervasivo di fallimento.

Di seguito (**figura 1**) viene riportata la schematizzazione del modello cognitivo-comportamentale del perfezionismo clinico e dei suoi meccanismi di mantenimento secondo Shafran et al. (2002).

Figura 1. Rappresentazione schematica del modello cognitivo-comportamentale del perfezionismo clinico e dei suoi meccanismi di mantenimento. Rielaborazione basata sul lavoro di Shafran et al. (2002)



Alla luce di quanto detto fino ad ora, si possono distinguere una forma “sana” e funzionale di perfezionismo che aiuta a motivarsi, a migliorarsi e favorisce il raggiungimento dei propri obiettivi e una forma patologica di perfezionismo che è legata a una bassa autostima e alla paura di fallire. Riprendendo la definizione di Frost et al. (1990), le persone che hanno alti standard personali, ma bassi dubbi sulle azioni e preoccupazioni per gli errori, sono meno propense a procrastinare e più propense a provare un senso di autoefficacia, inoltre tendono ad attribuire i loro fallimenti a fattori esterni e i successi a fattori interni, il che suggerisce che questi individui hanno una visione più positiva di sé stessi e si biasimano meno per i loro fallimenti (Smith et al., 2021).

Dunque, un buon senso di autoefficacia e l'assenza di autostima condizionata al raggiungimento degli standard personali, sembrano essere i fattori che discriminano tra perfezionismo sano e patologico.

Un approccio dinamico-relazionale: il modello comprensivo del comportamento perfezionistico

Nella prospettiva dinamico-relazionale di Hewitt et al. (2017/2020), il perfezionismo è definito come uno stile di personalità. Gli autori forniscono un inquadramento multilivello e multidimensionale del perfezionismo nel loro modello comprensivo del comportamento perfezionistico (*Comprehensive Model of Perfectionistic Behavior*; CMPB).

Il CMPB sottolinea gli elementi relazionali e motivazionali del perfezionismo, che viene concettualizzato come uno stile di personalità che ha componenti interpersonali/relazionali, intrapersonali e di tratto.

Queste componenti si combinano tra loro in modo variabile e mutevole, dando luogo a una miriade di potenziali costellazioni e modelli. Pertanto, non esiste un singolo paziente prototipico perfezionista.

La componente **interpersonale** si riferisce alla presentazione perfezionistica di sé, che consiste nel tentativo di mostrare la propria presunta perfezione o nascondere le proprie imperfezioni agli altri. Questa modalità di funzionamento è disadattiva poiché l'individuo con perfezionismo patologico tende a sentirsi inautentico, come se fosse un impostore, ed è estremamente vigile e sensibile ai giudizi e alle impressioni che gli altri hanno di lui. I contesti interpersonali sono evitati, oppure sono vissuti come rischiosi e gli altri sono visti come inaffidabili, o irraggiungibili (Hewitt et al. 2008).

Ci sono tre stili perfezionistici di autopresentazione:

- **Autopromozione perfezionistica:** questo stile comporta la presentazione di un'immagine perfetta di sé stessi agli altri. L'auto-promotore perfezionista proietta un'immagine di sé come di un individuo capace, competente, di successo, ammirevole. Agli occhi degli altri appare come un individuo concentrato su di sé, che spesso risponde alla conversazione in modo autoreferenziale. Le situazioni sociali sono vissute come arene competitive da cui deve uscire vincente.
- **Non-esposizione dell'imperfezione:** questo stile interpersonale include l'evitamento o la dissimulazione di qualsiasi comportamento che potrebbe essere giudicato imperfetto dagli altri. Questi individui tentano di proteggere un'immagine "perfetta" di sé stessi impedendo che qualsiasi imperfezione venga rilevata. La loro difesa primaria è quella della compartimentazione, unita ad un atteggiamento interpersonale caratterizzato dalla condivisione selettiva di sé. Sono individui camaleontici, che regolano il loro modo di relazionarsi e ciò che rivelano di sé secondo la percezione di ciò che gli altri si aspettano. Hanno gruppi sociali distinti che raramente si intersecano e nei quali possono apparire e comportarsi in modi diversi per assicurarsi l'accettazione all'interno di ciascun gruppo. Questo, se da un lato può favorire l'accettazione nelle prime fasi delle relazioni, dall'altro fa percepire tali soggetti come bidimensionali e superficiali.
- **Non-disvelamento dell'imperfezione:** l'obiettivo è quello di evitare di rivelare verbalmente qualsiasi imperfezione agli altri. Per questi individui, le difese primarie sono l'esternalizzazione e la deviazione. Al contrario degli individui con autopromozione perfezionistica, la loro conversazione riguarda gli altri piuttosto che se stessi. Un individuo con un alto livello di non-disvelamento dell'imperfezione può essere abbastanza coinvolgente a livello interpersonale, ma l'interlocutore uscirà dall'incontro con la sensazione di non conoscere veramente l'individuo.

Queste tre espressioni interpersonali di perfezionismo generano l'esperienza individuale di solitudine, inautenticità e assenza di intimità (Cheek et al., 2018). Quindi la presentazione perfezionistica di sé, che nasce con lo scopo dell'accettazione sociale, crea l'opposto dell'effetto desiderato (Hewitt et al., 2006).

La componente **intrapersonale** riguarda l'espressione interiore del perfezionismo, ossia il dialogo interno unito a sentimenti e comportamenti verso sé stessi.

Il dialogo interno è costituito da pensieri e immagini a tema perfezionistico, dalla preoccupazione per il bisogno di essere perfetti che, quando le imperfezioni inevitabilmente si presentano, si traduce in ruminazioni e auto-recriminazioni.

Le ruminazioni sono sia focalizzate su di sé, sia a tema interpersonale, ossia caratterizzate dal timore relativo alla perdita dell'approvazione, dell'accettazione e del senso di appartenenza.

Mentre le altre componenti del CMPB sono stabili e disposizionali, la componente cognitiva può presentarsi come più simile a uno stato.

La componente **dei tratti** rappresenta i fattori disposizionali che riflettono il bisogno di perfezione e si riferisce al contenuto del perfezionismo (Hewitt & Flett, 1991).

A questo livello si possono distinguere tre tipologie di perfezionismo.

- Il **perfezionismo autodiretto** (*Self-oriented Perfectionism*; SOP): si riferisce all'imposizione di elevati standard personali. Tutti gli sforzi sono tesi a raggiungere la perfezione, evitando l'imperfezione, ma poiché questo non è possibile, l'individuo con perfezionismo autodiretto non si sente mai sufficientemente bravo e sperimenta una sensazione costante di fallimento, con autocritiche ed emozioni negative quali senso di colpa, delusione, vergogna e disprezzo di sé. Le emozioni negative vengono ulteriormente alimentate in quanto le persone con perfezionismo autodiretto, in genere aspirano a un perfetto controllo emotivo di sé.

Questa dimensione ha una componente motivazionale saliente che riflette lo sforzo di raggiungere la perfezione ed evitare il fallimento a tutti i costi (Smith et al., 2021). La ricerca spasmodica della perfezione può paradossalmente inibire lo sforzo comportamentale di alcuni: temendo il fallimento con le relative auto-recriminazioni, l'individuo può ritirarsi nell'evitamento e nelle fantasie di perfezione che non forniscono alcun percorso verso reali esperienze di padronanza (Hewitt, 2020).

Questi aspetti avvicinano molto questa dimensione alla concettualizzazione del perfezionismo di Frost.

- Il **perfezionismo eterodiretto** (*Other-oriented Perfectionism*; OOP): questa componente di tratto ha modalità simili al perfezionismo autodiretto, tuttavia secondo Hewitt et al. (2017/2020), tali componenti possono essere indipendenti. Nel perfezionismo eterodiretto, le richieste perfezionistiche sono rivolte verso gli altri, più spesso verso persone significative o conoscenti e, più raramente, anche verso persone sconosciute. Il soggetto caratterizzato da perfezionismo eterodiretto rivolge agli altri pretese perfezionistiche in modo dominante. Qualora le sue richieste non vengano soddisfatte tende a provare rabbia e disprezzo verso l'altro che può venire incolpato e criticato aspramente. Se l'altro invece riesce a soddisfare le sue richieste, raramente seguiranno ricompense o elogi e le aspettative perfezionistiche saranno mantenute o addirittura elevate.

È stato suggerito inoltre che, rivolgendo le aspettative perfezionistiche verso l'esterno, questa tipologia di perfezionista usi gli altri come rappresentanti del sé, il che implica una diffusione dei confini tra sé e gli altri, aspetto che rimanda alla patologia borderline

(Roxborough et al., 2009). Tuttavia diverse ricerche hanno dimostrato come questo tratto possa essere considerato una forma “oscura” di perfezionismo associato a caratteristiche di personalità principalmente antisociali e narcisistiche (Stoeber, 2014a, 2014b, 2015; Stoeber et al., 2021).

L'individuo con perfezionismo eterodiretto è descritto infatti, come una persona dominante, ipercritica ed esigente, con uno stile interpersonale ostile, arrogante e calcolatore (Hill et al., 1997).

Per quanto riguarda la sofferenza soggettiva sembrerebbe che questo tratto sia legato a una minore sofferenza soggettiva rispetto agli altri tratti presentati. Dal momento che i perfezionisti eterodiretti sottopongono gli altri alle pressioni perfezionistiche, sembrerebbe infatti che siano più i loro interlocutori a soffrire, sentendosi inadeguati e aspramente criticati (Hewitt et al., 1995).

- **Il perfezionismo socialmente prescritto** (*Socially Prescribed Perfectionism*; SPP): questa tipologia di perfezionista percepisce la presenza di forti aspettative perfezionistiche da parte degli altri, ad esempio dai membri della famiglia, dagli amici, dai conoscenti, o dalla società in generale. È mosso da una forte motivazione interpersonale, che è quella di assicurarsi accettazione, appartenenza e amore, evitando il rifiuto e l'abbandono. Questi individui percepiscono gli altri come richiestivi ed esigenti e sé stessi come non all'altezza di tali aspettative. La valutazione di sé come non adatto a soddisfare le aspettative degli altri, genera senso di inadeguatezza e scarsa importanza agli occhi degli altri, nonché un senso di disperazione e pessimismo circa le relazioni.

Il perfezionismo socialmente prescritto è la componente interpersonale centrale del perfezionismo (Hewitt et al., 2003; Hewitt et al., 2017/2020) e si differenzia dalle altre forme di perfezionismo perché è l'unico ad avere un livello ridotto di motivazione intrinseca. Dal momento che è associato alla percezione che gli altri abbiano aspettative elevate nei propri confronti, è un tipo di perfezionismo reattivo ed è caratterizzato da un *locus of control* esterno. Rispetto agli altri due tipi di perfezionismo, si differenzia anche per una bassa percezione di controllabilità, in quanto gli standard sono imposti dall'esterno. Pertanto, livelli eccessivi di perfezionismo socialmente prescritto possono dar luogo a un senso di impotenza appresa e la presenza di questo fenomeno spiegherebbe perché SPP si accompagna a elevati livelli di disagio e psicopatologia, come: depressione, ansia, ostilità (Blankstein et al., 2007), rabbia, mancanza di speranza, vergogna, solitudine, basso supporto sociale, insoddisfazione nelle relazioni, nonché a problemi interpersonali, di salute fisica e di realizzazione (Haring et al., 2003). La meta-analisi di Smith et al. (2018) ha dimostrato che il perfezionismo socialmente prescritto predice un aumento longitudinale dell'ideazione suicidaria e correla positivamente con i tentativi di suicidio.

Il modello di disconnessione sociale

Sebbene la motivazione interpersonale di accettazione e appartenenza sia più evidente nel Perfezionismo Socialmente Prescritto, secondo gli autori del modello CMPB, queste stesse motivazioni relazionali sono presenti anche nelle altre forme di perfezionismo. Quest'aspetto viene spiegato nel loro Modello di Disconnessione Sociale del Perfezionismo (*Perfectionism*

Social Disconnection Model; PSDM; Hewitt et al., 2006; 2017/2020). Gli autori propongono un modello dinamico-relazionale sullo sviluppo e sul mantenimento del perfezionismo. Essi attingono alle intuizioni della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1988; Eagle, 2017) e della psicologia del Sé (Kohut, 1971) per cui inquadrano il perfezionismo come qualcosa che si sviluppa all'interno di un contesto relazionale precoce in cui vi è una scarsa corrispondenza (asincronia) tra i bisogni di appartenenza e di autostima del bambino e le risposte del *caregiver*. Questi bisogni frustrati strutturano nel bambino un modello interno degli altri come "non disponibili", "critici", o "incapaci" e uno schema del Sé come "fragile", "difettoso", "ripugnante". In questo contesto di sviluppo, il comportamento perfezionistico (inteso come l'insieme delle componenti interpersonali, intrapersonali e dei tratti) serve allo scopo di tentare di assicurarsi un senso di appartenenza o di accettazione (relazioni con gli altri), o di riparare un senso di difettosità o di non essere "abbastanza buono" (relazione con sé), o entrambi. L'individuo perfezionista sviluppa dunque una credenza del tipo: "*se sono perfetto, non ci sarà niente da criticare, giudicare o rifiutare, niente di cui vergognarsi, e mi sentirò accettato, integro e degno*" (Hewitt et al., 2017/2020, p. 115).

Secondo Hewitt et al. (2017/2020) è probabile che le persone con perfezionismo socialmente prescritto e quelle con perfezionismo autodiretto abbiano esperito un *caregiver* incoerente o intermittente, sperimentando gli altri come duri e critici. Queste due tipologie di perfezionisti si assumono la responsabilità della mancanza di sincronia tra i propri bisogni e le risposte del *caregiver*, lavorando duramente e supponendo che solo raggiungendo la perfezione possano curare il senso di rifiuto e di bassa autostima. Le persone con perfezionismo eterodiretto invece potrebbero avere sperimentato un *caregiver* non disponibile o trascurante e potrebbero aver sviluppato un attaccamento evitante imparando a smussare e respingere i propri bisogni di attaccamento, facendo affidamento sull'autosufficienza emotiva a causa della convinzione che gli altri non siano affidabili o utili.

In questo modello interpersonale del perfezionismo, gli individui usano le relazioni (sia con sé stessi che con gli altri) per cercare di correggere i loro bisogni insoddisfatti. Tuttavia, questi stili interpersonali producono inevitabilmente l'effetto opposto, creando distacco dagli altri e disagio (Chen et al., 2012; Hewitt et al., 2006). Gli individui con perfezionismo patologico si sentono come impostori; presentano una maschera falsamente perfetta agli altri, mentre continuano a sentirsi vuoti, inadeguati e a un solo errore di distanza dal rifiuto e dalla frammentazione di sé (Hewitt, et al., 2003).

La seconda parte del PSDM postula infatti che il perfezionismo generi una disconnessione sociale soggettiva e oggettiva. La disconnessione sociale soggettiva riflette la percezione che gli altri non siano interessati a entrare in relazione con loro, ciò comporta una maggiore sensibilità al rifiuto, la convinzione che gli altri siano eccessivamente critici e una visione di sé come irrilevante per gli altri (Chen et al., 2015; Flett et al., 1996). La disconnessione sociale oggettiva riflette la realtà che le altre persone spesso evitano e rifiutano i soggetti perfezionisti a causa dei loro comportamenti sgradevoli come la freddezza, gli atteggiamenti passivo-aggressivi, l'ostilità e l'eccessiva ricerca di rassicurazioni (Haring et al., 2003). Inoltre, il PSDM afferma che sia la disconnessione sociale soggettiva che quella oggettiva contribuiscano a un intenso sentimento di alienazione e questo rifiuto, reale o percepito, ricorda dolorosamente ai perfezionisti il loro difettoso senso di sé.

Il perfezionismo nei disturbi di personalità

Il perfezionismo nel modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità

Nel DSM-5, il perfezionismo è concettualizzato come “perfezionismo rigido” ed è definito come “*rigida insistenza sul fatto che tutto sia impeccabile, senza errori o difetti, comprese le proprie e altrui prestazioni; sacrificare la tempestività per assicurare la correttezza in ogni dettaglio; credere che ci sia un solo modo giusto di fare le cose; difficoltà a cambiare idee e/o punti di vista; preoccupazione per i dettagli, l'organizzazione e l'ordine*” (American Psychiatric Association [APA], 2013; 2014, p. 891).

Secondo Ayeart et al. (2012) questa definizione è riduttiva in quanto ignora le componenti più specificamente interpersonali del perfezionismo, quindi non rappresenta il reale contributo che il perfezionismo dà ai disturbi di personalità. Gli autori ritengono che la dimensione interpersonale del perfezionismo debba essere inclusa nel Modello Alternativo per la Diagnosi dei Disturbi di Personalità (AMPD) contenuto nella sezione III del DSM-5, in quanto, dal momento che il perfezionismo è un aspetto trans-diagnostico rilevante in molti Disturbi di Personalità (DP), ciò consentirebbe una migliore definizione e validità di costruito dei DP stessi.

Ricerche successive (Hemmati et al., 2020) hanno tuttavia dimostrato che, sebbene le componenti interpersonali non siano dimensioni ridondanti del perfezionismo rigido, in qualche modo sono già rappresentante all'interno delle dimensioni AMPD quindi aggiungerle migliorerebbe la validità di costruito dei DP solo in parte.

Tuttavia, il fatto che nel DSM-5 il perfezionismo compaia unicamente come un criterio del DOC-P nel modello categoriale e venga definito come “perfezionismo rigido” nell'AMPD, fa pensare che spesso venga sottovalutato il ruolo che il perfezionismo, con le sue componenti interpersonali, ha nel generare e mantenere le diverse tipologie di DP. Ayeart et al. (2012) sostengono che avere un'idea più chiara di quali aspetti del perfezionismo siano presenti nei diversi DP, potrebbe essere utile per indirizzare il trattamento secondo obiettivi più specifici orientando il trattamento sulle componenti interpersonali e sulle conseguenze relazionali del perfezionismo.

Verranno presentate di seguito le relazioni trovate in letteratura tra i DP e le diverse componenti del perfezionismo così come indicate dal modello comprensivo del comportamento perfezionistico di Hewitt et al. (2017/2020).

Le componenti dei tratti del CMPB e i disturbi di personalità

Il perfezionismo autodiretto (SOP) nei disturbi di personalità

Il SOP predice positivamente solo uno dei quattro tratti che definiscono il DOC-P, ossia il perfezionismo rigido (Stoerber, 2014b). È presente all'interno del DOC-P come la definizione di: standard elevati, dubbi sulle azioni e procrastinazione (Dimaggio et al., 2015).

Dati clinici dimostrano che SOP è presente anche nel Disturbo Narcisistico di Personalità (Nicolò et al., 2007), in particolare nel fenotipo vulnerabile, dove prevale un'elevata preoccupazione per gli errori, aspetto che nasconde sentimenti di fallimento (Sherry et al., 2006), con ruminazioni sulle conseguenze percepite di non riuscire a essere perfetto; tuttavia, è anche un aspetto descrittivo del narcisismo grandioso (Sherry, Chen et al., 2016), dove la spinta verso l'eccellenza e la competitività riflettono un bisogno estremo di realizzazione che comporta la

volontà di sfruttare gli altri e la ricerca di status, potere e bellezza (Besser & Priel, 2010; Sherry et al., 2006).

A livello dimensionale, sono state trovate correlazioni positive significative tra SOP e affettività negativa, distacco, antagonismo, psicoticismo (Hemmati et al., 2020) e correlazioni negative significative tra SOP e disinibizione, infatti il perfezionismo rigido è un indicatore a punteggio inverso della disinibizione (Stoeber, 2014b).

Riprendendo il Modello di Disconnessione Sociale (PSDM), le persone con perfezionismo autodiretto provano un senso di disconnessione sociale dovuto al fatto che investono molto sul lavoro, o su altri obiettivi salienti per loro, trascurando i rapporti interpersonali. Gli individui con questa tipologia di perfezionismo “si allontanano dagli altri” (Smith et al., 2017) poiché sono eccessivamente focalizzati sulla realizzazione personale e trascurano gli obiettivi comuni. Il loro senso di autostima è contingente al raggiungimento della perfezione (Struman et al., 2009). Tuttavia, la perfezione è rara, così, gli individui con un elevato perfezionismo autodiretto sperimentano un'alta frequenza di fallimenti percepiti e una bassa frequenza di successi percepiti, sentendosi sempre carenti agli occhi degli altri.

In particolare, il perseguimento incessante di obiettivi di realizzazione, a scapito degli obiettivi comuni, fa sì che le persone con un elevato perfezionismo autodiretto perdano o ignorino le opportunità di relazioni strette (Hewitt et al., 2006). Allo stesso modo, le persone con un elevato perfezionismo autodiretto sono eccessivamente competitive. Quindi questa tipologia di perfezionisti vede gli altri più come potenziali concorrenti che come collaboratori (Sherry, Mackinnon et al., 2016).

Il perfezionismo eterodiretto (OOP) nei disturbi di personalità

L'OOP correla positivamente e significativamente con i DP paranoide, ossessivo-compulsivo, borderline, istrionico, antisociale, mentre è correlato negativamente ai DP schizotipico e dipendente (Sherry et al., 2007; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 1992). La correlazione positiva più forte e specifica tuttavia, è con il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) (Sherry, Chen et al., 2016; Hemmati et al., 2020). L'OOP risulta infatti una dimensione specifica del perfezionismo che predice in maniera unica il DNP, in entrambi i tratti che lo definiscono (i.e., ricerca di attenzione, grandiosità) (Stoeber, 2014b).

A livello dimensionale, sono state trovate correlazioni con i domini: affettività negativa, antagonismo e psicoticismo (Hemmati et al., 2020). Il perfezionismo eterodiretto infatti ha una moderata associazione positiva con i tratti “oscuri” della personalità (narcisismo, machiavellismo e psicopatia), con l'umorismo aggressivo e i tratti calloso anemozionali, mentre è correlato negativamente con l'amicalità. Ci sono anche forti relazioni positive del perfezionismo eterodiretto con obiettivi sociali di leadership e dominanza e relazioni negative con obiettivi sociali comunitari come accudimento e amicizia (Stoeber, 2014a, 2015; Stoeber et al., 2021).

Questi risultati confermano le osservazioni cliniche per cui le persone con narcisismo grandioso impongono con durezza richieste perfezionistiche agli altri, sperimentando una continua insoddisfazione per i difetti percepiti degli altri (Beck et al., 2004).

Kernberg (1975) ha descritto un'interazione complessa in cui gli individui narcisisti tendono a idealizzare gli altri, come una forma di proiezione di un senso di sé grandioso, reagendo con aggressività quando le altre persone non sono all'altezza di queste immagini idealizzate.

Il perfezionismo socialmente prescritto (SPP) nei disturbi di personalità

Il SPP correla in modo significativo con 18 delle 25 sfaccettature della Sezione III del DSM-5 e con tutti e cinque i domini della sezione III (in senso decrescente: affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione, psicoticismo) (Hemmati et al., 2020). È la dimensione più rilevante per i disturbi di personalità poiché si tratta di una dimensione puramente interpersonale. Il SPP è comune per i DP del cluster B (disregolato) e del cluster C (ansioso-pauroso), ma è presente anche nei disturbi del cluster A (eccentrico-bizzarro). Nello specifico SPP correla positivamente con i DP paranoide, schizotipico, antisociale, evitante, ossessivo-compulsivo, dipendente, passivo aggressivo e istrionico (Sherry et al., 2007).

Il perfezionismo socialmente prescritto predice positivamente tutti e sei i tratti che definiscono il DP schizotipico (affettività limitata, sospettosità, ritiro, eccentricità, disregolazione percettiva, credenze ed esperienze insolite), sei dei sette tratti che definiscono il disturbo borderline (ansietà, labilità emotiva, ostilità, ansia da separazione, depressione, impulsività), cinque dei sette tratti che definiscono il disturbo antisociale (ostilità, inganno, insensibilità, impulsività, irresponsabilità), tutti e quattro i tratti che definiscono il DP evitante (ansietà, anedonia, evitamento dell'intimità, ritiro), tutti e quattro i tratti che definiscono il DP ossessivo-compulsivo (rigidità perfezionistica, perseveranza, evitamento dell'intimità, affettività ridotta) (Stoeber, 2014b).

Le analisi di correlazione parziale (Hewitt et al., 1992) hanno indicato che il perfezionismo socialmente prescritto è l'unica dimensione del perfezionismo multidimensionale che correla in modo unico con i tratti ossessivi.

Nello studio di Hewitt et al. (1992) i tratti paranoide sono fortemente associati al SPP. Questo risultato secondo gli autori è coerente in quanto le aspettative irrealistiche percepite da parte degli altri potrebbero essere collegate alla tendenza, tipica dell'individuo paranoide, a vedere gli altri come minacciosi. Le analisi degli autori hanno anche rilevato un'associazione positiva tra i tratti dipendenti e il SPP e ciò fornisce supporto al fatto che gli individui con Disturbo Dipendente di Personalità abbiano un marcato bisogno di affetto e approvazione sociale, ed evitano di fare richieste agli altri. Infine, il perfezionismo socialmente prescritto risulta correlato ai tratti evitanti, ma non ai tratti schizoidi. Questi dati portano gli autori a concludere che gli individui con disturbo evitante si tengano alla larga dalle relazioni sociali poiché sono particolarmente preoccupati delle valutazioni e delle potenziali critiche degli altri, mentre gli schizoidi evitano le interazioni sociali più per una sensazione di apatia, distacco e avversione per le relazioni.

La ricerca ha dimostrato inoltre che esiste una correlazione importante e significativa tra SPP e il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) (Hewitt et al., 1994; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 1992; Stoeber, 2014b; Hemmati et al., 2020). Wagner e Linehan (1997) ipotizzano che queste relazioni possano riflettere le percezioni di aspettative sociali irrealistiche radicate nell'invalidazione e nelle critiche ricevute durante l'infanzia. Gli autori hanno inoltre suggerito che una sensazione di standard impossibili imposti dall'esterno, possa alimentare parte della rabbia sperimentata dai pazienti con DBP.

Chen et al., (2019) hanno dimostrato che il SPP correla positivamente con il DBP in quanto interferisce con la chiarezza del concetto di sé e favorisce l'insorgere di problemi interpersonali. Hewitt et al. (2017) affermano infatti che gli individui con un alto SPP esibiscono comportamenti interpersonali disadattivi come distacco, ostilità e un atteggiamento eccessivamente difensivo. Secondo gli autori tali atteggiamenti generano un senso di disconnessione sociale che, a sua volta, alimenta una percezione di sé come difettoso e non amabile e degli altri come severi, critici e inaffidabili.

Il perfezionismo narcisistico

Smith et al. (2016), suggeriscono che il perfezionismo eterodiretto e quello autodiretto siano positivamente correlati alla grandiosità narcisistica. Secondo gli autori, negli individui con narcisismo grandioso, la dimensione SOP sembrerebbe indicare più un bisogno estremo di realizzazione e potrebbe essere accompagnato dalla volontà di sfruttare gli altri nella ricerca di status e potere.

Il perfezionismo nel narcisismo grandioso assume una forma ben precisa tanto che alcuni autori, sottolineando soprattutto il legame tra OOP e narcisismo, hanno delineato il concetto di “perfezionismo narcisistico” (Nealis et al., 2015; Sherry et al., 2018), inteso come uno stile di personalità caratterizzato da uno schema di sé (Young, 1994) perfetto e superiore, e degli altri come deboli, carenti, inferiori e meritevoli di critiche. Gli altri sono visti positivamente e idealizzati solo quando mostrano ammirazione, alimentando così il senso di sé grandioso.

A livello interpersonale, questa tipologia di perfezionista è dominante, manipolatore e sgradevole. Riprendendo il modello CMPB, l'individuo con perfezionismo narcisistico usa uno stile di autopresentazione caratterizzato dall'autopromozione perfezionistica (Smith et al., 2016).

Sorotzkin (1985) ha anche suggerito che i soggetti narcisisti possono presentarsi sfacciatamente come perfetti agli altri nel tentativo di confermare la loro grandiosa immagine di sé. Come hanno osservato Beck et al. (2004) per i narcisisti grandiosi, “*l'immagine è tutto perché è l'armatura della loro autostima*” (p. 252). La componente “non esposizione dell'imperfezione” è correlata negativamente alla grandiosità narcisistica, aspetto che suggerisce che i narcisisti grandiosi potrebbero non preoccuparsi delle manifestazioni di imperfezioni in quanto credono che tali imperfezioni non esistano (Sherry et al., 2007).

I dati trovati in letteratura dimostrano inoltre che c'è un'associazione tra perfezionismo narcisistico e affettività negativa. I narcisisti sperimentano infatti emozioni di rabbia quando gli altri non riconoscono la loro superiorità e perfezione, ma anche un generale senso di disconnessione sociale poiché un'esperienza di reale connessione intima è impossibile, e tutto è spostato sul piano della competizione e del confronto sociale. Secondo Nealis et al., (2015) i narcisisti grandiosi soffrono in mezzo a un angosciante conflitto quotidiano con gli altri.

Rispetto al modello di disconnessione sociale, si può dire che le persone con perfezionismo eterodiretto “si muovono contro gli altri” (Smith et al., 2017), denigrano gli altri, sono continuamente deluse e in conflitto con loro (Hewitt & Flett, 1991; Sherry, Mackinnon et al., 2016). Tuttavia, il perfezionismo eterodiretto mostra associazioni inconsistenti con i sintomi depressivi (Smith et al., 2018). La teoria suggerisce infatti che gli individui con questa tipologia di perfezionismo tendano a esternalizzare la colpa e che ciò li tenga lontani dai sintomi depressivi (Smith et al., 2018). I destinatari delle richieste perfezionistiche tuttavia soffrono molto (Sherry, Mackinnon et al., 2016; Smith et al., 2017) e spesso allontanano e rifiutano gli autori di tali richieste generando in loro un senso di disconnessione sociale e solitudine. Le evidenze scientifiche suggeriscono inoltre che il perfezionismo eterodiretto predice il perfezionismo socialmente prescritto e quello autodiretto in coloro che hanno un rapporto con loro (Smith et al., 2017); tale aspetto suggerisce la possibilità che i figli di genitori perfezionisti possano sviluppare a loro volta altre forme di perfezionismo (Sherry et al., 2017).

Il perfezionismo autocritico

Dalla metanalisi di Smith et al. (2016) si evince che nel narcisismo vulnerabile sembra

prevalere invece una forma di perfezionismo che è un insieme di tratti SOP e SPP, con una presentazione perfezionistica di sé caratterizzata dal non disvelamento e non esposizione delle imperfezioni. Tale forma di perfezionismo viene descritta da Sherry et al. (2018) come “perfezionismo autocritico”, uno stile di personalità che consiste nella tendenza a essere ipercritici nei propri confronti, a preoccuparsi degli errori, a dubitare delle proprie capacità di prestazione e a vedere gli altri come portatori di aspettative elevate ed eccessive. L'individuo con perfezionismo autocritico ha uno schema di sé come difettoso, imperfetto, carente e, in gran parte, indegno. Si sente incapace di raggiungere gli standard che si auto impone, o che sente che gli vengono imposti dagli altri e per questo, spesso tende a procrastinare (Jabbari et al, 2018).

Secondo Nealis et al. (2015), l'esperienza quotidiana dei soggetti con perfezionismo autocritico è dominata dall'idea di essere imperfetti agli occhi degli altri, non solo ai propri. La persona con perfezionismo autocritico infatti tende a uno stato idealizzato di perfezione, ma a differenza del perfezionismo narcisistico, si percepisce molto distante da questo ideale. La discrepanza tra il sé attuale e il sé ideale è una caratteristica centrale di questa tipologia di perfezionismo, così come la presenza di ruminazioni sulle conseguenze percepite del non riuscire a essere perfetti.

L'individuo con perfezionismo autocritico è particolarmente incline al confronto sociale, vedendosi spesso in una posizione di inferiorità e debolezza rispetto agli altri.

Gli altri vengono visti come giudici severi, critici ed esigenti, forti, dominanti, sprezzanti (Dimaggio & Attinà, 2012), oppure come oppressori ingiusti che sottopongono il sé a standard dolorosamente elevati che non possono essere soddisfatti. A livello intrapersonale, la percezione che gli altri siano critici ed esigenti alimenta il senso di sé come difettoso, rendendo le persone con perfezionismo autocritico più inclini a esperire il disagio emotivo (Sherry et al., 2008).

Il perfezionismo autocritico si associa infatti a un elevato livello di affettività negativa; i dati presenti in letteratura mostrano che esso correla in modo significativo con la rabbia di stato, la rabbia di tratto, la ruminazione (Besharat & Shahidi, 2010), la vergogna (Chen et al., 2015) e l'ansia sociale (Frost et al., 2010).

Il perfezionismo e il Five Factor Model

Che il perfezionismo patologico sia legato ad aspetti disfunzionali della personalità, è indicato in letteratura anche da ricerche svolte nell'ambito del Five Factor Model (FFM, Costa & McCrae, 1992). I dati presenti dimostrano che il perfezionismo si associa positivamente al neuroticismo e negativamente all'apertura all'esperienza, all'amicizia (Sherry, et al., 2007; Stricker et al., 2019), all'estroversione e alla coscienza. L'interpretazione che gli autori danno di tali risultati, in linea con il modello di disconnessione sociale, è che il perfezionismo, nella sua forma patologica, correla con aspetti disfunzionali della personalità e con problemi interpersonali caratterizzati dalla sensazione di rifiuto, esclusione e solitudine. Il perfezionismo patologico sarebbe inoltre legato alla difficoltà nella realizzazione e nell'avvio dei compiti (Sirois et al., 2017) più che a una sana forma di ambizione e organizzazione del lavoro, al dovere e all'autodisciplina, più tipica del perfezionismo adattivo (Dunkley et al., 2012).

Il trattamento della “personalità perfezionistica”

Difficoltà nell'alleanza terapeutica

Il trattamento del perfezionismo è agli albori e non esiste un modello su come affrontare il perfezionismo (Overholser & Dimaggio, 2020). Il perfezionismo interferisce con il processo di

ricerca e avvio del trattamento (Hewitt et al., 2021), così come con il processo di trattamento (Hewitt et al., 2008); inoltre, è associato e predice un cattivo esito del trattamento (Blatt & Zuroff, 2002).

Il perfezionismo socialmente prescritto e l'autopromozione perfezionistica, in particolare, sembrano essere associati ad atteggiamenti negativi verso la ricerca di aiuto presso i professionisti, a paure nei confronti della psicoterapia e dei terapeuti, ad un aumento dell'ansia nei colloqui clinici iniziali e ad un ridotto beneficio nella terapia individuale e di gruppo (Hewitt et al., 2021; Zuroff et al., 2000).

Durante il trattamento infatti, gli individui con perfezionismo socialmente prescritto possono sacrificare il progresso reale per compiacere il clinico, con lo scopo di apparire come il paziente perfetto; quelli con perfezionismo autodiretto possono invece impegnarsi per raggiungere risultati rapidi ed eccezionali, ma potrebbero scoraggiarsi e abbandonare la terapia se i loro progressi non dovessero corrispondere alle proprie aspettative. I pazienti con perfezionismo eterodiretto, infine, potrebbero assumere un atteggiamento ipercritico ed esigente nei confronti del terapeuta e potrebbero essere poco fiduciosi nel trattamento (Cheek et al., 2018).

Secondo Blatt (1974), l'atteggiamento ostile, difensivo, o compiacente dei pazienti perfezionisti potrebbe dipendere dalla tendenza a proiettare la loro dura autocritica sui terapeuti, oppure da schemi di sfiducia e diffidenza verso gli altri maturati all'interno dei primi contesti relazionali. Secondo l'autore, i pazienti con un livello più elevato di perfezionismo percepirebbero il loro terapeuta come meno empatico e più giudicante rispetto ad altri pazienti, avrebbero grande difficoltà a fidarsi, a individuare e a esprimere le proprie emozioni, oltre che a creare un senso di "connessione" e legame emotivo con il terapeuta. I terapeuti, dal canto loro, potrebbero essere meno empatici e motivati a lavorare con i pazienti perfezionisti, ma nonostante ciò sia stato smentito e, al contrario, sia stato dimostrato che i terapeuti applichino lo stesso livello di empatia e impegno che con gli altri pazienti (Zuroff et al., 2000), le analisi di Hewitt et al. (2021) dimostrano che i pazienti con un alto livello di perfezionismo vengono percepiti dai clinici in modo meno favorevole. Secondo Miller et al. (2017), i terapeuti potrebbero non amare i pazienti perfezionisti tanto quanto gli altri pazienti e la loro reazione di distacco potrebbe manifestarsi in modo sottile, aspetto che verrebbe immediatamente colto da questi pazienti, così attenti a cogliere negli altri segnali di distanza o rifiuto; inoltre, questi lievi segnali di rifiuto potrebbero portare i pazienti a ritirarsi dalla relazione (Hewitt, 2020).

Dato il ruolo importante della relazione terapeutica nell'esito del trattamento, non sorprende che i pazienti perfezionisti sperimentino una minore riduzione dei sintomi rispetto ad altri pazienti (Zuroff et al., 2000). Un altro fattore che ostacola il successo della terapia è rappresentato dallo scarso livello di soddisfazione sociale che accompagna questa categoria di pazienti, aspetto che non consente di far leva sulle risorse sociali. Pertanto, è importante concentrare il trattamento sul miglioramento del funzionamento interpersonale.

Sulla base di quanto detto sopra Hewitt et al. (2015) ritengono che i trattamenti che si concentrano specificamente sulle basi relazionali e sui comportamenti interpersonali legati al perfezionismo, possano essere particolarmente adeguati a trattare questa tipologia di pazienti. Gli autori sostengono inoltre che i pazienti con stili perfezionistici rispondano male ai trattamenti a breve termine o a quelli orientati ai sintomi. Essi hanno bisogno di tempo per imparare a fidarsi del terapeuta, creando un legame all'interno del quale possano sperimentare un senso di connessione e di condivisione autentica. Una terapia breve e orientata ai sintomi produrrebbe cambiamenti negli atteggiamenti o nelle cognizioni perfezionistiche che potrebbero non riflettere i cambiamenti nelle componenti più profonde, come i tratti perfezionistici o gli stili interpersonali,

che sono necessari per migliorare il funzionamento sociale (Cheek et al., 2018).

È importante quindi orientare il trattamento su aspetti interpersonali, strutturando una relazione terapeutica caratterizzata da empatia, sostegno, accettazione, aspetti che possono essere interiorizzati dal paziente fornendogli la sicurezza necessaria. Senza sperimentare l'accettazione incondizionata del terapeuta, il paziente potrebbe non essere in grado di ristrutturare le sue convinzioni perfezionistiche ad un livello più profondo.

I trattamenti per la “personalità perfezionistica”: prove di efficacia

Come tutti i tratti di personalità disadattivi, il perfezionismo è stabile, e richiede interventi a lungo termine (Blatt, 2002).

Il perfezionismo è un problema trans-diagnostico che contribuisce alla causa, al peggioramento e al mantenimento di diversi disturbi spesso in comorbidità tra loro. Affrontarlo durante il trattamento, quindi, potrebbe rappresentare una strategia clinica economica rispetto all'applicazione in sequenza di approcci specifici per i singoli disturbi (Podina et al., 2020).

Verranno indicati di seguito i trattamenti che si sono rivelati maggiormente efficaci nell'affrontare il perfezionismo.

L'intervento cognitivo-comportamentale per il perfezionismo patologico si basa sul modello cognitivo-comportamentale del perfezionismo disadattivo (Frost et al., 1990).

Fairburn et al. (2003) hanno sviluppato un protocollo per il perfezionismo basato su un trattamento cognitivo-comportamentale per i disturbi alimentari. Tale trattamento mira a quattro elementi: (1) identificare il perfezionismo come un problema (analisi costi e benefici) e stabilire i suoi meccanismi di mantenimento (ad esempio, il controllo ripetuto delle prestazioni e l'evitamento); (2) condurre esperimenti comportamentali per sfidare le credenze legate al perfezionismo (ad esempio, riducendo la frequenza del comportamento di controllo, l'esposizione graduale a situazioni evitate); (3) metodi cognitivo-comportamentali per affrontare gli standard personali dell'individuo, la rigidità e l'autocritica; (4) ampliare l'autovalutazione dell'individuo adottando modi alternativi di pensare e comportarsi.

Una serie di studi randomizzati controllati testimonia l'efficacia del trattamento CBT del perfezionismo clinico. In particolare, Riley et al., (2007) hanno riportato una diminuzione del perfezionismo clinico in un gruppo di pazienti trattati con CBT rispetto ad un gruppo di controllo allocato ad una lista di attesa, a seguito di un protocollo di 8 settimane. I miglioramenti sono stati anche confermati al follow-up di 8 e 16 settimane. Risultati simili sono anche riportati da Egan et al., (2014), in cui sono stati messi a confronto pazienti inclusi in tre gruppi randomizzati: i., trattamento CBT faccia a faccia, ii., trattamento di auto-aiuto CBT online, e iii., lista di attesa (i.e., gruppo di controllo). I risultati hanno evidenziato come sia il gruppo che ha ricevuto il trattamento CBT faccia a faccia che il gruppo di auto-aiuto online mostrino una significativa diminuzione del perfezionismo rispetto al gruppo in lista d'attesa, e che questi risultati sono mantenuti al follow-up a 6 mesi di distanza. Inoltre, il gruppo che ha ricevuto il trattamento faccia a faccia mostra anche una riduzione dei livelli di depressione, ansia, e stress, ed un significativo miglioramento dell'autostima, rispetto agli altri due gruppi; anche in questo caso gli effetti erano ancora presenti al follow-up a 6 mesi. Similmente, Handley et al., (2015) riportano una diminuzione di: depressione, disturbi del comportamento alimentare, ansia sociale, sensibilità all'ansia e ruminazione, ed un aumento significativo di autostima e qualità della vita in un gruppo di pazienti allocati ad un trattamento CBT di gruppo rispetto al campione

di controllo in lista d'attesa. I risultati mostrano come il miglioramento dei sintomi fosse mediato da una riduzione significativa pre-post trattamento dei livelli di perfezionismo clinico; il miglioramento, inoltre, è stato osservato e mantenuto anche al follow-up a 6 mesi. Un'ulteriore linea di ricerca si è concentrata sulla valutazione dell'efficacia dei trattamenti CBT erogati online (i.e., ICBT) (Buhrman et al., 2020; Grieve et al., 2022; Kothari et al., 2019; Rozental et al., 2017; Zetterberg et al., 2019). Ad esempio, uno studio ha confrontato un trattamento ICBT guidato rispetto ad un gruppo di controllo inserito in una lista d'attesa, mostrando un miglioramento del perfezionismo, in particolare nelle componenti di "preoccupazione per gli errori" e "standard personali" (Rozental et al., 2017). In particolare, il miglioramento è stato osservato nel 44.9% dei pazienti sottoposti al trattamento ICBT, contro l'11.5% dei pazienti inseriti nella lista d'attesa. In uno studio successivo dello stesso gruppo (Zetterberg et al., 2019), condotto sui pazienti che erano stati precedentemente inseriti nella lista d'attesa di 8 settimane, gli autori hanno testato la possibile differenza tra un trattamento ICBT erogato con il supporto di un terapeuta rispetto ad un trattamento ICBT in cui il supporto del terapeuta era erogato solo a fronte di una richiesta da parte del paziente. I risultati di questo studio hanno evidenziato una significativa riduzione dei sintomi in entrambi i gruppi di pazienti, che risultava mantenuta anche a distanza di 6 mesi. Un ulteriore studio randomizzato controllato ha comparato l'efficacia di un trattamento di auto-aiuto CBT guidato rispetto ad un trattamento di auto-aiuto CBT puro sul perfezionismo clinico nel trattamento dei sintomi depressivi ed ossessivo-compulsivi (Pleva & Wade, 2007). I risultati hanno mostrato che sebbene entrambi i gruppi avessero esperito un miglioramento dei sintomi e del perfezionismo, nel caso del trattamento guidato, il miglioramento dei sintomi e del perfezionismo risultava più evidente; in entrambi i casi il miglioramento è stato mantenuto al follow-up a 3 mesi.

Ulteriori prove di efficacia del trattamento CBT per il perfezionismo derivano anche da altri studi, sebbene non si tratti di studi randomizzati controllati. Ad esempio, Kutlesa & Arthur (2008) hanno riportato una diminuzione di depressione, ansia e perfezionismo in studenti sottoposti ad un trattamento CBT di gruppo, rispetto a due gruppi di controllo (design quasi-sperimentale), che nello stesso periodo avevano preso parte a workshop di altro tipo. Arpin-Cribbie et al., (2008) in uno studio che includeva tre gruppi sperimentali sottoposti a: i., nessun trattamento, ii., trattamento per la riduzione dello stress, e iii., trattamento per la riduzione dello stress abbinato a CBT, hanno mostrato una diminuzione dei pensieri disfunzionali ed un miglioramento del tono dell'umore progressivamente maggiori con l'aumentare del livello di trattamento (i.e., riduzione dello stress + CBT > riduzione dello stress > no trattamento). Infine, altri studi hanno suggerito l'efficacia della CBT individuale (Ferguson & Rodway, 1994; Rozental, 2020) e di gruppo (Chand et al., 2018) nel trattamento del perfezionismo; tuttavia, in questi casi si tratta di studi non controllati, condotti secondo un metodo pre-post-follow-up, o single case study.

La **Terapia Metacognitiva Interpersonale**, in quanto approccio trans-diagnostico, si è rivelata molto utile nel trattamento del perfezionismo disadattivo. L'obiettivo della MIT è modificare gli stati mentali problematici incrementando la metacognizione. Questo approccio considera l'aspetto interpersonale del perfezionismo, non tanto come nella definizione di Hewitt, ma come un'immagine di sé condizionata (ad esempio, "*devo avere un risultato perfetto altrimenti sarò rifiutato*", "*devo risultare perfetto altrimenti sarò un fallimento*") (Carcione & Semerari, 2018).

È una terapia efficace per i soggetti perfezionisti poiché li aiuta ad aumentare la consapevolezza degli schemi Sé-Altro, dei costi del perfezionismo, degli stati mentali problematici associati ad

esso e dell'origine degli schemi perfezionistici. I perfezionisti spesso vedono sé stessi come inferiori, ciò procura loro la paura di sbagliare e di ricevere critiche, li rende inclini a provare vergogna quando pensano che i loro difetti siano stati smascherati, o sensi di colpa quando sentono di aver causato sofferenza (Dimaggio et al., 2020). Dato l'elevato livello di inibizione e scarsa consapevolezza emotiva che accompagna i soggetti perfezionisti e la definizione del valore personale esclusivamente in base al contesto e agli obiettivi autoimposti sotto forma di doverosità, si è rivelato utile per il trattamento, favorire un monitoraggio delle sensazioni marcate somaticamente, per consentire la presa di decisioni sulla base dei desideri, oltre che dei valori/Sé ideale e del contesto interpersonale (Carcione et al., 2016).

Cheli et al. (2020) riportano una riduzione di perfezionismo, autocritica, preoccupazione, ruminazione, evitamento esperienziale, ed un miglioramento delle abilità metacognitive in un single case study condotto su un paziente con DP ossessivo-compulsivo trattato con TMI per 6 mesi (sia a fine trattamento, che al follow-up dopo 1 mese). Tuttavia, in letteratura mancano ulteriori prove controllate di efficacia della TMI nel trattamento del perfezionismo.

La **Mindfulness** risulta efficace nel trattamento del perfezionismo soprattutto se è associata al trattamento CBT standard. Secondo Flett et al. (2020), i tentativi di introdurre la terapia mindfulness possono essere contrastati dagli individui perfezionisti poiché un focus sull'essere è troppo dissonante con la loro identità e con i loro stili di vita. Le persone con perfezionismo patologico infatti sono poco orientate sul momento presente, in quanto ruminano sul passato e rimuginano sul futuro, sono molto incentrate sul raggiungimento di obiettivi futuri e sono poco abituate all'osservazione non giudicante delle proprie emozioni ed esperienze interne, con la tendenza a nascondere parti di sé considerate "imperfette".

Prima di introdurre la mindfulness, Flett et al. (2020) consigliano dunque di procedere con tecniche CBT standard per consentire ai pazienti di inquadrare il perfezionismo come un problema che ha numerosi costi.

Relativamente alle prove di efficacia dei trattamenti mindfulness sul perfezionismo, Mathur et al., (2021) riportano i risultati di uno studio randomizzato controllato condotto su pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo. In particolare, gli autori hanno confrontato un trattamento CBT basato sulla mindfulness con un programma di stress management training di 12 settimane; i risultati mostrano che il 90% dei pazienti trattati con il programma di mindfulness ha mostrato una risposta al trattamento, contro il 27% dei pazienti trattati con stress management training, con una riduzione significativa dei sintomi OCD, dell'ansia, e dei livelli di perfezionismo. Wimberley et al., (2016) mostra l'efficacia di un trattamento biblioterapico basato sulla mindfulness di 6 settimane, rispetto ad un gruppo di controllo inserito in una lista d'attesa, nella riduzione del perfezionismo; il miglioramento si mostrava mantenuto al follow-up a 12 settimane. Ulteriori elementi a favore dell'efficacia della mindfulness emergono da una serie di altri studi, sebbene non si tratti di studi randomizzati controllati. Ad esempio, Burns et al., (2011) riporta una riduzione di stress, ansia e perfezionismo in una coorte di studenti trattati con un programma mindfulness della durata di due semestri. Analogamente, Olton-Weber et al., (2020) riportano una riduzione del perfezionismo in un gruppo di studenti iperdotati a fronte di un trattamento mindfulness di 6 settimane, e mantenuti al follow-up a 5 settimane.

Cheli et al. (2021) hanno trovato che, in pazienti che avevano concluso una psicoterapia individuale, un intervento di gruppo sulla Mindfulness, integrato con il modello PSDM, si è rivelato molto efficace riducendo l'autocritica, aumentando la capacità di non giudicare e non reagire all'esperienza e riducendo i tratti perfezionistici (SOP, OOP, SPP). James & Rimes,

(2018) hanno condotto uno studio pilota in cui è stata confrontata l'efficacia di due trattamenti: una terapia cognitiva basata sulla mindfulness ed un protocollo di auto-aiuto CBT. I risultati hanno mostrato una riduzione dei livelli di perfezionismo e dello stress nel gruppo trattato con terapia cognitiva basata sulla mindfulness, rispetto al gruppo di auto-aiuto CBT; inoltre, il miglioramento osservato – che risultava mediato da un aumento nell'auto compassione pre-post trattamento - era mantenuto anche al follow-up a 10 settimane. Analogamente, Senderey, (2016) riporta i risultati di un ulteriore studio pilota in cui il trattamento CBT è stato integrato alla Mindfulness con lo scopo di ridurre la procrastinazione, la ruminazione ed il generale livello di sofferenza soggettiva. I risultati, basati esclusivamente su osservazioni qualitative, suggeriscono una buona efficacia ed un buon livello di compliance da parte dei pazienti. Infine, Lamarre & Marcotte, (2021) hanno mostrato che la mindfulness disposizionale media agisce, riducendola, sulla relazione tra perfezionismo disadattivo e sintomatologia ansiosa.

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) non dispone, allo stato attuale, di comprovate prove di efficacia basate su studi randomizzati controllati, con la sola eccezione dello studio di Ong, Lee, et al., (2019). Questo studio ha confrontato un gruppo di pazienti sottoposti a trattamento ACT rispetto ad un gruppo di pazienti in lista d'attesa, mostrando miglioramenti nel perfezionismo clinico, nonché nelle misure di benessere, stress e compromissione funzionale. Malgrado questi risultati siano incoraggianti, la loro generalizzabilità è limitata dal campione ristretto e dall'elevata percentuale di drop-out. Altri elementi a favore della possibile efficacia del trattamento ACT provengono da studi non controllati, i cui risultati sembrano suggerire che l'ACT possa essere efficace per il trattamento del perfezionismo in quanto riduce lo sforzo cognitivo di monitoraggio delle prestazioni e l'autocritica, favorendo la defusione da pensieri disfunzionali, con conseguente riduzione di depressione, ansia e sofferenza soggettiva (Bisgaier, 2018; Ong et al., 2020) Inoltre, l'esito del trattamento sembrerebbe moderato dal livello di inflessibilità individuale pre-trattamento; in particolare, un livello di inflessibilità inferiore prediceva un maggiore miglioramento in termini di qualità della vita, mentre livelli più elevati di inflessibilità predicevano un miglioramento del disagio collegato ai sintomi e al deterioramento funzionale (Ong, Barney, et al., 2019). Infine, uno studio semi sperimentale con pre-post design e gruppo di controllo, condotto su pazienti che lamentavano problemi di emicrania, suggerisce una riduzione del perfezionismo clinico ed una maggiore resilienza nei soggetti sottoposti al trattamento rispetto al gruppo di controllo (Esmacili et al., 2021). In generale, le prove di efficacia del trattamento ACT sul perfezionismo clinico appaiono ancora piuttosto parziali, pertanto, ulteriori studi randomizzati e controllati sono necessari al fine di validarne l'efficacia.

La *Compassion Focused Therapy* (CFT) nasce a seguito dell'osservazione clinica che alcuni pazienti, particolarmente auto-critici e auto-colpevolizzanti, trattati con la CBT standard, ottengono una migliore consapevolezza dei propri problemi disfunzionali, ma continuano ad autoaccusarsi e a sperimentare un'intensa emozionalità negativa.

La CFT, basandosi su un modello neuro-psicologico di stampo evolucionistico, prende in considerazione le modificazioni adattive che gli individui sviluppano in risposta ad ambienti difficili. Secondo questo approccio vi sarebbero tre sistemi di regolazione affettiva che si sono sviluppati nel corso dell'evoluzione: i., il "sistema di protezione dalla minaccia", ii., il "sistema di ricerca di stimoli e risorse", ovvero un sistema attivante che spinge alla realizzazione di scopi, e iii., il "sistema calmante dell'appagamento", finalizzato alla regolazione affettiva e caratterizzato da emozioni di gentilezza, affetto e compassione per sé stessi e per gli altri.

Secondo la CFT, la sofferenza emotiva e la difficoltà ad avviare processi di cambiamento dipendono dal fatto che i pazienti permangono in maniera inflessibile nei primi due sistemi, senza riuscire ad accedere al “sistema calmante” (Gilbert, 2010, 2012).

Essendo il perfezionismo disadattivo caratterizzato da una forte emozionalità negativa e da sentimenti di disconnessione sociale (Hewitt et al., 2017/2020), la CFT si è dimostrata particolarmente efficace con questa tipologia di pazienti.

Relativamente all'efficacia della CFT nel trattamento del perfezionismo, sono carenti gli studi randomizzati controllati. L'unico studio di questo tipo si focalizza su un protocollo definito “meditazione dell'amore e della gentilezza” (i.e., Love-Kindness Meditation, LKM) volto ad aumentare i sentimenti di autocompassione (Shahar et al., 2015). Lo studio si è concentrato su individui caratterizzati da perfezionismo autocritico, ed ha mostrato che il trattamento è riuscito a diminuire l'autocritica, aumentare l'autocompassione e migliorare i sintomi depressivi nel gruppo sottoposto a LKM rispetto al gruppo di controllo (i.e., lista d'attesa), con un'efficacia mantenuta anche al follow-up a 3 mesi. Ulteriori elementi a favore del trattamento basato sulla compassione emergono anche da altri studi, sebbene non si tratti di protocolli controllati. Ad esempio, Demehri et al. (2021) mostrano una riduzione del perfezionismo e dei sentimenti di colpa e vergogna in un gruppo di adolescenti sottoposti a 8 sessioni di CFT, rispetto al gruppo di controllo. Un'analogia diminuzione del perfezionismo è stata inoltre riportata da Behvandi et al. (2021), attraverso l'uso di protocolli di terapia integrata basata sulle emozioni compassionevoli e CFT, confrontati con un gruppo di controllo. I due approcci sono risultati ugualmente efficaci. Inoltre, una riduzione di autocritica, perfezionismo mal adattivo, ed impairment funzionale, unitamente ad un miglioramento dell'autostima e tono dell'umore, sono riportati dallo studio di Rose et al. (2018); tuttavia, in questo studio non era incluso un gruppo di controllo, ma i risultati sono stati valutati attraverso un protocollo pre-post-follow-up. Analogamente, Wakelin & Simonds, (2022) mostrano una riduzione di perfezionismo, ruminazione legata al proprio lavoro, ed autocritica a seguito di un trattamento basato sulla compassione di due settimane erogato online; malgrado i risultati siano incoraggianti, anche in questo caso la generalizzabilità dei risultati è limitata dalla mancanza di un gruppo di controllo, trattandosi di un design pre-post-follow-up. Inoltre, la CFT si è rivelata particolarmente efficace per i disturbi da ipercontrollo, in particolare per il perfezionismo disadattivo quando è accompagnato da depressione (Matos & Steindl, 2020). Infine, Ferrari et al., (2018) hanno mostrato come l'autocompassione (di tratto) moderi, riducendola, la relazione tra perfezionismo mal adattivo e sintomi depressivi sia negli adolescenti che negli adulti, suggerendo che i trattamenti basati sulla compassione possano rivelarsi efficaci per ridurre gli effetti negativi del perfezionismo mal adattivo.

La **Radically Open Dialectical Behavior Therapy** (RO DBT) è un trattamento manualizzato e trans-diagnostico per i disturbi da ipercontrollo disadattivo. Essa si basa su un modello biosociale per cui i disturbi da ipercontrollo sono il risultato dell'interazione di fattori temperamentali, ambientali e dell'acquisizione di strategie di *coping* eccessivamente controllate.

Nella RO DBT, l'ipercontrollo disadattivo è caratterizzato da quattro deficit fondamentali: scarsa ricettività e apertura, scarso controllo flessibile, pervasiva inibizione dell'espressione emotiva e ridotta consapevolezza emotiva, scarsa connessione sociale e intimità con frequenti sentimenti di invidia e confronto sociale.

In questo approccio il perfezionismo viene considerato come parte dello scarso controllo flessibile e, pertanto, come una caratteristica dell'ipercontrollo disadattivo.

La RO DBT è costituita da incontri individuali e di gruppo strutturati per aumentare le abilità

di interazione sociale e di flessibilità cognitiva e comportamentale. Si propone di aumentare l'emotività espressa per favorire una maggiore connessione con l'altro, per questo scopo si serve di strumenti di monitoraggio tra una seduta e l'altra (schede e diari) e del monitoraggio della relazione terapeutica

La RO DBT si pone l'obiettivo generale di aiutare il paziente a creare "una vita degna di essere condivisa" (Lynch, 2018/2021).

Anche nel caso della RO DBT studi randomizzati controllati per la valutazione dell'efficacia del trattamento sono sostanzialmente assenti. Tuttavia, alcune indicazioni possono essere tratte dagli studi disponibili. Ad esempio, Baudinet et al., (2020) hanno condotto uno studio di efficacia su 131 adolescenti coinvolti in un programma di trattamento intensivo per i disturbi del comportamento alimentare. I risultati, ottenuti con un design pre-post (senza gruppo di controllo), hanno evidenziato che sebbene il 5% dei pazienti non abbia mostrato alcun miglioramento, la rimanente parte mostrava una diminuzione della spinta alla magrezza, ed un miglioramento del tono dell'umore, della connessione sociale e dell'espressività emotiva. Tuttavia, non sono stati osservati cambiamenti nel perfezionismo o nel temperamento negativo. In uno studio successivo (Baudinet et al., 2022), gli autori hanno studiato le esperienze di adolescenti con varie diagnosi (prevalentemente DCA) caratterizzati da iper-controllo mal adattivo, e sottoposti a protocolli RO DBT. Attraverso l'uso di interviste pre e post trattamento e l'analisi qualitativa delle risposte (i.e., analisi tematica riflessiva), gli autori hanno evidenziato come il protocollo DBT fosse percepito positivamente e risultasse efficace nel favorire il funzionamento sociale e la flessibilità cognitiva. Infine, un single-study condotto su una paziente con anoressia nervosa, sostenuta da livelli elevati di perfezionismo ed aggravato da un concomitante disturbo dell'umore, ha mostrato una remissione dei sintomi e riduzione del perfezionismo a fronte di un trattamento RO DBT (Little & Codd, 2020).

La **Terapia Dinamico-Relazionale** (Hewitt et al., 2017/2020) nasce nel contesto teorico del modello comprensivo del comportamento perfezionistico (CMPB) e inquadra il perfezionismo come qualcosa che nasce dalle prime esperienze relazionali. L'approccio enfatizza la base relazionale del comportamento umano, in particolare il bisogno di appartenenza e di autostima, concentrandosi su come il comportamento perfezionistico offra una falsa promessa di garantire questi bisogni.

Il primo obiettivo è quello di far comprendere al paziente lo sviluppo del suo comportamento perfezionistico come una strategia per soddisfare i bisogni di autostima e appartenenza, successivamente si aiuta il paziente a diventare consapevole delle conseguenze disadattive del perfezionismo (disconnessione sociale e angoscia). Lo schema relazionale ciclico (*The Cyclical Relational Pattern; CRP*) accompagna la formulazione, delineando i comportamenti del paziente, le aspettative percepite degli altri, il comportamento effettivo degli altri, e come il paziente mette in relazione questi comportamenti con il suo concetto di sé. Il clinico condivide sia la formulazione che il CRP con il paziente, in un approccio collaborativo. Un obiettivo generale è quello di spostare la posizione interpersonale del paziente verso un'accettazione flessibile e amichevole di sé e degli altri. La posizione complementare del terapeuta è quella di una genuina empatia, curiosità, collaborazione e accettazione, dove le interazioni, le emozioni e le percezioni possono essere discusse apertamente senza giudizio. In questo modo, il clinico trasmette attentamente il messaggio che lo stile di coping disadattivo del paziente è comprensibile data la sua storia unica e i suoi bisogni insoddisfatti, in modo da non fargli sperimentare ulteriore vergogna, dato che il paziente perfezionista è già ipersensibile al sentirsi difettoso. Il paziente

quindi interiorizza i nuovi modi di relazionarsi con il terapeuta e con gli altri per aggiornare i propri modelli interni di sé e degli altri, evitando di adottare modelli relazionali difensivi (Cheek et al., 2018; Hewitt et al., 2020).

La letteratura appare carente in relazione agli studi di efficacia della Terapia Dinamico-Relazionale. In uno studio Hewitt et al. (2015) hanno voluto testare l'efficacia del trattamento dinamico-relazionale di gruppo in un campione di persone con aspetti perfezionistici. Sono state reclutate 71 persone con perfezionismo; di queste, 18 sono state assegnate al gruppo di controllo, e le rimanenti 53 al gruppo sottoposto a trattamento. I partecipanti hanno completato le misure di perfezionismo nelle sue componenti interpersonali, intrapersonali e di tratto, nonché strumenti per valutare ansia, depressione e problemi interpersonali. I risultati hanno evidenziato una riduzione significativa del perfezionismo, che, a sua volta, aveva un effetto diretto nel ridurre ansia, depressione e problemi interpersonali nei soggetti sottoposti al trattamento di gruppo, rispetto al gruppo di controllo. In uno studio successivo, Hewitt et al., (2019) hanno valutato l'efficacia del trattamento raccogliendo delle misure relative alle diverse dimensioni del perfezionismo; a differenza della gran parte degli studi in cui le misure sono di natura self-report, in questo studio, gli autori hanno misurato le dimensioni perfezionistiche grazie alla collaborazione di un altro significativo per il paziente. I risultati hanno mostrato che il trattamento risultava efficace sia al post test che al follow-up a 10 settimane. Inoltre, Hewitt (2020) presenta un single case study di una paziente che presenta problemi di ansia e perfezionismo, sottoposta a terapia di gruppo e, successivamente, a terapia individuale. I risultati dello studio mostrano un miglioramento dei sintomi di ansia, depressione e perfezionismo. Infine, Mikail et al., (2022) hanno descritto l'applicazione di un protocollo di trattamento dinamico-relazionale di gruppo, illustrando le diverse fasi del cambiamento e l'efficacia dello stesso nel miglioramento delle componenti cognitive del perfezionismo, nonché sui sintomi ansiosi, sul livello di soddisfazione e di funzionamento sociale e lavorativo, attraverso l'uso di materiale tratto da una serie di casi.

Indicazioni generali e trasversali agli approcci

Indipendentemente dalle differenze dovute ai diversi approcci, si possono rintracciare delle raccomandazioni comuni quando si lavora con pazienti perfezionisti. Lo scopo generale deve essere quello di migliorare la flessibilità e la tolleranza del paziente verso sé stesso e gli altri, e di raggiungere un equilibrio tra le varie aree della vita (lavoro e tempo libero, produttività e relax) (Hewitt, Mikail et al., 2020). Si possono condurre i pazienti a capire che non sempre è utile mirare agli standard più alti e che "abbastanza buono" non è equiparato a livelli mediocri di performance, ma a una scelta razionale usata per scegliere quanta energia investire in un progetto (Overholser & Dimaggio, 2020). È fondamentale aumentare la consapevolezza sui problemi associati al perfezionismo, in particolare sui problemi interpersonali e sulla sensazione di disconnessione sociale. È inoltre importante esplorare le origini degli schemi perfezionistici di sé e degli schemi degli altri per aiutare il paziente a distanziarsi dal perfezionismo e a capire che questo è uno schema cognitivo e interpersonale di vecchia data.

L'atteggiamento terapeutico più utile è compassionevole, empatico, rispettoso e giocoso che consenta di dare feedback al paziente quando si manifestano comportamenti disadattivi, ma anche di fornire un *modeling* per acquisire un atteggiamento umoristico utile per imparare a fare amicizia e ad andare d'accordo con gli altri (Lynch, 2018/2021).

È efficace anche l'auto-svelamento del terapeuta su esperienze di fallimento personale (esperienze personali in cui il terapeuta ha fallito in un compito o è stato impacciato in una

situazione sociale e poi ha provato vergogna, senso di colpa o dispiacere). Questo aiuta il paziente ad apprezzare che i difetti sono parte dell'essere umano e può rappresentare una base per iniziare a considerare i propri errori normali e accettabili (Overholser & Dimaggio, 2020).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., Ritvo, P., Cribbie, R. A., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2008). Perfectionism and psychological distress: A modeling approach to understanding their therapeutic relationship. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 26(3), 151–167.
- Ayearst, L. E., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2012). Where is multidimensional perfectionism in DSM-5? question posed to the DSM-5 personality and personality disorders work group. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 458–469.
- Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C., & Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive overcontrol with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–13.
- Baudinet, J., Watson, C., Brothwood, P. L., Parham, R., Smith, L., Snowden, N., Konstantellou, A., Hunt, K., & Simic, M. (2022). Adolescent experience of radically open dialectical behaviour therapy : a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04114-8>
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. NY: Guilford.
- Behvandi, N., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2021). Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Yafteh Lorestan University of Medical Sciences*, 12(43), 31–44.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology*, 45, 427–434.
- Bisgaier, S. (2018). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Perfectionism*.
- Blankstein, K. R., Lumley, C., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation: revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy*, 25(4), 279–319.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 7–157.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2002). Perfectionism in the therapeutic process. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 393–406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Buhrman, M., Gelberg, O., Jovicic, F., Molin, K., & Forsström, D. (2020). Treating perfectionism using internet-based cognitive behavior therapy : A study protocol for a randomized controlled trial comparing two types of treatment. *Internet Interventions*, 21(August), 100338.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November, 34–52.
- Burns, J. L., Lee, R. M., & Brown, L. J. (2011). The effect of meditation on self-reported measures of stress, anxiety, depression, and perfectionism in a college population. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25(2), 132–144.
- Carcione A., Semerari A., (2018). *Il narcisismo e i suoi disturbi. La Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Editori Laterza.
- Chand, S. P., Chibnall, J. T., & Slavin, S. J. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Maladaptive Perfectionism in Medical Students: A Preliminary Investigation. *Academic psychiatry*, 42, 58–61.

- Cheek, J., Kealy, D., Hewitt, P., Mikail, S., Flett, G., Ko, A., & Jia, M. (2018). Addressing the Complexity of Perfectionism in Clinical Practice. *Psychodynamic Psychiatry*, 46, 457-489.
- Cheli, S., Cavalletti, V., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2021). Mindful compassion for perfectionism in personality disorders: A pilot acceptability and feasibility study. *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 68 (287).
- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2055–2066.
- Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2015). Preoccupied attachment, need to belong, shame, and interpersonal perfectionism: An investigation of the perfectionism social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 76, 177–182.
- Chen, C., Hewitt, P. L., Flett, G. L., Cassels, T. G., Birch, S., & Blasberg, J. S. (2012). Insecure attachment, perfectionistic self-presentation, and social disconnection in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 52, 936-941.
- Chen, C., Hewitt, P. L., Flett, G. L., Roxborough, H. M., 2019. Multidimensional perfectionism and borderline personality organization in emerging adults: A two-wave longitudinal study, *Personality and Individual Differences*, 146, 143-148
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Demehri, F., Rostami, M., & Saeidmanesh, M. S. (2021). The effectiveness of compassion therapy on guilt , perfectionism and imperfection schema in the children of law enforcement unit. *Military Psychology*, 12(48), 59–74.
- Dimaggio, G., & Attinà, G. (2012). Metacognitive interpersonal therapy for narcissistic personality disorder and associated perfectionism. *Journal of clinical psychology*, 68, 922–934.
- Dimaggio G, Lysaker PH, Calarco T, Pedone R, Marsigli N, Riccardi I, Sabatelli B, Carcione A, Paviglianiti A. (2015). Perfectionism and Personality Disorders as Predictors of Symptoms and Interpersonal Problems. *American Journal of Psychotherapy*. 69, 317-30
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., & Salvatore, G. (2020). *Metacognitive interpersonal therapy: Body, imagery and change*. New York City, NY: Routledge.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Berg, J. L. (2012). Perfectionism dimensions and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, 26, 233–244.
- Eagle, M. N. (2017). Attachment theory and research and clinical work. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 284–297.
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2014). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 107–113.
- Esmacili, N., Asgari, P., Khorami, N., & Bakhtiarpour, S. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on perfectionism and resilience in migraine patients. *International Archives of Health Sciences*, 8(3), 138.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Ferguson, K. L., & Rodway, M. R. (1994). Cognitive Behavioral Treatment of Perfectionism: Initial Evaluation Studies. *Research on Social Work Practice*, 4(3), 283–308.
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLoS ONE*, 1, 1–19
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & De Rosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20, 143–150.
- Flett, G.L., Nepon, T., Hewitt, P.L., & Rose, A.L. (2020). Why Perfectionism Is Antithetical to Mindfulness: a Conceptual and Empirical Analysis and Consideration of Treatment Implications. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-21.

- Frost, R. O., Glossner, K., & Maxner, S. (2010). Social anxiety disorder and its relationship to perfectionism. *Social Anxiety*, 119-145.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis
- Grieve, P., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., Shafran, R., Wade, T. D. (2022). The impact of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism on different measures of perfectionism : a randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(2), 130-142.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 37-47.
- Haring, M., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 143-158.
- Hemmati, A., Weiss, B., Mirani, A., Rezaei, F., & Miller, J. D. (2020). Examining the Contribution of Perfectionistic Traits to the Construct Validity of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 1-18.
- Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(2), 101-110.
- Hewitt, P.L., Chen, C., Smith, M.M., Zhang, L., Habke, M., Flett, G.L. and Mikail, S.F. (2021), Patient perfectionism and clinician impression formation during an initial interview. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 45-62.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (3), 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (1995). Perfectionism and relationship adjustment in pain patients and their spouses. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 335-347.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. New York: Guilford (trad. it. *Perfezionismo. Un approccio relazionale alla comprensione, alla valutazione e al trattamento*, Giovanni Fioriti Editore, 2020).
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 215-235).
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303-1325.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull, W. (1992). Perfectionism and multiphasic personality inventory (MMPI) indices of personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 323-335.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull, W. (1994). Borderline personality disorder: An investigation with the Multidimensional Perfectionism Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 10(1), 28-33.
- Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggley, D. L., Sherry, S. B., & Flett, G. L. (2008). The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry*, 71, 93-122.
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Dang, S. S., Kealy, D., & Flett, G. L. (2020). Dynamic-relational treatment of perfectionism: An illustrative case study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2028-2040.
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Tasca, G. A., Flynn, C. A., Deng, X., Kaldas J., & Chen, C. (2015). Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. *Psychotherapy*, 52, 205.
- Hewitt, P. L., Qiu, T., Flynn, C. A., Flett, G. L., Wiebe, S. A., Tasca, G. A., Mikail, S. F. (2019). Dynamic-relational group treatment for perfectionism: Informant ratings of patient change. *Psychotherapy*, 57(2), 197-205.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the Big Five factors. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 12, 257-270.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York, NY:

- Norton.
- Jabbari Ghazi Jahani, H., Ehsanikenari, A., & Sharif, A.S. (2018). Role of Self-Efficacy and Negative Perfectionism in the Prediction of Procrastination of Narcissistic Personality: A Study on Non-Clinical Subjects. *Emerging Science Journal*, 2, 388-399.
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Pure Cognitive Behavioural Self-Help for Perfectionism: a Pilot Randomised Study. *Mindfulness*, 9(3), 801–814.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Madison, CT: International Universities Press.
- Kothari, R., Barker, C., Pistrang, N., Rozentel, A., Egan, S., Wade, T., Allcott-watson, H., Andersson, G., & Shafran, R. (2019). Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry A randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism : Effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64(February 2018), 113–122.
- Kutlesa, N., & Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 26(3), 134–150.
- Lamarre, C., & Marcotte, D. (2021). Anxiety and dimensions of perfectionism in first year college students: The mediating role of mindfulness. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 71(6), 100633.
- Little, J. N., & Codd, R. T., 3rd (2020). Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT) in the treatment of perfectionism: A case study. *Journal of clinical psychology*, 76, 2097–2108.
- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications, Inc. (trad it. *Manuale RO DBT. La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo. Guida teorica e pratica*, Edizioni Centro Studi Erickson, 2021).
- Mathur, S., Sharma, M. P., Balachander, S., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2021). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282(December 2020), 58–68.
- Matos, M., & Steindl, S. R. (2020). “You are already all you need to be”: A case illustration of compassion-focused therapy for shame and perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 1-18.
- Mikail, S. F., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ge, S. (2022). Group dynamic-relational therapy for perfectionism. *Research in Psychotherapy Psychopathology, Process and Outcome*, 25(3).
- Miller, R., Hilsenroth, M. J., & Hewitt, P. L. (2017). Perfectionism and therapeutic alliance: A review of the clinical research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), 19–29.
- Nealis L. J., Sherry S.B., Sherry D. L., Stewart S. H., Macneil M. A. (2015). Toward a better understanding of narcissistic perfectionism: Evidence of factorial validity, incremental validity, and mediating mechanisms. *Journal of Research in Personality*, 57, 11-25.
- Nicolò, G., Carcione, A., Semerari, A., & Dimaggio, G. (2007). Reaching the covert, fragile side of patients: The case of narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 6,141–152.
- Olton-Weber, S., Hess, R., & Ritchotte, J. A. (2020). Reducing Levels of Perfectionism in Gifted and Talented Youth Through a Mindfulness Intervention. *Gifted Child Quarterly*, 64(4), 319–330.
- Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in Acceptance and Commitment Therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 7–16.
- Ong, C.W., Hancock, A.S., Barrett, T.S., Lee, E.B., Wan, N., Gillam, R.B., Levin, M.E., & Twohig, M.P. (2020). A preliminary investigation of the effect of acceptance and commitment therapy on neural activation in clinical perfectionism. *Journal of contextual behavioral science*, 18, 1-39.
- Ong, Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22(January), 100444.
- Overholser, J, Dimaggio, G. (2020). Struggling with perfectionism: When good enough is not good enough. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 2019– 2027.
- Pleva, J., & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised

- controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 849–861.
- Podina, I. R. (2020). Concluding commentary: Treating perfectionism transdiagnostically with an eye on the future. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 2109–2115.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221–2231.
- Rose, A., McIntyre, R., & Rimes, K. A. (2018). Compassion-Focused Intervention for Highly Self-Critical Individuals: Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(5), 583–600.
- Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Abizadeh, J. (2009). Borderline personality organization and the interpersonal components of perfectionism: A review of two overlapping personality pathologies. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 54, 1585-1592.
- Rozental, A. (2020). Beyond perfect? A case illustration of working with perfectionism using cognitive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2041–2054.
- Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., Landström, A., Roos, S., Skoglund, M., Thelander, E., Trosell, L., Örténholm, A., & Andersson, G. (2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.
- Senderey, E. (2016). Mindfulness and Group Cognitive Behavioural Therapy to Address Problematic Perfectionism. *Athens Journal of Social Sciences*, 4(1), 49–66.
- Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791.
- Shahar, B., Szepeswol, O., Zilcha-mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-yeshuvi, S., & Levit-binnun, N. (2015). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for. *Cinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 346–356.
- Sherry, S. B., Chen, S., S., Donald H., Flett, G. L. & Hewitt, P., L. (2016). Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 64, 90-101.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., Flett, G. L. & Klein, C. (2006). Machiavellianism, trait perfectionism, and perfectionistic self-presentation. *Personality and Individual Differences*, 40, 829-839.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., Lee-Baggeley, D. L., & Hall, P. A. (2007). Trait perfectionism and perfectionistic self-presentation in personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 42, 477-490.
- Sherry, S. B., Law, A., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Besser, A. (2008). Social support as a mediator of the relationship between perfectionism and depression: A preliminary test of the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 45, 339-344.
- Sherry, S.B., Mackinnon, S.P., Gautreau, C.M. (2016). Perfectionists don't play nicely with others: Expanding the social disconnection model. In F.M. Sirois & D.S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 225-243). New York: Springer.
- Sherry, S. B., Mackinnon, S. P., & Nealis, L. J. (2018). Perfectionism and interpersonal problems: Narcissistic and self-critical perfectionism. In J. Stoerber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 177–199). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sherry, S. B., Mushquash, A. R., Saklofske, D. H., Gautreau, C. M. & Nealis, L. J. (2017). Perfectionism erodes social self-esteem and generates depressive symptoms: Studying mother-daughter dyads using a daily diary design with longitudinal follow-up. *Journal of Research in Personality*, 71, 72-79.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2017). A meta-analytic and conceptual update on the associations between procrastination and multidimensional perfectionism. *European Journal of Personality*, 31, 137–159.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., & Saklofske, D. H. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*, 86, 522–542.
- Smith, M.M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D.H., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 64, 90-101.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Mushquash, A. R., Saklofske, D. H., & Snow, S. L.

- (2017). The intergenerational transmission of perfectionism: Fathers' other-oriented perfectionism and daughters' perceived psychological control uniquely predict daughters' self-critical and personal standards perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 119, 242-248.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y. J., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Baggeley, D. L. (2021). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22, 564-571.
- Stoeber, J. (2014a). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 329-338.
- Stoeber, J. (2014b). Multidimensional perfectionism and the DSM-5 personality traits. *Personality and Individual Differences*, 64, 115-120.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism: Further findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37 (4), 611-623.
- Stoeber, J., Smith, M. M., Saklofske, D. H., Sherry S. B. (2021). Perfectionism and interpersonal problems revisited. *Personality and Individual Differences*, 169, 110106.
- Stricker, J., Buecker, S., Schneider, M., & Preckel, F. (2019). Multidimensional Perfectionism and the Big Five Personality Traits: A Meta-Analysis. *European Journal of Personality*, 33, 176-196.
- Sturman, E. D., Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Rudolph, S. G. (2009). Dimensions of perfectionism and self-worth contingencies in depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behaviour Therapy*, 27, 213-231.
- Wagner, A. W., & Linchan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in etiology of borderline personality disorder* (pp. 203-223).
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Feasibility and efficacy of an online compassion-focused imagery intervention for veterinarian self-reassurance, self-criticism and perfectionism. *Veterinary Record*, 2022; e2177.
- Wimberley, T. E., Mintz, L. B., & Suh, H. (2016). Perfectionism and Mindfulness: Effectiveness of a Bibliotherapy Intervention. *Mindfulness*, 7(2), 433-444.
- Young J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.) Sarasota, FL: Professional Resource.
- Zetterberg, M., Carlbring, P., Andersson, G., Berg, M., Shafran, R., & Rozental, A. (2019). Internet-based cognitive behavioral therapy of perfectionism: Comparing regular therapist support and support upon request. *Internet Interventions*, 17, 2018, 100237.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A. III, & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114-124.