

اثر بخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال گرایی افراطی

The effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism

Dr. Faramarz Sohrabi

Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Dr. Ahmad Borjali

Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Mohammad Mahdi Momeni *

MA in clinical psychology, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. 58momeni@gmail.com

دکتر فرامرز سهرابی

استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

دکتر احمد برجلی

دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

محمد مهدی مؤمنی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Abstract

This study examined the effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism in students. The research method was experimental with pretest- posttest and control group. The study population included all high school students in Qom city. sampling method in this study was Multistage random cluster. After the implementation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale on selected sample of students, 16 patients were randomly selected from whom had a higher score on this scale, and randomly divided into two groups as the experimental and control group. Then therapy sessions were conducted for experimental groups. Data Analysis with covariance statistical test approved the hypothesis that cognitive techniques of schema therapy reduce perfectionism in students. in addition, the findings confirm the role of perfectionism in abnormal pathology and it shows that techniques of schema therapy are effective in reducing excessive perfectionism.

Keywords: Perfectionism, Schema therapy, Cognitive techniques, students.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی در کاهش کمال گرایی افراطی دانش‌آموزان انجام شد. روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر قم تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای بود. پس از اجرای پرسشنامه کمال گرایی چندبعدی تهران بر نمونه انتخاب شده، از میان دانش‌آموزانی که نمره آنها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود تعداد ۱۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره به عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. سپس جلسات درمانی به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون آماری کوواریانس نشان داد که فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر فنون شناختی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال گرایی دانش‌آموزان مورد تایید قرار گرفته است. علاوه بر این، یافته‌ها نقش کمال گرایی را در آسیب شناسی روانی تأیید می‌کند و کارآمدی فنون مبتنی بر شناخت طرحواره درمانی را در کاهش دادن کمال‌گرایی افراطی نشان داده است.

واژه‌های کلیدی: کمال گرایی، فنون شناختی، طرحواره‌درمانی، دانش‌آموزان.

ویرایش نهایی: تیر ۹۹

پذیرش: اسفند ۹۸

دریافت: آذر ۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

کمال گرایی گرایش به تعیین استانداردهای عالی و تلاش برای بی نقص بودن و تجربه ناخرسندی به دلیل کامل نبودن است (استوبر^۱ و اتو^۲، ۲۰۰۶؛ فلت^۳ و هویت^۴ و میکائیل^۵، ۲۰۱۷) از نظر فلت و هویت و میکائیل (۲۰۱۷) کمال گرایی شامل انواع خودمحور، دیگرمحور و جامعه محور است. کمال گرایی خودمحور گرایش فرد به تعیین و جستجوی استانداردهای عالی عملکرد است. کمال گرایی دیگرمحور به

1. Stoeber
2. Otto
3. Flett
4. Hewitt
5. Mikail

The effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism

معنی تمایل و انتظار فرد از تحقق استانداردهای عالی و عملکرد کامل دیگران است. نوع سوم کمال‌گرایی باور فرد به این مسئله است که دیگران از او انتظار کامل بودن دارند. کمال‌گرایی جامعه محور، عامل پذیرفته شده در آسیب پذیری از نشانه‌های افسردگی است (استوبر، ۲۰۱۸؛ شری^۱، شری^۲، هویت، موشقاش^۳ و فلت، ۲۰۱۵؛ فلت، بسر و هویت، ۲۰۱۵)

در تبیین کمال‌گرایی، بر ماهیت درون‌روانی این سازه به منزله تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها تاکید شده است. کمال‌گرایی دو قطب بهنجار و نابهنجار، مثبت و منفی یا خوب و بد به خود می‌گیرد و گرایش به کمال می‌تواند هم جنبه سازنده و مفید داشته باشد و هم جنبه مخرب و منفی به خود بگیرد لذا پژوهش‌های متعددی ضرورت تفکیک این دو بعد کمال‌گرایی را نشان داده‌اند (استوبر، ۲۰۱۸).

بعد بهنجار کمال‌گرایی که سازگارانه و سالم تلقی می‌شود شامل وضع ملاکهای دقیق عملکرد و تلاش برای عالی بودن می‌شود. بر اساس دیدگاه نظریه‌پردازانی که برای کمال‌گرایی ریشه تحولی فائلند (مارتین^۴، ۲۰۱۹) کمال‌گرایی سازگارانه در کودکانی به وجود می‌آید که والدین‌شان در وضع معیارهای بالای عملکرد با انعطاف عمل می‌کنند و در مراحل رشد کودک رضایت و خشنودی خود را از عملکرد او نشان می‌دهند و در مقابل، کمال‌گرایی ناسازگارانه در کودکانی به وجود می‌آید که والدین‌شان معیارهای سخت‌گیرانه و بدون انعطافی برای آنها وضع می‌کنند و بسیار انتقادگرند.

برخی از صاحب‌نظران معتقدند کمال‌گرایی یک ویژگی چندبعدی^۵ شخصیتی است که با وضع ملاکهای بالا و خدشه‌ناپذیر برای عملکرد مشخص می‌شود. در رویکرد چندبعدی به کمال‌گرایی، ماهیت این سازه متشکل از مولفه‌های درون‌فردی، بین‌فردی و اجتماعی است. این ماهیت سه‌بعدی، مستلزم انتظارات بالای فرد از خود، فرد از دیگران، و دیگران از فرد است (هویت و فلت، ۲۰۱۷).

در طول دو دهه گذشته، تحقیق در مورد کمال‌گرایی روند روبه‌رشدی داشته است. در این دو دهه پژوهش‌های تجربی و نظری زیادی با هدف تبیین ماهیت کمال‌گرایی و آسیب‌های مرتبط با آن انجام شده است (سیرویزو^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). ارتباط بین کمال‌گرایی و آسیب‌شناسی روانی به صورت گسترده تأیید شده است. مطالعات نشان داده‌اند که کمال‌گرایی نه تنها با اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، و اختلال خوردن همبسته است، بلکه پیش‌بینی‌کننده آن‌ها نیز هست. به عبارت دیگر کمال‌گرایی نه تنها عامل نگه‌دارنده اختلالات روانی متعدد است، بلکه نقش علی نیز در این اختلالات دارد (ایگان^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کمال‌گرایی نابهنجار با سطح بالایی از استرس (آشتزیگر^۸ و همکاران، ۲۰۱۳)، سطح پایینی از رضایت از زندگی (استوبر و همکاران، ۲۰۰۹) و سلامت روانی پایین‌تر (چانگ^۹، ۲۰۰۶)، همراه است.

کمال‌گرایی افراد کمال‌گرا در موقعیت‌هایی که مورد ارزیابی دیگران قرار می‌گیرد شدت می‌یابد (ویس^{۱۰} و دامیان^{۱۱}، ۲۰۲۰). احتمالاً دلیل این مسئله این است که در چنین موقعیت‌هایی است که شخص کمال‌گرا با توقعات بالا مواجه می‌شود. مدرسه یکی از مهمترین مکان‌هایی است که سطح ارزیابی افراد در آن بالاست. کلاس درس مکانی فراهم می‌کند که در آن هوش و توانایی دانش‌آموزان به نمایش گذاشته می‌شود (مارتین، ۲۰۱۹). در محیط رقابتی آموزشگاه آشکارا به کسی توجه می‌شود که موفقیت کسب کند و این شرایط برای دانش‌آموزان کمال‌گرا آسیب‌زاست و باعث برانگیختن راهبردهای حفاظتی مانند تلاش نکردن، کمک‌نخواستن در موقعی که لازم است و اجتناب از ریسک در آنها می‌شود (ویس و دامیان، ۲۰۲۰). مارتین (۲۰۱۹)، نقش مهم شناخت‌ها و پردازش‌های شناختی نظیر توجه انتخابی، تفکر دوقطبی، بیش‌تعمیم‌دهی، گزاره‌های بایدهی و ارزیابی افراطی عملکرد را در ایجاد و بقای کمال‌گرایی متذکر شده است. دو مولفه شناختی کمال‌گرایی یعنی وضع ملاک‌های بالا و خودارزیابی انتقادی متضمن دو خطای شناختی از جانب شخص کمال‌گراست: اول اینکه

1. Sherry, D. L

2. Sherry, S. B

3. Mushquash

4. Martin

4. Multidimensional

6. Sirois

7. Egan

7. Achtziger

9. Chang

10. Vois

11. Damian

وضع ملاک‌هایی که با توجه به شرایط شخص معقول و مناسب نیست و دوم خودارزیابی‌های انتقادی با شواهد موجود تناسب ندارند (هویت و فلت، ۲۰۱۷).

پس با توجه به اینکه کمال‌گرایی بر مفروضات معیوب شناختی استوار است باید برای اصلاح باورهای کمال‌گرایانه رویکرد درمانی متمرکز بر شناخت‌ها اتخاذ کرد (وریسویگ^۱، ۲۰۱۲). افراد کمال‌گرا نسبت به هر رویکردی که باورهای کمال‌گرایانه آنها را هدف قرار دهد مقاومت نشان می‌دهند. لذا به این دلیل برخی از پژوهش‌ها به سخت بودن درمان کمال‌گرایی اذعان کرده‌اند (هویت و فلت، ۲۰۱۷). پس با توجه به این پژوهش‌ها می‌توان گفت که ریشه تحولی کمال‌گرایی دلیل مقاومت شخص کمال‌گرا در برابر درمان است و درمان اتخاذ شده باید بتواند این شناخت‌های معیوب را که در فرایند تحول ایجاد شده‌اند اصلاح کند.

یانگ^۲، طرحواره‌درمانی^۳ را برای درمان بیماران با مشکلات شخصیتی و اختلالات روانی مزمن ابداع کرد. او معتقد است که درمان شناختی متمرکز بر طرحواره برای درمان اختلالات روانشناختی سخت و مزمن بر شناخت درمانی کوتاه مدت برتری دارد (فارل^۴ و شاو^۵، ۲۰۱۸). طرحواره یا ساختار شناختی، جزء نسبتاً پایدار سازمان‌بندی شناختی است که اطلاعات وارده را دسته‌بندی، رمزگردانی و ارزیابی می‌نماید، و از طریق طرحواره‌هاست که اطلاعات خام تبدیل به شناخت می‌شود (یانگ، ۱۹۹۰، ترجمه حمیدپور، ۱۳۸۶). وی معتقد است طرحواره‌های ناسازگار^۶ چهار مولفه را درگیر می‌کنند: شناختی، عاطفی، انگیزشی و جسمی، که از بین این عوامل، مولفه شناختی اولیه و اصلی است. طرحواره‌درمانی چهار دسته فنون درمانی عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرایند درمان از این فنون بسته به شرایط درمانی بهره می‌گیرد. این فنون عبارتند از: فنون شناختی، رفتاری، تجربی و بین‌فردی. با به کارگیری فنون شناختی بیماران یاد می‌گیرند که در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سوال ببرند. کمال‌گرایی یکی از ۱۸ طرحواره ناسازگاری است که یانگ مطرح کرده است (فارل و شاو، ۲۰۱۸).

بر اساس تئوری الگویی پیشنهاد شده توسط یانگ طرح‌واره‌ها در دوران کودکی توسعه می‌یابند و به صورت قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می‌شوند. با انعکاس طرح‌واره‌های ناسازگار اغلب باورهای بی‌قید و شرطی درباره خود شخص ایجاد می‌شود (تتلی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴).

تحقیقات نشان داده‌اند که طرحواره کمال‌گرایی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی، ناسازگاری روانشناختی و اختلالات خوردن (هویت و فلت، ۲۰۱۷)، نشانه‌های روان‌تنی، اضطراب و افسردگی و فرسودگی شغلی ارتباط دارد. بایلی^۸ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که کمال‌گرایی ناسازگار با نتایج نامطلوب همراه است، مانند افزایش احساسات منفی همچنین کمال‌گرایی ناسازگار با اختلال در تنظیم هیجان نیز در ارتباط است. گروس^۹ و جزایری (۲۰۱۴) بیان کردند اختلال در کنترل احساسات در بروز تجربیات عاطفی تأثیر دارد و طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرح بین فردی ناسازگار هستند که به تجربیات عاطفی مشکل ساز کمک می‌کند در نتیجه طرحواره ناسازگار بین فردی زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد. نتایج تحقیق هویت و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که رفتارهای کمال‌گرایانه ناشی از عدم تجربه غم، شرم و خشم در فرد می‌باشد و در نتیجه به دلیل عدم پذیرش و تأیید منجر به کاهش عزت نفس در شخص می‌شود و اثربخشی طرحواره درمانی را بر کاهش تمایلات کمال‌گرایانه ثابت کردند. پژوهش‌های زیادی اثربخشی طرحواره‌درمانی را در کاهش نشانه‌های مرضی تأیید کرده‌اند (نوردال^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵؛ مانسی^{۱۱}، ۲۰۰۷). فرگوسن^{۱۲} و همکاران (۱۹۹۴) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش که به صورت تک موردی و با طرح ABA انجام شده است از اثربخشی این نوع درمان بر کمال‌گرایی حکایت دارد. از نتایج دیگر این پژوهش نشان دادن برخی از همبدهای کمال‌گرایی مانند اهمال‌کاری، خود انتقادگری و هدف‌گزینی غیر واقع‌بینانه است. کرنز (۲۰۰۷) که به

1. Vreeswijk

2. Young

3. Schema Therapy

4. Farrell

5. Show

6. Maladaptive schema

7. Tetley

8. Bailee[^]

9. Gross[^]

10. Nordahl

11. Muncey

12. Ferguson

The effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی در گروه غیربالینی پرداخته است، ۲۸ دانش‌آموز را به مدت ۶ هفته در کارگاه این نوع درمان شرکت دادند. این درمان بعد از ۴ هفته بی‌گیری نشان داد که کمال‌گرایی بر اثر این کارگاه درمان شناختی- رفتاری کاهش پیدا کرده است. گلوور^۱ و همکاران (۲۰۰۷) به ارزیابی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی بالینی پرداخته‌اند. روش استفاده شده در این پژوهش طرح تک آزمودنی با خط پایه چندگانه است که در ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری قالب‌بندی شده است. نتیجه به دست آمده از این پژوهش حکایت از این دارد که این نوع درمان در کاهش کمال‌گرایی مراجع موثر بوده است. جیلیان^۲ و همکاران (۲۰۰۳) اثربخشی درمان شناختی متمرکز بر طرحواره بر روی اختلال دوقطبی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی متمرکز بر طرحواره بر بهبود علائم اختلال دوقطبی موثر است و میزان برگشت آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا می‌توان کمال‌گرایی دانش‌آموزان را بوسیله فنون شناختی طرحواره‌درمانی کاهش داد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر قم می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا از بین ۴ ناحیه آموزشی شهر قم یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد و از بین ۸ دبیرستان پسرانه آن ناحیه، یک دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی چندبعدی تهران^۳: پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی چندبعدی تهران در سال ۱۳۸۶ توسط بشارت ساخته شده است. این مقیاس، ۳۰ سوالی است که ۱۰ ماده اول آن کمال‌گرایی خویشتن‌مدار و ۱۰ ماده دوم آن کمال‌گرایی دیگرمدار و ۱۰ ماده آخر آن کمال‌گرایی جامعه‌مدار را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از نمره ۱ تا ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه‌گانه به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. یعنی کسی که نمره ۱۰ را به دست آورده دارای کمترین میزان کمال‌گرایی و کسی که نمره ۵۰ را کسب نموده دارای بیشترین میزان کمال‌گرایی در هر یک از سه بعد کمال‌گرایی می‌باشد. روش نمره‌گذاری مقیاس برای تمام ماده‌ها به صورت معکوس می‌باشد. یعنی به‌گزینه «کاملاً موافقم» نمره ۵ و به‌گزینه «کاملاً مخالفم» نمره ۱ تعلق خواهد گرفت. در مطالعه روان‌سنجی این مقیاس که در نمونه‌ای متشکل از ۵۰۰ دانشجوی دانشگاه تهران اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کمال‌گرایی خویشتن‌مدار ۰/۹۰ و برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۹۱ و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۱ بوده که نشانه همسانی درونی رضایت بخش مقیاس است (بشارت، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۷۶ بوده است.

در این پژوهش برای دانش‌آموزان پرسشنامه کمال‌گرایی چندبعدی تهران به عنوان غربالگری اجرا گردید و از میان دانش‌آموزانی که نمره آنها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود تعداد ۱۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره به عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند.

مداخلات درمانی

جلسات درمانی به صورت گروهی بر اساس طرحی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای، یک جلسه در هر هفته، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. مداخله انجام شده در جدول یک ذکر شده است. پس از پایان جلسات درمان، طی یک جلسه با حضور اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون بر روی آنها اجرا گردید. همچنین این آزمودنی‌ها ۶ هفته پس از خاتمه درمان به عنوان پیگیری به این پرسشنامه پاسخ دادند.

1. Glover

2. Jillian

3. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale

جدول ۱. جلسات طرحواره درمانی

شماره جلسه	هدف جلسه
جلسه اول	درک بیمار و بررسی چگونگی شکل گیری و بقاء مشکل
جلسه دوم	آموزش به بیمار در خصوص ماهیت اختلال، مشخص کردن انتظارات بیمار و درمانگر از درمان، آموزش الگوی شناختی رفتاری
جلسه سوم	شناسایی اجبارها، اجتنابها و باورهای بنیادین
جلسه چهارم	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریفهای شناختی و شناسایی تحریفهای شناختی
جلسه پنجم	مواجهه با اجتنابها و اصلاح تحریفهای شناختی
جلسه ششم	تغییر و اصلاح تحریفهای شناختی
جلسه هفتم	آموزش الگوی طرحواره درمانی و مفهوم سازی مشکل بیمار در قالب طرحوارهها
جلسه هشتم	شناسایی طرحوارههای ناکارآمد اولیه و ارزیابی چرخه طرحواره، افکار اتوماتیک و رفتار
جلسه نهم	شناسایی طرحوارههای ناکارآمد اولیه، فراخوانی افکار اتوماتیک و بررسی رابطه بین طرحوارهها، هیجانها، برانگیزانندهها و ریشههای آنها
جلسه دهم	شناسایی فرایندهای طرحواره ای و فراخوانی افکار اتوماتیک و تغییر و اصلاح طرحوارههای ناکارآمد اولیه
جلسه یازدهم	مواجهه با فرایندهای طرحواره ای و تغییر و اصلاح طرحوارههای ناکارآمد اولیه
جلسه دوازدهم	مواجهه با اجتناب طرحواره ای، بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره و تغییر و اصلاح طرحوارههای ناکارآمد اولیه

در این پژوهش، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا مفروضات روش تحلیل کوواریانس «استقلال مشاهدات، نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانسها، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و همپراش وهمگنی شیبهای رگرسیون» در گروههای مختلف مورد بررسی قرار گرفت. سپس سطح معنی داری فرضیه های پژوهش، بررسی شد.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی میزان کمال گرایی در جدول ۲ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل و نیز کل افراد نمونه ارائه شده است. همچنان که ملاحظه می شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می توان به این توصیف دست زد که تکنیک های شناختی طرحواره درمانی باعث کاهش میزان کمال گرایی افراطی دانش آموزان کمال گرا شده است.

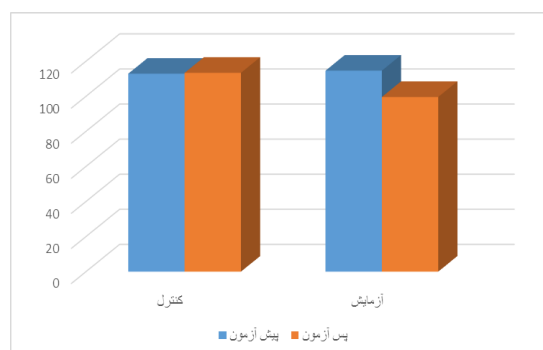
جدول ۲. اطلاعات توصیفی کمال گرایی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

شاخص متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	تعداد
گروه آزمایش	گروه آزمایش	پیش آزمون	۹۹/۶۱	۹/۳۴	۸
		پس آزمون	۱۱۴/۶۲	۱۱/۹۲	۸
گروه کنترل	گروه کنترل	پیش آزمون	۱۱۳/۳۷	۱۲/۸۲	۸
		پس آزمون	۱۱۲/۸۷	۱۳/۸۱	۸
کل	کل	پیش آزمون	۱۰۶/۵	۱۳/۴۷	۱۶
		پس آزمون	۱۱۳/۷۵	۱۴/۰۲	۱۶

نتایج جدول ۳ نشان می دهد با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگین های تعدیل شده نمرات کمال گرایی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0.05$) بنابراین با توجه به میانگین های اصلاح شده در نمودار ۱ و نتایج جدول ۳ نتیجه گرفته می شود که فرض صفر رد شده و فنون شناختی طرحواره درمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی موجب کاهش میزان کمال گرایی دانش آموزان کمال گرا شده است. میزان این

The effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism

تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۳۱ بوده است، یعنی ۳۱ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در میزان کمال‌گرایی دانش‌آموزان دبیرستانی کمال‌گرا مربوط به فنون شناختی طرحواره‌درمانی بوده است. به علاوه توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این نکته است که با احتمال ۷۱ درصد فرض صفر به درستی رد شده است.



نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های اصلاح شده کمال‌گرایی افراطی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون کمال‌گرایی

شاخص آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۲۰۵/۶۵	۱	۱/۵۲	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۲
پس آزمون	۸۰۴/۵۶	۱	۵/۹۶	۰/۰۳	۰/۳۱	۰/۷۱

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معنی داری به دست آمده برای مقیاس کمال‌گرایی بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ پس میانگین متغیر کمال‌گرایی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون، با ۹۵٪ اطمینان تفاوتی نکرده است و فرضیه پژوهشگر مبنی بر اثربخشی فنون شناختی طرحواره‌درمانی در کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان تایید می‌گردد.

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های مرحله پس آزمون و پیگیری

شاخص آماری مقیاس	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	نمره F	سطح معنی داری	سطح معناداری
کمال‌گرایی	۱۵	۰/۱۳	۰/۷۱	۰/۵۲	۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی فنون شناختی طرحواره‌درمانی در کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان انجام شد. در این پژوهش مفهوم کمال‌گرایی به معنای بالینی و ناپه‌نجان آن به کار رفته است. نتایج تحقیق نشان داد سطح کمال‌گرایی پس از مداخله درمانی کاهش یافته و این کاهش در یک بازه زمانی یک و نیم ماهه تداوم داشته است. رویکرد درمانی با هدف قرار دادن شناخت‌های ناصحیح که ناشی از طرحواره‌های ناسازگار هستند افراد را تشویق به شناسایی طرحواره ناسازگار و باورهای ناکارآمد و مقابله با آنها کرد. نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات شافران و همکاران، ۲۰۰۰؛ سسرو و یانگ، ۲۰۰۱؛ بالو همکاران، ۲۰۰۳؛ نوردال و همکاران، ۲۰۰۵؛ مانسی، ۲۰۰۷ که اثربخشی طرحواره‌درمانی را در کاهش نشانه‌های مرضی نشان داده بودند هماهنگ است.

نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات بابلی و همکاران (۲۰۱۹) نیز هماهنگ است که نشان دادند طرحواره ناسازگار منجر به افزایش کمال‌گرایی در فرد می‌گردد. نتایج تحقیق گروس و جزایری (۲۰۱۴) نیز مشابه پژوهش حاضر بود و طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرح بین فردی ناسازگار دانستند که به تجربیات عاطفی مشکل ساز کمک می‌کند در نتیجه طرحواره ناسازگار بین فردی زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند به کاهش کمال‌گرایی کمک کند

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش فرگوسن و همکاران (۱۹۹۴)، گلوور (۲۰۰۷)، کرنز (۲۰۰۷)، پشت مشهدی (۱۳۸۲)، که درمان شناختی- رفتاری را در کاهش کمال‌گرایی موثر دانسته‌اند همخوانی دارد. طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در ایجاد و تداوم کمال‌گرایی

دخالت دارند. بنابراین شناسایی و تغییر آنها باعث بهبود این مشکل می‌گردد. جان و جاناناتان (۲۰۰۵)، هانس و همکاران (۲۰۰۵)، نشان دادند که از لحاظ نظری بین طرحواره‌های کمال گرایی، بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی، خود تحول‌نیافته، نقص و محرومیت هیجانی رابطه وجود دارد. بنابراین شناخت و تغییر این طرحواره‌ها تلویحات بالینی مهمی به همراه دارد. در واقع با هدف قرار دادن این طرحواره‌ها از طریق مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌توان موجب تغییر و اصلاح آنها شد.

افراد مبتلا به کمال گرایی به دلیل داشتن علائمی مانند یاس، ناامیدی، کندی روانی حرکتی، انگیزش کافی برای مشارکت در درمان ندارند. در درمان متمرکز بر طرحواره درمانگر در فرایند درمان با بیمار مشارکت همدلانه (همکاری دو جانبه) دارد، بنابراین باعث می‌شود بیمار انگیزش لازم برای یادگیری راهبردهای تغییر را کسب نماید. پژوهش حاضر با پژوهشهای هانس و همکاران (۲۰۰۵)، ژیلیان و همکاران (۲۰۰۳)، و کاملی (۱۳۹۰)، که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را باعث ناراحتی‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌دانستند و با اصلاح این طرحواره‌های ناکارآمد اولیه باعث کاهش این ناراحتی‌ها شدند همخوانی دارد.

همچنین نتایج با پژوهش هویت و همکاران (۲۰۱۷) که نشان دادند طرحواره درمانی بر کاهش رفتارهای کمال‌گرایانه تأثیر دارد، همخوان است. در پژوهش فوق‌عزت نفس افراد کمال‌گرا که به دلیل نیاز به تشویق و تأیید و ترس از طرد خدشه دار شده بود از طریق طرحواره درمانی ارتقاء یافت در نتیجه کمال‌گرایی کاهش یافت. افرادی که دچار کمال‌گرایی هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب‌رسانی هستند که در برابر تغییر و اصلاح مقاومت می‌کنند. این افراد از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و افکار هسته‌ای خود ناامید هستند و اصرار دارند که این شناخت‌ها و رفتارها جزء جدایی‌ناپذیر زندگی‌شان است و در نتیجه نمی‌توانند تغییر کنند. به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌ها را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند. از آنجایی که بیشتر مشکلات بالینی دارای تاریخچه تحولی هستند و در مراحل تحول در ذهن فرد رسوخ می‌کنند، تغییر در صورتی ممکن می‌شود که به صورت هدف قرار دادن ریشه‌های تحولی آسیب انجام شود. چون طرحواره‌درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد، می‌تواند موفقیت بالایی داشته باشد.

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که به کارگیری فنون شناختی طرحواره‌درمانی از طریق به چالش کشیدن طرحواره‌های بنیادین ناکارآمدی موجب کاهش سطح کمال‌گرایی ناسازگارانه در دانش‌آموزان شده است.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران. پژوهشهای روانشناختی، دوره ۱۰، شماره ۱ و ۲.
- بشارت، محمدعلی؛ عسگری، علی؛ علی‌بخشی، سیده زهرا؛ موحدی‌نسب، علی‌اکبر. (۱۳۸۹). کمال‌گرایی و سلامت جسمانی: اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی. روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی، سال هفتم، شماره ۲۶، ص ۱۲۶.
- پشت‌مشهدی، مرجان؛ یزدان دوست، رخساره؛ اصغرزاد فرید، علی‌اصغر؛ مریدپور، دارا. (۱۳۸۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کمال‌گرایی، تاییدطلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد. مجله اندیشه و رفتار، سال ۹، شماره ۳، ص ۲۴.
- کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ آقامحمدیان شعراف، حمید. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، سال ۱، شماره ۱، ص ۸۳.

Achtziger, A., & Bayer, U. C. (2013). Selfcontrol mediates the link between perfectionism and stress. *Motivation and Emotion*, 37, 413-423. doi:10.1007/s11031-012-9321-6

Bailee L. Malivoire, Janice R. Kuo, & Martin M. Antony. (2019). An Examination of Emotion Dysregulation in Maladaptive Perfectionism. *Journal of Clinical Psychology Review*. 71, 39-50

Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorem, A., & Smith, M. (2003). schema focused therapy for borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(1), 88-41.

Cecero, J., Young, E.J. (2001). Case of Silvia: Schema Focused approach. *Journal of psychotherapy integration*. 11(2), 88-110.

Chang, E. C. (2006). Perfectionism and dimensions of psychological well-being in a college student sample: a test of a stressmediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 1001-1022.

Dominic, S. Glover., Shafan, Roz. (2007). A Preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of clinical psychology*, 46, 75-94.

The effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism

- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.
- Ferguson, K. L., Rodway, M. R. (1994). Cognitive Behavioral Treatment of Perfectionism: Initial Evaluation Studies. *Research on social work practice*, 4, 283- 308.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt & G. L. Flett (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (No. 7, pp. 5-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farrell, J. Show, I. (2018) *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.
- Hamachek, E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Heron, Jon., Evans, Jonatan. (2005). Negative self Schema: depressive in women. *The British journal of psychiatry*, 186: 302- 307.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (2002). Perfectionism; theory, reserch and treatment. *European Eating Disorders Review*, 12, 68.
- Kearns, H. (2007). A cognitive behavioural coaching intervention for the treatment of perfectionism in non clinical population. *Behaviour change*, 24(3), 157-172.
- Martin, A. J., Marsh, H. W., Williamson, A., & Debus, R. L. (2003). Self-handicapping, defensive pessimism and goal orientation: a qualitative study of university students. *Journal of Educational Psychology*, 95(3), 617-628.
- Martin, S. (2019) *The CBT WorkBook For Perfectionism*. New Harbinger Publications.
- Muncey, c. (2007). Schema Focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on psychology*, 38(3).
- Nordahl, H.M., Hans ,M & Nyseater. (2005) Schema focused therapy for patient with borderline personality disorder :A single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 36, 254 - 268.
- Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (Eds.). (2016). *Perfectionism, Health, and Well-Being*. Springer International Publishing.
- Shafran, roz. (2001). Perfectionism and psychopathology. *clinical psychology review*, 21, ۱۱۵-۱۲۲.
- Shafran, roz., Cooper, Zafra., Fairburn, Christopher. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive- behavioural analysis. *Behaviour Research And Therapy*, 40, 773- 791.
- Shafran, R. & Mensell, W. (2001). Perfectionism psychopathology. A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, 21, 879- 905.
- Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L. (2015). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual Differences*, 76, 104-110.
- Stoeber, J. (2018). *The psychology of perfectionism, Theory, Research, Applications*. *Routledge, Taylor & Francis Group*.
- Stoeber, J. Lalova, A. Lumley, E. (2020). Perfectionism, (self-)compassion, and subjective well-being: A mediation model *Personality and Individual Difference*, 154, 1, 3-5.
- Stoeber, J. (2014). How other-oriented perfectionism differs from self oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 329-338.
- Stoeber, J. (2006). Positive conception of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology Review*, 10, 295-319.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 530-535.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors*, 15(1), 49-59.
- Vois, D. Damian, L. Perfectionism and emotion regulation in adolescents: A two-wave longitudinal study: *Personality and Individual Difference*, 156, 6.
- Urdu, T., & Midgley, C. (2001). Academic Self-handicapping: What we know, what more there is to learn. *Educational Psychology Review*, 13(2), 115-138.
- Vreeswijk, M., Jenny, B. (2012). *Handbook of Schema therapy, theory, reserch and practice*. *New York: Wiley and Blackwell*.