

## رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب: نقش واسطه‌ای

### دشواری تنظیم هیجان<sup>۱</sup>

## The association of perfectionism dimensions with depression and anxiety symptoms: The mediating role of difficulties in emotion regulation

**Mohammad Ali Besharat**

Professor, University of Tehran, Tehran, Iran.

[besharat@ut.ac.ir](mailto:besharat@ut.ac.ir)

**Hadi Farahmand**

M. A., University of Tehran, Tehran, Iran.

**Fatemeh Ebrahimi**

M. A., University of Tehran, Tehran, Iran.

دکتر محمدعلی بشارت<sup>۲</sup>

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

هادی فرهمند

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

فاطمه ابراهیمی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### Abstract

Depression and anxiety are the most prevalent mental disorders that cause a high burden for patient and the society. Identifying variables that affect depression and anxiety can be useful in managing and reducing symptom severity in these disorders. The present study was performed to examine the mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between dimensions of perfectionism and depression/anxiety symptoms. Five hundred and twenty eight participants (274 females, 254 males) were asked to complete the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (TMPS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The results indicated that the hypothesized model had a good fit with the observed data. Other oriented perfectionism, socially prescribed perfectionism, and difficulty in emotion regulation showed a significantly positive correlation with depression and anxiety symptoms. Path analysis indicated that the relation between dimension of perfectionism and depression/anxiety symptoms mediated by difficulties in emotion regulation. According to the results of the present study, it can be concluded that dimension of perfectionism and difficulties in emotion regulation can predict severity of depression and anxiety symptoms. It is also concluded that the relationship between perfectionism and depression/anxiety symptoms is not a simple one and difficulties in emotion regulation can play a mediating role in between. Considering these variables may be helpful in prevention, diagnosis and treatment of depression and anxiety symptoms as well as promoting mental health in general population.

**Keywords:** perfectionism, emotion regulation, depression, anxiety.

### چکیده

اختلالات افسردگی و اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی محسوب می‌شوند که هزینه زیادی را برای فرد و جامعه در پی دارند. شناخت متغیرهای تاثیرگذار بر این اختلالات می‌تواند در مدیریت و کاهش شدت نشانه‌های آن‌ها مفید باشند. هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود. بدین منظور، تعداد ۵۲۸ نفر (۲۷۴ زن، ۲۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران (TMPS)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS) را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند که مدل فرضی پژوهش با داده‌های تجربی برازش مطلوب دارند. کمال‌گرایی دیگرمحور، کمال‌گرایی جامعه‌محور و دشواری تنظیم هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار داشتند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که ابعاد کمال‌گرایی و دشواری تنظیم هیجان می‌توانند شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی کنند. همچنین می‌توان نتیجه گرفت که این رابطه یک رابطه ساده نیست و دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارند. در نظر گرفتن این متغیرها می‌تواند در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب موثر باشند و سطح سلامت روانی را در جمعیت عمومی ارتقا بخشند.

**واژه‌های کلیدی:** کمال‌گرایی، تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب.

ویرایش نهایی: شهریور ۹۹

پذیرش: خرداد ۹۹

دریافت: خرداد ۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

۱- این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۷۳ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

۲- نویسنده مسول: تهران - پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۶۴۵۶، [besharat@ut.ac.ir](mailto:besharat@ut.ac.ir)

## مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین بیماری‌های روانی محسوب می‌شوند. افسردگی اختلالی است که منجر به تغییراتی در خلق، افکار، رفتار و فعالیت فیزیکی فرد می‌گردد. این اختلال توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی را کاهش می‌دهد و ظرفیت فرد برای عهده‌دار شدن ساده‌ترین تکالیف روزمره را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت (WHO) ۳۵۰ میلیون نفر از این اختلال روانی رنج می‌برند (فکادو، شیبشی و انجیداورک، ۲۰۱۷). بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ شمار افرادی که از افسردگی و یا اضطراب رنج می‌برند نزدیک به ۵۰ درصد افزایش یافته است. تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت جهان به یک یا هر دو این اختلالات مبتلا هستند (ویگو، تورنیکرت و ریفات، ۲۰۱۶). اضطراب نوعی پاسخ به استرس همراه با ویژگی‌های جسمانی و روانشناختی است. هنگامی که یک موقعیت خطرناک ادراک می‌شود اضطراب فرد را برای مواجهه با بحران احتمالی به وسیله گوش به زنگ نگه‌داشتن بدن، آماده می‌کند. اما اثرات فیزیکی آن می‌تواند زینبخش بوده و منجر به سرگیجه، تهوع، اسهال و تکرر ادرار گردد و تداوم آن می‌تواند برای سلامت جسمی و روانی فرد آسیب‌زا باشد. اضطراب همچنین از عوامل بیماری‌های مزمنی چون اختلالات تنفسی مزمن، بیماری‌های قلبی و شرایط معدی-روده ای محسوب می‌شود (کیرن، اترتون، کیرن و زاوس، ۲۰۱۷). در سبب‌شناسی افسردگی و اضطراب نقش عوامل مختلفی از قبیل اثرات ژنتیکی و خانوادگی (بارلو و دوراند، ۲۰۱۵)، سبک دلبستگی نایمن (شفولد، فیلیپ، کورانی، انگلمان، شولز-کیندرمان و همکاران، ۲۰۱۷)، رویدادهای زندگی و استرس‌های محیطی (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵)، سبک‌های فرزندپروری (آدوبیل، ۲۰۱۷) و مشکلات بین‌فردی (آلتستین-یاماناکا، زیمرمان، کریگر، دوریگ و گراس هالتفورت، ۲۰۱۷) تایید شده است.

یکی از متغیرهای تاثیر گذار بر پدیدآیی و یا تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب، کمال‌گرایی<sup>۱</sup> است (اسمیت، ساکلوفسک، یان و شری، ۲۰۱۷؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴ الف؛ بشارت و فرهمند، ۱۳۹۶؛ بشارت و میرزمانی، ۲۰۰۴؛ بشارت، عیسی زادگان، اعتمادی نیا و عبدالمنافی، ۲۰۱۴؛ بشارت، نادعلی، زبردست و صالحی، ۱۳۸۷؛ چانگ، ۲۰۱۷؛ لاسوتا و کرنی، ۲۰۱۷؛ لسین و پارودو، ۲۰۱۷). کمال‌گرایی یک خصیصه شخصیتی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن، تعیین معیارهای شخصی عالی و واکنش منفی افراطی به شکست و اشتباه ادراک شده مشخص می‌شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ فروست، مارتن، لاهارت و روزنلیت، ۱۹۹۱؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱). هویت و فلت (۱۹۹۱) سه بعد کمال‌گرایی شامل خودمحور<sup>۲</sup>، دیگرمحور<sup>۳</sup> و جامعه محور<sup>۴</sup> را متمایز کردند. کمال‌گرایی خود محور با تعیین معیارهای غیر واقع‌بینانه، خود تحمیل شده و به شکل افراطی بالا مرتبط است؛ معیارهایی که شخص کمال‌گرا احساس می‌کند باید آنها را محقق سازد. کمال‌گرایی دیگرمحور به خواست فرد کمال‌گرا مبنی بر برآورده ساختن معیارهای عالی و غیرواقعی توسط دیگران اشاره دارد. کمال‌گرایی جامعه‌محور به این باور اشاره دارد که دیگران انتظاراتی افراطی از شخص دارند که برآورده ساختن آنها غیرممکن است، اما به خاطر کسب تصدیق و پذیرش باید به آنها دست یافت.

کمال‌گرایی هم می‌تواند بهنجار و هم نابهنجار باشد. یافته‌های پژوهشی نشان داده اند که عموماً ابعاد دیگرمحور و جامعه محور با افسردگی و اضطراب رابطه دارند (استوبر و اتو، ۲۰۰۶؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ بشارت و میرزمانی، ۲۰۰۴؛ بشارت و فرهمند، ۱۳۹۶؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۴؛ لسین و پارودو، ۲۰۱۷). کمال‌گرایی جامعه محور یک عامل پذیرفته شده در آسیب پذیری نسبت به نشانه‌های افسردگی است. با ترسیم یک مدل وجودی کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، می‌توان گفت که دشواری در پذیرش گذشته (نگریستن به تجارب زندگی به گونه‌ای منسجم، قابل پذیرش، ارضاء کننده و معنادار) تصریح می‌کند که چه موقع و چرا کمال‌گرایی جامعه محور با نشانه‌های افسردگی ارتباط پیدا می‌کند. افرادی که در مقیاس کمال‌گرایی جامعه محور نمره بالایی کسب می‌کنند به این دلیل که در تحکیم تجارب زندگی‌شان به عنوان یک داستان معنادار شخصی تعارض دارند، متحمل نشانه‌های افسردگی می‌شوند (شری، شری، هویت، موشقاش و فلت، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به شدت از موشکافی شدن از جانب دیگران نگرانند و نسبت به انتقاد حساس هستند. آنها تلاش می‌کنند با کامل بودن در موقعیت‌های اجتماعی از شرمندگی یا طرد اجتناب کنند. این افراد در مورد برآورده کردن انتظارات اجتماعی نگرانند، از موقعیت‌هایی که پیش‌بینی شکست در آن وجود دارد طفره‌می‌روند و تنهایی را به جمع ترجیح می‌دهند. بسیاری از این نشانه‌های بنیادی افسردگی در کمال‌گرایان جامعه‌محور شایع است. فرض این افراد بر این است که دیگران به شکل مداوم از آنها انتقاد می‌کنند. بر این اساس، آنها نیز از خود انتقاد می‌کنند. آنها با ترس از اشتباهاتشان زندگی می‌کنند و عمیقاً باور

1. perfectionism

2. self-oriented

3. other-oriented

4. socially prescribed perfectionism

دارند که در توانایی‌هایشان برای برآورده کردن انتظارات و کسب پذیرش دچار نقصان هستند (لسین و پارو، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش چا (۲۰۱۶) که کمال‌گرایی که تصور می‌کردند برای دیگران اهمیت ندارند و دیگران به آنها توجهی ندارند حرمت خود پایین تر و در نتیجه افسردگی بالاتری داشتند. رابطه مولفه‌های دیگر کمال‌گرایی مثل نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ چانگ، ۲۰۱۷؛ لاسوتا و کرنی، ۲۰۱۷) نیز با نشانه‌های افسردگی و اضطراب تایید شده است.

برآیند نتایج پژوهش‌های پیشین در خصوص رابطه ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، این رابطه را تایید کرده‌اند. یکی از هدف‌های پژوهش حاضر تکرار بررسی این رابطه است. اما آیا رابطه کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب یک رابطه خطی ساده است یا متغیرهای روان‌شناختی دیگری ممکن است در این رابطه نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده داشته باشند؟ بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان<sup>۱</sup> در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. بررسی این نقش هم پاسخ پرسشی مطرح شده را مشخص می‌کند و هم به عنوان یافته جدید پژوهش حاضر، می‌تواند به دانش آسیب‌شناختی ما در رابطه با مکانیسم‌های آسیب‌زایی کمال‌گرایی بیافزاید. تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند باشد، اشاره دارد (ایزنبرگ، فایس، گاتری و ریسر، ۲۰۰۰؛ پولک، مک‌کیب، سوتهدارد و زیگلر-هیل، ۲۰۱۶؛ گراس و تامپسون، ۲۰۰۷؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴). در نقطه مقابل، دشواری تنظیم هیجان، منعکس‌کننده شیوه‌های مشکل‌ساز برای تجربه و پاسخ به حالات هیجانی؛ شامل ناتوانی در فهم و پذیرش تجربه‌های هیجانی است (گرتز و رومر، ۲۰۰۴). دشواری تنظیم هیجان با انواع پیامدهای منفی شامل نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، پرخاشگری و افکار خودکشی همراه است (بیوچین، گزک-کاپ و مید، ۲۰۰۷؛ دی‌اوانزاتو، جورمان، سیمر و گاتلیب، ۲۰۱۳؛ کاسترو، سوارز، پریرا و ماسدو، ۲۰۱۷؛ ماسدو، مارکز، کوراسما، سوارز، امارال، و همکاران، ۲۰۱۷؛ وردن، پترز، بری، باروکلاف و لیورساید، ۲۰۰۸).

راهبردهای متعددی برای تنظیم هیجان شناسایی شده‌اند. برای مثال، گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶)، نه راهبرد تنظیم شناختی هیجان را به منزله پاسخ‌های مقابله‌ای به رویدادهای استرس‌زا معرفی کرده‌اند. خود سرزنشگری<sup>۲</sup>، دیگر سرزنشگری<sup>۳</sup>، تمرکز بر فکرنشخوارگری<sup>۴</sup> و فاجعه‌نمایی<sup>۵</sup> از جمله راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان محسوب می‌شوند. راهبردهای کم‌اهمیت شماری<sup>۶</sup>، تمرکز مجدد مثبت<sup>۷</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۸</sup>، پذیرش<sup>۹</sup> و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی<sup>۱۰</sup>، راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان هستند. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان نقش اساسی در شکل‌گیری و یا تداوم اختلال‌های روان‌شناختی دارند (الدائو، نولن-هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ سیسلر، اولاتونجی، فلندر و فورسیت، ۲۰۱۰). بر اساس نتایج مطالعات موجود، افرادی که از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان همچون نشخوارگری و سرزنش استفاده می‌کنند در مقایسه با کسانی که از راهبردهای انطباقی استفاده می‌کنند، در برابر آشفتگی‌های روانی آسیب‌پذیرترند (اهرینگ، توشن-کافیر، اشول، فیشر و گراس، ۲۰۱۰). همچنین نشان داده شده است که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب و نشخوار فکری، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند (کوبیاخ، بری، هنسن و میکولاچک، ۲۰۱۰).

در کمال‌گرایان، نگرانی و نشخوار شامل افکار متمرکز بر خود است که در آن افراد تمایل دارند خودشان، احساسات، رفتارها، موقعیت‌ها، استرس‌های زندگی و توانایی‌شان برای مقابله را به شکل منفی ارزیابی کنند. محتوای این افکار منفی تکراری، معمولاً شامل درون‌مایه‌هایی<sup>۱۱</sup> از شکست، تردید در مورد اعمال و عدم اطمینان از دستیابی به اهداف مهم شخصی است. مخصوصاً نشخوار با تردید در مورد اعمال و نگرانی از اشتباهات مرتبط است و افرادی که انتقاد والدینی را تجربه می‌کنند توجه خود را بر اشتباهاتشان معطوف می‌کنند که منجر به گسترش و حفظ عاطفه منفی می‌گردد (رودولف، فلت و هویت، ۲۰۰۷؛ مونتانو، باتاگلیس، برزی، کاپلوچی، پرینی و همکاران، ۲۰۱۶). یافته

1. emotion regulation

2. Self-Blame

3. Other Blame

4. Focus on Thought/Rumination

5. Catastrophizing

6. Putting into Perspective

7. Positive Refocusing

8. Positive Reappraisal

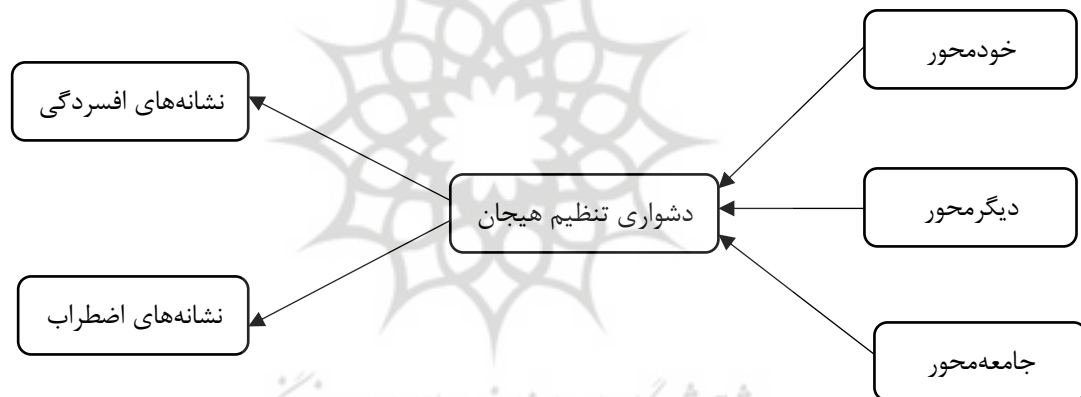
9. Acceptance

10. Refocus on Planning

11. theme

های پژوهشی نشان داده اند که کمال‌گرایی با دشواری تنظیم هیجان (بایرن و همکاران، ۲۰۱۶)، با سطوح بالای فاجعه‌پنداری و نشخوار (ماسدو و همکاران، ۲۰۱۷) و سطوح پایین برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت (کاسترو و همکاران، ۲۰۱۷) رابطه دارد. شواهد حاکی از آن است که افراد افسرده و مضطرب دشواری تنظیم هیجان بیشتری را نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند. این بیماران، آگاهی هیجانی پایین، ابراز هیجان تنظیم نشده و استفاده کمتر از راهبردهای مدیریت هیجان را نشان می‌دهند (کلمانسکی، کورتیس، مک‌لافلین و نولن-هوکسما، ۲۰۱۷). نتایج فراتحلیل شافر و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که ارزیابی مجدد شناختی، حل مسئله و پذیرش به عنوان راهبردهای بهنجار تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب رابطه منفی و اجتناب، فرونشانی و نشخوار به عنوان راهبردهای نابهنجار تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب رابطه مثبت دارند.

با استناد به یافته‌های پژوهشی موجود در زمینه رابطه بین کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب و تاثیر احتمالی راهبردهای تنظیم هیجان در این رابطه، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود. فرضیه‌های این پژوهش به این شرح آزمون می‌شوند: فرضیه اول) بین کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه محور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم) بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه سوم) بین کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه محور و دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه چهارم) دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارد. شکل ۱- مدل فرضی پژوهش برای نقش واسطه‌ای اهمال‌کاری در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.



شکل ۱- مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بودند. انتخاب نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای صورت گرفته است. از بین دانشکده‌های دانشگاه تهران دانشکده‌های فنی، هنر، مدیریت، روانشناسی، الهیات و جغرافیا به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده ۷ کلاس به تصادف انتخاب، و از دانشجویان برای شرکت در پژوهش درخواست شد. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از: اشتغال به تحصیل در دانشگاه تهران، نداشتن سابقه بیماری روانی یا بستری در بیمارستان و عدم استفاده از داروی روانپزشکی. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و توضیح مختصری درباره نحوه پرکردن پرسشنامه داده شد. برای کنترل اثر خستگی و ترتیب پرسشنامه‌ها در دو فرم متفاوت با نظم و ترتیب متفاوت ارائه شد. از مجموع ۵۲۸ نفر نمونه مورد بررسی ۳۵۲ نفر (۶۶/۷) در مقطع کارشناسی، ۱۵۸ نفر (۲۹/۹) در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۷ نفر (۳/۲) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. میانگین سن پسران ۲۲/۶، دختران ۲۱/۴ و کل نمونه ۲۲ سال بود. انحراف استاندارد سن پسران (۳/۳۰)، سن دختران (۳/۰۳) و سن کل شرکت‌کنندگان (۳/۲۲) بود. ابزار سنجش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

**مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران** - مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران<sup>۱</sup> یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس های قبلی (فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱) توسط بشارت (۱۳۸۶ الف) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس های سه گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور در نمونه ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۲</sup> خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های ۷۸ نفر از آزمودنی ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی<sup>۳</sup> محاسبه شد. این ضرایب برای کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور به ترتیب  $r = 0/85$ ،  $r = 0/79$  و  $r = 0/84$  در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی<sup>۴</sup> (PII-127؛ هرویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسنور، ۱۹۸۸)، مقیاس سلامت روانی<sup>۵</sup> (MHI-28؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) و زیر مقیاس های نورو گرایی و برون گرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-P (کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲) در مورد آزمودنی ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس کمال گرایی خود محور با مشکلات بین شخصی (۰/۴۴)، بهزیستی روانشناختی (۰/۶۲-)، درماندگی روانشناختی (۰/۵۹) و نورو گرایی (۰/۷۴) در سطح  $P < 0/001$  همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس کمال گرایی دیگر محور با مشکلات بین شخصی (۰/۱۹)، بهزیستی روانشناختی (۰/۳۵-)، درماندگی روانشناختی (۰/۲۶)، نورو گرایی (۰/۲۵) و برون گرایی (۰/۲۲-)؛ و بین نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس کمال گرایی جامعه محور با بهزیستی روانشناختی (۰/۲۹-)، نورو گرایی (۰/۲۷) و برون گرایی (۰/۴۴-) در سطح  $P < 0/001$  همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران را تایید می کنند (بشارت، ۱۳۸۶ الف، ۲۰۱۱).

**مقیاس افسردگی اضطراب استرس** - مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه ای از نمره ۰ تا ۳ می سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه های عواطف منفی محسوب می شود و پایایی<sup>۶</sup> و روایی<sup>۷</sup> آن در پژوهش های متعدد تایید شده است (آنتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سوینسون، ۱۹۹۸؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ دازا، ناوی، استنلی و آوریل، ۲۰۰۲؛ لایباند، ۱۹۹۸؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵؛ نورتون، ۲۰۰۷). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه هایی از جمعیت عمومی ( $n = 278$ ) برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه های بالینی ( $n = 194$ ) برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تایید می کنند. روایی همزمان<sup>۸</sup>، همگرا<sup>۹</sup> و تشخیصی (افتراقی)<sup>۱۰</sup> مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک<sup>۱۱</sup> (BDI)؛ بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹)، مقیاس اضطراب بک<sup>۱۲</sup> (BAI)؛ بک و اپستین، ۱۹۹۳)، فهرست عواطف مثبت و منفی<sup>۱۳</sup> (PANAS)؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) در مورد آزمودنی ها و مقایسه نمره های دو گروه

1. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale

2. internal consistency

3. test-retest reliability

4. Inventory of Interpersonal Problems

5. Mental Health Inventory

6. reliability

7. validity

8. concurrent

9. convergent

10. discriminant

11. Beck Depression Inventory

12. Beck Anxiety Scale

13. Positive and Negative Affect Schedule



جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴ ب). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنیها در مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تایید می کنند.

**مقیاس دشواری تنظیم هیجان** - مقیاس دشواری تنظیم هیجان<sup>۱</sup> (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) یک ابزار ۳۶ گویه ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می سنجد: عدم پذیرش هیجان های منفی<sup>۲</sup>، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند<sup>۳</sup> مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی<sup>۴</sup> مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان<sup>۵</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>۶</sup>، و فقدان شفافیت هیجانی<sup>۷</sup>. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگی های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش بین در نمونه های بالینی و غیربالینی در پژوهش های خارجی تأیید شده است (گرتز، روزنتال، تول، لجز و گوندرسان، ۲۰۰۶؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴؛ گرتز و تول، ۲۰۱۰). ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه های بالینی ( $n = ۱۸۷$ ) و غیربالینی ( $n = ۷۶۳$ )، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند (بشارت، ۱۳۸۶ ب؛ بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های عدم پذیرش هیجان های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای نمونه های بالینی ( $n = ۸۵$ ) و غیربالینی ( $n = ۱۵۶$ ) در دو نوبت با فاصله های ۴ تا ۶ هفته برای پرسش های عدم پذیرش هیجان های منفی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس دشواری تنظیم هیجان از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۸</sup> (CERQ؛ بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳؛ گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۶ ب؛ بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳).

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه های افسردگی و اضطراب در جدول ۱ گزارش شده است.

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2. nonacceptance of negative emotions
3. difficulties engaging in goal-directed behaviors
4. difficulties controlling impulsive behaviors
5. limited access to effective emotion regulation strategies
6. lack of emotional awareness
7. lack of emotional clarity
8. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر		دختر		پسر		کل	
		SD	M	SD	M	SD	M
کمال‌گرایی خودمحور	۳۱/۲۴	۷/۹۶	۳۱/۶۲	۷/۳۸	۳۱/۴۲	۷/۶۸	۳۱/۴۲
کمال‌گرایی دیگرمحور	۲۸/۷۹	۸/۸۸	۲۹/۹۶	۸/۷۵	۲۹/۳۵	۸/۸۳	۲۹/۳۵
کمال‌گرایی جامعه محور	۲۴/۹۶	۸/۵۷	۲۶/۵۳	۸/۳۵	۲۵/۷۱	۸/۴۹	۲۵/۷۱
دشواری تنظیم هیجان	۹۴/۷۳	۲۱/۵۱	۹۰/۹۷	۲۰/۵۵	۹۲/۹۲	۲۱/۱۲	۹۲/۹۲
نشانه‌های افسردگی	۴/۹۹	۵	۴/۹۱	۴/۶۵	۴/۹۵	۴/۸۳	۴/۹۵
نشانه‌های اضطراب	۲/۹۲	۳/۲۹	۲/۹۲	۳/۲۰	۲/۹۲	۳/۲۴	۲/۹۲

ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس این نتایج، بین کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه‌محور با دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. این نتایج سه فرضیه اول پژوهش را تایید می‌کنند.

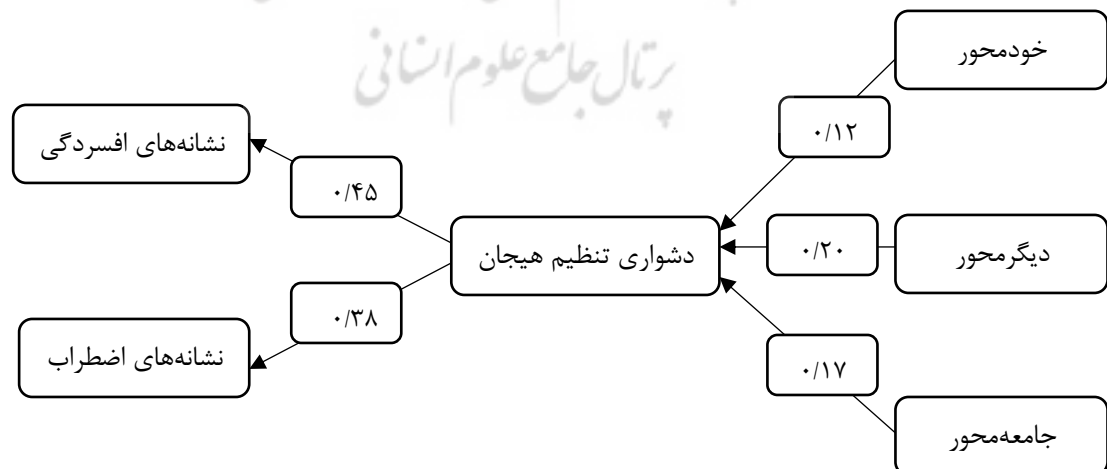
جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- کمال‌گرایی خودمحور	۱				
۲- کمال‌گرایی دیگرمحور	۰/۰۵	۱			
۳- کمال‌گرایی جامعه محور	*۰/۱۰	**۰/۶۲	۱		
۴- دشواری تنظیم هیجان	**۰/۱۲	**۰/۳۰	**۰/۳۰	۱	
۵- نشانه‌های افسردگی	-۰/۰۱	**۰/۳۸	**۰/۳۰	**۰/۵۲	۱
۶- نشانه‌های اضطراب	۰/۰۷	**۰/۳۱	**۰/۴۱	**۰/۴۷	**۰/۶۱

\* $P < 0.05$

\*\* $P < 0.01$

برای آزمون فرضیه چهارم یعنی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب از تحلیل مسیر استفاده شد (شکل ۲).



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

جدول ۳ ضرایب غیر استاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج تحلیل مسیر به جز اثر کمال‌گرایی خودمحور بر نشانه‌های اضطراب، اثر کمال‌گرایی دیگرمحور بر نشانه‌های اضطراب و اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های افسردگی بقیه مسیرها معنادار شدند. در این پژوهش میزان ضریب تعیین ( $R^2$ ) برای نشانه‌های افسردگی و اضطراب برابر ۰/۳۳ است؛ یعنی کل مدل می‌تواند به میزان ۰/۳۳ تغییرات نشانه‌های افسردگی و اضطراب را تبیین کند.

جدول ۳. ضرایب غیر استاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

t	$\beta$	B	مسیرها
۲/۸۶	-۰/۱۲**	۰/۳۲	اثر کمال‌گرایی خودمحور بر دشواری تنظیم هیجان
۲/۶۰	-۰/۰۹**	۰/۰۶	اثر کمال‌گرایی خودمحور بر نشانه‌های افسردگی
-۰/۲۹	-۰/۰۱	۰/۰۱	اثر کمال‌گرایی خودمحور بر نشانه‌های اضطراب
۳/۸۹	۰/۲۰**	۰/۴۹	اثر کمال‌گرایی دیگرمحور بر دشواری تنظیم هیجان
۴/۸۷	۰/۲۳**	۰/۱۲	اثر کمال‌گرایی دیگرمحور بر نشانه‌های افسردگی
-۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۲	اثر کمال‌گرایی دیگرمحور بر نشانه‌های اضطراب
۳/۱۹	۰/۱۷**	۰/۴۲	اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر دشواری تنظیم هیجان
۰/۸۱	۰/۰۴	۰/۰۲	اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های افسردگی
۶/۴۳	۰/۳۱**	۰/۱۲	اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های اضطراب
۱۱/۷۰	۰/۴۵**	۰/۱۰	اثر دشواری تنظیم هیجان بر نشانه‌های افسردگی
۹/۷۲	۰/۳۸**	۰/۰۶	اثر دشواری تنظیم هیجان بر نشانه‌های اضطراب

\*\*ضرایب در سطح  $p < 0/01$  معنادار هستند. \*ضرایب در سطح  $p < 0/05$  معنادار هستند.

با توجه به شاخص‌های برازش که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مدل فرضی پژوهش از برازش مطلوب برخوردار است. چرا که نسبت  $X^2/df$  باید کوچکتر از ۲ باشد که در مدل مورد نظر این مفروضه برقرار است. همین‌طور ریشه خطای میانگین مجذورهای تقریباً جهت برازش مطلوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل ۰/۰۱ است. میزان مولفه‌های شاخص برازندگی<sup>۱</sup>، شاخص تعدیل شده برازندگی<sup>۲</sup>، شاخص برازندگی<sup>۳</sup>، شاخص برازندگی<sup>۴</sup>، و شاخص برازندگی<sup>۵</sup> تطبیقی<sup>۶</sup> نیز باید بیشتر از ۰/۹ باشد که در مدل تحت بررسی تمام این شاخص‌ها تقریباً نزدیک ۱ است و نشان از برازش مطلوب مدل دارد. همچنین مقدار ریشه میانگین باقی‌مانده<sup>۶</sup> نیز باید کوچکتر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی این مقدار ۰/۰۲ است. در مجموع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل ارائه شده مدل مطلوبی است و به خوبی با داده‌های تجربی مطابقت دارد. همچنین در این مدل شاخص‌ها میزان  $p$ -value نباید معنادار باشد تا با فرض تطبیق مدل فرضی با مدل تجربی، هماهنگ باشد، که همین‌طور است.

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

2. Goodness of Fit Index (GFI)

3. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

4. Normed Fit Index (NFI)

5. Comparative Fit Index (CFI)

6. Root Mean square Residual (RMR)



جدول ۴. شاخص های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش واسطه ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه های افسردگی و اضطراب

X <sup>2</sup>	P-value	df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMR
۱/۴۸	۰/۴۸	۱	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۸۹	۰/۰۲

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین کمال گرایی دیگر محور و جامعه محور با نشانه های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین (استوبر، ۲۰۱۴؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ بشارت و فرهمند، ۱۳۹۶؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۴؛ چا، ۲۰۱۶؛ چانگ، ۲۰۱۷؛ شری و همکاران، ۲۰۱۵؛ لاسوتا و کرنی، ۲۰۱۷؛ لسین و پارادو، ۲۰۱۷) مطابقت می کند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می شود. افراد مضطرب برای پیش گیری از خطرات احتمالی نیاز دارند که محیطشان را کنترل کنند. آنها فکر می کنند که اشتباهات کنترلشان را کاهش می دهد، بنابراین هر کاری که انجام می دهند باید کامل باشد. هنگامی که این کمال وجود نداشته باشد، نگرانی از خطاها شدیدتر می شود و افزایش اضطراب را به دنبال دارد که خود این اضطراب متقابلاً کارایی را کاهش و مجدداً احتمال خطاهای جدید را افزایش می دهد. در خصوص افراد مضطرب، اگر هر چیزی در نظم کامل و طبق برنامه شان پیش نرود ممکن است احساس فقدان<sup>۱</sup> را برای آنها به دنبال داشته باشد. هرگونه انحرافی از نرمال بودن و برنامه از پیش مقرر شده، اضطراب، بلا تکلیفی و هیجان های منفی را در این افراد به همراه دارد. این افراد منظم، دقیق و وظیفه شناس هستند و اگر تکلیف را تا آخر به شکل کامل انجام ندهند آرام و قرار نمی گیرند. بدین ترتیب آنها نمرات بالایی در ابعاد کمال گرایی از قبیل حساسیت نسبت به اشتباهات و نیاز به تحسین می گیرند. عقیده دیگران برای افراد مضطرب بسیار مهم است (کمال گرایی جامعه محور). آنها نیاز دارند که دوست داشته و تحسین شوند؛ تمایل به تحسین تاییدی بر کارهایشان است که کاهش اضطراب را برای آنها به دنبال دارد (لسین و پارادو، ۲۰۱۷). کمال گرایی که تصور کنند برای دیگران اهمیت ندارند و دیگران به آنها توجهی ندارند، حرمت خود پایین تر و در نتیجه افسردگی بالاتری دارند (چا، ۲۰۱۶). دشواری کمال گرایان جامعه محور برای پیدا کردن معنا و رضایت از تجارب زندگی شان نیز آنها را در مقابل نشانه های افسردگی آسیب پذیر می سازد. خود موشکافی<sup>۲</sup> شدید، انتظارت غیر واقع بینانه و ناتوانی در پذیرش شکست های ادراک شده، کمال گرایان جامعه محور را با دشواری در پذیرش تجارب گذشته مواجه می سازد. همچنین تلاش برای برآورده ساختن انتظارات دیگران، یافتن تجاربی با معنا و ارزش را برای این افراد ناممکن می سازد و کشمکش برای تحکیم داستان زندگی پیامدهایی از قبیل حرمت خود پایین و افسردگی را در پی دارد (شری و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش نشان داد که بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین (بیوچین و همکاران، ۲۰۰۷؛ دی اوانزاتو و همکاران، ۲۰۱۳؛ کاسترو و همکاران، ۲۰۱۷؛ ماسدو و همکاران، ۲۰۱۷؛ ویردن و همکاران، ۲۰۰۸) همسو است و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می شود. برخی از راهبرهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل اضطراب و افسردگی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است که با تفکر مکرر درباره حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن مشخص می شود. نشخوار با فعال کردن شناخت های منفی در حافظه مرتبط است و می تواند منجر به گوشه گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی گردد (ویردن و همکاران، ۲۰۰۸). فرونشانی ابراز هیجان به عنوان دیگر راهبرد سازش نایافته تنظیم هیجان با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است (دی اوانزاتو و همکاران، ۲۰۱۳). ارزیابی مجدد شناختی یکی از راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان است که در آن فرد تلاش می کند تا یک موقعیت فرا خواننده هیجان را به شیوه ای که معنا و تاثیر هیجانی آن تغییر یابد مجدداً تفسیر کند. افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند در مواجهه با شکست های جزئی نیز خود را سرزنش می کنند و در نتیجه احساس گناه ناشی از شکست آنها را در معرض افسردگی قرار می دهد (ماسدو و همکاران، ۲۰۱۷). ارزیابی مجدد اثرات منفی بر خلق را کاهش می دهد و منجر به بهبود حالات هیجانی و کاهش استرس می شود. افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از این راهبرد به میزان کمتری استفاده می کنند (شافر و همکاران، ۲۰۱۷؛ مونتانو و همکاران، ۲۰۱۶).

1. lost

2. self-scrutiny

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه محور با دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (بایرن و همکاران، ۲۰۱۶؛ کاسترو و همکاران، ۲۰۱۷) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. شناخت‌های کمال‌گرایانه مخصوصاً به وسیله پاسخ‌های مقابله شناختی نابهنجار مشخص می‌گردد. شناخت‌های کمال‌گرایانه از موقعیتی ناشی می‌شود که در آن فرد کمال‌گرا از اختلاف بین معیارهای کمال‌گرایانه و رفتارش آگاه می‌گردد. افرادی که در شناخت‌های کمال‌گرایانه نمره بالایی می‌گیرند، تمایل دارند خوشان را برای رویدادها و پیامدهای منفی سرزنش کنند. یک نمونه از الگوهای شناختی این افراد بدین‌گونه است "من باید کامل باشم و اگر کامل نباشم این تقصیر من است". همچنین این افراد سطوح بالایی از نشخوار، تفکر درباره رویدادهای استرس‌زا و تمایل به فاجعه‌پنداری رویدادهای استرس‌زای بعدی دارند. کمال‌گرایان جامعه‌محور نوعی طرحواره رویدادهای منفی آینده را دارا هستند که در آن اشتباهات شخصی غیر قابل اجتناب است. این افراد نه تنها درگیر پیش‌بینی استرس هستند بلکه نقص در مکانیسم‌های تنظیم‌هیجان منجر به تداوم استرس و واکنش‌های اضطرابی می‌گردد (رودولف و همکاران، ۲۰۰۷). ابعاد منفی کمال‌گرایی با خود انتقادگری بالا همراه است و در موقع بروز استرس با واکنش منفی شدیدتر و احساس کنترل کمتر مشخص می‌شوند. احساس عدم کنترل بر شرایط با عاطفه منفی همراه است. عاطفه منفی هم به نوبه خود راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان، مثل خود سرزنش‌گری و نشخوارگری را فعال می‌کند (کاسترو و همکاران، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کمال‌گرایان به دلیل استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان از قبیل نشخوار، سرزنش خود، سرزنش دیگران و فاجعه‌پنداری (شافر و همکاران، ۲۰۱۷؛ ماسدو و همکاران، ۲۰۱۷) ناتوانی در استفاده از راهبردهای انطباقی مثل ارزیابی مجدد مثبت و برنامه ریزی (شافر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاسترو و همکاران، ۲۰۱۷) در معرض تجربه هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰؛ اهرینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیسلر و همکاران، ۲۰۱۰؛ شافر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کویباخ و همکاران، ۲۰۱۰). این قبیل افراد به دلیل تجربه پریشانی ادراک شده بالا و ادراک کاهش منابع مقابله با استرس، خود را در مقابل شرایط محیطی خلع سلاح می‌بینند. کمال‌گرایان جامعه‌محور به دلیل ترس از طرد شدن از سوی دیگران مهم و جامعه (چا، ۲۰۱۶؛ لسین و پارو، ۲۰۱۷)، قدرت ابراز وجود و احقاق حقوق را در خود نمی‌بینند و لذا بهترین هدف برای تخلیه هیجان منفی و ابراز خشم را خودشان می‌بینند و افکار منفی و سرزنش را درونی‌سازی می‌کنند که خود را به شکل نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد. کمال‌گرایان در صورت احساس ناکامل بودن و برآورده نساختن معیارهای بالای دیگران، آن را فاجعه‌ای عظیم می‌پندارند که به سختی قابل جبران است و منجر به کاهش تلاش و قدرت ابتکار می‌شود. به تاخیر انداختن امور، که خود شیوه‌ای برای تنظیم خلق است، آنها را هرچه بیشتر در معرض عاطفه منفی از قبیل نشانه‌های افسردگی و اضطراب قرار می‌دهد.

پیامدها و دستاوردهای پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی بدین شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل موثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب را فراهم می‌کند. نتیجه این پژوهش تاییدی بر این فرض است که عوامل روانشناختی به شکل ساده و خطی منجر به آسیب‌های روانشناختی نمی‌شوند و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و آسیب‌های روانشناختی، با در نظر گرفتن عوامل موثر متعدد کمک می‌کند. همچنین پرسش‌های جدیدی را مطرح می‌کند مبنی بر این که چه متغیرهای دیگری می‌توانند در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده ایفا کنند؟ در سطح عملی، نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع و فراگیر افسردگی و اضطرابی می‌تواند امید بخش باشد. با توجه به هزینه‌های گزاف فردی و اجتماعی که اختلالات افسردگی و اضطرابی دارند؛ شناخت عوامل موثر بر آن می‌تواند تا حدود زیادی به متخصصان سلامت روان در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای این اختلالات موثر باشند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر ایجاب می‌کند که تعمیم، تفسیرها و اسناد‌های علت‌شناختی با احتیاط صورت گیرد. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که این امر تبیین‌های علت‌شناختی در روابط بین متغیرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. نمونه مورد بررسی این پژوهش گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران بودند. این امر تعمیم نتایج به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و جوامع بالینی را با احتیاط همراه می‌کند. انجام پژوهش‌های مشابه در مورد نمونه‌های مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی، هم محدودیت‌های فوق را تا حدودی برطرف می‌کند و هم مقایسه بین دو گروه عادی و بیمار را میسر می‌سازد.

## منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۲۶۳-۲۴۸.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۳). بررسی رابطه کمال‌گرایی والدین و اضطراب امتحان دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۴، ۱۹-۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴الف). تحلیل اکتشافی رابطه کمال‌گرایی و شخصیت. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۶، ۹۶-۸۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴ب). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۱-۱۶.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶الف). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ب). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۸۴، ۷۰-۶۱.
- بشارت، م. ع. و فرهمند، ه. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشان‌های افسردگی و اضطراب. *اندیشه و رفتار*، ۱۱، ۱۷-۷.
- بشارت، م. ع.، نادعلی، ح.، زبردست، ع. و صالحی، م. (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی. *فصل‌نامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۷، ۱۷-۷.
- Aduhale, A. A. (2017). Parenting Styles as Predicators of Anxiety and Depression of In-School Adolescents in Nigeria. *Journal of Africa Education Review*, 18, 1-11.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Altenstein-Yamanaka, D., Zimmermann, J., Krieger, T., Dörig, N., & Grosse Holtforth, M. (2017). Self-reported interpersonal problems and impact messages as perceived by significant others are differentially associated with the process and outcome of depression therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 410-423.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Abnormal psychology: An integrative approach* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Beauchaine, T.P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H.K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, 74, 174-184.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 79-83.
- Besharat, M. A., & Mirzamani, S. M. (2004). Dimensions of Perfectionism in Depressed and Anxious Patients. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 29, 157-160.
- Besharat, M. A., Issazadegan, A., Etemadinia, M., Golssanamlou, S., & Abdolmanafi, A. (2014). Risk factors associated with depressive symptoms among undergraduate students. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 21-26.
- Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39, 77-87.
- Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences* 88, 148-159.
- Chang, E. C. (2017). Perfectionism and Loneliness as Predictors of Depressive and Anxious Symptoms in African American Adults: Further Evidence for a Top-Down Additive Model. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 720-729.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68-82.
- Costa, P. T., & 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.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cognitive Therapy Research*, 37, 968-980.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.

- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion, 10*, 563-572.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 136-57.
- Fekadu, N., Shibeshi, W., & Engidawork, E. (2017). Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety, 6*, 255.
- 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* (pp. 5-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*, 1045-1053.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 850-855.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and process of change* (pp. 107-133). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 41*, 206-219.
- Lasota, M. T., & Kearney, C. A. (2017). Maladaptive Perfectionism and Depression and State-Trait Anxiety: A Mediation Analysis with Self-Esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*, 346-357.
- Lessin, D. S., & Pardo, N. T. (2017). The impact of perfectionism on anxiety and depression. *Journal of Cognitive Psychology, 2*, 78-82.
- Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 520-526.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: *Psychological Foundation Monograph*.
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences, 119*, 46-51.
- Montano, A., Battagliese, G., Borzi, R., Cappelluccio, R., Perrini, F., & Vadalà, R. (2016) Maladaptive Perfectionism and Interpersonal Problems: The Mediating Effect of Emotional Dysregulation in a Clinical Population. *Journal of Psychiatry and Mental Health, 2*, 1-9.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping, 20*, 253-265.
- Pollock, N. C., McCabe, G. A., Southard, A. C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences, 95*, 168-177.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences, 49*, 368-373.
- Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 25*, 343-357.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence, 46*, 261-276.
- Scheffold, K., Philipp, R., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Härter, M., & Mehnert, A. (2017). Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliative & Supportive Care, 15*, 1-9.
- 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.



- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2017). Does Perfectionism Predict Depression, Anxiety, Stress, and Life Satisfaction After Controlling for Neuroticism? *Journal of Individual Differences*, 38, 63-70.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Veit, C. T. & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Rifat, A. (2016) Estimating the true burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry* 3, 171-178.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wearden, A., Peters, I., Berry, K., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2008). Adult attachment, parenting experiences, and core beliefs about self and others. *Personality and Individual Differences*, 44, 1246-1257.



شپرشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی





شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی