

اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی مثبت و منفی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله

مونا محمدحسینی: دانشجوی دوره دکتری، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
بینا نصرالهی: استادیار، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران- نویسنده رابط:
Dr.bitanasrolahi@gmail.com

رضا قربان جهرمی: استادیار، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: مرور نظام‌مند پژوهش‌ها حاکی از این است که در درمان اضطراب افراد متغیرهای مختلفی تاثیر می‌گذارد و روش‌های درمانی متعددی اثربخش هستند، اما نقش طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی افراد مضطرب مغفول مانده است، لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی است. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

روش کار: از بین کلیه زنان ۲۰ تا ۳۰ سال دارای اضطراب مراجعه‌کننده به کلینیک حضور نو واقع در شهر تهران تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تخصیص داده شدند. همه آن‌ها قبل از اجرای مداخله پرسشنامه کمال‌گرایی تری-شورت و همکاران را تکمیل کرده‌اند. پس از آن، گروه آزمایش تحت آموزش طرحواره درمانی قرار گرفت. در نهایت هر دو گروه پس‌آزمون را دریافت کرده‌اند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کمک نرم‌افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: بین دو گروه در دو مؤلفه کمال‌گرایی مثبت ($F=6.275$ و $p<0.019$) و کمال‌گرایی منفی ($F=9.136$ و $p<0.006$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با مشاهده یافته‌های توصیفی می‌توان گفت گروه آزمایش پس از کسب مداخله طرحواره‌درمانی توانسته است نمرات پایین‌تری را در پس‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی نسبت به گروه کنترل کسب کند.

نتیجه‌گیری: استفاده از روش طرحواره‌درمانی در درمان اضطراب باعث کاهش کمال‌گرایی افراد شده و از این رو آگاهی از این آموزش می‌تواند در جهت بهبود متغیرهای کمال‌گرایی مثبت و منفی به روان‌شناسان، مشاوران، دانشجویان و سایر متخصصان کمک نماید.

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی، اضطراب، کمال‌گرایی مثبت و منفی

مقدمه

طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است، باعث اضطراب در افراد می‌شود (۲). بعضی از موارد اضطراب اصولاً بیماری نیستند و بدون نیاز به پزشک می‌تواند درمان شود. به این موارد، اضطراب طبیعی می‌گویند که طی آن اضطراب به خوبی توسط فرد کنترل و برطرف می‌شود. اضطراب طبیعی می‌تواند با روش‌هایی از قبیل تنفس عمیق، صحبت کردن با شخصی مورد اعتماد، استراحت در یک اتاق تاریک تحت کنترل درآید (۳). مراجعه به پزشک زمانی ضروری می‌شود

اضطراب (Anxiety) به عنوان یک بیماری روانی، در اکثر موقعیت‌های استرس‌زا نقش مهمی بازی می‌کند و عملکرد فرد را دچار مشکل می‌سازد (۱). در واقع اضطراب، تشویش یا دلشوره از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس‌زا بوده‌اند یا

است و کمال‌گرایای افراطی مردمی هستند که می‌خواهند در همه جنبه‌های زندگی شان بی‌عیب باشند (۱۰). در تعاریف بالینی، کمال‌گرایی به عنوان گرایش افراطی فرد در توجه به شکست‌ها و خودانتقالگری بیش از حد در نتیجه انتظارات غیرمعقول و توجه ناکارآمد نسبت به عملکرد تعریف می‌شود (۱۱). بر اساس تقسیم‌بندی هماچک دو نوع کمال‌گرایی (مثبت و منفی) را از هم متمایز کردند. کمال‌گرایی مثبت به آن دسته از شناخت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که هدف آن کسب موفقیت و پیشرفت سطح بالا به منظور رسیدن به پیامدهای مثبت است و کمال‌گرایی منفی به شناخت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که هدفش کسب موفقیت و پیشرفت‌های سطح بالا به منظور اجتناب از پیامدهای منفی است (۱۲). پژوهش‌هایی چند به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی در کمال‌گرایی پرداخته‌اند. در پژوهشی با عنوان اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی به این نتایج دست یافته‌اند که آموزش طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی اثربخش بوده است. همچنین نتایج نشان داد کمال‌گرایی در آسیب‌شناسی روانی نقش بسیار مهمی داشته و از این رو کاهش دادن کمال‌گرایی افراطی با فنون مبتنی بر شناخت طرحواره‌درمانی کارآمد بوده است (۱۳). در پژوهش دیگری با عنوان اثربخشی طرحواره‌درمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود کمال‌گرایی بیماران مبتلا به اختلال خوردن و افراد دارای نگرانی‌های تصویر بدنی به این نتایج اشاره کرده‌اند که افراد دارای اختلال خوردن پس از دوره درمان به روش طرحواره‌درمانی میزان کمال‌گرایی بهتری را گزارش کرده‌اند (۱۴).

با توجه به آنچه در فوق مطرح شد، در سال‌های اخیر روش‌ها و شیوه‌های درمانی مختلفی برای درمان اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به نقشی که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر اضطراب بگذارد و با توجه به تأثیری که این شیوه درمانی می‌تواند بر کمال‌گرایی افراد اضطرابی بگذارد، از این رو سؤال اصلی پژوهش این بوده که آیا درمان

که خود‌درمانی فرد جواب ندهد، یا فرد دچار هراس بیش از حد یا علایمی جدید و غیرقابل توجیه شود. در آن صورت پزشک درمان دارویی یا درمان غیر دارویی (روش‌های کلاسیک) را به او پیشنهاد می‌کند (۴). برای درمان اضطراب روش‌های مختلفی مانند دارودرمانی به کار برده می‌شود. یکی از مهمترین روش‌هایی که برای درمان اضطراب مورد توجه قرار گرفته، طرحواره‌درمانی (Schema therapy) است.

طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می‌شود. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره‌ها، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می‌کنند (۵). افزون بر آن یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان‌درمانی این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (۶). می‌توان گفت طرحواره‌درمانی، رویکردی یکپارچه‌نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده‌است، مانند درمان شناختی-رفتاری، روان‌تحلیلی روابط شیء، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی (Gestalt Therapy) (۷). در تحقیقی که بر روی باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب انجام شد، نتایج نشان داد که طرحواره‌بیماران اضطرابی نسبت به سایر بیماران غیر روانشناختی متفاوت است. در واقع نتایج نشان داد این گروه به نسبت سایر افراد در بیشتر زیر مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره‌یانگ امتیاز بالاتری کسب کرده‌اند (۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر روی متغیرهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از این متغیرها کمال‌گرایی است.

سازه کمال‌گرایی (Perfectionism) در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و تعاریف متعددی از آن شده است (۹). کمال‌گرایی تمایل در جهت بی‌نقص بودن

اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی اثربخش می‌باشد؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در پژوهش حاضر آموزش طرحواره‌درمانی متغیر مستقل و کمال‌گرایی متغیر وابسته می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه زنان دارای اضطراب ۲۰ تا ۳۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک حضور نو واقع در شهر تهران بود. از این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شد. روش تصادفی به این صورت بود که در ابتدا نام همه افراد بر روی یک برگه نوشته شد و سپس از بین آن‌ها افراد انتخاب شد. قابل ذکر است که سعی شده است که هر دو گروه از لحاظ سن و جنسیت هم‌تاسازی شوند. جنسیت مؤنث، رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، تشخیص نشانه‌های اضطراب توسط روان‌شناس و یا روان‌پزشک به مدت حداقل ۳ ماه، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش بوده‌اند. شرکت در پژوهش برای تمامی آزمودنی‌ها به صورت داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، می‌توانستند مجموعه آزمون‌ها را ارجاع نمایند. محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، جلب رضایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آزمودنی‌ها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظات بود که پژوهشگران مد نظر قرار داده‌اند. در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات از دو طریق صورت گرفت. نخست روش کتابخانه‌ای که اطلاعات با مطالعه کتاب‌ها، مجلات، مقالات و پایان‌نامه‌ها در دانشگاه‌های مختلف، مرکز اسناد و

مدارک ایران و دیگر مراکز علمی گردآوری شدند. دوم روش میدانی، با توجه به اینکه ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه و پروتکل بود، پژوهشگر به افراد پرسشنامه‌ها را ارائه داد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که پروتکل درمانی طرح‌واره درمانی برگزار شد. اجرای پروتکل‌های درمانی از یک آموزش‌دهنده و کمک آموزش‌دهنده تشکیل می‌شد. آموزش‌دهنده مسائل لازم را به شرکت‌کنندگان درباره چگونگی راهبردهای حل مشکل آموزش می‌داد. در طول جلسات فرد دستیار آموزش‌دهنده با مرور تکنیک آموزش داده شده در جلسات آموزشی، به فرد آموزش‌دهنده کمک می‌کرد. پس از مشخص شدن افراد نمونه مورد پژوهش و پس از برگزاری یک جلسه توجیهی در جهت توضیح اهداف پژوهش و در مورد روند اجرای جلسات توضیحات کافی برای شرکت‌کنندگان داده شد. در ادامه پیش‌آزمون از دو گروه گرفته شده و گروه آزمایش مورد مداخله قرار گرفت و در پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. پس از بررسی و جمع‌آوری اطلاعات، یافته‌ها در قالب آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل آزمون کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) به کمک نرم‌افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش از پروتکل‌های آموزشی و پرسشنامه به شرح زیر استفاده شده است:

۱. پروتکل طرحواره درمانی: پس از اجرای آزمون‌های پژوهش و معیارهای ورود و برگزاری جلسات توجیهی و جلب رضایت آگاهانه افراد، جلسات خط پایه برای آزمودنی‌ها برگزار شدند. پروتکل طرحواره درمانی که در جدول ۱ آمده است بر اساس نظریه جفری یانگ (۱۵) بوده که در قالب ۲۰ جلسه به آزمودنی‌های عرضه شد. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.
۲. پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی: این مقیاس یک آزمون ۴۰ سوالی است که ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ ماده دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. پرسش‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۵ کاملاً موافقم تا ۱ کاملاً مخالفم کمال‌گرایی آزمودنی‌ها را در دو زمینه مثبت و منفی

نشان می‌دهد. حداقل نمره آزمودنی‌ها در هر یک از مقیاس‌های آزمون ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ خواهد بود. ضریب پایایی این پرسشنامه توسط تدوین‌کنندگان به روش بازآزمایی ۰/۸۶ عنوان کردند (۱۶). ضریب اعتبار این پرسشنامه را در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان برای هر یک از مقیاس‌ها ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۹۱ و ۰/۸۸ برای دانشجویان دختر و ۰/۸۹ و ۰/۸۶ برای دانشجویان پسر گزارش شده است (۱۷).

نتایج

در این پژوهش ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) شرکت داشته‌اند. همه افراد شرکت‌کننده زن بوده که دارای اضطراب بوده‌اند. بر اساس یافته‌ها دامنه سنی کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۰ تا ۳۰ سال بود. افزون بر آن برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف استاندارد به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. نتایج توصیفی در جدول ۲ ارائه شده است.

پس از بررسی فراوانی و درصد متغیر گروه‌بندی، در ادامه به تجزیه و تحلیل یافته‌های استنباطی پرداخته می‌شود. قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Box Plot) بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی در متغیرها وجود ندارد. از آنجایی که متغیر کمال‌گرایی خود از ۲ مؤلفه تشکیل شده است، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شده است. در این پژوهش طرحواره‌درمانی به‌عنوان متغیر مستقل، نمرات افراد در پس‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی به‌عنوان متغیر وابسته و نمرات آن‌ها در پیش‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی به‌عنوان متغیر کمکی یا همپراش در نظر گرفته شده‌اند. آزمون کواریانس دارای مفروضه‌هایی است. در نتیجه، لازم است نرمال بودن متغیرها، همگنی شیب رگرسیون، ارتباط خطی و برابری واریانس‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در

متغیر مورد نظر بررسی شود. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده که نتایج نشان داد مقدار آماره آزمون کولموگروف - اسمیرنوف در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی در دو گروه و در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای داده‌های نرمال بوده‌اند ($p > 0/05$). لذا مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار بوده است. از دیگر شرایط آزمون کواریانس وجود ارتباط خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش است. نتایج نشان داد مفروضه ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کمال‌گرایی مثبت و منفی مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق نبود؛ یعنی، با توجه به این واقعیت که شیب‌ها به‌طور تقریبی موازی هستند، این امر تأیید نشده است و لذا شیب‌ها موازی نبوده و همدیگر را قطع می‌کنند. مفروضه دیگر آزمون کواریانس همگنی شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج حاصل از این بررسی مبین این است که مقدار آماره (۰/۲۸۲) بدست آمده از آزمون با سطح معنی‌داری (۰/۶۰۰) از ۰/۰۵ بیشتر است. از این‌رو، تعامل ناشی از داده‌های این آزمون معنی‌دار نمی‌باشد. یعنی، فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود که حاکی از برقراری این مفروضه می‌باشد. پس از بررسی مفروضات کلی تحلیل کواریانس، در ادامه به بررسی تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) پرداخته شد که برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کواریانس از آزمون M باکس استفاده شد و نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($F=0/402$, $p=0/752$). علاوه بر آن به‌منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شده است. نتایج نشان داد پیش‌شرط برابری واریانس‌های خطا و مفروضه واریانس - کواریانس در مؤلفه‌های کمال‌گرایی برقرار بود، بنابراین نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنی‌داری در نمرات دو گروه داشت ($p=0/023$, $F=4/429$, $M=0/738$ = لاندای ویلکز) (جدول ۳). از این رو می‌توان گفت بین دو گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل در مؤلفه‌های کمال‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به

طرحواره ناسازگار زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد در نتیجه طرحواره‌درمانی می‌تواند به کاهش کمال‌گرایی کمک کند (۱۹). همچنین برخی از پژوهشگران نشان دادند که از لحاظ نظری بین طرحواره‌های کمال‌گرایی، 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 کمال‌گرا و مبتلا به اضطراب، 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 (۱۴). همچنین همسو با نتایج این پژوهش یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان داد که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه باعث ناراحتی‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شوند و با اصلاح این طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، این ناراحتی‌ها کاهش یافتند (۱۳). افزون بر آن نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین نشان دادند طرحواره‌درمانی بر کاهش رفتارهای کمال‌گرایانه تأثیر دارد، همخوان است. در پژوهش فوق‌عزت‌نفس افراد کمال‌گرا که به دلیل نیاز به تشویق و تأیید و ترس از طرد خدشه‌دار شده بود از طریق طرحواره‌درمانی ارتقاء یافت، در نتیجه کمال‌گرایی کاهش یافت (۲۰). در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت 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

منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در هر دو مؤلفه کمال‌گرایی مثبت و منفی بین دو گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است. با مشاهده جدول ۲ و یافته‌های توصیفی می‌توان گفت، نمرات افراد در پس‌آزمون کمال‌گرایی مثبت و منفی کاهش یافته است. بنابراین می‌توان ادعا نمود که آموزش طرحواره‌درمانی باعث کاهش کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب شد.

بحث

اضطراب احساس ناخوشایند و اغلب مبهم دل‌پاسی است که با یک یا چند تا از احساس‌های جسمی همراه می‌گردد. به نظر رولومی، اضطراب عبارتست از: ترسی که در اثر به خطر افتادن یکی از ارزش‌های اصولی زندگی شخص ایجاد می‌شود (۱۸). بررسی اضطراب و سازه‌های مرتبط با آن حائز اهمیت است، لذا هدف از انجام این پژوهش اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله شهر تهران بود. در این پژوهش که از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل سعی شد تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای اضطراب ۲۰ تا ۳۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک حضور نو واقع در شهر تهران مورد بررسی قرار گیرند. نتایج نشان داد بین دو گروه در دو مؤلفه کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که طرحواره‌درمانی باعث کاهش کمال‌گرایی در زنان مبتلا به اضطراب شد. لذا نتایج حاکی از آن بود که نمرات کمال‌گرایی افراد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های (۱۹ و ۱۴-۱۳) همسو بود. بر اساس شواهد پژوهشی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه باعث افزایش کمال‌گرایی در فرد می‌گردد. طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرح بین‌فردی ناسازگار دانستند که به تجربیات عاطفی مشکل‌ساز کمک می‌کند، در نتیجه

اجرا دارد، می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. با توجه به این که این پژوهش بصورت مداخله‌ای اجرا شده است، لذا جهت کسب نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود ارتباط این متغیرها با بهره‌گیری از سایر روش‌ها (همبستگی، رگرسیون و مدل‌بازی معادلات ساختاری) نیز اجرا شوند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر طرحواره‌درمانی و کمال‌گرایی در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند سلامت روان، ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری، شادکامی و احساس تنهایی در سایر افراد دارای اختلالات مختلف مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. افزون بر آن با توجه به برجسته بودن نقش طرحواره‌درمانی در کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب، پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه و جلسات آموزش ویژه طرحواره‌درمانی می‌تواند اثرگذار باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود از این پژوهش به‌منظور درمان کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب استفاده شود. بنابراین بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان، آموزش‌هایی برای بهبود کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب ارائه کرد. علاوه بر آن با توجه به اهمیت طرحواره‌درمانی در بهبود کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب، پیشنهاد می‌شود در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول و تکنیک‌های طرحواره‌درمانی پرداخته شود و به عنوان یک حرکت ملی به آن نگرسته شود تا عموم مردم بخصوص افراد دارای اختلالات مختلف از جمله افراد دارای اضطراب، تغییرات لازم را در خود به وجود آورند.

نتیجه‌گیری

درمان اضطراب به روش طرحواره‌درمانی توانسته است بین دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله ارزیابی تفاوت معنی‌داری ایجاد کند. به این معنی که با ارائه تکنیک‌های طرحواره‌درمانی که در این پژوهش ارائه شده است، میزان

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. بنابراین چون طرحواره‌درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد، می‌تواند در درمان کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب موفقیت بالایی داشته باشد.

این پژوهش خالی از محدودیت نبود، یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر آن است که یافته‌های بدست آمده از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله دارای اضطراب مراجعه‌کننده به کلینیک حضور نو در تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ اجرا شد. لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقسام و شهرهای دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم‌دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به روش پژوهشی است. در این مطالعه به بررسی روابط علی و همچنین همبستگی بین متغیرها پرداخته نشد و پژوهش به صورت مداخله‌ای بود و لذا به دست آوردن این یافته‌ها با استفاده از سایر روش‌های پژوهش می‌تواند مورد ملاحظه قرار گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری با توجه به جنسیت صورت گرفت و زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله جامعه آماری این پژوهش بودند، لذا تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به گروه مردان و یا زنان سنین دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که این تحقیق بر روی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله دارای اضطراب مراجعه‌کننده به کلینیک حضور نو در شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ اجرا شد، لذا بررسی این پژوهش بر روی مردان و زنان سایر سنین که قابلیت

تشکر و قدردانی

در نهایت بدینوسیله پژوهشگران از کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهش بخاطر، صبر و اعتمادی که داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌کنند. قابل ذکر است که این پژوهش مستخرج از رساله دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد.

کمال‌گرایی افراد دارای اختلال اضطراب کاهش یافته است و می‌توان از این روش درمانی جهت کاهش سایر متغیرهای مربوطه در افراد دارای اختلال اضطراب استفاده نمود. همچنین آگاهی مشاوران، روان‌شناسان، درمانگران و سایر متخصصان از این درمان‌ها و اجرایی کردن آن‌ها در مراکز مختلف می‌تواند به بهبود و کاهش کمال‌گرایی زنان دارای اختلال اضطراب کمک نماید.

جدول ۱- خلاصه پروتکل مطالعه اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی مثبت و منفی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله

| جلسه | محتوای جلسه |
|---------|---|
| اول | توضیح مدل طرحواره درمانی به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای. |
| دوم | سنجش مشکلات بیمار و جستجو الگوهای ناکارآمد زندگی و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی. |
| سوم | فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نامگذاری آن‌ها. |
| چهارم | تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش. |
| پنجم | مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش. |
| ششم | بررسی شواهد عینی تأییدکننده و طردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار. |
| هفتم | اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد. |
| هشتم | گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار. |
| نهم | تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره. |
| دهم | نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره. |
| یازدهم | ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی. |
| دوازدهم | تقویت ذهنیت بزرگسال سالم بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگیدن علیه طرحواره‌ها. |
| سیزدهم | ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آن‌ها. |
| چهاردهم | کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار. |
| پانزدهم | پیدا کردن راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی. |
| شانزدهم | تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی. |
| هفدهم | تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار. |
| هیجدهم | تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید. |
| نوزدهم | بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم. |
| بیستم | غلبه بر موانع تغییر رفتار. |

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار دو مرحله ارزیابی کمال‌گرایی مثبت و منفی در گروه آزمایش و کنترل زنان ۲۰ تا ۳۰ سال

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین) | پس‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین) |
|-----------------|--------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| کمال‌گرایی منفی | کنترل | ۶۱/۰۷±۱۱/۹۷ | ۶۰/۵۳±۱۹/۸۲ |
| | آزمایش | ۶۰/۶۷±۱۱/۱۸ | ۴۲/۳۳±۱۱/۸۸ |
| | کل | ۶۰/۸۷±۱۱/۳۸ | ۵۱/۴۳±۱۸/۵۳ |
| کمال‌گرایی مثبت | کنترل | ۵۹/۷۳±۱۶/۸۶ | ۵۹/۶۷±۱۱/۳۰ |
| | آزمایش | ۵۹/۶۰±۱۱/۴۰ | ۴۴/۳۳±۱۹/۸۳ |
| | کل | ۵۹/۶۷±۱۴/۱۴ | ۵۲/۰۰±۱۷/۶۷ |

جدول ۳- نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی

زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله

| اثرات | ارزش F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | معنی‌داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|------------------|--------|------------------|----------------|-----------|------------|------------|
| اثر پیلایی | ۴/۴۲۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۶۲ | ۰/۷۰۸ |
| اثر لاندای ویلکز | ۴/۴۲۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۶۲ | ۰/۷۰۸ |
| اثر هتلینگ | ۴/۴۲۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۶۲ | ۰/۷۰۸ |
| اثر رویس لارگت | ۴/۴۲۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۶۲ | ۰/۷۰۸ |

جدول ۴- نتایج آزمون کواریانس تکمتغیری برای مقایسه گروهی متغیر کمال‌گرایی مثبت و منفی

زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله

| شاخص آماری | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری | مجذوراتا | توان آزمون |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------|----------|------------|
| کمال‌گرایی مثبت | ۱۷۵۶/۳۴۱ | ۱ | ۱۷۵۶/۳۴۱ | ۶/۲۷۵ | ۰/۰۱۹ | ۰/۱۹۴ | ۰/۶۷۴ |
| کمال‌گرایی منفی | ۲۵۱۳/۴۲۷ | ۱ | ۲۵۱۳/۴۲۷ | ۹/۱۳۶ | ۰/۰۰۶ | ۰/۲۶۰ | ۰/۸۲۹ |

df=درجات آزادی

References

- Jitlina K, Zumbo B, Miranda P, Ford L, Bennett T, Georgiades S, Zwaigenbaum L. Psychometric properties of the spence children's anxiety scale: Parent report in children with autism spectrum disorder. *J of autism and developmental disorders*. 2017; 47(12): 3847-3856.
- Kircanski K, Waugh CE, Camacho MC, Gotlib IH. Aberrant parasympathetic stress responsivity in pure and co-occurring major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2016; 38(1): 5-19.
- Marthoenis M, Ilyas A, Sofyan H, Schouler-Ocak M. Prevalence, comorbidity and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and

- anxiety in adolescents following an earthquake. *Asian J of psychiatry*. 2019; 43(3):154-159.
4. Teimouri Y, Goetze J, Plonsky L. Second language anxiety and achievement: A meta-analysis. *Studies in Second Language Acquisition*. 2019; 41(2): 363-387.
 5. Bernstein DP, Clercx M, Keulen-De Vos M. Schema therapy in forensic settings. *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*. 2019: 654-668.
 6. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cog behavior therapy*. 2018; 47(4): 328-349.
 7. Fassbinder E, Arntz A. Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *J of contemporary psycho*. 2019; 49(1): 7-14.
 8. Leahy RL. Introduction: emotional schemas and emotional schema therapy. *Inter J of Cognitive Therapy*. 2019; 12(1): 1-4.
 9. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *J of clinical psychology*. 2017; 73(10): 1301-1326.
 10. Stoeber J. Comparing two short forms of the Hewitt-Flett multidimensional perfectionism scale. *Assessment*. 2018; 25(5): 578-588.
 11. Otto A. Saving in childhood and adolescence: Insights from developmental psychology. *Economics of Education Review*. 2013; 33(4): 8-18.
 12. Noori M, Sotoudehnama E. Positive and negative perfectionism of EFL and non-EFL major graduate students. *Psychology, Society, and Education*. 2018; 10(2): 147-161. [Persian]
 13. Sohrabi F, Borjali A, Momeni M. The effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J (RRJ)*. 2020; 9(4): 75-82. [Persian]
 14. Boone L, Braet C, Vandereycken W, Claes L. Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*. 2013; 21(1): 45-51.
 15. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford, 2003: 254.
 16. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Personality and individual differences*. 1995; 18(5): 663-668.
 17. Besharat MA. Reliability (reliability) and accuracy (validity) of positive and negative perfectionism scale. *J of Psychological Science*. 2003; 2(8): 346-359. [Persian]
 18. Huang Q. Study on Correlation of Foreign Language Anxiety and English Reading Anxiety. *Theory & Practice in Language Studies*. 2012; 2(7): 33-45.
 19. Malivoire BL, Kuo JR, Antony MM. An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical psychology review*. 2019; 71: 39-50.
 20. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF. *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford Press. 2017.

The Effect of Anxiety Treatment Through Schema Therapy on the Positive and Negative Perfectionism of 20-30 Year-Old Women

Mohammad Hoseini M: PhD. Student, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Nasrolahi B: PhD. Assistant Professor, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran- Corresponding Author: Dr.bitanasrolahi@gmail.com

Ghorban Jahromi R: PhD. Assistant Professor. Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: Oct 9, 2020

Accepted: Jan 11, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: Systematic review of research suggests that different variables can affect the treatment of anxiety and that, although many therapies can be effective, the role of schema therapy in the perfectionism of anxious people has been neglected. Therefore, the aim of this study was to determine the effect of anxiety treatment through schema therapy on perfectionism of anxious people. The study was an applied quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group.

Materials and Methods: From among all the women with anxiety aged 20 to 30 years referring to the New Presence Clinic in Tehran, a sample of 30 were selected by purposive sampling and randomly assigned to either an experimental (n =15) or a control (15 people) group. Initially they all completed the Terry-Short et al. (1995) Perfectionism Questionnaire. Then the experimental group received education in schema therapy, followed by a post-test for both groups. The data were analysed using multivariate analysis of covariance the software SPSS_{V19}.

Results: Statistically significant differences were found between the two groups as regards the two components of positive ($p < 0.019$; $F = 6.275$) and negative ($p < 0.006$; $F = 9.136$) perfectionism. Based on the descriptive findings it can be said that, compared with the control group, the experimental group could, after the schema therapy intervention, obtain lower scores in the perfectionism components post-test.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be said that schema therapy in the treatment of anxiety can reduce the perfectionism of individuals. Therefore, a knowledge of this training can help psychologists, counsellors, students and other professionals to improve the positive and negative perfectionism variables in people suffering from anxiety.

Keywords: Schema Therapy, Anxiety, Positive and Negative Perfectionism

Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.