

اثربخشی درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا

آذر کیامرثی^{✉*}، محمد نریمانی^{**}، ناصر صبحی

قراملکی^{***} و نیلوفر میکاییلی^{****}

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا است. این پژوهش شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر کمال‌گرای مدارس متوسطه شهر رشت در سال ۱۳۹۵ بودند. نمونه پژوهش ۶۹ دانش‌آموز دختر کمال‌گرا بود که به صورت تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس کمال‌گرایی بالینی استوربر و فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی ریف استفاده شد. برای گروه‌های آزمایشی، درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج آنکوا نشان داد درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری، بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا را افزایش می‌دهند. نتایج آنوا نیز نشان داد که درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری کمال‌گرایی بالینی دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد، اما بین اثربخشی دو درمان در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی بالینی تفاوتی به دست نیامد. این یافته‌ها بیان می‌کند که رویکرد مثبت‌نگر به عنوان درمان جدیدتر به اندازه درمان شناختی-رفتاری در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است و می‌توان از آن به عنوان درمان جایگزین استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، شناختی-رفتاری، کمال‌گرایی، مثبت‌نگر

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل،

اردبیل، ایران. a.kiamsi52@gmail.com

** استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

*** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

**** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۱۹

مقدمه

کمال‌گرایی^۱ از جمله سازه‌های شخصیتی است که پژوهش‌های زیادی درباره آن انجام شده است (فلت و هویت، ۲۰۰۵). کمال‌گرایی به عنوان وضع معیارهای شخصی بسیار بالا در عملکرد، همراه با گرایش به انتقادی بودن افراطی در ارزیابی عملکرد شخصی و سرزنش خود توصیف شده است (فراست، مارتا، لهارت و روزنبلات^۲، ۱۹۹۰). در ابتدا کمال‌گرایی به عنوان سازه‌ای تک بعدی، غیر انطباقی و ناکارآمد در نظر گرفته می‌شد، اما اخیراً، کمال‌گرایی چند بعدی با جنبه‌های فردی و بین فردی در نظر گرفته است (قالی^۳، ۲۰۰۸).

با توجه به رابطه منفی بین کمال‌گرایی و بهزیستی روان‌شناختی (نادری، ۱۳۹۱)، بهزیستی روان‌شناختی^۴ یکی از متغیرهایی است که احتمالاً به دلیل وجود کمال‌گرایی در دانش‌آموزان دچار مشکل می‌شود. شواهد پژوهشی حاکی است که کمال‌گرایی در شکل‌گیری علائم افسردگی نقش زیادی دارد (برای مثال چانگ و راند^۵، ۲۰۰۰؛ هویت، فلت و ادیگر^۶، ۱۹۹۶). همچنین بین کمال‌گرایی و مشکلات جسمی / روان‌شناختی رابطه مثبت به دست آمده است (برای مثال سومی و کاندا^۷، ۲۰۰۲؛ رایس، لیور، کریستوفر و پورتر^۸، ۲۰۰۶؛ انجن^۹، ۲۰۰۹؛ تاجیک‌زاده، صادقی و مهرابی‌زاده، ۱۳۹۴؛ شیر محمدی، کاکاوند، صادقی و جعفری جوزانی، ۱۳۹۵). گیلمن و هوبنر^{۱۰} (۲۰۰۶). پارک و جونگ^{۱۱} (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که افراد غیرکمال‌گرا و کمال‌گرای سازگار در مقایسه با افراد کمال‌گرای ناسازگار، رضایت از زندگی و عزت نفس بیشتری دارند.

با توجه به ارتباط کمال‌گرایی با باورهای غیرمنطقی و افکار منفی (برای مثال پیریا،

1. perfectionism
2. Frost, Marta, Lahart and Rosenblat
3. Ghaly
4. psychological well-being
5. Chang and Rand
6. Ediger
7. Sumi and Kanda
8. Rice, Leever, Christophrt and Porter
9. Ongen
10. Gilman and Hobner
11. Park and Joeng

فریرا، پیسارا، ماسدو و نوگئورا^۱؛ ۲۰۱۵؛ ماسدو^۲؛ ۲۰۱۶؛ دانش، شمشیری، کاکاوند، سلیمی نیا، (۱۳۹۲) و تفکر مثبت و خوشبینی/بدبینی (پریریا، مونتریرو، کاستیلو، فونسکا، راکو، مارکوس و ماسادو^۳؛ ۲۰۱۶؛ استوبر و کور^۴؛ ۲۰۱۷)، احتمالاً درمان مثبت‌نگر^۵ بتواند بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا اثرگذار باشد. روان‌درمانی مثبت‌نگر بر این فرض استوار است که اختلالات خلقی (افسردگی) و اضطرابی می‌توانند به‌طور مؤثر نه فقط با کاهش علائم منفی، بلکه به‌طور مستقیم با ایجاد هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌های فرد و ایجاد معنی درمان شوند. این منابع مثبت احتمالاً با علائم منفی مقابله کرده و سدی در برابر تشدید و بازگشت اختلال یا مشکل می‌شود (سلیگمن^۶؛ ۲۰۰۲).

پژوهش‌های مرتبط با کمال‌گرایی و رویکرد مثبت‌نگر در گذشته به‌طور عمده، از نوع مطالعات همبستگی و علی مقایسه‌ای بوده است. در مطالعات مختلف درمان مثبت‌نگر بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش توانمندی‌ها، شادکامی و رضایت از زندگی (برای مثال پترسون^۷ و پارک، ۲۰۰۴؛ سلیگمن، پارک و استین^۸؛ ۲۰۰۴؛ خدابخش، خسروی و شاهنگیان، ۱۳۹۴)، افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر و حل مسأله (فردریکسون و لوسادا^۹، ۲۰۰۵)، کاهش افسردگی (سلیگمن، ارنست، گیلهم، پویک و لینکینز^{۱۰}؛ ۲۰۰۹) مؤثر بوده است؛ اما تاکنون تأثیر این روش بر کمال‌گرایی بررسی نشده است.

از جمله درمان دیگری که می‌تواند در دانش‌آموزان کمال‌گرا مؤثر باشد، درمان شناختی-رفتاری^{۱۱} است. طبق مفروضه بنیادی اغلب مدل‌های شناختی-رفتاری، شناخت‌ها و ادراکات افراد، هیجانات و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهند و بنابراین، چگونگی تفکرات بیماران بر رفتار

-
1. Pereira, Ferreira, Pissarra, Macedo and Nogueira
 2. Macedo
 3. Pereira, Monteiro, Castilho, Fonseca, Roque, Marques and Macedo
 4. Stober and Coor
 5. positive therapy
 6. Seligman
 7. Peterson
 8. Steen
 9. Fredrickson and Losada
 10. Ernest, Gillham, Peivich and Linkins
 11. cognitive-behavioral therapy

و بهزیستی هیجانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. مدل‌های شناختی-رفتاری با اتخاذ تدابیر هدفمند و توجه به باورها و شناخت‌های ناکارآمد، در کاهش تجربه درد و بهبود پیامدهای منفی آن و نیز پرورش راهبردهای مقابله‌ای سالم، مؤثر هستند (شافران، رز، سارا، وید و تریسی^۱، ۲۰۱۰).

زرگر، مردانی و مهربابی‌زاده (۱۳۹۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی-رفتاری، کمال‌گرایی و احساس گناه دانشجویان را کاهش می‌دهد. آشباخ، آنتونی، سامرفلدت و سوین‌سون^۲ (۲۰۰۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری فقط در کاهش مقوله‌های نگرانی افراطی از اشتباهات، گرایش به شک و تردید و میل به منظم بودن کمال‌گرایی افراد دارای فویبای اجتماعی تأثیر دارد. گلور، براون، فیربورن و شافران^۳ (۲۰۰۷)، ریلی، لی، کوپر، فیربورن و شافران^۴ (۲۰۰۷)، ایگان، وید، شافران و آنتونی^۵ (۲۰۱۴)، هندلی، ایگان، کان و ریس^۶ (۲۰۱۵)، روزنتال، شافران، واد، ایگان، نوردگرن و لندستروم^۷ (۲۰۱۷)، صدری، آندرسون، ماکاوی، کان و ایگان^۸ (۲۰۱۷) و شافران، واد، ایگان و کوتاری، واتسون، کارل بینگ، روزنتال و آندرسون^۹ (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری در کاهش کمال‌گرایی بالینی، نشانه‌های اضطراب و افسردگی تأثیر معناداری دارد و این بهبودی نیز با پیگیری ۱ - ۶ ماه پایدار بوده است. در مطالعه‌ای درمان شناختی-رفتاری از طریق اینترنت نیز بر کاهش کمال‌گرایی تأثیر داشته است (شافران، واد، ایگان و کوتاری، واتسون، کارل بینگ، روزنتال و آندرسون^{۱۰}، ۲۰۱۷).

با توجه به ارتباط بهزیستی روان‌شناختی با کمال‌گرایی، اثربخشی درمان شناختی/رفتاری در چند پژوهش محدود در خارج از ایران، عدم استفاده از رویکرد درمان مثبت‌نگر در افراد کمال‌گرا، و شکاف موجود در این زمینه و مشخص نبودن تفاوت تأثیر بین دو درمان مثبت‌نگر

-
1. Shafiran, Ros< Sara, Wade and Trisi
 2. Ashbaugh, Antony, Liss, Summerfeldt, Randi and Swinson
 3. Glover, Brown, Fairburn and Shafiran
 4. Reley, Lee, Cooper, Fairburn and Shafiran
 5. Egan, Wade, Shafiran and Antony
 6. Handley, Egan, Kane and Rees
 7. Rozental, Shafiran, Wade, Egan, Nordgrem and Landstrom
 8. Sadri, Anderson, Mc Evoy, Kane and Egan
 9. Shafiran, Wade, Egan and Kothari, Watson, Carlbring, Rozental and Anderson
 10. Shafiran, Wade, Egan and Kothari, Watson, Carlbring, Rozental and Anderson

و شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی، لازم است که این رویکردها در فرایند کار بالینی در فرهنگ ایرانی استفاده شود تا فواید و محدودیت‌های استفاده از آن بر افراد کمال‌گرا مشخص شود. لذا، هدف مطالعه حاضر اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا است.

روش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دهم دارای کمال‌گرایی بالینی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بودند. نمونه پژوهش به صورت زیر شناسایی و انتخاب شدند: الف) مرحله شناسایی: در این مرحله ۹۰۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از میان دانش‌آموزان دختر پایه دهم شهر رشت انتخاب شد. به این ترتیب که، ابتدا از ۴ ناحیه آموزش و پرورش، ۱ ناحیه و سپس از بین دبیرستان‌های دوره دوم ۱۵ مدرسه و از هر مدرسه ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد و تمام دانش‌آموزان آن کلاس با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی بالینی مورد غربال‌گری قرار گرفتند و افراد دارای نمره برش ۸ (استوبر و دامین، ۲۰۱۴) و بالاتر شناسایی شدند. ب) در این مرحله ۱۲۱ دانش‌آموز دارای نمره بالا در کمال‌گرایی بالینی، بر اساس ملاک‌های شافران و همکاران (۲۰۱۰؛ ترجمه کمالی و ادیسی، ۱۳۹۱) مصاحبه شدند. در نهایت از میان دانش‌آموزان، ۸۷ نفر دارای کمال‌گرایی بالینی بودند. از میان آن‌ها، ۶۹ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و به گروه‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر و گروه کنترل (هر گروه ۲۳ نفر) جای دهی شدند. ضمناً در گروه مثبت‌نگر ۲ نفر، گروه شناختی-رفتاری ۳ نفر به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از ادامه شرکت همکاری نکردند. لذا به صورت تصادفی ۱ نفر از گروه مثبت‌نگر و ۳ نفر از گروه کنترل به صورت تصادفی حذف شدند و هر گروه نهایتاً به ۲۰ نفر رسید. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: پایه تحصیلی (دهم)، عدم استفاده از دارو و تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در درمان.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه، دریافت مداخله روان‌پزشکی و روان‌شناختی به صورت همزمان.

ابزارهای استفاده شده به شرح زیر بودند:

پرسشنامه کمال‌گرایی بالینی: پرسشنامه کمال‌گرایی بالینی^۱ را استوبر، و دامین^۲ (۲۰۱۴) ساخته‌اند. این پرسشنامه ۱۲ آیتم دارد و به صورت بله/خیر (و درجه‌بندی ۰ - ۴ برای تعیین شدت) پاسخ داده می‌شود. استیل، شی، مورداک و وید^۳ (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۳ گزارش کردند. استوبر و دامین (۲۰۱۴) ضریب اعتبار همزمان این پرسشنامه را با مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فروست و همکاران (۱۹۹۰) (در دامنه‌ای از ۰/۴۹ - ۰/۶۱) معنادار به دست آوردند ($P < ۰/۰۱$). در پژوهش حاضر در مرحله شناسایی بر روی ۹۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی (بعد از یکماه) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین همبستگی این پرسشنامه با مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی هویت و فلت ۰/۵۷ به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$).

فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی^۴ ۱۸ آیتم (ریف، ۲۰۰۲) دارد که در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شود. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری، و شکری (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۱ و ضریب همبستگی این پرسشنامه را با مقیاس استرس-افسردگی-اضطراب لویندا در دامنه‌ای از ۰/۲۹ - ۰/۴۹ گزارش کردند ($P < ۰/۰۰۱$). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

-
1. Clinical Perfectionism Inventory
 2. Stober and Damain
 3. Steele, Shea, Murdock and Wade
 4. Psychological Well-Being, Short Form

روش‌های مداخله:

الف) درمان مثبت‌نگر (پروتکل درمانی سلینگمن و رشید، ۲۰۰۶):

| شماره جلسه | اهداف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | نوع تکلیف خانگی |
|------------|----------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| اول | مفهوم‌سازی کمال‌گرایی | توضیح درباره کمال‌گرایی، اثرات، پیامدها و عوامل تداوم دهنده آن و آمادگی برای تغییر و ارزیابی توسط پرسشنامه‌ها | آگاهی از کمال‌گرایی | تمرین مثبت‌نگری |
| دوم | آشنایی با مفاهیم مثبت‌نگری | توضیح مفهوم مثبت‌نگری و آگاهی از مثبت‌اندیشی | آگاهی از مثبت‌نگری | ثبت افکار مثبت |
| سوم | شناسایی توانمندی‌ها | شناسایی و دسته‌بندی توانمندی‌های شخص و فضیلت‌های اخلاقی و استفاده از آنها به شکلی جدید | آگاهی از توانمندیها | ثبت توانمندیها |
| چهارم | مقابله با افکار منفی | توضیح در مورد نقش افکار و احساسات در رفتار، و جلب توجه افراد جهت مثبت‌اندیشی و مبارزه آنها با افکار منفی. | افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی | ثبت افکار مثبت و منفی |
| پنجم | آموزش تصویرسازی ذهنی | ارائه مطالبی در مورد راهکارهای مثبت‌اندیشی از جمله تغییر دادن تصویرهای ذهنی، و اجتناب از حسادت. | تصویر ذهنی مثبت | تمرین و تکرار تصویر سازی |
| ششم | آموزش خودگویی مثبت | توضیحاتی در مورد خودگویی، باید و نباید و اعتماد به نفس و بیان نقش آنها در مثبت‌گرایی. | افزایش خودگویی مثبت | تمرین خودگویی مثبت |
| هفتم | آموزش باورهای مثبت | ایجاد باورهای مثبت از طریق نواندیشی، جستجوی شواهد واقعی، بررسی سود و زیان و ارزیابی نگرش‌ها. | باورهای مثبت و واقع‌نگری | ثبت سود و زیان و ارزیابی نگرش‌ها |
| هشتم | آموزش مثبت‌اندیشی | بازسازی خاطرات، تقویت عزت نفس، اندیشیدن درباره پیام‌ها در جهت خوشبینی و مثبت‌نگری | ایجاد خوشبینی | ثبت مرور خاطرات مثبت |
| نهم | تکنیک بهبود روابط | برنامه‌ریزی برای یک روز مثبت و برقراری روابط خوب با دیگران و آموزش سبک پاسخدهی و آموزش برای بهبود روابط | ایجاد روابط و سبک پاسخدهی مثبت | ثبت روابط مثبت و موفق در زندگی |
| دهم | مرور و جمع‌بندی | جمع‌بندی و مرور تکنیک‌ها و تمرین و ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌ها | کاهش افکار و اعمال کمال‌گرایانه | تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر |

(ب) درمان شناختی-رفتاری (بر اساس تکنیک‌های شافران و همکاران، ۲۰۱۰؛ ترجمه کمالی و ادریسی، ۱۳۹۰):

| شماره جلسه | اهداف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | نوع تکلیف خانگی |
|------------|---|--|--|---|
| اول | مفهوم‌سازی کمال‌گرایی | توضیح درباره کمال‌گرایی، اثرات، پیامدها و عوامل تداوم‌دهنده آن و تمرین آرمیدگی و ارزیابی توسط پرسشنامه‌ها | آگاهی از کمال‌گرایی | تمرین آرمیدگی |
| دوم | آزمایش باورها | مرور روش‌های غلبه با مشکلات برای کمک به تنظیم معیارها، تهیه زمینه‌یابی برای آزمایش باورها، گردآوری پاسخ‌ها و تفکر درباره آن‌ها و واریسی واقعیت | اصلاح باورهای شناختی | ثبت باورهای شناختی کمال‌گرایانه |
| سوم | معرفی آزمایش‌های رفتاری برای افکار کمال‌گرایانه | فراهم آوردن اطلاعاتی به منظور آزمون باورها درباره برخی کارها و رفتارها، آزمایش‌های رفتاری برای واریسی کردن و هدف قراردادن اجتناب | افزایش اطلاعات درباره باورها و رفتارها | تمرین تغییر ایده‌ها |
| چهارم | معرفی خطاهای شناختی | شناسایی خطاهای شناختی، تأثیر تفکر بر احساسات و رفتار، بازسازی شناختی و از دیدگاهی متفاوت به قضایا نگاه کردن | تغییر خطاهای شناختی | ثبت و شناسایی خطاهای شناختی |
| پنجم | غلبه بر تفکر همه یا هیچ | تبدیل قوانین خشک به قواعد انعطاف‌پذیر، آزمایش‌های رفتاری و پذیرش عملکرد واقعی | افزایش انعطاف‌پذیری | تمرین مقابله با تفکر همه یا هیچ |
| ششم | تغییر افکار خود آیند | آموزش ارزیابی صحت افکار خود آیند و به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی | کاهش افکار خود آیند | ثبت روزانه افکار |
| هفتم | آموزش غلبه بر اهمال‌کاری | تغییر افکار برای غلبه بر اهمال‌کاری، حل مسأله، مدیریت زمان و رویدادها و فعالیت‌های خوشایند و لذت بخش | کاهش اهمال‌کاری | ثبت روزانه حل مسأله و تمرین مدیریت زمان |
| هشتم | آموزش غلبه بر انتقاد از خود و دلسوزی به خود | شناسایی صدای انتقادگر و شفقت‌آمیز، دلسوزی به خود و انتظارات واقع‌بینانه از خود | کاهش انتقاد از خود | ثبت افکار خود انتقادگر و شفقت‌آمیز |
| نهم | آموزش خودارزیابی | تضعیف ارتباط بین قضاوت درباره خود و موفقیت‌ها، شناسایی حوزه‌هایی در زندگی و ایجاد خود ارزیابی مثبت از طریق روش‌های جدید | ایجاد خودارزیابی مثبت | ثبت روزانه خودارزیابی |
| دهم | مرور و جمع‌بندی | جمع‌بندی و مرور تکنیک‌ها و تمرین و ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌ها | کاهش افکار و اعمال کمال‌گرایانه | تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر |

بعد از شناسایی دانش‌آموزان کمال‌گرای بالینی، و گمارش آن‌ها در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، از آن‌ها خواسته شد تا در دوره درمان شرکت کنند. ابتدا، از هر سه گروه مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون درخواست شد تا ابزار مورد نظر را به دقت تکمیل کنند. مدت جلسات درمانی در هر یک از روش‌های درمانی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی و هفته‌ای یکبار، در مدارس خممامی‌زاده و پیک‌نور شهر رشت، توسط روان‌شناس

دوره دیده) در زمستان ۱۳۹۵ اجرا شد. پس از اتمام دوره درمان از دو گروه تحت درمان و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی گروه‌های مثبت‌نگر، شناختی رفتاری و کنترل به ترتیب ۶۵/۶۹±۰/۱۵، ۱۵/۷۵±۰/۸۵ و ۱۵/۸۰±۰/۶۶ است. دانش‌آموزان گروه‌های درمانی مثبت‌نگر، ۶۵ درصد در رشته علوم تجربی و ۳۵ درصد در رشته علوم انسانی، در گروه درمانی شناختی رفتاری ۷۰ درصد در رشته علوم تجربی و ۳۰ درصد در رشته علوم انسانی، و در گروه کنترل ۶۰ درصد در رشته علوم تجربی و ۴۰ درصد در رشته علوم انسانی مشغول به تحصیل بوده‌اند. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی بالینی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی بالینی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| گروه کنترل | گروه شناختی / رفتاری | گروه مثبت‌نگر | متغیر موقعیت | |
|------------|----------------------|---------------|--------------|---------------------|
| | | | M±SD | M±SD |
| ۵/۵۵±۶۸/۴۰ | ۵/۴۴±۷۰/۴۰ | ۷/۰۳±۶۸/۶۰ | پیش‌آزمون | بهزیستی روان‌شناختی |
| ۹/۵۶±۷۰/۲۰ | ۵/۰۹±۸۲/۹۰ | ۷/۹۵±۷۸/۰۵ | پس‌آزمون | |
| ۳/۴۹±۴۲/۱۰ | ۳/۵۱±۴۱/۱۰ | ۳/۵۶±۴۱/۹۵ | پیش‌آزمون | کمال‌گرایی بالینی |
| ۴/۱۱±۴۱/۵۵ | ۲/۵۱±۳۸/۲۰ | ۲/۹۸±۳۸/۰۵ | پس‌آزمون | |

قبل از انجام تحلیل کواریانس روی بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی بالینی، مفروضه‌های این تحلیل بررسی شد. نتایج نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی ($F < 2/63$)، و مفروضه توزیع نرمال متغیرها ($Sh-W < 0/98$) برای هر دو متغیر رعایت شده است. فرض همگنی شیب رگرسیون فقط برای بهزیستی روان‌شناختی رعایت شد ($P > 0/01$). در صورتی که این مفروضه درباره کمال‌گرایی بالینی نقض شد ($P < 0/001$).

جدول ۲: نتیجه تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی اثربخشی درمان‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی

| منابع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|-----------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| پیش‌آزمون | ۲۲۳/۹۸ | ۱ | ۲۲۳/۹۸ | ۳/۹۲ | ۰/۰۵ | ۰/۰۷ |
| گروه‌ها | ۱۴۶۹/۰۵ | ۲ | ۷۳۸/۵۲ | ۱۲/۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۲ |
| خطا | ۲۰۳۱/۶۹۵ | ۵۶ | ۴۰/۶۳۴ | | | |

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین گروه‌های درمانی مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری و گروه کنترل در بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد [F(۲,۵۶)=۱۲/۸۴ و میزان اثربخشی درمان‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی با توجه به مجذور اتا ۳۲ درصد است. برای تفکیک معناداری اثربخشی گروه‌های درمانی اثرات اصلی با اصلاح بون‌فرونی بررسی شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون بون‌فرونی برای بررسی تفاوت میانگین بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌های درمانی و کنترل

| گروه‌ها (I) | گروه‌ها (J) | تفاوت میانگین‌ها (I-J) | | انحراف استاندارد | دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها | |
|-------------|---------------|------------------------|-----------|------------------|---------------------------------|------------|
| | | تفاوت میانگین‌ها (I-J) | استاندارد | | دامنه پایین | دامنه بالا |
| مثبت‌نگر | شناختی-رفتاری | -۴/۲۶ | ۲/۴۱ | ۰/۲۵ | -۱۰/۲۱ | ۱/۶۹ |
| | کنترل | ۷/۷۱* | ۲/۳۹ | ۰/۰۰۶ | ۱/۸۸ | ۱۳/۶۹ |
| شناختی- | مثبت‌نگر | ۴/۲۶ | ۲/۴۱ | ۰/۲۵ | -۱/۶۹ | ۱۰/۲۱ |
| رفتاری | کنترل | ۱۲/۰۵* | ۲/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۶/۰۹ | ۱۸/۰۱ |

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود که بین مقادیر میانگین تعدیل‌شده گروه‌های درمانی مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری تفاوت معنادار وجود ندارد (Md = -۴/۲۶, p > ۰/۰۵). بنابراین، با اطمینان ۹۵ درصد اثر درمان‌های مثبت‌نگر و آموزش شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی یکسان است. تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمانی مثبت‌نگر و

اثر بخشی درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی ۱۵۳

گروه کنترل ($p < 0/01$, $Md = 7/71$) و گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه کنترل ($p < 0/01$)، $Md = 12/05$) معنادار است. در نتیجه هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا نقش داشته‌اند. با توجه به عدم برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای نشانه‌های کمال‌گرایی بالینی، از تحلیل واریانس یک متغیری برای مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها استفاده شد.

جدول ۴: نتیجه تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثربخشی درمان‌ها بر کمال‌گرایی بالینی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| بین گروهی | ۱۲۱۵/۴۳ | ۲ | ۶۰۷/۷۲ | ۸/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۳ |
| درون گروهی | ۴۱۴۷/۱۵ | ۵۷ | ۷۲/۷۶ | | | |
| کل | ۵۳۶۲/۵۸ | ۵۹ | | | | |

تحلیل واریانس یک متغیری نشان می‌دهد که بین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کمال‌گرایی بالینی در گروه‌های درمانی مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری و گروه کنترل تفاوت وجود دارد [$F(2,57) = 8/35, P < 0/01, \eta^2 = 0/23$] و در نتیجه میزان اثربخشی درمان‌ها بر کمال‌گرایی بالینی با توجه به مجذور اتا ۲۳ درصد است. برای تفکیک معناداری اثربخشی گروه‌های درمانی اثرات اصلی با اصلاح بون‌فرونی بررسی شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون بون‌فرونی برای بررسی تفاوت میانگین کمال‌گرایی بالینی به تفکیک گروه‌های درمانی و کنترل

| گروه‌ها (I) | گروه‌ها (J) | تفاوت میانگین‌ها (I-J) | | انحراف استاندارد | دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها | |
|-------------|---------------|------------------------|------------|------------------|---------------------------------|--------|
| | | تفاوت میانگین | دامنه بالا | | دامنه پایین | |
| مثبت‌نگر | شناختی-رفتاری | ۳/۰۵ | ۹/۷۰ | ۲/۶۹ | ۰/۷۹ | -۳/۶۰ |
| کنترل | کنترل | -۷/۶۵* | -۰/۹۹ | ۲/۴۵ | ۰/۰۲ | -۱۴/۳۱ |
| مثبت‌نگر | شناختی- | -۳/۰۵ | ۲/۶۰ | ۲/۷۰ | ۰/۷۹ | -۹/۷۰ |
| کنترل | رفتاری | -۱۰/۷۰* | -۴/۰۵ | ۲/۶۲ | ۰/۰۰۱ | -۱۷/۳۵ |

با توجه به جدول ۵ مشاهده می‌شود که بین مقادیر میانگین تعدیل‌شده نشانه‌های کمال‌گرایی گروه‌های درمانی مثبت‌نگر و شناختی- رفتاری تفاوت معنادار وجود ندارد ($Md= ۳/۰۵, p>۰/۰۵$)، بنابراین، با اطمینان ۹۵ درصد اثر درمان‌های مثبت‌نگر و آموزش شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی بالینی یکسان است. تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده نشانه‌های کمال‌گرایی بالینی گروه درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل ($Md= -۷/۶۵, p<۰/۰۱$) و گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه کنترل ($Md= -۱۰/۷۰, p<۰/۰۱$) معنادار است. در نتیجه هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۵ درصد در کاهش کمال‌گرایی بالینی دانش‌آموزان نقش داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد درمان مثبت‌نگر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا را افزایش و شدت کمال‌گرایی آن‌ها را کاهش می‌دهد. در تحقیقات مختلف درمان مثبت‌نگر بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش توانمندی‌ها، شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی (برای مثال سلیگمن، ۲۰۰۲؛ پترسون و پارک، ۲۰۰۴؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۴)، افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر و حل مسئله (فردریکسون و لوسادا، ۲۰۰۵) و افزایش شادی (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۹) مؤثر بوده است. اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش کمال‌گرایی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این درمان به دانش‌آموزان کمال‌گرا کمک می‌کند که نقاط قوت خود را شناسایی کنند. از طریق استفاده از تکنیک معرفی و توصیف مثبت خود و نیز توجه به توانمندی‌ها، راهی برای دانش‌آموزان کمال‌گرا ترسیم شد تا تفکر جستجوی شکست‌ها و ضعف‌ها را رها کنند. با توجه به اینکه افراد کمال‌گرا با افکار و احساسات منفی دامنه افکار و اعمال خود را محدود می‌کنند، در روان‌شناسی مثبت با شناساندن نقاط قوت و تجربه احساسات مثبت این احساسات و افکار مورد آماج قرار می‌گیرند. احساسات مثبت باعث گسترش فوری افکار و اعمال فرد شده و افکار و اعمالی را در فرد توسعه می‌دهد که در طی زندگی فرد جریان دارد.

می‌توان این نتیجه را چنین تبیین کرد که روان‌درمانی مثبت‌نگر، هیجان‌ها و خاطرات مثبت دانش‌آموزان را در بحث‌های آن‌ها راه‌اندازی کرده و به آن‌ها توجه می‌کند. همچنین موضوعات مرتبط با مشکلات افراد، با هدف یکپارچه‌سازی هیجان‌ات مثبت و منفی را بررسی می‌کند. با

توجه به این‌که، جامعه پژوهش، دانش‌آموزان کمال‌گرا بوده، و دیدگاه‌های بدبینانه‌تری به خود و آینده دارند (فلت و هویت، ۲۰۰۵)، درمان مثبت‌نگر به آن‌ها کمک کرد که علاوه بر تقویت خوشبینی و با شناساندن نقاط قوت و توانمندی‌های خویش، امیدواری بیشتر و چشم‌انداز خوشبینانه‌تری از آینده داشته باشند. گزارش شفاهی دانش‌آموزان گروه مثبت‌نگر نیز حاکی از تلاش آن‌ها برای گسترش شبکه دوستی و افزایش هیجان‌ات مثبت است. همچنین تمرین‌های مثبت‌نگری سبب شده بود که عبارات منفی به مثبت تغییر یابد.

نتایج پژوهش نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا را افزایش و شدت کمال‌گرایی آن‌ها را کاهش می‌دهد. این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی زرگر و همکاران (۱۳۹۱)، گلور و همکاران (۲۰۰۷)، ریلی و همکاران (۲۰۰۷)، آسباخ و همکاران (۲۰۰۷)، هندلی و همکاران (۲۰۱۵)، شافران و همکاران (۲۰۱۷) و صدری و همکاران (۲۰۱۷) قرار دارد که حاکی از اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری در کاهش کمال‌گرایی بوده‌اند. تفاوت نتایج این پژوهش با یافته‌های ایگان و همکاران (۲۰۱۴) و شافران و همکاران (۲۰۱۷) اندازه اثر بین گروهی کم‌تر بود. همچنین در این تحقیقات اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کمال‌گرایی در سایر اختلالات دیگر مانند اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی و افسردگی بررسی شده است.

در تبیین نتیجه فوق می‌توان بیان کرد که مداخلات شناختی-رفتاری با کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افکار منفی باعث بهبودی کمال‌گرایی در دانش‌آموزان می‌شود. با توجه به اینکه تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد از عوامل تأثیرگذار در ایجاد و نگهداری کمال‌گرایی هستند، مداخلات شناختی-رفتاری در این دانش‌آموزان توانست به بهبود بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها منجر شود. همچنین مداخلات شناختی-رفتاری با ایجاد شرایط مواجهه و ممانعت از پاسخ در فرد کمال‌گرا باعث کاهش ترس از مواجهه با اشتباه، بهبود سازگاری و به چالش کشیدن افکار کمال‌گرایانه ناکارآمد، افزایش انعطاف‌پذیری نسبت به معیارهای خود، پیگیری اهداف شخصی شده و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان را افزایش و کمال‌گرایی آن‌ها را کاهش داد. همچنین مداخله‌های شناختی-رفتاری با هدف قرار دادن این تحریف‌ها (بزرگ‌نمایی شکست‌ها و کوچک‌نمایی موفقیت‌ها) و اصلاح آن‌ها توانست به افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا منجر شود (شافران و همکاران، ۲۰۱۰).

در مورد تغییر کم‌تر ایجاد شده در کمال‌گرایی بالینی دانش‌آموزان نسبت به بهزیستی روان‌شناختی شاید بتوان به ماهیت کم‌تر تغییرپذیر کمال‌گرایی اشاره کرد. احتمالاً با ۱۰ جلسه درمان نتوان تغییرات جدی و زیادی در این سازه شخصیتی به‌وجود آورد. به نظر می‌رسد که برای چنین تغییری به روان‌درمانی بلندمدت و تمرینات مداوم از سوی دانش‌آموزان نیاز است. نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو رویکرد مثبت‌نگر و درمان شناختی-رفتاری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شدت کمال‌گرایی تفاوتی وجود ندارد. این عدم تفاوت را احتمالاً می‌توان اینگونه تبیین کرد که در رویکرد مثبت‌نگر بر ایجاد توانمندی‌ها و هیجانات مثبت مراجع تأکید می‌شود، در صورتی که درمان شناختی-رفتاری بیان می‌کند که شیوه تفسیر این باورها و افکار موجب مشکلات می‌شود. لذا با توجه به تأکید این درمان‌ها بر اصلاح و تغییر ترس از شکست، ارزیابی‌های منفی، خود سرزنش‌گری و افکار منفی، عدم تفاوت بین دو درمان قابل توجه است. به عبارت دیگر، تغییر در باورها در درمان شناختی-رفتاری و تمرکز بر توانمندی‌ها در رویکرد مثبت‌نگر، رفتارهای ناسازگارانه افراد کمال‌گرا را تعدیل می‌کنند. بنابراین، رویکرد مثبت‌نگر به عنوان درمان جدیدتر در حوزه روان‌شناسی به اندازه درمان شناختی-رفتاری در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و کاهش شدت کمال‌گرایی مؤثر است و می‌توان از آن به عنوان درمان جایگزین استفاده کرد.

عدم انجام مرحله پیگیری، تقویت اثر هاله‌ای به خاطر درمانگر بودن پژوهشگر و عدم انجام آزمونی برای مبتلا نبودن به اختلالات اضطرابی و خلقی از محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، از آزمون‌های عملی به‌منظور حفظ انگیزش و سنجش دقیق‌تر کارکردها استفاده شود، برای بررسی اثر ماندگاری این درمانها، دوره پیگیری نیز در نظر گرفته شود، درمان توسط افرادی غیر از پژوهشگر انجام شود و هم‌ابتلائی کمال‌گرایی با سایر اختلالات اضطرابی و خلقی مشخص شود. با توجه به مؤثر بودن درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی و نشانه‌های کمال‌گرایی پیشنهاد می‌شود چنین درمان‌هایی برای تعدیل کمال‌گرایی و ارتقاء کیفیت زندگی توسط مشاوران برای دانش‌آموزان دختر در مدارس ارائه شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله از همکاری و مساعدت کلیه مسئولان آموزش و

پرورش شهر رشت و به‌ویژه دانش‌آموزان صبور و عزیز شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

- تاجیک‌زاده، فخری، صادقی، میثم و مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۴). سیستم مغزی - رفتاری، کمال‌گرایی و علائم افسردگی دانشجویان. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۳): ۱۱۹-۱۳۹.
- خانجانی، مهدی، شهیدی، شهریار، فتح‌آبادی، خلیل، مظاهری، محمد علی و شکر، امید (۱۳۹۳). ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۲): ۲۸-۳۶.
- خدابخش، روشنک، خسروی، زهره و شاهنگیان، سیده شهره (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندیهای منش در بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهشنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۱): ۳۵-۵۰.
- دانش، عصمت، شمشیری، کاکاوند، علیرضا و سلیمی‌نیا، علیرضا (۱۳۹۲). رابطه بین کمال‌گرایی مادران با خودکارآمدی دختران. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۹(۳): ۱۵۱-۱۲۵.
- زرگر، یدالله، مردانی، مریم و مهربابی‌زاده، مهناز (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کمال‌گرایی و احساس گناه دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۴): ۸۵-۷۱.
- شافران، رز، آگان، سارا و وید، تریسی (۱۳۹۱). غلبه بر کمال‌خواهی: راهنمای خودیاری با استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری، ترجمه سارا کمالی و فروغ ادریسی. تهران: ارجمند.
- نادری، مریم (۱۳۹۱). *رابطه کمال‌گرایی و سازگاری اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A. M. S. W., Summerfeldt, L. J., Randi, C. E., and Swinson, R. P. (2007). Change in perfectionism following cognitive behavioral treatment for social phobia. *Journal of Depression and Anxiety*, 24(1): 169-177.
- Chang, E. C. and Rand, K. L. (2000). Perfectionism as a predictor of subsequent adjustment: Evidence for a specific diathesis-stress mechanism among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1): 129-137.
- Danesh, E., Shamshiri, Kakavand, A.R. and Saliminia, A.R. (2013). *The Relationship of mothers perfectionism with self-efficacy of girls*. *Journal of Psychological Studies*, 12(2): 107-128 (Text in Persian).
- Egan, S., Wade, T., Shafiran, R. and Antony, G. (2014). Behavioral Treatment for Perfectionism. *Behavioral Research Therapy*, 63(1): 107-113.
- Flett, G.L. and Hewitt, P.L. (2005). The perils of perfectionism in sports and

- exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1): 14–18.
- Fredrickson, B. L. and Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60 (12): 678-686.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, CM. and Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5): 449-468.
- Ghaly, C. (2008). Depression and perfectionism. *Journal of Psychology*, 2(1): 2-7.
- Gilman, R. and Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (3): 311-319.
- Glover, D.S., Brown, G. R., Fairburn, C. G., and Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behavior therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1): 85-94.
- Handley, A.K., Egan, J.K., Kane, R.T. and Rees, C.S.(2015). A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for perfectionism. *Behaviors Research and Therapy*, 68(1): 37–47.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. and Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2): 276–280.
- Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, K., Mazaheri, M..A. and Shokri, O.(2014). Factorial structural of Well-Being Scale in girl and boy students . *Journal of Andishe and Raftar in Clinical Psychology*, 8(32): 28-36.
- Khodabakhsh, R., Khosravi, Z. and Shangian, S.(2015). The effect of positive psychotherapy on depression symptoms and character abilities in patients with cancer. *Positive psychology research*, 1(1): 35-50(Text in Persian).
- Macedo, A.(2016). Disordered eating behaviors, perfectionism and perseverative negative thinking–Study in a clinical sample. *European Psychiatry*, 33: S431.
- Naderi, M.(2012). *The relationship of perfectionism and social adjustment wity well-being of students*. Psychology master's thesis, Beranch of Center Tehran, Azad University(Text in Persian).
- Ongen, E.D.(2009). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among high school adolescents. *Torky journal of multicultural counseling and development*, 3(1): 52-66.
- Park, H. and Jeong, D.Y.(2015). Psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem among adaptive perfectionists, maladaptive wperfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, 72(1): 167–170.
- Pereira, A., Pereira, A.T., Ferreira, T., Pissarra, A., Macedo, A. and Nogueira, V.(2015). Perseverative Negative Thinking Mediates the Relationship Between Perfectionism Cognitions and Oc Symptoms. *European Psychiatry*, 30(1): 28–31.
- Pereira, A.T., Monteiro, E., Castilho, P., Fonseca, L., Roque, C., Marques, M., Xavier, S. and Macedo, A.(2016). Disordered eating behaviors, perfectionism

and perseverative negative thinking—Study in a clinical sample. *European Psychiatry*, 33: S431.

Peterson, P. and Park, N. (2004). *Classification and measurement of character strengths: Implication for practice*. In P. A. Linley and Joseph (Eds.), *Positive Psychology*. NY: Wiley and Sons.

Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G. and Shafran, R. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45: 2221–2231.

Rice, K.G., Leever, B.A. Christophrt, J., Porter, J.D. (2006). Perfectionism, Stress and Social Connection: A Short Term Study of Hopelessness, Depression and Academic Adjustment among Honors Student. *Journal of Counseling Psychology*, 53: 524-534.

Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L.C., Landstrom, A. and Roos, S. (2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behavior Research and Therapy*, 95(1): 79-86.

Ryff, C. D. and Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 716-727.

Sadri, S.K., Anderson, R.A., McEvoy, P.M., Kane, R.T. and Egan, S.J. (2017). A Pilot Investigation of Cognitive Behavioural Therapy for Clinical Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 45(3): 312-320.

Shafran, R., Wade, T. and Egan, S. (2010). *Overcoming Perfectionism: a self-help guide using cognitive behavior techniques*. (Translated by: Sara Kamali, Forough Edrisi, 2012). Tehran: Arjmand published (Text in Persian).

Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Kothari, R., Watson, H., Carlbring, P., Rozental, A. and Anderson, G. (2017). Is the devil in the detail? A randomized controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behavior Research and Therapy*, 95(1), 99-106.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.

Seligman, M.E.P., Ernest, R.M., Gillham, J., Peivich, K and Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(2): 293-311.

Seligman, M.E.P., Parks, A.C. and Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 3(9): 1379-1381.

Seligman, M.E.P. and Rashid, T. (2006). Positive psychology. *American Psychologist*, 61(8): 774-788.

Sumi, K. and Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism,

- depression, anxiety and psychosomatic symptoms : a prospective study among Japanese men. *Journal of personality and individual differences*, 32: 817-826.
- Steele, A. L., O'Shea, A., Murdock, A. and Wade, T. D. (2011). Perfectionism and its relation to over evaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 44: 459-464.
- Stober, J. and Corr, P.J.(2017). Perfectionism, personality, and future-directed thinking: Further insights from revised Reinforcement Sensitivity Theory. *Personality and Individual Differences*, 105(1): 78–83
- Stoeber, J., and Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences*, 61-62(1): 38-42.
- Tajikzade, F., Sadeghi, M. and Mehrabizade, M.(2015). The brain-behavior, perfectionism and depression symptoms in students. *Journal of Psychological Studies*, 11(3): 119-139.
- Zargar, Y., Mardani, M. and Mehrabizade, M.(2012). Effectiveness of cognitive-behavior intervention on perfectionism and guilt of students. *Journal of Applied Psychology*, 4(6):71-85(Text in Persian).

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.14, No.2
Summer 2018

**The Effectiveness of Positive and Cognitive-Behavioral
Therapies on Psychological Well-Being of Perfectionist
Students**

Azar Kiamarsi*, Mohammad Narimani**, Naser Sobhi gharamaleki ***

and Nilofar. Mikaeili ****

Abstract

The aim of the study was to investigate the effectiveness of positive and cognitive-behavioral therapies on psychological well-being of perfectionist students. This was quasi-experimental study with pre/ post-test design and control group. The statistical population consisted of girls students with perfectionist in 2017 of Rasht city. The sample consisted of 69 perfectionist students that assigned in 3 groups (2 experimental groups and 1 control groups). The instruments were used Stober,s Clinical Perfectionism Scale and Short Form of Reff,s Psychological well being Questionnaire. The positive therapy and cognitive-behavioral therapy were applied to the experimental groups in 10 weekly sessions of 90 minutes each, whereas control groups have on intervention. The results of ANCOVA showed positive therapy and cognitive-behavioral therapy can increase psychological well being. The results of ANOVA showed positive therapy and cognitive-behavioral therapy can decrease clinical perfectionism in students. There were no significant difference between psychological well-being and clinical perfectionism in the positive therapy and cognitive-behavioral therapy. The findings indicated that positive therapy as new therapeutic area to the extent of psychology, is effective as much as cognitive-behavioral therapy, and can be used as an alternative treatment.

Keywords: *Cognitive-behavioral, perfectionism, positive, well-being*

* Ph. D. Student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili and Faculty Member of Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran

** Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

*** Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

**** Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

received: 2017-06-09 accepted :2018-01-21

DOI: 10. 22051/psy. 2018. 15934. 1441