

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۱۳

تاریخ تصویب مقاله: ۹۰/۵/۱۰

کمال گرایی و ترس از ارزیابی دیگران در تبیین اضطراب اجتماعی

فاطمه نیکوئی*

چکیده

هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی نقش ترس از ارزیابی منفی و کمال گرایی در ابتلا به اضطراب اجتماعی بود. تعداد ۸۶۴ دانشجوی دانشگاه های شهرستان محلات به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی چند مرحله ای انتخاب، و در مرحله اول پژوهش ۸۶۴ نفر پرسشنامه های هراس اجتماعی (کانور، ۲۰۰۰)، ترس از ارزیابی منفی (لری) و کمال گرایی مثبت و منفی (تری شورت و همکاران، ۱۹۹۵) را تکمیل کردند. در مرحله بعد ۳۱ نفر از دانشجویانی که نمره آنان در مقیاس هراس اجتماعی (کانور، ۲۰۰۰) بالاتر، و ۳۱ نفر از دانشجویانی که نمره آنان پایین تر از نقطه برش بود انتخاب، و به ترتیب بعنوان گروه مبتلا به اضطراب و گروه بهنجار قرار گرفتند. به منظور تحلیل داده های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA)، ضریب همبستگی پیرسون و همچنین رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت معناداری میان دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی وجود دارد و گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و کمال گرایی منفی بیشتر و کمال

Email: f.nequee@yahoo.com

* دستیار علمی روانشناسی گرایش بالینی، دانشگاه پیام نور محلات

گرایی مثبت پایین تری را نسبت به گروه بهنجار تجربه می کند.

واژه های کلیدی: اضطراب اجتماعی، کمال گرایی منفی، کمال گرایی مثبت، ترس از ارزیابی منفی.

مقدمه

اضطراب اجتماعی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی است که طی دهه اخیر، توجه زیادی را به خود جلب نموده و مولفان و پژوهشگران به بحث های نظری و علمی متنوع درباره آن پرداخته اند. بک (۱۹۸۵) به نقل از عبدی، باورهای ناکارآمد را اساس این اختلال مطرح نموده که با فعال شدن این باورها از طریق موقعیت های اجتماعی با ایجاد دور باطل، به تداوم هراس اجتماعی کمک می کند. هارتمن^۲ (۱۹۸۳)، مدل شناختی هراس اجتماعی را ارائه کرده که در آن افراد اجتماع هراس در بحبوحه موقعیت های اجتماعی چنان با فرایندهای متمرکز به خود درگیر هستند که منجر به تداخل با عملکرد اجتماعی رضایت بخش می شود. رپی^۳ و همبرگ^۴ (۱۹۹۷)، بر این عقیده اند که فرض اصلی افراد مبتلا به هراس اجتماعی این است که دیگران اصولاً انتقاد کننده اند و آنها را منفی ارزیابی می کنند. مدل کلارک ولز^۵ (۲۰۰۱) این امتیاز را دارد که تبیین کرده علی رغم مواجهه اجتناب ناپذیر افراد مبتلا با موقعیت های اجتماعی، چرا هراس اجتماعی همچنان باقی می ماند. این مدل، سه مرحله پردازشی را در تداوم هراس اجتماعی مهم تلقی کرده است که عبارتند از: پردازش درون موقعیتی، مرحله پیش بینانه و مرحله پس از وقوع. نظریه هاگ^۶، کسلر^۷ و همبرگ که پشتوانه تجربی خوبی دارد، مبتنی بر این استدلال است که توجه متمرکز بر خود و پیامدهای آن در تداوم هراس اجتماعی نقش دارند؛

^۱ - social anxiety

^۲ - Hartman

^۳ - Rapee

^۴ - Heimberg

^۵ - Wells & clark

^۶ - Haug

^۷ - kessler

حضور این افراد در موقعیت اجتماعی و برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از آن منجر به افزایش تمرکز بر خود می شود.

در این میان، هسته مرکزی اضطراب اجتماعی در مدل های رفتاری شناختی، ترس از ارزیابی منفی معرفی شده است. (کلارک ولز، ۱۹۹۵۱، رپی، همبرگ، ۱۹۹۷) رکتور^۱، کوکوفسکی^۲ و رایدنر^۳ (۱۹۹۸) اعلام داشته اند که ترس از ارزیابی منفی، نتیجه نگرانی از ایجاد ناراحتی برای دیگران است. مگی^۴ و همکاران (۱۹۹۸) نتیجه گرفتند که ترس از ایجاد ناراحتی برای دیگران به واسطه ترس از ارزیابی منفی دیگران در اضطراب اجتماعی تاثیر گذار است. ویکز اضطراب ناشی از بهبود عملکرد را به دلیل جلب توجه افراد گروه و به دنبال آن برانگیخته شدن احساسات و رفتارهای رقابت جویانه می داند (۲۰۰۴) که این ویژگی ها رابطه تنگاتنگی با کمال گرایی دارد. طی دهه اخیر، سازه کمال گرایی توجه زیادی را به خود جلب نموده است و مولفان و پژوهشگران به بحث های نظری و عملی متنوعی درباره آن پرداخته اند. برنز^۵ (۲۰۰۳) ماهیت تک بعدی کمال گرایی را مطرح نمود که به طور گسترده با آسیب شناسی روانی ارتباط داشت و با این طرح نو، دیدگاه منفی را نشان می داد. هامچک^۶ (۱۹۹۷) برای نخستین بار به بعد مثبت کمال گرایی توجه نمود. اما تاکید همه این بررسی ها بر جنبه هایی از کمال گرایی معطوف بوده که با آسیب شناسی روانی ارتباط داشت و کمتر به تمایز کمال گرایی روان رنجور و سالم پرداخته بودند. تری - شرت^۷ و همکاران (۱۹۹۵) از جمله افرادی بودند که به ابعاد مثبت و منفی کمال گرایی توجه نشان دادند و به بررسی افراد بیمار و بهنجار پرداختند.

^۱- Recktor

^۲- koacofesci.hamachek

^۳- Rieder

^۴- Magee

^۵- Burns

^۶-Hamachek

^۷- Terry-short

باید اذعان نمود که نظریه های مختلف روانشناسی به طور مستقیم یا غیر مستقیم به این سازه اشاره نموده اند نظیر نیاز به پیشرفت که یکی از نیازهای مطرح شده توسط موری و مک کلند میباشد همین طور ادلر نیز تلاش برای کمال را یک هدف فطری در انسان می دانست. با این وجود هورنای نیز از کمال گرایی به عنوان سازه های نامطلوب یاد کرده است و آن را جزو نیازهای روان رنجور آدمی می داند.

با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با تکیه بر ادبیات پژوهش موجود، به بررسی و مقایسه ترس از ارزیابی منفی، کمال گرایی منفی و مثبت در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار پرداخته است. در این راستا کوشش شد تا به پرسش هایی که در پی می آیند پاسخ داده شود:

۱- آیا راهبردهای ارزیابی و کمال گرایی هر کدام بخشی از اضطراب اجتماعی را پیش بینی می کند؟

۲- آیا بین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار در مشخصه های ترس از ارزیابی منفی، کمال گرایی منفی و کمال گرایی مثبت تفاوت معناداری وجود دارند؟

روش

طرح پژوهش حاضر، شبه تجربی از نوع مقایسه گروه های ایستا می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر در بر گیرنده کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه های محلات در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ است و روش نمونه گیری، خوشه ای چند مرحله ای می باشد. بدین منظور، در مرحله اول، تعداد ۸۶۴ نفر پرسشنامه های هراس اجتماعی (کانور^۱، ۲۰۰۰) ترس از ارزیابی منفی (لری) و کمال گرایی مثبت و منفی (تری شورت و همکاران، ۱۹۹۵) را تکمیل کردند. در مرحله بعد ۳۱ نفر از دانشجویانی که نمره آنان در مقیاس هراس اجتماعی (کانور، ۲۰۰۰) بالاتر

¹ - Conoor

و همچنین ۳۱ نفر از دانشجویانی که نمره آنان پایین تر از نقطه برش بود، انتخاب و به ترتیب به عنوان افراد مبتلا به اضطراب و بهنجار (گواه) گروه بندی شدند.

پرسشنامه هراس اجتماعی کانور

این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی فویبای اجتماعی تهیه گردیده است. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی یا خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می باشد. هر ماده یا سوال براساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۰ به هیچ وجه، ۱ کم، ۲ تا اندازه ای، ۳ خیلی زیاد، ۴ بی نهایت) درجه بندی می گردد. این آزمون ابزاری معتبر برای سنجش شدت علایم فویبای اجتماعی و به کاهش علایم در طی زمان حساس است، لذا می تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود. ویژگی های روانسنجی این آزمون در نمونه های ایرانی به این قرار است: پایایی با روش باز آزمایی در گروههای با تشخیص اختلال فویبای اجتماعی دارای ضریب همبستگی برابر ۷۸ صدم تا ۹۸ صدم می باشد. همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۹۶ صدم و برای مقیاس های فرعی ترس ۸۹ صدم، اجتناب برابر ۹۱ صدم و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیکی معادل ۸۰ صدم گزارش شده است. (مومنی ۱۳۸۴) براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا جدا می کند. (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)

مقیاس کوتاه ترس از ارزیابی منفی

به منظور سنجش، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (که یکی از نگرانی ها و دل مشغولی های اصلی در هراس اجتماعی است) تهیه گردیده است. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی

۱۲ ماده ای است که دارای یک نمره کل در دامنه ۱۲ تا ۶۰ می باشد؛ هر ماده بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (۱- این خصوصیات اصلا در من وجود ندارد ۲- این خصوصیت به میزان کمی در مورد من درست است ۳- این خصوصیت تا حدی در مورد من درست است ۴- این خصوصیت به میزان زیادی در مورد من درست است ۵- این خصوصیت به میزان بسیار زیادی در مورد من درست است) درجه بندی می گردد. این ابزار دارای مزایایی چون کوتاه بودن ساده گی و سهولت در نمره گذاری می باشد. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط ملیانی و همکاران (۱۳۸۶) از نظر ویژگی های روان سنجی مورد تأیید قرار گرفت. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۷۸ صدم می باشد. در بررسی اعتبار همگرا برای کل مقیاس با مقایسه نمرات افراد در این ابزار با مقیاس هراس اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) ضریب همبستگی ۴۵ صدم به دست آمده است که بیانگر اعتبار همگرایی قابل قبول برای این تست می باشد.

پرسشنامه کمال گرایی مثبت و منفی

این پرسشنامه توسط تری - شورت و همکاران (۱۹۹۵) تدوین گردیده و دارای ۴۰ عبارت است که ۲۰ عبارت آن کمال گرایی مثبت و ۲۰ عبارت دیگر کمال گرایی منفی را می سنجد. هر عبارت بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت، کمال گرایی آزمودنی ها را از نمره یک تا پنج در هر دو زمینه مثبت و منفی می سنجد. حداقل نمره آزمودنی ها در هر یک از حوزه مقیاس های آزمون ۲۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ می باشد. تری - شورت و همکاران (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ کمال گرایی مثبت و منفی را به ترتیب ۸۳٪ و ۸۱٪ مطرح نمودند و از ویژگی روان سنجی مناسب پرسشنامه یاد کرده اند. بشارت (۱۳۸۲) آلفای کرونباخ خرده مقیاس های مثبت و منفی را در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان ایرانی به ترتیب ۹۰٪ و ۸۷٪ ذکر نموده است. همبستگی نمره های آزمودنی ها با بازآزمایی، با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی ها $r = ۰.۸۶$ بوده که نشانه اعتبار مناسب مقیاس می باشد. روایی مقیاس بر اساس محاسبه ضرایب همبستگی

بین خرده مقیاس های این آزمون با حوزه مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس حرمت خود کوپراسمیت انجام شده است که ضرایب به دست آمده، مطلوب و مناسب بوده است. (بشارت، ۱۳۸۲)

یافته ها

یافته های تصیفی این پژوهش به صورت برخی شاخص های آماری همچون، میانگین انحراف استاندارد برای دو گروه مبتلا به هراس اجتماعی و گروه گواه محاسبه و در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	حد پائین	حد بالا
	کمال گرایی +	۵۳/۶۱	۱۱/۱۲	۳۱	۴۸/۱۷	۵۹/۰۴
مبتلا	کمال گرایی -	۷۲/۵۲	۱۴/۲۹	۳۱	۶۷/۷۹	۷۷/۲۴
	ارزیابی -	۲۵/۸۱	۵/۷۳	۳۱	۶۲/۱۲	۷۸/۱۸
	کل	۶۴/۵۶	۱۸/۶۲	۶۲		
	کمال گرایی +	۷۵/۵۲	۱۸/۲۷	۳۱	۷۰/۰۸	۸۰/۹۵
	کمال گرایی -	۶۳/۵۲	۱۱/۸۹	۳۱	۵۸/۷۹	۶۸/۲۴
گواه	ارزیابی -	۱۱/۱۲	۵/۷۶	۳۱	۷۴/۲۲	۸۵/۱۲
	کل	۶۸/۰۲	۱۳/۸۰	۶۲		

میانگین نمرات کمال گرایی منفی و ترس از ارزیابی منفی در گروه مبتلا به هراس اجتماعی، بالاتر از گروه گواه می باشد که تأییدی خام و اولیه برای سوال اصلی پژوهش

می تواند محسوب شود. همچنین میانگین نمرات کمال گرایی مثبت در گروه گواه بالاتر از گروه مبتلا است. فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس مورد بررسی قرار گرفته است.

$$(p=0/0001)$$

با توجه به حدود بالا و پایین اطمینان و مثبت بودن هر دو حد، مشخص می شود که میانگین نمرات گروه گواه در کمالگرایی مثبت نسبت به گروه مبتلایان بیشتر است. در مجموع در خصوص این فرضیه می توان چنین نتیجه گرفت که گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی نسبت به گروه گواه، کمال گرایی منفی بیشتری را نشان می دهند.

بالاتر بودن میانگین نمرات گروه گواه در کمال گرایی مثبت نسبت به گروه مبتلا، با توجه به ماهیت سازگاران و غیر آسیب شناسانه آن همسو با تبیین نظری تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) می باشد.

سوال اول پژوهش: آیا راهبردهای ارزیابی و کمال گرایی هر کدام بخشی از اضطراب اجتماعی را پیش بینی می کند؟

به منظور بررسی هر کدام از راهبردهای ارزیابی و کمال گرایی مثبت و منفی در تبیین هراس اجتماعی (به عنوان متغیر وابسته) از رگرسیون چندگانه استفاده شد، تا تأثیر هر یک از متغیر های مستقل بر پیش بینی متغیر وابسته مشخص گردد. البته پیش از محاسبه رگرسیون، به منظور بررسی دقیق تر، نسبت به حذف داده های (با بیش از سه انحراف معیار فاصله از میانگین) اقدام شد. همچنین استقلال خطا های مدل، توسط آزمون دوربین- واتسن مورد سنجش قرار گرفت.

با توجه به نمره آزمون دوربین - واتسون (۱/۸۶۶)، که بین ۱/۵ و ۲/۵ می باشد، فرض عدم استقلال خطا ها رد نمی شود و در نتیجه می توان از رگرسیون استفاده کرد.

همچنین در بررسی قطعیت رابطه خطی بین متغیر ها از طریق تحلیل واریانس رگرسیون، با توجه به معناداری ($p=0/0001$) آن در سطح $\alpha > 0/01$ ، وجود رابطه خطی بین متغیر ها تأیید می شود.

در نهایت ضرایب تعیین، ضرایب تعیین تعدیل شده و ثابت معادله خطی حاصل شد که در همه موارد با توجه به معناداری ($p=0/0001$) فرض تساوی ضرایب تعیین با صفر رد می شود و همه متغیرها در رگرسیون باقی می مانند.

جدول ۲: ضرایب تأثیر متغیرهای پژوهش برای پیش بینی هراس اجتماعی در معادله رگرسیون

سطح معناداری	t	β	انحراف خطا	B	
0/0001	-23/35	-0/524	1/21	0/82	کمال +
0/0001	9/504	0/208	1/15	0/86	کمال -
0/0001	11/30	0/248	1/16	0/86	ترس از ارزیابی -

نتایج حاصل از رگرسیون برای ابتلا به هراس اجتماعی در جدول ۲ نشان می دهد که بیشترین سهم در پیش بینی تغییرات اضطراب اجتماعی را کمال گرایی مثبت با ضریب تعیین $-0/524$ و سپس به ترتیب اهمیت ترس از ارزیابی منفی ($0/248$)، کمال گرایی منفی ($0/208$) دارند. این متغیرها قادرند حدود $0/64$ از پراکندگی نمره های ابتلا به هراس اجتماعی را پیش بینی کنند. ($R^2=0/64$)

همچنین همخطی^۱ بین متغیرها و تأثیر آن بر رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که علاوه بر عامل تورم واریانس و رواداری (TOL)، مقادیر ویژه^۲ و شاخص وضعیت^۳ رگرسیون را نیز مورد بررسی قرار می دهد. کلیه موارد، اشاره به صحت رگرسیون و مدل دارند؛ بجز یکی از نمرات ویژه ($0/07$) که نزدیک به صفر است و احتمال همبستگی درونی بین متغیرها را بیان می

^۱- Collinearity

^۲- Eigenvalue

^۳- Condition Index

دارد.

یافته های آزمون همبستگی پیرسون، بیانگر وجود رابطه مثبت بین کمال گرایی منفی و ترس از ارزیابی منفی در آزمودنی های پژوهش بوده است. بدین معنا که با بالا رفتن کمال گرایی منفی، ترس از ارزیابی منفی نیز افزایش می یابد.

سوال دوم پژوهش: آیا بین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار در مشخصه های ترس از ارزیابی منفی، کمال گرایی منفی و کمال گرایی مثبت تفاوت معناداری وجود دارد؟ به منظور بررسی دومین سوال از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است تا معنادار بودن تفاوت میانگین ها در دو گروه مبتلا و گروه بهنجار مورد سنجش قرار گیرد.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس ها

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	ضریب F	متغیر
۰/۰۰۰۱	۶۰	۱	۱۳/۵۸	کمال گرایی +
۰/۲۴	۶۰	۱	۱/۴۰	کمال گرایی -

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۳ نتایج آزمون لوین مبنی بر برابری واریانس های دو گروه تایید شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون متغیرهای کمال گرایی مثبت و کمال گرایی منفی در دو گروه

سطح معنادار	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	متغیر
۰/۰۰۰۱	۳۲/۴۹	۷۴۳۶/۱۴	۱	۷۴۳۶/۱۴	بین گروهی	کمال گرایی +
		۲۲۸/۸۱	۶۱	۱۳۷۲۹/۰۹	درون گروهی	
			۶۲	۲۱۱۶۵/۲۴	کل	
۰/۰۰۰۹	۷/۲۶	۱۲۵۵/۵	۱	۱۲۵۵/۵	بین گروهی	کمال گرایی -
		۱۷۲/۹	۶۱	۱۰۳۷۵/۰۹	درون گروهی	
			۶۲	۱۱۶۳۰/۲۴	کل	
۰/۰۰۰۱	۱۰۰/۱۱	۳۳۰۹/۸۲	۱	۳۳۰۹/۸۲	بین گروهی	ترس از ارزیابی -
		۳۳/۰۶	۶۱	۱۹۸۳	درون گروهی	
			۶۲	۵۲۹۳	کل	

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در جدول ۴ نشان داد که میان متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و کمالگرایی منفی و مثبت در دو سطح اضطراب اجتماعی (گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه گواه) تفاوت معناداری مشاهده شد ($p=0/0001$). به عبارت دیگر ترس از ارزیابی منفی، کمال گرایی مثبت و کمال گرایی منفی در دو گروه مبتلا به هراس اجتماعی و گروه گواه، تفاوت معناداری دارد. ($F=32/49, p<0/0001, F=7/26, P<0/0001$)
 ($p<0/0001, F=100/11$)

بحث و نتیجه گیری

در خصوص نمرات کمال گرایی مثبت و منفی تری شورت و همکاران (۱۹۹۵)، یافته ها مطابق انتظاری است که از سنجش جمعیت نمونه غیر بالینی پیش بینی می شد و نشان دهنده میانگین نمرات بالای کمال گرایی مثبت در مقایسه با نمرات کمال گرایی منفی (نوروتیک) است. گرچه مطابق دیدگاه نظری سازندگان - که در پژوهش حاضر نیز تأیید گردیده است - این دو زیر مقیاس، دو قطب یک مقیاس واحد نیستند؛ ولی با توجه به ارتباط کمال گرایی مثبت با رفتارهای سازگارانه و در نتیجه غیر آسیب شناسانه و همسو با بهداشت روانی فرد در جامعه غیر بالینی پیش بینی می شد انتظار می رفت که نمرات این زیر مقیاس بالاتر از نمرات وجه نوروتیک کمال گرایی باشد که این پیش بینی برآورده شده است.

در خصوص تفاوت کمالگرایی مثبت و منفی در بین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه گواه، به این نتیجه رسیدیم که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نسبت به جمعیت غیر بالینی، بیشتر واجد خصیصه کمال گرایی منفی هستند؛ در حالی که خصیصه کمال گرایی مثبت نیز، در گروه گواه بیشتر می باشد. از ترکیب نتیجه این پژوهش و نیز نقش مهم کمال گرایی مثبت در کاهش احتمال بروز نشانه های هراس اجتماعی و همچنین نقش کمال گرایی منفی در افزایش پیش بینی هراس اجتماعی، می توان به تبیینی از نقش کمال گرایی در هراس اجتماعی رسید که

تکیه بر ساختار دو بعدی کمال گرایی دارد و بر اساس آن کمال گرایی مثبت کارکردی مثبت و در جهت افزایش سازگاری فرد با محیط اجتماعی داراست و کمال گرایی منفی نقشی مخرب در سلامت و بهداشت روانی بر عهده می گیرد. این تفسیر در تباین با نظر هورنای^۱ (۱۹۵۰) الیس^۲ (۱۹۶۲)، هولندر^۳ (۱۹۷۸)، فراست، هیمبرگ، هولت و ماتیا (۱۹۹۳)، فلت، هویت، (۱۹۹۱) است که کمال گرایی را صرفاً یک ویژگی نوروتیک و آسیب شناسانه و نوعی بد کارکردیمی دانند و مطابق با نظر هاماجک (۱۹۷۸)، اسلاد (۱۹۸۲)، اسپنس^۴، هلمریش^۵ (۱۹۸۳)، آدکینز^۶ و پارکر^۷ (۱۹۹۶)، نورمن^۸ (۱۹۹۵)، به نقل از پناهی، (۱۳۸۳)، برن (۱۹۸۰)، پیچ^۹ (۱۹۸۴) و آدلر است که کارکردهای مثبت و بهنجاری برای بخش هایی از سازه کمال گرایی در نظر می گیرند و نسبت به وجود ابعاد مثبت و به هنجار کمال گرایی و تأثیر سازنده و مثبت آن در ساختار شخصیت توجه می کنند.

نمودارهای پراکندگی نمرات این دو زیر مقیاس نیز نشان دهنده توزیع نرمال تر در نمرات کمال گرایی منفی و پراکندگی بیشتر در نمرات کمال گرایی مثبت است که بیانگر الگوی متفاوت توزیع نمرات این دو زیر مقیاس و دلیلی دیگر در حمایت از ساختار دو وجهی سازه کمال گرایی، مطابق با نظرات تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) می باشد.

با توجه به اینکه نمرات کمال گرایی مثبت و منفی همبسته نبودند و هر کدام تبیین کننده بخشی از چارچوب نظری ماست، نشان دهنده دو عاملی بودن کمال گرایی مثبت و منفی است که

-
- 1- Horney
 - 2- Ellis
 - 3- Hollender
 - 4- Spence
 - 5- Holmrish
 - 6- Adcinse
 - 7- Parker
 - 8- Noorman
 - 9- Pacht

کمال گرایی مثبت با واکنش های روانی سازگارانه در رابطه است که در صورت فقدان این وجه از کمال گرایی، منجر به حمل فشارهای روانی واضطراب بالا می شود.

آزمون همبستگی پیرسون رابطه مثبت و معناداری را بین کمال گرایی منفی و اضطراب اجتماعی نشان داده است (۰/۴۹۹). بدین معنا که با بالا رفتن کمال گرایی منفی، ترس از ارزیابی منفی و ابتلا به اضطراب اجتماعی نیز افزایش می یابد. حقیقت این است که کمال گرایی منفی همان بعدی از کمال گرایی است که در پژوهش های مختلف همسو با آسیب شناسی روانی مطرح شده است. کمال گرایی منفی و نورو تیک، بر حسب معیارهای دست نیافتنی، همچنین بر اساس عدم رضایت و انتقاد دائمی از عملکرد شخصی تعیین می شود. چنین وضعیتی، احتمال موفقیت و رضایتمندی را محدود می کند و نوعی احساس عدم کفایت و شایستگی را رقم می زند؛ بدین سان این افراد از ارزیابی منفی دیگران (که همان مشخصه اضطراب اجتماعی است) هراسانند. نمرات کمال گرایی مثبت در افراد غیر مبتلا بیشتر از نمرات کمال گرایی منفی می باشد. باید توجه داشته باشیم که کمال گرایی مثبت، انتظارات عقلانی و واقع گرایانه با توجه به توانایی ها و محدودیت های فرد ایجاد می نماید و این واقع بینی با محدود سازی انتظارات در دو زمینه شخصی و بین شخصی، به فرد کمک می نماید تا معیارهای سخت و هدف های تحقق نیافتنی را بر خود و دیگران تحمیل ننمایند. در سایه این واقعیت روان شناختی، با کاهش ترس از شکست و افزایش رضایت شخصی، سلامت روانی در فرد تقویت می شود و این عمل به فرد کمک می نماید تا از یکسو با قدرت و موفقیت بیشتر با واقعیت ها مواجه گردد و از سوی دیگر محدودیت ها و موانع را راحت تر بپذیرد.

به نظر تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) افراد، با توجه به ویژگی های شخصیتی، به میزان متفاوتی ابعاد کمال گرایی را تجربه می نمایند. می توان اذعان نمود که با توجه به رابطه کمال

گرایی و ترس از ارزیابی منفی و اضطراب اجتماعی، آزمودنی های پژوهش ابعاد متفاوتی از کمال گرایی و به تبع آن ترس از ارزیابی منفی و اضطراب اجتماعی را دارا بوده اند.

این نتایج با یافته های تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) مطابقت دارد. این پژوهشگران با بررسی چهار گروه از افراد که شامل بیماران مبتلا به خوردن، بیماران مضطرب و افسرده و گروه کنترل بودند، دریافتند که گروه بالینی به طور معناداری کمال گرایی منفی بیشتری را نسبت به گروه غیر بالینی نشان دادند؛ همچنین نشان دادند که گروه کنترل، کمال گرایی مثبتی را در حد متوسط تجربه می نمایند که این یافته با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. در مجموع یافته ها نزدیکی نسبتاً مناسبی را با این یافته ها نشان می دهند.

و اما نتایج رگرسیون در پیش بینی هراس اجتماعی تصویری را نشان می دهد که ضمن همسویی با ملاک های تشخیصی DSM-IV (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری ۱۳۷۹) نشان دهنده جهت گیری عمده این اختلال در برخورد با به انفعال کشیده شدن افراد مبتلا با موقعیت های هراس انگیز می باشد. نقش مهم کمال گرایی مثبت در کاهش احتمال بروز هراس اجتماعی تاییدی بر همین نکته است.

به طور کلی می توان گفت هراس اجتماعی تابعی از ترس از ارزیابی منفی، کمال گرایی منفی و کمال گرایی مثبت است که در مجموع، این عوامل حدود ۶۴٪ از اضطراب اجتماعی را پیش بینی می کنند و به ترتیب اهمیت عوامل پیش بینی کننده عبارتند از: کمال گرایی مثبت با رابطه ای معکوس و سپس به همین ترتیب ترس از ارزیابی منفی و کمال گرایی منفی با رابطه ای مستقیم و افزایشی.

گرچه یافته های این پژوهش تا حدودی در حمایت از یافته های پژوهش های پیشین است، اما محدودیت هایی دارد که باید در نظر گرفته شود. پژوهش های اندک در زمینه هراس

اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و ابعاد کمال گرایی در کشور، امکان مقایسه و تحلیل همه جانبه را محدود می کند. همچنین تنها استفاده از ابزار پرسشنامه جهت بررسی آسیب شناسی هراس اجتماعی، احتمال نادیده انگاشته شدن ابعاد دیگر موضوع را افزایش می دهد. عدم دسترسی به بیمارانی در ایران که دچار نشانگان کامل هراس اجتماعی باشند، رعایت احتیاط را در تعمیم نتایج به این افراد ضروری می سازد. به هر حال به رغم این محدودیت ها، بررسی حاضر بر نیاز به مطالعه تعیین کننده های دیگر آسیب شناسی هراس اجتماعی و کمال گرایی مانند شخصیت، سبک های مقابله ای و... تاکید دارد. تکرار این پژوهش در نمونه بالینی و همچنین استفاده از ابزارهای مختلف سنجش آسیب شناسی کمال گرایی مثبت و منفی به منظور روشن تر شدن ابعاد دیگر مسأله ضروری به نظر می رسد.

منابع

- ۱- بشارت محمد، علی. (۱۳۸۲). استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان. *مجله پژوهشهای روانشناختی*، دوره ۸ شماره ۱ و ۲.
- ۲- پناهی، حسین. (۱۳۸۳). *اثرموفقیت و شکست بر پاسخهای فیزیولوژیک در افراد کمال گرا و غیرکمال گرا*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ۳- تشکر، بهرام. (۱۳۷۷). *بررسی رابطه نگرشهای فرزندپروری، الگوی شخصیتی A، کمال گرایی و جرم گرایی والدین با اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر سوم راهنمایی شهرستان آباده*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ۴- رحمانی، فاتح؛ صالحی مهدی و رضایی فرزین. (۱۳۸۸). *درمان اضطراب تعمیم یافته با استفاده از روی آوردهای دارویی و روانپوشی*. *فصلنامه روان شناسان ایرانی*، ۵۰، ۲۸۷-۲۷۷.
- ۵- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۳). *خلاصه روانپزشکی کاپلان (ویراست نهم)*. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (۱۳۸۲).

- ۶- شکرکن، حسین؛ نفیسی، غلامرضا؛ برادران رفیعی، علی محمد؛ ماهر، فرهاد و غروی، محمد. (۱۳۷۲). *مکتبهای روانشناسی و نقد آن* (جلد دوم). تهران: دفتر همکاری حوزه و دانشگاه، انتشارات سمت.
- ۷- شیرزادی، افسانه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و حقیقی، جمال. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال گرایی، اضطراب صفت- حالت و افسردگی با سر درد میگرن. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*.
- ۸- محمدی، زهره و جوکار، بهرام. (۱۳۸۹). کمالگرایی، مشکلات هیجانی و رضایت از زندگی در دانشجویان ایرانی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۲۳، ۲۷۶-۲۶۹.
- ۹- مؤمنی، ناهید. (۱۳۸۴). *بررسی اثر بخشی روش حساسیت زدائی از طریق حرکت چشم و باز پردازش آن در درمان اختلال فوبیای اجتماعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.
- ۱۰- ملیانی، مهدیه. (۱۳۷۹). *هنجاریابی مقیاس کوتاه ترس از ارزیابی منفی و ترس از ارزیابی مثبت*. دانشگاه شاهد. *مجله روانشناسی دانشور*، ۳-۷، ۳-۴ و ۳-۴ صص ۱۰۹-۱۲۶.
- ۱۱- یوسفی، رحیم؛ مظاهری، محمد علی و وادهمیان، الهام. (۱۳۸۷). *احساس کهنتری در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی و سواس بی اختیاری*. *فصلنامه روان شناسان ایرانی*، ۱۷، ۶۸-۶۳.
- 12- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V.P., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviors Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- 13- Barrow, J. C., & Moore, C. A. (1983). Group interventions with perfectionist thinking. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 612- 615.
- 14- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, & J. E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York. (pp. 265-290).
- 15- Beck, A. T., Emery, L.G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books

- 16- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003–1020.
- 17- Born, G. B. (1980). Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 1-26.
- 18- Burns, D.D. (2011). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 45, 34– 5.
- 19- Cramer, F. P. (2000). Defense Mechanisms in Psychology Today. *Journal of American Psychology*, 55(6), 637-646.
- 20- conoor, k. m. et al psychometric properties of the social phobia inventory Br .J.psych.2000,176:379-386.
- 21- Davison, G. C., Johnson, S. L., Kring, A. M., & Neale, J. M. (2007). *Abnormal psychology* (10th ed.), USA: Wiley Inc.
- 22- Donaldson, T.D., Spirito, S.A., & Farnett, F.E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognition in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31, 99–111.
- 23- Ellis, A. A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- 24- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35, 1034–1042.
- 25- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., & Koledin, S. (1991). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Social Behavior and Personality*, 20, 85–94.
- 26- Frost, R. O. , & Marten, P.A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive theory and research*, 14 , 559-572.
- 27- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119–126.
- 28- Gilbert, P.L, & Allan, A.S. (1994). Assertiveness, submissive behavior and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295–306.

- 29- Hamachek, D.E.(1997). psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychody:Journal of human behavior*,15,27-33.
- 30- Hartman, L. M. (1983).A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.
- 31- Haug, L.R.(2009).Social fears aand Social phobia in a cpmmunity sample of adolscents and young adults:prevalence,risk factor and comorbidity. *Clinical Psychology Review*,3, 31-243.
- 32- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2001). Cognitive-behavioral group therapy for social anxiety: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press.
- 33- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98–101.
- 34- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384.
- 35- Kessler , R.C., Berglund P.D ., Demler O., Merikangas J.R ., &Walters E.E. (2011).Lifetime prevalence and agepof-onset distributions of DSM-IVdisorders in the national comorbidity survey replication,Archives of General Psychiatry 62,PP.564-876.
- 36- Leary, M. R. (1991).Social anxiety, shyness, and related constructs. In J. P. Robinson, P. L. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 161-194). New York, NY: Academic Press.
- 37- Magee,H.G ., Leanns, E.L. ,Rodebaugh, F.L., & Heimbrg, H.I. (2006). Negative evaluation is the feared consequence of making others uncomfortable: a response to rector , kocovfeski, and rider. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 25, No. 8, 2006, pp. 929-936.
- 38- Pacht, A. R. (1984). Reactions on perfectionism .*American Psychologist*, 39, 386- 390.

- 39-Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A Cognitive Behavioral Model of Anxiety in Social Phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35:741-756.
- 40-Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167 – 179.
- 41-Slade, P.D., & Dewey, M.E. (1986). Development preliminary validation of SCANS: A screening test for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 517-53.
- 42-Slade, P.D., Newton, J.T., Butler, N.M., & Murphy, P.(1991). An experimental analysis of perfectionism and dissatisfaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 169-176.
- 43-Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1983). Achievement related motives and behaviors. In J. T. Spence, *Achievement and achievement motives: psychological and sociological perspectives* (pp. 7-74).
- 44-Terry-Short, L. A., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663– 668.
- 45-Trower, P.L., & Gilbert, P.D. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19– 35.
- 46-Trower, P.L., Gilbert, P.A., & Sherling, G.F. (1990). Social anxiety, evolution and self-presentation. In: H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 11–46). New York: Plenum Press.
- 47-Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1995). Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 613–631.
- 48-Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success Assessment, *Journal of Abnormal Psychology* 106, 416–424.

- 49- Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., & Schneier, F. R. (2004). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment* 17, 179–190.
- 50- Wells, A. & Clark, D. M. (1995). *Social Phobia: A Cognitive Approach*. G.C.L (1997). *Phobias : A Hand Book of Theory , Research and Treatment* . John Wiley & sons. social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295–306.
- 51- Wells, M. A. (2010). Anxiety Disorder, Meta cognition and change. *Behavior Therapy*, 26, 357-370.