

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 می‌کند.

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 می‌کند. 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 می‌شود. 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 می‌کنند. مدل کلارک و 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 می‌ماند. 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 می‌شود.

در این میان، هسته مرکزی اضطراب اجتماعی در مدل‌های رفتاری شناختی، ترس از ارزیابی منفی معرفی شده است. (کلارک ولز، ۱۹۹۵۱، رپی، همبرگ، ۱۹۹۷) رکتور^۱، کوکوفسکی^۲ و راید^۳ (۱۹۹۸) اعلام داشته‌اند 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 رقابت‌جویانه می‌داند (۲۰۰۴) که این ویژگی‌ها رابطه تنگاتنگی با کمال‌گرایی دارد. طی دهه اخیر، سازه کمال‌گرایی توجه زیادی را به خود جلب نموده است و مولفان و پژوهشگران به بحث‌های نظری و عملی متنوعی درباره آن پرداخته‌اند. برنز^۵ (۲۰۰۳) ماهیت تک‌بعدی کمال‌گرایی را مطرح نمود که به طور گسترده با آسیب‌شناسی روانی ارتباط داشت و با این طرح نو، دیدگاه منفی را نشان می‌داد. هامچک^۶ (۱۹۹۷) برای نخستین بار به بعد مثبت کمال‌گرایی توجه نمود. اما تاکید همه این بررسی‌ها بر جنبه‌هایی از کمال‌گرایی معطوف بوده که با آسیب‌شناسی روانی ارتباط داشت و کمتر به تمایز کمال‌گرایی روان‌رنجور و سالم پرداخته بودند. تری - شرت^۷ و همکاران (۱۹۹۵) از جمله افرادی بودند که به ابعاد مثبت و منفی کمال‌گرایی 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) درجه بندی می گردد. این ابزار دارای مزایایی چون کوتاه بودن سادگی 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

می‌تواند محسوب شود. همچنین میانگین نمرات کمال‌گرایی مثبت در گروه گواه بالاتر از گروه مبتلا است. فرض همگنی ماتریس‌های 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 می‌شود که میانگین نمرات گروه گواه در کمال‌گرایی مثبت نسبت به گروه مبتلایان بیشتر است. در مجموع در خصوص این فرضیه می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی نسبت به گروه گواه، کمال‌گرایی منفی بیشتری را نشان می‌دهند.

بالاتر بودن میانگین نمرات گروه گواه در کمال‌گرایی مثبت نسبت به گروه مبتلا، با توجه به ماهیت سازگاران و غیر آسیب‌شناسانه آن همسو با تبیین نظری تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) می‌باشد.

سوال اول پژوهش: آیا راهبردهای ارزیابی و کمال‌گرایی هر کدام بخشی از اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند؟

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

با توجه به نمره آزمون دوربین-واتسن ($1/866$)، که بین $1/5$ و $2/5$ می‌باشد، فرض عدم استقلال خطاها رد نمی‌شود و در نتیجه می‌توان از رگرسیون استفاده کرد.

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

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 می‌شود و همه متغیرها در رگرسیون باقی می‌مانند.

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 می‌دهد 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 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 می‌دهد. 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 می‌کند.

¹- Collinearity

²- Eigenvalue

³- 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

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

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

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنادار
کمال گرایی +	بین گروهی	۷۴۳۶۱۴	۱	۷۴۳۶۱۴	۳۲/۴۹	۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۱۳۷۲۹/۰۹	۶۱	۲۲۸۸۱		
	کل	۲۱۱۶۵/۲۴	۶۲			
کمال گرایی -	بین گروهی	۱۲۵۵/۵	۱	۱۲۵۵/۵	۷/۲۶	۰/۰۰۰۹
	درون گروهی	۱۰۳۷۵/۰۹	۶۱	۱۷۲/۹		
	کل	۱۱۶۳۰/۲۴	۶۲			
ترس از ارزیابی -	بین گروهی	۳۳۰۹/۸۲	۱	۳۳۰۹/۸۲	۱۰۰/۱۱	۰/۰۰۰۱
	درون گروهی	۱۹۸۳	۶۱	۳۳/۰۶		
	کل	۵۲۹۳	۶۲			

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. ($F=32/49$, $p<0/0001$, $F=7/26$, $P<0/0001$; $F=100/11$, $p<0/0001$)

بحث و نتیجه گیری

در خصوص نمرات کمال گرایی مثبت و منفی تری شورت و همکاران (۱۹۹۵)، یافته‌ها مطابق انتظاری است که از سنجش جمعیت نمونه غیر بالینی پیش بینی می‌شد 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 می‌شد انتظار می‌رفت 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 می‌باشد. از ترکیب نتیجه این پژوهش و نیز نقش مهم کمال گرایی مثبت در کاهش احتمال بروز نشانه‌های هراس اجتماعی و همچنین نقش کمال گرایی منفی در افزایش پیش بینی هراس اجتماعی، می‌توان 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 می‌گیرد. 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 بخش‌هایی از سازه کمال گرایی در نظر می‌گیرند و نسبت به وجود ابعاد مثبت و به هنجار کمال گرایی و تأثیر سازنده و مثبت آن در ساختار شخصیت توجه می‌کنند.

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) می‌باشد.

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 واکنش‌های روانی سازگارانه در رابطه است که در صورت فقدان این وجه از کمال گرایی، منجر به حمل فشارهای روانی و اضطراب بالا می‌شود.

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 می‌یابد. حقیقت این است که کمال گرایی منفی همان بعدی از کمال گرایی است که در پژوهش‌های مختلف همسو با آسیب‌شناسی روانی مطرح شده است. کمال گرایی منفی و نوروپیک، بر حسب معیارهای دست‌نیافتنی، همچنین بر اساس عدم رضایت و انتقاد دائمی از عملکرد شخصی تعیین می‌شود. چنین وضعیتی، احتمال موفقیت و رضایتمندی را محدود می‌کند و نوعی احساس عدم کفایت و شایستگی را رقم می‌زند؛ 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 می‌باشد. باید توجه داشته باشیم که کمال گرایی مثبت، انتظارات عقلانی و واقع‌گرایانه با توجه به توانایی‌ها و محدودیت‌های فرد ایجاد می‌نماید و این واقع‌بینی با محدود سازی انتظارات در دو زمینه شخصی و بین شخصی، به فرد کمک می‌نماید تا معیارهای سخت و هدف‌های تحقق‌نیافتنی را بر خود و دیگران تحمیل ننماید. در سایه این واقعیت روان‌شناختی، با کاهش ترس از شکست و افزایش رضایت شخصی، سلامت روانی در فرد تقویت می‌شود و این عمل به فرد کمک می‌نماید تا از یکسو با قدرت و موفقیت بیشتر با واقعیت‌ها مواجه گردد و از سوی دیگر محدودیت‌ها و موانع را راحت‌تر بپذیرد.

به نظر تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) افراد، با توجه به ویژگی‌های شخصیتی، به میزان متفاوتی ابعاد کمال گرایی را تجربه می‌نمایند. می‌توان 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 می‌کند. همچنین تنها استفاده از ابزار پرسشنامه جهت بررسی آسیب‌شناسی هراس اجتماعی، احتمال نادیده انگاشته شدن ابعاد دیگر موضوع را افزایش می‌دهد. عدم دسترسی به بیمارانی در ایران که دچار نشانگان کامل هراس اجتماعی باشند، رعایت احتیاط را در تعمیم نتایج به این افراد ضروری می‌سازد. به هر حال به رغم این محدودیت‌ها، بررسی حاضر بر نیاز به مطالعه تعیین‌کننده‌های دیگر آسیب‌شناسی هراس اجتماعی و کمال گرایی مانند شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و... تاکید دارد. تکرار این پژوهش در نمونه بالینی و همچنین استفاده از ابزارهای مختلف سنجش آسیب‌شناسی کمال گرایی مثبت و منفی به منظور روشن‌تر شدن ابعاد دیگر مسأله ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- ۱- بشارت محمد، علی. (۱۳۸۲). استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان. *مجله پژوهش‌های روانشناختی*، دوره ۸ شماره ۲.
- ۲- پناهی، حسین. (۱۳۸۳). *اثروموقعیت و شکست بر پاسخهای فیزیولوژیک در افراد کمال‌گرا و غیرکمال‌گرا*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- ۳- تشکر، بهرام. (۱۳۷۷). *بررسی رابطه نگرشهای فرزندپروری، الگوی شخصیتی A کمال‌گرایی و جرم‌گرایی والدین با اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر سوم راهنمایی شهرستان آباد*. پایان‌نامه 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 روان‌شناسان 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 تقد آن* (جلد دوم). تهران: دفتر همکاری حوزه و دانشگاه، انتشارات سمت.
- ۷- شیرزادی، افسانه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و حقیقی، جمال. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای کمال‌گرایی، 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، صص ۱۰۹-۱۲۶.
- ۱۱- یوسفی، رحیم؛ مظاهری، محمد علی و وادهمیان، الهام. (۱۳۸۷). احساس کهنتری در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی و وسواس بی اختیاری. *فصلنامه روان‌شناسان 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. (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 and Social phobia in a community sample of adolescents 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 age of-onset distributions of DSM-IV disorders 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., Leann, E.L., Rodebaugh, F.L., & Heimberg, H.I. (2006). Negative evaluation is the feared consequence of making others uncomfortable: a response to rector, kocovfesi, 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.