

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه الزهرا (س)

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

روانشناسی عمومی

عنوان

بررسی مقایسه ای کمال‌گرایی مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی،  
اختلال دوقطبی و افراد بهنجار

استاد راهنما:

دکتر زهره خسروی

استاد مشاور:

دکتر اعظم فرح بیجاری

دانشجو:

پروانه خالدیان

دی ۸۹

**کلیه دستاوردهای این تحقیق متعلق به**

**دانشگاه الزهراء (س) است.**

## تقدیم

چندی پیش در مسیری گام نهادم که در نگاه اول مشقت بار می نمود، اما در نهایت چاپ این مجلد، پایانی خوش برایم به ارمغان آورد. می توان اقرار کرد که من به تنهایی توان مقابله با مصائب را در این راه نداشتم. از این رو رواست که نام همراهان خویش را در این مسیر یاد کنم، تا شاید به گوشه ای از زحمات آنان پاسخ داده باشم. از همراهی گرم خانواده ام، خصوصا پدر عزیزم که وجود او در کنار من همیشه برایم یادآور اقتدار و اراده است صمیمانه سپاسگزارم. و تمام هستی م تقدیم به روح پاک مادرم.

## تقدیر و تشکر

نخستین سپاس به پیشگاه حضرت دوست که هر چه هست از اوست!

لازم می دانم که از زحمات و راهنمایی های ارزنده و دقیق استاد بزرگوارم سرکار خانم دکتر زهره خسروی که مشوق کارم بود سپاسگزاری کنم و از سرکار خانم دکتر اعظم فرح بیجاری برای پیشنهادات سازنده اش تشکر می کنم.

در نهایت تشکر و سپاس فراوان از همکاری گروه روانپزشکی درمانگاه بیمارستان قدس سنندج و مدیریت بیمارستان دارم که اجازه انجام این طرح تحقیقاتی را دادند و بنده را در این مسیر یاری نمودند. و از کلیه بیمارانی که مجال کمک به درمان آنان را یافتم سپاسگزاری می کنم.

پ. خالیدیان

## چکیده:

در این پژوهش به بررسی مقایسه ای رابطه بین کمال گرایی مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، دوقطبی و افراد بهنجار پرداخته شد. بدین منظور از بین جامعه آماری بیماران بیمارستان قدس سنندج و همچنین افراد بهنجار 120 نفر را به عنوان نمونه آماری با روش تصادفی ساده انتخاب کردیم هر گروه شامل 40 نفر بود که با کنترل اثرات جمعیت شناختی، گروه ها براساس جنس، سن، وضعیت تاهل، شغل، طبقه اقتصادی و سطح تحصیلات با یکدیگر مورد همسازی قرار گرفتند. بر روی بیماران گروه نمونه دارای پرونده، توسط محقق یک مصاحبه اولیه براساس ملاک های تشخیصی DSM (ویرایش چهارم) انجام شد تا از تشخیص موجود در پرونده اطمینان حاصل شود، در بین بیماران دوقطبی افرادی از جامعه آماری مد نظر بودند که در فاز بهبودی نسبی هستند بنابراین افراد نمونه ابتدا پرسشنامه GHQ را پر کردند و بعد از اطمینان از سلامتی نسبی پرسشنامه FPANPS تکمیل گردید، در گروه بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی نیز هدف بیمارانی بودند که در فاز افسردگی هستند بنابراین ابتدا پرسشنامه GHQ اجرا شد و سپس پرسشنامه FPANPS را تکمیل گردید. بعد از جمع آوری داده ها نتایج بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی شفه نشان دهنده این بود که میانگین نمرات کمال گرایی مثبت و منفی در بین مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، بعبارت دیگر نمرات کمال گرایی مثبت افراد بهنجار بالاتر از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی است و کمال گرایی منفی افراد بهنجار پایین تر از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی است. علاوه بر این در فرضیه دوم میانگین نمرات کمال گرایی منفی و مثبت در بین مبتلایان به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار نیز تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، در نتیجه این فرضیه های پژوهش تأیید می گردند. در فرضیه سوم میانگین نمرات کمال گرایی منفی در بین مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نیز تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، نمرات کمال گرایی منفی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بالاتر از مبتلایان به اختلال دوقطبی است این فرضیه پژوهش هم تأیید می گردد اما میانگین نمرات کمال گرایی مثبت در بین مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند، در نتیجه این فرضیه پژوهش رد می گردد.

**واژگان کلیدی:** کمال گرایی، افسردگی اساسی، دوقطبی، سلامت عمومی.

## فهرست مطالب

### فصل اول:

۱	کلیات تحقیق.....
۱	مقدمه .....
۲	۱-۲- بیان مسئله .....
۷	۱-۲- ضرورت تحقیق .....
۸	۱-۳- روش پژوهش .....
۸	۱-۴- اهداف پژوهش .....
۹	۱-۵- فرضیات پژوهش : .....
۹	۱- بین کمال‌گرایی مثبت در افراد بهنجار و مبتلایان به اختلال دوقطبی و افسردگی تفاوت وجود دارد.....
۹	۲- بین کمال‌گرایی منفی در افراد بهنجار و مبتلایان به اختلال دوقطبی و افسردگی تفاوت وجود دارد.....
۹	۱-۶- تعریف عملیاتی واژه ها.....
۱۲	فصل دوم .....
۱۳	کمال‌گرایی چیست؟.....
۱۶	ابعاد کمال‌گرایی.....
۱۷	کمال‌گرایی مثبت و منفی .....
۲۱	ویژگی های کمال‌گرایان .....
۲۳	نظریه های کمال‌گرایی .....
۲۳	افسردگی و کمال‌گرایی از دیدگاه فروید.....
۲۶	نظریه هورنای .....
۲۸	نظریه پرز .....
۲۹	نظریه بندورا: .....
۳۰	سبب شناسی کمال‌گرایی .....
۳۱	الگوهای ذهنی و تحریف های شناختی.....
۳۲	رابطه کمال‌گرایی و اختلالات روانی:.....
۳۶	اختلالات خلقی.....

۳۸	افسردگی
۴۱	ویژگی ها و اختلالهای همراه
۴۱	شیوع:
۴۴	دوره
۴۵	ویژگی های تشخیصی DSM-IV-TR (برای افسردگی اساسی)
۴۶	ارتباط بین کمال گرایی و افسردگی
۴۷	اختلال های دوقطبی
۵۰	اختلال دوقطبی نوع I
۵۱	ضوابط تشخیصی اختلال دوقطبی I بر اساس DSM-IV-TR
۵۲	اختلال دوقطبی II
۵۳	ضوابط تشخیصی اختلال دو قطبی II بر اساس DSM-IV-TR
۵۴	سابقه تحقیقات انجام شده در داخل و خارج کشور
۵۶	خلاصه
۵۸	<b>فصل سوم</b>
۵۹	مقدمه:
۵۹	۱-۳- طرح پژوهش
۵۹	۲-۳- جامعه آماری
۶۰	۳-۳- حجم نمونه و روش نمونه گیری
۶۱	۴-۳- ابزار اندازه گیری:
۶۳	۵-۳- روش تجزیه و تحلیل آماری
۶۴	<b>فصل چهارم</b>
۶۵	مقدمه:
۶۶	آمار توصیفی
۶۶	جدول ۱. فراوانی و درصد جنسیت در گروه نمونه
۶۶	نمودار ۱. فراوانی جنسیت در گروه نمونه
۶۸	جدول ۲. فراوانی و درصد سطح تحصیلات در گروه نمونه
۶۸	نمودار ۲. فراوانی سطح تحصیلات در گروه نمونه
۶۹	جدول ۳. فراوانی و درصد سن در گروه نمونه
۶۹	نمودار ۳. فراوانی سن در گروه نمونه
۷۰	جدول ۴. فراوانی و درصد وضعیت تأهل در گروه نمونه
۷۰	نمودار ۴. فراوانی وضعیت تأهل در گروه نمونه
۷۱	جدول ۵. فراوانی و درصد وضعیت اشتغال در گروه نمونه
۷۱	نمودار ۵. فراوانی وضعیت اشتغال در گروه نمونه



جدول ۶. فراوانی و درصد وضعیت طبقه اقتصادی در گروه نمونه.....	۷۲
نمودار ۶. فراوانی وضعیت طبقه اقتصادی در گروه نمونه.....	۷۲
جدول ۷. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کمال گرایی مثبت و منفی در گروه نمونه.....	۷۳
نمودار ۷. میانگین نمرات کمال گرایی مثبت و منفی در گروه نمونه.....	۷۳
آمار استنباطی.....	۷۵
فرضیه ۱: بین کمال گرایی مثبت در افراد بهنجار و مبتلایان به اختلال دوقطبی و افسردگی تفاوت وجود دارد.	۷۵
فرضیه ۲: بین کمال گرایی مثبت در افراد بهنجار و مبتلایان به اختلال دوقطبی و افسردگی تفاوت وجود دارد.	۷۷
<b>فصل پنجم.....</b>	<b>۸۴</b>
مقدمه.....	۸۵
خلاصه پژوهش.....	۸۵
توصیف داده ها.....	۸۶
بررسی نتایج.....	۸۷
محدودیت‌های پژوهش.....	۹۳
پیشنهادات پژوهشی.....	۹۳
پیشنهادات کاربردی.....	۹۴
منابع.....	۹۵
پیوست ها و ضمائم.....	۱۰۳

فصل اول

کلیات پژوهش

**مقدمه**

شاید اگر انسانها نقایص خود را می پذیرفتند و می دانستند که با همین نقایص منحصر به فردتر هستند بسیاری از مشکلات روانشناختی بوجود نمی آمد اگر شخصیت را به عنوان مجموعه ای از عوامل، افکار، هیجانات و انگیزش ها بدانیم، این مولفه های سازنده شخصیت ممکن است در افراد متفاوت باشند و در نتیجه الگوهای شخصیتی متفاوتی را بوجود آورند. بسیاری از محققان معتقدند که وجود این تفاوت های فردی و ویژگی های شخصیتی متفاوت، واکنش افراد را نسبت به موقعیت های فشارزا متمایز می گرداند.

یکی از این ویژگی های شخصیت کمال گرایی است. اصولاً گرایش به کمال گرایی در نهاد همه انسانها وجود دارد. و در حکم خصیصه ایی مثبت تلقی می گردد، زیرا انرژی ای را پدید می آورد که منجر به پیشرفت و موفقیت شخص می گردد به اعتقاد مزلو (1970، به نقل از چلبی، 1373) خود شکوفایی که هدف نهایی هر انسانی است از طریق گرایش به کمال است که تحقق می پذیرد. اما روند دستیابی به کمال در همه انسانها به صورت مثبت پیش نمی رود، کمال گرایی تا زمانی به نفع شخص است که در ارتباط با خودش و به منظور به فعلیت درآوردن همه ی ظرفیت ها و استعدادها صورت گیرد. هنگامی که گرایش به کمال با رقابت و پیشی گرفتن از دیگران و صرفاً به منظور کسب تایید و رضایت خاطر آنان بکار گرفته شود جنبه منفی یا نوروٹیک پیدا می کند، و شاید همین مسئله است که زمینه اختلالات عمده ای مانند افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی می شود که تحقیق حاضر در پی بررسی آنها است.

## 2-1- بیان مسئله

اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی شدیدترین نوع اختلالات خلقی می باشند. اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می شود که خلق و آشفتگی های مرتبط با آن نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می دهد. هر چند افراد معمولی طیف وسیعی از حالات خلقی را تجربه می کنند اما آنها احساس می کنند که می توانند بر حالات خلقی و عاطفی خود کمابیش مسلط باشند، در صورتی که در اختلالات خلقی آن احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم می کشد (سادوک و سادوک، 1384).

DSM-IV-IR سه شکل اختلال دوقطبی را مطرح کرده است: اختلال دوقطبی I، اختلال دو قطبی II و اختلال ادواری خویی. اختلال دوقطبی I طبق DSM-IV-IR عبارتست از داشتن حداقل یک حمله مانی یا مختلط و گاهی حملات افسردگی اساسی در سیر بالینی حمله مانیا، دوره مشخص از خلق دائما به شکل غیرطبیعی بالا، گشاده یا تحریک پذیر است. مدت این دوره حداقل یک هفته است. حمله مختلط دوره هایی به طول حداقل یک هفته است که در آن هر دو حمله مانیا و افسردگی اساسی تقریبا هر روز دیده می شود (سادوک و سادوک، 1384). اختلال دو قطبی II طبق DSM-IV-IR عبارتست از دوره هایی با افسردگی عمده متناوب با دوره های هیپومانی یعنی دوره های علائم مانی که ملاکهای کامل دوره های مانی مشاهده شده در اختلال دوقطبی I را شامل نمی شود (به نقل از همان منبع)

علل ایجادکننده اختلالات خلقی کاملا شناخته شده نیست، به بیان دیگر هیچ عاملی به تنهایی نمی تواند اختلال های خلق را تبیین کند. از این رو شماری از عوامل متفاوت گرد هم می آیند تا شروع این اختلال ها را توضیح دهند. گرچه عدم تعادل شیمیایی در مغز به نظر می رسد نقش اساسی در رشد این اختلالات داشته باشد اما عواملی همچون هورمونها، تنظیم کننده های عصبی و ژنتیک و گاهی حملات افسردگی اساسی هم در بروز این اختلالات دخیل می دانند. البته این عوامل عصبی زیستی ممکن است

بیماری پذیری هایی باشند که خطر اختلال های خلق را در متن سایر عوامل آغازگر یا فشارزا افزایش می دهند (کرینگ، دیویدسون، نیل و جانسون<sup>1</sup>، 2007 به نقل از شمسی پور، 1388). برخی از روانشناسان عوامل روانی-اجتماعی (محیطی) و برخی دیگر عوامل عصبی-زیستی یا عوامل روان شناختی را مطرح می کنند، و هر کدام از دیدگاهها تبیین های مختلفی را مطرح نموده اند به عنوان مثال از نظر ادوارد بیبرینگ پدیده افسردگی زمانی شکل می گیرد که فرد از فاصله آرمان های بسیار کمال طلبانه خود و ناتوانی اش در رسیدن به این اهداف آگاه می شود. (کاپلان و سادوک، 2007 به نقل از رضاعی، 1387).

با توجه به این مسئله به نظر می رسد بین کمال گرایی به عنوان یکی از ویژگیهای روان شناختی که نقش مهمی را در سبب شناسی، نگهداری و دوره ی بالینی آسیب شناسی های روانی ویژه بازی می کند با بروز اختلال افسردگی و اختلالات دو قطبی، رابطه معناداری وجود داشته باشد. فروید (1956، 1929) کمال گرایی را به عنوان نشانه مشترکی از روان رنجوری، خصوصاً روان رنجوری و سواسی تلقی کرده و آن را نتیجه وجود من برتر<sup>2</sup> سخت گیر و تنبیه گری می دانست که خواهان پیشرفتی ممتاز و بی نظیر در تمام حوزه های زندگی است. فروید همچنین معتقد بود کمال گرایی جنبه ای از خودشیفتگی است. بنابراین، نویسندگان اولیه، کمال گرایی را بخشی از شخصیت در نظر می گرفتند (به نقل از ایجان، 2005).

از این رو اکثر تعاریف اولیه، عمدتاً کمال گرایی را ویژگی منفی در نظر می گیرند که با آسیب-شناسی و ناکارآمدی در ارتباط است. با این حال، هامچک<sup>3</sup> (1978)، با اتخاذ رویکردی متفاوت، نخستین کسی بود که بین انواع متفاوت کمال گرایی فرق گذاشت. او کمال گرایی را در دو بعد بررسی کرده است: بهنجار و نابهنجار. در کمال گرایی بهنجار اشخاص از کارهای سخت و طاقت فرسا لذت می برند و زمانی که

<sup>1</sup>. Johson ,N.J

<sup>2</sup>. superego

<sup>3</sup>. Hamacheck

احساس می‌کنند در انجام کارها آزادند، می‌کوشند تا به بهترین صورت عمل کنند. موفقیت در انجام کارها گونه‌ای احساس خشنودی و رضایت به همراه می‌آورد (میسیلدین<sup>4</sup>، 1963) به نقل از مهرابی زاده هنرمند و وردی، (1382) همچنین نوعی احساس اعتماد به نفس نیز در پی دارد، زیرا افراد می‌توانند هم محدودیت‌های فردی و هم محدودیت‌های اجتماعی را بپذیرند. انتظارات و توقعات منطقی به افراد اجازه می‌دهد تا از تلاشهای خویش لذت ببرند و از نظر احساسات سیراب شوند، در انجام وظیفه بکوشند و رشد کنند و کارشان را به بهترین شیوه انجام دهند (فلت، هویت، بلنک شتاین و ماسر، 1991) به نقل از مهرابی زاده هنرمند و وردی، (1382). در واقع این نوع از کمال‌گرایان مشتاق مواجه با محرک‌ها بوده و برای رسیدن به معیارهای بالا تلاش می‌کنند. این عملکرد منجر به پیامدهای پاداش دهنده می‌شود که خود باعث افزایش عزت نفس و احساس رضایت مندی می‌گردد. در حالی که فرد اهداف و معیارهای شخصی سطح بالایی وضع می‌کند و برای دستیابی به پاداش‌های مرتبط با پیشرفت تلاش می‌کند، توانایی راضی بودن، از عملکرد خود را دارد (دیویس<sup>5</sup>، 1997؛ هماچک، 1978؛ رومه، فریستون، لادوسر، بوچارد، گالانت، تالبوت و والر<sup>6</sup>، 2000). این احساسات شادمانی در تحقق اهداف، عاطفه مثبت تولید می‌کند که بازتابی است از درجه‌ای که فرد احساس شور و شوق، فعالیت و آگاه بودن را دارد. (عاطفه‌ی مثبت بالا، وضعیتی است با انرژی بالا، تمرکز کامل، درگیری لذت بخش، در حالی که عاطفه‌ی مثبت پایین با خصوصیات نظیر ناراحتی و بی‌حالی شناخته می‌شود). نشان داده شده است که عاطفه‌ی مثبت بالا با فعالیت اجتماعی و احساس رضایت مندی و فراوانی وقایع خوشایند رابطه دارد (واتسون، کلارک و تلگن<sup>7</sup>، 1988). کمال‌گرایی مثبت بیشتر انطباقی در نظر گرفته می‌شود زیرا کوشش مثبت و فعالانه برای دستیابی به اهداف را تشویق می‌کند و افراد در این نوع کمال‌گرایی می‌توانند کمال‌گرایی‌شان را تنظیم کنند. کمال-گرایی بهنجار به همین دلیل با پیشرفت بالا و عاطفه مثبت رابطه دارد (فلت و هویت، 2002).

---

<sup>4</sup>. missildine

<sup>5</sup>. daivis

<sup>6</sup>. Rheaume ,Freeston ,Laudocour ,Bochard ,Gallant ,Talbot

<sup>7</sup>. Watson,Clark ,Tellegen

هماچک (1978) در مقابل کمال‌گرایی بهنجار، کمال‌گرایی نابهنجار را مطرح می‌کند. این نوع کمال‌گرایی زمانی رخ می‌دهد که افراد برای معیارهای بسیار افراطی و غیر واقع‌گرایانه تلاش می‌کنند و عملکردشان را بسیار مورد نقادی و ارزیابی قرار می‌دهند. این افراد با ترس از شکست برانگیخته می‌شوند و زمانی که کوچکترین اشتباهی رخ می‌دهد، نمی‌توانند احساس رضایت کنند. برای این اشخاص انجام هیچ کاری کاملاً خوب به نظر نمی‌رسد و از به دست آوردن خشنودی از آن چه در حالت طبیعی خوب انجام شده و یا حتی بهتر از کارهای دیگران نیز هست، ناتوانند. آنان همچنین عدم اطمینان و اضطراب در خصوص شایستگی‌شان، تجربه می‌کنند و این بر خلاف کمال‌گرایان بهنجار است که می‌توانند اندکی اشتباه در کارشان را پذیرفته و آن را همچنان موفقیت به حساب آورند (فلت و هویت، 2002 ب؛ هماچک، 1978؛ پیچ، 1984؛ پارکر وادکینز، 1995 به نقل از همان منبع). که در نتیجه آن، احساس‌های ژرف پستی و آسیب‌پذیری، فرد را وا می‌دارند تا دست به یک دور پایان‌ناپذیر از تلاش‌های خودشکن بزند که در آن هر کار یا مسئولیتی، نوعی چالش تهدیدکننده به شمار می‌آید، هیچگونه تلاشی کاملاً بسنده به نظر نمی‌رسد و همزمان که فرد می‌کوشد رضایت و خشنودی دیگران را فراهم آورد، به شدت تلاش می‌کند از هر گونه شکست و خطا پرهیزد (بلت، 1995 به نقل از مهرابی زاده هنرمند و وردی، 1382). بنابراین چنین کمال‌گرایی منفی به شدت نادرست است و با پیامدهای منفی و تنبیه‌گر رابطه دارد (بلک برن، 2000؛ لیند استوینسون و هیرنه<sup>8</sup>، 1999 به نقل از فلت و هویت، 2002). این گرایش از عاطفه‌ی منفی به وجود می‌آید که ابعادی از پریشانی ذهنی است و انواع مختلفی از حالات خلقی منفی را شامل می‌شود برای مثال خشم، توهین، نفرت، گناه، ترس، عصبیت (واتسون و همکاران، 1988 به نقل از همان منبع). عاطفه‌ی منفی ترکیبی از علایم اضطراب و افسردگی است (فروست و دی بارتلو، 2002 به نقل از همان منبع) و با استرس خود گزارش شده، مقابله ضعیف، شکایات مربوط به سلامتی و فراوانی وقایع ناخوشایند در ارتباط است (واتسون و همکاران، 1988). در نتیجه کمال‌گرایی منفی با شکست و عاطفه‌ی منفی مرتبط است. تحقیقات نشان داده است که وجود خود درگیری در کمال‌گرایان نابهنجار (فروست و همکاران، 1990؛ هویت و فلت، 1991 الف) و تجربیات تنش‌زایی میان فردی (هویت و فلت، 1991 ب)

<sup>8</sup>. Lynd-Stevenson & Hearne

گونه‌ای درماندگی و عاطفه منفی شدید در آنان به وجود می‌آورد. چنین اشخاصی قبل از انجام امور، در زمان انجام و پس از ارزیابی امور خود، عاطفه‌ی منفی چشمگیری تجربه می‌کنند (فروست و همکاران، 1990).

تری شورت، اوئنز، اسلید و دیویی (1995) نیز بر پایه تفاوت‌های کارکردی، بین کمال‌گرایی مثبت و منفی تمایز قایل شدند (پناهی، 1380 به نقل از خسروی و عزیزاده، 1388) کمال‌گرایی منفی به شناختها و رفتارهایی گفته می‌شود که هدفشان کسب موفقیت‌ها و پیشرفت‌های سطح بالا به منظور اجتناب یا فرار از پیامدهای منفی است (اسلید و اوئنز، 1998 به نقل از بشارت، 1384) افراد با کمال‌گرایی منفی مرتکب اشتباهات اساسی می‌شوند و دارای سطوح بالایی از خود تردیدی و خود انتقادی می‌باشند آنها سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند و ترس شدیدی از شکست دارند، و همزمان با در نظر گرفتن معیارهای افراطی دامنه محدودی از عملکرد را برای خود قابل قبول می‌دانند کمال‌گرایان منفی حتی وقتی هم که خوب تلاش می‌کنند (و جزء بهترین‌ها هستند) هرگز خوب و راضی به نظر نمی‌رسند و خود را خیلی کوچک می‌بینند (رایس، برشر، 2002). و کمال‌گرایی مثبت به آن دسته از شناخت‌ها و رفتارها گفته می‌شود که هدفشان کسب موفقیت‌ها و پیشرفت‌های سطح بالا به منظور دستیابی به پیامدهای مثبت است. (اسلید و اوئنز، 1998). آنها تمایل به افزایش عزت نفس، احساس رضایت از یادگیری مهارت‌هایشان و قدردانی کردن از کارهایی که به خوبی انجام می‌دهند، دارند. آنها از تلاش و زحمت خود برای انجام کارهایشان لذت می‌برند و می‌توانند هم خود و هم محدودیت‌های محیطی را بپذیرند (میس سیلیدین، 1963، تیمب، 1986، پچ، 1984، نقل از محمودی، 1382).

با توجه به مطالب گفته شده هدف مطرح در پژوهش حاضر این است که کمال‌گرایی مثبت و منفی را بر اساس دیدگاه تری شورت و اوئنز در افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی و افراد عادی مقایسه کنیم. براین اساس و فرض که افراد افسرده و دوقطبی به دلیل تعقیب معیارهای بالای



غیرواقع بینانه و انتقاد از خود، در نتیجه عدم دست یابی به معیارها، دارای سطوح کمال گرایی منفی بالاتری در مقایسه با افراد با کمال گرایی مثبت در درون خود هستند.

## 2-1 - ضرورت تحقیق

تمایزات انگیزشی نقش مهمی را در وجود آمدن کمال گرایی مثبت یا منفی بازی می کنند. کمال گرایی منفی با انگیزه اولیه اجتناب از شکست، با ویژگی هایی نظیر نگرانی افراطی در مورد طرد شدن از جانب دیگران، کارآمدی پایین، تمایل به نشخوار فکری، نارضایتی از پیشرفت اهداف، عملکرد تحصیلی پایین و سلامتی آسیب دیده ارتباط دارد. در نقطه مقابل، کمال گرایی مثبت با انگیزه زیرین دستیابی به موفقیت با ویژگی هایی نظیر تلاش بیشتر برای دسترسی به اهداف، عزت نفس بالاتر، تعقیب فعالانه اهداف و احساس کارآمدی مرتبط است. از این رو با توجه به پیامدهای آسیب شناختی زیاد کمال گرایی منفی و ویژگی های مثبت کمال گرایی مثبت، پژوهش درباره کمال گرایی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دارای اختلالات خلقی و تفاوت آنها با افراد عادی و بهنجار از جایگاه ویژه ای برخوردار است.

علاوه بر این پرسشنامه هایی نظیر ابعاد کمال گرایی فلت و هویت (1991) و یا ابعاد کمال گرایی فراست و همکاران (1990) اگرچه به کرات در تحقیقات پیشین مورد استفاده قرار گرفته اند اما بیشتر از آن که با هدف تمایز گذاشتن بین کمال گرایی مثبت و منفی طراحی شده باشند به سنجش جنبه های متعددی از کمال گرایی می پردازند.

نمونه به کار رفته در این تحقیق نیز از نمونه های بالینی است زیرا در حالیکه مطالعات زیادی درباره کمال گرایی در نمونه های دانشجویی انجام شده، دانش اندکی در مورد کمال گرایی در نمونه های بالینی وجود دارد. از این رو چنانچه تحقیق حاضر شواهدی در خصوص تمایز این دو نوع کمال گرایی در مولفه های در نظر گرفته شده ارائه دهد، ضمن تایید تمایز کمال گرایی مثبت و منفی می تواند به شکل

گیری مداخلاتی با هدف کاهش کمال گرایی منفی کمک کند. این بررسی و مقایسه همچنین می تواند در مورد ابعاد شخصیتی افراد در سه گروه نمونه افراد با افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی و افراد بهنجار شناخت ما را افزایش داده و برای برنامه ریزی در مورد کنترل عوامل در افراد بهنجار و در معرض خطر و پیش بینی اختلالات و همچنین درمان به موقع با در نظر گرفتن تغییر در ابعاد شخصیتی در اثر درمان برای افرادی که دچار اختلال شده اند مفید باشد.

### 3-1- روش پژوهش

تحقیق حاضر گذشته نگر و از نوع پس رویدادی (علی -مقایسه ای) است. در این تحقیق سه گروه آزمودنی شامل بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و افراد بهنجار شرکت داشتند.

### 4-1- اهداف پژوهش

- بررسی مولفه های کمال گرایی مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی و افراد بهنجار و بررسی تفاوت های موجود بین این سه گروه می باشد.

- تعیین سهم مولفه های کمال گرایی (مثبت و منفی) در پیش بینی اختلال افسردگی اساسی.

- تعیین سهم مولفه های کمال گرایی (مثبت و منفی) در پیش بینی اختلال دوقطبی.

- تعیین سهم مولفه های کمال گرایی (مثبت و منفی) در پیش بینی میزان سلامت عمومی در سه گروه افراد دارای اختلال افسردگی اساسی، دوقطبی و بهنجار.

- بررسی مقایسه ای کمال گرایی مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی و افراد بهنجار بر اساس مولفه های توصیفی.

- تعیین سهم مولفه های کمال گرایی (مثبت و منفی) در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی و نقش آن در روند بیماری و درمان این افراد.

### 5-1- فرضیات پژوهش :

1- بین کمال گرایی مثبت در افراد بهنجار و مبتلایان به اختلال دوقطبی و افسردگی تفاوت وجود دارد.

2- بین کمال گرایی منفی در افراد بهنجار و مبتلایان به اختلال دوقطبی و افسردگی تفاوت وجود دارد.

### 6-1- تعریف عملیاتی واژه ها

#### کمال گرایی منفی

تعریف نظری: کمال گرایی منفی به شناختها و رفتارهایی گفته می شود که هدفشان کسب موفقیت ها و پیشرفتهای سطح بالا به منظور اجتناب یا فرار از پیامدهای منفی است. (اسلید و اوئنز، 1988) (بشارت، 1384)

تعریف عملیاتی: نمره افرادی که در پرسشنامه سنجش کمال گرایی، نمره آنها در 20 سوال کمال گرایی منفی بیشتر است.

## کمال گرایی مثبت

تعریف نظری: کمال گرایی مثبت به آن دسته از شناخت ها و رفتارها گفته می شود که هدفشان کسب موفقیت ها و پیشرفت های سطح بالا به منظور دستیابی به پیامدهای مثبت است (اسلید و اوئنز، 1998).

تعریف عملیاتی: نمره افرادی که در پرسشنامه سنجش کمال گرایی، نمره آنها در 20 سوال کمال گرایی مثبت بیشتر است.

## افسردگی اساسی

تعریف نظری: بیماران دارای افسردگی اساسی بیمارانی هستند که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی یا افسردگی یک قطبی هستند (کاپلان-سادوک، ترجمه پورافکاری).

تعریف عملیاتی: افرادی که براساس تشخیص روانپزشکی (ثبت در پرونده موجود در درمانگاه بیمارستان) و مصاحبه اولیه توسط پرسشگر براساس ملاک های DSM IV-TR شامل اختلال افسردگی اساسی می شوند.

## اختلال دو قطبی

تعریف نظری: بیماران دو قطبی بیمارانی هستند که هم دوره های افسردگی و هم دوره های مانی یا فقط دوره های مانی دارند (کاپلان-سادوک، ترجمه پورافکاری).

تعریف عملیاتی: افرادی که براساس تشخیص روانپزشکی (ثبت در پرونده موجود در درمانگاه بیمارستان) و مصاحبه اولیه توسط پرسشگر براساس ملاک های DSM IV-TR و همچنین نمره فرد در پرسشنامه سلامت عمومی، شامل اختلال دو قطبی می شوند