مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا | سال ششم | شماره ٤ | زمستان ۱۳۹۵

مقاله پژوهشی

مقایسه مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلالات وسواسی جبری، افسردگی اساسی و گروه بهنجار

علی محمدزاده[۱]، علی خیری هیق[۲]، مجید واحدی[۱]

۱ - بخش روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات وسواسی - جبری و افسردگی اساسی همپوشی‌هایی با یکدیگر دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه دو اختلال از نظر کمال‌گرایی و ابعاد آن است.

مواد و روش‌ها: طرح این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تبریز تشکیل دادند و از بین آن‌ها ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- جبری، ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به همراه ۳۰ نفر گروه کنترل همتا موردبررسی قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به پرسشنامه کمال‌گرایی هیل پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج: میانگین نمرات کمال‌گرایی و ابعاد مثبت و منفی آن در مبتلایان به دو اختلال وسواسی - جبری و افسردگی اساسی بیشتر از افراد عادی است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین هیچ‌گونه تفاوت معناداری در میانگین نمرات کمال‌گرایی مثبت و منفی در بین مبتلایان به این اختلالات مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: کمال‌گرایی مؤلفه مشترک در اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی - جبری است.

کلمات کلیدی: کمال‌گرایی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال افسردگی اساسی

مقدمه

کمال‌گرایی به‌منزله مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد تعریف‌شده است که خود با ارزشیابی انتقادی افراطی همراه است (۱). بر اساس شواهد موجود تفاوت‌های زیادی در کمال‌گرایی وجود دارد. مشخصه‌های کمال‌گرایی را در سه بعد تعریف می‌کنند (۲): کمال‌گرایی خویشتن مدار (self-oriented perfectionism)؛ یک مؤلفه انگیزشی است که شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خویشتن کامل است. در این بعد افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش اجباری و دارای تفکر همه‌یاهیچ در رابطه با نتایج به‌صورت موفقیت‌های تام یا شکست‌های تام می‌باشند. این افراد به حد کافی موشکاف و انتقادگر هستند به‌طوری‌که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند. کمال‌گرایی دیگرمدار (other-oriented perfectionism)؛ یک بعد میان فردی است که شامل تمایل به داشتن معیارهای کمال‌گرایانه برای اشخاصی است که برای فرد اهمیت بسیاری دارند. ازاین‌رو این نوع کمال‌گرایی ممکن است به روابط بین فردی دشوار منتهی گردد. کمال‌گرایی جامعه مدار (socially-prescribed perfectionism)؛ ویژگی افرادی است که فکر می‌کنند دیگران از آن‌ها انتظار عملکرد کامل و بی‌نقص دارند. اگرچه برآوردن این انتظارات مشکل است ولی شخص باید به این معیارها نائل آید تا مورد تائید و پذیرش دیگران قرار گیرد. این معیارهای افراطی معمولاً منجر به احساس شکست، اضطراب، خشم، درماندگی و ناامیدی شده که با تفکرات خودکشی و افسردگی در ارتباط است. در جامع‌ترین تقسیم‌بندی از کمال‌گرایی، Hill و همکاران (۳) هشت بعد را معرفی کرده‌اند که عبارت‌اند از تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تائید، نظم و سازمان‌دهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی،

* **نویسنده مسئول: علی محمدزاده**، بخش روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
Email: ali.mohammadzadeh@gmail.com

نشخوار فکر، تلاش برای عالی بودن. در این رویکرد، کمال‌گرایی در چارچوب انواع متداول قبلی یعنی کمال‌گرایی سازگار- ناسازگار (adaptive-mal adaptive perfectionism) (بهنجار- نابهنجار یا مثبت- منفی) قابل‌بحث است و بین جنبه‌های سازگارانه و ناسازگارانه کمال‌گرایی تمایز روشن‌تری قائل شده است، بدین ترتیب که از مجموع ابعاد نظم و سازمان‌دهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران جنبه سازگار و از مجموع ابعاد تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تائید، ادراک فشار از سوی والدین، نشخوار فکر جنبه ناسازگار کمال‌گرایی حاصل می‌شود. در بیان ضرورت و اهمیت انجام پژوهش حاضر لازم به ذکر است که در سال‌های اخیر مطالعه مؤلفه‌های مشترک بین اختلالات روانی در بسیاری از پژوهش‌ها موردتوجه قرار گرفته است، چراکه شرایط روان‌پزشکی همپوش با اختلالات روانی، می‌تواند سبب وخیم‌تر شدن وضع بیماران و حتی ایجاد مشکلات متنوعی گردد که ممکن است ناشی از این شرایط همایند و نه خود اختلال باشد. بر اساس بیشتر مطالعاتی که روی اختلال وسواسی جبری صورت گرفته است، این اختلال با بسیاری از اختلالات رابطه نشان داده است و به‌طورکلی اختلالات همایند با اختلال وسواسی جبری بیشتر یک قاعده است تا استثنا (۵- ۴). افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالاتی است که با اختلال وسواسی جبری همپوشی دارد. رابطه اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی جبری و شناسایی مؤلفه‌های مشترک بین آن‌ها موضوع تحقیقات مختلف قرار گرفته است (۵). از نظر تاریخی نیز افکار و اعمال وسواسی که نخستین بار در منابع پزشکی اوایل قرن نوزدهم توصیف شدند، تظاهر غیرعادی ملانکولی تصور می‌شد (۶). بنابراین، این افراد بیش از دیگران گرایش به افسردگی دارند و از طرفی، طبق تحقیقات، خلق افسرده نه‌تنها به ازدیاد و تشدید افکار ناخواسته منتهی می‌شود، بلکه سبب افزایش ناراحتی ناشی از این افکار نیز می‌شود (۷). تقریباً دوسوم مبتلایان به وسواس از علائم افسردگی نیز رنج می‌برند و تحقیقات نشان داده است که شرایط افسردگی همایند برکنش‌های شناختی و عصب روان‌شناختی اختلال وسواسی جبری نیز تأثیر می‌گذارد (۸). اکثر محققان معتقدند از نظر علائم، بین این دو همپوشانی‌هایی وجود دارد، به‌ویژه از نظر احساس گناه، اضطراب، تردید درباره خویشتن و پایین بودن عزت‌نفس. برخی نیز احساس مسئولیت شدید و کمال‌گرایی در وسواس بحث می‌کنند (۹) که از ویژگی‌های افسردگی نیز به شمار می‌آیند. همچنین، نشان داده شده است که بعضی از ناکارآمدی‌های اجرایی (executive dysfunction) که هنگام اجرای آزمون‌ها در بیماران وسواسی دیده می‌شود، حاصل هم‌زمانی نشانه‌های افسردگی با این اختلال است (۱۰). در واقع در سطح بالینی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در مقیاس‌های افسردگی نمرات بالائی به دست می‌آورند (۱۱، ۱۲).

بر اساس مبانی مدل‌های موجود در زمینه اختلالات خلقی و اضطرابی، کمال‌گرایی در حالت‌های مرضی ارتباط نزدیکی با اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی جبری دارد. به نظر می‌رسد الگوهای کمال‌گرایی در بین اختلالات روانی مرتبط با آن متفاوت باشد. در همین راستا، Cockell و همکاران (۱۳) سه گروه افراد مبتلا به اختلالات خلقی، بی‌اشتهایی روانی و سالم را مقایسه کرده و سطوح بالای کمال‌گرایی خویشتن مدار و جامعه مدار در مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی گزارش کرده‌اند. Bulik و همکاران (۱۴) سه گروه افراد مبتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی و خوردن را در ابعاد کمال‌گرایی مقایسه کرده و نشان دادند که تردید در مورد کارها در افراد مبتلا به اختلالات خوردن و اضطرابی بالا بود و معیارهای شخصی با هیچ‌یک از اختلالات رابطه نشان نداد. در آن پژوهش نگرانی در مورد اشتباهات با افسردگی رابطه نشان نداد اما رابطه آن با اختلالات خوردن و اضطرابی بالا بود. Sassaroli و همکاران (۱۵) نشان دادند که بعد نگرانی در مورد اشتباهات کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، اختلال وسواسی جبری و افسردگی اساسی بالاست، اما معیارهای شخصی خالص در مبتلایان به اختلال خوردن بیشتر دیده می‌شود و تردید در مورد کارها در افراد مبتلا به اختلالات خوردن و اختلال وسواسی جبری بالاست. مسئله‌ای که پژوهش حاضر بر اساس آن شکل گرفت فقدان داده‌های کافی در موردبررسی مؤلفه‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اختلالات وسواسی جبری و افسردگی اساسی بود. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال شکل گرفت که آیا مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلالات وسواسی جبری، افسردگی اساسی و گروه بهنجار متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب

فراگیر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها، مراکز تخصصی روان‌پزشکی و مراکز مشاوره‌ی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ و سه‌ماهه‌ی نخست سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. از میان مراجعات به مراکز، ۳۰ بیمار دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ بیمار دارای تشخیص اختلال وسواسی- جبری به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین از میان سایر مراجعان به مراکز درمانی شهر تبریز که به دلایلی به‌غیراز بیماری‌های روان‌پزشکی به این مراکز مراجعه کرده بودند، ۳۰ نفر به‌عنوان گروه کنترل بهنجار انتخاب شدند. با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات علی- مقایسه‌ای که برای هر گروه ۲۰ نفر ذکر شده است (۱۶)، برای افزایش اعتبار تحقیق ۳۰ نفر برای هر گروه به‌عنوان نمونه انتخاب شد. معیار ورود به پژوهش در این گروه دارا بودن سلامت روانی بود که از طریق پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) انجام‌گرفته شد. از نظر شرایط کنترل، گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات) همتا شدند. ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس کمال‌گرایی هیل (Hill's Perfectionism Scale): این مقیاس توسط Hill و همکاران (۳) ساخته شده است. این مقیاس بیشتر رویکردهای پیشین کمال‌گرایی را در برگرفته و با تعاریف تک‌بعدی، دوبعدی و چندبعدی از کمال‌گرایی هماهنگ است. مقیاس کمال‌گرایی هیل ۵۹ گویه و ۸ بعد دارد که عبارت‌اند از تمرکز بر اشتباهات، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تائید، نظم و سازمان‌دهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، نشخوار فکر، تلاش برای عالی بودن. روش نمره گزاری آن از نوع لیکرت بوده و هر گویه بین ۱ تا ۵ ارزیابی می‌شود و به ترتیب کاملاً مخالفم، مخالفم، نه موافق و نه مخالفم، موافقم، کاملاً موافقم را شامل می‌شوند. نمره کل نیز از جمع ۸ خرده مقیاس حاصل می‌گردد. هیل و همکاران (۳) ضریب پایایی همسانی درونی و باز آزمایی این مقیاس را بین ۰/۷۱ و ۰/۹۱ محاسبه کرده‌اند. در ایران و در اولین کار پژوهشی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، ضریب پایایی همسانی درونی آن ۰/۹۰ و روایی آن از طریق همبستگی با شاخصه‌های سلامت عمومی و حالت‌های مرضی، مطلوب گزارش شده است (۱۷). این مقیاس بین جنبه‌های سازگارانه و ناسازگارانه کمال‌گرایی تمایز روشن‌تری قائل شده است، بدین ترتیب که از مجموع نمرات ابعاد نظم و سازمان‌دهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران جنبه سازگار و از مجموع نمرات تمرکز بر اشتباهات، نیاز به تائید، ادراک فشار از سوی والدین، نشخوار فکر جنبه ناسازگار کمال‌گرایی حاصل می‌شود.

شیوه اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه‌ها پرسشنامه کمال‌گرایی هیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش به‌صورت شفاهی قبل از اجرا خاطرنشان گردید که اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً به‌منظور اهداف پژوهشی است و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی به‌جز سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات نیست. معیارهای ورود به مطالعه شامل شرکت داوطلبانه و مبتلا بودن به اختلالات افسردگی اساسی یا وسواسی - جبری و معیارهای خروج نیز شامل مراجعه به روان‌پزشک یا مشاور به دلیل اختلالات روانی دیگر، آسیب مغزی و سوءمصرف مواد بود. با در نظر گرفتن حجم جامعه پژوهشی نمونه‌ای به حجم ۱۱۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ابزار پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. ۲۵ پرسشنامه به دلایلی مانند نقص در تکمیل و یا عدم اعتبار (مانند پاسخ‌های زیگزاگی به سؤالات) کنار گذاشته شد و حجم نمونه‌ی نهایی به ۹۰ نفر رسید.

نتایج

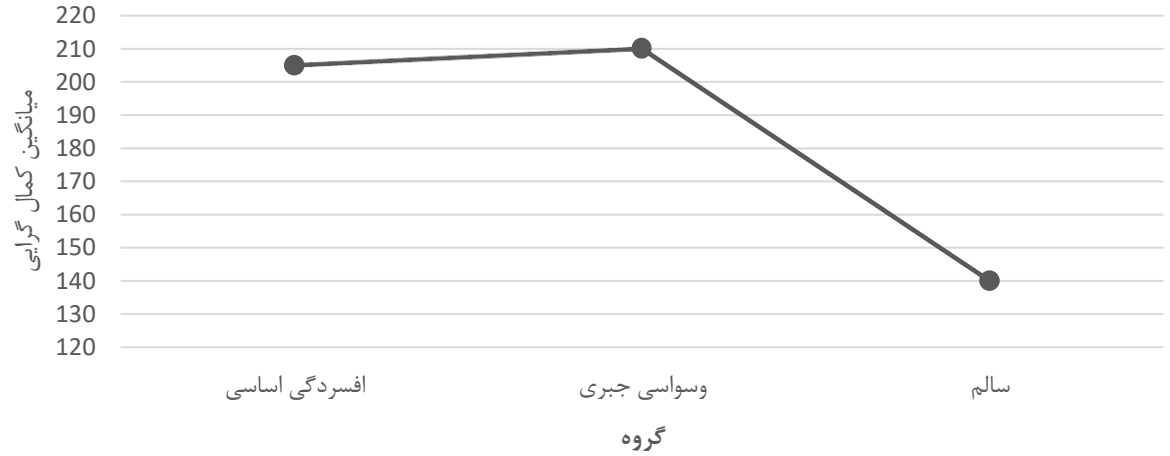
یافته‌های جمعیت شناختی در مورد گروه‌ها عبارت بودند از؛ گروه افسرده (۱۳ مرد و ۱۷ زن) با دامنه سنی ۴۶-۲۰، میانگین سنی ۳۰/۲۰ و انحراف معیار سنی ۶/۰۶، گروه وسواسی- جبری (۱۱ مرد و ۱۹ زن) با دامنه سنی ۵۲-۱۹، میانگین سنی ۲۸/۱۰ و انحراف معیار سنی ۶/۵۳ و افراد عادی (۲۰ مرد و ۱۰ زن) با دامنه سنی ۴۰-۱۹، میانگین سنی ۲۷/۳۳ و انحراف معیار سنی ۵/۲۰.

میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای مختلف در جدول ۱ ارائه شده است. نمودار ۱ نیز میانگین کمال‌گرایی را در سه گروه نشان می‌دهد.

در ادامه به‌منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه‌ی میانگین نمرات کمال‌گرایی و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی - جبری و افراد عادی ابتدا به بررسی مفروضه‌های این آزمون پرداخته می‌شود. نتیجه‌ی آزمون ام باکس (F=۲/۴۷ ،P<۰/۰۳) پیش‌فرض آزمون تحلیل واریانس

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در متغیرهای مختلف

متغیرها	اختلال افسردگی اساسی		اختلال وسواسی - جبری		افراد بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	۲۰۶/۴۳	۲۵/۰۵	۲۱۰/۲۰	۲۷/۴۴	۱۳۸/۶۷	۲۱/۷۶
کمال‌گرایی مثبت	۹۵/۴۶	۱۴/۶۵	۱۰۳/۱۷	۱۴/۶۶	۶۷/۹۳	۱۲/۳۹
کمال‌گرایی منفی	۱۱۰/۹۷	۱۵/۶۱	۱۰۷/۰۳	۱۵/۵۴	۷۰/۷۳	۱۰/۹۷
نظم و سازمان‌دهی	۲۷	۶/۹۹	۲۹/۶۰	۵/۱۲	۱۸/۹۶	۴/۸۸
هدفمندی	۲۱/۳	۶/۴	۲۵/۵۳	۴/۰۸	۱۷/۴۳	۳/۵۷
تلاش برای عالی بودن	۲۳/۲	۳/۱۱	۲۳/۵	۳/۹۵	۱۴/۹۳	۳/۰۱
معیارهای بالا برای دیگران	۲۳/۹۶	۳/۷۷	۲۵/۰۶	۳/۸۹	۱۶/۶	۳/۲۳
تمرکز بر اشتباهات	۲۷/۲	۵/۹۹	۲۶/۰۶	۴/۳۴	۱۸/۱	۳/۶۷
نیاز به تائید	۲۹/۶	۳/۵۶	۲۸	۴/۲۲	۱۸/۳۶	۳/۰۴
ادراک فشار از سوی والدین	۲۶/۲	۶/۳۸	۲۶/۹	۴/۹۱	۱۸/۴۳	۳/۶۴
نشخوار فکر	۲۷/۹۶	۳/۵۳	۲۶/۰۶	۴/۰۹	۱۵/۸۳	۳/۶۷



نمودار ۱- میانگین نمرات کمال‌گرایی در سه گروه

چند متغیری، یعنی فرض همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس کمال‌گرایی در بین گروه‌ها را تأیید نمی‌کند، اما چون تعداد نمونه‌ها برابر است ازاین‌رو استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری بلامانع است. همچنین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا می‌توان گفت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها به‌جز برای عامل هدفمندی، تمرکز بر اشتباهات و عامل ادراک فشار از سوی والدین ($P>0/05$) برقرار است. در جدول ۲ نتایج آزمون لون برای متغیرهای مختلف آمده است.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون مفروضه‌ها در بالا، در برخی موارد از یکسانی واریانس و مفروضهٔ یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس تخطی شده است. در شرایط تخطی از

مفروضه‌های فوق، برای تفسیر آزمون چند متغیری، استفاده از ضریب اثر پیلایی (Pillai's Trace) توصیه شده است (۱۸). نتایج ضریب اثر پیلایی در جدول ۳ آمده است.

نتایج ضریب اثر پیلایی بیانگر تفاوت معنادار میانگین نمرات در بین افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی - جبری و افراد عادی است. در جدول ۴ تفاوت میانگین متغیرهای مختلف در بین گروه‌ها نمایش داده شده است.

با توجه به مقدار F و سطح معنی‌داری نمایش داده شده در جدول ۴ (P <۰/۰۰۱) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات

جدول ۲- نتایج آزمون لون

متغیرها	F	سطح معنی‌داری
کمال‌گرایی (perfectionism)	۰/۴	۰/۶۶
کمال‌گرایی مثبت (Positive perfectionism)	۰/۹۲	۰/۴۰
کمال‌گرایی منفی (Negative perfectionism)	۱/۴۲	۰/۲۴
نظم و سازمان‌دهی (Organization)	۲/۰۹	۰/۱۳
هدفمندی (Planfulness)	۶/۸۵	۰/۰۰۲
تلاش برای عالی بودن (Striving for Excellence)	۲/۵۱	۰/۰۸
معیارهای بالا برای دیگران (High Standards for Others)	۱/۱۸	۰/۳۱
تمرکز بر اشتباهات (Concern Over Mistakes)	۲/۷۸	۰/۰۰۶
نیاز به تائید (Need for Approval)	۰/۹۸	۰/۳۷
ادراک فشار از سوی والدین (Parental Pressure)	۳/۷۹	۰/۰۳
نشخوار فکر (Rumination)	۰/۲۳	۰/۷۹

جدول ۳- نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت نشخوارهای فکری در سه گروه

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۹۹	۱۰/۰۴	۱۶	۱۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹

جدول ۴- اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
کمال‌گرایی	۹۷۲۳۵/۲۶	۲	۴۸۶۱۷/۶۳	۷۸/۶۳	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی مثبت	۲۰۵۸۷/۶۲	۲	۱۰۲۹۳/۸۱	۵۲/۹۲	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی منفی	۲۵۵۱۸/۸۲	۲	۱۴۷۵۹/۴۱	۷۳/۰۹	۰/۰۰۱
نظم و سازمان‌دهی	۱۸۴۳/۶۲	۲	۹۲۱/۸۱	۲۷/۹۲	۰/۰۰۱
هدفمندی	۸۵۸/۹۵	۲	۴۲۹/۴۷	۱۸/۲۸	۰/۰۰۱
تلاش برای عالی بودن	۱۴۱۸/۱۵	۲	۷۰۹/۰۷	۶۱/۸۰	۰/۰۰۱
معیارهای بالا برای دیگران	۱۲۷۱/۶۲	۲	۶۳۵/۸۱	۴۷/۸۴	۰/۰۰۱
تمرکز بر اشتباهات	۱۴۷۵/۶۲	۲	۷۳۷/۸۱	۳۲/۳۶	۰/۰۰۱
نیاز به تائید	۲۲۱۵/۴۸	۲	۱۱۰۷/۷۴	۸۳/۳۵	۰/۰۰۱
ادراک فشار از سوی والدین	۱۳۲۴/۹۵	۲	۶۶۲/۴۷	۲۵/۴	۰/۰۰۱
نشخوار فکر	۲۵۵۵/۴۸	۲	۱۲۷۷/۷۴	۸۹/۵۷	۰/۰۰۱

کمال‌گرایی و زیر مقیاس‌های آن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی - جبری و افراد عادی تفاوت معناداری دارد. به دنبال نتایج فوق و برای تأیید نتایج به‌دست‌آمده به مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها در بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی توکی پرداخته می‌شود که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تعقیبی در جدول ۵ به شرح زیر است:

- اختلاف میانگین نمرات در کمال‌گرایی، کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی و مؤلفه‌های آن‌ها در بین افراد عادی و افراد دارای اختلال افسردگی و همچنین بین افراد عادی و افراد دارای اختلال وسواسی جبری معنی‌دار است.
- اختلاف میانگین نمرات در کمال‌گرایی، کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی و مؤلفه‌های آن‌ها در بین افراد مبتلا به اختلالات وسواسی جبری و افسردگی اساسی معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری از نظر کمال‌گرایی و ابعاد آن انجام گرفت و نتایج نشان داد که میانگین نمرات کمال‌گرایی، کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی و مؤلفه‌های آن‌ها در افراد مبتلا به دو اختلال بیشتر از افراد عادی است. بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که در ایران تا این تاریخ پژوهشی که ابعاد کمال‌گرایی را بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی، وسواسی جبری و خوردن بررسی کرده است منتشر نشده است و در تحقیقات خارجی نیز تنها یک مطالعه انجام گرفته است و در آن پژوهش تقریباً همسو با پژوهش حاضر Sassaroli و همکاران (۱۵) نشان دادند که بعد نگرانی در مورد اشتباهات کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، اختلال وسواسی جبری و افسردگی اساسی بالاست، اما معیارهای شخصی خالص در مبتلایان به اختلال خوردن بیشتر دیده می‌شود و تردید در مورد کارها در افراد مبتلا به اختلالات خوردن و اختلال وسواسی جبری بالاست. همان‌طور که در مقدمه ذکر شد کمال‌گرایی از نظر آسیب‌شناختی ارتباط نزدیکی با برخی از اختلالات روانی و از جمله اختلالات افسردگی و وسواسی جبری دارد. به نظر می‌رسد ترس از شکست می‌تواند راه‌انداز مؤلفه‌های رفتار کمال رایانه‌ای باشد که معطوف به وارسی، جستجوی مجدد اطمینان و ملاحظات افراطی قبل از تصمیم‌گیری است (۳). در همین راستا، کمال‌گرایی یک صفت لازم اما ناکافی برای تشخیص اختلال وسواسی جبری پیشنهاد شده است (۱۹) و کارگروه شناخت‌های وسواسی جبری (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) (۲۰) کمال‌گرایی را به‌عنوان عامل خطر برای اختلال وسواسی جبری در نظر گرفته است. اجبارهایی که در پاسخ به وسواس‌ها به‌طور کاملاً دقیق و در حالت قرینگی کامل انجام می‌گیرد از علائم اختلال وسواسی جبری است، در غیاب اطمینان کامل احتمال تردید بیماران در مورد کارهایی که انجام می‌دهند بیشتر می‌شود. چنین تردیدهایی بخشی از سازه کمال‌گرایی است و در سطح بالینی، به‌وضوح بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به شمار می‌آید، مؤلفه‌ای که توسط Frost و Steketee (۲۱) به‌عنوان بخشی از پدیدارشناسی اختلال وسواسی جبری معرفی‌شده است. بنابراین، میانگین نمرات بیشتر کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری در مقایسه با افراد عادی که در پژوهش حاضر به دست آمد همسو با الگوی پدیدارشناسی آن بوده و موجه به نظر می‌رسد. به‌طورکلی، سطوح کلی کمال‌گرایی در مطالعات غیر بالینی نیز با گرایش‌های وسواسی جبری رابطه بالایی نشان داده است، اما بیشتر، ارتباطات بین ویژگی‌های وسواسی جبری با نگرانی‌های مربوط به اشتباهات و تردید در مورد کارها گزارش شده است، ولی همچنان که اشاره شد این مورد اخیر بخشی از پدیدارشناسی این اختلال نیز به شمار می‌آید. در دو مطالعه بالینی نیز رابطه اختلال وسواسی جبری با کمال‌گرایی بررسی شده است. در یک مطالعه تنها تردید در مورد کارها، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری را از دیگر گروه‌های روان‌پزشکی متمایز می‌کرد (۱۵). در هر دو مطالعه گروه اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه سالم نمرات بالایی را در زیر مقیاس نگرانی‌های مربوط به اشتباهات و تردید در مورد کارها به دست آوردند. همچنین، گزارش‌شده است که گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در مقیاس کمال‌گرایی جامعه مدار نمرات بالایی کسب می‌کنند (۳، ۲۲)، اما شواهد کافی در اختصاص کمال‌گرایی جامعه مدار به اختلال وسواسی جبری موجود نیست، چراکه این نوع کمال‌گرایی در دیگر گروه‌های روان‌پزشکی نیز دیده می‌شود (۲۳). از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که هیچ‌گونه تفاوت معناداری در میانگین نمرات کمال‌گرایی و ابعاد آن

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی مربوط به مقایسه سه گروه در زیرمقیاس های کمال‌گرایی

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	اختلاف میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
کمال‌گرایی	عادی و افسرده	-۶۷/۷۶	۶/۴۲	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۷۱/۵۳	۶/۴۲	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	-۳/۷۶	۶/۴۲	۰/۸۲
کمال‌گرایی مثبت	عادی و افسرده	-۲۷/۵۳	۳/۶	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۳۵/۲۳	۳/۶	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	-۷/۷	۳/۶	۰/۰۸
کمال‌گرایی منفی	عادی و افسرده	-۴۰/۲۳	۳/۶۶	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۳۶/۳	۳/۶۶	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۳/۵۳	۳/۶۶	۰/۵۳
نظم و سازمان‌دهی	عادی و افسرده	-۸/۰۳	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۱۰/۶۳	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۲/۶	۱/۴۸	۰/۱۹
هدفمندی	عادی و افسرده	-۳/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۰۸
	عادی و وسواس جبری	-۷/۵۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۳/۷	۱/۲۵	۰/۰۱
تلاش برای عالی بودن	عادی و افسرده	-۸/۲۶	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۸/۵۶	۰/۸۷	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	-۱/۱	۰/۸۷	۰/۴۷
معیارهای بالا برای دیگران	عادی و افسرده	-۷/۳۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۸/۴۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۰/۶۳	۰/۹۴	۰/۳۳
تمرکز بر اشتباهات	عادی و افسرده	-۹/۱	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۷/۹۶	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۱/۱۳	۱/۲۳	۰/۶۳
نیاز به تائید	عادی و افسرده	-۱۱/۲۳	۰/۹۴	۰/۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۹/۲۳	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۱/۶	۰/۹۴	۰/۲۱
ادراک فشار از سوی والدین	عادی و افسرده	-۷/۷۶	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۸/۴۶	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۰/۶۳	۱/۳۱	۰/۸۵
نشخوار فکر	عادی و افسرده	-۱۲/۱۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	عادی و وسواس جبری	-۱۰/۲۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	افسرده و وسواس جبری	۱/۹	۰/۹۷	۰/۱۳

(به‌جز بعد هدفمندی) در بین مبتلایان به افسردگی اساسی و وسواسی - جبری مشاهده نشد. در مورد بعد هدفمندی کمال‌گرایی پژوهش حاضر نشان داد که این بعد در بین مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری بیشتر از افسردگی اساسی است. این یافته نیز می‌تواند تحت تأثیر ناهمسانی واریانس در این مؤلفه باشد که در جدول ۲ قابل مشاهده است. در مجموع بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد بین اختلالات وسواسی- جبری و افسردگی اساسی از نظر کمال‌گرایی و ابعاد مثبت و منفی آن تفاوتی وجود نداشته باشد. این یافته با نتایج تحقیقاتی که نشان داده‌اند کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری (۲۱-۲۵) و اختلال افسردگی اساسی (۲۸-۲۶) شیوع بیشتری دارد در یک راستا قرار می‌گیرد. با عنایت به نتایج پژوهش حاضر و همسویی آن با تحقیقات قبلی می‌توان نتیجه گرفت که کمال‌گرایی مؤلفه مشترک در اختلالات افسردگی اساسی و وسواسی- جبری است. این اشتراک می‌تواند به دلیل همایندی مرضی بین دو اختلال باشد. در ارتباط با همایندی مرضی بین اختلالات وسواسی جبری و افسردگی اساسی تحقیقات نشان داده‌اند که دو اختلال در سطوح بالینی و غیر بالینی می‌توانند همایند باشند (۴، ۵، ۲۹، ۳۰ و ۳۱). در مورد فهم چرایی همایند افسردگی در اختلال وسواسی جبری یک مدل ارائه‌شده عنوان می‌دارد اختلال وسواسی جبری خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد. درحالی‌که این مدل علی بر اساس تحقیقاتی که نشان داده‌اند افسردگی بعد از اختلال وسواسی جبری روی می‌دهد هماهنگ است، اما این مدل به‌روشنی مورد آزمون قرار نگرفته است. در مقابل برخی محققان عنوان می‌دارند که افسردگی به این دلیل در اختلال وسواسی جبری روی می‌دهد که الگوهایی که عموماً در انواع خاصی از اختلال وسواسی جبری دیده می‌شوند به لحاظ سبب‌شناختی با افسردگی رابطه دارند و بنابراین فرد را مستعد ابتلا به دوره‌هایی از افسردگی می‌کنند (۲۹، ۳۲). علاوه بر عوامل اختصاصی مرتبط با اختلال وسواسی جبری، تأثیر عواملی که اختصاص به اختلال وسواسی جبری ندارند نیز در نظر گرفته‌شده است. از این منظر، افسردگی در واکنش به سطوح بالای آشفتگی و نقص‌های کارکردی و بنابراین به‌عنوان پیامد ابتلا به یک اختلال مزمن و ناتوان‌کننده روی می‌دهد (۳۰).

یافته‌های پژوهش حاضر تلویحاتی برای درمان اختلالات وسواسی جبری و افسردگی اساسی می‌تواند داشته باشد؛ به نظر می‌رسد کاهش کمال‌گرایی جز اهداف درمانی هر دو اختلال باید مدنظر متخصصین قرار گیرد. طی چند دهه‌ی قبل مطالعات زیادی جهت شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال‌های وسواس و افسردگی انجام شده است، نتایج مطالعات قبلی به همراه مطالعه حاضر نشان داده است که کمال‌گرایی نقش مهمی در ابتلا و تداوم اختلال‌های اضطرابی و خلقی بازی می‌کنند.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر عدم امکان کنترل مصرف دارو توسط بیماران بود، چراکه به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری تفکیک بیماران دارویی از غیر دارویی در این پژوهش میسر نشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تفسیر یافته‌ها این محدودیت در نظر گرفته شود، چراکه می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و مدیران مراکز روان‌پزشکی شهر تبریز تشکر نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Frost RO, Lahart CM, Rosenblate R. The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. Cogn Ther and Res. 1991; 15(6): 469–489.
2. Hewitt PL, Flett GL, Besser A, Sherry SB, McGee B. Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). Behav Res and Ther. 2003; 41(10): 1221−1236.
3. Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy CA. New measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. J Pers Assess. 2004; 82(1):80-91.
4. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. Clin Psychol Rev. 2008; 28(1): 118–130.

5. Hofmeijer-Sevink MK, Van Oppen P, Van Megen HJ, Batelaan NB, Cath DC, Vander Wee NJA, et al. Clinical relevance of comorbidity in obsessive-compulsive disorder: The Netherlands OCD Association study. J Affect Disord. 2013;150(3):847–854.
6. Pourafkari N. obsessive–compulsive disorder. Tabriz: Islamic Azad University publication; 2005. [in Persian]
7. Dadsetan, P. Developmental Psychopathology, from infancy to adulthood. Tehran: Samt Publication; 1999. [in Persian]
8. Ghassemzadeh H, Karamghadiri N, Sharifi V, Norouzian M, Mojtabai R, Ebrahimkhani N. Cognitive, Neuropsychologic and neurological function in obsessive-compulsive disorder with and without depression symptoms. Cog Sci Nov. 2006; 7(3): 1-13. [in Persian]
9. Arntz A, Voncken M, Goosen A. Responsibility and obsessive – compulsive disorder: An experimental test, Behav Res Ther. 2007; 45(3): 425-435.
10. Aycicegi A, Dinn WK, Harris CL, Erkmen H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: Effects of co - morbid conditions on task performance. Eur Psychiatry. 2003; 18(5): 241- 248.
11. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological Insertion of Axis I Disorders in the Etiology of Obsessive-Compulsive Disorder. J Anxiety Disord. 2000;14(1): 19–30.
12. Naomi A, Fineberg NA, Fourie H, Gale TM, Sivakumaran T. Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): Symptomatic differences to major depressive disorder. J Affect Disord. 2005; 87 (2-3): 327-330.
13. Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GL, et al. Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. Cogn Ther Res. 2002; 26(6): 745–758.
14. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. Am J Psychiatry. 2003; 160(2): 366–368.
15. Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. Behav Res and Ther. 2008; 46(6): 757–765.
16. Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Virayesh Publication; 2005. [in Persian]
17. Jamshidy B, Hosseinchari M, Haghighat Sh, Razmi MR. Validation of new measure of perfectionism. J Behav Scienc. 2009; 3(1): 35-43 [in Persian].
18. Pallant, J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using the SPSS program,4th ed, Open University Press Milton Keynes, UK, USA, p 418
19. Rhe´aume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. Behav Res and Ther. 1995; 33(7): 785–794.
20. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behav Res and Ther. 1997; 35(35): 667–681.
21. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. Behavr Res and Ther. 1997; 35(4): 291–296.
22. Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. Behav Res and Ther. 1998; 36(12): 1143–1154.
23. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. Clin Psychol Rev. 2001; 21(6): 879–906.
24. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. J Anxiety Disord. 2008; 22(3): 475–484.
25. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 1995; 17(2): 147-152.
26. Van Yperen NW, Verbraak M, Spoor E. Perfectionism and clinical disorders among employees. Pers Individ Dif. 2011; 50 (7): 1126–1130.
27. Corry J, Green M, Roberts G, Frankland A, Wright A, Lau P, et al. Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. J Affect Disord. 2013; 151 (3):1016-1024.
28. Cheng P, Dolsen M, Girz L, Rudowski M, Chang E, Deldin P. Understanding perfectionism and depression in an adult clinical population: Is outcome expectancy relevant to psychological functioning. Pers Individ Dif. 2015; 75(1): 64-67.
29. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord. 2007; 102(1-3): 73–79.
30. Yap K, Mogan C, Kyrios K. Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: The role of OCD-related and non-specific factors. J Anxiety Disord. 2012; 26(5): 565– 573.
31. Mohammadzadeh A, Hassan Yaghubi H, Jafari I. Comorbidity of depression and obsessive-compulsive disorder subtypes in non-clinical samples. J Fundament Ment Health. 2010; 12(2): 506-13. [in Persian]
32. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther. 2003; 41(1):11–29.

Original Article

The Comparison of Perfectionism Components among Patients with Obsessive - Compulsive, Major Depression Disorders, and Normal People

Mohammadzadeh A[1]*, Kheiri Heiagh A[2], Vahedi M[1]

1- Department of Psychology and Education, Payame Noor University, Tehran, Iran
2- Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Received: 10 Jan 2016 Accepted: 29 Jun 2016

Abstract

Background & Objectives: Major depression and obsessive - compulsive disorders have some comorbidities. The objective of this study is to compare perfectionism and its components in patients with depression, obsessive - compulsive disorders and normal individuals.

Materials & Methods: The current study was conducted in cross-sectional context. The study population included all patients who referred to the clinics, psychiatric centers and counseling centers in the city of Tabriz. The sample was divided into three groups, one group of 30 with a diagnosis of obsessive - compulsive disorders, another group of 30 with a diagnosis of major depression disorder, and the other 30 were normal. Participants answered to Hill perfectionism questionnaire. To analyze the data, multivariate analysis of variance was used.

Results: The results showed that the mean scores of perfectionism and its positive- negative dimensions were higher in patients with obsessive - compulsive and depression disorders, in comparison with normal individuals. In addition, no significant differences in perfectionism and its positive- negative dimensions scores was observed between people with these two mentioned disorders.

Conclusion: The perfectionism components are common component in obsessive - compulsive and major depression disorders.

Keywords: personality characteristics, coping style, resilience, multiple Sclerosis

***Corresponding author: Ali Mohammadzadeh,** Department of Psychology and Education, Payame Noor University, Tehran, Iran
Email: ali.mohammadzadeh@gmail.com