



## Comparison of the efficacy of anxiety treatment using schema therapy on perfectionism, responsibility, and self-esteem in women

Mona Mohammad Hosseini<sup>1</sup>, Bita Nasrolahi<sup>2</sup>, Reza Ghorban Jahormi<sup>3</sup>, Afshin Salahian<sup>4</sup>

1. Ph.D Candidate in Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: [Mohammadhosseini@gmail.com](mailto:Mohammadhosseini@gmail.com)

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: [Nasrolahi@srbiu.ac.ir](mailto:Nasrolahi@srbiu.ac.ir)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: [rrghorbn@gmail.com](mailto:rrghorbn@gmail.com)

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. E-mail: [salahianafshin@pnu.ac.ir](mailto:salahianafshin@pnu.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 07 February 2024

Received in revised form 05 March 2024

Accepted 09 April 2024

Published Online 23 July 2025

#### Keywords:

schema therapy,  
anxiety,  
perfectionism,  
responsibility,  
self-esteem,  
women

### ABSTRACT

**Background:** Anxiety, worry, or unease represents a widespread, uncomfortable, and ambiguous sensation of fear and concern with an unidentified origin, marked by uncertainty, helplessness, and physiological arousal. While numerous studies have explored the effects of various treatments on anxiety, no research to date has applied schema therapy to examine its impact on perfectionism, responsibility, and self-esteem in women experiencing anxiety.

**Aims:** The present study aimed to assess the effectiveness of anxiety treatment using schema therapy on perfectionism, responsibility, and self-esteem in women.

**Methods:** This study was a quasi-experimental pre-posttest design with a control group. The statistical population comprised all women aged 20 to 30 with anxiety who visited the Hozour No Clinic in Tehran. From this population, 30 individuals were selected through purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group (15 individuals) or a control group (15 individuals). Before the interventions, participants completed questionnaires on perfectionism (Terry-Short et al., 1995), responsibility (Gough, 1984), and self-esteem (Rosenberg, 1965). The experimental group then received schema therapy training. Finally, both groups underwent a post-test. The data were analyzed using univariate and multivariate covariance analysis with SPSSV19 software.

**Results:** The findings indicated a significant difference between the two groups in positive perfectionism ( $p < 0.019$ ,  $F = 6.275$ ) and negative perfectionism ( $p < 0.006$ ,  $F = 9.136$ ). Additionally, the results showed significant differences in responsibility ( $p < 0.009$ ,  $F = 7.808$ ) and self-esteem ( $p < 0.001$ ,  $F = 13.439$ ) between the two groups.

**Conclusion:** The use of schema therapy in the treatment of anxiety reduces perfectionism and enhances responsibility and self-esteem. Therefore, awareness of this therapeutic approach can assist psychologists, counselors, students, and other professionals in improving the variables of perfectionism, responsibility, and self-esteem in individuals with anxiety.

**Citation:** Mohammad Hosseini, M., Nasrolahi, B., Ghorban Jahormi, R., & Salahian, A. (2025). Comparison of the efficacy of anxiety treatment using schema therapy on perfectionism, responsibility, and self-esteem in women. *Journal of Psychological Science*, 24(149), 87-106. [10.52547/JPS.24.149.87](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.87)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 24, No. 149, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.149.87](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.87)



✉ **Corresponding Author:** Bita Nasrolahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: [Nasrolahi@srbiu.ac.ir](mailto:Nasrolahi@srbiu.ac.ir), Tel: (+98) 9125864955

## **Extended Abstract**

### **Introduction**

Anxiety, characterized by a diffuse and unpleasant sensation of apprehension and concern, often accompanied by feelings of uncertainty, helplessness, and physiological arousal, is a prevalent psychological condition that affects individuals across different demographics (Kandola et al., 2018; Tuma & Maser, 2019). The treatment of anxiety has been the subject of extensive research, with various therapeutic approaches explored to alleviate its symptoms and associated distress (Titov et al., 2015; Curran & Hill, 2019). However, a notable gap exists in the literature concerning the impact of schema therapy on specific psychological constructs like perfectionism, responsibility, and self-esteem, particularly in the context of anxiety treatment for women (Leahy, 2019; Fassbinder & Arntz, 2019).

Schema therapy is a therapeutic modality rooted in cognitive-behavioral principles, emphasizing the identification and modification of maladaptive schemas—deeply ingrained cognitive patterns that influence an individual's perceptions, emotions, and behaviors (Young et al., 2003; Bernstein et al., 2019). While schema therapy has shown promise in addressing complex psychological issues, its effectiveness in addressing specific facets such as perfectionism, responsibility, and self-esteem in the context of anxiety treatment for women remains underexplored.

This study seeks to bridge this gap by investigating the efficacy of anxiety treatment using schema therapy on perfectionism, responsibility, and self-esteem in women. By focusing on these psychological constructs, the study aims to provide insights into how schema therapy may impact not only anxiety symptoms but also related cognitive and emotional dimensions that are often intertwined with anxiety disorders. Understanding the potential benefits of schema therapy in modifying maladaptive schemas associated with perfectionism, responsibility, and self-esteem could have significant implications for enhancing the effectiveness of anxiety treatment interventions tailored for women.

The present study adopts a rigorous research design, employing a semi-experimental pre-test/post-test approach with a control group (Limburg et al., 2017; Augestad, 2017). The participants will be women presenting with anxiety symptoms, recruited from a clinical setting, and randomly assigned to either the schema therapy intervention group or a control group. Standardized measures of perfectionism, responsibility, and self-esteem will be administered before and after the intervention to assess changes following schema therapy.

The outcomes of this study are expected to contribute valuable insights into the role of schema therapy in addressing not only anxiety but also related psychological dimensions in women. By elucidating the impact of schema therapy on perfectionism, responsibility, and self-esteem within the context of anxiety treatment, this research aims to inform more tailored and effective therapeutic approaches for women experiencing anxiety-related challenges.

### **Method**

The present research design was quasi-experimental and used a pre-test/post-test design with a control group. The population of this study consisted of all women aged 20 to 30 with anxiety attending Hozoreno clinic in Tehran. Thirty individuals were purposively selected and randomly assigned to two groups: an experimental group (15 participants) and a control group (15 participants). Inclusion criteria for participation in the study included being female, providing informed consent to participate, age between 20 and 30 years, diagnosed with anxiety symptoms by a psychologist or psychiatrist for a minimum of 3 months, ability to respond to questionnaire items, and not using psychotropic medications. Exclusion criteria included missing more than 3 sessions of the intervention, simultaneous participation in other counseling or psychotherapy sessions, and violation or alteration of the inclusion criteria. Schema Therapy Protocol: Following the research assessments, inclusion criteria, and obtaining informed consent, baseline sessions were conducted for the participants. The schema therapy protocol was based on Jeffrey Young's theory (2003; translated by Hamidpour & Andooz, 2005) and consisted of 20 sessions delivered

to the participants. The content of the sessions was as follows:

## Results

In this study, 30 participants (15 in the control group and 15 in the experimental group) were involved, all of whom were women experiencing anxiety. The age range of all participants in this study was between 22 to 30 years old. The mean age of the sample members was 25.80 with a standard deviation of 2.07. Subsequently, the descriptive findings of the research variables will be discussed.

To describe the data, the mean was used as a measure of central tendency and the standard deviation as a measure of dispersion. As seen in Table 2, the means and standard deviations of the research variables are presented by group. All variables exhibited appropriate means and standard deviations. Before conducting the relevant analyses, the overall data status was examined. Initially, univariate outliers

were checked using a boxplot, and the results indicated no outliers in the variables. To assess the normality of the data, the Kolmogorov-Smirnov test was employed; all research variables in both groups and at both pre-test and post-test situations exhibited normal data. Therefore, the assumption of normality was met. Another assumption, the homogeneity of regression slopes, was confirmed by the Box's test of equality of covariance matrices, with results indicating the validity of this assumption ( $p = 0.02$ ,  $F = 3.402$ ,  $\chi^2 = 1.306$ ). Additionally, to examine the equality of error variances, the Levene's test was utilized. The precondition of equality of error variances and the assumption of variance-covariance matrices in the components of perfectionism were met; thus, the results of the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) indicated significant differences in the scores of the two groups ( $p = 0.023$ ,  $F = 4.429$ ,  $\lambda_{\text{Wilks}} = 0.738$ ).

**Table 1. Results of the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) for comparing group components of perfectionism**

| Sources                | SS       | df | MS       | F     | Sig   | Eta   | Power |
|------------------------|----------|----|----------|-------|-------|-------|-------|
| Positive Perfectionism | 1756.341 | 1  | 1756.341 | 6.275 | 0.019 | 0.194 | 0.674 |
| Negative Perfectionism | 2513.427 | 1  | 2513.427 | 9.136 | 0.006 | 0.260 | 0.829 |

As observed in Table 1, significant differences were found between the Schema Therapy and control groups in both positive and negative components of perfectionism. Descriptive findings indicate that participants' scores decreased in post-test perfectionism (both positive and negative). Therefore, it can be concluded that schema therapy training led to a reduction in perfectionism among individuals with anxiety, thus confirming the research hypothesis that anxiety treatment using schema

therapy affects perfectionism. Further examination of the treatment's effectiveness on responsibility and self-esteem of participants is discussed next. Prior to conducting the univariate analysis of covariance (ANCOVA) to examine the normality of variables, homogeneity of regression slopes, linearity relationships, and equality of pre- and post-test variance scores in the variables of interest were established and confirmed.

**Table 2. The results of the univariate covariance analysis for group comparisons on the variables of responsibility and self-esteem indicate significant findings**

| Variable       | Sources | SS       | df | MS      | F      | Sig   | Eta   | Power |
|----------------|---------|----------|----|---------|--------|-------|-------|-------|
| Responsibility | Pre     | 0.83     | 1  | 0.83    | 0.011  | 0.916 | 0.001 | 0.051 |
|                | Group   | 569.695  | 1  | 569.695 | 7.808  | 0.009 | 0.224 | 0.768 |
|                | Error   | 1970.103 | 27 | 72.967  | ---    | ---   | ---   | ---   |
| Self Esteem    | Pre     | 12.554   | 1  | 12.554  | 0.569  | 0.457 | 0.021 | 0.113 |
|                | Group   | 296.320  | 1  | 296.320 | 13.439 | 0.001 | 0.322 | 0.942 |
|                | Error   | 595.313  | 27 | 22.049  | ---    | ---   | ---   | ---   |

## Conclusion

The present study aimed to investigate the effectiveness of anxiety treatment using schema

therapy on perfectionism, responsibility, and self-esteem in women. One of the findings of this study was that schema therapy led to a reduction in

perfectionism among women with anxiety. Specifically, the results indicated a significant difference in post-test scores between the experimental and control groups. Post-test scores for perfectionism in individuals decreased compared to pre-test scores, as compared to the control group. This suggests that schema therapy may play a beneficial role in mitigating perfectionism in women experiencing anxiety.

Based on research evidence, early maladaptive schemas contribute to increased perfectionism in individuals. According to schema theory, perfectionists possess an interpersonally incompatible schema that reinforces emotionally problematic experiences. Consequently, maladaptive schemas develop when individuals receive criticism and rejection instead of love and acceptance. Therefore, schema therapy can aid in reducing perfectionism (Malivoire et al., 2019).

Another finding of this study was that schema therapy leads to an enhancement of responsibility in women with anxiety. The results indicated a significant difference in the variable of responsibility between the experimental and control groups. This means that the scores of responsibility in individuals increased in the post-test compared to the pre-test in comparison to the control group. These findings are consistent with the results of studies by Sohrabi et al. (2019) and Malivoire et al. (2019). According to research results, responsibility is foundational to many individual successes in life as a personality trait. This means that responsibility is a conscious and voluntary choice in determining one's behavior and how to interact with others (MacLeod, 2018).

In explaining this finding, it can be said that schema is considered a cognitive structural and organizational component through which individuals can determine, interpret, classify, and evaluate their experiences. Since schema therapy techniques emphasize emotions, it appears that these techniques assist individuals in becoming aware of their emotions and accepting them. Schema therapy techniques help patients to reorganize emotional structures, explore new learnings, regulate interpersonal emotions, and achieve self-calming, providing a basis for improving

schemas and consequently controlling anxiety, which in turn enhances responsibility in individuals.

Another finding of the present study was that schema therapy leads to an increase in self-esteem among women with anxiety. The findings indicated a significant difference in the variable of self-esteem between the experimental and control groups. This means that individuals' self-esteem scores increased in the post-test compared to the pre-test in comparison with the control group. In explaining this finding, it can be said that providing schema therapy to individuals with anxiety helps them to discard ineffective thoughts, which enhances their self-worth, ultimately leading to an improvement in self-esteem. Therefore, the results of this study have helped women with anxiety to surpass their self-esteem through schema therapy and elevate their levels of self-esteem.

One of the limitations of the present study is that the findings obtained through self-reported questionnaires may not directly correlate with actual behaviors in daily life. Another limitation relates to the research methodology. This study did not investigate the relationships and correlations among variables, and the research was intervention-based. Therefore, obtaining these findings using other research methods could be considered. Sampling was based on gender, focusing on women aged 20 to 30, comprising the statistical population of this study. Hence, generalizing the findings of this study to other age groups or different cities should be done cautiously. Another significant limitation of this study pertains to its spatial and temporal scope. The study was conducted on women aged 20 to 30 with anxiety attending a clinic in Tehran during the academic year 2019-2020. Therefore, it is not advisable to generalize these findings to other demographics or cities. If generalization is attempted, precautions should be taken, and it is recommended that similar studies be conducted on men and women of other age groups for comparison with the results of this research.

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology in the Islamic Azad University. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the participants in the study.



## مقایسه اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی، مسئولیت پذیری و عزت نفس زنان

منا محمدحسینی<sup>۱</sup>، بیتا نصرالهی<sup>۲</sup>، رضا قربان جهرمی<sup>۳</sup>، افشین صلاحیان<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۱

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،

اضطراب،

کمال گرایی،

مسئولیت پذیری،

عزت نفس،

زنان

**زمینه:** اضطراب، تشویش یا دلشوره از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته است که شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. تاکنون مطالعات متعددی به بررسی نتیجه درمان‌های مختلف بر اضطراب پرداخته‌اند ولی مطالعه‌ای به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی، مسئولیت پذیری و عزت نفس زنان در درمان اضطراب انجام نشده است.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی، مسئولیت پذیری و عزت نفس زنان انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری متشکل از تمامی زنان دارای اضطراب ۲۰ تا ۳۰ سال مراجعه کننده به کلینیک حضور نو واقع در شهر تهران بود. از این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند و پیش از اجرای مداخلات پرسشنامه‌های کمال گرایی (تری-شورت و همکاران، ۱۹۹۵)، مسئولیت پذیری (گاف، ۱۹۸۴) و عزت نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵) را تکمیل کردند. پس از آن، گروه آزمایش تحت آموزش طرحواره درمانی قرار گرفت. در نهایت هر دو گروه پس آزمون را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری به کمک نرم افزار SPSS<sub>V19</sub> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین دو گروه در دو مؤلفه کمال گرایی مثبت ( $F=6/275$  و  $p<0/019$ ) و کمال گرایی منفی ( $F=9/136$  و  $p<0/006$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که در متغیر مسئولیت پذیری ( $F=7/808$  و  $p<0/009$ ) و عزت نفس ( $F=13/439$  و  $p<0/001$ ) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد.

**نتیجه گیری:** استفاده از روش طرحواره درمانی در درمان اضطراب باعث کاهش کمال گرایی و ارتقای مسئولیت پذیری و عزت نفس افراد شده و از این رو آگاهی از این آموزش می تواند در جهت بهبود متغیرهای کمال گرایی، مسئولیت پذیری و عزت نفس افراد دارای اضطراب به روانشناسان، مشاوران، دانشجویان و سایر متخصصان کمک نماید.

**استناد:** محمدحسینی، منا؛ نصرالهی، بیتا؛ قربان جهرمی، رضا؛ و صلاحیان، افشین (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی، مسئولیت پذیری و عزت نفس زنان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۸۷-۱۰۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.149.87](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.87)



## مقدمه

همه انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب<sup>۱</sup> می‌شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید غیرعادی و مشکل‌ساز است (مام شریفی و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات و بررسی‌ها نشان می‌دهند که اضطراب در طبقات کم‌درآمد و افراد میان‌سال و سال‌خورده نسبت به بقیه افراد بیشتر دیده می‌شود (تیمورای و همکاران، ۲۰۱۹). برای اضطراب علت‌های متفاوتی بیان شده است که مهم‌ترین علت‌های اضطراب را ۴ نوع عوامل زیست‌شناختی و جسمانی: در افراد مضطرب، میزان بعضی از هورمون‌های موجود در خون غیرعادی است؛ بنابراین هر آنچه که باعث اختلال در سیستم هورمونی شود، برای بدن خطر محسوب می‌شود. بارداری، کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، پایین بودن قند خون، وجود غده‌ای در غدد فوق‌کلیوی غده آدرنال که هورمون اپی‌نفرین تولید می‌کند و بی‌نظمی ضربان‌های قلب از این عوامل هستند (شاهواروقی فراهانی و همکاران، ۱۳۹۹). عوامل محیطی و اجتماعی: عوامل اجتماعی و ارتباطی بسیاری باعث به‌وجود آمدن اضطراب در افراد می‌شود، مانند مشکلات خانوادگی، احساس جدایی و طردشدگی و از عوامل محیطی می‌توان تغییرات ناگهانی و غیرمنتظره همچون زلزله، بیماری، مرگ یکی از نزدیکان را نام برد (برنستن و همکاران، ۲۰۱۹). عوامل ژنتیکی و ارثی: یکی از مهم‌ترین عوامل اضطراب، ژنتیک است و احتمال اضطراب در فرزندان افراد مضطرب بسیار بالا است (فاسیندر و آرنتر، ۲۰۱۹). البته الگو قرار دادن رفتار پدر و مادر و یادگیری و تکرار کارهای آنان نقش مهمی در اضطراب فرزندان دارد (عامل اجتماعی)، ولی تحقیقات و بررسی‌های انجام‌شده بر روی حیوانات و دوقلوهایی که با هم یا جدا از هم زندگی می‌کنند و از والدین مضطرب به دنیا آمده‌اند، نشان می‌دهند که عوامل ژنتیکی نیز بسیار مؤثرند (توما و ماسر، ۲۰۱۹). اضطراب مرضی: در ابتدا فروید اضطراب را واکنشی به تراکم تنش‌های غریزی در نظر گرفت. در این منظر اضطراب گرایش سیستم عصبی به کاهش، یا حداقل ثابت نگاه داشتن کمیت هیجان غرایز متراکم شده است. نظریه اول فروید در خصوص اضطراب بر مبنای مفهوم‌سازی کاهش-تنش در انگیزش استوار است که در آن انگیزه در جهت کاهش یا تخلیه تنش‌های غریزی عمل می‌کند و اضطراب محصول این تنش است. فروید، بعدها در خصوص

ارتباط مستقیم بین اضطراب و تنش متراکم حاصل از غرایز ارضا نشده تردید کرد. وی با انتشار بازداری، نشانه مرضی و اضطراب، مفهوم‌سازی جدید خود را را به میان آورد. بر این اساس، اضطراب علامت خطری به من در خصوص احتمال قریب‌الوقوع یک ضربه تجربه آسیب‌زا است. ضربه، بر اساس نظر فروید، جدایی از موضوع عشق یا عشق موضوع است (برنستن و همکاران، ۲۰۱۹).

بعضی از موارد اضطراب اصولاً بیماری نیستند و بدون نیاز به پزشک می‌تواند درمان شود. به این موارد، اضطراب طبیعی می‌گویند که طی آن اضطراب به خوبی توسط بیمار کنترل و برطرف می‌شود (مثل اضطراب ناشی از امتحان). اضطراب طبیعی می‌تواند با روش‌هایی از قبیل تنفس عمیق، صحبت کردن با شخصی مورد اعتماد، استراحت در یک اتاق تاریک تحت کنترل درآید (تیلور و همکاران، ۲۰۱۷). مراجعه به پزشک زمانی ضروری می‌شود که خود درمانی فرد جواب ندهد، یا فرد دچار هراس بیش از حد یا علائمی جدید و غیرقابل توجه شود. در آن صورت پزشک درمان دارویی یا درمان غیر دارویی (روش‌های کلاسیک) را به او پیشنهاد می‌کند (تیمورای و همکاران، ۲۰۱۹). برای درمان اضطراب روش‌های مختلفی مانند دارودرمانی به کار برده می‌شود. یکی از مهم‌ترین روش‌هایی که برای درمان اضطراب مورد توجه قرار گرفته، طرحواره درمانی<sup>۲</sup> است.

طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می‌شود. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره‌ها، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می‌کنند (برنستن و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان‌درمانی این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۳). می‌توان گفت طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده‌است، مانند درمان شناختی-رفتاری، روان

<sup>۱</sup>. Anxiety

<sup>۲</sup>. Schema therapy

تحلیلی روابط شیء، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی (فاسیندر و آرنتر، ۲۰۱۹).

یانگ ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و ساز و کارهای مقابله ناسازگار را به گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد معرفی کرده است که این طرحواره‌ها را در ۵ حوزه اصلی بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، جهت‌مندی و گوش به زنگی و بازداري قرار داده‌اند (تیلور و همکاران، ۲۰۱۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تأثیر در کنش‌وری رابطه می‌شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به ویژه رابطه زناشویی به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آن‌ها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها نادرست باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). افراد دارای اضطراب طرحواره‌هایی دارند که این طرحواره‌ها آماج مناسبی برای رویکرد طرحواره درمانی تلقی می‌شوند. در تحقیقی دیگری که بر روی باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب انجام شد، نتایج نشان داد که طرحواره بیماران اضطرابی نسبت به سایر بیماران غیر روانشناختی متفاوت است. در واقع نتایج نشان داد این گروه به نسبت سایر افراد در بیشتر زیر مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره یانگ امتیاز بالاتری کسب کرده‌اند (لاهی، ۲۰۱۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر روی متغیرهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از این متغیرها کمال گرایی است.

سازه کمال گرایی<sup>۱</sup> در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و تعاریف متعددی از آن شده است (لیمبر و همکاران، ۲۰۱۷). کمال گرایی تمایل در جهت بی‌نقص بودن است و کمال‌گراهای افراطی مردمی هستند که می‌خواهند در همه جنبه‌های زندگی شان بی‌عیب باشند (استوبر، ۲۰۱۸). در تعاریف بالینی، کمال گرایی به عنوان گرایش افراطی فرد در توجه به شکست‌ها و خودانتقال‌گری بیش از حد در نتیجه انتظارات غیرمعقول و توجه ناکارآمد نسبت به عملکرد تعریف می‌شود (شافر و کیپ، ۲۰۱۰). به دنبال تعاریف متعددی که کمال گرایی را خصیصه تک بعدی و ناکارآمد در نظر می‌گرفتند، نخستین بار هماچک (۱۹۷۸) در تعریف خود دو بعد را برای کمال گرایی مطرح کرد. کمال گرایی بهنجار که استانداردهای واقعی

برای خود در نظر گرفته و از کار کردن خود لذت می‌برد و کمال گرایی عصبی (نوروتیک) که خواسته‌های سطح بالا و عمدتاً دست نیافتنی برای خود تعریف نموده و از تلاش خود رضایت ندارد. کمال گرایی مثبت به آن دسته از شناخت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که هدف آن کسب موفقیت و پیشرفت سطح بالا به منظور رسیدن به پیامدهای مثبت است و کمال گرایی منفی به شناخت‌ها و رفتارهایی گفته می‌شود که هدفش کسب موفقیت و پیشرفت‌های سطح بالا به منظور اجتناب از پیامدهای منفی است. در حالی که کمال گرایی منفی ممکن است از تاریخچه غیاب کامل تقویت یا شرطی کردن کامل تقویت به عملکرد درست نشأت بگیرد (کارن و هیل، ۲۰۱۹). کمال‌گراهای مثبت پاداش‌هایی نظیر تأیید، موفقیت شخصی و عزت نفس بالا به دست می‌آورند و واقع‌بینانه معیارهای خود را انتخاب می‌کنند در مقابل کمال‌گراهای منفی به دنبال اجتناب یا فرار از شکست‌های شخصی بوده و در فعالیت‌هایی درگیر می‌شوند که در نهایت ضعیف شدن دستیابی به اهداف و استانداردها را باعث می‌شود، مانند اهمال کاری در انجام کارها (استوبر، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد افراد دارای اضطراب بیشتر از کمال گرایی منفی رنج می‌برند.

یکی دیگر از متغیرهایی که با تحت تأثیر طرحواره درمانی است، مسئولیت‌پذیری<sup>۲</sup> است. مسئولیت‌پذیری از مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی انسان است که زمینه‌ساز بسیاری از موفقیت‌های فرد در زندگی است. احساس مسئولیت یک امر ذاتی نیست، بلکه این ویژگی در متن خانواده و روابط اجتماعی و تعاملات فرد با دیگران دارد، امکان رشد می‌یابد (مک‌لود، ۲۰۱۸). در واقع مسئولیت‌پذیری یک انتخاب آگاهانه و بدون اجبار در تعیین رفتار خود و چگونگی رفتار با دیگران در مناسبات اجتماعی است (اسکارتی و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع مسئولیت‌پذیری یک الزام و تعهد درونی از سوی فرد برای انجام مطلوب فعالیت‌هایی که بر عهده‌اش گذاشته شده است، می‌باشد و از درون فرد سرچشمه می‌گیرد (هاریس و اورث، ۲۰۱۹). انسان‌های مسئولیت‌پذیر همواره در پی کسب موفقیت‌های ارزنده‌تر، درآمد بیشتر، انجام کارهای مهم‌تر و احراز موقعیت‌های اجتماعی بالاتر هستند. این افراد اگر در کاری شکست بخورند یا در زندگی زناشویی دچار اشتباهی شوند به جای تکیه بر اسنادهای بیرونی در صدد اصلاح آن بر می‌آیند (اوانس، ۲۰۱۶). مسئولیت‌پذیری یعنی قابلیت پذیرش،

<sup>2</sup>. Responsibility

<sup>1</sup>. perfectionism

پاسخگویی یا به عهده گرفتن کاری که از کسی درخواست می‌شود. شخص حق دارد که آن را بپذیرد یا رد کند. مسئولیت‌پذیری در روند صحیح رشد انسان‌ها پدید می‌آید (میکائیلی منبع، ۱۳۸۹). مسئولیت‌پذیری یک تعهد و الزام درونی از سوی افراد برای انجام مطلوب کلیه فعالیت‌هایی می‌باشد که بر عهده وی گذاشته می‌شود. انسان‌ها صرفاً با مسئول بودن می‌توانند به زندگی پاسخ دهند. مواجهه شدن با حس مسئولیت در نتیجه شکل‌گیری هویت اساسی در انسان‌ها پدید می‌آید و ما با اقدامات خود سعی داریم به این هویت معنا دهیم (لبوویتز و همکاران، ۲۰۱۴).

عزت‌نفس<sup>۱</sup> یکی دیگر از متغیرهایی است که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و تحت تأثیر طرحواره درمانی قرار دارد. عزت‌نفس از جمله سازه‌های روانشناختی است که دارای معنای دقیق و روشنی که مورد توافق همه روانشناسان باشد، نیست. عزت‌نفس به ارزشیابی فرد نسبت به خود اشاره دارد. ویژگی مذکور بیانگر نگرشی از پذیرش، قابلیت، اهمیت، موفقیت و ارزش فردی است که معمولاً افراد آن را حفظ می‌کنند (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷؛ به نقل از میرحیدری و همکاران، ۱۳۸۹). افزون بر آن منظور از عزت‌نفس آن است که افراد نسبت به خود چگونه فکر می‌کنند، چقدر خود را دوست دارند و از عملکرد خود به چه میزان راضی هستند؛ به خصوص، از لحاظ اجتماعی و تحصیلی خود را چگونه احساس کرده و میزان هماهنگی و نزدیکی خود ایده‌آل و خود واقعی آن‌ها چقدر است (آگستود، ۲۰۱۹). بیشتر صاحب‌نظران، برخورداری از عزت‌نفس یا ارزیابی مثبت از خود را عامل مرکزی و اساس سازگاری عاطفی و اجتماعی افراد تلقی می‌کنند (هاریس و اورث، ۲۰۱۹). همچنین عزت‌نفس از عامل‌های تعدیل‌کننده فشار روانی-اجتماعی بوده و بر زمینه‌های روابط خانوادگی، تعامل‌های اجتماعی، موفقیت تحصیلی، تصویر بدنی و احساس خود ارزشمندی کلی مبتنی است و میزان اهمیت این زمینه‌ها با توجه به تفاوت‌های فردی و رشد فرد تغییر می‌کند (آگستود، ۲۰۱۹).

بر اساس مطالعه‌ای که توسط حیدری و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد، نتایج نشان داد حدود ۸۱ درصد از افراد نمونه پژوهش یعنی دانشجویان دختر و پسر اضطراب داشته‌اند که نشان از شیوع اضطراب در نمونه ایرانی است. همچنین مطالعات دیگری در سطح دنیا نشان داده است که حدود ۵۳

درصد از مردم دنیا درگیر اضطراب هستند (کاندولا و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو بررسی اضطراب و روش‌های درمانی آن حائز اهمیت است. یکی از مهم‌ترین روش‌های درمان اضطراب طرحواره درمانی است. این میزان در طرحواره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و بر ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد. در حوزه اختلالات اضطرابی نیز این مسأله توجه متخصصان را به خود جلب کرده است که نقش عوامل زمینه‌ساز در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی را باید مد نظر قرار داد و نادیده انگاری آن‌ها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم‌سازی اختلالات تأثیر بگذارد (حمیدپور، ۱۳۸۸). از این رو پژوهش‌هایی از این دست حائز اهمیت هستند چرا که در سطح اجتماعی این پژوهش و پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند در درمان اضطراب و در ادامه اضطراب اجتماعی مفید واقع شود که این امر باعث بهبود اضطراب افراد و عوامل مرتبط با آن می‌شود. اهمیت دیگر این موضوع از لحاظ اقتصادی است. این موضوع با استفاده از روش‌های ارزان و به صرفه (مداخله طرحواره درمانی) به درمان اضطراب و متعاقباً کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس می‌پردازد. در واقع با استفاده از یک آموزش گروهی می‌توان تعداد زیادی از افراد دچار اضطراب را مورد آموزش طرحواره درمانی قرار داد و مشکل آن‌ها را برطرف نمود. اهمیت دیگر این موضوع از منظر علمی است. این مطالعه می‌تواند به روان‌شناسان، درمانگران، مشاوران حوزه سلامت در جهت حل و درمان اضطراب کمک‌کننده باشد. مسلماً انجام پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند گره‌هایی از مشکلات اضطراب افراد در سطح جامعه بگشاید. با توجه به آنچه در فوق مطرح شد، در سال‌های اخیر روش‌ها و شیوه‌های درمانی مختلفی برای درمان اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به نقشی که طرحواره درمانی می‌تواند بر اضطراب بگذارد و با توجه به تأثیری که این شیوه درمانی می‌تواند بر کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس افراد اضطرابی بگذارد، از این رو سؤال اصلی پژوهش این بوده که آیا درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس اثربخش است؟

<sup>1</sup>. Self-Esteem

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان دارای اضطراب ۲۰ تا ۳۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک حضور نو واقع در شهر تهران بود. از این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از جنسیت مؤنث، رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، تشخیص نشانه‌های اضطراب توسط روان‌شناس به مدت حداقل ۳ ماه، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر و نقض یا تغییر در ملاک‌های ورود بود.

## ب) ابزار

پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی<sup>۱</sup> (PANPS): این مقیاس توسط تری-شورت و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است و یک آزمون ۴۰ سوالی است که ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ ماده دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. پرسش‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۵ کاملاً موافقم تا ۱ کاملاً مخالفم کمال‌گرایی آزمودنی‌ها را در دو زمینه مثبت و منفی نشان می‌دهد. حداقل نمره آزمودنی‌ها در هر یک از مقیاس‌های آزمون ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ خواهد بود. ضریب پایایی این پرسشنامه توسط تدوین‌کنندگان در نسخه اصلی به روش بازآزمایی ۰/۸۶ عنوان کردند. در ایران نیز بشارت (۱۳۸۲) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان بدست آورد. ضرایب بدست آمده برای هر یک از مقیاس‌ها ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۹۱ و ۰/۸۸ برای دانشجویان دختر و ۰/۸۹ و ۰/۸۶ برای دانشجویان پسر بود که نشان دهنده همسانی درونی بالای مقیاس می‌باشد. در پژوهش

حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۶ برآورد شد.

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری<sup>۲</sup> (RQ): این پرسشنامه توسط گاف (۱۹۸۴) طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال بوده که مسئولیت‌پذیری را به عنوان سازه تک عاملی می‌سنجد. گزینه‌ها بر روی یک طیف دو گزینه‌ای (۱=بلی و ۰=خیر) قرار دارند و دامنه نمرات بین ۰ تا ۴۲ قرار دارد. تدوین‌کنندگان در نسخه اصلی پرسشنامه میزان اعتبار ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران مورد رواسازی قرار گرفته و میزان اعتبار ابزار با استفاده از روش کوردر-ریچاردسون ۰/۹۴ گزارش شده است (احمدی و پناه، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و مقدار آن ۰/۸۴ برآورد شد.

پرسشنامه عزت‌نفس (SES)<sup>۳</sup>: مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ برای اندازه‌گیری عزت‌نفس تهیه شده که یکی از پر استفاده‌ترین ابزارها در این زمینه بوده و دارای اعتبار و روایی بالایی است و شامل ۱۰ عبارت است که ۵ عبارت آن به شکل مثبت (گویه‌های شماره ۱ تا ۵) و ۵ عبارت دیگر به صورت منفی (گویه‌های شماره ۶ تا ۱۰) ارائه شده است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به این ترتیب است: سؤالات ۱ الی ۵، کاملاً مخالفم= صفر، مخالفم= ۱، موافقم= ۲ و کاملاً موافقم دارای نمره ۳ می‌باشد. همچنین در سؤالات ۶ الی ۱۰، کاملاً موافقم= صفر، موافقم= یک، مخالفم= ۲ و کاملاً مخالفم دارای نمره ۳ می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در نسخه اصلی آن مورد تایید قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان دختر انجام گرفته بود، ۰/۹۳ بدست آمد و در بررسی پایایی بازآزمایی آزمون ۰/۸۵ بود (زیمرپیچ و همکاران، ۲۰۰۵). در نسخه فارسی این ابزار اکبری بلوطبنگان و رضایی (۱۳۹۳) در پژوهش خود میزان اعتبار این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند و روایی آن را مورد بررسی قرار دادند که نتیجه آن حاکی از مطلوب بودن در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ برآورد شد.

پروتکل طرحواره درمانی: پس از اجرای آزمون‌های پژوهش و معیارهای ورود و برگزاری جلسات توجیهی و جلب رضایت آگاهانه افراد، جلسات

3. Self Steem Scale

1. Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS)

2. Responsibility questionnaire

خط پایه برای آزمودنی‌ها برگزار شدند. پروتکل طرحواره درمانی زیر بر اساس نظریه جفری یانگ (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۴) بوده که در قالب ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه به آزمودنی‌های عرضه شد. محتوای جلسات و تکالیف ارائه شده در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل طرحواره درمانی در قالب ۲۰ جلسه درمانی (یانگ، ۲۰۰۳)

| عنوان جلسه | اهداف جلسه                                                                                  | محتوای جلسه                                                                                                                                                                         | تکالیف ارائه شده                                                                                                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول        | توضیح مدل طرحواره درمانی، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای                    | - معرفی مفاهیم کلیدی طرحواره درمانی به زبان ساده مثال‌هایی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای تشریح چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها در دوران کودکی                        | - آشنایی با مفاهیم کلیدی طرحواره درمانی - شناسایی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای احتمالی خود                                                                                         |
| دوم        | سنجش مشکلات بیمار و جستجو الگوهای ناکارآمد زندگی و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی.            | - مصاحبه بالینی برای درک مشکلات و concerns بیمار - تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی (LPQ) برای ارزیابی طرحواره‌ها - شناسایی الگوهای رفتاری، افکاری و احساسی مرتبط با طرحواره‌ها         | - تکمیل پرسشنامه - LPQ یادداشت برداری از افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با مشکلات                                                                                                   |
| سوم        | فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نامگذاری آن‌ها                                    | - بررسی نتایج پرسشنامه LPQ و مصاحبه - شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه احتمالی - نامگذاری طرحواره‌ها                                                                              | - مرور نتایج LPQ و مصاحبه - شناسایی طرحواره‌های اصلی که به نظر می‌رسد در مشکلات بیمار نقش دارند                                                                                      |
| چهارم      | تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش.                   | - بررسی الگوهای مقابله‌ای بیمار در مواجهه با مشکلات - تشخیص خلق و خوی بیمار - تصویرسازی ذهنی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای                                                         | - شناسایی سبک‌های مقابله‌ای خود - توصیف خلق و خوی خود - تصویرسازی ذهنی از طرحواره‌ها و نحوه عملکرد آنها در زندگی                                                                     |
| پنجم       | مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش. | - گردآوری و سازماندهی اطلاعات جمع‌آوری شده در جلسات قبلی - ایجاد یک مفهوم‌سازی جامع از مشکل بیمار بر اساس رویکرد طرحواره درمانی - تعیین اهداف کلی درمان                             | - مرور مفهوم‌سازی مشکل - شناسایی اهداف کلی که می‌خواهید در درمان به آنها برسید                                                                                                       |
| ششم        | بررسی شواهد عینی تأییدکننده و طردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار.   | - بررسی مثال‌های از زندگی بیمار که نشان‌دهنده وجود یا عدم وجود طرحواره‌های فرض شده است - تقویت یا تضعیف فرضیه‌های طرحواره‌ای                                                        | - جمع‌آوری شواهد از زندگی گذشته و حال که نشان‌دهنده طرحواره‌های شما باشد - ارائه مثال‌هایی از موقعیت‌هایی که در آنها طرحواره‌ها فعال شده‌اند                                         |
| هفتم       | اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد. | - بررسی نقش تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری در شکل‌گیری طرحواره‌ها - شناسایی الگوهای ارتباطی ناسالم در خانواده بیمار - اتصال طرحواره‌ها به تجربیات و روابط دوران کودکی      | - شناسایی تجارب دوران کودکی که ممکن است در شکل‌گیری طرحواره‌های شما نقش داشته باشند - بررسی اینکه چگونه شیوه‌های فرزندپروری والدین شما ممکن است بر طرحواره‌های شما تأثیر گذاشته باشد |
| هشتم       | گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار.                 | - معرفی تکنیک "گفتگوی بین دو بخش" - "ایجاد فضایی برای گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم بیمار - تقویت جنبه سالم برای به چالش کشیدن و غلبه بر جنبه طرحواره                          | - تمرین گفتگوی بین دو بخش با یک طرحواره خاص - شناسایی پیام‌هایی که جنبه طرحواره به شما می‌دهد - پاسخ به پیام‌های جنبه طرحواره از دیدگاه جنبه سالم                                    |
| نهم        | تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره.           | - آموزش نحوه شناسایی و مقابله با طرحواره‌های فعال شده - تهیه کارت‌های آموزشی برای هر یک از طرحواره‌های اصلی بیمار - شامل اطلاعاتی در مورد علائم، باورها و پیامدهای هر طرحواره       | - تکمیل کارت‌های آموزشی طرحواره برای طرحواره‌های خودتان - شناسایی محرک‌هایی که طرحواره‌های شما را فعال می‌کنند                                                                       |
| دهم        | نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره.                      | - آموزش بیمار برای ثبت موارد زیر در فرم ثبت طرحواره: - موقعیتی که طرحواره فعال شده است - افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با طرحواره - شدت فعال شدن طرحواره - نحوه مقابله با طرحواره | - تکمیل فرم ثبت طرحواره برای یک هفته - شناسایی موقعیت‌هایی که در آنها طرحواره‌های شما فعال می‌شوند - تجزیه و تحلیل نحوه واکنش خود به فعال شدن طرحواره‌ها                             |
| یازدهم     | ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی.                                 | - معرفی تکنیک‌های تجربی مانند صندلی داغ و نقش‌آفرینی - توضیح نحوه استفاده از این تکنیک‌ها برای بررسی و تغییر طرحواره‌ها - انجام گفتگوی خیالی با یک شخصیت کلیدی از دوران کودکی       | - مطالعه بیشتر در مورد تکنیک‌های تجربی - انتخاب یک طرحواره برای کار با استفاده از تکنیک‌های تجربی                                                                                    |

| عنوان جلسه | اهداف جلسه                                                                                            | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                              | تکالیف ارائه شده                                                                                                                                                                                               |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| دوازدهم    | تقویت ذهنیت بزرگسال سالم بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگیدن علیه طر حواره ها.          | -آموزش بیمار برای شناسایی و برآورده کردن نیازهای هیجانی خود -تقویت "ذهنیت بزرگسال سالم" در بیمار -ایجاد برنامه ای برای برآورده کردن نیازهای هیجانی ارضا نشده                                             | -لیست کردن نیازهای هیجانی خودتان -شناسایی راه هایی برای برآورده کردن این نیازها به روشی سالم -تمرین ذهنیت بزرگسال سالم در موقعیت های چالش برانگیز                                                              |
| سیزدهم     | ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده اش توسط آن ها.      | -کمک به بیمار برای شناسایی و بیان احساسات خود نسبت به والدینش -بررسی نیازهای برآورده نشده بیمار در دوران کودکی -شروع کار بر روی بخشش والدین                                                              | -نوشتن نامه ای به یکی از والدین خود در مورد احساسات و نیازهای برآورده نشده خودتان -شناسایی احساسات خشم، غم و ترس نسبت به والدینتان                                                                             |
| چهاردهم    | کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیبزا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.   | -استفاده از تکنیک های تخلیه هیجانی برای کمک به بیمار در پردازش و رهاسازی عواطف مربوط به یک تجربه آسیبزا - فراهم کردن فضای امن و حمایتی برای بیمار -آموزش مهارت های مقابله ای برای مدیریت احساسات دشوار   | -نوشتن در مورد تجربه آسیب زای خودتان -صحبت کردن در مورد تجربه آسیبزا با یک درمانگر یا دوست مورد اعتماد -تمرین تکنیک های آرامش بخش مانند تنفس عمیق یا مدیتیشن                                                   |
| پانزدهم    | پیدا کردن راه های جدیدی برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی. | -آموزش بیمار برای برقراری ارتباط موثرتر با دیگران -کمک به بیمار برای جایگزینی سبک های مقابله ای ناسالم با الگوهای سالم تر -تمرین مهارت های جدید در موقعیت های واقعی                                      | -شناسایی الگوهای ارتباطی ناسالم خودتان -تمرین ابراز وجود و قاطعیت در موقعیت های مختلف -آزمایش روش های جدید مقابله با استرس و اضطراب                                                                            |
| شانزدهم    | تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل ساز و تعیین اولویت های تغییر و مشخص نمودن آماج های درمانی.          | -کمک به بیمار برای شناسایی رفتارهای مشکل ساز مرتبط با طر حواره هایش -اولویت بندی رفتارهایی که باید تغییر کنند - ایجاد اهداف درمانی (SMART) خاص، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، مرتبط و دارای زمان بندی) | -لیست کردن تمام رفتارهای مشکل ساز خودتان -شناسایی طر حواره هایی که در پس هر رفتار مشکل ساز قرار دارند - انتخاب ۲ تا ۳ هدف درمانی برای تمرکز در جلسات آینده                                                     |
| هفدهم      | تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین رفتار.                                | -آموزش بیمار برای استفاده از تصویرسازی ذهنی برای تمرین رویارویی با موقعیت های چالش برانگیز -کمک به بیمار برای رویارویی با مشکل سازترین رفتار خود در یک محیط امن                                          | -تمرین تصویرسازی ذهنی از خودتان در حال مقابله با یک موقعیت دشوار -شناسایی موانعی که ممکن است در حین رویارویی با رفتار مشکل ساز با آنها مواجه شوید -برنامه ریزی برای نحوه غلبه بر این موانع                     |
| هیجدهم     | تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید.                    | -آموزش بیمار برای تمرین رفتارهای جدید از طریق ایفای نقش - ارائه تکالیف برای کمک به بیمار در تعمیم الگوهای رفتاری جدید به زندگی واقعی                                                                     | -تمرین ایفای نقش یک موقعیت چالش برانگیز و استفاده از رفتارهای جدید -انجام تکالیفی که به شما کمک می کند تا در زندگی روزمره الگوهای رفتاری جدید را تمرین کنید - نظارت بر پیشرفت خود و ایجاد تغییرات در صورت نیاز |
| نوزدهم     | بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم.                                                         | -کمک به بیمار برای شناسایی مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم -تشویق بیمار به انتخاب رفتارهای سالم تر -تقویت تعهد بیمار به تغییر                                                                       | -ایجاد لیستی از مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم خودتان -شناسایی موقعیت هایی که در آنها تمایل به انتخاب رفتارهای ناسالم دارید -برنامه ریزی برای نحوه انتخاب رفتارهای سالم در این موقعیت ها                 |
| بیستم      | غلبه بر موانع تغییر رفتار.                                                                            | -کمک به بیمار برای شناسایی و غلبه بر موانع تغییر رفتار -ارائه آموزش و منابع برای حمایت از بیمار در مسیر حفظ تغییرات                                                                                      | -شناسایی موانعی که ممکن است با آنها در حین تلاش برای تغییر رفتار خود مواجه شوید -برنامه ریزی برای نحوه غلبه بر این موانع -جستجوی حمایت از دوستان، خانواده یا یک گروه درمانی                                    |

MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کلیه تحلیل های آماری با کمک نرم افزار SPSS<sup>v19</sup> تحلیل شد.

### یافته ها

در این پژوهش ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) شرکت داشته اند. همه افراد شرکت کننده زن بوده که دارای اضطراب بوده اند. دامنه

برای برای توصیف اطلاعات پژوهش از ویژگی های جمعیت شناختی و شاخص های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره)، برای آزمودن مفروضه نزدیک بودن توزیع داده ها به توزیع نرمال از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، شاخص های کجی و کشیدگی استفاده شد. همچنین فرضیه ها از طریق آزمون کوواریانس (ANCOVA و

سنی کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش ۲۲ تا ۳۰ سال بود. میانگین سنی کل اعضای نمونه ۲۵/۸۰ و انحراف استاندارد آن ۲/۰۷ می باشد. در

ادامه به یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش پرداخته می شود.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها         | گروه   | پیش آزمون<br>(انحراف معیار $\pm$ میانگین) | پس آزمون<br>(انحراف معیار $\pm$ میانگین) | جولگی | کشیدگی |
|-----------------|--------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------|--------|
| کمال گرایی منفی | گواه   | ۶۱/۰۷ $\pm$ ۱۱/۹۷                         | ۶۰/۵۳ $\pm$ ۱۹/۸۲                        | ۰/۹۶۲ | ۰/۷۲۸  |
|                 | آزمایش | ۶۰/۶۷ $\pm$ ۱۱/۱۸                         | ۴۲/۳۳ $\pm$ ۱۱/۸۸                        | ۰/۹۷۱ | ۰/۸۶۹  |
| کمال گرایی مثبت | گواه   | ۵۹/۷۳ $\pm$ ۱۶/۸۶                         | ۵۹/۶۷ $\pm$ ۱۱/۳۰                        | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۴۱  |
|                 | آزمایش | ۵۹/۶۰ $\pm$ ۱۱/۴۰                         | ۴۴/۳۳ $\pm$ ۱۹/۸۳                        | ۰/۹۶۹ | ۰/۸۴۰  |
| مسئولیت پذیری   | گواه   | ۱۶/۸۰ $\pm$ ۶/۶۰                          | ۱۵/۶۷ $\pm$ ۷/۵۸                         | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۴۱  |
|                 | آزمایش | ۱۶/۳۳ $\pm$ ۶/۶۷                          | ۲۴/۴۰ $\pm$ ۹/۱۲                         | ۰/۹۶۹ | ۰/۸۴۰  |
| عزت نفس         | گواه   | ۱۳/۶۰ $\pm$ ۵/۸۶                          | ۱۳/۷۳ $\pm$ ۵/۵۲                         | ۰/۹۷۱ | ۰/۸۶۹  |
|                 | آزمایش | ۱۲/۵۳ $\pm$ ۷/۳۸                          | ۱۹/۹۳ $\pm$ ۳/۵۹                         | ۰/۹۶۹ | ۰/۸۴۰  |

برای توصیف داده ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها ارائه شده است. همه متغیرها از میانگین و انحراف استاندارد مناسبی برخوردار بودند. قبل از انجام تحلیل های مربوطه، وضعیت کلی داده ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Plot Box) بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی در متغیرها وجود ندارد. برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد؛ تمامی متغیرهای پژوهش در دو گروه و در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون دارای داده های نرمال بودند. لذا مفروضه نرمال بودن داده ها برقرار بوده است. مفروضه دیگر

آزمون کوواریانس همگنی شیب رگرسیون نمرات پیش آزمون و پس آزمون است که فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می شود و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود. برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ( $P=0/02$ ،  $F=3/402$ ،  $M=1/306$  باکس). علاوه بر آن به منظور بررسی واریانس های خطا از آزمون لون استفاده شده است. پیش شرط برابری واریانس های خطا و مفروضه واریانس - کوواریانس در مؤلفه های کمال گرایی برقرار بود، بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات دو گروه داشت ( $P=0/023$ ،  $F=4/429$ ،  $F=0/738$  = لاندای ویلکز).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای کمال گرایی، عزت نفس و مسئولیت پذیری

| متغیر      | اثرات              | ارزش  | F     | df فرضیه | df خطا | معنی داری |
|------------|--------------------|-------|-------|----------|--------|-----------|
| کمال گرایی | اثر پیلایی         | ۰/۲۶۲ | ۴/۴۲۹ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۲۳     |
|            | اثر لاندای ویلکز   | ۰/۷۳۸ | ۴/۴۲۹ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۲۳     |
|            | اثر هتلینگ         | ۰/۳۵۴ | ۴/۴۲۹ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۲۳     |
|            | بزرگ ترین ریشه روی | ۰/۳۵۴ | ۴/۴۲۹ | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۲۳     |

نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه طر حواره درمانی و گروه کنترل در مؤلفه های کمال گرایی تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مشخص

شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه گروهی مولفه‌های کمال گرایی

| شاخص آماری<br>منابع | مجموع مجزورات | df | میانگین مجزورات | F     | معنی داری | مجزور اتا | توان آزمون |
|---------------------|---------------|----|-----------------|-------|-----------|-----------|------------|
| کمال گرایی مثبت     | ۱۷۵۶/۳۴۱      | ۱  | ۱۷۵۶/۳۴۱        | ۶/۲۷۵ | ۰/۰۱۹     | ۰/۱۹۴     | ۰/۶۷۴      |
| کمال گرایی منفی     | ۲۵۱۳/۴۲۷      | ۱  | ۲۵۱۳/۴۲۷        | ۹/۱۳۶ | ۰/۰۰۶     | ۰/۲۶۰     | ۰/۸۲۹      |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در هر دو مؤلفه کمال گرایی مثبت و منفی بین دو گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده شده است. با مشاهده جدول ۲ و یافته‌های توصیفی می‌توان گفت، نمرات افراد در پس آزمون کمال گرایی مثبت و منفی کاهش یافته است. بنابراین می‌توان اذعان نمود که آموزش طرحواره درمانی باعث کاهش کمال گرایی افراد دارای اضطراب شد و لذا این فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی تأثیر

دارد، مورد تأیید قرار گرفته است. در ادامه به بررسی اثربخشی درمان بر مسئولیت پذیری و عزت نفس مشارکت کنندگان پرداخته شده است. پیش از تحلیل کواریانس تک متغیری نسبت به بررسی نرمال بودن متغیرها، همگنی شیب رگرسیون، ارتباط خطی و برابری واریانس‌های نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای مورد نظر اقدام شد و نتایج حاکی از برقراری تمام مفروضات بود.

جدول ۵. نتایج آزمون کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروهی در متغیر مسئولیت پذیری و عزت نفس

| متغیر         | شاخص آماری<br>منابع | مجموع مجزورات | df | میانگین مجزورات | F      | sig   | مجزور اتا | توان آزمون |
|---------------|---------------------|---------------|----|-----------------|--------|-------|-----------|------------|
| مسئولیت پذیری | پیش آزمون           | ۰/۸۳۰         | ۱  | ۰/۸۳۰           | ۰/۰۱۱  | ۰/۹۱۶ | ۰/۰۰۰     | ۰/۰۵۱      |
|               | گروه                | ۵۶۹/۶۹۵       | ۱  | ۵۶۹/۶۹۵         | ۷/۸۰۸  | ۰/۰۰۹ | ۰/۲۲۴     | ۰/۷۶۸      |
|               | خطا                 | ۱۹۷۰/۱۰۳      | ۲۷ | ۷۲/۹۶۷          | ---    | ---   | ---       | ---        |
| عزت نفس       | پیش آزمون           | ۱۲/۵۵۴        | ۱  | ۱۲/۵۵۴          | ۰/۵۶۹  | ۰/۴۵۷ | ۰/۰۲۱     | ۰/۱۱۳      |
|               | گروه                | ۲۹۶/۳۲۰       | ۱  | ۲۹۶/۳۲۰         | ۱۳/۴۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۲     | ۰/۹۴۲      |
|               | خطا                 | ۵۹۵/۳۱۳       | ۲۷ | ۲۲/۰۴۹          | ---    | ---   | ---       | ---        |

با توجه به مقدار آماره آزمون کوواریانس (۰/۰۱۱) با درجه آزادی (۱) و سطح معنی داری (۰/۹۱۶) و مقایسه با آلفای ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود؛ فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر مسئولیت پذیری تأثیر دارد، پذیرفته می‌شود. به این معنا که این آموزش توانسته تأثیری بر مسئولیت پذیری داشته باشد و از لحاظ آماری این آموزش برای متغیر مسئولیت پذیری معنی دار است. لذا با مشاهده یافته‌های توصیفی می‌توان گفت میزان مسئولیت پذیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پس از دریافت آموزش طرحواره درمانی افزایش یافته است.

با توجه به مقدار آماره آزمون کوواریانس (۰/۵۶۹) با درجه آزادی (۱) و سطح معنی داری (۰/۴۵۷) و مقایسه با آلفای ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود؛ فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر عزت نفس تأثیر دارد، پذیرفته می‌شود. به این معنا که این آموزش توانسته

تأثیری بر عزت نفس داشته باشد و از لحاظ آماری این آموزش برای متغیر عزت نفس معنی دار است. لذا با مشاهده یافته‌های توصیفی می‌توان گفت میزان عزت نفس گروه آزمایش نسبت به گروه گواه پس از دریافت آموزش طرحواره درمانی افزایش یافته است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی، مسئولیت پذیری و عزت نفس زنان انجام شد. یکی از یافته‌های این مطالعه این بود که طرحواره درمانی باعث کاهش کمال گرایی در زنان مبتلا به اضطراب می‌شود. به این معنی که یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در نمرات پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. نمرات کمال گرایی افراد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون در مقایسه با

بود از طریق طرحواره‌درمانی ارتقاء یافت، در نتیجه کمال‌گرایی کاهش یافت. افرادی که دچار کمال‌گرایی هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب‌رسانی هستند که در برابر تغییر و اصلاح مقاومت می‌کنند. این افراد از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و افکار هسته‌ای خود ناامید هستند و اصرار دارند که این شناخت‌ها و رفتارها جزء جدایی‌ناپذیر زندگی‌شان است و در نتیجه نمی‌توانند تغییر کنند. به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت‌واره‌ها و طرحواره‌ها را که مقاومترین مشکلات بالینی هستند به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند. از آنجایی که بیشتر مشکلات بالینی دارای تاریخچه تحولی هستند و در مراحل تحول در ذهن فرد رسوخ می‌کنند، تغییر در صورتی ممکن می‌شود که به صورت هدف قرار دادن ریشه‌های تحولی آسیب انجام شود. بنابراین چون طرحواره‌درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد، می‌تواند در درمان کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب موفقیت بالایی داشته باشد.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه آن بود که طرحواره‌درمانی باعث ارتقای مسئولیت‌پذیری در زنان مبتلا به اضطراب می‌شود. یافته‌ها حاکی از تفاوت معنی‌دار در متغیر مسئولیت‌پذیری بین دو گروه آزمایش و گواه بود. به این معنی که نمرات مسئولیت‌پذیری افراد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های سهرابی و همکاران (۱۳۹۹) که بیانگر افزایش نمرات مسئولیت‌پذیری مشارکت‌کنندگان پس از شرکت در جلسات طرحواره‌درمانی بود همراستا است؛ همچنین یافته‌های این مطالعه با پژوهش مالیویر و همکاران (۲۰۱۹) نیز که حاکی از بهبود وضعیت مشارکت‌کنندگان در طرحواره‌درمانی از نظر برخورداری از حس مسئولیت‌پذیری است همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مسئولیت‌پذیری به عنوان یک ویژگی شخصیتی زمینه‌ساز بسیاری از موفقیت‌های فرد در زندگی است. به این معنی که مسئولیت‌پذیری یک انتخاب آگاهانه و بدون اجبار در تعیین رفتار خود و چگونگی رفتار با دیگران است (مک‌لد، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی متعدد بیانگر این است که رفتارهای مسئولانه در روابط بین‌فردی موجب انعطاف‌پذیری و سازگاری فرد و رفتارهای غیرمسئولانه موجبات رفتارهای آسیب‌گرانه مانند اضطراب می‌شود (وگنلین، ۲۰۱۶). همانگونه که از تعریف مسئولیت‌پذیری نیز مشخص است، در مسئولیت‌پذیری فرد به نوعی

گروه گواه کاهش یافته است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های سهرابی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخش بودن طرحواره‌درمانی بر میزان کمال‌گرایی افراد؛ و مطالعه بون و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر کاهش میزان کمال‌گرایی آزمودنی‌ها و در نهایت با یافته‌های مطالعه مالیویر و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر کاهش نمرات کمال‌گرایی در نتیجه شرکت در جلسات طرحواره‌درمانی همسو بود. بر اساس شواهد پژوهشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه باعث افزایش کمال‌گرایی در فرد می‌گردد. طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرح بین‌فردی ناسازگار دانستند که به تجربیات عاطفی مشکل‌ساز کمک می‌کند در نتیجه طرحواره ناسازگار زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد در نتیجه طرحواره‌درمانی می‌تواند به کاهش کمال‌گرایی کمک کند (مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در ایجاد و تداوم کمال‌گرایی دخالت دارند. بنابراین شناسایی و تغییر آن‌ها باعث بهبود این مشکل می‌گردد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین برخی از پژوهشگران نشان دادند که از لحاظ نظری بین طرحواره‌های کمال‌گرایی، بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی، خود تحول‌نیافته، نقص و محرومیت هیجانی رابطه وجود دارد. بنابراین شناخت و تغییر این طرحواره‌ها تلویحات بالینی مهمی به همراه دارد. در واقع با هدف قرار دادن این طرحواره‌ها از طریق مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌توان موجب تغییر و اصلاح آن‌ها شد. افراد کمال‌گرا و مبتلا به اضطراب، به دلیل داشتن علائمی مانند یاس، ناامیدی، کندی روانی حرکتی، انگیزش کافی برای مشارکت در درمان ندارند. در درمان متمرکز بر طرحواره، درمانگر در فرایند درمان با بیمار مشارکت همدلانه (همکاری دو جانبه) دارد، بنابراین باعث می‌شود بیمار انگیزش لازم برای یادگیری راهبردهای تغییر را کسب نماید (بون و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین همسو با نتایج این پژوهش سهرابی و همکاران (۱۳۹۹) به این نتایج دست یافته‌اند که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه باعث ناراحتی‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شوند و با اصلاح این طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، این ناراحتی‌ها کاهش می‌یابند. افزون بر آن نتایج پژوهش حاضر با پژوهش هویت و همکاران (۲۰۱۷) که نشان دادند طرحواره‌درمانی بر کاهش رفتارهای کمال‌گرایانه تأثیر دارد، همخوان است. در پژوهش فوق عزت‌نفس افراد کمال‌گرا که به دلیل نیاز به تشویق و تأیید و ترس از طرد خدشه‌دار شده

توانایی پاسخ دادن مؤثر و تصمیم‌گیری‌های مناسب در شرایط و موقعیت‌های مختلف دارد. منظور از تصمیم‌گیری‌های مناسب آن است که فرد در چهارچوب هنجارهای اجتماعی و انتظاراتی که معمولاً از او می‌رود، دست به انتخابی بزند که باعث ایجاد روابط انسانی مثبت افزایش ایمنی، موفقیت و آسایش خاطر وی شود (بلوفیلد و مورای، ۲۰۱۴). انسان مسؤول، خود را موظف به انجام دادن کارها و مسئولیت‌هایش می‌داند و از زیر مسائل شانه خالی نمی‌کند و کار امروز را به فردا نمی‌افکند. در انجام وظایف خود به نحو احسن عمل می‌کند. انسان مسؤول به آسایش دیگران می‌اندیشد، دیگرانی که از والدین، همسر، خانواده و ... شروع و به جامعه و سپس تمام مردم دنیا ختم می‌شود (لیند و رنه‌بوگ، ۲۰۱۷). بر اساس نتایج این پژوهش زنان دارای اضطراب از رفتارهای مسئولانه پایینی برخوردار بودند و از این رو این زنان با توجه به میزان اضطرابی که دارند رفتارهای مسئولانه از خود نشان نمی‌دهند و آشفتگی‌های فکری در این رابطه دارند. در واقع آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد، از ویژگی‌های اختلال اضطرابی هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به رسمیت شناخته شده و گسترش یافته‌اند. بنابراین به گفته پژوهشگران از جمله سازه‌های مهم و جدیدی که به بررسی سبک پردازش شناختی و نحوه اثرگذاری آن بر پردازش هیجانی اضطراب در انسان می‌پردازد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (ثا و همکاران، ۲۰۱۰). به اعتقاد پژوهشگران طرحواره درمانی باعث کاهش نشانگان افسردگی می‌شود و تأکید می‌کنند که در درمان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب باید بر طرحواره‌ها متمرکز شد (کلوگ و یانگ، ۲۰۰۶). همسو با این تحقیق، نتایج پژوهشی نشان داد طرحواره‌درمانی باعث بهبود نشانگان اختلالات خلقی و اضطرابی شده است (ثا و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین برخی دیگر از پژوهشگران با تکیه بر داده‌های بالینی تأکید کردند، در درمان مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطرابی با استفاده از طرحواره درمانی می‌توان به تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی پرداخت که مهمترین قدم در درمان این افراد است (تیتو و همکاران، ۲۰۱۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرحواره را به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند در نظر می‌گیرند و تأکید تکنیک‌های طرحواره‌درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود،

آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها و در نتیجه کنترل اضطراب مهیا سازد، که این امر خود موجب ارتقای مسئولیت‌پذیری در افراد می‌شود.

دیگر یافته پژوهش حاضر این بود که طرحواره‌درمانی باعث افزایش عزت‌نفس در زنان مبتلا به اضطراب می‌شود. یافته‌ها حاکی از تفاوت معنی‌دار در متغیر عزت‌نفس بین دو گروه آزمایش و کنترل بود. به این معنی که نمرات عزت‌نفس افراد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های خدابنده‌لو و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر اضطراب بر عملکرد و عزت‌نفس زنان و کنترل آن با شیوه‌های درمانی مانند طرحواره درمانی و مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۲۰) که بیانگر بهبود وضعیت عزت‌نفس زنان بود همخوان است. بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین، افراد دارای اضطراب از عزت‌نفس پایینی برخوردارند. بدین معنی که شواهد حاکی از آن بود که افراد دارای اضطراب، عزت‌نفس پایینی گزارش کرده‌اند. می‌توان گفت، اضطراب سلامت روانی افراد را تهدید می‌کند و بر کارآمدی و عزت‌نفس زنان تأثیر می‌گذارد و به عنوان یکی از پدیده‌های فراگیر و مشکل‌ساز در بین زنان، می‌تواند در عملکرد بهینه افراد اثر منفی بگذارد (خدابنده‌لو و همکاران، ۱۳۹۷). از آنجایی که بین تصور افراد از توانایی‌های خود و عزت‌نفس آنان نیز ارتباط متقابلی وجود دارد، بنابراین هرگاه فرد ارزشیابی مثبتی از عملکرد خود داشته باشد، اضطراب وی کاهش و عزت‌نفس او افزایش می‌یابد، در حالی که ارزیابی منفی از عملکرد سبب افزایش اضطراب و کاهش عزت‌نفس می‌گردد (امانی و بهزادی، ۱۳۹۱). از سویی طرحواره به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند در نظر می‌گیرند و تأکید تکنیک‌های طرحواره‌درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره‌درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها و در نتیجه درمان اضطراب مهیا سازد (محمدی و همکاران،

کمال گرایی و عزت نفس در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند سلامت روان، ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری، شادکامی، احساس تنهایی و ... در سایر افراد دارای اختلالات مختلف مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. پیشنهاد می‌شود از این پژوهش به منظور درمان و ارتقای کمال گرایی، مسئولیت‌پذیری و عزت نفس افراد دارای اضطراب استفاده شود. بنابراین بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان، آموزش‌هایی برای ارتقای ارتقای کمال گرایی، مسئولیت‌پذیری و عزت نفس افراد دارای اضطراب ارائه کرد. پیشنهاد می‌شود در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول و تکنیک‌های طرحواره درمانی پرداخته شود و به عنوان یک حرکت ملی به آن نگرسته شود تا عموم مردم بخصوص افراد دارای اختلالات مختلف از جمله افراد دارای اضطراب، تغییرات لازم را در خود به وجود آورند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و مشارکت کنندگان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش طرحواره درمانی به افراد دارای اضطراب کمک می‌کند تا افکار ناکارآمد را کنار گذاشته و این امر باعث ارزشمندی خود می‌شود که در نهایت ارتقای عزت نفس را در پی خواهد داشت. از این رو نتایج حاصل از این پژوهش کمک کرده است تا زنان دارای اضطراب بتوانند با روش طرحواره درمانی بر عزت نفس خود فائق آیند و میزان عزت نفس آن‌ها ارتقا یابد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر آن است که یافته‌های بدست آمده از طریق پرسشنامه و به صورت خود گزارش دهی توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به روش پژوهشی است. در این مطالعه به بررسی روابط علی و همچنین همبستگی بین متغیرها پرداخته نشد و پژوهش به صورت مداخله‌ای بود و لذا به دست آوردن این یافته‌ها با استفاده از سایر روش‌های پژوهش می‌تواند مورد ملاحظه قرار گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری با توجه به جنسیت صورت گرفت و زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله جامعه آماری این پژوهش بودند، لذا تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به گروه مردان و یا زنان سنین دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت مهم دیگر این پژوهش مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله دارای اضطراب مراجعه کننده به کلینیک حضور نو در تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ اجرا شد. لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و شهرهای دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم - دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد و پیشنهاد می‌شود که بر روی مردان و زنان سایر سنین که قابلیت اجرا دارد، اجرا شود و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. با توجه به این که این پژوهش بصورت مداخله‌ای اجرا شده است، لذا جهت کسب نتایج دقیق تر پیشنهاد می‌شود ارتباط این متغیرها با بهره‌گیری از سایر روش‌ها (همبستگی، رگرسیون، مدلیابی معادلات ساختاری و ...) نیز اجرا شوند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر طرحواره درمانی، مسئولیت‌پذیری،

## منابع

امانی، احمد و بهزاد، داوود (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی در ازتقاء تعهد زناشویی و عزت‌نفس زوج‌ها. *مجله پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره سابق)*، ۱۱(۴۱)، ۱۳۴-۱۱۷.

<https://www.sid.ir/paper/507054/fa>

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۲). قابلیت اعتماد (پایایی) و درستی (اعتبار) مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی، *مجله علوم روانشناختی*، ۲(۸)، ۳۵۹-۳۴۶.

<https://www.sid.ir/paper/438219/fa>

حمیدپور، حسن (۱۳۸۸). مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

خدابنده‌لو، سعید؛ نجفی، محمود و رحیمیان‌بوگر، اسحق (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد. *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*، ۸(۳۰)، ۱۰۱-۶۵.

<https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8579>

سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و مؤمنی، محمد مهدی (۱۳۹۹). اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی افراطی، *فصلنامه رویش روانشناسی*، ۹(۴)، ۸۲-۷۵.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5>

شاهواروقی‌فراهانی، ندا؛ مام‌شریفی، پیمان؛ حسن‌لاریجانی، مارال؛ دهقانی‌احمدآباد، زهرا؛ بیطرفان، مریم؛ و ملایری، رضا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته مراجعه‌کننده به بخش مراقبت تسکینی براساس اضطراب و افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۱۶۹.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0>

قربانی، نیما (۱۳۹۷). *روان‌درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت: مبادی و فنون*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).  
منتظری، محمد صادق؛ موسی‌زاده، حسن؛ طاهر نشاط‌دوست، حمید و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در یک مورد مبتلا به شخصیت‌وسواسی جبری: پژوهش مورد منفرد، *مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۲(۲)، ۲۵-۱۰.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1165686>

میکائیلی‌منیع، فرزانه (۱۳۸۹). مقایسه مسئولیت‌پذیری، روحیه همکاری، سلامت عمومی، رضایت از زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مدارس

شبانہ روزی و روزانہ استان آذربایجان غربی. *نواوری‌های آموزشی*، ۳۴، ۶۱-۸۸.

<https://www.sid.ir/paper/75516/fa>

## References

- Amani, A., & Behzad, D. (2012). The effectiveness of schema therapy in improving marital commitment and self-esteem of couples. *Journal of Counseling Research (New Research in Counseling)*, 11(41), 117-134. (Persian).  
<https://www.sid.ir/paper/507054/fa>
- Augestad, L. B. (2017). Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review. *Cogent Psychology*, 4(1), 1319652.  
<https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1319652>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bernstein, D. P., Clercx, M., & Keulen-De Vos, M. (2019). Schema therapy in forensic settings. In J. Brown & E. Campbell (Eds.), *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology* (pp. 654-668). Wiley.
- Besharat, M. A. (2003). Reliability and validity of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Journal of Psychological Sciences*, 2(8), 346-359. (Persian).  
<https://www.sid.ir/paper/438219/fa>
- Blowfield, M., & Murray, A. (2014). *Corporate Responsibility*. Oxford University Press.
- Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, 21(1), 45-51.  
<https://doi.org/10.1002/erv.2181>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Escartí, A., Wright, P. M., Pascual, C., & Gutiérrez, M. (2015). Tool for Assessing Responsibility-based Education (TARE) 2.0: Instrument revisions, inter-rater reliability, and correlations between observed teaching strategies and student behaviors. *Universal Journal of Psychology*, 3(2), 55-63.  
<https://doi.org/10.13189/ujp.2015.030201>
- Evans, G. (2016). The responsibility to protect. In L. Chang & H. Suh (Eds.), *The APPSMO Advantage*:

- Strategic Opportunities: Evolving Defence Diplomacy with the Asia Pacific Programmed for Senior Military Officers* (pp. 89-99). Springer.
- Fassbinder, E., & Arntz, A. (2019). Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1), 7-14. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9404-x>
- Ghorbani, N. (2018). Brief and intensive psychodynamic therapy: Principles and techniques. Tehran: Organization for the Study and Compilation of Humanities Books of Universities (SAMT). (Persian).
- Hamidpour, H. (2009). A comparison of cognitive therapy with schema therapy in the treatment of women with generalized anxiety disorder. (Doctoral dissertation). University of Welfare and Rehabilitation Sciences. (Persian).
- Harris, M. A., & Orth, U. (2019). The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/pspp0000243>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment*. Guilford Press.
- Jutte, J. E., Needham, D. M., Pfoh, E. R., & Bienvenu, O. J. (2015). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale 3 months after acute lung injury. *Journal of Critical Care*, 30(4), 793-798. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.030>
- Kandola, A., Vancampfort, D., Herring, M., Rebar, A., Hallgren, M., Firth, J., & Stubbs, B. (2018). Moving to beat anxiety: Epidemiology and therapeutic issues with physical activity for anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 63-78. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0942-x>
- Khodabandelou, S., Najafi, M., & Rahimian-Bogor, I. (2018). The effectiveness of schema therapy on self-esteem in individuals with narcissistic personality disorder: A single-case study. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 8(30), 101-65. (Persian). <https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8579>
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4. <https://doi.org/10.1521/ijct.2019.12.1.1>
- Lebowitz, M. S., Pyun, J. J., & Ahn, W. K. (2014). Biological explanations of generalized anxiety disorder: Effects on beliefs about prognosis and responsibility. *Psychiatric Services*, 65(4), 498-503. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300170>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22420>
- MacLeod, J. (2018). Professional responsibility in an age of alternative entities, alternative finance, and alternative facts. *Transactions: The Tennessee Journal of Business Law*, 19(1), 227-259.
- Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review*, 71, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.003>
- Mamsharifi, P., Farokhi, B., Hajipoor-Taziani, R., Alemi, F., Hazegh, P., Masoumzadeh, S., Jafari, L., Ghaderi, A., & Ghadami Dehkohne, S. (2023). Nano-curcumin effects on nicotine dependence, depression, anxiety and metabolic parameters in smokers: A randomized double-blind clinical study. *Heliyon*, 9(11), e21249. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e2124>
- Mikaeili Maneh, F. (2010). A comparison of responsibility, cooperativeness, general health, life satisfaction, and academic performance of students in boarding and day schools in West Azerbaijan Province. *Educational Innovations*, 34, 61-88. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/75516/fa>
- Montazeri, M. S., Mousazadeh, H., Taherneshatdoust, H., & Abedi, M. R. (2016). The effectiveness of schema therapy in improving perfectionism and primary maladaptive schemas in a case of obsessive-compulsive personality disorder: A single-case study. *Journal of Psychological and Educational Studies*, 12(2), 10-25. (Persian). <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1165686>
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (8th ed.). Cengage Learning.
- Shahvaroughi Farahani, N., MamSharifi, P., Hasan Larijani, M., Deghani Ahmadabad, Z., Bitarafan, M., & Malayeri, R. (2020). Predicting the Quality of Life Concerning Anxiety and Depression in Advanced Cancer Patients Receiving Palliative Care. *Journal of Disability Studies*, 10, 169. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0>

- Sohrabi, F., Borjalali, A., & Momeni, M. M. (2020). The effectiveness of cognitive techniques in schema therapy on reducing pathological perfectionism. *Journal of Psychological Growth*, 9(4), 75-82. (Persian).  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.4.6.5>
- Stoeber, J. (2018). Comparing two short forms of the Hewitt–Flett multidimensional perfectionism scale. *Assessment*, 25(5), 578-588.  
<https://doi.org/10.1177/1073191116645866>
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12105>
- Teimouri, Y., Goetze, J., & Plonsky, L. (2019). Second language anxiety and achievement: A meta-analysis. *Studies in Second Language Acquisition*, 41(2), 363-387.  
<https://doi.org/10.1017/S0272263118000285>
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00198-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00198-U)
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., ... & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 193-205.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>
- Tuma, A. H., & Maser, J. D. (Eds.). (2019). *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Routledge.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy*. Guilford Press.