

**اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی
بر طرحواره نقص / شرم، نشخوار ذهنی و انزوای
اجتماعی زنان کمال‌گرا**

رضوانه عباسی[✉] و محمد خادم‌ملو^{**}

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص / شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا شهرستان گرگان در سال ۱۳۹۵ بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به این منظور ۶۰ نفر از افراد با ملاک‌های کمال‌گرایی، که به منظور دریافت خدمات مشاوره‌ای به موسسه روان‌شناسی سیراندیشان شهر گرگان مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۳۰ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه کمال‌گرایی تری و شورت، پرسشنامه نشخوار ذهنی نالن و هوکسما و پرسشنامه انزوای اجتماعی راسل و پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ قبل و بعد از درمان اجرا شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث تعدیل طرحواره نقص / شرم، کاهش نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است. به نظر می‌رسد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مطلوبی در کاهش کمال‌گرایی داشته است. *کلید واژه‌ها: انزوای اجتماعی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، طرحواره نقص / شرم، کمال‌گرایی، نشخوار ذهنی*

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.
rezvan.abbasi71@gmail.com

** دکترای پزشکی اجتماعی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۲۷

مقدمه

کمال‌گرایی^۱، به عنوان یکی از وجوه شخصیت^۲ انسان است که از داشتن انتظارات و ملاک‌های ایده‌آل در خصوص اکثر امور فردی ناشی می‌شود. گرایش به کمال‌گرایی ممکن است از دوران کودکی آغاز شود و والدینی که ملاک‌ها و استانداردهای بالایی را برای کودک‌شان در نظر می‌گیرند و فقط زمانی کودک را می‌پذیرند که آن ملاک‌ها را احراز کرده باشد، بزرگسالی کمال‌گرا تحویل جامعه می‌دهند که با وجود امکانات کافی، تحصیلات عالی و درآمد مناسب از زندگی خود احساس رضایت نمی‌کند (بشارت، عزیزی و حسینی، ۱۳۸۹).

پژوهش‌ها کمال‌گرایی را ویژگی چند وجهی دانسته و بر بعد سالم آن نیز تأکید دارند (استبر و اتو^۳، ۲۰۰۶). بعد سالم آن شامل انتظار معیارهای بالا برای عملکرد و اولویت قائل شدن برای نظم در زندگی است (رایس و پنس^۴، ۲۰۰۶). زمانی که انتظارات منطقی فرد دارای بعد کمال‌گرایی مثبت برآورده نمی‌شود، با مدیریت صحیح هیجانات خویش همراه با عزت نفس بالا با این موضوع مقابله می‌کند. حضور بعد کمال‌گرایی منفی باعث می‌شود، فرد بدون منطق معیارهای بالایی برای خودش وضع کند و شکست در مقابل این معیارها به پریشانی روان‌شناختی در او منجر خواهد شد (حاجی‌سیدتقیان‌تقوی، پیوسته‌گر و خسروی، ۱۳۹۴). این افراد نیاز شدید به موفق شدن و اجتناب از انتقاد دیگران و دوری جستن از ظهور عیب‌ها و نقص‌ها داشته که آن‌ها را وادار به انجام فعالیت‌های مداوم و سخت به‌منظور دستیابی به موفقیت می‌کند، ولی اغلب زندگی آن‌ها نسبت به انتقادهای دیگران و ارزشیابی افراطی از خود عمیقاً آسیب‌پذیر است که این افراد به‌خصوص زنان کمال‌گرا را مستعد انزوای اجتماعی^۵ می‌کند (خلعتبری، قربان شیرودی و حسینی، ۱۳۹۰). در متون روان‌شناختی انزوای اجتماعی را شامل عناصر اصلی و مهمی مانند بازداری رفتاری^۶، طرد و انزوا، خاموشی اجتماعی^۷، نفعالی و غفلت با همسالان، جنبه‌های ناخوشایند و منفی روابط از دست رفته در نظر می‌گیرند (بهمئی،

-
1. perfectionism
 2. personality
 3. Stoeber and Otto
 4. Rice and Pence
 5. social isolation
 6. behavioral inhibition
 7. social blackout

قادری و صالحی، (۱۳۹۱).

افرادی که انزوای اجتماعی را در اثر کمال‌گرایی تجربه می‌کنند، معمولاً عدم پذیرش و طرد شدن از سوی دیگران را پیش‌بینی و از آن می‌ترسند. با این ترس، آن‌ها در مقابل انتقاد دیگران حالت دفاعی به خود می‌گیرند و از این طریق دیگران را ناکام و از خود دور می‌کنند. کمال‌گراها بدون اینکه متوجه این موضوع باشند، معیارهای به شدت غیرواقع‌گرای خود را از دیگران نیز انتظار داشته و در نتیجه نسبت به دیگران متوقع و منتقد می‌شوند و به دلیل وجود این سیکل معیوب، افراد کمال‌گرا، اغلب در داشتن روابط نزدیک با افراد دچار مشکل هستند و به همین خاطر رضایت کم‌تری از روابط بین فردی خود دارند (عبدخدایی، مهram و ایزانلو، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد زنان کمال‌گرا در جریان سازگاری با محیط اجتماعی و شغلی خود ناچارند محدودیت‌ها و فشارهایی را به علت کاهش روابط بین فردی متحمل شود به نحوی که فشارهای موجود به بروز مشکلاتی از جمله نشخوار فکری^۱ منجر می‌شود (لومینت^۲، ۲۰۰۴).

نشخوار فکری از دیگر فرایندها و فرآورده‌های شناختی از قبیل افکار اتوماتیک منفی^۳، توجه متمرکز بر خود^۴، خودآگاهی شخصی^۵ و نگرانی^۶ است، که به عنوان پاسخی به جلوگیری از شدت یافتن نشانه‌های اضطراب و افسردگی در افراد می‌شود (باقری‌نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی، ۱۳۸۹). نشخوار ذهنی به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و طبقه‌ای از افکار آگاهانه و منفعلانه و تکراری است که بر علل و نتایج علائم تعریف می‌شود و مانع از حل مسئله سازگارانه و افزایش افکار منفی می‌انجامد (آمبرلی، دافنه، آماندا، نیکول و نورمن^۷، ۲۰۱۵؛ تاجیک‌زاده، صادقی و رئیس کریمیان، ۱۳۹۲).

محتوای نشخوار فکری بسته به نگرانی فردی، در هر اختلالی می‌تواند تغییر کند، برای مثال در کمال‌گرایی، محتوای نشخوار فکری، پردازش همیشگی یا در فکر فرو رفتن درباره بی‌عیب

-
1. rumination
 2. Luminet
 3. negative automatic thoughts
 4. self-focused attention
 5. private self- consciousness
 6. Worry
 7. Amberly, Daphne, Amanda, Nicole and Norman

و نقص بودن، ترس از شکست، نگرانی بیش از اندازه است و در افسردگی، پاسخی به خلق ملال‌آور و منفی و تمرکز روی موضوعاتی از شکست یا گذشته فردی نمود پیدا می‌کند (فلیسیتی و رکوبا^۱، ۲۰۱۲). ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از شکست‌ها و باخت‌ها در افراد کمال‌گرا است، در حالی که نشخوار فکری زنجیری طولانی از افکار تکراری چرخان و خود متمرکز بوده و پاسخی به افکار منفی اولیه هستند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که علاوه بر اشتغال فکری مفرط در افراد کمال‌گرا، متغیرهای روان‌شناختی دیگر از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲ مانند طرحواره نقص / شرم^۳ به‌عنوان فرآیندی ناشی از آشفتگی ذهنی و روانی و نقص در پردازش شناختی در واکنش به زمینه‌های زیستی و تأثیرات محیطی دوران کودکی، در افراد کمال‌گرا نقش بسیاری دارد (سلمانپور، فرید، سلمان‌پور و قاسم‌زاده، ۱۳۹۳).

طرحواره ناسازگار نقص / شرم، یکی از طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی^۴ است که در مطالعات توجه ویژه‌ای به آن شده است. افراد دارای طرحواره نقص / شرم، احساس می‌کنند افرادی ناقص، حقیر یا بی‌ارزش هستند و اگر خود را در معرض نگاه دیگران قرار دهند، بدون شک طرد می‌شوند. این طرحواره معمولاً با احساس شرم نسبت به نقایص ادراک شده همراه است. این نقص‌ها و کمبودها ممکن است شخصی یا عمومی باشند (اخباری، دهقانی و ایزدخواه، ۱۳۹۳).

زمانی که شرم احساس می‌شود فرد ممکن است به شیوه‌های گوناگون آن را از آگاهی خود براند. شرمی که احساس شده می‌تواند بر ادراک فرد اثر گذاشته، رفتار او را تغییر دهد یا تجربه او را مجدداً ارزشیابی کند تا زمانی آشکار نمی‌شود که شرم احساس و شناخته نشود، بلکه از آگاهی فرد رانده شده و هیجانی با شدت کم‌تر جایگزین آن می‌شود (پورشهریاری، ۱۳۸۸). افراد کمال‌گرا، اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و اجتماعی آن‌ها با دشواری مواجه است، که برای رفع این وضعیت می‌توان با افزایش آگاهی به وسیله مداخلات روان‌شناختی، نسبت به بهبود ابعاد مختلف زندگی و

-
1. Felicity and Rebecca
 2. early maladaptive schema
 3. schema defectiveness / shame
 4. rejection and disconnection

عملکرد آن‌ها کمک کرد (آلتچر، روزنبرگ، گوردن، کانالز^۱ و همکاران، ۲۰۱۲).

از جمله مداخلات روان‌شناختی که می‌تواند بر کاهش باورهای غیرمنطقی افراد و بهبود طرحواره‌های نقص / شرم آن‌ها مؤثر باشد و باعث افزایش قدرت سازگاری فرد و بالا رفتن ظرفیت روان‌شناختی آن‌ها شود، درمان‌های شناختی رفتاری نسل سوم است که امروزه این درمان‌ها بر پذیرش باورها در مقابل چالش با آن‌ها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی^۲ یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آن‌ها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند (فیکس و فیکس^۳، ۲۰۱۳)، که مهم‌ترین درمان، درمان شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ است که با توجه به تکنیک‌های ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که بر متغیرهایی از جمله تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله، تغییر باورها و عوامل منجر به پریشانی در افراد تمرکز می‌کند (استین، دینز، هولندر، لیکمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۹).

این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن^۶های مختلف، یوگای کشیدگی^۷، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. در آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه با افکار و احساس‌های غیرمنطقی خود رابطه برقرار کنند و روی تغییر محتوای افکار متمرکز شوند و آن‌ها را تغییر دهند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساس‌ها را ببینند (ویلیام، دوگان، کران و فینیل^۸، ۲۰۰۶).

ساش، کویل و فکنبام^۹ (۲۰۱۱)، و عباس‌آبادی (۱۳۹۳)، در پژوهش‌های خود دریافتند، شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن باعث افزایش آگاهی افراد از لحظه حال و کاهش اجتناب از حوادث و خاطرات ناگوار و ناخوشایند و احساسات مرتبط با آن‌ها می‌شود. لذا شناسایی و

-
1. Altschuler, Rosenbaum, Gordon and Canales
 2. cognitive defusion
 3. Fix and Fix
 4. mindfulness based cognitive therapy
 5. Stein, Denys, Hollander and Leckman
 6. meditation
 7. yoga
 8. Williams, Duggan, Crane and Fennell
 9. Sachse, Keville and Feiqenbaum

سپس بهبود این ناتوانی‌های شناختی می‌تواند از بروز آسیب‌های بیشتر در افراد کمال‌گرا پیشگیری کند، اما از آنجا که افراد در حوزه آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای تقویت فرایندهای شناختی غیرخودکار اطلاعات کافی ندارند، رسالت آموزش این مهارت‌ها برعهده درمانگران حوزه روان‌شناسی است که باید در این زمینه سرمایه‌گذاری کنند. به همین منظور سه فرضیه به شرح زیر تدوین و بررسی شدند:

-درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره نقص/شرم زنان کمال‌گرا تأثیر دارد.

-درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا تأثیر دارد.

-درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان کمال‌گرا تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به این منظور ۶۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده به مؤسسه روان‌شناسی سیراندیشان شهر گرگان که با تکمیل پرسشنامه کمال‌گرایی تری شورت و همکاران دارای ملاک‌های کمال‌گرایی منفی بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۳۰ نفر) گمارده شدند. و سپس پرسشنامه‌های نشخوار ذهنی نالن و هوکسما و پرسشنامه انزوای اجتماعی راسل و پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ قبل و بعد از درمان در میان آن‌ها اجرا شد. و برنامه مداخله‌ای شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به روش مشارکتی و سخنرانی همراه با کار عملی و ارائه تکلیف در منزل بر روی گروه آزمایش انجام شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه کمال‌گرایی تری شورت^۱: پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی را تری شورت، اونز، سالده و دیوی^۲ (۱۹۹۵) ساخته‌اند که یک آزمون ۴۰ گویه‌ای است که ۲۰ گویه از آن کمال‌گرایی منفی و ۲۰ گویه آن کمال‌گرایی مثبت را می‌سنجد. پاسخ آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۵)، نمره‌گذاری می‌شود. بشارت (۱۳۸۴)، آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس را در نمونه ۲۱۲ نفری از

1. Terry-Shorts perfectionism questionnaire

2. Terry-short, Owens, Slade and Dewey

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص/ شرم، نشخوار ذهنی و ۱۳۳

دانشجویان به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷، برای دانشجویان دختر ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۹ و ۰/۸۶ گزارش کرد. در این پژوهش ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ برای کل آزمودنی‌ها به دست آمد که نشانه همسانی درونی^۱ بالای این پرسشنامه است.

پرسشنامهٔ نشخوار ذهنی نالن و هوکسما^۲: این پرسشنامه را نولن و مارو^۳ (۱۹۹۱) ساخته‌اند و دارای ۲۲ گویه و متشکل از سه خرده مقیاس حواسپرتی^۴، تعمق^۵ و در فکر فرو رفتن^۶ است. در این آزمون نمرهٔ کل نشخوار فکری به وسیلهٔ جمع همهٔ گویه‌ها محاسبه می‌شود که پاسخ‌دهندگان هر یک از گویه‌ها را در مقیاسی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه)، درجه‌بندی می‌کنند. دامنهٔ نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد (باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی، ۱۳۸۹). ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای پرسشنامهٔ نشخوار فکری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی آن ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامهٔ انزوای اجتماعی^۷: این پرسشنامه را راسل و پیلوا و کورتونا^۸ در سال ۱۹۸۰ ساخته‌اند. این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه لحن منفی و ۱۰ گویه لحن مثبت دارند. پاسخ‌دهندگان هر یک از گویه‌ها را در مقیاسی از ۱ به معنای (هرگز)، ۲ به معنای (به ندرت)، ۳ به معنای (گاهی) و ۴ به معنای همیشه انتخاب می‌کنند. نمرهٔ فرد در این مقیاس به وسیلهٔ جمع اعداد گویه‌های انتخاب شده محاسبه می‌شود که گویهٔ مربوط به جملات لحن مثبت (۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰) معکوس می‌شود. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس شامل خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط خانواده (۲، ۴، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰) سوالات خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان (۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۹) و سوالات نشانه‌های عاطفی

-
1. discriminant
 2. Nalen and Huxma Nutrition questionnaire
 3. Noelen
 4. distraction
 5. meditation
 6. thinking
 7. Los Angeles Loneliness Scale
 8. Russell, Pilawa and Cortino

تنهایی (۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۷) است. پایایی آزمون را به روش بازآزمایی راسل، پیلوا و فرگوسن^۱ (۱۹۷۸) ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. دهشیری، برجعلی، شیخی و حبیبی (۱۳۸۷)، به‌منظور بررسی پایایی مقیاس انزوای اجتماعی و سه خرده مقیاس آن از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۹، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ محاسبه شد، که این مقادیر نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول این مقیاس است. پایایی کلی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد. همچنین پایایی خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه یانگ^۲: این پرسشنامه شامل ۷۵ گویه به‌منظور سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که ۱۵ طرحواره ناسازگار (محرومیت عاطفی^۳، رهاشدگی^۴، بی‌اعتمادی^۵، انزوای اجتماعی^۶، شرم/نقص، ناخوشایندی اجتماعی^۷، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی^۸، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری^۹، گرفتاری^{۱۰}، اطاعت^{۱۱}، ایثار^{۱۲}، بازداری هیجانی^{۱۳}، معیارهای سرسختانه^{۱۴}، استحقاق^{۱۵}، خویش‌داری^{۱۶}) را ارزیابی می‌کند. آزمودنی‌ها

-
1. Fergosen
 2. Yang maladaptive schemas questionnaire-Short Form
 3. emotional deprivation
 4. abandonment
 5. mistrust
 6. social isolation
 7. disturbing social
 8. social undesirability
 9. vulnerability to the disease
 10. entangled
 11. obedience
 12. sacrifice
 13. dependence/incompetence
 14. stubborn criteria
 15. merit
 16. emotional inhibition

میزان درستی یا نادرستی هرگویه درباره خویشتن را بر اساس طیف ۶ گزینه‌ای از ۱ (کاملاً غلط)، ۲ (تقریباً غلط)، ۳ (بیشتر درست تا غلط)، ۴ (اندکی درست)، ۵ (تقریباً درست)، ۶ (کاملاً درست) مشخص می‌کنند. همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد و از طریق ضریب آزمون-بازآزمون^۱ در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد (فاتی‌زاده و عباسیان، ۱۳۸۲). در مطالعه حاضر پایایی خرده مقیاس شرم/نقص به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. در مرحله اجرا، در ابتدا از افرادی که برای دریافت خدمات مشاوره به مؤسسه روان‌شناسی سیراندیشان شهر گرگان مراجعه کردند، دعوت به عمل آمده و توضیحاتی درباره هدف از اجرای آزمون به هر یک از آنها داده شد و سپس پرسشنامه کمال‌گرایی تری و شورت اجرا شد و ۶۰ نفر از افرادی را که ملاک‌های کمال‌گرایی منفی را براساس معیارهای ورود داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات سیکل و حداکثر کارشناسی ارشد، سن بین ۲۰-۴۰ سال، دارا بودن کمال‌گرایی منفی (براساس پرسشنامه کمال‌گرایی)، توانایی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری و عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال شخصیت، سایکوز و غیبت در جلسات آموزشی بود. در مرحله بعد ابتدا پرسشنامه‌های نشخوار ذهنی نالن و هوکسما و پرسشنامه انزوای اجتماعی راسل و پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ بر روی افراد دو گروه اجرا شد (پیش‌آزمون). سپس طرح مداخله آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته ۱ جلسه در گروه آزمایش اجرا شد، که به گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی داده نشد. پس از اتمام آموزش نیز پرسشنامه مذکور بر روی هر دو گروه اجرا شد (پس‌آزمون). با توجه به مسائل خاص و آیین‌نامه‌ای و ضرورت محرمانه بودن وضعیت فردی افراد، امکان ضبط جلسات یا تصویربرداری از جلسات امکان‌پذیر نبود. بسته آموزشی پژوهش حاضر براساس پروتکل ذهن آگاهی نسخه بایر^۲ (۲۰۰۶) تهیه شده است که

1. control/self-discipline

2. Baer

برنامه مداخله به همراه دو درمانگر به دلیل فراوانی تمرینات بدنی و نوع دستورالعمل‌های اجرایی و نیاز مستقیم به آموزش توسط درمانگر را مناسب ارزیابی کرده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین خانگی
۱	معرفی اعضا و تعیین اهداف	انجام تمرین ذهن‌آگاهی-تمرین واری بدن	آگاهی از هر لحظه	انجام سه بار تنفس در روز
۲	تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر وقایع روزانه	مراقبه واری بدن-تمرین افکار و احساسات-ثبت وقایع خوشایند	مقابله با موانع	ثبت گزارش روزانه از تجربیات خوشایند
۳	تمرین تنفس و کشش	قدم‌زدن با حضور ذهن-تهیه فهرست وقایع ناخوشایند	حضور ذهن بر روی تنفس	شناسایی و ثبت تجارب ناخوشایند- تکرار مرحله ۱
۴	یادگیری تنفس	مراقبه نشسته-فضای تنفس سه دقیقه‌ای	ماندن در زمان	انجام مراقبه نشسته
۵	پذیرش و اجازه حضور	مراقبه نشسته-تأکید بر تمرکز افکار، احساسات و حس‌های بدنی	واکنش‌دهی به احساس و افکار	مراقبه نشسته و تکرار مرحله ۱
۶	آگاهی فرد از تنفس و بدن	تمرین خلق‌ها، افکار، دیدگاهی جایگزین-مشخص کردن نشانه‌های عود	تأثیر تنفس بر بدن	تکرار مرحله ۵
۷	مراقبت از خود به بهترین شکل	پی بردن به روابط فعالیت و خلق- فهرست روزانه از حس‌ها و افکار- شناسایی نشانگان عود و روش مقابله	کنار آمدن با خلق	تکرار مرحله ۵-راهبرد جلوگیری از عود
۸	تمرین منظم حضور ذهن و حفظ تعادل زندگی	تمرین واری بدن-بازنگری کل برنامه-مراقبه نشسته- توزیع پرسشنامه برای پس‌آزمون	ذهن آگاهی و پیشگیری از عود	تکرار مرحله ۷-

یافته‌ها

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره طرحواره نقص/شرم، انزوای اجتماعی و نشخوار فکری در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه

خرده مقیاس	گروه آزمایش		گروه گواه		پس‌آزمون انحراف استاندارد	پیش‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف استاندارد	پیش‌آزمون میانگین
	پس‌آزمون انحراف استاندارد	پیش‌آزمون میانگین	پس‌آزمون انحراف استاندارد	پیش‌آزمون میانگین				
نقص- شرم	۱/۹۸	۱۲/۹۳	۳/۲۱	۲۸	۲/۳۷	۲۶/۸۷	۱/۴۱	۲۸
انزوای اجتماعی	۵/۱۶	۳۳/۶۳	۱۳/۷	۶۶/۳۷	۸/۲۸	۶۲/۲۳	۸/۷۶	۶۶/۳۷
نشخوار فکری	۷/۲۹	۳۱/۲۷	۵/۴۷	۷۰/۵۰	۱۰/۹	۶۹/۰۷	۷/۰۸	۷۰/۵۰

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. بر همین اساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بیان‌کننده آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین و همچنین شیب‌های رگرسیون، به عنوان دیگر پیش فرض‌های لازم سنجیده شد که نتایج آن معنادار نبود که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر مداخله بر گروه آزمایش در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج جدول تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان می‌دهد نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پس‌آزمون مقیاس‌های طرحواره نقص/شرم ($F=268/63, P < 0/001$) و نشخوار ذهنی ($F=282/21, P < 0/001$) و انزوای اجتماعی ($F=93/92, P < 0/001$) نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

جدول ۳: خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش بین گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
طرحواره	پس‌آزمون	۲۱۶۶/۰۸	۱	۲۱۶۶/۰۸	۲۶۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
نقص/شرم	خطا	۴۵۹/۶	۵۷	۸/۰۶			
نشخوار	پس‌آزمون	۲۱۳۰۸/۶۸	۱	۲۱۳۰۸/۶۸	۲۸۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳
فکری	خطا	۴۳۰۳/۸۵	۵۷	۷۵/۵			
انزوای	پس‌آزمون	۱۲۱۲۴/۵۷	۱	۱۲۱۲۴/۵۷	۹۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲
اجتماعی	خطا	۷۳۵۸/۱۹	۵۷	۱۲۹/۰۹			

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص/شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا انجام شد. همان‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعدیل طرحواره نقص/شرم زنان کمال‌گرا شهرستان گرگان تأثیر دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات ویلیام و همکاران (۲۰۰۶)، اخباری و همکاران (۱۳۹۳)، سلمانپور و همکاران (۱۳۹۳)، همسواست.

در تبیین نتایج می‌توان گفت آموزش حضور ذهن به افراد یاد می‌دهد که چگونه با راهبردهای ارضاء نیازهای هیجانی و جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه کرده و مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا تداوم احساس شرم جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کم‌تر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا تداوم طرحواره شرم کاهش می‌یابد (پورمحمدی و باقری، ۱۳۹۴).

از طرف دیگر از آنجا که در طی آموزش ذهن آگاهی توجه از افکار ناخوانده به سوی تمرکز اختیاری جلب می‌شود، فرد توانا می‌شود تا در رویارویی با موقعیت‌های مختلف، از پردازش ثانویه افکار، احساسات و حس‌های بدنی جلوگیری کند که در جریان طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند و طرحواره نقص/شرم تعدیل می‌یابد (دیویس و هیس، ۲۰۱۱). همچنین

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص / شرم، نشخوار ذهنی و ۱۳۹

هدف تکنیک‌های ذهن آگاهی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی است. مراجعان به کمک تکنیک‌های ذهن آگاهی در سطح عاطفی با طرحواره‌های ناسازگار مبارزه می‌کنند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی شرم و گناه خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز می‌کنند.

نتایج مربوط به فرضیه دوم نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی زنان کمال‌گرا شهرستان گرگان تأثیر دارد. یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج تحقیقات آمبرلی و همکاران (۲۰۱۵)، فلیسیتی و رکوبا (۲۰۱۲)، حاجی سید تقی‌تقوی و همکاران (۱۳۹۴)، تاجیک‌زاده و همکاران (۱۳۹۲)، همسو است.

در تبیین اثر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش الگوی نشخوار ذهنی می‌توان گفت در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آنکه آن‌ها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با مشکلات، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار ذهنی می‌شود. همچنین نشخوار فکری یکی از نشانه‌های مهم افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله در افراد مستعد افسردگی است که ذهن، دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی است که باعث تداوم بیشتر غم و افسردگی می‌شود. لذا از طریق تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد اغلب درباره وقایعی که اتفاق می‌افتد، به خوبی تفسیر و استنباط می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. ذهن آگاهی نوعی درمان شناختی است که باعث کاهش نگرش ناکارآمد از طریق تغییر در محتوای افکار می‌شود. در ذهن آگاهی رویدادهای موافق و مخالف با افکار حذف یا به آن پاسخ داده نمی‌شود، بلکه تأکید بر مقاومت افراد در مقابل افکار منفی است که با ذهن متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر انجام می‌شود.

با این روش درمانی افکار فرد به‌عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. لذا افراد از طریق تکنیک‌های ذهن آگاهی دارای این توانایی هستند که چرخه افکاری را متوقف کنند که به بروز نشخوار فکری منجر می‌شود و از افکار منفی خود فاصله گیرند و با افزایش انعطاف‌پذیری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات از بروز

نشخوار فکری خود جلوگیری کرده یا کاهش می‌دهند. در درمان ذهن‌آگاهی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر، توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی خود، به عنوان سر و صداهایی رفتار کنند. از روش آموزش توجه نه برای توجه برگردانی از برانگیزاننده‌ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ‌های نشخوار ذهنی استفاده می‌شود، همچنین با استفاده از تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده^۱، بیمار یاد می‌گیرد بدون انجام دادن تحلیل مفهومی مداوم درباره نشخوارهای فکری و معنای آن‌ها، آن را به تعویق بیندازد.

نتایج مربوط به فرضیه سوم نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرای شهرستان گرگان تأثیر دارد. یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج تحقیقات ساش و همکاران (۲۰۱۱)، ویلیام و همکاران (۲۰۰۶)، و بهمنی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است.

تبیینی که می‌توان در خصوص این فرضیه ذکر کرد اینکه کمال‌گرایی دارای دو سازه فعال و فعل‌پذیر است که جنبه فعل‌پذیر با انزوای اجتماعی رابطه دارد. به طوری که در کمال‌گرایی فعال کاستی‌های ادراک شده‌ای افزایش می‌یابد که تحت تأثیر ویژگی‌های کمال‌گرایانه از جمله انتظارات غیرواقع‌بینانه، عدم پذیرش محدودیت‌های شخصی و انعطاف‌ناپذیری قرار دارد و باعث می‌شود که فرد از تلاش‌های دشوار خود لذت نبرد و از عملکرد شخصی احساس رضایت نکرده و در ادامه دچار انزوای اجتماعی شود. لذا افراد از طریق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از شیوه‌هایی برای فراهم ساختن زمینه و آمادگی درونی و کاهش دادن تداوم نگرانی رفتارهای کمال‌گرایانه از جمله برداشت نادرست از ارزش شخصی استفاده می‌کنند که همواره فرد کمال‌گرا را در معرض خطر و تهدید محقق نشدن معیارهای آرمان‌گرایانه قرار می‌دهد، که تنش‌های مربوط به کاهش روابط بین فردی را به کم‌ترین حد خود می‌رسانند و باعث رشد مطلوب فرد می‌شوند (بهمنی و همکاران، ۱۳۹۳).

اضطراب و استرس ناشی از ارزشیابی منفی توسط دیگران در زنان کمال‌گرا می‌تواند به

عنوان یکی از دلایل احساس تنهایی در این افراد باشد. به طوری که فرد در موقعیت‌های مختلف به ارزیابی از توانایی و داشته‌های خود و میزان سختی و تهدیدآمیز بودن رفتار دیگران درباره خود اقدام می‌کند. اگر ارزیابی فرد از رفتار دیگران خود آزردهنده یا ناخوشایند باشد، فرد به علت داشتن باورهای منفی، هیجانات منفی همچون اضطراب و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کند. در اینجا فرد با انجام دادن تکلیف در واقع در صدد به تعویق انداختن باورهای ناخوشایند و کاهش انزوای اجتماعی به واسطه عدم ارزیابی منفی توسط دیگران است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه و نمونه آماری این پژوهش اشاره کرد که تعمیم نتایج را به سایر افراد دشوار می‌کند. همچنین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تک جنسی بودن نمونه است که تعمیم نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه می‌کند. با توجه به تأثیر شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و طرحواره نقص/ شرم، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی، به‌خصوص اختلال‌های اضطرابی و خلقی و اختلال‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار، مدنظر متخصصان و روان‌شناسان بالینی در مراکز درمانی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی در مدت زمان طولانی و با تعداد جلسات بیشتری به‌منظور اثربخشی بهتر ارائه شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه اساتید محترم دانشگاه و از اساتید محترم راهنما و مشاور که در اجرای این پژوهش مرا یاری دادند و نیز از شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر را دارم.

منابع

- اخباری، مریم السادات، دهقانی، سپیده و ایزدی خواه، زهرا (۱۳۹۳). پیش‌بینی کیفیت زندگی روانی براساس طرحواره نقص / شرم با میانجی‌گری خصیصه هوش هیجانی و راهبردهای مقابله با استرس با استفاده از مدل‌سازی معادله ساختاری، *فصلنامه علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۲): ۱۱۸-۱۰۳.
- باقری‌نژاد، مینا، صالحی فدردی، جواد و طباطبایی، محمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی، *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۱): ۳۸-۲۱.
- بشارت، محمدعلی، عزیزی، کوروش و حسینی، سیده اسما (۱۳۸۹). رابطه کمال‌گرایی والدین با سبک‌های فرزندپروری. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۴(۸): ۲۹-۹.
- بهمنی، محمدمهدی، قادری، زهرا و صالحی، مسلم (۱۳۹۳). رابطه تصویر بدنی و کمال‌گرایی با احساس تنهایی دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان مرودشت، *نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- پورشهریاری، مه‌سیما (۱۳۸۸). بررسی رابطه شرم با ابعاد خشم و مقایسه آن در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روان‌شناختی*، ۲۷(۳): ۴۶-۲۷.
- پورمحمدی، سمیه و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر پردازش شناختی خودکار، *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۳): ۱۶۰-۱۴۱.
- تاجیک‌زاده، فخری، صادقی، راضیه و رئیس کریمیان، فرحناز (۱۳۹۲). رابطه ترس از تصویر تن و نشخوار ذهنی در دانشجویان دختر، *مجله علمی علوم پزشکی صدر*، ۱(۳): ۱۹۸-۱۸۹.
- حاجی سیدتقیانقوی، زهراالسادات، پیوسته‌گر، مهرانگیز و خسروی، زهره (۱۳۹۴). مقایسه سطوح کمال‌گرایی مادر با پیوند والدینی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و افراد سالم، *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۱): ۶۶-۴۷.
- خلعتبری، جواد، قربان شیرودی، شهره و حسینی، ایمان (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و احساس تنهایی با کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی استان گیلان، *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*، ۲(۱): ۱۳۱-۱۱۷.
- دهشیری، غلامرضا، برجعلی، محمود، شیخی، منصوره و حبیبی، مجتبی (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان، *مجله روان‌شناسی*، ۳(۴۷): ۲۹۶-۲۸۲.

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص / شرم، نشخوار ذهنی و ۱۴۳

سلمانیپور، حمزه، فرید، ابوالفضل، سلمان پور، صدیقه و قاسم‌زاده، ابوالفضل (۱۳۹۳). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کمال‌گرایی: آزمون یک الگوی علی، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۹(۳۵): ۸۱-۹۷.

عباس آبادی، سمانه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س).

عبدخدایی، محمدسعید، مه‌رام، بهروز و ایزانلو، زهرا (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب پنهان در دانشجویان، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱): ۴۷-۵۸.

فاتیحی‌زاده، مریم و عباسیان، حمیدرضا (۱۳۸۲). هنجاریابی فرم کوتاه آزمون طرحواره‌های شناختی بر روی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی رشته روان‌شناسی عمومی. دانشگاه اصفهان.

Abbas Abadi, S. (2014). *The effectiveness of mental-based cognitive therapy on perfectionism*. Master's degree in psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University (Text in Persian).

Abdokhodai, M.S., Mehram, B. and Isanloo, Z. (2011). Investigating the relationship between dimensions of perfectionism and hidden anxiety in students, *Clinical Psychology Researches and Consultation*, 1 (1): 47-58 (Text in Persian)

Altschuler, A., Rosenbaum, E., Gordon, P., Canales, S. and Avins, L.A. (2012). Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life a pilot feasibility study. *Support Care Cancer*, 20(1): 1291-1297.

Amberly, K.P., Daphne, A.D., Amanda, M.R., Nicole, A.S. and Norman, B.S. (2015). The role of cognitive processes of rumination. *Personality and Individual Differences*, 8(6): 277-281.

Baer R.A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: clinicians guide to evidence base and application*. usa: academic press is an imprint of Elsevier.

Bagherinejad, M., Salehi Fodardi, J. and Tabatabai, M. (2010). Relationship between mental rumination and depression in a sample of Iranian students, *Educational Studies and Psychology*, 11 (1): 21-38 (Text in Persian)

Bahmayi, M.M., Ghaderi, Z. and Salehi, M. (2014). *The relationship between body image and perfectionism with the loneliness of high school students in marvdasht*, the first national Conference on Educational Sciences and Psychology (Text in Persian)

- Basharat, M.A., Azizi, K. and Hosseini, S.E.(2010). Relationship between parental perfectionism and parenting styles, *Research in Educational Systems*, 4 (8): 9-29(Text in Persian)
- Dashiri, Gh.r., Bardjali, M., Sheikhi, M. and Habibi, M. (2008). Making and validating the loneliness scale among students, *Journal of Psychology*, 3 (47): 282-296(Text in Persian)
- Davis, D. and Hayes, J.A.(2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy related research, *American Psychological Association*, 48(2): 198-208.
- Fatehizadeh M. and Abasyan H,R.(2003). [normalized the short form of schema test on students of Isfahan University]. master's thesis, Isfahan:Isfahan university, Faculty of Psychology(Text in Persian)
- Felicity, A.C. and Rebecca, J.P.(2012).The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2): 100-105.
- Fix, R.L. and Fix, S.T.(2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: a critical review. *Aggression Violent Behavioural*, 18(2): 219–227.
- Luminet O.(2004). Measurment of depressive rumination and associated constructs, depressive rumination: nature. *Theory and Treatment*, 6(1): 187-215.
- Nolen S. and Morrow J.(1991). A preospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 loma prieta earthquake, *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(1): 115-121.
- Pourmohammadi, S. and Bagheri, F. (2015). Effectiveness of mindfulness training on automatic cognitive processing, *Psychological Studies*, 11 (3): 141-160(Text in Persian).
- Rice, K.G. and Pence, S.L.(2006). Perfectionism and obsessive-compulsive symptoms, *Journal Psychopathology Behavior Assess*, 28(4):103–111.
- Sachse, S., Keville, S. and Feiqenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulnessbased cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Paychology and Psychotherapy*, 84 (2): 184-200.
- Salmanpour, H., Farid, A., Salmanpour, S. and Ghasemzadeh, A. (2014). Relationship between initial maladaptive schemes and perfectionism: testing an ali model, *Journal of Modern Psychological Research*, 9 (35): 81-97(Text in Persian).
- Stein, A., Denys, M., Hollander, F., Leckman, B., Pollock, C. L., Mikami, A. Y., Pfiffner, L. and McBurnett, K. (2009). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 6(4): 47-55.
- Stoeber, J. and Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches,

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره نقص / شرم، نشخوار ذهنی و ۱۴۵

evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(6): 295–319.

Tajik Zadeh, F., Sadeghi, R. and Karimiyan, F.(2013). Relationship between fear of image of body and mental rumination in female students, *Sadra Medical Science Journal*, 1 (3): 189-198(Text in Persian)

Terry-short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D. and Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism, *Personality and Individual Differences*, 1(8): 663-668.

Williams, J.M.G., Duggan, D.S., Crane, C. and Fennell, M.J.V. (2006). Mindfulness-basedcognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior, *Journal of Clinical Psychology*, 6 (2): 201-210.

**Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy
on Schema Fectiveness/Shame, Rumination and
Social Isolation of Women**

Rezvaneh Abbasi* and Mohammad Khademloo**

Abstract

The purpose of the present study was to evaluate the effectiveness of Mindfulness-based Cognitive therapy on Schema fectiveness/shame, rumination and social isolation of women perfectionist in Gorgan in 1395. The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design. To this end, 60 individuals with qualitative criteria who were referred to the Sirjandian Psychology Institute in Gorgan to receive counseling services were selected and randomly assigned in two groups of experimental and control. Terry and shorts perfectionism questionnaires, Nalen and Hoeksma rumination questionnaires, Russell social isolation inventory and Yang's early maladaptive Schema questionnaire were performed before and after treatment. Participants in the experimental group were trained in groups of 8 sessions of 90 minutes. One-way covariance analysis a were used for data analysis. The results of this study showed that Mindfulness-based Cognitive therapy has modulated the defect/ shame schema, reduced rumination and social isolation in the experimental group in the post-test. It seems that Mindfulness-Based Cognitive Therapy has had a beneficial effect in reducing perfectionism.

Keywords:

Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Perfectionism, Rumination, Schema fectiveness / Shame, Social Isolation.

* Master of Clinical Psychology, Student of Islamic Azad University, Sari Branch

** Doctor of Social Medicine, Faculty of Mazandaran University of Medical Sciences.

received: 2016-12-17

accepted :2018-02-21

DOI: 10.22051/psy.2018.13131.1304