

نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه در ارتباط با کمال‌گرایی و نشانگان افسردگی

شکوفه مظفری^۱، قوام ملتفت^۲

چکیده

افسردگی به عنوان یک اختلال شایع روانی با علایمی همچون ناراحتی، ازدست دادن علاقه و لذت، احساس گناه و عدم اعتماد به نفس، اختلال خواب و اشتها تعریف شده است. هدف این پژوهش بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی می‌باشد. این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی است که به شکل معادلات ساختاری انجام گرفته است. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان شهر شیراز که در سال ۱۴۰۱-۴۰۲ مشغول به تحصیل بوده‌اند بدین منظور ۲۸۵ (۱۰۹ پسر، ۱۷۶ دختر) دانش‌آموز در به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و به پرسش‌نامه‌ای متشکل از پرسش‌نامه کمال‌گرایی (Stober, 1998)، پرسش‌نامه طرحواره Young Schema Questionnaire (YSQ) (نسخه سوم فرم کوتاه) که توسط Yang & wang (2017) و مقیاس افسردگی اضطراب (Lovibond & Lovibond, 1995) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری تحلیل شدند. مدل اندازه‌گیری نشان داد که متغیرهای آشکار (بهم ریختگی، نقص، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و شکست) بخوبی طرحواره‌های ناسازگار را اندازه‌گیری می‌کند. متغیرهای انتظارات و انتقادگری، شک و نگرانی و استانداردهای شخصی کمال‌گرایی را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین، نشانگان افسردگی توسط شاخص‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی سنجیده می‌شود مدل‌های اندازه‌گیری از برازش مطلوبی نیز برخوردار بودند. نتایج مدل ساختاری حاکی از آن بود که افسردگی بوسیله کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه قابل پیش‌بینی می‌باشد. یافته‌های مذکور نشان داد که کمال‌گرایی اثر مستقیم و غیر مستقیم بواسطه طرحواره‌های ناسازگار بر افسردگی دارد لذا، می‌توان با شیوه‌های مشاوره مبتنی بر تغییر طرحواره‌ها و شیوه‌های تربیتی مبتنی بر عدم کمال‌گرایی از شدت افسردگی کاست یا اینکه از ظهور نشانگان افسردگی جلوگیری به عمل آید.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، طرحواره‌های ناسازگار، افسردگی و اضطراب

^۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی.

^۲. دانشیار روان‌شناسی تربیتی مدرس دانشگاه فرهنگیان فارس.

*. نویسنده مسئول مقاله: ghavam.moltafet59@gmail.com

مقدمه

اختلال‌های افسردگی^۱، یکی از شایع‌ترین بیماری روان‌شناختی است که بار اجتماعی-اقتصادی سنگینی نیز در پی دارد. این اختلال به عنوان یک اختلال ذهنی شایعی مطرح است که با علایمی همچون ناراحتی، ازدست دادن علاقه و لذت، احساس گناه و عدم اعتماد به نفس، اختلال خواب و بی‌اشتهایی، خستگی و تمرکز ضعیف همراه است (Stange, Sylvia, da Silva Magalhaes, Miklowitz, & Deckersbach, 2013). اختلال افسردگی با میزان شیوع ۱۰ تا ۲۵ درصد در کنار اختلال‌های اضطرابی مرتبه نخست میزان شیوع اختلال‌های روانی را به خود اختصاص داده‌اند (Enns, & Swinson, 1998, Bieling, CoxJ, Antony).

هرچند افسردگی در طول دوره ابتدایی نیز وجود دارد، اما در نوجوانی به دلیل تغییرات هورمونی، رشد تفکر انتزاعی و بحران بلوغ به اوج خود می‌رسد. این موضوع نه تنها می‌تواند مانع اجرای آزمون شود و بر کلیت یک برنامه مطالعاتی تأثیرگذار بلکه توسعه فردی را نیز محدود می‌کند (Barnhofer, T., & Chittka, 2010). افسردگی یک مشکل جدی برای بسیاری از دانش‌آموزان است، بنابراین، توجه و رسیدگی به آن بسیار ضروری است. افسردگی بر کیفیت زندگی فرد و سطح عملکرد وی در زمینه‌های گوناگون تأثیر می‌گذارد (Hewitt, Smith, Ge, Mössler, & Flett, 2022).

نکته‌ای که اهمیت مطالعه افسردگی را دوچندان می‌کند، آن است که امکان ابتلای به افسردگی برای تمامی افراد وجود دارد و هیچ‌کسی مستثنی نیست. مطالعات حاکی از آن است که دارا بودن نشانه‌های افسردگی پیش‌بالینی^۲ با افسردگی در سال‌های آینده در ارتباط است (Härter, , & Prien, 2023). این واقعیت حداقل دو ضرورت را ایجاب می‌کند: نخست، توجه به پیشگیری از ابتلای افراد مستعد به اختلال‌های افسردگی و دوم، توجه به جمعیت کلی افراد و ضرورت شناسایی پیشایندهای افسردگی در عموم افراد به منظور پیشگیری و درمان این اختلال در افراد جامعه ضروری بنظر می‌رسد.

عوامل زیادی در شکل‌گیری و تداوم افسردگی نقش دارند. پژوهش‌ها نشان دادند که عوامل فردی (زیستی)، روان‌شناختی، شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی بر افسردگی اثر می‌گذارد (Bachar, Gur, Canetti Berry, & Stein, 2010). بر اساس پژوهش‌ها عوامل شخصیتی چون روان‌رنجورخویی^۳، کمال‌گرایی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ و عوامل خانوادگی مانند تشنج در خانواده یا جدایی و مرگ والدین می‌تواند در بروز این اختلال موثر باشد (Sumi, K., & Kanda, 2002). یکی از عوامل فردی مهم در شکل‌گیری نشانگان افسردگی کمال‌گرایی می‌باشد. در ارتباط با کمال‌گرایی می‌توان

^۱. Depressive disorders

^۲. Premorbid symptoms

^۳. Neuroticism

^۴. Early maladaptive schema

گفت: بدون تردید برخی افراد دوست دارند کارهای‌شان را بدون هیچ نقصی انجام داده و اگر حتی یک اشتباه کوچک مرتکب شوند، خود را سرزنش می‌کنند و با این خودسرزنشگری و ارزیابی منفی مشکلاتی برای سازگاری خویش ایجاد می‌کنند (Black & Reynolds, 2013). این ویژگی نمونه‌ای بارز از القای حالت یا خصیصه‌ای روانی است که با عنوان کمال‌گرایی مطرح می‌شود. بر اساس دیدگاه فلت (Flett, & Hewitt, 2002, 2015) تمایل به انتخاب استانداردهای بسیار بالا که با عنوان "استانداردهای شخصی" شناخته می‌شود، مهم‌ترین ویژگی کمال‌گرایی شناخته شده است. این نظریه‌پردازان تاکید دارند که این استانداردهای بالا با تمایل به ارزشیابی‌های خودانتقادی از رفتار همراه است که به شکل "نگرانی افراطی درباره اشتباهات" و "عدم قطعیت راجع به اعمال و باورها" خود را نمایان می‌سازد. کمال‌گرایان برای "انتظارات و ارزشیابی‌های والدینی" اهمیت زیادی قائل هستند. ویژگی آخر اینکه کمال‌گرایان بر نظم، ترتیب و پاکیزگی تاکید زیادی دارند. به هر حال کمال‌گرایی دارای جنبه‌های متعددی بوده و ابعاد گوناگون کمال‌گرایی با ویژگی‌های متفاوت وجود دارد. در نتیجه، کمال‌گرایی به صورت یک منش شخصیتی چندبعدی بهتر قابل درک خواهد بود (Frost, Marten, 1990). (Marsh, 2022). کمال‌گرایی را به عنوان سوگیری شناختی تعریف می‌کنند که افراد به برخی جنبه‌های شناخت توجه افراطی نشان می‌دهند. بر اساس این دیدگاه افراد کمال‌گرا در تلاش برای دستیابی به نتایج کامل و بدون نقص هستند که این امر ممکن است آسیب‌های متعددی را متوجه آنان کند (Stoeber, 2015). کمال‌گرایی به صورت گرایش به سوی عملکرد بی نقص، تعیین اهداف در سطح بالا و ارزیابی‌های سخت‌گیرانه نسبت به خود نیز تعریف شده است (Felt & Hewitt, 2015). کمال‌گراها اهمیت زیادی به ارزیابی‌های دیگران می‌دهند، از عدم تایید توسط دیگران نگرانند و از انجام کارهایی که باعث رنجش و در نتیجه عدم تایید دیگران می‌شود، اجتناب می‌ورزند. در جمع بندی از تعاریف گوناگون، کمال‌گرایی به صورت خلاصه تلاش برای بی عیب بودن تعریف می‌شود (Marsh, 2022).

(Stoeber, 2015) بین انواع کمال‌گرایی تمایز قایل شد. او بر این باور است که دو نوع کمال‌گرایی بهنجار (مثبت)^۱ و کمال‌گرایی ناهنجار (منفی) وجود دارد. به باور این پژوهشگر، کمال‌گرایی بهنجار اهداف منطقی وضع می‌کند و در زمان نیل به این اهداف احساس رضایت دارد، اما کمال‌گرایی ناهنجار، اهداف غیرواقعی برای خود وضع می‌کند و از پذیرش اشتباهات خود سرباز می‌زند. کمال‌گرایی منفی با پیامدهای آسیب‌شناختی نظیر عزت نفس پایین (Flamarique, Plana, Castro, Fornieles, Borràs & Moreno, 2019)، اضطراب و تعلل خودسرزنشگری، خودانتظاری، احساس گناه (Wheeler & Blankstein, 2019) و نشانگان افسردگی مرتبط است. درحالی که کمال‌گرایی مثبت باتجارب سالم‌تر نظیر کوشش برای پیشرفت، عاطفه مثبت، عزت نفس بالا، خودکارآمدی و

¹. Positive perfectionism

خودشکوفایی در ارتباط قرار می‌گیرد (Wang, Yuen & Slane, 2009). دیدگاه غالب اخیر پیرامون کمال‌گرایی بر چند بعدی بودن آن تاکید دارد.

کمال‌گرایی اغلب به عنوان یک کوشش و تلاش شدید برای اهداف سطح بالای غیرواقعی و تمرکز بر کاستی‌ها در دستیابی به این اهداف تعریف شده است (Siah, & Pung, 2022). کمال‌گرایی را سازه‌ایی چند بعدی شامل کمال‌گرایی خودمدار، جامعه مدار، دیگرمدار می‌دانند. کمال‌گرایی خودمدار عبارت است از تمایل به وضع معیارهای غیرواقع بینانه برای خود، تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق، این شکل از کمال‌گرایی نزدیک‌ترین بعد به سازه‌ایی است که اغلب به عنوان کمال‌گرایی شناخته می‌شود. کمال‌گرایی دیگرمدار، بیان‌کننده تمایل به داشتن انتظارات منفی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است و کمال‌گرایی جامعه مدار، به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورد ساختن انتظارات القا شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تاییده اطلاق شده می‌شود (Feltt & Hewitt, 2002, 2015).

پژوهش‌هایی که به مطالعه رابطه میان این دوسازه روان‌شناختی کمال‌گرایی و افسردگی پرداخته نشان داده‌اند که ابعاد کمال‌گرایی با افسردگی رابطه دارد؛ بدین صورت که کمال‌گرایی منفی و روان رنجورخو افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (Mathew, Dunning, Coats & Whelan, 2014). یکی دیگر از عامل موثر بر شکل‌گیری نشانگان افسردگی، طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه است. طرحواره‌ها درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم پیدا کرده‌اند این طرحواره‌ها الگوی کلی درباره خود و دیگران هستند که به شدت ناکارآمدند (Lumley, 2007 & Harkness). طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (Cámara & Calvete, 2012). طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، هدف‌ها و چشم‌داشت‌های غیرواقع بینانه خود را نشان می‌دهند. یانگ و همکاران (yang, bae & lee, 2012) طرحواره ناسازگار اولیه را در پنج گروه ۱: (بریدگی / طرد) شامل: زیرمجموعه‌های محدودیت هیجانی ره‌اشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی نقص / شرم. ۲: (خودگردانی و عملکرد) مختل شامل شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب پذیری نسبت به زیان یا بیماری خودتحويل نیافته / گرفتار. گروه سوم: (محدودیت‌های مختل) شامل استحقاق / بزرگ منشی و خویشتن داری / خود انظباتی ناکافی. گروه چهارم: (دیگر جهت مندی) شامل تمرکز افراطی بر نیازها، تمایلات و احساسات دیگران، اطاعت و از خود گذشتگی.

و گروه پنجم: (گوش به زندگی بیش از حد و بازداری) طبقه بندی کرده‌اند (Vatani & Namdarpour, 2022).

از آنجا که طرحواره هسته خودپنداره افراد را شکل می‌دهند، اگر داری محتوای ناسازگار باشند افراد را مستعد تجربه‌ها و احساس‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی می‌شوند. بررسی‌های چندی که در این زمینه انجام شده نشان می‌دهند که طرحواره‌های در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روان‌شناختی همچون اختلال‌های شخصیت، افسردگی مزمن و اختلال‌های اضطرابی نقش دارند (Lovibond, 1998). نتایج پژوهش‌ها همچنین، نشان داده است طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط منفی با صفات مثبت از قبیل اعتماد به نفس، عاطفه مثبت و ارتباط مثبت با صفاتی از قبیل اختلال شخصیت، درماندگی، عاطفه منفی و اختلال عملکرد نگارش دارند (Bishop, 2022).

Lovibond (1995) نشان داد که افراد با طرحواره‌های ناسازگار افسردگی و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کنند. وی در بررسی خودعلائم افسردگی راباد و طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی و فداکاری به صورت معنادار پیش‌بینی کردند. پژوهش‌های دیگری نیز نشان دادند که کمال‌گرایی نیز منجر به احساس افسردگی و اضطراب می‌شود (Smith & Hewitt, 2022) در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که طرحواره‌های ناسازگار منجر به هیجانهایی منفی می‌شود و بر عکس طرحواره‌های سازگار منجر به عملکرد بهینه می‌شود. همچنین، بین طرحواره‌های ناسازگار و کمال‌گرایی رابطه وجود دارد و یکی از نشانگان افراد کمال‌گرا تعلل ورزی، استرس و اضطراب می‌باشد. باتوجه به مباحث مطرح شده و ادبیات پژوهش‌های ذکر شده این پژوهش درصدد آن است با تلفیق و ترکیب این متغیرها در قالب نو به بررسی پیشایندهای نشانگان افسردگی بپردازد چیدمان و بررسی این موضوع چند نوآوری عمده دارد اول اینکه با تلفیق و ترکیب این متغیرها این پژوهش درصدد آن است که طرحی نو و به شکل مدل این متغیرها را بررسی کند دوم اینکه به جای تمرکز صرف بر نشانگان افسردگی و همپوشانی آن با اضطراب تاکید دارد و جواب این پژوهش می‌تواند اطلاعات سودمندی در اختیار روان‌شناسان و مشاوران و کسانی که با اختلال‌های هیجانی و رفتاری سروکار دارند، قرار دهد. با توجه به مباحث مطرح شده این پژوهش درصدد پاسخ‌گویی به این سوال است؛ آیا کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگاری اولیه می‌تواند با نشانگان افسردگی رابطه داشته باشند؟ یا به عبارتی می‌توان پیشایندهای نشانگان افسردگی را در متغیرهای شخصی مانند کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیدا کرد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی است که به شکل و طرح معادلات ساختاری انجام گرفته است. کمال‌گرایی به عنوان متغیر برون زاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر واسطه‌ای و نشانگان اختلال افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد در نظر گرفته شده‌اند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی دانش آموزان دختر و پسر که در مشغول تحصیل بودند گروه نمونه در این پژوهش شامل ۳۱۰ نفر از دانش آموزان متوسطه دوم شهر شیراز بودند که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی از انتخاب شدند. شیوه کار بدین صورت بود که ابتدا به صورت تصادفی ناحیه ۲ و ۳ انتخاب شد و در هر ناحیه ۴ مدرسه و جمعا ۸ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و سپس کلیه دانش آموز حاضر در کلاس‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌ای متشکل از مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی فراست (۳۱) پرسش‌نامه طرحواره یانگ (YSQ) (نسخه سوم فرم کوتاه) توسط یانگ (۳۲) و مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (۳۳) را پاسخ دادند. ۲۵ پرسش‌نامه به دلیل ناقص پر شدن کنار گذاشته شد لذا، تحلیل داده‌ها بر روی ۲۸۵ نفر (۱۰۹ پسر و ۱۷۶ دختر) انجام گرفت.

ابزار پژوهش

ابزارهای پژوهش شامل سه مقیاس زیر بود

۱. مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی فراست^۱ (FMPS) (Stober(1998). با توجه به نظریه فراست و با تجدید نظر در مقیاس وی شش بعد برای ارزیابی (سنجش) کمال‌گرایی در مقیاس لیکرت معرفی می‌کند که شامل این ابعاد می‌باشد: نگرانی درباره اشتباهات، استانداردهای شخصی، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، شک درباره اعمال و سازمان (نظم). با وجود محبوبیت رو به افزایش این مقیاس در پژوهش‌های بالینی و شخصی، برخی انتقادات برای ناپایداری عاملی آن در نمونه‌ها وارد شده است. Stober(1998) روایی و پایایی مقیاس مذکور را مناسب گزارش داده‌اند. در این پژوهش ضریب از سه خرد مقیاس شک و نگرانی درباره اشتباهات، انتظارات و انتقادگر والدینی و استانداردهای شخصی استفاده شد که آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵، و ۰/۷۹ بدست آمد. سوال ۱۹ به دلیل همبستگی پایین از پرسش‌نامه حذف شد. با توجه به مدل که در یافته‌ها ذکر شده پرسش‌نامه مذکور بخوبی سه عامل را می‌سنجد.

۲. مقیاس طرحواره یانگ (YSQ) (نسخه سوم فرم کوتاه) توسط یانگ (۳۲) ساخته شده است که از ۶۷ گویه و ۱۰ خرده مقیاس شکست / وابستگی (۱۰ سوال)، انزوای اجتماعی / بازداری هیجانی (۶ سوال)، محرومیت هیجانی (۴ سوال)، نقص (۳ سوال)، جلب توجه (۶ سوال)، به هم ریختگی

¹. Frost Multidimensional Perfectionism Scale

(۷سوال)، ترک شدگی (۳سوال)، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری (۶سوال) خودقربانی کردن (۸سوال)، تنبیه / معیارهای ناعادلانه (۵سوال) و بی اعتمادی (۴سوال) تشکیل شده است که به منظور ارزیابی طرحواره های ناسازگارانه شناختی بکار می‌رود. این مقیاس از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. در این پژوهش نتایج نشان داد متغیرهای آشکار بخوبی مولفه طرحواره های ناسازگار را می‌سنجد که این مساله حاکی از معتبر بودن ابزار مذکور دارد.

۳. مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (Lovibond & Lovibond, 1995). این مقیاس ۲۱ ماده ای نشانه های افسردگی را در مقیاس چهار درجه ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه های عواطف منفی بشمار می‌رود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تایید شده است. بشارت ضرایب آلفای کرونباخ را در جمعیت عمومی برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب ۰/۸۹ و تنیدگی ۰/۹۱ گزارش کرده است. همچنین، روایی آن را با روایی همگرایی و واگرایی مناسب گزارش کرده است. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۷ برای اضطراب ۰/۸۹ و برای تنیدگی ۰/۸۶ بدست آمد که نشانگر پایایی مناسب مقیاس است.

داده‌های جمع اوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

در ابتدا برای اینکه تصویر روشن تری از وضعیت مشارکت کنندگان در پژوهش بدست بیاید در جدول ۱ شاخص‌های اماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرها آورده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
افسردگی	۳/۲۱	۱/۸۸۳	-۰/۱۵۳	-۰/۵۴۴
اضطراب	۲/۸۶	۱/۵۴	-۰/۲۳	-۰/۲۶
تنیدگی	۳/۴۴	۲/۰۱	۰/۱۷	۰/۱۹
شکست و وابستگی	۲۵/۸۰	۵/۷۴۷	۰/۵۹۵	۰/۴۰
انزوای اجتماعی	۱۶/۷۵	۴/۴۷۶	۰/۱۲۸	۰/۱۹۹
محرومیت هیجانی	۱۰/۱۷	۴	۰/۳۷۷	-۰/۴۳۶
نقض	۷/۱۲	۲/۴۹۷	۰/۴۵۹	-۰/۱۲۷
به هم ریختگی	۱۶/۹۱	۵/۱۴۱	۰/۴۸۷	۰/۲۲۱
کمالگرایی	۱۰۹/۴۱	۱۴/۸۲	-۰/۰۶۳	۰/۷۱۸

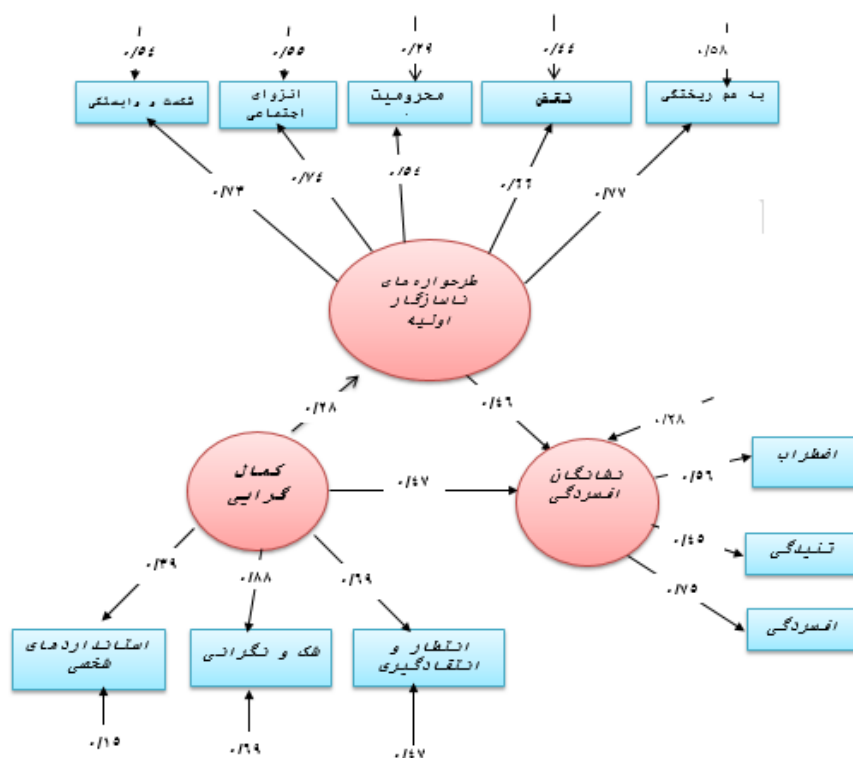
نظم و سازمان	۲۶/۸۵	۵/۸۷۶	-۰/۶۹۷	-۰/۱۰۲
استانداردهای شخصی	۲۴/۰۲	۴/۱۱۴	-۰/۱۴۱	۰/۳۳۸
شک و نگرانی	۳۴/۲۹	۷/۱۲۸	۰/۰۴۲	۰/۱۳۸
انتظار و انتقادگری والدین	۲۷/۲۲	۵/۱۲۹	۰/۰۳۴	-۰/۰۷۱

در متغیر افسردگی میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳/۲۱ و ۱/۸۸ بود در متغیر کمالگرایی میانگین ۱۰۹/۴۱ و انحراف معیار ۱۴/۸۲ بود. همچنین، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های کمالگرایی و طرحواره‌ها در جدول ۱ ذکر شده است. گفتنی است تمامی شاخص‌های کجی و کشیدگی کم‌تر از قدر مطلق یک می‌باشد که این مساله بیانگر آن است که توزیع داده‌ها به شکل بهنجار می‌باشد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	استانداردهای شخصی	شک و نگرانی	انتقادگری والدین	شکست و وابستگی	انزوای اجتماعی	محرومیت هیجانی	نقض	به هم ریختگی	افسردگی	اضطراب	تنبیدگی
استانداردهای شخصی	۱										
شک	۰/۵۸**	۱									
نگرانی			۱								
انتقادگری	۰/۴۱**	۰/۵۹**									
والدین				۱							
شکست و وابستگی	-۰/۱۵۴*	۰/۰۵۱	۰/۳۶*								
انزوای اجتماعی	-۰/۲۰**	۰/۰۴۴	۰/۳۷۱**	۰/۲۷**	۱						
محرومیت هیجانی	-۰/۱۱*	۰/۴۳**	۰/۲۶**	۰/۱۹**	۰/۱۳*	۱					
نقض	-۰/۲۶**	۰/۴۱**	-۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۰۹۶	۰/۴۴**	۱				
به هم ریختگی	۰/۱۹**	۰/۰۶۳	۰/۴۴**	۰/۳۷**	۰/۲۶**	۰/۵۵**	۰/۵۱	۱			
افسردگی	۰/۲۳**	۰/۰۴۳	۰/۴۶**	۰/۳۶**	۰/۴۵**	۰/۴۲**	۰/۵۴**	۰/۶۵**	۱		
اضطراب	۰/۲۴**	۰/۱۰	۰/۴۷**	۰/۳۳**	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۵۳**	۰/۴۴**	۰/۷۱**	۱	
تنبیدگی	۰/۳۴**	۰/۱۶	۰/۲۷**	۰/۳۴**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۵۴**	۰/۴۷**	۰/۶۴**	۰/۶۹**	۱

بر اساس نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی رابطه‌ای معنادار وجود دارد. بیش‌ترین ضریب مربوط به خرده مقیاس بهم ریختگی و نقص است که به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۴ با افسردگی رابطه دارد سایر مولفه‌ها نیز دامنه رابطه بین ۰/۲۳ تا ۰/۴۵ با افسردگی رابطه مثبت دارد. متغیرهای پژوهش با اضطراب و تنیدگی نیز دامنه رابطه ۰/۱۰ تا ۰/۵۴ می‌باشد به بیان دیگر، خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار و کمال‌گرایی با همه نشانگان افسردگی از جمله اضطراب و تنیدگی رابطه مثبت و معنا دار دارد، یعنی هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (شکست و وابستگی، عزت‌نازی اجتماعی، محرومیت، نقص، بهم ریختگی) افزایش یابد، میزان افسردگی، اضطراب و تنیدگی هم افزایش می‌یابد. باتوجه به اینکه هدف این پژوهش بررسی پیشایندهای افسردگی در رابطه با طرحواره‌های ناسازگارانه و متغیر کمال‌گرایی می‌باشد از مدل معادلات ساختاری استفاده شد که در نمودار زیر ضرایب ساختاری و اندازه گیری متغیرهای پژوهش آورده شده است.



شکل ۲. مدل اثرکمال‌گرایی برافسردگی بانقش واسطه‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه

در نمودار تاثیر متغیرها بر هم آمده است همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در بخش مدل اندازه‌گیری متغیر آشکار شکست و وابستگی با ضریب $0/73$ ، انزوای اجتماعی با ضریب $0/74$ ، محرومیت هیجانی $0/54$ ، نقص با ضریب $0/66$ و به هم ریختگی با ضریب $0/77$ متغیر نهان طرحواره‌های ناسازگار را بخوبی اندازه‌گیری می‌کند. همچنین، متغیرهای آشکار کمال‌گرایی با دامنه ضرایب $0/39$ تا $0/88$ بخوبی متغیر نهان کمال‌گرایی را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص افسردگی با ضریب $0/75$ اضطراب با ضریب $0/56$ و تنیدگی با ضریب $0/45$ بخوبی نشانگان افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند.

در ارتباط با مدل ساختاری نتایج حاکی از آن است که کمال‌گرایی با ضریب $0/47$ و $0/28$ به صورت مستقیم نشانگان افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اثر دارد و کمال‌گرایی با $0/13$ بصورت غیر مستقیم با نشانگان افسردگی در ارتباط می‌باشد همچنین، طرحواره‌های ناسازگار $0/46$ اثر مثبت و مستقیم بر نشانگان افسردگی دارد.

به منظوربرآزش مدل مذکور از شاخص‌های GFI، RMSEA و NFI استفاده شد که با توجه به پیشنهاد متخصصین امار درباره شاخص RMSEA هرچه نزدیک به صفر باشد، نشانگر برآزش بهتر مدل است و سایر شاخص‌ها اگر بالای $0/90$ باشد، نشانگر برآزش بهتر مدل دارد. در جدول ۳ شاخص‌های برآزش مدل آورده شده است. شاخص‌های برآزش مدل که در جدول ۳ نشان داده شده است حاکی از آن است که کلیت مدل از برآزشی مطلوب برخوردار است.

جدول ۳. مشخصه‌های برآزش را نشان می‌دهد.

AGFI	RMSEA	CFI	PCFI	TLI	CMIN/DF	P	DF	CMIN
0/95	0/06	0/98	0/58	0/96	2/062	0/029	9	18/557

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه کمال‌گرایی با افسردگی و نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام گرفته است. برای نیل به این هدف با توجه به پیشینه نظری و تجربی متغیرهای پژوهش یک مدل مفهومی پیشنهاد و با استفاده از مدل معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. ضریب مسیر بین کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه $0/58$ و کمال‌گرایی و نشانگان افسردگی $0/47$ و با طرحواره‌های ناسازگار اولیه $0/28$ شده است و ضرایب عاملی مقادیر قابل قبولی گرفته است طرحواره‌های ناسازگار در ارتباط با کمال‌گرایی و نشانگان افسردگی نقش واسطه‌ای دارد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود شاخص‌های برآزش مدل وضعیت مطلوبی را نشان می‌دهند. شاخص RMSEA نیز برابر با $0/07$ در دامنه مورد قبول قرار دارد، لذا، مدل دارای خطای کمی است نسبت مقدار کای-دو بر درجه آزادی که برابر $2/69$ است و مقداری کم‌تر از 5 دارد و نیز نشان‌دهنده مناسب بودن برآزش

مدل می‌باشد. شاخص برازندگی (GFI) نیز مقدار ۰/۹۵ محاسبه شده و به یک نزدیک است. بنابراین، می‌توان به این نتیجه رسید که کمال‌گرایی هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم به واسطه متغیر طرحواره ناسازگار اولیه می‌تواند افسردگی را در فرد تحت تأثیر قرار دهند. نتایج پژوهش در راستای نتایج پژوهش Barnhofer, T., & Chittka, 2010 و Vatani,., & Namdarpour, 2022 و Lunn et al, 2023 بوده است چرا که این پژوهشگران نیز نشان داده اند طرحواره های ناسازگار با نشانگان افسردگی، اضطراب و تنیدگی رابطه مثبت دارد. از سوی دیگر، در ارتباط با اثر مثبت کمال‌گرایی بر افسردگی نتایج این پژوهش همسو با یافته های Xu, 2013 و Egan., Wade Öst, و Cuijpers, & Shafran, (2023). است.

بیش‌تر پژوهشگران برآین اصل توافق دارند که معیارهای بالا برای عملکرد مفهوم اساسی کمال‌گرایی است و کمال‌گراها بر این باورند آنها باید در هر کاری به حد کمال برسند و به بهترین نحو آن را انجام دهند و گرنه راضی نخواهند بود. شخصی با این خصوصیات باید در قضاوت صددرد صد اشتباه نکند. اگر این‌گونه افراد به ایده‌آل‌های خود ساخته و بسیار دشوار خود نرسند، اضطراب و احساس تقصیر به آنها دست خواهد داد، خود را سرزنش می‌کنند، حتی اگر آن افراد در شرایط دشواری پرورش یافته باشند، احساس می‌کنند که این عوامل نباید از رسیدن به مقاصد آنها جلوگیری کند زیرا که به تصور خود باید به قدری قوی باشند که بتوانند تمام سختی‌ها را تحمل کنند این احساس سطح تنش و فشار روانی را در فرد بالا می‌برد که منجر به افسردگی و اضطراب می‌شود. تلاش بسیاری از افراد کمال‌گرا در راستای این امر است که آنها باید در هر کاری به حد کمال برسند و به بهترین نحو آنرا انجام دهند و گرنه راضی نخواهند شد، یعنی هرچه میزان کمال‌گرایی افزایش یابد میزان اضطراب پنهان نیز افزایش می‌یابد. در واقع، افراد با طرحواره های آسیب پذیری و شکست، انتظاراتی درباره خود و محیط دارند که با توانایی‌های ادراکی‌شان برای جدایی، بقا، عملکرد مستقل و یا انجام موفقیت آمیز تکالیف، تداخل دارد. به بیان دیگر، این افراد در بیش‌تر موارد ادراک این که جهان جای خطرناکی است و در صورت رویارویی با آن دچار شکست می‌شوند را داشته و در نتیجه، اعتماد به نفس کاهش یافته ای هنگام رویارویی با موقعیت‌ها دارند. از این رو، میزان تهدید کنندگی موقعیت‌ها را بیش‌برآورد می‌کنند و نمی‌توانند با آن سازگار شوند. به باور یانگ (۲۰) طرحواره ها هسته خود پنداره را تشکیل می دهند و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تاثیر می‌گذارد و از این رو، طرحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب پذیر کنند طرحواره ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار می رود. به این ترتیب، طرحواره ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را مشخص می نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می کند. این ادراک به دلیل اینکه طرحواره ها ماهیت خود تداوم بخشی دارند در سراسر زندگی ادامه پیدا می کند و با گستره ای از مشکلات روان‌شناختی ارتباط

می‌یابند که به نظر می‌رسد یکی از آنها کمال‌گرایی باشد. افراد کمال‌گرا به دلیل اینکه گرایش به سوی عملکرد بی نقص و تعیین اهداف در سطح بالا و ارزیابی سخت گیرانه نسبت به خود دارند و اهمیت زیادی به ارزیابی دیگران می‌دهند و از اینکه دیگران او را با دید منفی نگاه نکنند نگرانند و تلاش برای بی نقص و عیب بودن دارند این نوع نگرش‌ها با اضطراب سرزنش‌نگری، احساس گناه، اضطراب ن-شانگان افسردگی و همراه باشد. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که کمال‌گرایی بصورت کلی و کمال‌گرایی در تربیت فرزند به همراه داشتن طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند سم مهلکی می‌ماند که ریشه تربیت و پرورش کودک را دچار آسیب می‌کند و افراد مطابق نتایج این پژوهش افسردگی را تجربه می‌کنند. لذا، از دل این نتیجه پژوهش می‌توان توصیه کرد که والدین قبل از فرزند آوری و تربیت فرزند با نقش‌کیدی والدگری آشنا بشوند و خطرهای احتمالی کمال‌گرایی و داشتن طرحواره‌های ناسازگار برای آنها گوشزد شود، مشاوران نیز با توجه به نتایج تحقیق می‌بایست به آموزش و توصیه‌های کاربردی عاری از کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اهتمام ویژه داشته باشند. از آنجا که وجود طرحواره‌های ناسازگار منجر به پیامدهای منفی مانند افسردگی می‌شود، طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک مساله مهم برای والدین در نظر گرفته شود. همچنین، به پژوهشگران دیگر توصیه می‌شود اثر طرحواره درمانی را بر کاهش نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی و سایر اختلالات مرتبط مورد کنکاش و بررسی قرار دهند.

نتیجه‌گیری

افرادی که انتظارات بالا و معیارهای شخصی بالایی برای خود در نظر می‌گیرند و درباره توانایی خود دچار شک و تردید می‌شوند، منجر به پیدایش طرحواره‌های ناسازگار از جمله بهم ریختگی و انزوا می‌شوند که این مساله می‌تواند منجر به ظهور نشانگان افسردگی شود. لذا، از نتایج این پژوهش این گونه بر می‌آید که روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار و تلاش در جهت تغییر این طرحواره‌ها کمک کند تا نشانگان افسردگی کاهش یابد. مربیان، معلمان و والدین نیز با رفتارهای مشارکتی و تشویق همکاری می‌توانند باعث کاهش کمال‌گرایی افراد بشوند که به تبع آن افسردگی نیز کاهش خواهد یافت. در نهایت، اینکه این پژوهش در مورد جمعیت دانش آموزی انجام گرفته لذا، در تعمیم این نتایج به سایر گروه‌های سنی و جغرافیایی بایستی جانب احتیاط را رعایت کرد.

تقدیر و تشکر

از تمامی دانش‌آموزانی که در این پژوهش همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- Arana, F. G., & Furlan, L. (2016). Groups of perfectionists, test anxiety, and pre-exam coping in Argentine students. *Personality and Individual Differences*, 90, 169-173.
- Bachar, E., Gur, E., Canetti, L., Berry, E., & Stein, D. (2010). Selflessness and perfectionism as predictors of pathological eating attitudes and disorders: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 496-506.
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2015). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Barnhofer, T., & Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 275-281.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychology*, 28(1), 1-10.
- Black, J., & Reynolds, W. M. (2013). Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences*, 54(3), 426-431.
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130.
- Camara, M., & Calvete, E. (2012). P-122-Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: the role of dysfunctional coping strategies. *European Psychiatry*, 27(S1), 1.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 58-68.
- Young, J. E., Norman, S. B., & Thomas, J. E. (1995). A cognitive-behavioral model of depression. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Cherry, K. M., & Lumley, M. N. (2019). The longitudinal stability and predictive capability of positive and negative self-schemas in a multi-informant study of child and adolescent depressive symptoms and life satisfaction. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 4, 47-66.
- Chu, D. A., Williams, L. M., Harris, A. W., Bryant, R. A., & Gatt, J. M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: Relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 23-32.
- Deckersbach, T. (2013). Extreme attributions predict the course of bipolar depression: results from the STEP-BD randomized controlled trial of psychosocial treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 7069.

- Egan, S. J., Wade, T. D., Watson, H. J., Öst, L. G., Cuijpers, P., & Shafran, R. (2023). Towards high standards of evidence for cognitive behaviour therapy for perfectionism: A critique of Smith et al. (2023).
- Flamarique, I., Plana, M. T., Castro-Fornieles, J., Borràs, R., Moreno, E., & Lázaro, L. (2019). Comparison of perfectionism dimensions in adolescents with anorexia nervosa or obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 45.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2015). Measures of perfectionism. In *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 595-618). Academic Press.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Härter, M., & Prien, P. (2023). The Diagnosis and Treatment of Unipolar Depression: National Disease Management Guideline. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(20), 355
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). The multidimensional perfectionism scale. *Toronto: Multi-Health Systems Inc.*
- Hewitt, P. L., Smith, M. M., Ge, S. Y., Mössler, M., & Flett, G. L. (2022). Perfectionism and its role in depressive disorders. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(2), 121.
- Jin, S. U., & Moon, S. M. (2006). A study of well-being and school satisfaction among academically talented students attending a science high school in Korea. *Gifted Child Quarterly*, 50(2), 169-184.
- Luke, M., & Stopa, L. (2009). Psychological theories of the self and their application to clinical disorders. *Imagery and the threatened self: Perspectives on mental imagery and the self in cognitive therapy*, 15-64.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639-657.
- Lunn, J., Greene, D., Callaghan, T., & Egan, S. J. (2023). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-28
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2019). Young schema questionnaire-short form version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging & mental health*, 23(1), 140-147.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 332-348.

- Siah, & Pung, P. W. (2022). Perfectionism and Academic Adjustment among Undergraduates: The Coping Strategy as a Mediator. *Psychological Science & Education*, 27(5).
- Stöber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and individual differences*, 24(4), 481-491. Chicago.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism: Further findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 611-623.
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: A prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 817-826.
- Vatani, F., & Namdarpour, F. (2022). Behavioral problems in adolescents with maladaptive schemas: A qualitative study. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 12(2), 95-113.
- Wang, K. T., Yuen, M., & Slaney, R. B. (2009). Perfectionism, depression, loneliness, and life satisfaction: A study of high school students in Hong Kong. *The counseling psychologist*, 37(2), 249-274.
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(1), 66-91.
- wesselhoeft, R., Sørensen, M. J., Heiervang, E. R., & Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents—a systematic review. *Journal of affective disorders*, 151(1), -22.
- Xu, Z. Y., Zu, S., Xiang, Y. T., Wang, N., Guo, Z. H., Kilbourne, A. M., ... & Li, Z. J. (2013). Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: A preliminary survey. *Psychiatry research*, 209(3), 340- 345.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner' s guide: New York: Guilford Publication.
- Young, J. E. (1998). Young Schema Questionnaire--Short Form. *Cognitive Therapy and Research*.
- Yang & Wang, J. P. (2017). Reliability and validity of the young schema questionnaire in Tibetan adolescents. *Chinese Journal of Clinical Psychology*.

The Mediating Role of Early Maladaptive Schema in the Relationship Between Perfectionism and Depressive Symptoms

Shekofe Mozafari¹, Ghavam Moltafet²

Abstract

Background& Aim: Depression as a most common psychological disorder has been defined as symptoms such as discomfort, loss of interest and pleasure, feelings of guilt and lack of confidence, sleep disturbances, and disorientation. The purpose of this study was to investigate the Mediating Role of early maladaptive schema in the relationship between perfectionism and depressive symptoms.

Methods: the present study is descriptive study carried out in form of latent structural equation model. The statistical population include all of students in the sample consist of 285 students (176 females and 109 male) that selected by multi-cluster random sampling. All students completed the Frost Multi dimension perfectionism scale (FMPS), the Young Schema Questionnaire (YSQ) and the Depression anxiety stress scale (DASS, Lavibond&Lavibond, 1995). Data has been analyzed by using of SPSS and Amos software.

Results: the result of measurement model showed that all of observe variables (disorganization, defect, emotional deprivation, social isolation and failure and dependency) could measure Early maladaptive schema appropriately. In addition, latent perfectionism had three dimension. Depression symptoms measure appropriately by index anxiety, depression and stress. The results of structure model indicated that perfectionism had a direct effect on depressive symptoms and had an indirectly effect on depression through Early maladaptive schema

Conclusion: The findings showed that perfectionism has a direct and indirect effect on depression through early maladaptive schema. It can be done using counseling techniques based on schema change and based on educational practices reduce depression among adolescences

Keywords: Perfectionism, Maladaptive Schema, Depression and Anxiety

¹ M.A in education psychology

² Associated professor in education psychology Farhangian university.

*, Corresponding Author: ghavam.moltafet59@gmail.com