

اثربخشی مداخله بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی مردان دارای علائم شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد*

عیسی مرادی^۱، مریم فاتحی زاده^۲، احمد احمدی^۳، عذرا اعتمادی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۸/۲۰

تاریخ وصول: ۹۷/۰۶/۱۱

چکیده

خودشیفتگی پیامدهای منفی بین فردی زیادی دارد و رابطه زناشویی بستری مناسب برای بسیاری از این پیامدها است. پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان بین فردی فراشناختی (MIT) بر آسیب‌های تعاملی زوجی مرد خودشیفته انجام شد. در این پژوهش، از روش پژوهش مورد منفرد با طرح A-B-A استفاده شده است. بدین منظور دو زوج (۴ نفر) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای مردان پس از تعیین موقعیت خط پایه ۲۱ جلسه مداخله صورت گرفت و هم‌زمان همسران آن‌ها نیز پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. ابزار مورد استفاده مصاحبه نیمه ساختاریافته SCID، پرسشنامه شخصیت خودشیفته NPI-40 و پرسشنامه محقق ساخته‌ی آسیب‌های تعاملی بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش استفاده شد. در تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، مداخله در هر چهار آزمودنی اثربخش بوده است. میانگین نمرات از ۸۴/۶۶، ۲۱۲/۶۶، ۲۲۴/۳۳، ۱۹۳/۰۰ و ۲۴۵/۶۶ برای هر چهار آزمودنی در خط پایه به ۱۰۱/۰۰، ۱۱۳/۰۰، ۸۴/۶۶ و ۱۱۵/۰۰ در موقعیت مداخله رسید. درصد غیرهمپوشی داده‌ها (PND) در دو موقعیت خط پایه و مداخله برای چهار آزمودنی ۱۰۰ درصد بود. شاخص درصد بهبودی (MPI) نیز برای هر ۴ آزمودنی بالاتر از ۵۰ درصد بود که حاکی از معناداری بالینی درمان بود. این اثربخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود.

* این مقاله برگرفته‌شده از پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده نویسنده اول در دانشگاه اصفهان است.

۱. دانش آموخته‌ی دکتری مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

۳. استاد مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران

۴. دانشیار مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان MIT به دلیل تمرکز بر خودآگاهی، چرخه‌ها و طرح‌واره‌های بین فردی آسیب‌های تعاملی زوجی مردان خودشیفته را کاهش می‌دهد.

واژگان کلیدی: خودشیفتگی، درمان بین فردی فراشناختی، آسیب‌های تعاملی زوجی

مقدمه

متغیرهای شخصیتی و روابط صمیمانه را نمی‌توان به‌طور جداگانه مورد بررسی قرارداد (لبت^۱، ۲۰۰۶؛ گاینس^۲، ۲۰۱۶). یکی از ویژگی‌های شخصیتی که به شدت روابط صمیمانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد خودشیفتگی^۳ است، که از مفاهیم قدیمی در روان‌شناسی به‌ویژه مکتب روان‌تحلیل‌گری است و امروزه هم به‌عنوان نوعی اختلال در سطح بالینی و هم به‌عنوان صفت شخصیتی در سطح غیر بالینی موضوع مورد تحقیق در ادبیات پژوهشی است. علیرغم انجام پژوهش‌های زیاد از پیچیدگی و ابهام خودشیفتگی کاسته نشده و هنوز اختلاف‌نظرهای جدی پیرامون آن وجود دارد (برای مثال: میلر، لینام، هیات و همکاران^۴، ۲۰۱۷؛ اسکودل، بندر و موری^۵، ۲۰۱۴؛ میلر، ویدیگر و کمپبل^۶، ۲۰۱۰، و پینکاس و لوکویتسکی^۷، ۲۰۱۰). برخی پژوهش‌ها از افزایش میزان خودشیفتگی در جمعیت بهنجار در دهه‌های اخیر خبر داده‌اند (توانج، کونراث، فاستر و همکاران^۸، ۲۰۰۸؛ گرانت، چو، گلدشتین و همکاران^۹، ۲۰۰۸). ارتباط خودشیفتگی با مشکلات بین فردی از همان آغاز بحث در مورد خودشیفتگی توسط الیس^{۱۰} (۱۹۸۹) و فروید^{۱۱} (۱۹۱۴) مطرح بود. روابط میان فردی افراد خودشیفته معمولاً به علت مشکلات ناشی از سزاواری، نیاز به تحسین و بی‌توجهی نسبت به حساسیت‌های دیگران معیوب است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۲}، ویرایش پنجم، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در بین اختلالات

1. L'Abate
2. Gaines
3. Narcissism
4. Miller, Lynam, Hyatt & et al.
5. Skodol, Bender & Morey
6. Miller, Widiger & Campbell
7. Pincus & Lukowitsky
8. Twenge, Konrath, Foster & et al.
9. Grant, Chou, Goldstein & et al.
10. Ellis
11. Freud
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

مختلف تعامل با یک فرد خودشیفته مشکلات بیشتری برای افراد ایجاد می‌کند و علی‌رغم باور فرد خودشیفته درباره قدرتمندی همه‌جانبه‌اش، برای تأیید ارزشی که برای خود قائل است، وابسته به دیگران است و نمی‌تواند بدون مخاطبینی که تحسین و توجه نثارش کنند، زندگی کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد خودشیفته روابط خود را به نحوی هدایت می‌کنند که به حفظ دیدگاه مثبت در مورد

خودشان کمک کند (لاونر، لامکین، میلر و همکاران^۱، ۲۰۱۶؛ کمپبل و کمپبل، ۲۰۰۹؛ کمپبل، برونل و فینکل^۲، ۲۰۰۶)، و حتی در سطح صفت^۳ نیز پیامدهای منفی برای شریک صمیمی دارد (لاونر و همکاران، ۲۰۱۶). این در حالی است که در کوتاه‌مدت خودشیفتگی ممکن است اثرات مثبتی بر رابطه نیز داشته باشد (برونل و کمپبل^۴، ۲۰۱۱؛ پائولوس^۵، ۱۹۹۸؛ واتسون و بایدرمن^۶، ۱۹۹۴؛ کمپبل، برونل و فینکل، ۲۰۰۶؛ راسکین و تری^۷، ۱۹۸۸). اگرچه مردان نمره‌های بالاتری نسبت به زنان در خودشیفتگی دارند (گریجالوا، نیومن، تی و همکاران^۸، ۲۰۱۵)، اما مشکلات بین فردی برای زنان خودشیفته بیشتر گزارش شده است (لاونر و همکاران، ۲۰۱۶)، که می‌تواند به این علت باشد که ویژگی‌های خودشیفتگی برای زنان کمتر پذیرفته شده و باعث تعارضات بین فردی بیشتری می‌شود. سبک عشق‌ورزی افراد خودشیفته مسابقه‌ای^۹ است (کمپبل، فاستر و فینکل، ۲۰۰۲) و یک رویکرد عمل‌گرایانه^{۱۰} و خودخواهانه به رابطه عاشقانه دارند و در روابط خود عشق فداکارانه را کمتر بروز می‌دهند (کمپبل، ۱۹۹۹) و همچنین در روابط فرا زناشویی نیز وارد می‌شوند (بروئر، هانت، جیمز و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۵؛ کمپبل و فاستر، ۲۰۰۲). علاوه بر این افراد خودشیفته در روابط، تعهد و تطابق پایین دارند و نه تنها خود را از همسرشان برتر می‌دانند بلکه دیگران را نیز نسبت به وی برتری می‌دهند (کمپبل، فاستر و فینکل، ۲۰۰۲).

1. Lavner, Lamkin, Miller & et al.
2. Campbell, Brunell & Finkel
3. a trait-based level
4. Brunell & Campbell
5. Paulhus
6. Watson & Biderman
7. Raskin & Terry
8. Grijalva, Newman, Tay & et al.
9. Game-playing love
10. Pragmatic
11. Brewer, Hunt, James & et al.

شواهد کافی برای اثربخش بودن درمان اختلالات شخصیت وجود ندارد و بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده نیز پیرامون اختلال شخصیت مرزی^۱ است که آن‌ها نیز با نمونه کم و پیگیری کوتاه‌مدت انجام‌شده‌اند (بتمن، گاندرسون و مولر^۲، ۲۰۱۵). خودشیفته‌هایی که در جستجوی درمان برمی‌آیند، این کار را با نیت‌رهایی یافتن از احساسات مداوم و آزاردهنده‌ی پوچی و بی‌کفایتی انجام می‌دهند، تا دوباره به وضعیت بزرگمایانه‌ی سابقشان بازگردند (مک ویلیامز^۳، ۱۹۹۹). بک و همکاران (۲۰۰۹) نیز بیان می‌کنند که افراد خودشیفته‌ای که در جستجوی کمک هستند، معمولاً برایشان مهم است که درمانگر تا حدودی برتری آن‌ها را قبول داشته باشد. خودشیفته‌ها ممکن است در برابر آزمایش‌های مربوط به تشخیص از خود مقاومت نشان دهند یا شاید تلاش کنند شایستگی درمانگر را زیر سؤال ببرند. آن‌ها از شنیدن هرگونه اظهارنظری که دلالت بر وجود کاستی یا نقصی در آنان داشته باشد خشمگین و آزرده می‌شوند (میلون و همکاران، ۲۰۰۴). با تمام ویژگی‌هایی که افراد خودشیفته دارند، این شخصیت‌ها می‌توانند در شرایط ویژه به فردی ایدئال برای همسرش تبدیل شود، چنین عناصر شخصیتی در خودشیفتگان به گونه‌ای است که اگر در نظر گرفتن منافع مشترک به آن افزوده شود، کاملاً می‌توان به برقراری رابطه‌ای دیرپا در کنار آنان امیدوار شد (وهس و فینگل^۴، ۲۰۰۶).

در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روان‌شناختی و از جمله اختلالات شخصیت مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (وهس و لئونهارد^۵، ۲۰۱۶؛ ولز^۶، ۲۰۰۲؛ فیشر و ولز^۷، ۲۰۰۹؛ دیماجیو، ۲۰۱۲). فقدان توانایی‌های فراشناختی یکی از ویژگی‌های اصلی شخصیت خودشیفته است (دیماجیو و آتینا^۸، ۲۰۱۲). فرد خودشیفته از رنج ذهنی خود آگاه نیست و نمی‌تواند عواطف خود را تنظیم کند (دیماجیو، سمراری، کارسیون و همکاران^۹، ۲۰۰۷). درمان بین فردی فراشناختی^{۱۰} (MIT)

1. borderline personality disorder
2. Bateman, Gunderson, & Mulder
3. McWilliams
4. Vohs & Finkel
5. Vohs & Leonhardt
6. Wells
7. Fisher & Wells
8. Dimaggio & Attinà
9. Dimaggio, Semerari, Carcione & et al.
10. Metacognitive Interpersonal Therapy

خودآگاهی ضعیف که اختلال فراشناختی اصلی در شخصیت خودشیفته است، را هدف کلیدی درمان قرار می‌دهد. این درمان فرایندی گام‌به‌گام را برای درمان خودشیفتگی ارائه می‌دهد (دیماجیو و همکاران، ۲۰۱۲) و بر اساس تجزیه و تحلیل مطالعات موردی برای خودشیفتگی تدوین شده است (دیماجیو و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۱۰، ۲۰۱۲، ۲۰۱۵)، که با ساختار آسیب‌شناسی خودشیفتگی و یک تنظیم بهینه از رابطه درمانی سروکار دارد (دیماجیو و همکاران، ۲۰۱۵). گام اولیه، که باید در سراسر درمان ادامه پیدا کند، تنظیم رابطه درمانی برای به حداقل رساندن ترک ناگهانی^۱، بدفهمی^۲، و عقب‌نشینی^۳ در درمان است (دیماجیو و همکاران، ۲۰۱۰؛ سمراری^۴، ۲۰۱۰؛ موران و سافران^۵، ۱۹۹۸). هنگامی که بیماران یک الگو از عملکرد خود را به دست آورند، پس از آن گام‌های بعدی که توسعه تغییرات است، امکان‌پذیر می‌شود. دیماجیو و آتینا (۲۰۱۲) در پژوهشی به درمان فرد خودشیفته و کمال‌گرایی مرتبط با خودشیفتگی با درمان بین فردی فراشناختی پرداختند. نتایج حاکی از مؤثر بودن درمان در کاهش علائم و کمال‌گرایی داشت. در پژوهشی مشابه دیماجیو، آتینا، پوپلو و همکاران^۶ (۲۰۱۲) درمان MIT را برای درمان شخصیت اجتنابی به کار بردند که نتایج آن نیز حاکی از اثربخش بودن درمان داشت. با توجه به پیامدهای خودشیفتگی در روابط زناشویی، پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی مرد خودشیفته انجام شد و فرضیه پژوهش این بود که درمان بین فردی فراشناختی آسیب‌های تعاملی زوجی مردان خودشیفته و همسرانشان را کاهش می‌دهد.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد است و در آن از طرح A-B-A با پیگیری استفاده شده است. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها، ناهمگن

-
1. Ruptures
 2. Misunderstanding
 3. Disengagement
 4. Semerari
 5. Muran & Safran
 6. Dimaggio, Attinà, Popolo, & et al.

بودن افراد نمونه و طولانی بودن درمان از جمله دلایلی است که استفاده از طرح‌های گروهی را ناممکن می‌سازد. در این مواقع که پژوهشگر با چنین قیدوبندهای اخلاقی و عملی روبه‌رو می‌شود، طرح‌های مورد منفرد تنها الگوی ارزیابی مناسب برای درمان‌گران است (گاست^۱، ۲۰۱۰). یک آزمایش تک‌موردی که گاهی آن را آزمایش تک آزمونی یا آزمایش سری‌های زمانی نامیده‌اند، آزمایشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی افراد که به‌عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شود (گال، بورگ و گال، ۲۰۰۷). جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه مردان دارای علائم شخصیت خودشیفته و همسران ایشان بود که به دلیل مشکلات و تعارضات زناشویی در سال ۹۶-۱۳۹۳ به هشت مرکز منتخب خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان مراجعه کردند. ملاک‌های ورود به نمونه پژوهش عبارت‌اند از: تشخیص شخصیت خودشیفته در مرد، عدم تشخیص اختلال‌های شخصیتی و یا اختلال بالینی شدید دیگر به‌نحوی که در روند مصاحبه اختلال ایجاد نماید، عدم تشخیص اختلال شخصیتی و یا اختلال بالینی خاص در همسر، علاقه‌مندی و تمایل به شرکت داوطلبانه در پژوهش و بیان تجارب. همچنین ملاک‌های خروج از نمونه شامل: عدم همکاری در جلسات درمانی و کامل کردن پرسشنامه‌ها بودند. دو زوج به‌طور تصادفی از بین زوجین واجد شرایط برای پژوهش انتخاب شدند. با نگاه سیستمی و با توجه به زوجی بودن آسیب‌های تعاملی هم‌زمان با اجرای پرسشنامه‌ها بر روی مردان، توسط همسرانشان نیز تکمیل می‌شدند، چون با توجه به پیامدهای منفی بین فردی خودشیفتگی، بدون در نظر گرفتن تأثیر درمان بر رابطه زناشویی و همسر نمی‌توان مدعی اثربخشی شد. نمونه‌ی موردنظر با توجه به روش پژوهش (سری‌های زمانی) در سه هفته‌ی اول، پیش از شروع دوره‌ی درمانی فقط در مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در سه نوبت مشارکت کردند و هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد و خط پایه رسم شد. پس از آن مداخله برحسب رویکرد بین فردی فراشناختی در بیست‌ویک جلسه‌ی نودتا صدویست دقیقه‌ای برای مردان اجرا شد، که هر هفت جلسه یک‌بار پرسشنامه‌های آسیب‌شناسی تعاملی زوجی را تکمیل کردند. در پیگیری و به فاصله یک ماه پس از پایان جلسات مداخله‌ای، آزمودنی‌ها دو بار پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همسران نیز در هر دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. برای هر آزمودنی داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، آزمایش و پیگیری به ترتیب بر روی

یک نمودار رسم شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها و شاخص روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیر همپوش^۴ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۵ (POD) استفاده شد. برای بررسی کیفیت نتایج مداخله بر متغیر پژوهش و برای به دست آوردن معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی^۶ (MPI) و شاخص اندازه اثر^۷ استفاده شد.

آزمودنی‌ها: آزمودنی شماره یک: مردی ۲۸ ساله که توسط همسرش برای درمان آورده شد. وی تنها پسر خانواده و چهارخواهر داشت. تحصیلاتش کارشناسی و مدیر شرکت راه و ساختمانی پدرش بود. از لحاظ مالی وضعیت بسیار خوبی داشت و بیان کرد که در کارش بسیار موفق است. همسرش ۲۵ سال داشت که همسایه شوهر خود بوده و به همین واسطه نیز با او آشنا شد. همسر به علت تعارضات و خشونت شوهر خود به مرکز مشاوره مراجعه کرد. نمره خودشیفتگی مرد ۳۱ بود، که از نقطه برش ۲۶/۷۷ هنجاریابی شده در ایران ($\mu=14/73$ و $SD=6/02$ ؛ صفاری نیا، شقاقی و ملکی، ۱۳۹۱) بالاتر بود، که می‌توان آن را به عنوان شاخص خودشیفتگی به کاربرد (سینگ^۸، ۲۰۰۶).

آزمودنی شماره دو: مرد ۳۷ ساله و کارمند است. مدت هفت سال است که ازدواج کرده و یک فرزند دارد. همسرش ۳۲ ساله است و به علت تعارضات زناشویی و خشونت برای درمان مراجعه کردند. وی برخلاف نظر همسرش مدعی بود که رابطه‌شان مشکلی ندارد. نمره خودشیفتگی مرد ۲۷ و دو انحراف معیار بالاتر از میانگین ($\mu=14/73$ و $SD=6/02$) بود.

نتایج مصاحبه بالینی (SCID-II) نشان داد که مردان خودشیفته در این پژوهش تمام ملاک‌های اختلال شخصیت خودشیفته بر اساس DSM-5 را برآورده نکردند، اما نمرات به شدت بالایی در NPI داشتند. مطابق با دیدگاه برخی محققین در پیوسته و تک بعدی بودن خودشیفتگی، NPI خودشیفتگی غیر بالینی^۹ را ارزیابی می‌کند (پلهاوس و ویلیامز^۱،

1. Visual analysis
2. Trending
3. Stability
4. Percentage of Non-Overlapping Data
5. Percentage of Overlapping Data
6. maximum percentage of improvement
7. effect-size
8. Singh
9. subclinical narcissism

۲۰۰۲) که تمام جنبه‌های بالینی آن را دارد (والاس و بائومیستر^۲، ۲۰۰۲). همچنین نوع خودشیفتگی این افراد آشکار یا بزرگ‌نما^۳ بود.

ابزار: الف) مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک: (SCID-I^۴) یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص اختلال‌های عمده محور I بر اساس DSM-IV به کار می‌رود. در مطالعه روی سوء مصرف کنندگان مواد که توسط کرانزلیز، کادن، بابر و همکاران^۵ (۱۹۹۵) انجام شد، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID انجام شدند از روایی بالاتری در مقایسه با مصاحبه بالینی استاندارد برخوردار بودند. نتایج پایایی به‌طور چشمگیری در بعضی از تشخیص‌ها و بخش‌ها متفاوت بود (فرست، اسپیتزر، گی بن، ویلیامز^۶ (۱۹۹۶)؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۹). شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه‌ای ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰٪). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۵۲٪ و برای کل تشخیص‌های طول عمر، ۵۵٪) به‌دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهشی آنان نشان داد که پایایی قابل قبول به‌دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهش‌گران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به‌کار گیرند.

ب) مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلال‌های محور دو: (SCID-II) این ابزار یک مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی محور ۲ DSM IV-TR است. در مطالعه‌ای با استفاده از یک طرح روایی مشترک، روایی فرم-SCID II را در یک نمونه‌ی ۷۰ نفری از بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفته است. کاپا از ۰/۷۷ برای اختلال شخصیت وسواسی جبری تا ۰/۸۲ برای اختلال شخصیت اجتنابی بود. وزن کاپا برای همه‌ی اختلال‌های شخصیت ۰/۸۰ به‌دست آمده است (فرست، اسپیتزر و ویلیام، ۲۰۱۰). لازم به ذکر است در زمان انجام این پژوهش مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 در ایران ترجمه نشده بود.

1. Paulhus & Williams
2. Wallace & Baumeister
3. grandiose
4. Structured Clinical Interview
5. Kranzler, Kadden, babor & et.al
6. First, Spitzer, Gibbon, & Williams

ج) سیاهه شخصیت خودشیفته: این سیاهه که توسط راسکین و تری (۱۹۹۸) ساخته شده پرکاربردترین ابزار خودگزارش‌دهی از صفات خودشیفته در جمعیت بهنجار است. این پرسشنامه ۴۰ گویه دارد و هفت خرده مقیاس اقتدار، خودنمایی، برتری‌جویی، بهره‌کشی، محق بودن، خودبسندگی و خودبینی را می‌سنجد. هر گویه شامل دو بازخورد است و آزمودنی باید یکی از دو بازخورد را انتخاب کند. سؤالات از صفر تا یک نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌ی صفر نشان‌دهنده فقدان نشانه و نمره‌ی یک بیانگر وجود نشانه خودشیفتگی است. در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۴۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودشیفتگی بیشتر است. در این پژوهش پس از مصاحبه بالینی، افرادی که نمره خودشیفتگی آن‌ها دو انحراف معیار بالاتر از میانگین بود برای درمان انتخاب شدند ($\mu=14/73$ و $SD=6/02$). روایی سیاهه شخصیت خودشیفته از طریق اجرای هم‌زمان آن با پرسشنامه چند محوری اختلال شخصیت میلون که بیش از سایر پرسشنامه‌ها می‌تواند شخصیت خودشیفته را ارزیابی کند تعیین شده است و همبستگی معنادار ($p < 0/001$) و $r=0/79$ به دست آمده (راسکین و تری، ۱۹۸۸). در ایران نیز روایی و پایایی این پرسشنامه توسط صفاری‌نیا، شقاقی و ملکی (۱۳۹۱) بررسی شده است. نتایج نشان داد که پایایی باز آزمایی و همسانی درونی کل پرسشنامه شخصیت خودشیفته به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بود. همچنین ضرایب همبستگی نمره کل این پرسشنامه با پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۳ و خرده مقیاس برون‌گرایی و توافق‌جویی پرسشنامه شخصیت پنج‌عاملی به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۳ و ۰/۶۸ محاسبه شد که بیانگر روایی هم‌گرای مناسب پرسشنامه شخصیت خودشیفته است. این ابزار یک مقیاس خود گزارش‌دهی مفید و مناسب برای ارزیابی رفتارهای مربوط به خودشیفتگی در جوامع غیر بالینی، به‌ویژه در اهداف تحقیقاتی و نیز در جوامع بالینی برای تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته است. پژوهشگران و درمانگران می‌توانند از این مقیاس به‌عنوان ابزار پژوهشی، غربالگری و یا کمک تشخیصی استفاده کنند (صفاری، شقاقی و ملکی، ۱۳۹۱).

د) پرسشنامه آسیب‌های تعاملی زوجی مردان خودشیفته: این پرسشنامه یک پرسشنامه محقق ساخته است که ۶۷ گویه دارد و آسیب‌های تعاملی زوجی در ارتباط با مرد خودشیفته را در دودسته کلی رابطه‌ای نایمن و رابطه یک‌سویه و پرهزینه موردسنجش قرار می‌دهد. رابطه نایمن شامل خرده مقیاس‌های عدم‌حمایت عاطفی، احساس ترس و احساس

فربخوردگی و رابطه یک‌سویه و پرهزینه شامل خرده مقیاس‌های انتظارات زیاد و غیرواقع‌بینانه از همسر و رابطه، همکاری و مسئولیت‌پذیری پایین، مشکلات جنسی، خودمحوری و محق بودن و عدم مساوات‌طلبی است. پرسشنامه در دو فرم زنان و مردان طراحی شده است. برای سنجش روایی گویه‌ها از سه روش محاسبه‌ی روایی محتوایی، تحلیل عامل تأییدی و روایی همگرا و واگرا استفاده شد. به‌علاوه برای تعیین پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۸۳، عامل اول ۰/۸۱ و عامل دوم ۰/۷۶ به دست آمد. برای بررسی روایی همگرا و واگرا به ترتیب از پرسشنامه‌های تعارض زناشویی و سازگاری دوتایی استفاده شد، که ضرایب همبستگی معنادار ۰/۵۴۳ و ۰/۶۰۹ - به دست آمد (مرادی، فاتحی زاده، احمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

جدول ۱. جلسات درمان، فعالیت‌ها، فن‌ها، مداخلات و ملاحظات درمان بین فردی فرآیندناختی

| جلسه | فعالیت | فن‌ها، ملاحظات و مداخلات |
|--------|--|--|
| | | پذیرش بی‌قیدوشرط و اعتباربخشی مداوم. پرهیز از قضاوت‌های اولیه. تقویت رفتارهای مطلوب و خود افشایی مراجع. توجه به انتقال و انتقال متقابل. عدم تفسیر و مواجهه‌ای در مراحل اولیه درمان. بررسی تاریخچه کاملی از زندگی فرد. |
| ۱، ۲ | ایجاد ارتباط و اتحاد درمانی | بررسی خاطرات کودکی و روابط بین فردی. تأکید بر بیان احساسات و هیجانات و نه افکار و باورها. آموزش مفاهیم اولیه (شناخت، هیجان، رفتار) با ذکر مثال. ریشه‌یابی و نام‌گذاری احساسات. بازسازی دوران کودکی با روش تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده ^۱ و بررسی احساسات. |
| ۵ | بازسازی علیت‌های روانی | شناسایی احساسات با تمرین بازی نقش. بازآفرینی تعارض با همسر با فن‌سندلی خالی. تبیین ارتباط بین هیجان تجربه‌شده و رفتارهای میان فردی. تلاش برای بازتعریف روایات. ترسیم نمودار دایره‌ای برای بررسی اهداف و احساسات احتمالی |
| ۶ | خلاصه‌سازی وقایع | همسر. بررسی طرح‌واره‌های بین فردی تحقیر و توجه‌طلبی با روش پیکان روبه پایین. بررسی خاطرات با طرح‌واره‌ها. بررسی احساسات واقعی فرد و همسر در تعارضات. تمرین جابه‌جایی نقش به‌منظور تمرکز بر ذهن خود و دیگران. ترسیم دیاگرام الگوی ارتباطی برای مراجع |
| ۷ | استخراج خاطرات مرتبط | |
| ۹، ۸ | شناسایی طرح‌واره‌ها و چرخه‌های بین فردی ناسازگار | |
| ۱۱، ۱۰ | تمایز سازی، دسترسی به بخش‌های سالم | تبیین رابطه بین حالت ذهنی مراجع و واکنش‌های وی در |

1. Guided imagery

| | | |
|--------|---------------------------------|--|
| ۱۲ | خود اکتشاف / ساخت روایات | تعارضات بین فردی. بررسی اسنادهای مراجع در روابط بین فردی. تمایز بین طرح‌واره‌های بین فردی و واقعیات بیرونی (تمایز سازی). بررسی شناخت‌های ناسازگار مراجع و نقش آن‌ها در تعارضات. بازتعریف احساسات و ارتباط آن‌ها |
| ۱۳ | جدید، ایجاد فهمی بالغانه از ذهن | با عزت نفس. بحث پیرامون طبیعی بودن هیجانات مثبت و منفی و شناسایی آن‌ها توسط مراجع. نوشتن روایت جدید از تعارضات بین فردی و مقایسه با روایت قبلی. تبیین نقش هیجانات، فعال‌کننده‌های آن‌ها و تأثیرشان. ارائه شواهدی که از الگو بین-فردی و باورهای جدید حمایت کند. بیان روایت منهای خشونت و تحقیر در روابط زناشویی. تمرین روایت جدید با بازی نقش و صندلی خالی. ترسیم روایت جدید با دیاگرام. ارسال خلاصه درمان برای مراجع یک ماه پس از درمان. |
| ۱۴ | دیگران، تشخیص سهم خود در | |
| ۱۵، ۱۶ | چرخه‌های بین فردی، تشکیل | |
| ۱۷ | خودنمایان‌سازی یکپارچه و تضعیف | |
| ۱۸ | خودمحوری پرورش مهارت تسلط بر | |
| ۱۹ | مشکلات ارتباطی و درمان نشانه‌ها | |
| ۲۰ | | |
| ۲۱ | | |

درمان: درمان بین فردی فراشناختی با فرمت ۲۱ جلسه طراحی و توسط محقق به صورت انفرادی اجرا شد. دو مرحله اصلی درمان، فن‌ها، ملاحظات و مداخلات نیز در جدول شماره یک آمده است.

یافته‌ها

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جداول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. نمرات حاصله از اندازه‌گیری‌های مکرر پرسشنامه آسیب‌های تعاملی زوجی

| ب) آزمون اول | آزمون دوم | | جلسه سوم | | جلسه هشتم | | جلسه پانزدهم | | پس از درمان | | پیگیری اول | | پیگیری دوم | |
|--------------|-----------|-----|----------|-----|-----------|-----|--------------|-----|-------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن | مرد | زن |
| ۱ | ۲۱۲ | ۲۳۱ | ۲۱۸ | ۲۱۸ | ۲۰۸ | ۲۲۴ | ۱۰۷ | ۱۲۱ | ۱۰۱ | ۱۰۷ | ۹۵ | ۱۱۱ | ۹۷ | ۱۰۶ |
| ۲ | ۱۸۹ | ۲۴۱ | ۱۹۷ | ۲۵۲ | ۱۹۳ | ۲۴۴ | ۹۱ | ۱۲۱ | ۸۴ | ۱۱۸ | ۷۹ | ۱۰۶ | ۷۵ | ۱۱۱ |

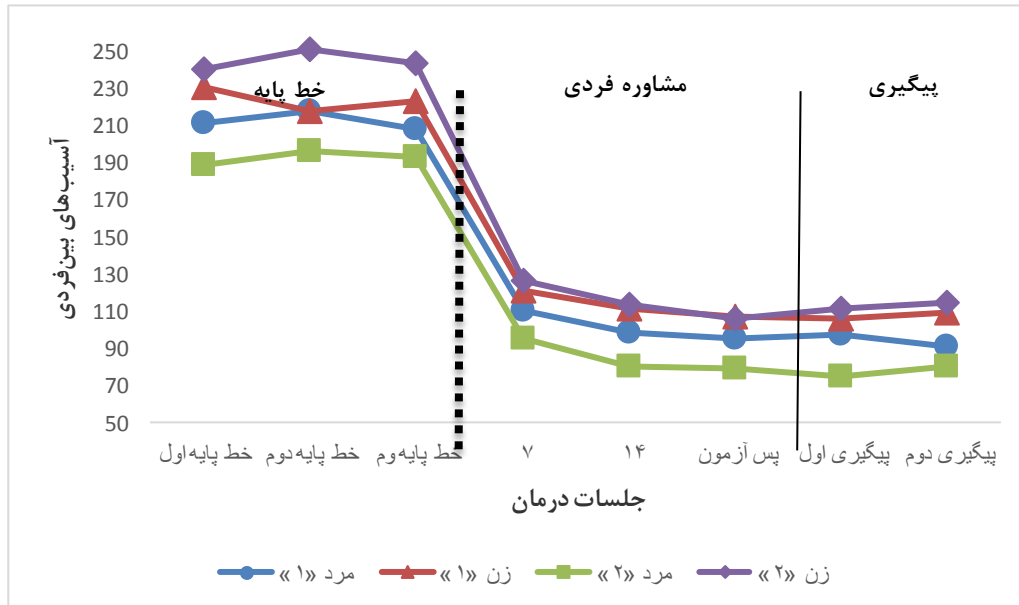
نمرات به دست آمده از پرسشنامه آسیب‌های تعاملی بر روی مردان شرکت کننده در پژوهش و همسران آن‌ها بیانگر اثربخشی درمان بین فردی فراشناختی در کاهش آسیب‌های تعاملی دارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آسیب‌های تعاملی زوجی

| آزمودنی | مرحله سنجش | میانگین | انحراف استاندارد |
|---------|------------|---------|------------------|
| مرد «۱» | خط پایه | ۲۱۲/۶۶ | ۵/۰۳ |
| | مداخله | ۱۰۱/۰۰ | ۶/۰۰ |
| | پیگیری | ۹۴/۰۰ | ۴/۲۴ |
| زن «۱» | خط پایه | ۲۲۴/۳۳ | ۶/۵۰ |
| | مداخله | ۱۱۳/۰۰ | ۷/۲۱ |
| | پیگیری | ۱۰۷/۵۰ | ۲/۱۲ |
| مرد «۲» | خط پایه | ۱۹۳/۰۰ | ۴/۰۰ |
| | مداخله | ۸۴/۶۶ | ۶/۰۲ |
| | پیگیری | ۷۷/۵۰ | ۳/۵۳ |
| زن «۲» | خط پایه | ۲۴۵/۶۶ | ۵/۶۸ |
| | مداخله | ۱۱۵/۰۰ | ۷/۹۳ |
| | پیگیری | ۱۱۳/۰۰ | ۲/۸۲ |

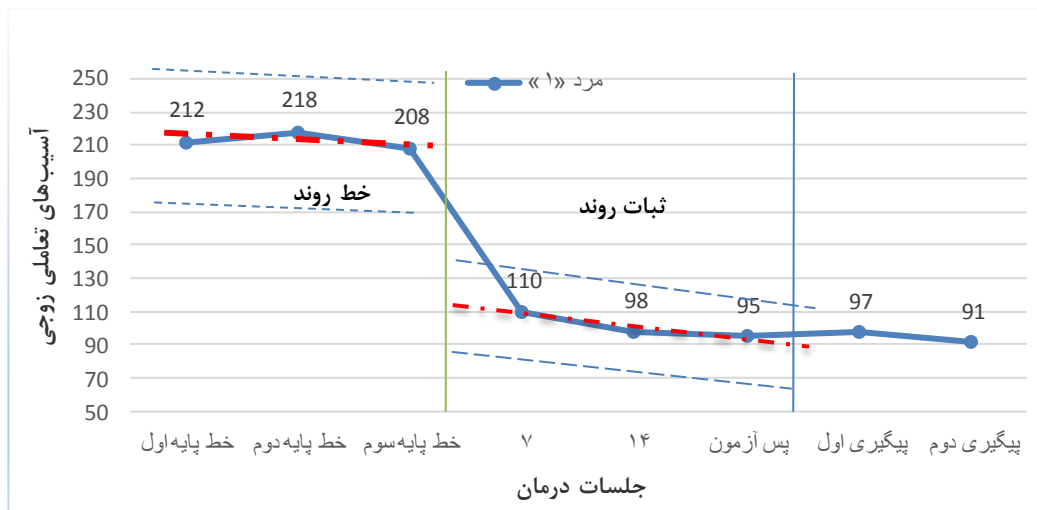
در جدول بالا نمرات مربوط به مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری مردان شرکت کننده در پژوهش و همسران آنها که از اجرای پرسشنامه آسیب‌های تعاملی زوجی حاصل گردید، مشاهده می‌شود.

یافته‌های جداول ۲ و ۳ به صورت نمودار داده‌ها به‌قرار زیر است:



نمودار ۱. تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر میزان آسیب‌های تعاملی زوجی

تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی داده‌های تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی مرد «۱»



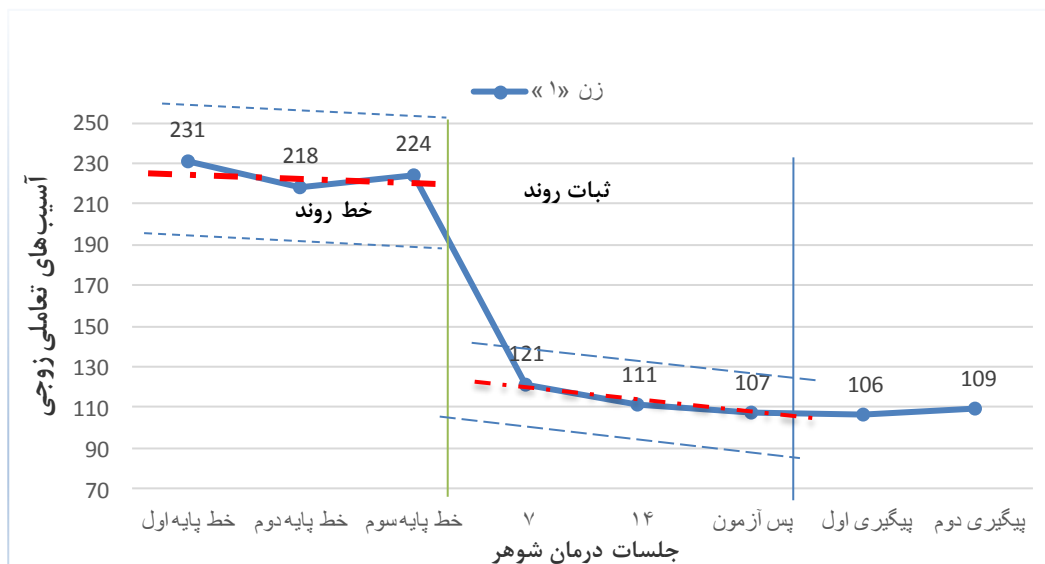
نمودار ۲. خط روند و محفظه‌ی ثبات برای مرد «۱»

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای مرد «۱»

| بین موقعیتی | | درون موقعیتی | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------------|---------|--------------------------|
| $\frac{B}{A}$ | ۱- مقایسه‌ی موقعیت | B | A | ۱- توالی موقعیت |
| | ۲- تغییرات روند | ۳ | ۳ | ۲- طول موقعیت‌ها |
| | ۱, ۲- تغییر جهت | ۹۸ | ۲۱۲ | ۳- سطح |
| | ۲.۲- اثر وابسته به هدف | ۱۰۱/۰۰ | ۲۱۲/۶۶ | ۱.۳- میانه |
| مثبت | ۲.۳- تغییرات ثبات | ۱۱۰-۹۵ | ۲۱۸-۲۰۸ | ۲.۳- میانگین |
| $\frac{\text{اثبات}}{\text{اثبات}}$ | ۳- تغییر در سطح | اثبات | بی‌ثبات | ۳.۳- دامنه تغییرات |
| | ۳.۱- تغییر نسبی | | | دامنه تغییرات محفظه ثبات |
| $\frac{۱۰۴}{۲۱۵}$ | ۳.۲- تغییر مطلق | ۹۶/۵-۱۰۴ | ۲۰۸-۲۱۲ | ۴- تغییر سطح |
| $\frac{۱۱۰}{۲۰۸}$ | ۳.۳- تغییر میانه | ۹۵-۱۱۰ | ۲۰۸-۲۱۲ | ۴.۱- تغییر نسبی |
| $\frac{۹۸}{۲۱۲}$ | تغییر میانگین | | | ۴.۲- تغییر مطلق |
| $\frac{۱۰۱/۰۰}{۲۱۲/۶۶}$ | ۴- همپوشی داده‌ها | نزولی | نزولی | ۵- روند |
| | ۴.۱- PND | اثبات | اثبات | ۵.۱- جهت |
| | ۴.۲- POD | خیر | خیر | ۵.۲- ثبات |
| | | | | مسیرهای چندگانه |

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، شاهد اثربخشی درمان بین فردی فراشناختی در کاهش متغیر آسیب‌های تعاملی زوجی در مرد «۱» هستیم (PND=100%). برای مرد «۱» شاخص درصد کاهش نمرات (MPR) و شاخص اندازه اثر به ترتیب برابر با ۵۲ درصد و ۹۹ درصد است. شاخص درصد کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز ۵۶ درصد بود که حاکی از اثربخشی درمان است.

تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی داده‌های تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی زن «۱»



نمودار ۳. خط میانه و محفظه‌ی ثبات برای زن «۱» (بدون مداخله مستقیم)

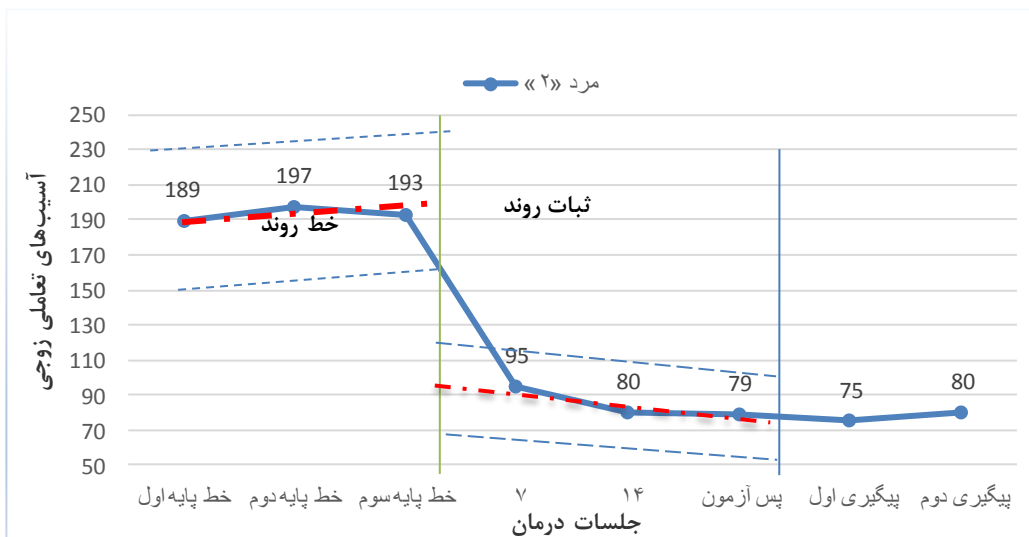
جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای زن «۱»

| بین موقعیتی | | درون موقعیتی | | |
|-------------|------------------------|--------------|-----------|--------------------------|
| B/A | ۱- مقایسه‌ی موقعیت | B | A | ۱- توالی موقعیت |
| | ۲- تغییرات روند | ۳ | ۳ | ۲- طول موقعیت‌ها |
| | ۲.۱- تغییر جهت | ۱۱۱ | ۲۲۴ | ۳- سطح |
| | ۲.۲- اثر وابسته به هدف | ۱۱۳/۰۰ | ۲۲۴/۳۳ | ۱.۳- میانه |
| مثبت | | | | ۲.۳- میانگین |
| بائبات | ۲.۳- تغییرات ثبات | ۱۲۱-۱۰۷ | ۲۳۱-۲۱۸ | ۳.۳- دامنه تغییرات |
| بائبات | ۳- تغییر در سطح | بائبات | بائبات | دامنه تغییرات محفظه ثبات |
| ۱۱۶ | ۳.۱- تغییر نسبی | | | ۴- تغییر سطح |
| ۲۲۱ | | | | |
| ۱۲۱ | ۳.۲- تغییر مطلق | ۱۰۹-۱۱۶ | ۲۲۱-۲۲۴/۵ | ۴.۱- تغییر نسبی |
| ۲۲۴ | | | | |
| ۱۱۱ | ۳.۳- تغییر میانه | ۱۰۷-۱۲۱ | ۲۳۱-۲۲۴ | ۴.۲- تغییر مطلق |
| ۲۲۴ | | | | |
| ۱۱۳/۰۰ | تغییر میانگین | | | ۵- روند |
| ۲۲۴/۳۳ | | | | |

| | | | |
|-----------------|--------|--------|-------------------|
| ۵.۱- جهت | نزولی | نزولی | ۴- همپوشی داده‌ها |
| ۵.۲- ثبات | باثبات | باثبات | PND-۴.۱ |
| مسیرهای چندگانه | خیر | خیر | POD-۴.۲ |
| | | | ٪۱۰۰ |
| | | | ٪۰ |

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، شاهد اثربخشی غیرمستقیم مشاوره فردی در کاهش متغیر آسیب‌های تعاملی در زن «۱» هستیم (PND= 100%). برای زن «۱» شاخص درصد کاهش نمرات (MPR) و شاخص اندازه اثر به ترتیب برابر با ۵۰ درصد و ۹۸ درصد است. شاخص درصد کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز ۵۲ درصد بود که حاکی از اثربخشی درمان است.

تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی داده‌های تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی مرد «۲»



نمودار ۴. خط روند و محافظه‌ی ثبات برای مرد «۲»

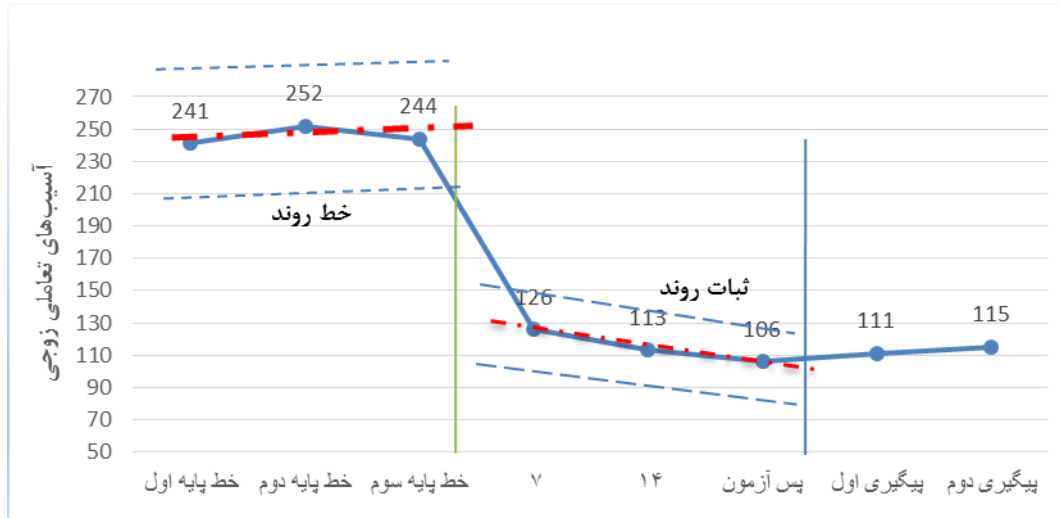
جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای مرد «۲»

| بین موقعیتی | | درون موقعیتی | | |
|-------------|------------------------|--------------|--------|------------------|
| B/A | ۱- مقایسه‌ی موقعیت | B | A | ۱- توالی موقعیت |
| + | ۲- تغییرات روند | ۳ | ۳ | ۲- طول موقعیت‌ها |
| - | ۲,۱- تغییر جهت | ۸۰ | ۱۹۳ | ۳- سطح |
| | ۲,۲- اثر وابسته به هدف | ۸۴/۶۶ | ۱۹۳/۰۰ | ۱,۳- میانه |
| مثبت | | | | ۲,۳- میانگین |

| | | | | |
|------------------------|-------------------|-----------|---------|--------------------------|
| بی‌ثبات | ۲.۳- تغییرات ثبات | ۹۵-۷۹ | ۱۹۳-۱۸۹ | ۳.۳- دامنه تغییرات |
| باثبات | ۳- تغییر در سطح | بی‌ثبات | باثبات | دامنه تغییرات محفظه ثبات |
| $\frac{۸۷/۵}{۱۹۳}$ | ۳.۱- تغییر نسبی | | | ۴- تغییر سطح |
| $\frac{۸۷/۵}{۱۹۵}$ | ۳.۲- تغییر مطلق | ۷۹/۵-۸۷/۵ | ۱۸۹-۱۹۳ | ۴.۱- تغییر نسبی |
| $\frac{۸۰}{۱۹۳}$ | ۳.۳- تغییر میانه | ۷۹-۹۵ | ۱۸۹-۱۹۳ | ۴.۲- تغییر مطلق |
| $\frac{۸۴/۶۶}{۱۹۳/۰۰}$ | تغییر میانگین | | | ۵- روند |
| | ۴- همپوشی داده‌ها | نزولی | نزولی | ۵.۱- جهت |
| % ۱۰۰ | PND-۴.۱ | باثبات | باثبات | ۵.۲- ثبات |
| % ۰ | POD-۴.۲ | خیر | خیر | مسیرهای چندگانه |

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، شاهد اثربخشی درمان بین فردی شناختی در کاهش متغیر آسیب‌های تعاملی زوجی در مرد «۲» هستیم (PND= 100%). برای مرد «۲» شاخص درصد کاهش نمرات (MPR) و شاخص اندازه اثر به ترتیب برابر با ۵۶ درصد و ۹۹ درصد است. شاخص درصد کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز ۶۰ درصد بود که حاکی از اثربخشی درمان است.

تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی داده‌های تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی زن «۲»



نمودار ۵. خط روند و محفظه‌ی ثبات برای زن (بدون مداخله) «۲»

جدول ۷. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای زن «۲»

| بین موقعیتی | | درون موقعیتی | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------|---|
| $\frac{B}{A}$ | ۱- مقایسه‌ی موقعیت | B | A | ۱- توالی موقعیت |
| - | ۲- تغییرات روند ۲,۱- تغییر جهت | ۳ | ۳ | ۲- طول موقعیت‌ها |
| + | | ۱۱۳ | ۲۴۴ | ۳- سطح ۱,۳- میانه |
| مثبت | ۲,۲- اثر وابسته به هدف | ۱۱۵/۰۰ | ۲۴۵/۶۶ | ۲,۳- میانگین |
| باثبات باثبات | ۲,۳- تغییرات ثبات | ۱۲۶-۱۰۶ | -۲۴۱ ۲۵۲ | ۳,۳- دامنه تغییرات |
| | ۳- تغییر در سطح | بی ثبات | باثبات | دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت |
| $\frac{۱۱۹/۵}{۲۴۸}$ | ۳,۱- تغییر نسبی | | | ۴- تغییر سطح |
| $\frac{۱۲۶}{۲۴۴}$ | ۳,۲- تغییر مطلق | -۱۱۹/۵ ۱۰۹/۵ | -۲۴۱ ۲۵۲ | ۴,۱- تغییر نسبی |
| $\frac{۱۱۳}{۲۴۴}$ | ۳,۳- تغییر میانه | ۱۰۶-۱۲۶ | -۲۴۱ ۲۵۲ | ۴,۲- تغییر مطلق |

| | | | | |
|--------|-------------------|---------|--------|-----------------|
| ۱۱۵/۰۰ | تغییر میانگین | ۵- روند | | |
| ۲۴۵/۶۶ | | | | |
| | ۴- همپوشی داده‌ها | نزولی | صعودی | ۵.۱- جهت |
| ٪۱۰۰ | PND-۴.۱ | باثبات | باثبات | ۵.۲- ثبات |
| ٪۰ | POD-۴.۲ | خیر | خیر | مسیرهای چندگانه |

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، شاهد اثربخشی درمان بین فردی فراشناختی در کاهش متغیر آسیب‌های تعاملی در زن «۲» هستیم (PND= 100%). برای زن «۲» شاخص درصد کاهش نمرات (MPR) و شاخص اندازه اثر به ترتیب برابر با ۵۳ درصد و ۹۹ درصد است. شاخص درصد کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز ۵۴ درصد بود که حاکی از اثربخشی درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر آسیب‌های تعاملی زوجی مردان خودشیفته و همسرانشان بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های قبلی (دیماجیو، والرئ، سالواتور و همکاران^۱، ۲۰۱۴؛ دیماجیو، مونتانا، پوپولو و همکاران^۲، ۲۰۱۵؛ دیماجیو و آتینا، ۲۰۱۲؛ فیوره، دیماجیو، نیکولو و همکاران^۳، ۲۰۰۸؛ دیماجیو، سالواتور، نیکولو و همکاران^۴، ۲۰۱۰؛ دیماجیو، درزو، پاسیتی و همکاران^۴، ۲۰۱۵) نشان داد درمان بین فردی فراشناختی در کاهش پیامدهای منفی خودشیفتگی مؤثر است. پس از هفت جلسه درمان با دو مرد خودشیفته، کاهش ناگهانی در سطح نمرات آسیب‌های تعاملی آنان و همسرانشان ایجاد شد (طبق شاخص تغییر سطح و تحلیل دیداری نمودارها) و به‌طور کلی، برای هر چهار آزمودنی میانگین نمرات کاهش چشم‌گیری داشت. پس از آن کاهش نمرات روند آرام‌تری را تا پایان درمان دنبال کرد و در مرحله پیگیری نیز همچنان قابل مشاهده بود. از نظر بالینی نیز شاخص درصد کاهش نمرات برای هر چهار آزمودنی بالاتر از ۵۰ درصد بود که حاکی از مؤثر بودن درمان است. نکته قابل ذکر در تبیین نتایج انعطاف‌پذیری شیوه پژوهش و همچنین شیوه درمان است. یکی از مهم‌ترین امتیازهای

1. Dimaggio, Valeri, Salvatore & et al.
2. Dimaggio, Montano, Popolo & et al.
3. Fiore, Dimaggio, Nicoló & et.al
4. Dimaggio, D'Urzo, Pasinetti & et al.

پژوهش‌های مورد منفرد نسبت به پژوهش‌های گروهی، ماهیت پویای این گونه پژوهش‌ها است. به این صورت که در طی پژوهش و مداخله، امکان بررسی اثربخشی مداخله از طریق مشاهده روند نمودار وجود دارد و پژوهشگر در صورت اثربخش نبودن مداخله می‌تواند روش کار یا شیوه مداخله را تغییر دهد (فراهانی، عابدی، اقامحمدی و کاظمی، ۱۳۸۹). همچنین درمان MIT برای درمان فرمتی ارائه نمی‌دهد و درمانگر باید برای هر فرد فرمت اختصاصی طرح‌ریزی کند، که با روش پژوهش مورد منفرد بسیار سازگار است. در این پژوهش درمانگر پس از جلسات اولیه درمان متناسب با هر آزمودنی مداخلات مناسب را انتخاب کرد.

درمان MIT یک درمان تلفیقی است، که از درمان سازنده گرابی روایتی^۱ (نیمیر^۲، ۲۰۰۰) تا روان‌کاوی ارتباطی^۳ (سافران و موران^۴، ۲۰۰۰) برای درمان اختلالات شخصیت استفاده می‌کند. بنابراین درمانگر می‌تواند از مداخلات مختلفی استفاده کند. اما باین وجود درمان خودشیفتگی برای مشاور بسیار فرسایشی است. مشاور به سادگی ممکن است برانگیخته، مضطرب، قضاوت‌گر و تدافعی شود. انتقاد و تملق هر دو از راهبرهای بین فردی مورد استفاده در افراد خودشیفته است. در این پژوهش نیز مراجعین رفتارهای نامناسبی بروز دادند و درمانگر در معرض انتقال متقابل قرار گرفت. سازگاری مداوم با راهبردهای بیمار و انتظارات او در مورد تقویت و پاسخ‌دهی به آنها، بسیار حیاتی است. مهم‌ترین راهبرد مشاور در این پژوهش مفهوم‌سازی باورها و راهبردهای فرد خودشیفته بود. این مفهوم‌سازی بارها در فرایند مشاوره انجام شد. یکی دیگر از چالش‌های اساسی در مشاوره با فرد خودشیفته فقدان بینش و تمرکز فرد، بر بیرون از خود به‌منظور تغییر بود. فرد خودشیفته در طی فرایند مشاوره و قبل از پذیرش نفوذ مشاور باید بارها مورد هدایت قرار بگیرد.

در مقایسه با اختلالات دیگر در بیماران دارای اختلال شخصیت رابطه درمانی به توجه بیشتری نیاز دارد. در این نوع اختلالات نقش درمانگر تا حدودی به شکلی ظریف تغییر می‌کند و به‌منظور پذیرش تأثیرگذاری درمانگر و موانع پیش روی تلاش‌های بیمار، نیاز به

-
1. narrative constructivism
 2. Neimeyer
 3. relational psychoanalysis
 4. Safran and Muran

تلاش‌های اختصاصی‌تری است. تا زمانی که رابطه درمانی ایجاد نشده باشد، استفاده از فنون و مداخلات چندان اثربخش نیست. تأثیر رابطه درمانی و شخصیت مشاور برای درمان همه اختلالات ثابت شده است، اما برای اختلالات شخصیت اهمیت رابطه و شخصیت مشاور دوچندان می‌شود، که در MIT بر آن تمرکز ویژه‌ای وجود دارد. به همین دلیل فرمت درمانی در این پژوهش طولانی‌مدت است.

یانگ، کلوکو و ویشار (۲۰۰۳) در طرح‌واره‌درمانی فرد خودشیفته تمرکز را بر روابط صمیمانه فرد قرار می‌دهند، که این موضوع به‌خوبی در درمان MIT نیز لحاظ شده است. یانگ همچنین بیان می‌کند مراجعین خودشیفته درمانگران را با معضلات متضاد روبرو می‌کنند و در سیر درمان دچار دوسوگرایی می‌شوند. در این پژوهش نیز این موارد رخ داد و چون MIT درمان را با جزئیات ساختار درمان شرح می‌دهد با تمرکز بر رابطه درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا تمام فرایندها را مدنظر داشته باشد.

مشکلی که در داده‌های کمی و مشاهدات بالینی به‌وضوح مشاهده می‌شد، مسائل ناشی از فرهنگ بود که درمان را سخت‌تر می‌کرد. با این که سعی شده در تعریف و تشخیص خودشیفتگی دید یکپارچه و جهانی وجود داشته باشد، اما فرهنگ بر خودشیفتگی و پیامدهای آن مؤثر است (لش^۱، ۱۹۷۹؛ فاستر، کمپیل و توانج^۲، ۲۰۰۳). قربانی و واتسون (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای بین فرهنگی بین دانشجویان ایرانی و آمریکایی، از مقیاس خودشیفتگی مارگولیس^۳ و توماس^۴ (۱۹۸۰) که خودشیفتگی ناسالم را می‌سنجد، استفاده نمودند. نتایج حاکی از آن بود که خودشیفتگی ناسالم در میان دانشجویان ایرانی بیشتر است. این در صورتی است که پژوهش‌ها مدعی هستند در فرهنگ فردگرای غرب خودشیفتگی بیشتر بروز می‌دهد (کمپیل، میلر و بوفاردی^۵، ۲۰۱۰؛ هین و هامامورا^۶، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد بافت فرهنگی ما بر خودشیفتگی و پیامدهای آن اثرگذار است. نگرش‌های مردسالارانه یکی از منابع تعارض در خانواده و روابط زناشویی است (ابوت،

-
1. Lasch
 2. Foster, Campbell & Twenge
 3. Margolis
 4. Thomas
 5. Campbell, Miller & Buffardi
 6. Heine & Hamamura

تایلر و والاس^۱، (۲۰۰۶)، که در این پژوهش در خرده مقیاس‌های انتظارات غیرواقع‌بینانه، و عدم مساوات‌طلبی پرسشنامه آسیب‌های تعاملی زوجی و مشاهدات بالینی مشاهده شد. مردسالاری^۲ به‌نظام و ساختاری اطلاق می‌شود، که از راه نهادهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی خود، زنان را زیر سلطه دارد. میزان قدرت مردان نسبت به زنان در جوامع مختلف، متفاوت است. با این حال در تمام جوامع مردسالار، مردان سهم، بیشتری از مزایای اجتماعی همچون قدرت، ثروت و احترام دارند (ابوت و والاس^۳، ۲۰۱۶). همچنین به عقیده کولتران و کالینز^۴ (۲۰۰۱) یکی دیگر از دلایل بروز تضاد و خشونت در بین زوجین حق مالکیت جنسی است. حق مالکیت جنسی یک نگرش مردسالارانه است مبتنی بر این ایده که زنان ازدواج کرده از لحاظ اقتصادی، جنسی و احساسی جزء دارایی شوهران خود محسوب می‌شوند. مردان حق طبیعی خود می‌دانند که هر نوع رفتاری را خواستند با زن خود انجام دهند. هراندازه جامعه سنتی‌تر باشد، این نوع تفکر بیشتر دیده می‌شود. در خرده مقیاس مشکلات جنسی و نیز خودمحوری و محق بودن نشانه‌هایی از مالکیت طلبی جنسی دیده می‌شد. طرح‌واره‌های آزمودنی‌ها در این پژوهش به شدت آغشته به نگرش‌های مردسالارانه بود که این نگرش‌ها پیامدهای خودشیفتگی را شدت می‌بخشد. بدون شک وقتی خودشیفتگی با نگرش‌های مردسالارانه همراه باشد، پیامدهای منفی بیشتری دارد. بررسی عمیق تأثیر فرهنگ بر پیامدهای خودشیفتگی در ایران مستلزم انجام پژوهشی مستقل است.

یافته‌های این پژوهش با توجه روش پژوهش، ملاحظات بالینی و فرهنگی محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم دارد. پیشنهاد می‌گردد به دلیل جدید بودن رویکرد درمانی، پژوهش‌های کمی و کیفی دیگر برای نمونه‌های بزرگ‌تر و با انواع دیگر اختلالات شخصیت و متغیرهای مرتبط فردی و بین فردی دیگر، اجرا شود و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد.

-
1. Abbott, Tyler, & Wallace
 2. patriarchy
 3. Abbott & Wallace
 4. Coltrane & Collins

منابع

- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا و امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیص برای SICD بر اساس DSM IV. فصلنامه تازه‌های DSM IV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. ۳، ۲۲-۸.
- صفاری نیا، مجید؛ شقاقی، فرهاد و ملکی، بهرام. (۱۳۹۱). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI-40). فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی. ۸، ۹۲-۷۱.
- فراهانی، حجت‌الله؛ عابدی، احمد؛ آقا محمدی، سمیه و کاظمی، زینب (۱۳۸۹). روش‌شناسی طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکردی کاربردی). تهران: انتشارات دانژه.
- فرست، ام. بی؛ اسپتیز، آر. ال؛ ویلیامز ژانت، بی. دبلیو (۲۰۰۵). الگوی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور DSM-IV. ترجمه: پروانه محمدخانی؛ عذرا جهانی تابش، شیما تمنایی فر (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فرادید.
- گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس. (۲۰۰۷). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. ترجمه احمدرضا نصر و دیگران. (۱۳۹۳). جلد اول، چاپ نهم، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- مرادی، عیسی؛ فاتحی زاده، مریم؛ احمدی، احمد و اعتمادی عذرا. (۱۳۹۷). کشف آسیب‌های تعاملی زوجی در مردان با علائم خودشیفته و مقایسه تأثیر مشاوره فردی و زوجی بر این آسیب‌ها و کیفیت زناشویی آنان. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه اصفهان.
- یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و مارجوری، ویشار. (۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی، جلد دوم. ترجمه حمید پور، حسن، اندوز، زهرا. (۱۳۹۰). ارجمند، تهران.
- Abbott, P., Tyler, M., & Wallace, C. (2006). *An introduction to sociology: Feminist perspectives*: Routledge.
- Abbott, P., & Wallace, C. (2016). *Gender, power and sexuality*: Springer.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743 .

- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*: Guilford Publications.
- Brewer, G., Hunt, D., James, G., & Abell, L. (2015). Dark Triad traits, infidelity and romantic revenge. *Personality and Individual Differences*, 83, 122-127 .
- Brunell, A. B., & Campbell, W. K. (2011). Narcissism and romantic relationships: Understanding the paradox. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*, 344-350 .
- Campbell, W. K., Brunell, A. B., & Finkel, E. J. (2006). Narcissism, Interpersonal Self-Regulation, and Romantic Relationships: An Agency Model Approach .
- Campbell, W. K., & Campbell, S. M. (2009). On the self-regulatory dynamics created by the peculiar benefits and costs of narcissism: A contextual reinforcement model and examination of leadership. *Self and Identity*, 8(2-3), 214-232 .
- Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2002). Narcissism and commitment in romantic relationships: An investment model analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(4), 484-495 .
- Campbell, W. K., Foster, C. A., & Finkel, E. J. (2002). Does self-love lead to love for others? A story of narcissistic game playing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 340 .
- Coltrane, S., & Collins, R. (2001). *Sociology of marriage & the family: Gender, love, and property*: Wadsworth/Thomson Learning.
- Dimaggio, G., & Attinà, G. (2012). Metacognitive interpersonal therapy for narcissistic personality disorder and associated perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), 922-934 .
- Dimaggio, G., Attinà, G., Popolo, R., & Salvatore, G. (2012). Personality disorders with over-regulation of emotions and poor self-reflectivity—The case of a man with avoidant and not-otherwise specified personality disorder and social phobia treated with Metacognitive Interpersonal Therapy. *Personality and Mental Health*, 6(2), 156-162 .
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P. H., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive Interpersonal Therapy for Co-Occurrent Avoidant Personality Disorder and Substance Abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 157-166 .
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment*: Routledge.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124 .
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*: Routledge.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Fiore, D., Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2012). General principles for treating personality disorder

- with a prominent inhibitedness trait: Towards an operationalizing integrated technique. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 63-83 .
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*: Routledge.
- Dimaggio, G., Valeri, S., Salvatore, G., Popolo, R., Montano, A., & Ottavi, P. (2014). Adopting metacognitive interpersonal therapy to treat narcissistic personality disorder with somatization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 85-95 .
- Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: Am Psychiatric Assoc.
- Ellis, H. (1898). Auto-erotism: A psychological study. *Alienist and Neurologist (1880-1920)*, 19(2), 260 .
- Fiore, D., Dimaggio, G., Nicolò, G., Semerari, A & ,Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 168-180 .
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features*: Routledge.
- Foster, J. D., Campbell, W. K., & Twenge, J. M. (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 469-486 .
- Freud, S. (1914). (1957). On narcissism: An introduction. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 67-104 .)
- Gaines Jr, S. O. (2016). *Personality and close relationship processes*: Cambridge University Press.
- Ghorbani, N., Watson, P., Hamzavy, F., & Weathington, B. L. (2010). Self-knowledge and narcissism in Iranians: Relationships with empathy and self-esteem. *Current Psychology*, 29(2), 135-143 .
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Pickering, R. P. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533 .
- Grijalva, E., Newman, D. A., Tay, L., Donnellan, M. B., Harms, P. D., Robins, R. W., & Yan, T. (2015). Gender differences in narcissism: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 141(2), 261 .
- Heine, S. J., & Hamamura, T. (۲۰۰۷). In search of East Asian self-enhancement. *Personality and Social Psychology Review*, 11(1), 4-27 .
- Keith Campbell, W., Miller, J. D., & Buffardi, L. E. (2010). The United States and the "Culture of Narcissism" An Examination of Perceptions of National Character. *Social Psychological and Personality Science*, 1(3), 222-229 .
- L'Abate, L. (2006). *Personality in intimate relationships: Socialization and psychopathology*: Springer.

- Lasch, C. (1991). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*: WW Norton & Company.
- Lavner, J. A., Lamkin, J., Miller, J. D., Campbell, W. K., & Karney, B. R. (2016). Narcissism and newlywed marriage: Partner characteristics and marital trajectories. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 169 .
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*: New York: Guilford Press.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S., & Campbell, W. K. (2017). Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 291-315 .
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*: John Wiley & Sons.
- Muran, J. C., & Safran, J. D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction .
- Neimeyer, R. A. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self .
- Newhill, C. E., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*: Guilford Press.
- Paulhus, D. L. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1197 .
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). (The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556-563 .
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446 .
- Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 890 .
- Semerari ,A. (2010). The impact of metacognitive dysfunctions in personality disorders on the therapeutic relationship and intervention technique .
- Singh, G. (2006). Determination of cutoff score for a diagnostic test. *Internet J Lab Med*, 2, 1-4 .
- Skodol, A. E., Bender, D. S., & Morey, L. C. (2014). Narcissistic personality disorder in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 422 .
- Twenge, J. M., Konrath, S., Foster, J. D., Keith Campbell, W., & Bushman, B. J. (2008). Egos inflating over time: A cross-temporal meta-analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality*, 76(4), 875-902 .
- Vohs, J. L., & Leonhardt, B. L. (2016). Metacognitive reflection and insight therapy for borderline personality disorder: a case illustration of an individual in a long term institutional setting. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 255-264 .

- Vohs, K. D., & Finkel, E. J. (2006). *Self and relationships: Connecting intrapersonal and interpersonal processes*: Guilford Press.
- Wallace, H. M., & Baumeister, R. F. (2002). The performance of narcissists rises and falls with perceived opportunity for glory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 819 .
- Watson, P., & Biderman, M. D. (1994). Narcissistic Traits Scale: Validity evidence and sex differences in narcissism. *Personality and Individual Differences*, 16(3), 501-504 .
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons.