

اختلال شخصیت خودشیفته در بخش دوم و سوم ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری:

بررسی مدل جایگزین

Narcissistic personality disorder in DSM-5 Section II and Section III: The study of alternative model

Saeed Khodabandeh Lo *

Master of Science in Clinical Psychology,
 Semnan University
saeed_kh305@yahoo.com

Dr. Isaaq Rahimian Bogar

Associate Professor, Department of Clinical
 Psychology, Semnan University

Dr. Mahmoud Najafi

Assistant Professor of Clinical Psychology,
 Semnan University

سعید خدابنده لو (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان

دکتر اسحق رحیمیان بوگر

دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان

دکتر محمود نجفی

استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان

چکیده

Abstract

Narcissistic personality disorder (NPD) is a pervasive pattern of grandiosity, need for admiration and lack of empathy that people because of belief to being special and unique, interpersonal problems and empathy are faced. The present paper is studying the conceptualization and diagnosis of narcissistic personality disorder in DSM-5 main Section (Section II) and Alternative model (Section III) and tried to base on five components including in nature (normal, pathological), phenotype (grandiosity, vulnerability), expression (overt, covert), structure (category, dimension), comorbidity, validity and clinical benefit was compared the NPD in two DSM-5 sections.

Considering the analysis made in this paper, the conceptualization and diagnosis of NPD in DSM-5 Section II, has weaknesses and limitations such as; the lack of attention to the natural and pathological nature of narcissism, the emphasis on the grandiosity phenotype of this structure and the disregard of its vulnerability, Neglecting overt and covert expressions of clinical symptoms, the categorical approach to diagnosis, the defect in specify this disorder of other personality disorders and the underestimate of prevalence rate. In contrast, the alternative model in section III has a more comprehensive theoretical, dimensional, and diagnostic conceptualization than the main part, and provides appropriate criteria consider to the function and personality pathology in A and B criteria and has better diagnostic benefits. The alternative model in DSM-5 Section III seems to be a suitable substitute for diagnosis of narcissistic personality disorder in the later versions of DSM, after gaining the validity and integrity with experiences of clinical experts and with care in various types and dimensions of narcissism, can be effective on the diagnostic challenges of clinicians.

Keywords: Narcissistic personality disorder, Narcissism, Conceptualization, Diagnosis, Alternative model

اختلال شخصیت خودشیفته (NPD)، الگوی فراگیر بزرگ‌منشی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی است که افراد مبتلا به دلیل اعتقاد به خاص بودن خود و نیاز افراطی به تایید، با مشکلات بین فردی و همدلی بسیاری روبه‌رو هستند. مقاله حاضر به بررسی مفهوم‌سازی و تشخیص NPD در بخش اصلی (بخش دوم) DSM-5 و مدل جایگزین (بخش سوم) پرداخته است و بر اساس پنج مولفه شامل توصیف ماهیت (طبیعی، آسیب شناختی)، فنوتیپ (بزرگ‌منشی، آسیب پذیری)، تظاهر (اشکار، پنهان)، ساختار (طبقه‌ای، ابعادی) و عامل همبودی، اعتبار و سودمندی بالینی، NPD را در دو بخش DSM-5 مورد مقایسه قرار داده است. با توجه به تحلیل صورت گرفته در این مقاله، مفهوم‌سازی و تشخیص NPD در بخش دوم DSM-5، همواره ضعف‌ها و محدودیت‌هایی از قبیل؛ کم توجهی به ماهیت طبیعی و آسیب شناختی خودشیفتگی، تاکید بر نوع بزرگ‌منشی این سازه و نادیده گرفتن جنبه آسیب پذیری آن، غفلت از تظاهرات اشکار و پنهان علائم بالینی، رویکرد طبقه‌ای به تشخیص، نقص در تمیز این اختلال از سایر اختلالات شخصیتی و برآورد درصد شیوع پایین دارد. در مقابل، مدل جایگزین در بخش دوم، مفهوم‌سازی نظری، ابعادی و تشخیصی جامع‌تری نسبت به بخش اصلی دارد. این مدل جدید، ملاک‌های مناسبی با توجه به کارکرد و آسیب‌شناسی شخصیت در ملاک‌های A و B فراهم می‌کند و مزایای تشخیصی بهتری دارد. به نظر می‌رسد مدل جدید جایگزین در بخش سوم پس از کسب اعتبار و پشتوانه تجربی و تلفیق با تجارب متخصصان بالینی، بتواند در نسخه‌های بعدی DSM، جایگزین مناسبی برای تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته باشد و با دقت در انواع و ابعاد گسترده خودشیفتگی، در حل چالش‌های تشخیصی درمانگران موثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال شخصیت خودشیفته، خودشیفتگی، مفهوم‌سازی،

تشخیص، مدل جایگزین

مقدمه

اختلال شخصیت خودشیفته^۱، الگوی فراگیر بزرگ‌منشی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی است که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف بروز پیدا می‌کند، به صورتی که با پنج (یا تعداد بیشتری) از ملاک‌های تشخیصی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به این اختلال احساس اهمیت شخصی بزرگ‌منشانه دارند و معمولاً توانایی‌های خود را بیش از حد برآورد می‌کنند. همدلی هیجانی پایین افراد خودشیفته و ماهیت مزمن این اختلال (کالاهان، سامرز و ویدمن^۳، ۲۰۰۳)، در کنار سایر ویژگیها از جمله، احساس شدید خودبزرگ بینی، انتظار توجه خاص از سوی دیگران و عزت‌نفس شکننده (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، کار را برای درمان و کاهش مشکلات، سخت‌تر می‌کند. این اختلال مانند سایر اختلالات شخصیتی، موجب کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های بالای اجتماعی می‌شود (مارتین، ولکات، کلارک، بارتون و هیکلینگ^۴، ۲۰۱۳). همچنین خودشیفتگی بالا، پرخاشگری را افزایش می‌دهد (بوشمن و بامیستر^۵، ۱۹۹۸)، روابط بین‌فردی را مختل می‌کند (میلر، ویدیگر و کمیل^۶، ۲۰۱۰) و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به خودکشی همراه است (پینکوس و لوکویتسکی^۷، ۲۰۱۰؛ رانینگستام^۸، ۲۰۱۳). همچنین خودشیفتگی، در کنار دو ویژگی دیگر شخصیت یعنی جامعه‌ستیزی و قدرت طلبی سه گانه سیاه^۹ را تشکیل می‌دهند که در آسیب‌شناسی روانی بسیار مهم است (پاولهاس و ویلیام^{۱۰}، ۲۰۰۲، نقل از زارعی، قربانی و غریبی، ۱۳۹۵) اسکودول، موری، بندر و آلدهام^{۱۱} (۲۰۱۵) شیوع این اختلال را به دلیل ماهیت مزمن، بیش‌تر از آنچه در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) آمده است برآورد کرده‌اند. اختلال شخصیت خودشیفته (NPD)، به دلیل باقی ماندن در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اهمیت تشخیصی و درمانی ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است و دارای نرخ شیوع بالای ۱۷ درصد در جمعیت بالینی و ۶/۲ - ۰ درصد در جمعیت عمومی می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ رانینگستام، ۲۰۱۶).

مفهوم‌سازی اختلال روانی، یعنی درک متخصصان بالینی از مشکلات مراجع از طریق جهت‌گیری نظری خاص در محیط زیستی، روانی یا اجتماعی آنها که با حمایت پژوهشی و عملی همراه است و مجموعه‌ای از علائم مشترک را به تشخیص و در نهایت به طرح درمان پیوند می‌دهد (اسپری^{۱۳}، ۲۰۰۵). تعریف و مفهوم‌سازی NPD، قویا روی رفتارهای برانگیزاننده، خودتقویتی، رفتارهای بین‌فردی استحقاق و نگرش‌هایی که گرایش به جلب توجه درمانگران به بیمار و چالش‌های بین‌فردی او دارد، تمرکز می‌کند (با سکین-سامرز و همکاران، ۲۰۱۴). در DSM-5 تعریف و آسیب‌شناسی اختلالات شخصیت به صورت کلی و اختلال شخصیت خودشیفته به طور خاص صورت گرفته است (عبدی و نصیری، ۱۳۹۴). نکته قابل توجه این است که ابعاد و موارد تمییز و تشخیص این اختلال کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است. پینکوس (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان داد که معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، خصوصیات کامل بیماران NPD را به خوبی پوشش نمی‌دهد درمانگران بالینی با بیمارانی برخورد می‌کنند که خصوصیات بالینی متفاوتی دارند و ناهماهنگی تشخیصی در کاربرد معیارها وجود دارد. اسکودول، بندر و موری^{۱۴} (۲۰۱۴)، مفهوم سازی و تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته را در DSM-5 مورد بررسی قرار داده‌اند و اظهار کردند که مشکلات تشخیصی از زمان DSM-III همچنان در بخش دوم DSM-5 وجود دارد و مدل جایگزین، نوع بزرگ‌منش و آسیب‌پذیر^{۱۵} و نیز تظاهرات آشکار و پنهان خودشیفتگی^{۱۶} را در ملاکهای خود انعکاس می‌دهد. مولفه‌های مهم این اختلال در زمان اضافه شدن به DSM-III، احساس بزرگ‌منشی از اهمیت خود،

1. Narcissistic Personality Disorder (NPD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3. Callaghan, Summers & Weidman
4. Martin, Walcott, Clarke, Barton & Hickling
5. Bushman & Baumeister
6. Miller, Widiger & Campbell
7. Pincus & Lukowitsky
8. Ronningstam
9. Dark traid
10. Paulhus & Williams
11. Skodol, Morey, Bender & Oldham
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
13. Sperry
14. Skodol, Bender & Morey
15. grandiose and vulnerable narcissism
16. overt and covert narcissism

منحصر به فرد بودن، همچنین خیالپردازی با موفقیت های نامحدود، قدرت، استعداد، زیبایی و عشق ایده آل، خودنمایی، واکنش انتقادی آمیخته با خشم، شرم و تحقیر بود که به شکل کلی مطرح شد و معیارهای تشخیصی به صراحت و همراه با نمونه های مشخص ارائه نگردید. این معیارهای تشخیصی زود هنگام، بدون توجه به حمایت تجربی و نمونه های تشخیصی در DSM پیاده گردید (کاین و همکاران، ۲۰۰۸). تغییری که در DSM-III-R حاصل گردید این بود که معیار مشکلات بین فردی NPD را، به سه ملاک متمایز برگرفته از ویژگی بزرگ منشی تقسیم بندی کردند که شامل، بهره کشی^۱، استحقاق^۲ و فقدان همدلی^۳ بود. معیار "آرمانی سازی متناوب و کاهش ارتباط"^۴ به علت همپوشی با معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی حذف شد. همچنین بزرگ منشی و منحصر به فرد بودن به دو معیار جداگانه تقسیم گردید و احساسات حسادت^۵ به عنوان معیار جدید اضافه گردید (رانینگستم، ۲۰۱۳). معیارهای تشخیصی اختلالات شخصیت در بخش دوم DSM-5 به عنوان بخش اصلی، نسبت به DSM-IV تغییر نکرده است و مشکلات تشخیص NPD هم همچون سایر اختلالات شخصیتی، تمام موارد نار سایه بجا مانده از زمان DSM-III را حفظ کرده است. در مقابل، مدل جایگزین در بخش دوم، مفهوم سازی نظری، ابعادی و تشخیصی جامع تری نسبت به بخش اصلی دارد و ملاک های مناسبی با توجه به کارکرد و آسیب شناسی شخصیت در ملاک های A و B فراهم می کند و مزایای تشخیصی بهتری دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مفهوم سازی اختلال شخصیت خود شیفته و توجه به ابعاد آن در بخش دوم و بخش سوم^۶ DSM-5، با تاکید بر "مدل جایگزین"^۷ به روش تحلیلی و نظری انجام شده است و به بررسی معایب مفهوم سازی و تشخیص NPD در بخش دوم DSM-5 و سپس بحث در مورد تکامل مدل جدید DSM-5 و همچنین لزوم و مزایای تشخیصی آن در بخش سوم، تحت عنوان مدل جایگزین می پردازد.

تشخیص NPD در بخش دوم DSM-5

در ملاک های تشخیصی بخش اصلی DSM-5 که همان ملاک های DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت خود شیفته می باشد برای تشخیص NPD وجود ۵ مورد (یا بیشتر) از معیارهای زیر ضروری است:

- ۱- احساس خود بزرگ بینی مبنی بر مهم بودن خود دارد (مثلا در دستاوردها و استعدادهای خود مبالغه می کند و انتظار دارد بدون موفقیت های متناسب فرد برتر شناخته شود).
- ۲- اشتغال ذهنی با تخیلات: موفقیت، قدرت، استعداد، درخشندگی، زیبایی و عشق ایده آل.
- ۳- معتقد است فردی استثنائی و خاص است و فقط افراد (یا نهادهای) استثنائی و خاص می توانند او را بفهمند و یا با او «نشست و برخاست» داشته باشند.
- ۴- نیازمند تمجید افراطی است.
- ۵- احساس صاحب استحقاق بودن یا شایستگی دارد. یعنی انتظارات غیرمنطقی برای مدارای خاص و مطلوب یا موافقت حتمی با توقعات خود را دارد.
- ۶- در روابط بین فردی استثمارگر است. یعنی برای رسیدن به اهداف خود از دیگران بهره کشی می کند.
- ۷- فاقد همدلی یا هم حسی است: نسبت به شناخت و همانند سازی با احساسات دیگران تمایلی ندارد.
- ۸- غالبا به دیگران حسادت می ورزد یا معتقد است دیگران به او حسادت می ورزند.
- ۹- نگرش یا رفتارهای خود خواهانه و پرنخوت نشان می دهد.

بر اساس مفهوم سازی صورت گرفته در بخش دوم DSM-5، الگوی پایدار اختلال شخصیت خود شیفته بر اساس ارزیابی از چهار قسمت شناخت، عاطفه، عملکرد بین فردی و کنترل تکانه مشخص می شود و در کنار اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و نمایشی در دسته B قرار می گیرد. بر اساس پژوهش ها، مفهوم سازی طبقه ای و معیارهای تشخیص در بخش اصلی DSM-5، ارتباط قوی با صفات و طبقه بندی ابعادی بخش سوم دارد (اندرسون، اسنایدر، سلبوم، کروگر و هوففود^۸، ۲۰۱۴). این در حالی است که مدل جایگزین بخش

1. exploitativeness

2. entitlement

3. lack of empathy

4. Alternating idealization and devaluation of relationships

5. Fleengs of envy

6. Section III (Emerging Measures and Models for further study)

7. Alternative model

8. Anderson, Skider, Sellbom, Krueger & Hopwood

سوم، می تواند با در نظر گرفتن ضعف ها و کمبودهای بخش دوم به ابعاد گسترده خود شیفتگی، به مفهوم سازی قویتری از این سازه تبدیل گردد.

مفهوم سازی و تشخیص NPD در مدل جایگزین DSM-5

عمده ترین تغییرات طبقات تشخیصی DSM-5 در حوزه ی اختلالات شخصیت می باشد. در این نسخه صورت بندی جدیدی در ملاک ها جهت ارزیابی و تشخیص اختلال های شخصیت پیشنهاد شده است. تغییر پیشنهادی شامل تلفیق انواع اختلال ها با ویژگی های شخصیتی بیمارگون است و همچنین این تغییر، سطوح اختلال عملکرد در قالب "کارکرد شخصیت"^{۱۱} را در برمی گیرد و معیارهای تشخیصی با توجه به این تغییرات آمده است. تشخیص اختلال شخصیت در مدل جایگزین نیازمند تعیین دو مورد است (اسکودول و همکاران، ۲۰۱۵):

- ۱- سنجش سطح تخریب در کارکردهای شخصیت که برای ملاک الف مورد نیاز است .
 - ۲- ارزیابی صفات شخصیتی آسیب شناختی که برای ملاک ب مورد نیاز است.
- سطح کارکرد شخصیتی (ملاک A): تخریب در کارکرد شخصیتی، شامل دو قسمت مربوط به خود یعنی درون فردی و بین فردی می شود که بر روی یک پیوستار مورد ارزیابی قرار می گیرند (باستینس، اسمیتس، هرت، ونوالگم و کلیس^۲، ۲۰۱۶). کارکردهای مربوط به خود (درون فردی) شامل هویت^۳ و خود-جهت دهی^۴ و کارکردهای بین فردی شامل همدلی^۵ و صمیمیت^۶ است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). این مولفه ها به صورت جدول زیر آمده است.

جدول ۱. مؤلفه های کارکرد شخصیت

هویت: تجربه فرد از یگانه بودن خویش، با مرزهای روشن بین خود و دیگران، ثبات در عزت نفس و خودارزیابی صحیح؛ وجود خود	و توانایی تنظیم طیفی از تجارب هیجانی
خود-جهت دهی: پیگیری منسجم و معنادار اهداف کوتاه مدت و اهداف زندگی؛ به کارگیری سودمند و از لحاظ اجتماعی مفید معیارهای درونی رفتار؛ توانایی انعکاس سودمندی های خود	
همدلی: فهم و درک تجارب و انگیزه های دیگران؛ تحمل دیدگاههای متفاوت؛ فهم اثر رفتار خود فرد بر دیگران	
صمیمیت: عمق و طول ارتباط با دیگران؛ میل و توانایی برای نزدیک شدن به دیگران؛ انعکاس توجه متقابل به دیگران	بین فردی

صفات شخصیتی آسیب شناختی (ملاک B) در ۵ حوزه سازمان دهی شده اند که شامل:

- ۱- هیجان پذیری منفی^۷
- ۲- کناره گیری یا گسستگی^۸
- ۳- خصومت^۹
- ۴- بازداری زدایی^{۱۰}
- ۵- روان پریشی گرایی^{۱۱}

1. Personality Functioning
2. Bastiaens, Smits, Hert, Vanwallegem & Claes
3. Identity
4. self-direction
5. empathy
6. intimacy
7. negative affectivity
8. detachment
9. antagonism
10. disinhibition
11. psychoticism

در این ۵ حوزه^۱ شخصیت، ۲۵ جنبه^۲ شخصیتی خاص ابتدایی از مرور مدل‌های شخصیتی موجود و متعاقباً از طریق پژوهش‌های مکرر به دست آمده است. به نظر می‌آید این مدل در نسخه‌های بعدی DSM بتواند پس از کسب شواهد پژوهشی در بخش اصلی اختلالات شخصیت قرار بگیرد. اختلال شخصیت خوشیافته در مدل جایگزین DSM-5، الگوی مستمر خود بزرگ بینی (در خیال یا رفتار) نیاز به تمجید و فقدان هم‌حسی تعریف می‌شود که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های گوناگون وجود دارد و وجود پنج علامت از علائم زیر برای تشخیص ضروری است (بال، برندون، پلاس و ریچلند، ۲۰۱۵):

A: اختلال متوسط یا بیشتر در عملکرد فردی در دو یا تعداد بیشتری از چهار زمینه زیر مشخص می‌شود:

۱- اختلال در عملکرد خود^۳ (ملاک a یا b)

a- هویت: ارجاع بیش از حد به دیگران برای تعریف و تمجید خود^۴ و تنظیم عزت‌نفس. خود ستایی اغراق آمیز که که ممکن است متورم و خالی باشد و یا دارای نوسان باشد.

b- خود جهت دهی^۵: هدف‌گزینی بر اساس اخذ تایید دیگران. معیارهای مشخص استثنایی بودن که به شکل غیر منطقی بالاست و یا معیارهای خیلی پایین به علت وجود استحقاق که اغلب از انگیزه خود بی‌اطلاع هستند.

۲- اختلال در عملکرد بین فردی^۶ (ملاک a یا b)

a: همدلی: توانایی مختل در تشخیص و شناسایی احساسات و نیازهای دیگران

b: صمیمیت: روابط تاحد زیادی سطحی و علاقه واقعی پایین به دیگران و غلبه نیازها برای منافع شخصی

B: صفات شخصیتی آسیب‌شناختی در حوزه‌های زیر:

۱- بزرگ‌منشی (جنبه‌ای از خصومت^۸): که با بزرگ‌منشی، احساس استحقاق متعادل یا پنهان، خودمحوری، حفظ اعتقاد برتری نسبت به دیگران به شکل پایدار و تحقیر دیگران همراه است.

۲- توجه طلبی (جنبه‌ای از خصومت): تلاش‌های افراطی برای جلب توجه دیگران و کانون توجه آنها بودن.

تغییر مهم در مفهوم‌سازی جدید، در نظر گرفتن دو حوزه مهم در ارزیابی کارکرد شخصیت می‌باشد (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۴). فرد می‌بایست در دو حوزه "خود" و "بین فردی"، ارزیابی گردد. خود، به دیدگاه فرد نسبت به خودش و شیوه ادراک او از اهداف و تعیین اهداف بر می‌گردد. در مقابل، حوزه بین فردی به توانایی درک نظرات دیگران و ایجاد روابط نزدیک اشاره دارد. که ارزیابی بر اساس طیفی از کم تا شدید است. در مفهوم‌سازی جدید خودشیفتگی، در حوزه خود، عزت‌نفس و مشکلات تنظیم آن در کنار نوسانات خود ستایی اغراق آمیز و تمجید خود به عنوان سازه‌ای اساسی دچار اختلال است و مشکلات کارکردی شدیدی ایجاد می‌کند که می‌تواند در حوزه بین فردی همدلی و صمیمیت را تحت تاثیر قرار دهد. همدلی و راهبردهای تنظیم هیجانی، ویژگی بسیار مهمی در پیش بینی رفتارهای خود شیفتگی می‌باشد که در دو نوع خود شیفتگی بزرگ‌منش و آسیب‌پذیر، تظاهرات متفاوتی دارد (عبدی و نصیری، ۱۳۹۴) و به عنوان عامل مهم در درمان و ارتباط درمانی حائز اهمیت است. بزرگ‌منشی با تظاهرات آشکار و پنهان در کنار توجه طلبی هر دو به عنوان جنبه‌ای از آنتاگونیسم یا خصومت، بیانگر ابعاد آسیب‌شناختی شخصیت خودشیفته با رویکرد صفات می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله با اشاره به ضعف‌های رویکرد طبقه‌بندی بخش دوم یا اصلی DSM-5 در توصیف و مفهوم‌سازی اختلال شخصیت خودشیفته، به بررسی مفهوم‌سازی ترکیبی جدید و مزایای تشخیص بر اساس مدل جایگزین در بخش سوم DSM-5 پرداخته است و سعی کرده است معیارهای تشخیصی بخش دوم و سوم DSM-5 را برای اختلال شخصیت خودشیفته مورد مقایسه و تحلیل قرار دهد. تغییراتی اندکی که در تعریف و تشخیص نسخه‌های قبلی DSM از اختلالات شخصیت بوجود آمدند نتوانستند مشکلات تشخیصی و

1. domain
2. facet
3. Ball, Brandon, Plus & Richland
4. Self-functioning
5. Self-defintion
6. Self-direction
7. Interpersonal functioning
8. Antagonism

درمانی این طبقه از اختلالات را کاهش دهند و نیاز به ایجاد رویکردی جدید به تشخیص ایجاد شد. مدل جدید یا جایگزین اختلالات شخصیت، ترکیب طبقه ای-ابعادی^۱ جامعی براساس ارزیابی عناصر اصلی عملکرد شخصیت و ویژگی های آسیب شناختی شخصیت ارائه می دهد تا بخشی از کاستی های معیارهای DSM-IV را جبران نماید. در ابتدا قرار بود این مدل در بخش اصلی DSM-5 گنجانده شود ولی به علت نداشتن شواهد تجربی، در بخش سوم برای مطالعات بیشتر آمده است. توصیف و مفهوم سازی بخش دوم DSM-5 از اختلال شخصیت خودشیفته در چهار عامل مهم از جمله؛ توصیف ماهیت (طبیعی، آسیب شناختی)، فنوتیپ (بزرگ منش، آسیب پذیری)، تظاهر (آشکار، پنهان) و ساختار (طبقه ای، ابعادی) دارای محدودیت های می باشد (پینکوس و لوکوویتسکی، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر سعی می شود نتایج مطالعه مفهوم سازی و بررسی ملاک های تشخیصی NPD در بخش اصلی یا بخش دوم DSM-5 و مدل جایگزین با توجه به این چهار عامل و همچنین همبودی، اعتبار و سودمندی بالینی مورد تحلیل قرار می گیرد.

۱) توصیف ماهیت (طبیعی، آسیب شناختی) NPD: بخشی از چالش ها و کاستی ها در حوزه تشخیص و درمان اختلال شخصیت خودشیفته، به ضعف مفهوم سازی و توجه به درک جامع ابعاد خودشیفتگی برمی گردد. در مفهوم سازی نظری خودشیفتگی، نظریه های روانپویشی جامع ترین توصیف ها را از فهم شخصیت خودشیفته و درمان آن فراهم می کنند. نقاط عطف این رویکرد، در تحول از نظریه غریزه و ساختار روانی به سمت روانشناسی من^۲ و روابط شیء^۳ و بعد به سمت روانشناسی خود^۴ و اخیراً تحول آن به سوی مکتب بین فردی و درون ذهنی^۵ است. از نظر فروید، خودشیفتگی؛ بیش برآوردی^۶ از قدرت آرزوها و اعمال ذهنی، قدرت مطلق افکار، اعتقاد به نیروی خارق العاده کلمات و تکنیکی برای رویارویی با جهان پیرامون است که به نظر می رسد کاربرد منطقی و طبیعی بزرگ منشی می باشد. در مفهوم سازی نظری فروید، خودشیفتگی، جاد شدن لیبیدو از جهان خارج و هدایت شدن آن به سمت و سوی "من" می باشد و این منجر به شکل گیری نگرشی می شود که خودشیفتگی نامیده می شود (کمپل و میلر، ۲۰۱۱). در نظریه روانپویشی، مفهومی که ارتباط خودشیفتگی را با آسیب یا تروما بررسی می کند، اصطلاح "زخم خودشیفتگی"^۸ است که توسط فروید (۱۹۲۰) استفاده شده است. زخم خودشیفتگی، زخم عمیق تجربه خود واقعی است که از شکست در پاسخدهی متناسب مراقب اولیه به کودک ناشی می شود. زخم خودشیفتگی اغلب به نوعی دو نیم شدن منجر می شود که در آن جنبه هایی از شخصیت و خود به حاشیه رانده می شود و یا نوسانی بین دو یا چند بخش خود وجود دارد (سی^۹، ۲۰۱۰). در ادامه مفهوم سازی فروید از خودشیفتگی، کوهات^{۱۰} "خشم خودشیفتگی"^{۱۱} را به عنوان یک نیروی هیجانی مخرب و خشن بسیار قدرتمند توصیف می کند (رانینگستم، ۲۰۱۳) که حالت اجباری دارد. کوهات اعتقاد دارد که افراد خودشیفته با رها کردن شرم (گریز) و یا خشم خودشیفتگی (جنگ) به زخم خودشیفتگی پاسخ می دهد (رانینگستم، ۲۰۱۶). همچنین کوهات (۱۹۷۱) بزرگ منشی و سرخوش بودن افراد خودشیفته را در ریشه در عزت نفس پایین، حس عمیق بی ارزش بودن، نادیده گرفته شدن و یک اشتیاق بی وقفه برای گرفتن بازخوردی که نشان دهنده اشتیاق بسیار زیاد برای اطمینان یابی است، می داند. طبق نظر کوهات، سرمایه گذاری در یک خود بزرگ منش، نشان دهنده عکس العمل انطباقی به شکست، برای گسترش آن به سمت یک وابستگی سالم است (کمپل و میلر، ۲۰۱۱). با توجه به مفهوم سازی جامع نظریه روانپویشی از مقوله خودشیفتگی، به نظر می رسد مفهوم سازی جدید در مدل جایگزین، با ویژگی های نظری و گستردگی ابعاد خودشیفتگی ارتباط بهتری برقرار کرده است و ماهیت طبیعی و آسیب شناختی آن را در ملاک های A و B، نسبت به بخش دوم و اصلی با ارائه رویکرد ابعادی، بهتر توصیف کرده است.

۲) فنوتیپ خوششیفتگی (بزرگ منش، آسیب پذیری): ضعف و مشکلات بسیاری از معیارهای تشخیصی NPD در بخش دوم به طور عمده ناشی از نقص در پوشش کامل ابعاد خودشیفتگی، تاکید بر تظاهرات بزرگ منشی این سازه و نادیده گرفتن جنبه های آسیب

1. categorical-dimensional hybrid
2. ego psychology
3. object relations
4. self-psychology
5. interpersonal and intersubjectivity
6. over-estimation
7. Ego
8. Narcissistic injury
9. Say
10. Kuhut
11. narcissistic rage

پذیر آن است که این مشکل می‌تواند در عمل اثرات عمیقی بر نتیجه درمان داشته باشد (کاین و همکاران، ۲۰۰۸؛ راینینگ‌ستم، ۲۰۱۲). تفاوت معنادار بین بخش دوم و سوم DSM-5 در ارتباط با مفهوم سازی NPD، این است که بخش سوم به صراحت به هر دو مفهوم بزرگ‌منشی (متورم بودن^۱) و آسیب‌پذیری (غیر متورم بودن^۲) و احتمال نوسان بین این دو تاکید می‌کند ولی بخش دوم، بیشتر به آسیب‌پذیری و غیر متورم بودن NPD تاکید دارد. بخش سوم همچنین مشخص می‌کند که معیارهای شخصی افراد ممکن است به منظور مستثنی و خاص دیدن خودشان به طور نامعقولی بالا باشد (اسکودول و همکاران، ۲۰۱۵). تغییر عمده بخش سوم در مدل جایگزین، توجه به بعد آسیب‌پذیری و پنهانی خودشیفتگی در مقابل بعد بزرگ‌منشی بود که در پاسخ به نقد منتقدین به کم‌توجهی DSM-IV- R به آسیب‌پذیری این اختلال صورت گرفت. دو معیار بزرگ‌منشی و توجه طلبی با عنوان ملاک B، در مدل جایگزین آمده است. پژوهش‌ها رابطه این دو معیار با خوشیفتگی را تایید کرده‌اند. از جمله در پژوهش رایت^۳ و همکاران (۲۰۱۳) رابطه قوی بین خودشیفتگی و ویژگی‌های مربوط با خصومت یا مخالفت ورزی در ملاک B مدل جایگزین شامل خودبزرگ‌بینی و توجه طلبی به دست آمد. در مطالعه دیگری، میلر، جنتیل^۴، ویلسون^۵ و کمپیل (۲۰۱۳) نشان دادند که بزرگ‌منشی با دو ویژگی شخصیت ناهنجار در DSM-5 کبه خوبی توصیف شده است اما آسیب‌پذیری به شکل ضعیفی ارائه شده است و روابط متوسط تا نیرومندی با گستره وسیعی از ابعاد ناهنجار شخصیت مثل عاطفه منفی، گسیختگی، مهارگسیختگی و روان‌پریش‌گرایی دارد. همچنین در پژوهش عبدی و نصیری (۱۳۹۴) که به روش همبستگی انجام شد، خصومت (ملاک B) پیش‌بین‌کننده قوی برای خودشیفتگی بود. در پژوهش میلر و همکاران (۲۰۱۳)، نشان داده شد که صفات عاطفه منفی مثل، افسرده بودن، ناپایداری هیجانی و اضطراب و در حوزه گسستگی، دوری‌گزینی و عدم لذت ارتباط بالایی با خودشیفتگی آسیب‌پذیر داشتند ولی با خودشیفتگی بزرگ‌منش ارتباطی نداشتند. از تغییرات عمده تشخیص NPD در مدل جایگزین نسبت به بخش دوم یا اصلی DSM-5، این بود که تعداد ملاک‌هایی که به موضوع بزرگ‌منشی تاکید داشتند افزایش یافت (گاندرسون^۶، راینینگ‌ستم و اسمیت، ۱۹۹۱) و این موضوع مزایای تشخیص بر اساس ملاک‌های مدل جایگزین را برجسته می‌کند.

۳) تظاهرات آشکار و پنهان خودشیفتگی: در مدل جدید علاوه بر توجه به دو نوع خودشیفتگی بزرگ‌منش و آسیب‌پذیر، تظاهرات آشکار و پنهان آن هم در نظر گرفته شده است و قرار است توجه به تظاهرات بیرونی در معیارها و آستانه تشخیصی براساس داده‌های تجربی تعیین شود. بخش سوم به ارائه پدیده خودشیفتگی با استفاده از ابعاد خود، عملکرد بین فردی و صفات مرتبط می‌پردازد و تکامل قابل توجهی نسبت به مفهوم‌سازی بخش دوم از NPD دارد. در شش مطالعه اخیر که با استفاده از فراتحلیل و روش همبستگی انجام شده است، تمایز دو نوع مورد حمایت تجربی قرار گرفته است (دیکینسون و بینکوس، ۲۰۰۳؛ هندین و چک^۷، ۱۹۹۷؛ هیبارد و بونس^۸، ۱۹۹۵؛ راوتون و هولمستورم^۹، ۱۹۹۶؛ رز^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ وینک، ۱۹۹۲a، ۱۹۹۲b، نقل از کمپیل و میلر، ۲۰۱۱). در یک زمینه یابی از مجموعه ۳۳۷ درمانگر بالینی و بیمار، نتایج نشان داد که هر دو مقوله بزرگ‌منشی و توجه طلبی، همبستگی بالایی با معیارهای DSM-IV دارند (کاین و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین توجه به انواع و تظاهرات مختلف خودشیفتگی نکته‌ای قابل تامل است و می‌تواند با تحقیق و بررسی بیشتر، زمینه‌های تشخیصی و تمییزی مناسب را فراهم آورد.

۴) ساختار خودشیفتگی (طبقه‌ای، ابعادی): یکی از عناصر اساسی تجدیدنظر در DSM-5، پیشنهاد مدل صفات یا ابعاد ناهنجار اختلال شخصیت است (عبدی و نصیری، ۱۳۹۴). در مدل جایگزین^{۱۱}، اختلالات شخصیت با تخریب در کارکرد شخصیت و صفات شخصیتی مرضی مشخص می‌شود. تشخیص اختلالات شخصیتی خاصی که از این مدل اقتباس شده‌اند شامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اجتنابی، مرزی، خودشیفته، و سواسی-جبری و اسکیزوتایپال می‌شود. این رویکرد همچنین یک تشخیص اختلال شخصیت-صفت مشخص شده را در بر می‌گیرد که زمانی به کار می‌رود که اختلال شخصیت وجود دارد اما ملاک‌های یک نوع اختلال شخصیت

1. inflated
2. deflated
3. Wright
4. Gentile
5. Wilson
6. Gunderson
7. Hendin & Cheek,
8. Hibbard & Bunce
9. Rathvon & Holmstrom
10. Rose
11. alternative model

خاص برآورده نمی‌شود (اسکودول و همکاران، ۲۰۱۵). مدل ترکیبی پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال شخصیت خودشیفته، شامل صفات ابعادی و اصلی می‌باشد که ارزیابی‌های ترکیبی از سطوح عملکرد مثل؛ احساس هویت، نوسانات خود، تنظیم عزت‌نفس و ظرفیت همدردی آرائه می‌کند (رانینگ ستم، ۲۰۱۳؛ باسکین سامرز و همکاران، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد توجه به طبقه بندی ابعادی در مدل جایگزین برای اختلال شخصیت خودشیفته، بخشی از چالش‌های تشخیصی رویکرد طبقه‌ای بخش دوم در توصیف ویژگی‌های اصلی خودشیفته‌ها شامل استحقاق، همدلی پایین و عزت‌نفس شکننده را حل می‌کند و برتری آشکاری نسبت به بخش دوم دارد.

۵) همبودی، اعتبار و سودمندی بالینی: در پژوهش‌های مقدماتی برای تدوین DSM-5، همبودی بالایی بین اختلالات شخصیت بدست آمد و تمییزدهنده‌های کمی برای تشخیص انواع مختلف اختلال شخصیت در مفهوم‌سازی مدل طبقه‌ای، حاصل گردید. در بخش دوم DSM-5، بیمارانی که تشخیص یک اختلال شخصیت را می‌گیرند اغلب علائمی از سایر اختلالات شخصیت را نیز نشان می‌دهند. همچنین گاهی اوقات بیمار ملاک‌های اختلال شخصیت را دارد اما ملاک‌های یک نوع مشخص از اختلالات شخصیت را ندارد. بخش سوم DSM-5 علاوه بر تخمین درصد شیوع پایین NPD، آن را اختلال متوسطی به لحاظ سطح کارکرد نسبت به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی فرض می‌کند و این مسئله با آنچه در ارتباط با کار بالینی درک می‌شود متناقض است. ویژگی خودبزرگ‌بینی بیمارانی خودشیفته، باعث کاهش مراجعه به درمان می‌شود (میلر و کمپل، ۲۰۱۰) و درمانگران معمولاً با خودشیفته‌های آسیب‌پذیر سروکار دارند که ملاک‌های تشخیصی مناسبی در بخش دوم DSM-5 ندارند. بنابراین در نظر گرفتن اعتبار و کاربرد بالینی اهمیت بالایی در سودمندی تشخیصی دارد (اسکودول و همکاران، ۲۰۱۱). انجمن روانپزشکی آمریکا با هدف غلبه بر این مشکلات و حفظ پیوستگی معیارهای تشخیصی با مسائل بالینی جاری، مدل جدید را ارائه داد. به طور کلی، نیاز به افزایش روایی تشخیصی اختلالات روانی، یکی از دلایل مهم برای تدوین DSM-5 بود و برای اختلال شخصیت خودشیفته هم در کنار سایر اختلالات شخصیت، این ضرورت وجود داشت. این مدل می‌تواند تاحدی پاسخگوی مشکلاتی از قبیل همبودی و ناهمگونی تشخیصی، ضعف اعتبار همگرا و تمییزی تشخیص‌های قبلی باشد (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۴). مدل جایگزین، به طرز قابل توجهی سودمندی بالینی بیشتری دارد و نیاز به پژوهش‌های بررویی اعتبار، روایی همزمان و روایی افزایشی از همه ابعاد این مدل جدید را دارد.

در این مقاله به تحلیل مفهوم‌سازی و بررسی ملاک‌های تشخیصی NPD در بخش اصلی (بخش دوم) DSM-5 و مدل جایگزین (بخش سوم) پرداخته شد و سعی گردید با در نظر گرفتن پنج بخش تو صیف ماهیت (طبیعی، آسیب شناختی)، فنوتیپ (بزرگ‌منش، آسیب‌پذیری)، تظاهر (آشکار، پنهان)، ساختار (طبقه‌ای، ابعادی) و قسمت همبودی، اعتبار و سودمندی بالینی به مقایسه NPD در دو بخش DSM-5 پرداخته شود. با توجه به تحلیل صورت گرفته در این مقاله، مفهوم‌سازی و تشخیص NPD در بخش دوم DSM-5، همواره ضعف‌ها و محدودیت‌هایی از قبیل؛ کم‌توجهی به ماهیت طبیعی و آسیب شناختی خود شیفتگی، تأکید بر نوع بزرگ‌منشی این سازه و نادیده گرفتن جنبه آسیب‌پذیری آن، غفلت از تظاهرات آشکار و پنهان علائم بالینی، رویکرد طبقه‌ای به تشخیص، نقص در تمییز این اختلال از اختلالات شخصیتی دیگر و برآورد درصد شیوع پایین دارد. در مقابل، مدل جایگزین در بخش دوم، مفهوم‌سازی نظری، ابعادی و تشخیصی جامع‌تری نسبت به بخش اصلی دارد و ملاک‌های مناسبی با توجه به کارکرد و آسیب‌شناسی شخصیت در ملاک‌های A و B فراهم می‌کند و مزایای تشخیصی بهتری دارد. به نظر می‌رسد مدل جدید جایگزین در بخش سوم پس از کسب اعتبار و پشتوانه تجربی و تلفیق با تجارب متخصصان بالینی، بتواند در نسخه‌های بعدی DSM، جایگزین مناسبی برای تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته باشد و با دقت در انواع و ابعاد گسترده خودشیفتگی، در حل چالش‌های تشخیصی درمانگران موثر باشد.

منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست پنجم*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، (۱۳۹۳). چاپ اول، تهران: انتشارات ساوالان.

1. fluctuations in self
2. self-esteem regulation
3. empathy capability
4. Baskin-Sommers

- خدایاری فرد، محمد؛ و صیاد شیرازی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر اختلال شخصیت خود شیفته: مطالعه موردی. *مجله رویش روان شناسی*، ۴(۱۰)، ۲۵-۳۶.
- دیویسیون، جرال؛ نیل، جان؛ کرینگ، ان ام؛ و جانسون، شری ال. (۲۰۱۴). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5*. ترجمه مهدی دهستانی. (۱۳۹۵). جلد دوم، چاپ اول، تهران: انتشارات ویرایش.
- زارعی، ابوالفضل؛ قربانی، نیما؛ و غریبی، حمیدرضا. (۱۳۹۵). سه گانه سیاه: سازه های شخصیتی سازش نایافته ی یک قرن روانشناسی علمی. *مجله رویش روان شناسی*، ۵(۱۴)، ۱۸۳-۱۹۸.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: انتشارات ساوالان.
- عبدی، رضا؛ و نصیری، احد. (۱۳۹۴). نقش ابعاد ناهنجار شخصیت در پیش بینی ویژگیهای شخصیت خود شیفته. *مجله اندیشه و رفتار*، ۳۷(۹) - ۹۴. ۲۱

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Research*, 216(3), 363-372.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- Ball, G. A., Brandon, M. B., Plus, D., Richland, W. A. (2015). Frequency of narcissistic personality disorder in pastors: A preliminary study. *American Association of Christian Counselors*. 11(2)1-18.
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323.
- Bastiaens, T., Smits, D., De Hert, M., Vanwalleghem, D., & Claes, L. (2016). DSM-5 Section III personality traits and Section II personality disorders in a Flemish community sample. *Psychiatry research*, 238, 290-298.
- Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., & Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and the International Society for the Study of Personality Disorders. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 536-551.
- Bosson, J. K., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Zeigler-Hill, V., Jordan, C. H., & Kernis, M. H. (2008). Untangling the links between narcissism and self-esteem: A theoretical and empirical review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(3), 1415-1439.
- Brookes, J. (2015). The effect of overt and covert narcissism on self-esteem and self-efficacy beyond self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 85, 172-175
- Bushman, B. J., & Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence?. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 219.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1996). The biopsychosocial model of arousal regulation. *Advances in experimental social psychology*, 28, 1-51.
- Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2011). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*. John Wiley & Sons.
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415-422.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), 638-656.
- Cozma, H., Javadian, J., Gupta, V.K., & Canevar, M. (2014). Narcissistic personality inventory: An assessment of measurement equivalence across countries and gender. *The international journal of management and business*, 5(1), 108-116
- Cooper, A. M. (1998). Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder. *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*, 53-74.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders*, 17(3), 188-207.
- Gunderson, J. G., Ronningstam, E., & Smith, L. E. (1991). Narcissistic personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5(2), 167-177.
- Ha, C., Petersen, N., & Sharp, C. (2008). Narcissism, self-esteem, and conduct problems. *European child & adolescent psychiatry*, 17(7), 406-413.
- Hammond, D., & Gast, D. L. (2010). Descriptive Analysis of Single Subject Research Designs: 1983—2007. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 187-202.

- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 588-599.
- Jalali Asheghabadi, P., Borjali, A., & Hosseinsabet, F. (2015). Overt and Covert Narcissism in Iranian Students: The Role of Self-esteem and Shame. *Practice in Clinical Psychology*, 3(2), 79-88.
- Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2012). Pathological narcissism: A front-line guide. *Practice*, 24(3), 161-174.
- Kernberg, O. F. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(5), 865-888.
- Kohut, H. (1971). The analysis of the self: A systematic psychoanalytic approach to the treatment of narcissistic personality disorders.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (2011). A historical review of narcissism and narcissistic personality. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*, 3-13.
- Levine, A. B., & Faust, J. (2013). A psychodynamic approach to the diagnosis and treatment of closet narcissism. *Clinical Case Studies*, 12(3), 199-212.
- Martin, J., Walcott, G., Clarke, T. R., Barton, E. N., & Hickling, F. W. (2013). The prevalence of personality disorder in a general medical hospital population in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 62(5), 463-467.
- Miller, J. D., Gentile, B., Wilson, L., & Campbell, W. K. (2013). Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), 284-290.
- Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2010). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 640.
- Myers, E. M., & Zeigler-Hill, V. (2012). How much do narcissists really like themselves? Using the bogus pipeline procedure to better understand the self-esteem of narcissists. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 102-105.
- Ogrodniczuk, J. S. (2013). *Understanding and treating pathological narcissism*. American Psychological Association.
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus*, 11(2), 167-177.
- Ronningstam, E. (2013). An update on narcissistic personality disorder. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 102-106.
- Ronningstam, E. (2016). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Recent Research and Clinical Implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(1), 34-42.
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus*, 11(2), 167-177.
- Rosenthal, S.A., Montoya, R.M., Ridings, L.E., Rieck, S.M., & Hooley, J.M. (2011). Further evidence of the Narcissistic Personality Inventory's validity problems: A meta-analytic investigation-Response to Miller, Maples, and Campbell. *Journal of Research in Personality*, 45, 410-414.
- Ritter, K. (2014). *The Narcissistic Personality Disorder: Empirical Studies* (Doctoral dissertation, Berlin, Humboldt Universität zu Berlin, Diss., 2014).
- Say, B. (2010). *Unfolding the Myth of Narcissus: Towards a Process Oriented Approach to Working with Narcissism*. Portland, Oregon.
- Sperry, L. (2005). Case conceptualizations: The missing link between theory and practice. *The Family Journal*, 13(1), 71-76.
- 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.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 606-613.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Ritter, K., Renneberg, B., Schulze, L., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). The narcissistic personality inventory: a useful tool for assessing pathological narcissism? Evidence from patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), 301-308.
- Vater, A., Ritter, K., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(1), 37-47.
- Vaknin, S. (2015). *Malignant self love: Narcissism revisited*. Narcissus Publishing.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 61(4), 590.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). Conceptions of narcissism and the DSM-5 pathological personality traits. *Assessment*, 20(3), 339-352.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2012). An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM-5. *Assessment*, 19(3), 263-275.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of personality*, 74(1), 119-144.
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B., & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 96-1