

Developing a Treatment Protocol for Narcissistic Personality Disorder based on Spiritual Multidimensional Therapy and Islamic Sources

Seddiqa Hosseini Semnani*

Masoud Jan Bozorgi**

Hassan Ansari***

Fatima Shatrian Mohammadi****

Abstract

Objective: The present study was conducted with the aim of developing a treatment protocol for narcissistic personality disorder based on spiritual multidimensional therapy and Islamic sources.

Method: The present research was compiled using descriptive and analytical method using Islamic sources and based on multidimensional spiritual therapy. Twenty sessions of Islamic treatment for narcissistic personality disorder based on spiritual multidimensional therapy were designed and then the validity of the symptoms and treatments obtained from Islamic sources and the content of the treatment sessions were evaluated by experts. The data were analyzed using Content Validity Index (CVI) and Content Validity Ratio (CVR).

Findings: CVR of symptoms and treatments resulting from Islamic sources as well as the content of all treatment sessions were confirmed and CVI for both items was more than 0.79.

Conclusion: The compatibility of the symptoms with Islamic sources and the therapeutic protocol of narcissistic personality disorder based on spiritual multidimensional therapy by specialists was valid in the content of the sessions. According to the research results, this treatment method can be used for people with narcissistic personality disorder.

Keywords: Narcissistic Personality Disorder, Islamic Sources, Multidimensional Spiritual Therapy, Content Validity.

* Ph.D. student in psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran, shhossaini1412@gmail.com.

** professor, Department of Psychology, Faculty of Behavioral Sciences, Research Institute of Hoza and University, Qom, Iran (corresponding author), mjanbozorgi@rihu.ac.ir.

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Qom, Qom, Iran, h.ansari@qom.ac.ir.

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran, fshaterian@yahoo.com.

تدوین پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی

صدیقه حسینی سمنانی*

مسعود جان بزرگی**

حسن انصاری***

فاطمه شاطریان محمدی****

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی صورت پذیرفت.
روش: پژوهش حاضر به روش توصیفی تحلیلی با استفاده از منابع اسلامی و براساس درمان چندبعدی معنوی تدوین شد. بیست جلسه بسته درمان اسلامی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی طراحی و سپس روایی نشانه‌ها و درمان‌های به‌دست آمده از منابع اسلامی و محتوای جلسات درمان با پرسشنامه‌های مربوطه، از سوی متخصصان ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از شاخص روایی محتوا (CVI) و ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) تجزیه و تحلیل شدند.
یافته‌ها: CVI نشانه‌ها و درمان‌های منتج از منابع اسلامی و نیز محتوای تمام جلسات درمانی تأیید شد و CVI برای هر دو مورد بیش از ۰/۷۹ به دست آمد.
نتیجه‌گیری: تناسب نشانه‌ها با منابع اسلامی و محتوای جلسات پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی از سوی متخصصان روا بود. با توجه به نتایج پژوهش، این روش درمانی می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته به کار رود.
واژگان کلیدی: اختلال شخصیت خودشیفته، منابع اسلامی، درمان چندبعدی معنوی، روایی محتوا.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران
shhossaini1412@gmail.com

** استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران (نویسنده مسئول)
mjanbozorgi@rihu.ac.ir

*** استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه قم، قم، ایران
h.ansari@qom.ac.ir
**** استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران
fshaterian@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۱۶ تاریخ تأیید: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸

مقدمه

اختلال شخصیت خودشیفته^۱ الگوی فراگیر خودبزرگ‌بینی، نیاز به تحسین و عدم همدلی است که در اوایل بزرگسالی ایجاد می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد. اغراق در اهمیت خود، اعتقاد به خاص بودن و فقط از سوی برخی افراد درک شدن یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلال است. آنها به‌طور معمول توانایی‌ها و مهارت‌های خود را بیش از اندازه و مهارت‌های دیگران را به‌طور ضمنی کمتر برآورد می‌کنند. رفتارها و نگرش‌های غرورآمیز و متکبرانه، تحقیرکننده و رئیس‌مآبانه و حس استحقاق مشخصه این افراد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲، ص ۷۶۲؛ کامر،^۲ ۲۰۱۵، ص ۵۴۵؛ باچر^۳ و همکاران، ۲۰۱۴، ص ۳۴۰). حرمت خود^۴ شکننده افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته سبب می‌شود برای حفظ تصور کاذب خود در برابر پسخوراندهای بیرونی مثبت و منفی بسیار بیشتر از دیگران واکنش نشان دهند و نسبت به انتقاد و بی‌توجهی بسیار حساس و آسیب‌پذیر شوند. هدف اصلی آنان در تعامل با دیگران صمیمیت و حفظ آن نیست، بلکه حمایت از حرمت خود است و تلاش در این زمینه به انجام کارهایی می‌انجامد که سردی و بیزاری دیگران را به دنبال خواهد داشت (محمدملو و همکاران، ۱۳۹۲). خودشیفتگی آسیب‌شناختی با حرمت خود ناپایدار (دی پیرو^۵ و همکاران، ۲۰۱۶)، کمال‌گرایی ناکارآمد (دی پیرو و همکاران، ۲۰۲۰) و پرخاشگری (بروملمن^۶ و همکاران، ۲۰۱۵) همبستگی مثبت دارد.

شیوع اختلال شخصیت خودشیفته در نمونه‌های جامعه بین کمتر از ۱ تا ۶ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲، ص ۷۶۳). مدرنیزاسیون و کوچک شدن خانواده‌ها شیوع این اختلال را روزبه‌روز بیشتر کرده، و با کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است (مارتین^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). خودشیفتگی بالا پرخاشگری را افزایش می‌دهد (بروملمن و همکاران، ۲۰۱۵)، روابط بین فردی و اجتماعی را مختل می‌کند (فاتفتوتا و شوارزینگر^۸، ۲۰۲۳؛ میلر و همکاران، ۲۰۱۵) و با کاهش رضایت و کیفیت زندگی، احتمال آسیب به خود و اقدام به

1. Narcissistic personality disorder (NPD)

2. Comer

3. Butcher

4. Self Steem

5. Di Piero

6. Brummelman

7. Martin

8. Fatfouta & Schwarzingler

خودکشی را افزایش می‌دهد (رانینگستام،^۱ ۲۰۱۶)؛ همچنین با اختلال عملکرد در حوزه‌های کاری، اجتماعی، عاطفی و ایجاد درد و فشار قابل توجه برای اطرافیان همراه است. تحمل درد و رنجی که از سوی افراد مهم فرد مبتلا به اختلال خودشیفته تجربه می‌شود؛ به ویژه در مواجهه منظم با آنها بسیار دشوار است. براساس شواهد افسردگی و اضطراب نیز در نتیجه مشکلات یا شکست‌ها در زمینه‌های مختلف برای این افراد پدید می‌آیند (میلر و کمپبل،^۲ ۲۰۰۷). لذا به منظور کمک به کاهش آسیب‌های عملکردی و اجتماعی این اختلال بر فرد، خانواده و اجتماع و کاهش هزینه‌های نامحسوس تحمیل شده به سیستم درمانی به‌واسطه آشفتگی ارتباط‌های عاطفی، خانوادگی و کیفیت زندگی، از دیرباز متخصصان کوشیده‌اند به روش‌های کارآمدی برای درمان افراد مبتلا به این اختلال دست یابند.

روان‌تحلیلی‌گری (گابارد،^۳ ۱۳۹۶، ص ۵۰۴)، روان‌درمانگری مبتنی بر ذهنی‌سازی^۴ (بتمن و فوناگی،^۵ ۲۰۱۶؛ دروزک و آنروه،^۶ ۲۰۲۰؛ چوی کاین^۷ و همکاران، ۲۰۲۲)، درمان شناختی رفتاری (بک و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۳۰۱)، روان‌بنه‌درمانگری (یانگ، ۲۰۰۳، ص ۳۷۳)، رفتاردرمانگری دیالکتیکی^۸ (کمپبل و میلر، ۲۰۱۱، ص ۴۶۷)، خانواده‌درمانگری شناختی رفتاری (خدایاری فرد و صیاد شیرازی، ۱۳۹۴)، روان‌درمانگری فراشناختی^۹ (دیماجیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴)، روان‌درمانگری شفاف‌محور^{۱۱} (ساکس،^{۱۲} ۲۰۱۹؛ کرامر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۸)، روان‌نمایشگری^{۱۴} (گاتا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۴؛ قدرتی میرکوهی و ذکری، ۱۳۹۷) از جمله این روش‌ها است؛ اما با وجود اینکه طیفی از روان‌درمانگری‌ها در درمان این اختلال به کار برده شده است، همچنان در بوته آزمایش و نقد هستند و هنوز در شیوه‌ی درمان افراد مبتلا به اختلال

1. Ronningstam
2. Miller & Campbell
3. Gabbard
4. Mentalization-based treatment (MBT)
5. Bateman & Fonagy
6. Drozek & Unruh
7. Choi-Kain
8. Dialectical Behavior Therapy (DBT)
9. Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT)
10. Dimaggio et al
11. clarification-oriented psychotherapy (COP)
12. Sachse
13. Kramer
14. psychodrama
15. Gatta

شخصیت خودشیفته، جنبه‌های مهم فرد مانند فرهنگ و معنویت نادیده گرفته می‌شود و پژوهشگران تلاش می‌کنند که با انجام پژوهش‌هایی به روش‌های درمانگری اختصاصی‌تر دست یابند.

با گسترش توجه به معنویت در دهه‌های گذشته و پژوهش‌های دانشمندان در زمینه اهمیت سهم معنویت در روان‌درمانگری‌ها (پونتراینر، ۲۰۲۳^۱؛ بوهمر، ۲۰۱۶^۲) و در درمان اختلال شخصیت خودشیفته (هاگلت و کوئینگ، ۲۰۰۹^۳، ص ۱۸۴؛ هاگلت و همکاران، ۲۰۱۶؛ قدوسی و میردرکوندی، ۱۳۹۲)، به نظر می‌رسد روان‌درمانگری‌هایی که بعد معنوی را در نظر می‌گیرند، می‌توانند کارایی بیشتری داشته باشند. در این راستا به نظر روان‌درمانگری چندبعدی معنوی که محور درمان روان‌شناختی را فعال‌سازی بعد معنوی می‌داند (جان بزرگی، ۱۳۹۸، ص ۲۴)، در درمان اختلال شخصیت خودشیفته بسیار مؤثر باشد. در این درمان با اصلاح پنداره‌های مربوط به حوزه‌های ادراکی به متغیرهایی پرداخته می‌شود که براساس پژوهش‌های مختلف همبستگی معناداری با خودشیفتگی دارند؛ از جمله: بی‌نظمی هیجانی (امیری و جمالی، ۱۳۹۸؛ زال‌پور و همکاران، ۱۳۹۴، صالحی، ۱۳۹۲)، عزت نفس ناپایدار (خدابنده‌لو و همکاران، ۱۳۹۷)، فقدان همدلی و عدم بخشش (فاتوتو و همکاران، ۲۰۱۵؛ صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۶)، احساس شرم و گناه (خدابخش پیرکلانی و صفائیان، ۱۳۹۸؛ ریتز^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به ویژگی اساسی خودشیفته‌ها که از درون احساس حقارت و در بیرون و ظاهر رفتار خود احساس نخوت را ابراز می‌دارند، احتمالاً درمان چندبعدی معنوی با پنداره‌زدایی از ادراک فرد بتواند مشکلات او را بهبود بخشد.

برنامه‌های درمانگری مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی در مطالعات فراوان بر اضطراب (جان بزرگی، ۱۳۹۵)، افسردگی (روحانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ نیکویی و همکاران، ۱۳۹۹)، مدیریت استرس ناشی از بحران کرونا (جان بزرگی و همکاران، ۱۳۹۹)، استرس پس از سانحه (فرجی و همکاران، ۱۴۰۰) و وسواس - بی‌اختیاری (انصاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ منیرپور و حسینی سمنانی، ۱۳۹۸) اثربخش بوده است؛ اما برای اختلال شخصیت خودشیفته به کار نرفته و نیازمند تطابق آن با نشانه‌های این اختلال و نیز جستجوی بیشتر و متناسب در منابع دینی برای این تطابق می‌باشد.

1. Unterrainer
2. Böhmer
3. Huguelet & Koenig
4. Ritter

بنابراین با توجه به فرهنگ دینی جامعه ایرانی، تأثیر فرهنگ بر خودشیفتگی و پیامدهای آن (کمپبل و میلر، ۲۰۱۱، ص ۶۳)، اهمیت درمان‌های مبتنی بر فرهنگ و اثربخشی بیشتر آنها (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵، ص ۳۶۱؛ اسلام^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ فاستر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳) و خلأ جدی پژوهشی در این حوزه در ایران (فتحی‌آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۸، ص ۳۲۰)، نخست نشانه‌شناسی و درمان اختلال شخصیت خودشیفته از منابع اسلامی حاصل آید تا پس از آن پروتکل درمان در چارچوب درمان چندبعدی معنوی تطابق یابد.

پژوهش حاضر یکی از تحقیقاتی است که در مسیر شناسایی یک شیوه مداخله مطابق با فرهنگ و توجه به بعد اصیل معنوی انسان برای اختلال شخصیت خودشیفته گام برداشته و هدف آن تدوین پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی و تعیین روایی این روش توسط متخصصان بوده است. این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش است که چگونه می‌توان براساس درمان چندبعدی معنوی، الگوی متناسبی با رویکرد دینی برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته تدوین کرد.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش توصیفی تحلیلی است. پژوهش در دو مرحله انجام شد؛ در مرحله نخست نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی در منابع اسلامی بررسی شد. روش تحقیق، شیوه کیفی تحلیل محتوا (کریپندورف، ۲۰۰۴^۳)، جامعه متنی قرآن کریم و روایات معتبر با استفاده از نرم‌افزارهای نور و روش نمونه‌گیری هدفمند^۴ بود. مستندات مربوط به نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی در چند مرحله گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نخست گزاره‌های مرتبط با خودشیفتگی در قرآن کریم و روایات معتبر بررسی شد. پس از بررسی محتوا، یافته‌ها کدگذاری و صورت‌بندی و ساخت‌های مفهومی همگرا با ادبیات روان‌شناسی بازآفرینی شد. برای اعتبارسنجی داده‌ها و حصول اطمینان از تطابق آنها با محتوای متون دینی از یک‌سو و کاربرد آن در حوزه روان‌شناسی از سوی دیگر، پرسشنامه‌ای تنظیم و به شانزده نفر از کارشناسان متخصص علوم اسلامی و روان‌شناسی با مدرک تحصیلات تکمیلی در شهر قم داده شد که تعداد یازده نفر پاسخ دادند.

1. Aslam

2. Foster

3. Krippendorff

4. Purposive Sample

در مرحله دوم با توجه به داده‌های مرحله نخست و براساس ساختار درمان چندبعدی معنوی، پروتکل درمانی برای اختلال شخصیت خودشیفته تدوین شد. روش تحقیق، شیوه دلفی کلاسیک^۱ و جامعه آماری، برنامه درمان چندبعدی معنوی و داده‌های به دست آمده از آیات و روایات در مرحله اول بود. روش نمونه‌گیری، هدفمند بود. با توجه به هدف پژوهش، پروتکل درمانی تدوین شد که از ساختار و فرایند درمان چندبعدی معنوی پیروی کند و محتوای آن بر مبنای تحلیل محتوای متون دینی در مورد خودشیفتگی باشد. پس از آماده شدن پیش‌نویس اولیه، تکنیک‌ها و ساختار جلسات درمان چندین بار از سوی اساتید متخصص بررسی و نحوه ارائه تکنیک‌ها اصلاح شد. پس از اصلاح اساتید، شیوه درمان طراحی شده به صورت پرسشنامه‌ای تنظیم و به شانزده نفر از اساتید و متخصصان روان‌شناسی با مدرک تحصیلات تکمیلی شهر قم با سابقه کار روان‌درمانگری دست‌کم پنج سال و آشنا با روش درمان چندبعدی معنوی، برای بررسی ارائه شد که یازده نفر پاسخ دادند. جدول ۱، خلاصه نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی به دست آمده از منابع اسلامی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: کلیدواژه‌های نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی از منابع اسلامی

نشانه‌ها	حوزه
خود بزرگ‌بینی	شناختی
احساس برتری نسبت به دیگران و بی‌ارزش کردن آنها	
خیال‌پردازی و بزرگ‌نمایی موفقیت، قدرت و...	
احساس استحقاق	
انعطاف‌ناپذیری در برابر حق	هیجانی
حرمت خود پائین یا بی‌عقلی	
عدم همدلی	
حسادت	
حالات عاطفه منفی مانند تأسف، فرح، ترس و ناآرامی	رفتاری
خصومت و دشمنی	
توجه‌طلبی و تحسین‌خواهی	
رفتارها و گفتارهای متکبرانه، تحقیرکننده و رئیس‌مآبانه	
اغراق در اهمیت خود	روابط بین فردی
عدم هم‌افزایی و تولید	
روابط سطحی و بدون صمیمیت	
روابط بین فردی به نفع شخصی	شناختی
درمان‌ها	
اصلاح شناخت نسبت به خداوند	

1. Classic Delphi

خودشناسی	هیجانی
تحریک و تقویت عقل	
درک و همدلی با دیگران	
اصلاح شناخت متناسب با علل خودشیفتگی مثل کثرت عبادت، مال، علم و...	
مدیریت خشم	رفتاری
عفو و بخشش	
انجام کارهای عادی روزمره	
الگوگیری از معصومان <small>علیهم‌السلام</small>	
انجام اعمال عبادی	
پرهیز از رفتارهای متکبرانه	
انجام رفتارهای متواضعانه	

جدول ۲، خلاصه جلسات پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی را نشان می‌دهد که شامل خلاصه‌ای از شرح جلسات مداخله به همراه کارهای فردی خواسته شده از مراجع در پایان جلسه‌ها است.

جدول ۲: خلاصه محتوا و کارهای فردی جلسات پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی

جلسه پیش درمان: بیان مشکل، توضیح انواع روش‌های درمانی و معرفی روش درمانی خود، مفهوم معنویت، جلب رضایت و بستن قرارداد درمانی، اکتشاف اهداف مراجع و توافق بر سر اهداف درمانی؛ کار فردی: انجام کاربرگ هدف‌گذاری و بررسی نیت و هدف عمل.
جلسه اول: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، تمرکز بر مشکلات جاری، تقویت خودآشنایی مراجع و بازخورد غیرقضاوتی به او، حمایت همدلانه برای پذیرش تجربیات هیجانی خود و عادی‌سازی آنها، پالایش هیجان در محیط عاری از قضاوت، دریافت بازخورد.
جلسه دوم: بیان تجربیات، سؤال از نیازها (فیزیولوژیک و روان‌شناختی) و چگونگی ابراز آنها، توجه به نیازهای دیگران و نحوه ابراز آنها، توجه به تفاوت‌ها یا شباهت‌های افراد در این زمینه؛ کار فردی: انجام کاربرگ نیازها.
جلسه سوم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، کشف چارچوب‌هایی (قواعد و اصولی) که پس از تشخیص نیاز، براساس آنها عمل می‌شود، کارکرد این چارچوب‌ها و شاخص درست یا نادرست بودن آنها، مواجهه همدلانه با پیامد این قواعد و اصول، ارتباط قواعد و اصول با مشکل فرد؛ کار فردی: انجام کاربرگ قواعد و اصول و اعتبارسنجی آنها.
جلسه چهارم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، نوع واکنش‌های فرد در موقعیت‌های مختلف براساس چارچوب‌ها، بررسی تناسب واکنش با موقعیت، درست یا نادرست بودن آن؛ کار فردی: انجام کاربرگ واکنش‌ها و اعتبارسنجی آنها.
جلسه پنجم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، بینش نسبت به علل دست نیافتن به اهداف خود، بینش نسبت به ارتباط مشکلات با عدم شناخت نیازهای خود و دیگری و واکنش‌های نامتناسب با موقعیت، چگونگی عمل در صورت تصور خود به جای دیگران؛ کار فردی: انجام کاربرگ سهم خود در مشکلات.
جلسه ششم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، بیان فرض تشخیص درست و اجباری معیار درونی (عقل) موقع انجام عمل و مهار اختیاری انسان، آوردن موارد نقض این فرض، شناخت کنش‌های معیار درونی (کنش شناختی و کنش مهار یا خود نظم‌جویی)، اجرای فن جزیره؛ کار فردی: انجام کاربرگ فن جزیره.

جلسه هفتم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، اعتماد به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی (عقل)، بررسی موانع آن، آزمون انجام عمل براساس نماد (نظام تشخیص‌گر ماهر درونی)، توجه به آداب و قوانین محیطی؛ کار فردی: انجام کاربرگ‌های شناسایی موانع کنش نظام تشخیص‌گر ماهر درونی و تقویت آن.
جلسه هشتم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، شناخت و اصلاح خطاهای ادراکی (تحریف، انکار، بزرگ‌بینی، کمینه‌بینی)، شناخت و تغییر قواعد و اصول منفی یا غیرمعنوی، شروع بحث تغییر معنا در اثر تجربیات زندگی؛ کار فردی: انجام کاربرگ خطاهای ادراکی و اصلاح قواعد و اصول.
جلسه نهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، بحث تغییر معنا به روش غیرمستقیم با بیان حوادث آسیب‌زای زندگی، پیگیری داستان تغییر معناها و پیامدهای آن؛ کار فردی: انجام کاربرگ تحلیل معنایی.
جلسه دهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، نوشتن معناهای فرد از خود و خط زدن همه آنها به دلیل ساختگی یا نسی بودن و پیامدهای منفی آنها، لزوم شناخت مجهول از راه معلوم، توجه به شاخص معلوم ثابت قابل اعتماد همیشگی در جهان، بیان هرگونه تصویری از خدا و بیان تاریخچه شکل‌گیری آن، مشاهده و تحلیل تعارض‌های زندگی؛ کار فردی: انجام کاربرگ تحلیل خداینداره و نحوه شکل‌گیری آن.
جلسه یازدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، نوشتن دوباره تصاویر فرد از خدا و خط زدن همه آنها به دلیل بی‌اعتباری و با استناد به آیه‌ای از قرآن (صافات، ۱۵۹)، چگونگی شناخت خدای واقعی؛ کار فردی: جستجوی خدا در منابع معتبر دینی به ویژه قرآن.
جلسه دوازدهم: بررسی کار فردی جلسه قبل و بیان تجربیات، شناسایی خداینداشت با استناد به قرآن، بحث مخلوق ویژه بودن، لزوم مراقبت خداوند از مخلوق ویژه خود با ارسال برنامه، کار فردی: انجام کاربرگ‌های خلق ویژه.
جلسه سیزدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، لزوم پرورش دهندگی الهی (ربوبیت) و شواهد معنوی آن، شناخت ماهیت خود با خداینداشت و نظام تشخیص‌گر ماهر درونی؛ کار فردی: انجام کاربرگ‌های تجربه‌های ربوبیت و اکتشاف هویت معنوی.
جلسه چهاردهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، حرکت در مسیر عبودیت با شناخت قوانین حاکم بر نظام روان‌شناختی و شناخت نقاط آسیب‌پذیری انسان؛ کار فردی: انجام کاربرگ هشیاری به قوانین الهی.
جلسه پانزدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، جستجو برای شناخت نقاط آسیب‌زای معنوی و توجه به آنها برای خودمراقبت‌گری؛ کار فردی: انجام کاربرگ چهارسوی معنوی.
جلسه شانزدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، تنظیم خود براساس قانون الهی شکر برای افزایش سرمایه‌های وجودی، تهیه فهرست امکانات و نعمت‌های خود، روش‌های ابرازشکر، تمرین شکر و بررسی آثار آن؛ کار فردی: انجام کاربرگ آشکارسازی خوبی‌ها و نعمت‌ها.
جلسه هفدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، تصور از دیگری و نحوه رابطه با این تصور، توجه به مشابه بودن ساختار وجودی انسان‌ها و اکتشاف اصول معنوی رابطه با دیگری؛ کار فردی: انجام کاربرگ‌های تصور از دیگری و پیامدهای آن و اکتشاف اصول ارتباطی و عمل با دیگران براساس این اصول.
جلسه هیجدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، تسویه با دیگران، بخشش یا گفتگو برای تعدیل روابط؛ کار فردی: انجام کاربرگ بخشش یا گفتگو.
جلسه نوزدهم: بررسی کاربرگ جلسه قبل و بیان تجربیات، بیان هرگونه تصویری از مرگ، توجه به مفهوم واقعی مرگ، کسب آمادگی برای ملاقات، بازسازی برنامه زندگی با الگو قراردادن معصوم در برخورد با دیگران و انجام رفتارهای متواضعانه و پرهیز از رفتارهای متکبرانانه؛ کار فردی: انجام کاربرگ‌های تصور از مرگ، ایفای الگوی معصوم و بازسازی برنامه زندگی.
جلسه بیستم: مرور تمرین‌ها و بررسی نتایج، تأکید بر خودپنداشت، خداینداشت، دیگری پنداشت، تأکید بر تمرین رفتارهای آموخته شده، اجرای فن استغفار و ذکر برای فعال نگه‌داشتن بعد معنوی، جلوگیری از نسیان، غفلت و تسویه روزانه نظام روانی.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، در هر دو مرحله پژوهش از دو ضریب نسبت روایی محتوا^۱ و شاخص روایی محتوا^۲ برای ارزیابی کمی روایی داده‌ها و حصول اطمینان از تطابق آنها با محتوای متون دینی و نیز روایی محتوایی جلسه‌های درمان براساس نظرات متخصصان استفاده شد. براساس تعداد متخصصانی که روش را مورد ارزیابی قرار دادند، حداقل مقدار CVR قابل قبول، براساس جدول لاوشه^۳ (۱۹۷۵) بایستی برقرار باشد. برای تعیین CVR از متخصصان درخواست شد تا هر مورد را براساس طیف سه قسمتی (ضروری، مفید ولی ضرورتی ندارد و ضرورتی ندارد)، بررسی کنند. به منظور بررسی CVI، از روش پولیت^۴ و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد؛ به این صورت که متخصصان، مربوط بودن هر گویه را براساس یک طیف لیکرتی چهار قسمتی مشخص کردند. داده‌ها پس از جمع‌آوری براساس فرمول‌های مربوطه محاسبه شدند. براساس جدول لاوشه حداقل مقدار مورد قبول CVR مبتنی بر آزمون معناداری یک دامنه با سطح ۰/۰۵ برای تعداد یازده نفر متخصص پژوهش حاضر، ۰/۵۹ است. حداقل مقدار قابل قبول CVI برابر با ۰/۷۹ است و اگر CVI گویه‌هایی از روش مداخله، کمتر از ۰/۷۹ باشد، آن گویه باید حذف شود.

نتایج

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از CVI و CVR استفاده شد. در جدول ۳، حداقل و حداکثر مقادیر CVR و CVI مربوط به پرسشنامه ارزیابی نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی در منابع اسلامی براساس نظر متخصصان آورده شده است.

جدول ۳: یافته‌های مربوط به مقادیر CVR و CVI پرسشنامه ارزیابی نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی در منابع اسلامی براساس نظر متخصصان علوم حوزوی و روان‌شناسی شهر قم در سال ۱۴۰۲ (n= ۱۱)

CVI	CVR	نشانه‌ها	حوزه
۱	۱	خودبزرگ‌بینی	شناختی
۱	۱	احساس برتری نسبت به دیگران و بی‌ارزش کردن آنها	
۱	۰/۸۱	خیال‌پردازی و بزرگ‌نمایی موفقیت، قدرت و...	
۱	۰/۸۱	احساس استحقاق	
۰/۸۱	۰/۶۳	انعطاف‌ناپذیری در برابر حق	
۰/۸۱	۰/۶۳	حرمت‌خود پائین یا بی‌عقلی	

1. Content Validity Ratio (CVR)
2. Content Validity Index (CVI)
3. Lawshe
4. Polit

CVI	CVR	نشانه‌ها	حوزه
۱	۰/۶۳	عدم همدلی	هیجانی
۰/۹۰	۰/۸۱	حسادت	
۱	۰/۸۱	حالات عاطفه منفی مانند تأسف، فرح، ترس و ناآرامی	
۱	۱	خصوصیت و دشمنی	
۱	۱	توجه‌طلبی و تحسین‌خواهی	
۱	۱	رفتارها و گفتارهای متکبرانه، تحقیرکننده و رئیس‌مآبانه	رفتاری
۰/۹۰	۱	اغراق در اهمیت خود	
۱	۰/۸۱	عدم هم‌افزایی و تولید	
۱	۰/۸۱	روابط سطحی و بدون صمیمیت	روابط بین فردی
۱	۰/۸۱	روابط بین فردی به نفع شخصی	
		درمان‌ها	
۱	۱	اصلاح شناخت نسبت به خداوند	شناختی
۱	۱	خودشناسی	
۱	۱	تحریک و تقویت عقل	
۱	۱	درک و همدلی با دیگران	
۱	۰/۸۱	اصلاح شناخت متناسب با علل خودشیفتگی مثل کثرت عبادت، مال، علم و...	
۱	۰/۸۱	مدیریت خشم	هیجانی
۱	۰/۸۱	عفو و بخشش	
۱	۱	انجام کارهای عادی روزمره	رفتاری
۱	۰/۸۱	الگوگیری از معصومان <small>علیهم‌السلام</small>	
۱	۰/۸۱	انجام اعمال عبادی	
۱	۰/۸۱	پرهیز از رفتارهای متکبرانه	
۱	۱	انجام رفتارهای متواضعانه	

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، کمترین مقدار CVI، ۰/۸۱ است که بالاتر از مقدار قابل قبول ۰/۷۹ می‌باشد. کمترین مقدار CVR نیز ۰/۶۳ بالاتر از ۰/۵۹ مقدار قابل قبول CVR است.

جدول ۴، حداقل و حداکثر مقادیر CVI و CVR مربوط به پرسشنامه ارزیابی جلسات پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی را براساس نظر متخصصان نشان می‌دهد.

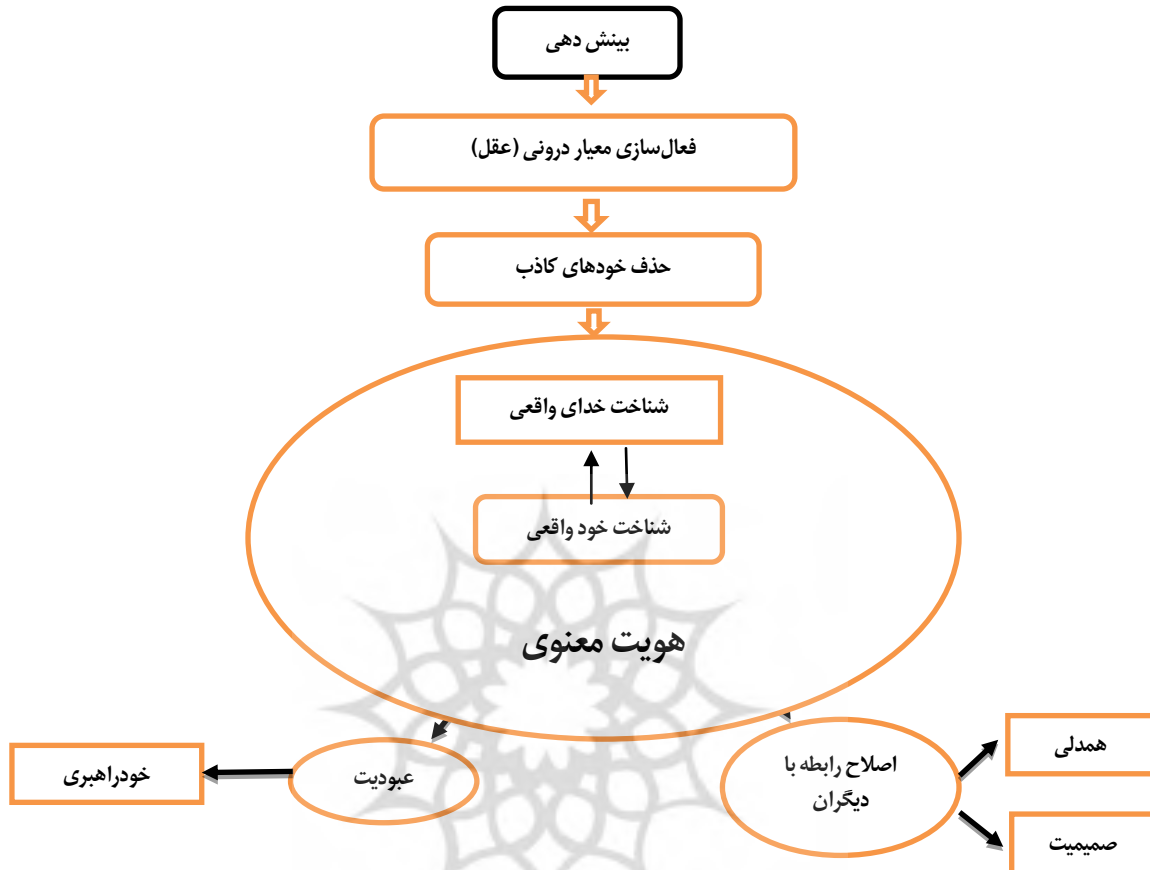
جدول ۴: یافته‌های مربوط به مقادیر CVR و CVI پرسشنامه ارزیابی جلسات پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی براساس نظر متخصصان روان‌شناسی شهر قم در سال ۱۴۰۲ (n= ۱۱)

شماره	عنوان جلسه	محتوا و کارهای فردی	CVR	CVI
۰	آمادگی برای درمان	توضیح روش درمانی (توجه به همه ابعاد وجودی انسان)	۱	۱
		یکی شدن ذهن مراجع و درمانگر در مفهوم معنویت	۱	۱
		جلب رضایت و بستن قرارداد درمانی	۰/۸۱	۱
		اکتشاف اهداف اسمارت شده مراجع	۱	۱
۱	اتحاد درمان‌گرا نه	تمرکز بر مشکلات جاری و حمایت همدلانه برای پذیرش تجربیات هیجانی خود	۱	۱
		تقویت خودافشائی مراجع	۰/۶۳	۱
		پالایش هیجان در محیط عاری از قضاوت	۰/۶۳	۰/۹۰
۲	بینش‌دهی	پرسش از نیازهای خود و دیگران، اهمیت نیازها و نحوه ابراز آنها	۱	۱
		استفاده از کاربرد برای تشخیص نیاز دیگری از زاویه دید مراجع	۱	۱
۳	بینش‌دهی	پرسش چالشی: برای رفع نیازتان، براساس چه چارچوبی عمل می‌کنید؟ (دریافت پاسخ‌دهنده)	۱	۱
		بررسی کاربرد اصول و قواعد و درست یا نادرست بودن آنها با استفاده از کاربرد	۰/۸۱	۱
۴	بینش‌دهی	پرسش چالشی: واکنش شما بر اساس این چارچوب در موقعیت‌های مختلف با موقعیت متناسب است؟	۱	۱
		استفاده از کاربرد واکنش‌ها و تناسب آنها با موقعیت	۱	۱
۵	بینش‌دهی	پرسش چالشی: ما چگونه عمل می‌کنیم که به هدف دلخواه خود نمی‌رسیم؟	۰/۸۱	۱
		استفاده از کاربرد سهم خود در مشکلات	۱	۱
۶	بینش نسبت به معیار درونی (عقل)	توجه به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی (نتمد)	۱	۱
		شناخت کنش‌های نظام تشخیص‌گر ماهر درونی (نتمد)	۱	۱
		اجرای فن جزیره	۱	۱
۷	اعتماد به و تقویت نظام تشخیص‌گر ماهر درونی و موانع آن	ایجاد اعتماد به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی (نتمد)	۰/۸۱	۰/۹۰
		بررسی موانع معیار درونی	۱	۱
		آزمون انجام عمل براساس نظام تشخیص‌گر ماهر درونی (نتمد)	۱	۱
۸	نجات معیار درونی	شناخت خطای ادراکی و قواعد مربوطه به عنوان موانع نتمد	۱	۱
		استفاده از کاربرد خطاهای ادراکی و قواعد	۱	۱

شماره	عنوان جلسه	محتوا و کارهای فردی	CVR	CVI
۹	خودپندارها	بحث تغییر معنا به روش غیرمستقیم با بیان حوادث آسیب‌زای زندگی	۱	۱
		پیگیری داستان تغییر معناها و پیامدهای آنها	۱	۱
		استفاده از کاربرد تحلیل معنایی	۱	۱
۱۰	بازشناسی خودپنداشت با مبدأ و خداینداره‌ها	نوشتن معناها، خط زدن آنها به سبب ساختگی بودن و پیامد منفی	۱	۱
		چالش چگونگی شناخت خود واقعی (خودپنداشت)	۱	۱
		بحث چالشی لزوم شناخت خود مجهول با شاخص معلوم ثابت قابل اعتماد همیشگی که جز خدا کسی نیست	۱	۱
۱۱	خداینداشت	استفاده از کاربرد تحلیل خداینداره‌ها برای بیان هرگونه تصویری از خدا و تاریخچه شکل‌گیری آن	۱	۱
		بی‌اعتباری تصاویر فرد از خدا با استناد به قرآن کریم	۱	۱
		چالش بهترین راه برای رسیدن به خداینداشت	۱	۱
۱۲	خلق ویژه و مراقبت الهی	جستجوی خدا در منابع معتبر دینی به‌ویژه قرآن	۱	۱
		خداینداشت با استناد به قرآن کریم	۱	۱
		چالش در مورد خلقت فرد با امضای مستقیم الهی یا بدون امضای او؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
۱۳	ربوبیت و بازگشت به خودپنداشت	چالش در مورد برنامه داشتن برای مخلوق ویژه یا بدون برنامه (ولایت الهی)؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
		استفاده از کاربرد خلق ویژه	۱	۱
		سؤال: مخلوق ویژه اساساً نیاز به پرورش دارد؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
۱۴	قوانین الهی نظام روان‌شناختی انسان	شواهد معنوی ربوبیت	۱	۱
		سؤال: با توجه به نظام تشخیص‌گر ماهر درونی و خداینداشت؛ چنانچه خدا رب و مولاست، ما کی هستیم؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
		استفاده از کاربرد اکتشاف هویت معنوی	۱	۱
۱۵	مراقبت از چهارسوی معنوی	سؤال: برای حرکت در مسیر عبودیت، مولا برای ما چه کار کرده است؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
		هدایت بحث به سمت بیان قوانین حاکم بر نظام روان‌شناختی و مشخص کردن نقاط آسیب‌زای معنوی	۱	۱
		جستجو برای شناخت قوانین الهی و تنظیم عمل خود براساس آنها	۱	۱
۱۵	مراقبت از چهارسوی معنوی	استفاده از کاربرد هشجاری به قوانین الهی	۱	۱
		جستجو برای شناخت نقاط آسیب‌زای معنوی و توجه به آنها برای خودمراقبت‌گری	۱	۱
		استفاده از کاربرد چهارسوی معنوی	۱	۱

شماره	عنوان جلسه	محتوا و کارهای فردی	CVR	CVI
۱۶	آشکارسازی (شکر)	تنظیم خود براساس قانون الهی شکر	۱	۱
		تهیه فهرست امکانات و نعمت‌های خود	۱	۱
		بحث در مورد روش‌های ابرازشکر	۱	۱
		تمرین شکر و بررسی آثار آن	۱	۱
۱۷	دیگری پنداره‌ها و دیگری پنداشت	سؤال: تصور شما از دیگری چیست؟ و با این تصور رابطه با دیگری چگونه است؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
		اکتشاف اصول معنوی رابطه با دیگری	۱	۱
		رفتار با دیگری براساس اصول رابطه	۱	۱
۱۸	نجات عمل و رهاسازی	تسویه درونی	۱	۱
		تسویه با دیگران و تعدیل روابط	۱	۱
		استفاده از کار برگ بخشش یا گفتگو	۱	۱
۱۹	مرگ آگاهی و برنامه‌ریزی کاربردی زندگی	سؤال چالشی: تصور شما از مرگ چیست؟ (دریافت پسخوراند)	۱	۱
		مفهوم واقعی مرگ با استناد به قرآن کریم	۱	۱
		کسب آمادگی برای ملاقات با نوشتن نامه به خداوند	۱	۱
		کسب آمادگی برای ملاقات با تغییرات رفتاری براساس الگو (معصومان <small>علیهم‌السلام</small>) و انجام رفتارهای متواضعانه و پرهیز از رفتارهای متکبرانه	۱	۱
		استفاده از کار برگ بازسازی برنامه زندگی	۱	۱
۲۰	پیشگیری از عود	مرور تمرین‌ها و بررسی نتایج	۱	۱
		تأکید بر خود پنداشت، خداینداشت و دیگری پنداشت	۱	۱
		تأکید بر تمرین رفتارهای آموخته شده	۱	۱
		اجرای فن استغفار برای فعال نگه‌داشتن بعد معنوی و تسویه روزانه نظام روانی انسان از اعمال مشکل‌زا	۱	۱
		اجرای فن خدایادسپاری (ذکر) برای جلوگیری از نسیان، غفلت و فعال نگه‌داشتن بعد معنوی	۱	۱

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، کمترین مقدار CVI، ۰/۹۰ است که بالاتر از مقدار قابل قبول ۰/۷۹ می‌باشد. کمترین مقدار CVR، ۰/۶۳ بالاتر از ۰/۵۹ حداقل مقدار قابل قبول است. شکل ۱، به طور خلاصه مدل درمانی را نشان می‌دهد.



شکل ۱: مدل درمان اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی

بحث

با توجه به هدف پژوهش، پروتکل درمانی برای اختلال شخصیت خودشیفته با محتوای به دست آمده از منابع اسلامی در مرحله اول پژوهش و براساس ساختار درمان چندبعدی معنوی تدوین شد. برای بررسی CVR و CVI داده‌های به دست آمده از منابع اسلامی و محتوای جلسات درمان، یازده نفر از متخصصان به پرسشنامه‌های مربوطه پاسخ دادند. حداقل مقدار CVR برای هر دو پرسشنامه در دو یا سه آیتم ۰/۶۳ و در بقیه مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۸۱ به دست آمد که با توجه به مقدار قابل قبول ۰/۵۹، مقدار CVR مورد نیاز برای برآورده شدن روایی به دست آمد؛ همچنین مقدار

CVI برای تمام جلسات بالاتر از مقدار مورد قبول ۰/۷۹ بود. پس نشانه‌ها و درمان‌های خودشیفتگی به دست آمده با منابع اسلامی تطابق دارد؛ همچنین محتوا و کارهای فردی هر جلسه با فرایند تغییر برای اختلال شخصیت خودشیفته متناسب است. بنابراین پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی دارای روایی محتوایی کافی از نظر متخصصان می‌باشد و به نظر آن‌ها این روش برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته مؤثر است.

نظر متخصصان در مورد روا بودن روش مداخله همسو با یافته‌های است که معنویت‌درمانی را در روان‌درمانگری و از جمله درمان اختلال شخصیت خودشیفته مؤثر می‌دانند؛ از جمله بومهر (۲۰۱۶) معتقد است دین و معنویت سهم مهمی در روان‌درمانگری دارند و به طور فزاینده‌ای در درک اختلالات روان‌پزشکی و درمان آنها مهم شناخته می‌شود. استالپ^۱ و همکاران (۲۰۲۲) بیان می‌کنند که خداپنداره منفی با آسیب‌شناسی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرتبط هستند و مانع از پرورش احساس دوست داشتن، محافظت شدن و یا مهار کردن تأثیرات منفی عوامل استرس‌زا در فرد می‌شوند. مثبت شدن تصور از خدا در پایان درمان به طور قابل توجهی با تغییر در پریشانی و عملکرد بین فردی مرتبط است. ارزش معنویت درمانی در درمان اختلال شخصیت خودشیفته بررسی شد و این نتیجه به دست آمد که کار با معنویت می‌تواند مجموعه‌ای از ادراکات و باورهای واقع‌بینانه‌تری ارائه دهد که از نظر درمانی مفیدند. لاورنس بیان می‌کند که یک رابطه در حال توسعه با خدا می‌تواند به عنوان یک شیء درون روانی مفید برای خودشیفته عمل کرده، امنیت شخصی برای او فراهم کند و او را برای مقابله با آسیب‌پذیری‌های درونی آماده سازد که رشد او و حفظ روابط بین فردی سالم را به خطر می‌اندازد. او رابطه فرد با خدا را عنصر اصلی برای روند درمان می‌داند (هاگلت و کوئینگ، ۲۰۰۹، ص ۱۸۴). شواهد تجربی نشان داده‌اند که توجه به عوامل معنوی و مذهب نقش بنیادین در سلامت روانی افراد دارد و معنویت به عنوان نیرویی از مشکلات روان‌شناختی جلوگیری می‌کند یا آنها را کاهش می‌دهد (پارگامنت، ۱۳۹۹، ص ۲۷۵). هاگلت و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی افراد مبتلا به اختلال شدید روانی نتیجه گرفتند که عواملی مانند احساس معناداری، هدفمندی، کمال‌طلبی، اعمال و باورهای مذهبی (معنوی) نقش مهمی در زندگی سالم ایفا می‌کنند.

در تبیین مکانیسم تأثیر این پروتکل می‌توان گفت مداخله‌های معنوی با ایجاد شناخت فرد از نیازهای معنوی خویش و درک جایگاه واقعی خود، خدا، دیگران، تبدیل خودخداپنداری به خود واقعی و شکل‌گیری هویت پایه و معنوی سبب می‌شود فرد خودشیفته از درون احساس ارزشمندی

1. Stulp

کند و دیگر نیازی به جبران احساس حقارت درونی خود با برتری جویی نسبت به دیگران نداشته باشد؛ در نتیجه از ویژگی‌های خودشیفتگی فاصله می‌گیرد و روابطش با دیگران اصلاح می‌شود. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته بیش درستی نسبت به اختلال خود ندارند و مراجعه آنها به دلایلی غیر از اختلال خودشیفتگی است، جلسات ابتدایی پروتکل درمانی (شکل ۱) به موضوع بینش‌دهی اختصاص داده شد که فرد نسبت به علل مشکلاتی که بدان علت مراجعه کرده، و رسیدن به اهداف موردنظر آگاهی یابد و فرصتی برای کشف واقعیت‌هایی درباره خود پدید آید که مقدمه مداخلات درمانی است؛ زیرا براساس منابع اسلامی برای حرکت در یک مسیر نتیجه‌بخش، نخست باید شاکله را اصلاح کرد چون هر کس طبق شاکله خود عمل می‌کند (ر.ک: اسراء، ۴) و برای اصلاح شاکله، ابتدا باید آن را به خوبی شناخت. در روایات معرفت خود، کامل‌ترین و سودمندترین شناخت‌ها^۱ به شمار می‌رود (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۷۱۲) که برای شناخت تفاوت میان افراد نیز لازم است. آگاهی از هیجانات مختلف خود مانند خشم و شادی، دوستی و دشمنی، اراده و سستی، علاقه و کراهت، ترس، رغبت، ضعف و قوت، بیماری و سلامت و آثاری که بر هر یک از آنها مترتب می‌شود، فرد را به درک احساسات دیگران، تشخیص نقاط مشترک و تفاوت خود و همدلی با آنان رهنمون می‌کند (مروتی، ۱۳۹۸). امیرالمؤمنین (علیه السلام) شناخت خود را مقدمه شناخت دیگری می‌داند و می‌فرماید: چگونه کسی که به خود جهل دارد، غیر خود را می‌شناسد؟^۲ (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۵۱۸). در فرد خودشیفته این بینش و آگاهی از افکار و احساسات و نیازهای خود و دیگران نقطه عطفی در بازنگری، اصلاح و بازسازی باورهای نادرست او می‌شود تا بتواند راه‌های مناسبی برای ابراز و بیان احساسات خود بیابد و بهتر بتواند تشخیص دهد که چه اندیشه یا احساسی در چه شرایطی وجود دارد و هیجانات خود را متناسب با آن شرایط تعدیل یا مدیریت کند.

پس از بینش‌دهی، با توجه به اینکه در منابع اسلامی خودبزرگ‌بینی سبب نقصان عقل می‌شود^۳ (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ص ۴۶) و برای درمان آن تحریک و تقویت عقل مطرح شده است، توجه به عقل (معیار درونی) براساس ساختار درمان چندبعدی معنوی در پروتکل قرار داده شد؛ زیرا عقل هسته اصلی سازمان شخصیت انسان است که با فعال بودن خود، امکان ارزیابی و تشخیص را برای این نظام فراهم و مدیریت این سیستم را تا رسیدن به اهداف انسانی امکان‌پذیر

۱. مَعْرِفَةُ النَّفْسِ أُنْفَعُ الْمَعَارِفِ.

۲. كَيْفَ يَعْرِفُ غَيْرَهُ مَنْ يَجْهَلُ.

۳. ما دخل قلب امر شيء من الكبر الا نقص من عقله مثل ما دخله من ذلك قل ذلك او كثر؛ چیزی از خودبزرگ‌بینی در قلب انسان داخل نمی‌شود، مگر اینکه به همان مقدار از عقلش کاسته می‌شود، خواه کم باشد یا زیاد.

می‌کند. عقل در برابر حقیقت انعطاف‌پذیر است و کنش‌های اصلی آن کسب هویت معنوی و رساندن انسان به هدف غایی یا شکوفایی کامل است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸، ص ۶۵). ضعف نیروهای عقلانی در اختلال شخصیت خودشیفته و در نتیجه قوی شدن نیروهای ضد عقل مثل خودخواهی، بی‌علاقگی و نامهربانی، دشمنی، نارضایتی، لجاجت، باورهای غیرواقع‌بینانه در مورد برتری خود و بی‌ارزشی دیگران، نبود شکرگزاری، انکار حق و حقیقت و... سبب اختلال در عملکرد او به‌ویژه در ارتباطات بین‌فردی می‌شود. مک ویلیامز (۱۳۹۷، ص ۲۴۳) بیان می‌کند که از افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته، عذرخواهی از اشتباهات خود یا قدردانی از صمیم قلب و نشان دادن رفتارهای دال بر سپاسگزاری را نمی‌توان انتظار داشت. پس لازم است، نخست با تحریک و تقویت عقل و رفع موانع کنش‌وری آن، نیروهای عقل را بر نظام روان‌شناختی حاکم کرد تا عملکرد او براساس عقلانیت تنظیم شود. زمانی که نیروهای عقل غالب شوند، منش روان‌شناختی انسان مثبت شده، و در برابر سختی‌ها صبور و در برابر نعمت‌ها شکرگزار خواهد بود که این دو موجب ثبات هیجانی انسان می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸، ص ۷۰).

اختلال شخصیت خودشیفته با اختلالات هویتی مشخص می‌شود که مشکلاتی در تنظیم احساسات و به خطر افتادن حس خود دارند. آن‌ها برای تعریف خود و تنظیم حرمت خویش، بیش از حد به دیگران ارجاع می‌دهند و خودارزیایی‌های اغراق‌آمیز متورم یا توخالی دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲، ص ۷۶۲). نظریه‌های بالینی نشان می‌دهند که خودشیفته‌ها یک خودپنداره در معرض خطر دارند (دی‌پیرو و فانتی، ۲۰۲۱)؛ بنابراین در پروتکل درمانی همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده می‌شود، پس از تقویت نیروهای عقلانی به مشکلات هویتی آن‌ها پرداخته شده است. به منظور شکل‌دهی هویت واقعی (معنوی) چند موضوع مورد توجه قرار می‌گیرد:

۱. بینش به روند تحولی ناسازگار هویت و حذف خودهای کاذب؛ ۲. شناخت خدای واقعی؛
۳. شناخت خود واقعی و ۴. شناخت رابطه بین خود و خدا.

۱. بینش به روند تحولی ناسازگار هویت و حذف خودهای کاذب

نخست نسبت به روند تغییر هویت واقعی با استفاده از بحث تغییر معنا و تعریف از خود در اثر تجربیات آسیب‌زای زندگی آگاهی داده می‌شود تا اینکه فرد به این بینش برسد که تعریف واقعی خود را از دست داده و به جای آن خود کاذبی نشانده است که در موقعیت‌های مختلف به جای خود واقعی عمل می‌کند؛ در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حوادث آسیب‌زا می‌توانند مسیر

تحول هویت را تغییر دهند (برمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ موجب آسیب فیزیکی، اقتصادی، معنوی و یا روانی شوند و تأثیرات بسیار متنوعی بر عملکرد هویت افراد مانند تأخیر، تغییر و یا از دست دادن آن داشته باشند (واترمن^۲، ۲۰۲۰). اسلانینووا و استاینرووا^۳ (۲۰۱۵) بیان می‌کنند حوادث آسیب‌زا تأثیر معناداری بر خودپنداره افراد دارند و سبب کاهش خودپذیری، خودپنداره و حرمت خود می‌شوند. در این بخش تنها خودپنداره‌های آسیب‌زا حذف شده، ولی برای ایجاد هویت واقعی باید ابتدا خدای واقعی شناخته شود (حشر، ۱۹).^۴

۲. شناخت خدای واقعی

براساس آیات ۳۰ سوره بقره^۵ و ۴ سوره حدید^۶ هویت انسان عین ربط به خداوند است و بدون او یافتن تعریف واقعی خود امکان‌پذیر نیست؛ بنابراین برای شناخت خود واقعی، نخست لازم است خدای واقعی شناخته شود. البته مانعی که برای شناخت خدای واقعی وجود دارد، پنداره‌های افراد خودشیفته نسبت به خداوند است. تحقیقات نشان می‌دهد که خدای پنداره‌های منفی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت بیشتر از افراد عادی است و به‌طور معنادار و مثبت با پریشانی و به‌طور منفی با سطح عملکرد ارتباطی و با مؤلفه‌های اصلی کارکرد شخصیت مثل یکپارچگی هویت، ظرفیت‌های ارتباطی (همدلی و صمیمیت) و خودکنترلی و خودراهبری مرتبط است (استالپ و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعاتی روی دانشجویان کالج در ایالات متحده نشان داد که درک خدا با عبارات محبت‌آمیز (مثل حمایت‌کننده، پرورش‌دهنده و محافظ) با خلق و خوی مثبت‌تر و علائم افسردگی کمتر ارتباط دارد. افرادی که خدا را خیرخواه و فعال امور انسانی می‌دانند؛ شادی بیشتر، اضطراب کمتر و علائم افسردگی کمتری را گزارش می‌دهند. در مقابل محققان رابطه مستقیمی بین اعتقاد به یک خدای بی‌رحم و اشکال آسیب‌شناسی روانی یافته‌اند (کریر^۷ و همکاران، ۲۰۱۷).

خدای پنداره‌ها معمولاً به تصاویر والدینی مربوط‌اند؛ کارکرد معنوی فرد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته را مخدوش می‌کنند و نمی‌توانند تکیه‌گاه امنی برای او باشند. این پنداره‌ها

1. Berman

2. Waterman

3. Slaninova & Stainerova

۴. وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنْسَاهُمْ أَنْفُسَهُمْ أُولَئِكَ هُمُ الْفَاسِقُونَ؛ و مانند آنان نباشید که به کلی خدا را فراموش کردند، خدا هم خود آنها را از یادشان برد، آنان به حقیقت فاسقان هستند.

۵. وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً...؛ و (به یاد آر) وقتی که پروردگارت فرشتگان را فرمود که من در زمین خلیفه‌ای خواهم گماشت ...

۶. ... وَهُوَ مَعَكُمْ أَلَيْسَ مَا كُنْتُمْ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ؛ و هر کجا باشید او با شماست و خدا به هر چه کنید بیناست.

7. Currier

سبب می‌شوند فرد نسبت به برآورده نشدن خواسته‌های نامعقول و مطابق با خودشیفتگی خود به خداوند معترض و از او خشم داشته باشد و نتواند با او ارتباط درستی برقرار کند؛ بنابراین نخست این خداپنداره‌ها شناسایی و حذف می‌شوند و سپس با بررسی اکتشافی در قرآن کریم، فرد خدای واقعی را خواهد شناخت. ویلیام جیمز (۱۳۸۷) بیان می‌کند اندیشمندان بر وجود جوهری الهی و حضور خداوند در روان ناهشیار، ارتباط عمیق درونی خدا و خود، تأثیر خدایابی در پذیرش و بازیابی خود، کسب هویت، پرورش، انسجام شخصیت، شکل‌گیری نظام روان‌شناختی در سطوح عاطفی، شناختی و رفتاری، جبران ضعف‌ها، نیازها و خلأهای وجودی و درمان اختلالات روانی به وسیله ارتباط با خدا تأکید دارند.

۳. شناخت خود واقعی

پس از اصلاح و تبدیل خداپنداره‌های آسیب‌رسان به خداپنداشت واقعی، شناخت خود واقعی امکان‌پذیر می‌شود؛ زیرا ارتباط با خدای واقعی و خداآگاهی برابر با خودآگاهی و شناخت انسانیت خویش است. البته مانعی که برای شناخت خود در اختلال شخصیت خودشیفته وجود داشت، خودپنداره‌های به دست آمده در اثر تجربیات آسیب‌زا و مبنای عمل قرار گرفتن آن‌ها بود که فرد در مرحله اول نسبت به آنان هشیار شد. در این بخش با پرسشگری سقراطی و آموزه‌های وحیانی، فرد با خود واقعی آشنا می‌شود و می‌تواند هویت کاذب خویش را کنار بگذارد. تحقیقات نشان می‌دهد که تغییر در خودپنداره، تغییر در خودشیفتگی را به دنبال دارد (فرح بیجاری و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج مطالعه فرزندان^۱ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که هدف قراردادن خودپنداره در افراد مبتلا به خودشیفتگی دستورالعمل مناسبی برای مداخلات درمانی است.

۴. اصلاح و تقویت رابطه بین خود و خدا

پس از اصلاح خداپنداره و خودپنداره، فرد متوجه رابطه حقیقی خود با خداوند می‌شود و شکل‌گیری این رابطه سبب تجربه هویت اصیل و معنوی خود و حذف خودارزیابی‌های اغراق‌آمیز خواهد شد و سرمایه‌گذاری عاطفی خودشیفته را از موضوعاتی مانند تأیید و تحسین دیگران، توهم قدرت نامحدود برتری و کمال، خیال‌پردازی‌های موفقیت، قدرت، استعداد یا عشق ایدئال (خود) نامحدود که گذرا هستند، به سمت موضوعی پایدار (خداوند) تغییر می‌دهد و سازمان‌دهی روانی توحید یافته ایجاد می‌کند. روان‌شناسان روابط موضوعی به خوبی به این مسئله اذعان کرده‌اند که

1. Farzand

سرمايه‌گذاري روي موضوعات ناپايدار، انسجام روان‌شناختي را با توحيدنايافتگي من و يا شکل‌گيري تعارضات عاطفي تهديد مي‌کند (جان‌بزرگي، ۱۳۹۸، ص ۲۰۳).

در پروتکل درمانی روش‌هایی برای اصلاح و تقویت این رابطه در نظر گرفته شده است: الف) تحلیل روان‌شناختی مخلوق ویژه خدا بودن که احساس حقارت درونی را کاهش و احساس ارزشمندی سازگارانه را افزایش می‌دهد؛ ب) توجه به ربوبیت الهی و تجربه‌های مربوط به آن، که احساس داشتن پشتوانه و تکیه‌گاه قابل اعتماد (لقمان، ۲۲؛ نساء، ۸۱)،^۲ حمایت‌گر (زمر، ۳۶)^۳ و همسو و همدل بودن (طه، ۴۶؛ شعرا، ۶۲)^۴ را برای فرد فراهم می‌کند. این شناخت و احساس سبب می‌شود از تلاش افراطی برای جلب توجه و حمایت دیگران دست بردارد؛ ج) شناخت قوانین حاکم بر نظام روان‌شناختی انسان مانند اختیار و آسیب‌پذیری انسان، وجود دو مسیر همیشگی حق و باطل در سر راه انسان، مسئول بودن انسان، خنثی شدن اعمال نادرست به وسیله اعمال نیکو و... که با توجه به آنها می‌تواند خود را تنظیم کند و د) شناخت نقاط آسیب‌پذیر انسان مانند فراموشی هدف، دچار شک و تردید و افراط در دین شدن، وجود تمایلات نفسانی و شهوات و توجه به تکیه‌گاه‌های افول‌پذیر که با مراقبت از آنها می‌تواند خود را در مسیر عبودیت نگه دارد. با این راهبردها، هویت و خودراهبری به عنوان کارکردهای مهم فردی شخصیت تقویت می‌شوند.

پس از اصلاح پنداره‌های خود و خدا با هویت جدید به اصلاح ارتباط با دیگران پرداخته شده است. فقدان همدلی، عدم تمایل به شناسایی احساسات دیگران و مشکل در تشخیص خواسته‌ها و تجربه‌های ذهنی دیگران از ویژگی‌های بارز افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته است که کیفیت روابط را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ از این رو برای بهبود روابط و ایجاد همدلی و صمیمیت در این افراد روند درمان به صورت زیر ادامه می‌یابد:

الف) حذف یا اصلاح پنداره‌های دیگران و شناخت مفهوم واقعی آنها

نخست براساس خدا و خود واقعی ادراک شده، فرد به پنداره‌های خود نسبت به دیگران هشیار می‌شود و آنها را حذف یا اصلاح می‌کند. سپس به این بینش می‌رسد که دیگران هم مانند خود او، عبد و مخلوق ویژه خداوند هستند و مانند شعاع نور با خداوند اتصال دائمی دارند و می‌توانند

۱. وَمَنْ يُسَلِّمْ وَجْهَهُ إِلَى اللَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَقَدِ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىٰ وَإِلَى اللَّهِ عَاقِبَةُ الْأُمُورِ؛ و هر کس روی تسلیم به سوی خدا آرد و نیکوکار باشد، چنین کس به محکم‌ترین رشته الهی چنگ زده است و (بدانید که) پایان کارها به سوی خداست.

۲. وَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ وَكَفَىٰ بِاللَّهِ وَكِيلًا؛ و به خدا اعتماد کن که تنها خدا تو را نگهدارنده کافی است.

۳. أَلَيْسَ اللَّهُ بِكَافٍ عَبْدَهُ... آیا خدا برای بنده‌اش کافی نیست؟

۴. قَالَ لَا تَخَافَا إِنِّي مَعَكُمَا أَسْمَعُ وَأَرَىٰ؛ خدا فرمود: هیچ ترسید که من با شمایم و می‌شنوم و می‌بینم.

۵. إِنْ مَعِيَ رَبِّي سَتَهْدِيْنِ؛ خدا با من است و مرا به یقین راهنمایی خواهد کرد.

سرمایه‌ای برای رشد و تعالی هم‌نوعان خود باشند؛ در واقع با این آگاهی و اصلاح بینش، فرد خودشیفته به ارزش ذاتی دیگران پی برده، آن را تصدیق می‌کند و یکی از موانع مهم ارتباطی، یعنی بی‌ارزش دانستن و تحقیر دیگران (خاکپور و همکاران، ۱۳۹۸) از سر راه برداشته می‌شود. این امر در نهایت به احترام متقابل و هماهنگی در روابط، ایجاد نگرش‌های مثبت در زمینه همدلی، اعتماد متقابل، تأخیر در قضاوت و تفسیر، و صبر و بردباری در مقابل دیگران می‌انجامد (مروتی، ۱۳۹۸).

ب) اکتشاف اصول ارتباطی و پالایش درونی نسبت به دیگران

دیدگاه فرد خودشیفته نسبت به خود کاملاً متفاوت از دیدگاه او نسبت به افراد دیگر است. خودشیفته‌ها تمایل دارند خود را باهوش‌تر، جذاب‌تر و بهتر از دیگران ببینند که این تفاوت قائل شدن و احساس عدم تساوی میان خود و دیگران از موانع مهم ارتباطی است. زمانی که فضای حاکم بر ارتباطات مبتنی بر تساوی باشد ارتباط میان فردی مؤثرتر خواهد بود. در سیره و رفتار معصومان (علیهم‌السلام) نیز همیشه ارتباطات انسانی، دوطرفه و بر مبنای مواسات و برابری بوده است (خاکپور و همکاران، ۱۳۹۸)؛ بنابراین در ادامه پروتکل درمانی، نخست فرد با اکتشاف اصول تشابه و تساوی در حقوق و درک نقاط مشترک خود با دیگران با این مانع مهم ارتباطی مقابله می‌کند. سپس به یکی دیگر از موانع ارتباطی، یعنی خشم و غضب نسبت به دیگران (آل عمران، ۱۵۹)^۱ پرداخته می‌شود. تسویه و پالایش درونی از خشم و غضب از راه فرایند بخشش یا گفتگوی سالم با دیگران صورت می‌گیرد. در فرایند تسویه، فرد داده‌ها و هیجان‌های ناهمگون با نظام روان‌شناختی خود را شناسایی و برون‌ریزی می‌کند. این امر فشار و درد روانی را از او برمی‌دارد و ارتباط متقابل مثبت با دیگران را امکان‌پذیر می‌سازد.

ج) مرگ آگاهی و تبدیل رفتار خودشیفته‌وار به رفتار سازگارانه

طبیعتاً پس از رفع موانع ارتباطی و تصحیح ادراک نسبت به دیگران، تمایل فرد خودشیفته به رفتارهای متکبرانه، تحقیرکننده و استثمارگری در روابط برای رسیدن به هدف‌ها و خواسته‌های خود تا حدودی تعدیل می‌شود؛ اما برای تکمیل درمان و برطرف شدن نشانه‌های رفتاری خودشیفتگی، آشنایی با مفهوم واقعی مرگ و ملاقات با خدای واقعی اهمیت دارد تا فرد آمادگی بیشتری برای معنادهی به اعمال خود و دست برداشتن از رفتارهای خودشیفته‌وار پیدا کند. توجه به مفهوم واقعی مرگ از راه آگاهی به ملاقات با خالق و رب و سرمایه‌گذاری پایدار برای زندگی ابدی، شناخت و انگیزه فرد را برای انجام رفتارهای سازگارانه تقویت می‌کند.

۱. فِيمَا رَحْمَةٍ مِنَ اللَّهِ لَنْتَ لَهُمْ وَّلَوْ كُنْتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ...؛ به مرحمت خدا بود که با خلق مهربان گشتی و اگر تندخو و سخت‌دل بودی، مردم از گرد تو متفرق می‌شدند... .

با توجه به اینکه روایی پروتکل درمانی اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی و منابع اسلامی از سوی متخصصان از نظر تطابق با متون دینی و محتوا و کارهای فردی جلسات تأیید شده است، می‌تواند در فاز کارآزمایی بالینی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته به کار رود و اثربخشی آن به صورت روشمند و کنترل شده بررسی شود. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آینده این پروتکل درمانی بر روی نمونه‌هایی از افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته اجرا و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد.^۱



۱. این پژوهش با همکاری متخصصان علوم حوزوی و روان‌شناسی در فرایند تدوین و ارزیابی انجام گرفته است که از تمام این عزیزان تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

۱. امیری، سهراب و یوسف جمالی (۱۳۹۸). بررسی نقش میانجی‌گری همدلی و تنظیم هیجانی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی با صفات تاریک شخصیت در نوجوانان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. س ۲۵، ش ۳، ص ۲۹۲-۳۰۷.
۲. انصاری، حسن، مسعود جان‌بزرگی، صدیقه حسینی سمنانی، سیدمحمد غروی و سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۸). طراحی روش درمان شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر مبتلایان به اختلال وسواس - بی‌اختیاری. مطالعات روان‌شناسی بالینی. س ۹، ش ۳۴، ص ۱۶۷-۱۹۶.
۳. بک، آرون، آرتور فریمن و دنیس دیویس (۱۳۹۵). شناخت درمانی برای اختلالات شخصیت. ترجمه داود کربلایی. محمد میگونی و علی‌اکبر فروغی. تهران: ارجمند.
۴. پارگامنت، کنت ای. (۱۳۹۹). روان‌درمانگری یکپارچه معنوی درک و بیان امر قدسی. ترجمه علیرضا ظهیرالدینی. مسعود جان‌بزرگی. رضا کریم‌زاده نعیم. قم و تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه شهید بهشتی.
۵. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۳۶۶). غررالحکم و دررالکلم. قم: دفتر تبلیغات.
۶. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۸). درمان چندبعدی معنوی یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۷. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: فعال‌سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب. پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی. س ۲، ش ۳، ص ۸-۳۹.
۸. جان‌بزرگی، مسعود، ناهید نوری، مهدیه حیدری‌زاد، عرفانه جان‌بزرگی، امین جان‌بزرگی و مژگان نظری (۱۳۹۹). اثربخشی درمان معنوی خداسو و درمانهای غیرمعنوی در مدیریت استرس ناشی از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخله روان‌شناختی در بحران کرونا. روان‌شناسی بالینی و شخصیت. س ۱۸، ش ۱، ص ۲۰۱-۲۱۴.
۹. جان‌بزرگی، مسعود و سیدمحمد غروی (۱۳۹۵). نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره. قم و تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و سمت.
۱۰. جیمز، ویلیام (۱۳۸۷). دین و روان. ترجمه مهدی قائنی. تهران: دارالفکر.

۱۱. خاکپور، حسین، مرضیه احمدزاده و غلامرضا رضوی دوست (۱۳۹۸). راهکارهای رفع موانع ارتباطات انسانی از منظر قرآن و روایات با رویکرد تربیتی. آموزه‌های تربیتی در قرآن و حدیث. س ۴، ش ۲، ص ۱۹-۴۰.
۱۲. خدابخش پیرکلانی، روشنگر و الهه صفائیان (۱۳۹۸). مقایسه سبک‌های دفاعی و عاطفه خودآگاه شرم و گناه در انواع خودشیفتگی و مقایسه با افراد غیر خودشیفته. مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (ع). س ۱۵، ش ۴، ص ۷-۲۳.
۱۳. خدابنده‌لو، سعید، محمود نجفی و اسحاق رحیمیان بوگر (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر عزت نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته. مطالعات روان‌شناسی بالینی. س ۸، ش ۳۰، ص ۶۵-۱۰۱.
۱۴. خدایاری فرد، محمد و مریم صیاد شیرازی (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال شخصیت خودشیفته. رویش روان‌شناسی. س ۴، ش ۱۰، ص ۲۵-۴۰.
۱۵. روحانی، مرتضی، مسعود جان‌بزرگی، حسن احدی و محمدرضا بلیاد (۱۳۹۷). اثربخشی الگوی کوتاه‌مدت درمانگری چندبعدی معنوی (SMP) بر مهار نشانگان افسردگی. مطالعات اسلام و روان‌شناسی. س ۱۲، ش ۲۲، ص ۱۳۳-۱۵۲.
۱۶. زال‌پور، خدیجه، شهریار شهیدی، فریبا زرانی، محمدعلی مظاهری و محمود حیدری (۱۳۹۴). همدلی و نحوه تنظیم هیجان شناختی در انواع خودشیفتگی. پایش. س ۱۵، ش ۱، ص ۵۳-۶۱.
۱۷. صالحی، زهرا (۱۳۹۲). ارتباط بین هوش هیجانی و پرخاشگری در نوجوانان: خودشیفتگی و جنسیت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
۱۸. صفاری‌نیا، مجید، مهدی دهستانی و اعظم فطری (۱۳۹۶). اثر میانجی همدلی. نشخوار فکری و خشم در رابطه بین خودشیفتگی و فقدان بخشش میان فردی. شناخت اجتماعی. س ۶، ش ۲، ص ۱۵۴-۱۶۷.
۱۹. فتحی آشتیانی، علی، طاهره الهی و مریم اسماعیلی نسب (۱۳۹۸). آسیب‌شناسی روانی. تهران: سمت. پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی. شورای انقلاب فرهنگی. شورای تخصصی تحول و ارتقاء علوم انسانی.
۲۰. فرجی، فرحناز، شهناز نوحی، ابوالقاسم پیاده کوهسار و مسعود جان‌بزرگی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان چندبعدی معنوی خداسو بر معنویت ادراک شده و خودپنداره - خدایپنداره در کارکنان هلال احمر دارای نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه. مطالعات اسلام و روان‌شناسی. س ۱۵، ش ۲۸، ص ۱۸۵-۲۰۱.

۲۱. فرح بیجاری، اعظم، مهرانگیز پیوسته‌گر و زهرا ظریف جلالی (۱۳۹۲). مقایسه ابعاد خودپنداره و سازگاری در افراد خودشیفته سازگار و ناسازگار. مطالعات روان‌شناختی. س ۹، ش ۴، ص ۹۹-۱۲۷.
۲۲. قدرتی میرکوهی، مهدی و مژگان ذکری (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌نمایشگری بر اختلال شخصیت خودشیفته. انزوای اجتماعی. فقدان همدلی و بی‌اشتهایی عصبی. مطالعات روان‌شناختی. س ۱۴، ش ۴، ص ۱۳۹-۱۵۶.
۲۳. قدوسی، سیدابوالفضل و رحیم میردکوندی (۱۳۹۲). بررسی مفهوم روان‌شناسی کبر در منابع اسلامی و مقایسه آن با خودشیفتگی. معرفت. س ۲۰، ش ۱۹۲، ص ۸۳-۹۴.
۲۴. گابارد، گلن (۱۳۹۶). روان‌پزشکی روان‌پویا. ترجمه فرهاد شاملو؛ فرهاد فریدحسینی؛ ندا فرزانه؛ محیا مجاهدی و گل مهر شاملو رضائی. تهران: ابن‌سینا.
۲۵. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳). بحارالانوار. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۲۶. محمدلو، سپیده سلطان، بنفشه غرابی، فهیمه فتحعلی لواسانی و محمدرضا گوهری (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین سیستم‌های فعال‌ساز رفتار. دشواری در تنظیم هیجانی و فراشناخت با نگرانی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. س ۳، ش ۲، ص ۸۵-۱۰۰.
۲۷. مروتی، سهراب، سیدمحمدرضا حسینی‌نیا و فاطمه سیفعلی (۱۳۹۸). خودآگاهی و کارکردهای تربیتی آن در بهبود روابط اجتماعی انسان در قرآن و حدیث. آموزه‌های تربیتی در قرآن و حدیث. س ۴، ش ۲، ص ۱-۱۸.
۲۸. مک ویلیامز، نانسی (۱۳۹۷). تشخیص روان‌تحلیلی. شناخت ساختار شخصیت در فرایند بالینی. ترجمه غلامرضا جوادزاده. تهران: ارجمند.
۲۹. منیرپور، نادر و صدیقه حسینی سمنانی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد عقلانی-معنوی بر کاهش علائم اختلال وسواس-بی‌اختیاری در زنان مبتلا. پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده. س ۷، ش ۱۴، ص ۱۰۳-۱۱۸.
۳۰. نیکویی، فاطمه، محمد اورکی، مسعود جان بزرگی و احمد علی‌پور (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT) و درمان چندبعدی معنوی بر هماهنگی روانی فیزیولوژیکی ضربان قلب و افسردگی در بیماران تحت بای پس عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق. س ۹، ش ۱، ص ۷۸-۸۹.
31. American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR. Fifth Edition. Text Revision. Washington. DC.

32. Aslam, M., Irfan, M. & Naeem, F. (2015). Brief culturally adapted cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Pak J Med Sci.* 31(4): 874–879.
33. Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide.* Oxford University Press.
34. Berman, S.L., Montgomery, M.J. & Ratner, K. (2020). *Urauma and identity: A repiproal relationship? A Adolescence.* 79 (1). 275–278.
35. Böhmer, M. (2016). Does psychiatry need religion and spirituality in its treatment approach? Narcissism as an example. *South African Journal of Psychiatry.* 22(1): 1–6.
36. Butcher, J.N. Hooley, J.M. & Mineka. S. (2014). *Abnormal psychology.* 16th ed. Publisher: Pearson. United States of America.
37. Brummelman, E., Thomaes, S., Nelemans, S. A., Orobio de Castro, B., Overbeek, G. & Bushman, B. J. (2015). Origins of narcissism in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 112(12): 3662– 3659.
38. Campbell, W. K. & Miller, J.D. (2011). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical approaches. empirical findings. and treatments.* Published by John Wiley & Sons. Inc.. Hoboken. New Jersey.
39. Choi-Kain, L.W., Simonsen, S. & Euler, S. (2022). *cc mentalizing approach for narcissistic personality disorder: Moving from "me-mode" to "we-mode".* *AmeriJan JoRnal of csychotheracyc.* Jan 1;75(1): 38–43.
40. Comer, R.J. (2015). *Abnormal Psychology.* Ninth edition. Worth publisher. New York.
41. Currier, J.M., Foster, J.D., Abernethy, A.D., Wit Vliet, Ch., Luna, L.M., Putman, K.M., Schnitker, S.A., VanHarn, K. & Carter, J., (2017). *GGd imagery and a.. ective outcomes in a spiritually integrative inpatient program".* *Psychiatry Research.* 254. 317– 322.
42. Dimaggio, G., Valeri, S., Salvatore, G., Popolo, R. Montano, A. & Ottavi, P. (2014). *AAdopting Metacognitive Interpersonal Therapy to Treat Tarcissistic Personality Disorder with womatization".* *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 44. 85–95.

43. Di Pierro, R. & Fanti, E. (2021). Self-concept in narcissism: profile comparisons of narcissistic manifestations on facets of the self. *Clinical Neuropsychiatry*. 18(4). 211– 222.
44. Di Pierro, R., Di Sarno, M., Gargiulo, I. & Madeddu, F. (2020). Traits of pathological narcissism and dysfunctional eating in women: The role of perfectionistic discrepancy. *Current Psychology*.
45. Di Pierro, R., Mattavelli, S. & Gallucci, M. (2016). Narcissistic traits and explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-view. *Frontiers in Psychology*. 7. Article ID 1815.
46. Drozek, R.P. & Unruh, B. T. (2020). "Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism". *Journal of Personality Disorder*. 34 (Suppl):177–203.
47. Farzand, M., Cerkez, Y. and Baysen, E. (2021). Effects of Self-Concept on Narcissism: Mediational Role of Perceived Parenting. *Frontiers in Psychology*. 12:1–12.
48. Fatfouta, R.; Gerlach, T. M.; Schröder-Abé, M. & Merkl, A. (2015). "Narcissism and lack of interpersonal forgiveness: the mediating role of state anger, state rumination, and state empathy". *Personality and Individual Differences*. 2015. 75. 36–40.
49. Fatfouta, R. & Schwarzingen, D. (2023). A toxic mix: Explicit and implicit narcissism and counterproductive work behavior. *Applied Psychology*. 1–14.
50. 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.
51. Gatta, M., Gallo, C., Vianello, M. (2014). "Art therapy groups for adolescents with personality disorders". *The Arts in Psychotherapy*. 41. 1–6.
52. Huguelet, Ph., Mohr, S.M., Olié, E., Vidal, S., Hasler, R. & Prada, P. (2016). "Spiritual meaning in life and values in patients with severe mental disorders". *J Nerv Ment Dis*. Jun; 204:409.
53. Huguelet, Ph. & Koenig, H. G. (2009). *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Published in the United States of America by Cambridge University Press. New York.

54. Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, KB. & Sachse, R. (2018). "The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder: An exploratory study". *Clinical psychology and psychotherapy*. 25(2). 272-282.
55. Krippendorff, K. (2004). *Content analysis an introduction to its methodology*. Sage Publications. Inc. 2nd ed.
56. Lawshe CH. (1975). "A quantitative approach to content validity". *Personnel Psychology*. 28(4): 563-575.
57. 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.
58. Miller, J.D., Campbell, W.K. & Pilkonis, P.A., (2007). "Narcissistic Personality Disorder: Relations with distress and functional impairment". *Compr Psychiatry*. 48(2): 170-177.
59. Miller, J. D., Widiger, T. A. & Campbell, W. K. (2015). "Narcissistic personality disorder and the DSM-5". *Journal of Abnormal Psychology*. 119(4). 640.
60. Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). "Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations". *Research in nursing & health*. 30(4). 459-467.
61. Ritter, K., Vater, A., Rusch, N., Schroder-Abe, M., Schutz, A. Fydrich, T., Lammers, C. & Roepke, S. (2013), "Shame in patients with narcissistic personality disorder". *Psychiatry Research*. 215(2): 429-437.
62. Ronningstam, E. (2016). "Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Recent Research and Clinical Implications". *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 3(1). 34-42.
63. Sachse, R. (2019). *Case conceptualization in clarification-oriented psychotherapy. Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Elsevier Academic Press. 113-135.
64. Slaninova, G. & Stainerova, M. (2015). "Trauma as a Component of the Self-Concept of Undergraduates". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 171. 465-471.

65. Stulp, H.P., Koelen, J., Glas, G.G., Heus, P. & Eurelings–Bontekoe, L. (2022). Changes in implicit God representations after psychotherapy for patients diagnosed with a personality disorder. Associations with changes in explicit God representations, distress and object–relational functioning. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 24. (2). 132–159.
66. Unterrainer, H. F. (2023). The Tridimensional Measurement of Religious/Spiritual Well–Being: Recent Developments in Scale Validation and Clinical Applications”. *Religions*. 14: 882. 1–14.
67. Waterman, A.S. (2020). Now what do I do? toward a conceptual understanding of the effects of traumatic events on identity functioning. *Journal of Adolescence*. 79. 56–69.
68. Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy A Practitioner’s Guide*. New York. The Guilford Press.

