مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۹، شماره ۴، تیر ۱۴۰۱ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

تبیین نقش خودشیفتگی آسیب‌پذیرو خودشیفتگی بزرگ‌منشانه در اختلال شخصیت مرزی

فریده غلامی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد مرودشت دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت ایران

حسین بقولی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (* نویسنده مسئول) bhossein@gmail.com

مجید برزگر: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

مریم کوروش‌نیا: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با یک ناهمگونی بالینی در رابطه با شدت بیماری و ویژگی‌های خاص، مانند خشم و افسردگی شناخته می‌شوند. هدف از انجام تحقیق حاضر تبیین نقش خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی بزرگ-منشانه در اختلال شخصیت مرزی بود.

روش کار: برای انجام پژوهش توصیفی حاضر که با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عامل تاییدی انجام شد، ۱۰۲ زن و ۵۸ مرد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روانشناسی در شهر شیراز به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شده و پرسشنامه‌های خودشیفتگی مرضی پینکاس و اختلال شخصیت مرزی لیشنرینگ را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد متغیر خودشیفتگی آسیب‌پذیر بر ترس از صمیمیت (۰/۳۷)، واقعیت‌آزمایی آسیب دیده (۰/۵۵)، مکانیزم‌های دفاعی اولیه (۰/۶۲) و آشفتگی هویتی(۰/۶۹) تاثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین مشخص شد بین خودشیفتگی بزرگ‌منشانه با ترس از صمیمیت (۰/۷۱)، واقعیت آزمایی آسیب‌دیده (۰/۶۴)، مکانیزم‌های دفاعی اولیه (۰/۳۸) و آشفتگی هویتی (۰/۲۶) تاثیر مثبت و معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود مسئولین و متخصصین به متغیرهای خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه توجه ویژه‌ای داشته باشند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

خودشیفتگی آسیب‌پذیر،

خودشیفتگی بزرگ‌منشانه،

اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

شیوه استناد به این مقاله:

Gholami F, Baghooli H, Barzegar M, Kouroshnia M. Explaining the Role of Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(4):113-124.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(4):113-124. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Explaining the Role of Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder

Farideh Gholami: PhD Student, Department of Psychology, Marvdasht Branch of Islamic Azad University, Marvdasht Iran
Hossein Baghooli: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (*Corresponding author) bhossein@gmail.com
Majid Barzegar: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran
Maryam Kouroshnia: Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Abstract

Background & Aims: Patients with borderline personality disorder are known to have a clinically relevant heterogeneity in relation to severity of the disease and specific features, such as rage, rejection sensitivity, personality organization, or depression. There is little information about the importance of pathological narcissism for borderline patients (1). The limited evidence may be due in part to methodological difficulties in identifying Narcissistic clinical manifestations, which reflects disagreement among experts about this structure (2, 3). DSM diagnostic classifications appear as clusters of symptoms rather than being developed by a predetermined theory. The results are familiar but ambiguous. Classification is not effective enough. Among the dimensional models proposed to DSM to describe personality disorders, Kernberg's theory of object relations can be observed. For personality disorders, Kernberg eliminates these problems by shifting attention from borderline personality disorder to borderline personality organization (BPO). He places pathological narcissism on the subgroup of borderline personality organization. This conceptualization is a purely developmental theory, an explanation of the features of interpersonal relationships and defense mechanisms, and even including recommended therapies/treatment methods (4)
A review of narcissistic descriptions based on clinical personality theories reveals that two types of vulnerable and grandiose narcissism are two areas of narcissistic personality disorder malfunction(5). Vulnerable narcissism is characterized by low self-esteem, self-criticism and devaluing , shame, social rejection sensitivity and isolation, Entitlement Rage, hiding the Self (6-8). Borderline personality disorder and vulnerable narcissism, although known as distinct structures but different qualitative structures, are interrelated (9). In fact, the characteristics of vulnerable narcissism may indicate a more general personality pathology similar to borderline personality disorder (10, 11).
Methods: The present study is descriptive and it has used of structural equation modeling and confirmatory factor analysis. In this study, 102 women and 58 men who had consulted to were client psychiatric clinics in Shiraz participated and received a BPD diagnosis of by a psychiatrist. Patients were selected by convenience sampling and voluntary selection from among those who had consulted to these centers. Explaining the principle of confidentiality of information, patients signed the consent form and then, completed the questionnaire under the supervision of a psychologist present at the center. Enterance requirements were/ to be eligible to apply included having over the age of 18 and at least holding a diploma, no use of psychiatric drugs, no experience of psychosis and mania, no significant medical problems, no mental retardation and no heavy drug use. Two questionnaires of borderline personality disorder and pathological narcissism questionnaire were used to assess the characteristics of psychopathology. Borderline Personality Disorder Questionnaire: The borderline personality disorder questionnaire was developed by Leichsenring in 1999(12) in order to assess borderline personality traits in clinical and non-clinical samples and is answered as yes or no. The questionnaire is essentially a 53-item scale based on the Kernberg concept of borderline personality organization as well as the DSM-IV diagnostic criteria.
Pathological narcissism questionnaire: The Pincus' pathological narcissism scale is a 52-item

Keywords
Grandiose Narcissism,
Vulnerable Narcissism,
Borderline Personality Disorder

Received: 07/05/2022
Published: 09/07/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

measurement tool that scores based on the 6-point Likert scale from " Not at all like me " to " Very much like me ". This tool measures the two dimensions of grandiose narcissism and vulnerable narcissism and has 7 dimensions or components including: contingent self-esteem (CSE), Self-Sacrificing Self-Enhancement (SSSE), Exploitativeness (EXP), Hiding the Self (HS), Grandiose Fantasy (GF), Devaluing (DV), and Entitlement Rage (ER).

Results: Fit indicators show that all indicators are in the desired range, so the structural model of the research is approved. Findings showed that the variables of vulnerable narcissism have a positive and significant effect on fear of intimacy (0.37), damaged reality testing (0.55), primary defense mechanisms (0.62) and identity difiussion (0.69). Also, the grandiose narcissistic pathway coefficient with fear of intimacy (0.71), damaged reality testing (0.64), primary defense mechanisms (0.38) and identity disorder (0.26) is positive and significant. In other words, vulnerable narcissism and grandiose narcissism predict the dimensions of borderline personality disorder.

Conclusion: In this study, pathological narcissism, a recent German version of the scale showing that the vulnerable and grandiose type is associated with borderline disorder was assessed (1, 13). Research shows that great grandiose and vulnerable traits in personality disorders are commonly reported together (14). This research is consistent with the studies of Miller, 2008 and Euler and Stubby, 2018 Kampe et al. 2021(1, 10, 15). In Melanie Klein's theory, the concept of envy and the mechanism of splitting has been used. Envy is one of the most primitive and fundamental emotions. Envy is a two-way relationship that aims to seize the whole goodness that can be pulled out of the object regardless of the consequences. This can lead to the destruction and contamination of its good. Envy wants to be as good as object, but when this is considered impossible, it tries to tarnish the goodness of the object in order to eliminate the source of these envious feelings. Due to the sources of excessive threat to the child's environment, the mechanism of the primary splitting which is vital to the child's development and is associated with the idealization of the good object, destroyed and the very good source on which the baby depends on growth is attacked and lost. As a result, the possibility of obtaining good introspection is eliminated, and what is internalized is only the bad part of the object. The ego will inevitably be damaged. In this case, a gap is created between the person and the object, and this vulnerability may lead to a person turning away from one's grandiose narcissistic traits from any connection and intimacy.

Kernberg, 1976 emphasizes confronting or exposure to the patient's pathological defenses that weaken the ego and reduce its ability to reality testing. Vulnerable narcissism is negatively correlated with the use of mature defenses. From pathological perspective, defense mechanisms in narcissism are perceived as a developmental consequence of early experiences of rejection and devaling by the child's primary caregivers (15, 16).

Instability in identity and narcissistic traits are significantly related to eachother (17); The grandiose narcissist has a relatively accurate view of oneself. If failure occurs due to the loss or frustration of the love object, because of the connection between one's self-image and one's image of the object, Object-focused aggression will also have targeted oneself.

Aggressive devaluation of the object leads to self-humiliation and degeneration of self-esteem, and the loss of self-esteem leads to latent narcissistic conflict. Regression to the previous stages of development causes the person's emotional fluctuation in loving parents with absolute power and despair of the love objects and is seen in the form of disturbances in the identification, inability and feeling of emptiness in the borderline or psychotic person.

The main essence of narcissistic personality is the existence of a deficit in its structure, which arises from the incompleteness of the process and the coherence and integration of grandiose self and ideal object in ego reality-focused structure. The patient is not fully aware of the pathological nature and state of consciousness and this is due to the feeling of incompleteness and imperfection of his reality and the world around the self. This constant narcissistic structure in borderline disorder suffers from psychological incoherence and resorts to delusions and even illusions to cope with the unbearable feeling of splitting and loss of ideal objects (18).

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Gholami F, Baghooli H, Barzegar M, Kouroshnia M. Explaining the Role of Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(4):113-124.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

مقدمه

بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با یک ناهمگونی بالینی در رابطه با شدت بیماری و ویژگی‌های خاص، مانند خشم، حساسیت به طرد، سازمان شخصیت، یا افسردگی شناخته می‌شوند (۱، ۲). به عنوان مثال، اطلاعات کمی در مورد اهمیت خودشیفتگی مرضی برای بیماران مرزی وجود دارد. آسیب‌پذیری عاطفی و بد عملکردی‌های بین فردی به عنوان عوامل کلیدی در اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته در نظر گرفته می‌شوند. اگرچه فرض می‌شود که درمان این بیمار بسیار سخت می‌باشد اما مطالعات در رابطه با این دو اختلال بسیار محدود است، حتی در مورد صفات خودشیفتگی زیر آستانه‌ای بیماران مرزی تحقیقات کمی انجام شده است (۳). شواهد محدود ممکن است تا حدی ناشی از مشکلات روش‌شناسی در معلوم کردن تظاهرات بالینی خودشیفتگی باشد که منعکس‌کننده اختلاف نظر کارشناسان در مورد این ساختار است (۴، ۵).

در همین رابطه می‌توان عنوان کرد که ملاک‌های تشخیصی دی‌اس‌ام همه‌ی روان‌پزشکی نیست بلکه فقط تجسم سن توصیفی عینی است که به کراپلین بر می‌گردد. تمرکز بر مشاهده واضح و مطمئن با حداقل تفکر و تعمق همراه است. در این روش طبقه‌بندی‌های تشخیصی به جای اینکه توسط یک نظریه از پیش تعیین شده تبیین شوند، به شکل خوشه‌های از علائم نمایان می‌شوند. با این حال نتایج آشنا اما ابهام‌آمیز است. همچنین خوشه‌بندی به اندازه کافی اثر ندارد. بنابراین بیماران از یک اختلال شخصیتی به اختلال دیگر سوق می‌یابند یا به طور همزمان هر دو درگیر هر دو اختلال می‌شوند. به نظر می‌رسد معیارهای تشخیص عاری از منطق درونی است. در بین مدل‌های ابعادی پیشنهادی به دی‌اس‌ام برای توصیف اختلالات شخصیت، نظریه روابط آبژه کرنبرگ نیز به چشم می‌خورد. در این نظریه با تغییر توجه از اختلال شخصیت مرزی به سازمان شخصیت مرزی این معضلات را از بین می‌برد. طبق بررسی کرنبرگ، سازمان شخصیت مرزی نه تنها در اکثر شخصیت‌های مرزی، خود شیفته و ضد اجتماعی طبق معیارهای دی-اس‌ام، بلکه در اکثر معتادان، برخی از شخصیت‌های هیستریونیک و بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی مزمن دیده می‌شود. بنابراین او خودشیفتگی مرضی را در زیرگروه سازمان‌بندی شخصیت مرزی قرار می‌دهد. این مفهوم بندی یک نظریه کامل ارشدی است، تبیینی است برای ویژگی‌های روابط بین فردی و مکانیسم‌های دفاعی و حتی شامل شیوه‌های درمانی توصیه شده است (۶). با توجه به اهمیت نظریه‌های روان‌تحلیلی در مفهوم‌بندی و توصیف دقیق‌تر آسیب‌شناسی اختلالات شخصیت بررسی صفات خودشیفتگی در شخصیت مرزی و اضافه کردن آن در تصویر تشخیصی این اختلال ممکن است علی‌رغم پیچیده‌تر کردن (۷)، در ارائه دقیق‌تر درمان به این بیماران کمک‌کننده باشد.

مروری بر توصیفات خودشیفتگی بر اساس نظریه‌های بالینی شخصیت نشان می‌دهد که دو نوع خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منشانه دو زمینه از کژکاری اختلال شخصیت خودشیفته هستند (۸). این مفهوم شامل یک پارادوکس حل نشده است: جنبه بزرگ‌منشانه آن هسته آسیب‌شناسی روانی را به تصویر می‌کشد اما اغلب با رضایت از زندگی و عملکرد کلی همراه است، در حالیکه جنبه آسیب‌پذیر آن با پریشانی روانی همراه است، اما هنوز در سیستم‌های طبقه‌بندی بین‌المللی گنجانده نشده است (۹). خودشیفتگی آسیب‌پذیر با عزت نفس پایین، انتقاد از خود و بی‌ارزش سازی، شرم، حساسیت به طرد شدن و انزوای اجتماعی، خشم محق، پنهان-سازی خود مشخص می‌شود (۱۰-۱۲). اختلال شخصیت مرزی و خودشیفتگی آسیب‌پذیر، اگرچه به عنوان سازه‌ای متمایز شناخته می‌شوند و ساختار کیفی متفاوتی دارند اما با هم در ارتباط هستند (۱۳) و الگوهای مشابهی را در عواطف غالب، عزت نفس و علائم آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهند و همخوانی بالایی در کاهش سازش‌پذیری و برون‌گرایی و سطوح بالایی از سطح روان رنجوری دارند و ممکن است در یک روان‌رنجور به صورت مفاهیمی مغایر و درون گرا نیز تفسیر شوند. در واقع ویژگی‌های خودشیفتگی آسیب‌پذیر، ممکن است نشان‌دهنده آسیب‌شناسی شخصیتی کلی‌تری شبیه به اختلال شخصیت مرزی باشد (۱۴، ۱۵).

در مقابل خودشیفتگی بزرگ‌منشانه شامل یک خودپنداره متورم، حسادت، تخیلات مدوام برتر بودن،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

نگرش محق بودن و بهره‌کشی و ازخودگذشتگی و ارتقای خود است (۱۱،۱۲). توصیف بالینی از خودشیفتگی بزرگ‌منشانه فرایندهای درون روانی مانند سرکوب جنبه‌های منفی خود و دیگران و تحریف اطلاعات بیرونی تایید ناکننده را در برمی‌گیرد که منجر به نپذیرفتن نگرش‌ها، بالا بردن تصویر مثبت از خود بدون نیاز به موفقیت‌ها و مهارت‌ها، و همچنین درگیری در خیال‌پردازی‌های قدرت، برتری و کمال نامحدود می‌شود. از نظر رفتاری، خودشیفتگی بزرگ‌منشانه از طریق فعالیت‌های بهره‌کشی بین فردی،فقدان همدلی،رشک شدید،پرخاشگری و نمایشگری ابراز می‌شود (۸).

مکانیسم‌های دفاعی، فرایندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده وارد عمل می‌شوند (۱۶). مطالعات پژوهشی مؤید این نکته هستند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با کاربرد بیشتر مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و تحریف‌کننده مثل دوپاره سازی و کاربرد کمتر دفاع‌های کارآمد از دیگر اختلال‌ها متمایز می‌شود (۱۷). این دفاع‌ها نشانگر گرایش‌ها و تمایلات دفاعی رشد نیافته‌ای است که با منابع و انگیزه‌های درونی ناهشیار گره‌خورده‌اند. در الگوی کرنبرگ فرض بر این است این‌گونه دفاع‌های نخستین سطح مرزی شخصیت را مشخص می‌کند و با الگوی دفاع‌ها در افراد بهنجار متفاوت است وابستگی به این دفاع‌های ابتدایی باعث "ضعف ایگو" و عدم تحمل اضطراب، اختلال در کنترل تکانش می‌گردد (۱۸).

کرنبرگ در دیدگاه خود از ویژگی‌های اساسی آسیب‌شناسی اختلال مرزی به مکانیسم‌های دفاعی بی‌ارزش سازی، همه‌کارتوانی، آرمان سازی بدوی، همانندسازی فرافکنانه، انکار و دوپاره سازی اشاره کرده است. این دفاع‌ها به شدت با تشخیص مرزی ارتباط دارند. نشانه مکانیسم دو پاره سازی جدا کردن افراد مهم زندگی به دو بخش خیلی خوب به معنای آرمان‌سازی و خیلی بد به معنای بی‌ارزش سازی است بدون اینکه فرد در انسجام این دو بخش توانمند باشد. دوپاره‌سازی ایگو را از تجربه مربوط به انسجام فقدان هویت مصون می‌دارد و ازآنجاکه افراد مرزی توانایی انسجام هویت خود را ندارند از این مکانیسم استفاده می‌کنند (۱۹).

بیماران مرزی اغلب تحت آزمایش مکرر خیالات در برابر واقعیت عینی بدون موفقیت قرار می‌گیرند. یکی از دلایل این شکست‌های جزئی این است که افراد نتوانسته‌اند یک حس پایدار از واقعیت را بسازند و مشکلات زیادی برای پردازش خواسته‌ها و احتمالات واقعیت پیدا کرده‌اند (۲۰). واقعیت آزمایی به ظرفیت فرد برای متمایز کردن خود از غیر خود، محرک‌های بیرونی از درونی و برقراری انسجام بین ملاک‌های متعارف اجتماعی واقعی اشاره دارد. بیماران مرزی به خصوص تحت استرس معمولاً فاقد مهارت ظریف در تعاملات اجتماعی هستند و ممکن است بر اثر ابهام موجود در تعامل حاصل شده، به تفکر پارانویید پسرفت نمایند. ممکن است در مورد اینکه کدام عنصر از تعامل، ریشه در خود فرد دارد و منشأ کدام یک از عناصر فرد مقابل است سردرگمی ایجاد شود. برعکس سازمان شخصیتی نوروتیک با حس ظریف‌تری از مهارت همدلی، ملاحظه‌کاری و خودنگری همراه است (۲۱).

شکل‌گیری هویت به این معناست که همانندسازی‌های انتخابی طی زمان جایگزین همانندسازی‌های اولیه می‌شوند. در فرایند همانندسازی انتخابی تنها جنبه‌هایی از روابط آبژه که با شکل‌گیری هویت فرد هماهنگ هستند درونی می‌شوند. این همانندسازی‌های جانب‌دارانه با افرادی صورت می‌گیرد که شخص به شیوه‌ای واقع‌گرایانه به آن‌ها عشق می‌ورزد و تحسینشان می‌کند. در افراد مرزی فقدان یک خود منسجم سبب می‌شود که دنیای درونی آن‌ها از تصاویر اغراق شده‌ای از جنبه‌های خوب و ناخوشایند دیگران انباشته شود. دیدگاه درونی این افراد نسبت به خودشان ملغمه‌ای آشفته از تصاویر تحقیرآمیز و تحسین‌آمیز است که نتیجه‌ای جز سردرگمی هویت در پی ندارد. بنابرین سردرگمی هویت نشانگر یک هویت انسجام‌نیافته ناشی از سازه‌ی خود است (۱۸). صمیمیت جزء اساسی روابط سالم تلقی می‌شود و به نظر می‌رسد که شامل عشق و محبت، اعتماد، ارزشمندی فردی و افشای خود باشد (۲۲). روابط آبژه ای مختل به صورت فقدان توانایی برای همدلی با دیگران و فقدان ارزیابی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

پخته از دیگران، خود را نشان می‌دهد و ازآنجاکه فرد مرزی دیگران را به طور متناوب به صورت آرمانی یا آزارگر و یا بی‌ارزش می‌بیند، در برقراری و حفظ روابط عمیق و بخصوص روابط صمیمانه مشکل دارد (۲۱).

با تشخیص زودهنگام خودشیفتگی ممکن است از نادیده گرفتن تظاهرات ظریف آنکه می‌تواند ریسک مشکلات را در رابطه درمانی بالا ببرد، اجتناب شود، خودشیفتگی آسیب‌پذیر همراه با درخواست برای درمان همراه است و قدرت پیش‌بینی کنندگی قابل‌توجهی در اتحاد درمانی و پیشرفت درمانی دارد و احتمالاً در جلسات درمان اولیه برجسته‌تر است. با این وجود، تظاهرات نوع بزرگ‌منشانه نیز دیر یا زود آشکار می‌شود (۲۳،۲۴،۲۵).

با توجه به مطالب فوق و اهمیت اختلال شخصیت مرزی در زندگی فردی و اجتماعی از یک طرف و اهمیت خودشیفتگی در روان‌شناسی از طرف دیگر و با مرور تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور تحقیقی در زمینه موضوع مورد نظر یافت نشد همچنین علیرغم وضوح بالینی، این رابطه پیچیده‌ی روانکاوانه هنوز به طور کامل از نظر تجربی مورد بررسی قرار نگرفته است. برای پر کردن این فاصله، مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعاد خودشیفتگی مرضی و پیش‌بینی کنندگی آن در ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شده است. در نهایت محقق درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه در اختلال شخصیت مرزی نقش دارند یا خیر؟

روش کار

برای انجام تحقیق توصیفی حاضر از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و روانشناسی در شهر شیراز ۱۰۲ زن و ۵۸ مرد به صورت هدفمند که بر اساس ملاک‌های نسخه‌ی ویرایش شده دی‌اس‌ام و مصاحبه اسکید دو SCID-II توسط روانپزشک تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده بودند. به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش انتخاب افراد نمونه بدین‌صورت بود که محقق ابتدا به کلینیک‌های مورد نظر مراجعه کرده و پس از توضیح هدف از انجام تحقیق و جلب رضایت مسئولین کلینیک افراد واجد شرایط را شناسایی و از بین افراد داوطلب، افراد نمونه را انتخاب کرد. همچنین با توضیح رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات، بیماران فرم مربوط به رضایت‌نامه را امضا کردند و سپس زیر نظر روانشناس حاضر در مرکز اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. در طول پژوهش نتایج برای داوطلبینی که تمایل داشتند تفسیر شد و راهنمایی لازم جهت پیگیری آن‌ها انجام گرفت. شرایط ورود به پژوهش داشتن سن ۱۸ سال به بالا و مدرک حداقل دیپلم، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، فاقد تاریخچه سایکوز و مانیا بودن و نداشتن مشکلات طبی قابل توجه و نداشتن عقب‌افتادگی ذهنی و عدم مصرف سنگین موادمخدر، بود.

برای ارزیابی ویژگی‌های آسیب‌شناسی روانی از دو پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی و پرسشنامه خودشیفتگی مرضی استفاده شد.

پرسشنامه تشخیص شخصیت مرزی توسط لیشنرنیگ در سال ۱۹۹۹ (۲۶) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی و خیر جواب داده می‌شود. دو سؤال آخر این پرسشنامه در هیچ‌یک از طبقات عاملی یا سایر طبقات این پرسشنامه قرار نمی‌گیرند و نمره آن‌ها در نمره نهایی فرد نیز محاسبه نمی‌شود و به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده است. پرسشنامه شامل عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب دیده، و ترس از صمیمت می‌باشد. در اعتبار سنجی این پرسشنامه، روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دو نیمه‌سازی و همسانی درونی به‌ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمده است (۲۷).

مقیاس خودشیفتگی مرضی پینکاس شامل ۵۲ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از «اصلا اینطوری نیستم» تا «خیلی زیاد این طوری هستم» نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دو بعد خودشیفتگی بزرگ‌منشانه و خودشیفتگی آسیب‌پذیر را می‌سنجد و دارای ۷ بعد یا مؤلفه عزت نفس مشروط، ارتقای خود با ازخودگذشتگی، بهره‌کشی، پنهان‌سازی خود، خیال پردازی بزرگ‌منشانه، بی ارزش سازی و خشم محق

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ و ۰/۹۳ قرار داشت و آلفای کرونباخ برای نمره‌کل مقیاس خودشیفتگی مرضی برابر با ۰/۹۵ بود (۱۱) این پرسشنامه در ایران نیز توسط سلیمانی و همکاران هنجاریابی شده و دارای روایی و پایایی مطلوب است (۲۸).

در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عامل تاییدی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و نرم‌افزار Amos، نسخه۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که مدل‌های اندازه‌گیری، برازش مناسبی دارند چرا که مقدار χ^2/df (کای دو تقسیم بر درجه آزادی) کمتر از ۳ و مقدار RMSEA از ۰/۰۸ کمتر، مقادیر GFI و AGFI و NFI بزرگتر از ۰/۹ و شاخص‌های مقتصد (PNFI و PCFI) بیشتر از ۰/۵ است. همچنین مشخص شد بار عاملی مؤلفه‌ها در همه ابعاد بیشتر از ۰/۷ است که نشان می‌دهد مؤلفه‌ها به خوبی ابعاد را تبیین می‌کنند (جدول ۱).

شاخص‌های برازش در جدول ۲ نشان می‌دهد همه شاخص‌ها در حد مطلوب قرار دارند بنابراین مدل ساختاری پژوهش مورد تایید است.

همچنین نتایج نشان داد متغیر خودشیفتگی آسیب‌پذیر بر ترس از صمیمیت (۰/۳۷)، واقعیت‌آزمایی آسیب دیده (۰/۵۵)، مکانیزم‌های دفاعی اولیه (۰/۶۲) و آشفتگی هویتی (۰/۶۹) تاثیر مثبت و معناداری دارد. نهایتاً مشخص شد ضریب مسیر خودشیفتگی بزرگ‌منشانه با ترس از صمیمیت (۰/۷۱)، واقعیت آزمایی آسیب دیده (۰/۶۴)، مکانیزم‌های دفاعی اولیه (۰/۳۸) و آشفتگی هویتی (۰/۲۶) مثبت و معنادار است به‌عبارت‌دیگر خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه ابعاد اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی می‌کند (جدول ۳).

بحث

در این پژوهش خودشیفتگی مرضی که اخیراً نسخه‌ی

جدول ۱- شاخص‌های برازش برای هر یک از مدل‌های اندازه گیری

شاخص	حد مطلوب	خودشیفتگی آسیب پذیر	خودشیفتگی بزرگ‌منشانه
X2/df	۳ و کم‌تر	۱/۶۳	۱/۴۴
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۱۴	۰/۰۰۹
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۰	۰/۹۰۶
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۵	۰/۹۲۰
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۵۱	۰/۹۰۹
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۸	۰/۹۰۵
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۲	۰/۹۴۹
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۲	۰/۹۴۸
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۰	۰/۹۰۶
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۷۴۳	۰/۷۸۹
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۸۱۵	۰/۶۱۹
PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۸۱	۰/۷۵۳
RMSEA	کوچک‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۳۰	۰/۰۷۵

جدول ۲- شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

شاخص‌های برازندگی	χ 2/df	RMSEA	CFI	TLI	IFI	GFI	AGFI
مقدار گزارش شده	۱/۵۹	۰/۰۳۲	۰/۹۱۶	۰/۹۲۸	۰/۹۵۳	۰/۹۲۶	۰/۹۵۹
مقدار قابل قبول	زیر ۳	< ۰/۰۸	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۸

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

جدول ۳- بررسی معناداری ضریب مسیر

رابطه	ضریب مسیر	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه
خودشیفتگی آسیب‌پذیر با ترس از صمیمیت	۰/۳۷	۴/۹۸	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی آسیب‌پذیر با واقعیت آزمایی آسیب دیده	۰/۵۵	۶/۷۸	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی آسیب‌پذیر با مکانیزم‌های دفاعی اولیه	۰/۶۲	۷/۴۳	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی آسیب‌پذیر با آشفتگی هویتی	۰/۶۹	۸/۱۲	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی بزرگ‌منشانه با ترس از صمیمیت	۰/۷۱	۸/۳۵	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی بزرگ‌منشانه با واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده	۰/۶۴	۷/۶۶	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی بزرگ‌منشانه با مکانیزم‌های دفاعی اولیه	۰/۳۸	۵/۰۲	۰/۰۰۱	تاثیرگذاری معنادار است
خودشیفتگی بزرگ‌منشانه با آشفتگی هویتی	۰/۲۶	۳/۸۹	۰/۰۰۹	تاثیرگذاری معنادار است

آلمانی این مقیاس نشان داده است که نوع آسیب‌پذیر و بزرگ‌منشانه آن با اختلال مرزی در ارتباط است (۳، ۲۳)، مورد ارزیابی قرار گرفت و نقش آن در پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال مرزی مطالعه شد. نتایج آماری این پژوهش نشان داد که خودشیفتگی آسیب‌پذیر و بزرگ‌منشانه بر ابعاد اختلال شخصیت مرزی تاثیر مثبت و معنادار دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ویژگی‌های بزرگ‌منشی و آسیب‌پذیر در اختلالات شخصیت معمولاً با هم گزارش شده است (۱۴).

این تحقیق با مطالعات میلر، ۲۰۰۸ واولر (Euler) و استوبی، ۲۰۱۸ کمپ و همکاران ۲۰۲۱ همسو است (۳، ۲۹، ۹). در یک مطالعه پیگیری شش ساله از بیماران مرزی نشان داد که دارا بودن صفات نارسیستیک شخصیت در بهبودی بیماران تاثیر منفی دارد و هرچه هم‌زمانی این صفات در افراد مرزی بیشتر بود، همچنان پس از شش سال ویژگی‌های اختلال مرزی (در ۱۹ درصد آن‌ها) بهبود پیدا نکرده بود (۳۰). این یافته‌ها دارای پیامدهای بالینی برای تشخیص و درمان است زیرا طیف اولیه شکایات ممکن است به اشتباه تشخیص داده شود و تصویر کاملی از بیمار درک نشود (۳۱). در این تحقیق نتایج زیر بدست آمد که به تفکیک به تبیین آن پرداخته می‌شود.

خودشیفتگی آسیب‌پذیر (۰/۳۷) و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه (۰/۷۱) متغیر ترس از صمیمیت را پیش‌بینی می‌کند.

به‌طورکلی افراد مبتلا به اختلالات شخصیت از صمیمیت واقعی و بالغ می‌ترسند. صمیمیت مستلزم به اشتراک گذاشتن عواطف است که نتیجه تعامل با دیگران در روابط نزدیک ثابت و قابل پیش‌بینی و ایمن است. افراد دارای صفات شخصیت خودشیفته صمیمیت را به عنوان وابستگی به هم خفه شدن عاطفی و از بین رفتن آزادی تفسیر می‌کنند. آن‌ها از آن وحشت دارند و از آن اجتناب می‌کنند. رفتار خود تخریبی و خودشکننده آن‌ها پایه و اساس یک رابطه موفق، شغل، پروژه یا دوستی را ویران می‌کند. در تئوری ملانی کلاین از مفهوم رشک و مکانیسم دو پاره سازی استفاده شده است. رشک یکی از بدوی‌ترین و بنیادی‌ترین هیجان‌هاست. رشک یک رابطه دوتایی است که هدف آن تصاحب تمام خوبی ایست که می‌توان بدون توجه به عواقب آن از آبژه بیرون کشید. این امر می‌تواند به تخریب و لوث کردن خوبی آن بینجامد. رشک می‌خواهد به خوبی آبژه باشد اما وقتی این امر غیرممکن پنداشته می‌شود تلاش می‌کند خوبی آبژه را لوث کند تا منبع این احساسات رشک آمیز را حذف کرده باشد این وجه ضایع کردن و از بین بردن رشک است که آن را بی‌اندازه برای رشد مخرب می‌سازد. زیرا در اثر منابع تهدید بیش از حد محیط کودک مکانیسم دو پاره سازی اولیه که برای رشد کودک حیاتی است و با ایده‌آل سازی آبژه خوب در ارتباط است، از بین می‌رود و همان منبع خوبی که نوزاد برای رشد به آن وابسته است، مورد حمله قرار می‌گیرد و ضایع می‌شود؛ و در نتیجه امکان حصول درون‌فکنی‌های خوب نیز از بین می‌رود و آنچه درونی می‌شود فقط قسمت بد آبژه است. ایگو ضرورتاً آسیب خواهد دید در این حالت شکافی میان فرد و آبژه ایجاد می‌گردد و این آسیب ممکن است منجر به رویگردانی فردی با صفات

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

خودشیفته بزرگ‌منش از هرگونه ارتباط و صمیمیت گردد زیرا نزدیک شدن به فرد دیگر به معنای نزدیک شدن به منبع احتمالی تهدید است (۳۲).

خودشیفتگی آسیب‌پذیر (۰/۶۲) و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه (۰/۳۸) متغیر مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی را پیش‌بینی می‌کند.

این ایده که مظاهر خاص خودشیفتگی با یک ساختار دفاعی متمایز در ارتباط است، در ادبیات روان‌کاوی کاملاً توضیح داده شده است. کرنبرگ ۱۹۷۶ بر رویارویی با دفاع‌های مرضی بیمار که سبب تضعیف ایگو و کاهش توان واقعیت‌سنجی او می‌شوند تأکید می‌ورزد. خودشیفتگی آسیب‌پذیر با استفاده از دفاع‌های پخته همبستگی منفی دارد. از دیدگاه سبب‌شناسی، مکانیسم‌های دفاعی در خودشیفتگی به عنوان یک پیامد رشدی از تجربیات اولیه طرد شدن و بی‌ارزش سازی توسط مراقبین اولیه کودک درک می‌شوند (۹،۳۳). به سبب وجود محیط ناامن و به شدت پرخاشگر شخصیت‌های مرزی و خود شیفته‌ها در انسجام بخشیدن به تصویر منفور و محبوب خود و آبژه ناکام می‌مانند و این افراد به سبب ناتوانی در ترکیب تصاویر متضاد خود و آبژه شان قادر نیستند مفهوم خودِ خویش را منسجم کنند و حول هسته‌ی محکمی از ایگو روابط با آبژه کل‌نگر و پایداری آبژه را مستقر سازند. در نتیجه روابط آبژه جزءنگر، یعنی روابطی پرشور و بی‌ثبات برقرار می‌کنند. بازنمایی‌های «خوب» با بازنمایی‌های «کاملاً بد» خود و آبژه در تقابل قرار می‌گیرند و این افراد برای محافظت از ایگوی ضعیف و سازمان نیافته‌ی خود به دوپاره سازی و سایر مکانیزم‌های دفاعی بدوی متوسل می‌شوند (۱۸). ردیابی عملکرد دفاعی در یک چارچوب درمانی مناسب در مورد کارکردهای ایگو (استفاده از مکانیسم های دفاعی رشد یافته)، میتواند درمان را هدایت کند (۳۴).

خودشیفتگی آسیب‌پذیر (۰/۶۹) و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه (۰/۲۶) متغیر آشفتگی هویت را پیش‌بینی می‌کند.

بی‌ثباتی در هویت و ویژگی‌های خودشیفتگی به شکل قابل توجهی با هم در ارتباط هستند (۳۵) و خودشیفته بزرگ منش دیدگاه نسبتا دقیقی از خود دارد. ادیث یاکوبسن (یاکوبسن، ۱۹۶۴) از نظریه پردازان روابط آبژه، در نظریه خود معتقد است، رشد ایگو مستلزم پیدایش نوعی حس هویت استو بخشی از شخصیت رو به رشد است. وقتی نوزاد حدودا سه ماه دارد نسبت به وجود «جز-من» آگاهی دارد اما تنها در سال دوم نوزادان بدان حد رشد می‌یابد که به کشف شگفت انگیز هویت خود یعنی این تجربه که «من، من هستم» نائل شود. کشف هویت با نخستین آبژه های عشق کودک رابطه دارد و کودک باید بزرگتر شود تا به مفهومی از خود به منزله یک موجود برسد. شکل‌گیری هویت فرایندی است که توانایی حفظ کلیت سازمان روانی را - به رغم ساختار یابی فزاینده، تمایز و پیچیدگی آن —به مثابه موجودی بسیار فردی اما منسجم که در تمام مراحل رشد انسان تداوم دارد ایجاد می‌کند. تنها همانندسازی‌های پایدارومنسجم می‌توانند کم کم یکپارچه شوند و به یک خودمنسجم تبدیل شوند و به رغم تغییرات محیطی ثابت بمانند. همانندسازی‌های اولیه و بدوی، خیال پردازی هایی در باب وحدت یافتن کودک به آبژه عشق و ادغام بازنمایی خود و بازنمایی آبژه را در بر دارند. این همانندسازی های بدوی و شبه جادویی به واقعیت اعتنایی ندارند و در آرمان ایگو و سوپرایگو استقرار می یابند. آرمان ایگو از تصاویر آرمانی شده ی والدین در امتزاج با تصاویر بدوی و بزرگ پندارانه از خود تشکیل شده است. با رشد کودک این همانند سازی‌های کودک سنجیده‌تر می‌شود و به طور فزاینده ای واقع گرا می‌شود و ایگوی فرد مهارت‌ها وطرفیت واقع نگری بیشتری کسب می‌کند. با همانندسازی واقع گرایانه ایگوی فرد قادر می‌شود برخی صفات آبژه عشق را در خود به وجود بیاورد. اگر ناکامی بر اثر از دست دادن یا سرخورده شدن از آبژه عشق اتفاق بیفتد، به دلیل پیوند و نزدیکی که میان تصویر فرد از خودش و تصویر او از آبژه وجود دارد، پرخاشگری معطوف به آبژه خود فرد را نیز هدف می‌گیرد. ارزش‌زدایی پرخاشگرانه از آبژه به تحقیر خود و تحلیل رفتن عزت نفس بدل می‌شود واز دست دادن عزت نفس ایگوی فرد به تعارض نارسیسیتیک نهفته ای منجر می‌شود. واپس‌روی به مراحل قبلی رشد موجب نوسان هیجانی فرد در عشق ورزیدن به والدین دارای قدرت مطلق و مایوس شدن از آبژه های عشق می‌شود و به شکل آشفتگی هایی در هویت‌یابی ناتوانی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

احساس خلاء در فرد مرزی و یا سایکوتیک دیده می‌شود.

خودشیفتگی آسیب‌پذیر (۰/۵۵) و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه (۰/۶۴) واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده را پیش-بینی می‌کند.

تماس با واقعیت نشانه سلامت روان و تحریف آن نشانه بیماری است. هم افراد مرزی و هم خودشیفتگان بزرگ منش تحریف قابل ملاحظه‌ای در واقعیت آزمایی، درک هوش، جذابیت و درک خود و درک بین فردی دارند (۳۶). همانطور که قبلاً ذکر شد، آزمایش واقعیت در سازمان شخصیت مرزی به شکلی تحریف شده وجود دارد. این مفهوم به توانایی تمایز خود از غیر خود، محرک‌های درون روانی از محرک‌های بیرونی و حفظ همدلی با معیارهای عادی اجتماعی واقعیت اشاره دارد (۳۷). خودشیفتگان هرگز واقعیت را مستقیماً تجربه نمی کنند بلکه از طریق یک لنز تحریف کننده و به طور تاریک تجربه می‌کنند. آن‌ها هرگونه اطلاعاتی که ادراک خود بزرگ‌بینانه را به چالش می‌کشد، دور می‌اندازند (۳۸). جوهره اصلی شخصیت خودشیفته وجود نقصی در ساختار خود است که از عدم تکمیل فرایند و انسجام یابی و یکپارچگی خود بزرگ‌منش و آبژه آرمانی در ساختار معطوف به واقعیت ایگو ناشی می‌شود. بیمار نسبت به ماهیت مرضی و وضعیت خود هشیارو کاملاً آگاه نیست و این ناشی از احساس ناتمامی و ناکامل بودن واقعیت خود و دنیای اطراف است. این ساختار خودشیفتگی پایدار که در اختلال مرزی وجود دارد، از عدم انسجام روانی رنج می‌برد و و برای مقابله با احساس تحمل ناپذیر چند پارگی و از دست دادن آبژه‌های آرمانی، به هذیان‌ها و حتی توهمات متوسل می‌شود (۳۹).

ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و سازه‌ی خودشیفتگی مرضی، اگرچه از لحاظ نظری محتمل است، اما از نظر تجربی مشکل است. شناخت و تمایز ویژگی‌های خودشیفتگی مرضی در بیمار مرزی و استفاده از این مفهوم در تشخیص و درمان به دقت اندازه‌گیری بیشتر از آنچه در این مطالعه گزارش شده است نیاز دارد. علاوه بر این مطالعه ما اولین موردی است که به صورت تجربی از طریق یک آزمون رسمی در افراد مرزی انجام گرفته است و تفاوت در انواع خودشیفتگی را در زیر مقیاس های شخصیت مرزی سنجیده است. بدون شک، تحقیقات آینده نه تنها باید تظاهرات پدیدار شناختی اختلالات را از نظر علائم ارزیابی کند، بلکه مفاهیم آسیب‌شناسی روان تحلیلی را نیز در نظر بگیرد. بنابراین حتی اگر این پژوهش از نظریات روان تحلیلی در مورد اهمیت مفهوم خودشیفتگی پشتیبانی کند، هنوز مطالعات تجربی بیشتری برای کشف این رابطه مورد نیاز است. با این حال امید است نتایج این تحقیق دیدگاه روشنی در زمینه موضوع در اختیار محققین و متخصصین قرار دهد تا با استفاده از آن بتوانند زمینه را برای تحقیقات بیشتر در آینده و رسیدن به نتیجه قطعی جهت درمان این اختلال فراهم سازند. لذا عدم دسترسی به تمام افراد شرکت کننده در کلینیک‌ها، عدم کنترل شرایط روحی و روانی آزمودنی‌ها هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی آن‌ها و خانواده‌هایشان از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌باشد که ممکن است بر نتایج تحقیق تاثیر داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود مسئولین و متخصصین به متغیرهای خودشیفتگی آسیب‌پذیر و خودشیفتگی بزرگ‌منشانه توجه ویژه‌ای داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

در مطالعه حاضر فرم‌های رضایت‌نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد.

References

1. Clarkin JF, Levy KN. Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Focusing on the mechanisms of change: Wiley Online Library; 2006.
2. Zanarini MC, Temes CM, Ivey AM, Cohn DM, Conkey LC, Frankenburg FR, et al. The 10-year course of adult aggression toward others in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. Psychiatry Res. 2017;252:134-8
3. Euler S, Stöbi D, Sowislo J, Ritzler F, Huber CG, Lang UE, et al. Grandiose and vulnerable narcissism in borderline personality disorder. Psycho Res 2018;51(2):110-21.
4. Ackerman RA, Hands AJ, Donnellan MB,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

Hopwood CJ, Witt EA. Experts' views regarding the conceptualization of narcissism. J Pers Disord. 2017;31(3):346-61.
5. Blais MA, Little JA. Toward an integrative study of narcissism. 2010. DOI: https://doi:10.1037/a0020573
6. Lakritz K. Kernberg's Borderline Conditions and pathological narcissism: Psychiatric times; 2009.
7. Pedneault S. Coping With Borderline Disorder Embarrassment and Shame. 2020.
8. Cain NM, Pincus AL, Ansell EB. Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. Clin Psychol Rev. 2008;28(4):638-56.
9. Kampe L, Bohn J, Remmers C, Hörz-Sagstetter S. It's not that great anymore: The central role of defense mechanisms in grandiose and vulnerable narcissism. Front Psychiatry. 2021;12:596
10. Mota S, Humberg S, Krause S, Fatfouta R, Geukes K, Schröder-Abé M, et al. Unmasking narcissus: A competitive test of existing hypotheses on (agentic, antagonistic, neurotic, and communal) narcissism and (explicit and implicit) self-esteem across 18 samples. Self Identity. 2020;19(4):435-55.
11. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AG, Levy KN. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. Psychol Ass. 2009;21(3):365.
12. Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. J Pers Soc Psychol. 1988;54(5):890.
13. Huczewska I, Rogoza R. Vulnerable narcissism and borderline personality in relation to personal values. Pers Indiv Diff. 2020;153:109636.
14. Miller JD, Dir A, Gentile B, Wilson L, Pryor LR, Campbell WK. Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. J Pers. 2010;78(5):1529-64
15. Miller JD, Hoffman BJ, Campbell WK, Pilkonis PA. An examination of the factor structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, narcissistic personality disorder criteria: one or two factors? Comprehens Psychiatry. 2008;49(2):141-5.
16. Vaillant GE. Triumphs of experience: Harvard University Press; 2012.
17. Bond M. Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. Harvard Rev Psychiatry. 2004;12(5):263-78.
18. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism: Rowman & Littlefield; 1985.
19. Presniak MD. Can defense mechanisms aid in our differentiation of borderline and antisocial personalities? : University of Saskatchewan; 2008.
20. Figueiredo LC. Sense of reality, reality testing and reality processing in borderline patients 1. Int J Psychoanalys. 2006;87(3):769-87.
21. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality: John Wiley & Sons Inc; 1999.
22. Sternberg RJ. Construct validation of a triangular love scale. Eur J Soc Psychol. 1997;27(3):313-35.
23. Busmann M, Meyer AH, Wrege J, Lang UE, Gaab J, Walter M, et al. Vulnerable narcissism as beneficial factor for the therapeutic alliance in borderline personality disorder. Clin Psychol Psychother. 2021.
24. Dimaggio G, Nicolo G, Fiore D, Centenero E, Semerari A, Carcione A, et al. States of minds in narcissistic personality disorder: Three psychotherapies analyzed using the grid of problematic states. Psychother Res. 2008;18(4):466-80.
25. Pincus AL, Cain NM, Wright AG. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. Pers Disord: Theory Res Treat. 2014;5(4):439.
26. Leichsenring F. Primitive defense mechanisms in schizophrenics and borderline patients. J Nerv Ment Dis. 1999;187(4):229-36.
27. Mohammadzadeh A. Validation of the borderline personality inventory in Iran (in Persian). Int J Behav Sci. 2011;5(3):269-77.
28. Soleimani M, Past N, Mowlaie M, Mohammadi A, Dashtipoor M, Safa Y, et al. Psychometric properties of the Pathological Narcissism Inventory. Contemporary Psychol. 2015;10(1):95-110.
29. Miller JD, Campbell WK. Comparing clinical and social- personality conceptualizations of narcissism. J Pers. 2008;76(3):449-76.
30. Zanarini MC, Frankenburg F, Vujanovic A, Hennen J, Reich D, Silk K. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time- to- remission. Acta Psychiatr Scand. 2004;110(6):416-20.
31. Day NJ, Townsend ML, Grenyer BF. Living with pathological narcissism: a qualitative study. Borderline Pers Disord Emotion Dysregul. 2020;7(1):1-14.
32. Segal H. Introduction to the work of Melanie Klein: Routledge; 2018.
33. Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2009;23(2):113-21.
34. Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice G. Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. Am J Psychiatry. 2013;170(1):111-20.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]

35. Di Pierro R, Di Sarno M, Preti E, Di Mattei VE, Madeddu F. The role of identity instability in the relationship between narcissism and emotional empathy. Psychoanaly Psychol. 2018;35(2):237.
36. Gabriel MT. Narcissism: Reality testing and the effect of negative feedback: University of North Texas; 1991.
37. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. Psychol Assess. 2001;13(4):577.
38. Vaknin S. Dissociation and confabulation in narcissistic disorders. J Addict Addict Disord. 2020;7(2):100039
39. Kohut H. The analysis ofthe self New York: International Universities Press Inc; 1971.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-12-05]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1401.29.4.13.0]