

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی The effect of metacognitive interpersonal therapy on the marital quality of narcissistic man

Iesa Moradi

Maryam Fatehizade

Ahmad Ahmadi

Ozra Etemadi

عیسی مرادی اورگانی *

مریم فاتحی زاده **

احمد احمدی ***

عذرا اعتمادی ****

چکیده

Abstract

Personality plays an important role in marital relationship. Narcissism, due to its self-centered approach, lack of empathy and violence, prevents intimate relationships. Treating narcissistic personality successfully is possible but requires a thorough understanding of the pathology and appropriate clinical procedures. Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) adopts manualized step-by-step procedures aimed at progressively decreasing narcissistic processes. The purpose of this study was to investigate the effect of interpersonal metacognitive therapy on marital quality of narcissistic man. Due to the depth of personality problems and longtime treatment the research was done in case study method. The subject was a 28 years old man that was diagnosed with narcissism and marital problems by using a clinical interview and the Narcissistic Personality Inventory (NPI-40). Metacognitive interpersonal therapy lasted twenty-one sessions during a year. The result of treatment was not the same in aspects of marital quality for man and woman and Cultural issues also played an important role in the treatment process. But in general, the treatment promoted the marital quality of man and his wife.

Keywords: narcissistic, metacognitive interpersonal therapy, marital quality

شخصیت نقشی اساسی در روابط زناشویی دارد. خودشیفتگی به علت رویکرد متمرکز بر خود، فقدان همدلی و خشونت مانع از ایجاد روابط صمیمانه می‌شود. درمان خودشیفتگی با موفقیت امکان‌پذیر است، اما نیاز به یک درک کامل از آسیب‌شناسی و روش‌های بالینی مناسب دارد. درمان بین فردی فراشناختی (MIT) برای درمان خودشیفتگی فرایندی گام به گام اتخاذ می‌کند که منجر به کاهش تدریجی فرایندهای خودشیفتگی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته انجام گرفته است. به علت عمیق بودن مشکلات شخصیت و طولانی بودن درمان روش پژوهش حاضر پژوهش موردی است. در این مطالعه، آزمودنی مرد ۲۸ ساله بود که با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه‌ی شخصیت خودشیفته (NPI-40) مبتلا به مشکلات زناشویی و خودشیفتگی تشخیص داده شد. درمان بین فردی فراشناختی بیست و یک جلسه و در طول یک سال انجام شد. نتیجه در ایجاد مختلف کیفیت زناشویی برای مرد و زن یکسان نبود و مسائل فرهنگی نیز نقش مهمی در فرایند درمان داشتند. اما به طور کلی، درمان باعث افزایش کیفیت زناشویی فرد و همسرش شد.

واژه‌های کلیدی: خودشیفته، درمان بین فردی فراشناختی، کیفیت زناشویی

* دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان
** نویسنده مسئول: دانشیار مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان
*** استاد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان
**** دانشیار مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

Received: 30 Jun 2017

Accepted: 14 May 2018

پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۲۴

دریافت: ۱۳۹۶/۴/۹

مقدمه

ازدواج غیررضایت‌بخش، شایع‌ترین مشکل و ناراحتی انسان است که باعث افزایش طلاق می‌شود، اما طلاق نمی‌تواند تنها شاخص ازدواج نامطلوب باشد. احتمالاً تعداد زوجینی که زندگی مشترک ناشادی دارند و طلاق نمی‌گیرند، بیش از گروه دیگر است (گلسر و گلسر^۱، ۲۰۰۵، به نقل از خلیلی و همکاران، ۱۳۹۵). از نظر سندفورد^۲ (۲۰۰۶)، به نقل از مدنی، هاشمی و غلامعلی، (۱۳۹۵)، کیفیت رابطه زوجین مفهومی چندبعدی است که شامل ابعاد گوناگون روابط در زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد است. در مطالعات مربوط به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زناشویی، دو دیدگاه درون‌شخصی^۳ و دیدگاه بین‌شخصی^۴ مطرح شده است. از دیدگاه درون‌شخصی، صفات شخصیتی عامل مهم تأثیرگذار بر عملکرد زناشویی است، درحالی‌که بر اساس دیدگاه بین‌فردی، تعامل‌های زوجین با یکدیگر برکنش زناشویی آن‌ها تأثیر دارد. بسیاری از پژوهشگران بر اساس دیدگاه تلفیقی معتقدند که هر دو عامل در کیفیت روابط زوجین اهمیت دارند (برادبوری و فینچام، ۱۹۸۸؛ کاگلین، هوستون و هانس، ۲۰۰۰). برادبوری و فینچام (۱۹۸۸) بر این باورند که الگوهای تعاملی زوجین نیز متأثر از ویژگی‌های شخصیتی آنان است. یکی از ویژگی‌های شخصیتی که به شدت کیفیت زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد خودشیفتگی^۵ است. خودشیفتگی یکی از مفاهیم قدیمی در روانشناسی به‌ویژه مکتب روان تحلیل‌گری است و امروزه هم به‌عنوان نوعی اختلال در سطح بالینی و هم به‌عنوان صفت شخصیتی در سطح غیر بالینی موضوع مورد تحقیق در ادبیات پژوهشی است. روابط میان فردی افراد خودشیفته معمولاً به علت مشکلات ناشی از سزاواری، نیاز به تحسین و بی‌توجهی نسبت به حساسیت‌های دیگران معیوب است. آن‌ها در تشخیص دادن امیال ذهنی، تجربیات ذهنی، احساسات، عواطف و نیازهای دیگران مشکل دارند و روابطشان عمدتاً سطحی و در جهت تنظیم عزت نفس است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶، ویرایش پنجم، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در بین اختلالات مختلف تعامل با یک خودشیفته مشکلات بیشتری برای افراد ایجاد می‌کند.

^۱ - Glaser & Glaser

^۲ - Sandford

^۳ - Intrapersonal

^۴ - Interpersonal

^۵ - Narcissism

^۶ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

گاتمن (۱۹۹۹، به نقل از مدنی و همکاران، ۱۳۹۵) نادیده گرفتن، تحقیر و سرزنش را از عوامل اصلی اختلافات زناشویی می‌داند که این موارد در زندگی با یک فرد خودشیفته شایع است. فرد خودشیفته به جای احساس همدلی با دیگران، انتظار دارد که زیردستانش خردمندی او را تشخیص داده و به طور خودکار فرمان‌های او را بپذیرند (میلون و همکاران، ۲۰۰۴). سبک عشق‌ورزی افراد خودشیفته مسابقه‌ای^۱ است (کمپبل، فاستر و فینکل، ۲۰۰۲). در پژوهش کمپبل و فاستر، همچنین خودشیفته‌ها یک رویکرد عمل‌گرایانه^۲ و خودخواهانه به رابطه عاشقانه بروز دادند. آن‌ها در روابط خود عشق فداکارانه را کمتر بروز می‌دهند (کمپبل، ۱۹۹۹)، و در روابط فرازناشویی نیز وارد می‌شوند (کمپبل و فاستر، ۲۰۰۲). علاوه بر این خودشیفته‌ها در روابط تعهد و تطابق پایین دارند و نه تنها خود را از همسرشان برتر می‌دانند، بلکه دیگران را نیز نسبت به وی برتری می‌دهند (کمپبل، فاستر و فینکل، ۲۰۰۲). آن‌ها برای حفظ عزت‌نفس خود همسرشان را کم ارزش جلوه می‌دهند (جان و رابینز، ۱۹۹۴). در هیچ کجا به اندازه خانه، مشکلات میان فردی شخصیت‌های خودشیفته واضح و آشکار نیست. در خانه، خانواده این افراد موظف هستند نه تنها با کمال میل به خواسته‌هایشان تن دهند، بلکه نیازهایشان را هم پیش‌بینی کنند، آن‌ها را از کارهای پیش‌پاافتاده روزمره معاف کنند و موانع را از سر راه آن‌ها بردارند (بک و همکاران، ۱۹۹۰).

خودشیفته‌هایی که در جستجوی درمان برمی‌آیند، این کار را با نیت رهایی یافتن از احساسات مداوم و آزاردهنده پوچی و بی‌کفایتی انجام می‌دهند تا دوباره به وضعیت بزرگنمایانه‌ی سابقشان بازگردند. به عبارت دیگر، خودشیفته‌ها نه به منظور درک "خود"، بلکه به منظور عاری کردن "خود" از عیب و نقص به سراغ درمان می‌روند (مک ویلیامز، ۱۹۹۹). چنانچه فرد بتواند به نحوی خود را از تعهد نسبت به سبک غیرواقعی اولیه زندگی‌اش رها سازد، به راحتی خواهد توانست آن را تغییر دهد. اما قوانین، هدف‌ها و احساس خود با هم تلفیق می‌شوند و دنیای فرد را می‌سازند. فرد چگونه می‌تواند بدون اینکه دنیای جدید به دست آورد، دنیای خود را رها سازد؟ این مشکل اساسی تغییر شخصیت است (بکر، ۱۹۶۴). با تمام ویژگی‌هایی که افراد خودشیفته دارند، این شخصیت‌ها می‌توانند در شرایط ویژه به فردی ایده‌آل برای همسر خود تبدیل شوند، چنین عناصر شخصیتی در خودشیفتگان به گونه‌ای است که اگر در نظر گرفتن منافع مشترک به آن افزوده شود، کاملاً می‌توان به برقراری رابطه‌ای دیرپا در کنار آنان امیدوار شد (وهس و فینگل، ۲۰۰۶). بیشتر خودشیفته‌ها قانع شده‌اند که می‌توانند امورات خود را به تنهایی

^۱ - Game-playing love

^۲ - Pragmatic

بگذرانند، و غرور آن‌ها سبب می‌شود که آنان نقش معیوب بیمار را نپذیرند و به‌ندرت به‌صورت داوطلبانه برای درمان مراجعه می‌کنند (میلون و راجر، ۱۹۹۶). به نظر می‌رسد جنبه‌های بین‌فردی خودشیفتگی بسیار پررنگ‌تر از جنبه‌های درون‌فردی آن می‌باشد و روابط زناشویی بهترین بستر برای بروز پیامدهای خودشیفتگی است و کیفیت زناشویی در این زوجین به علت مشکل در همدلی و صمیمیت، بسیار پایین است. پژوهش حاضر به بررسی تاثیر درمان بین‌فردی فراشناختی^۱ که دیماجیو و همکارانش (۲۰۱۲) برای خودشیفتگی ارائه داده‌اند، بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته پرداخته است.

پیشینه درمان بین‌فردی فراشناختی برای خودشیفتگی

در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روانشناختی و از جمله اختلالات شخصیت مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۰، ۱۹۹۵؛ دیماجیو، ۲۰۱۲). فراشناخت توانایی تشخیص و تأمل بر حالات ذهنی خود و دیگران، و همچنین توانایی استفاده از این دانش برای مقابله با مشکلات زندگی اجتماعی است (دیماجیو و لیساکر، ۲۰۱۰). یکی از اهداف مهم درمان فراشناختی این است که افراد مشکل را به‌گونه‌ای دیگر ببینند، یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار آزاردهنده، بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند (مدنی و حجتی، ۱۳۹۴). فقدان توانایی‌های فراشناختی یکی از ویژگی‌های اصلی شخصیت خودشیفته است (دیماجیو و همکاران، ۲۰۰۲). آن‌ها قادر نیستند خود را جای دیگران قرار دهند و این مانع همدلی آنها می‌شود. هر چند خودشان از این عدم توانایی آگاه نیستند (ریتر و همکاران، ۲۰۱۱). درمان بین‌فردی فراشناختی خودآگاهی ضعیف که اختلال فراشناختی اصلی در شخصیت خودشیفته است، را هدف کلیدی درمان قرار می‌دهد. این درمان فرایندی گام به گام را برای درمان خودشیفتگی ارائه می‌دهد (دیماجیو و همکاران، ۲۰۱۲)، و بر اساس تجزیه و تحلیل مطالعات موردی برای خودشیفتگی تدوین شده است (دیماجیو و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۱۰، ۲۰۱۲، ۲۰۱۴) که با ساختار آسیب‌شناسی خودشیفتگی و یک تنظیم بهینه از رابطه درمانی سروکار دارد (دیماجیو و همکاران، ۲۰۰۲). گام اولیه، که باید در سراسر درمان ادامه پیدا کند، تنظیم رابطه درمانی برای به حداقل رساندن پارگی^۲، بدفهمی^۳، و عقب نشینی^۴ است. درمانگر باید نسبت به هرگونه علائم

^۱- Metacognitive interpersonal therapy

^۲- Ruptures

^۳- Misunderstanding

^۴- Disengagement

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

تهدیدکننده اتحاد درمانی هشیار باشد و برای جلوگیری یا بازسازی از گسست رابطه آماده باشد و همچنین از اطلاعات پیرامون ارتباط درمانی برای تطبیق در رابطه استفاده کند (دیماجیو و همکاران، ۲۰۱۰؛ سافران و موران، ۲۰۰۰؛ سمراری، ۲۰۱۰). درمانگر باید دائما موضعی حمایتی و صریح داشته باشد، هرگونه تمایل به سلطه‌گری را مدنظر داشته باشد و همیشه بروز مشکلات را محتمل بداند. استفاده سنجیده از خودافشایی نیز به برقراری اتحاد و ایجاد حس ما بودن کمک می‌کند. هدف اولیه این رویکرد ایجاد یک فهم مشترک از مشکلات و نیز افزایش آگاهی از حالات ذهنی است. هنگامی که بیماران یک الگو از عملکرد خود را به دست آورند، پس از آن تغییر امکان پذیر می‌شود. گام‌های اول درمان برای ایجاد بستر درمانی است و در ادامه گام‌های بعدی به توسعه تغییرات منجر می‌شود. گام‌های ایجاد بستر درمانی از مراحل زیر تشکیل شده است:

۱. گرفتن شرح حال با جزئیات و تئوری پردازی بر اساس گفته‌های مراجع. در این قسمت باید توصیف دقیقی از زمان و مکان اتفاقات، افراد درگیر، گفت و گوهای آشکار شده، موضوعات و دلیل خاص بودن این وقایع برای مراجع ارائه شود. درمانگر و مراجع باید بارها به مرور وقایع بپردازند تا جنبه‌های پنهان آنها آشکار شود.
۲. ارتقاء توانایی مراجع در به رسمیت شناختن حالات ذهنی مستتر در شرح حال‌های گفته شده، به ویژه درمانگر مراجع را یاری دهد تا احساسات را شناسایی و نام‌گذاری کند و بتواند محرک‌های احساسی اساسی را درک کند.
۳. جمع‌آوری مجموعه‌ای کافی از خاطرات برای ارائه شواهدی از طرحواره‌های انعطاف‌ناپذیر در رفتار بین فردی.
۴. ایجاد آگاهی مشترک از الگوهای عودکننده در روابط بین فردی. خودشیفته‌ها نیازمند درک اقدامات بیش از حد خود در ایجاد خصومت و جستجوی‌شان و همچنین تلاش‌شان برای کسب تحسین و احساس خوب بودن، هستند. آن‌ها همچنین باید مبنای طرحواره‌ای انتظارات‌شان را درک کنند. انتظاراتی که دیگران را خصمانه و مانع از رسیدن به اهداف ارزیابی می‌کند. تا زمانی که این اطلاعات در دسترس نباشد، درمان در مراحل اولیه باقی خواهد ماند.
۵. بیان این که مشکلات فرد در عمل کردن با توجه به تمایلات عمیق درونی، یک مشکل کلیدی است. بنابراین، درمانگر باید اقدامات اختیاری که ناشی از خواسته‌های فرد است را ترویج دهد و همزمان فرد را از اقدامات ناشی از استانداردهای بالا و معطوف به جلب تحسین و تصدیق دیگران به طور سنجیده دلسرد کند. مراجعین باید درک کنند که ناتوانی‌شان در لذت بردن از زندگی عمدتا به علت انفعال و عدم اقدامات معطوف به هدف است و نه واکنش‌های منفی دیگران.

مرحله تغییرات با گام‌های زیر حاصل می‌شود:

۱. درمانگر به مراجعین نشان می‌دهد که دیدگاه‌های آنها لزوماً بازتاب واقعیت نیستند و موقعیت‌ها از زوایای دیگر می‌توانند متفاوت درک شوند (تمایزسازی). دسترسی به جنبه‌های سالم خود تقویت می‌شود و رفتارهای جدید که با خواسته‌های درونی‌تر مراجع سازگار است، ترویج داده می‌شود. این مداخله زمانی باید صورت گیرد که حس مشترکی از اینکه تلاش برای رسیدن به شان و بزرگی نیاز طبیعی و مشترک همه انسان‌ها از جمله درمانگر می‌باشد. سپس مراجع باید تشویق شود که این انگیزه‌ها که در حاشیه آگاهی قرار دارند، را ترک کند و به جای آنها الگوهای جدید و سالم تر احساس، تفکر و رفتار را ابداع کنند.
۲. برانگیختن حس انتقاد به طرحواره‌های قبلی و همزمان ساخت شیوه‌های جدید تفکر در مورد مشکلات و خزانه‌ی وسیعتری از بازنمایی‌های بین فردی
۳. ترویج: (در مراحل بعد از درمان) درک دقیق‌تری از چگونگی تفکر، احساس، و رفتار. مراجع باید از نقش سبک‌های تفکر و الگوهای ناکارآمد بین فردی در ایجاد مشکلات و تعارضات آگاه شود و همزمان حس همدلی به دیگران را نیز بهبود بخشد.

روش

تقریباً هر پژوهشی را می‌توان با روش‌های پژوهش موردی^۱، مورد پژوهش قرار داد و جهت‌گیری معرفت‌شناختی^۲ در این پژوهش تفسیری است و نه اثبات‌گرایانه. این نوع پژوهش برای بررسی عمیق و روشن و شفاف کردن پدیده‌ها، اشخاص و موارد مورد نظر پژوهشگر کاربرد دارد (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۷)، و می‌تواند اشکال و طرح-های مختلفی داشته باشد و طیف وسیعی از روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها را دربر بگیرد (ویلیگ، ۲۰۰۸). به علت این‌که اختلالات شخصیت تمام ابعاد زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و همچنین درمان طولانی مدت (فاکس، ۲۰۱۳؛ بک و همکاران، ۱۹۹۰) روش کیفی پژوهش موردی برای مطالعه‌ی عمیق و روشن کردن فرایندهای درمانی انتخاب شده است. در این پژوهش آزمودنی ۲۸ ساله که بر اساس

^۱ - Case study

^۲ - Epistemological orientation

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

مصاحبه بالینی، آزمون‌های تشخیصی و ملاک‌های جدید در الگوی پیشنهادی DSM-5 برای اختلالات شخصیت، مبتلا به خودشیفتگی تشخیص داده شده بود، با رویکرد بین فردی فراشناختی درمان شد. در پژوهش موردی از همه‌ی روش‌های جمع‌آوری داده می‌توان استفاده کرد و امکان ترکیب روش‌های کیفی و کمی نیز وجود دارد (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۷). در این پژوهش نیز برای اعتبار بخشی به داده‌ها از روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد (سه سو سازی^۱)، و علاوه بر مشاهده^۲ و مصاحبه عمیق^۳، پرسشنامه نیز برای کنترل داده‌های کیفی اجرا شد. تحلیل تاملی (بازتابی)^۴ شیوه تحلیل داده‌ها در این پژوهش بود. در این نوع تحلیل نسبت به شیوه‌های تفسیری^۵ و ساختاری^۶ پژوهشگر نقش فعال‌تری دارد و داده‌ها بیشتر به صورت ذهنی تفسیر می‌شوند (ولکات، ۱۹۹۴). در تحلیل‌های تفسیری و ساختاری راهکارهای شفافی وجود دارد، که بر اساس یک نظم و توالی مشخص انجام می‌شود. اما تحلیل تاملی فرایندی است که طی آن پژوهشگر بر توانایی شهودی و قوه تشخیص خود برای ارزشیابی مورد پژوهش تکیه می‌کند (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۷). در این پژوهش به علت اینکه پژوهشگر به عنوان درمانگر نقشی فعال در پژوهش داشت، روش‌های فنی تجزیه و تحلیل داده‌ها (مانند کدگذاری^۷) کاربرد چندانی ندارد و تامل و کنکاش پژوهشگر شیوه اصلی در تحلیل داده‌ها بود. بدین منظور پژوهشگر داده‌ها کیفی و کمی را چندین بار با کمک سه درمانگر حوزه شخصیت به دقت مورد بررسی قرار داد تا توصیف و تبیین درستی از فرایند درمان و نتایج آن حاصل شود. در فرایند پژوهش همچنین سعی شد از روش تفکر پایان تا آغاز^۸ ولکات (۱۹۹۴) استفاده شود. بدین منظور پژوهشگر در هر مرحله از پژوهش علاوه بر تمرکز بر جزئیات، تمامیت پژوهش را مد نظر داشت. ولکات (۲۰۰۹) همچنین بیان می‌کند که پژوهشگر گزارش خود را به صورت یک روایت ارائه دهد، و همین توانایی روایت‌گویی را وجه ممیزه پژوهشگران کیفی عنوان می‌کند. این

^۱ - Triangulation

^۲ - Observation

^۳ - In-depth interview

^۴ - Reflective analysis

^۵ - Interpretational

^۶ - Structural

^۷ - Coding

^۸ - Finish to start

پژوهش در نهایت بر اساس راهنمای تدوین مقالات پژوهش موردی (لومن و کیلبرگ، ۲۰۱۱) و در قالب یک روایت تدوین شد. دو مرحله اصلی درمان نیز در جدول شماره یک و دو آمده است.

جدول ۱. فعالیت‌ها و مداخلات برای فرمول بندی مشترک عملکرد فرد

فعالیت	تکنیک‌ها، ملاحظات و مداخلات
ایجاد ارتباط و اتحاد درمانی (جلسه ۱ و ۲)	پذیرش بی‌قیدوشرط و اعتباربخشی به‌طور پیوسته در این مراحل انجام شد. از قضاوت‌های اولیه پرهیز شد. رفتارهای مطلوب و خودافشایی مراجع به‌طور مداوم و مکرر تقویت شد. درمانگر به خوبی انتقال و انتقال متقابل را که در درمان مشکلات شخصیت زیاد اتفاق می‌افتد، مدنظر داشت. برای همراهی اولیه با بزرگ‌منشی و ایده‌آل‌سازی مراجع در مورد یک درمان کامل و بی‌نظیر صحبت شد. برای اینکه مراجع احساس تهدید نکند، تفسیر و مواجهه‌های انجام نشد. تاریخچه کاملی از زندگی فرد به منظور استفاده در فرایند درمان گرفته شد. سئوالات زیادی در مورد خاطرات کودکی و روابط بین‌فردی پرسیده شد. مراجع بیشتر به جای احساسات و هیجانات، افکار و باورهای خود را بیان می‌کرد، که با آموزش مفاهیم اولیه (شناخت، هیجان، رفتار) در چندین رخداد تعریف شده، احساسات ریشه‌یابی و نام‌گذاری شدند. دوران کودکی مراجع با روش تصویرسازی ذهنی هدایت شده ^۱ تا حدامکان بازسازی شد و احساسات بررسی شد. درمانگر به تناسب از خودافشایی استفاده کرد. درمانگر با پرسیدن سئوالات زیاد تمام جنبه‌های زندگی مراجع را استخراج کرد. مراجع از کلی‌گویی به سمت بیان احساسات و حالات درونی سوق داده شد.
بازسازی علیت‌های روانی (جلسه ۵)	سه اتفاق بین‌فردی مراجع با بازی نقش بازسازی شد. مراجع در هر اتفاق می‌بایست احساسات خود را شناسایی و احساسات درمانگر را نیز حدس می‌زد که حدس‌ها مورد بحث قرار گرفتند. مراجع در ادامه باید بدون کمک درمانگر یکی از تعارضات با همسر را با صندلی خالی اجرا و فرایند قبل را تکرار می‌کرد. ارتباط بین هیجان تجربه شده و رفتارهای بروز داده شده (مانند خشم (هیجان) و خشونت (رفتار)) برای مراجع تبیین شد. در مرحله بعد از مراجع خواسته شد با شیوه جدید چند تعارض با همسر و همکاران را بیان کند. هر تبیین درست تشویق می‌شد که در واقع اقرار به اشتباه مراجع تشویق می‌شد. در ادامه از مراجع خواسته شد در یک تعارض با همسر تمام احتمالات اهداف و احساس همسر بر روی یک نمودار دایره‌ای ترسیم شود. تحقیر و توجه‌طلبی که از طرحواره‌های بین‌فردی خودشیفته است، با روش پیکان رو به پایین شناسایی و با جابه‌جایی نقش مورد بررسی قرار گرفت. خاطرات کودکی که در مرحله اول به تفصیل بررسی شد، برای مرور طرحواره‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین درمانگر از بعضی اتفاقات حین درمان نیز برای توضیح طرحواره‌ها و الگوی ارتباطی استفاده کرد. انتظار مراجع از همسر به شدت تحت تاثیر رابطه وی با مادرش قرار داشت، که برایش تبیین شد. با ذکر مثالی از زندگی درمانگر به مراجع نشان داده شد که همسر نمی‌تواند شبیه مادر باشد و او هم نیازهایی دارد و عدم توجه او گاهی فقط به خاطر نیاز خودش می‌باشد و نه تحقیر و کم‌محل. نقش این باور بر ایجاد تعارض با همسر با ذکر شواهد تبیین شد. دیاکرام الگوی ارتباطی برای مراجع ترسیم شد و اتفاقات بر اساس آن تفسیر شد. در طی این مراحل درمانگر چندین بار از مواجهه با رفتارهای خودشیفته‌وار مراجع استفاده کرد و از ادامه بدرفتاری جلوگیری کرد. همچنین انتقاد تحقیرآمیز مراجع نسبت به درمانگر بارها تفسیر و تاثیرش بر روابط زناشویی مراجع نیز تبیین شد.
خلاصه سازی سازهای وقایع (جلسه ۶)	
استخراج خاطرات مرتبط (جلسه ۷)	
شناسایی طرحواره‌ها و چرخه‌های بین‌فردی ناسازگار (جلسه ۸ و ۹)	

^۱- Guided imagery

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

جدول ۲. فعالیت‌ها و مداخلات برای ترویج تغییرات

فعالیت	تکنیک‌ها، ملاحظات و مداخلات
تمایزسازی (جلسه ۱۰، ۱۱ و ۱۲) دسترسی به بخش‌های سالم خود (جلسه ۱۳) اکتشاف / ساخت روایت‌های جدید (جلسه ۱۴ و ۱۵) ایجاد فهمی بالغانه از ذهن دیگران (جلسه ۱۶)	یکی از خشونت‌های مراجع علیه همسرش مورد بررسی قرار گرفت. با تبیین این اتفاق رابطه بین حالت ذهنی مراجع و ارتکاب خشونت انجام شد و مراجع متوجه شد، به این علت خشونت انجام داده که رفتار همسر را بی‌توجهی و تحقیر نسبت به خود برداشت کرده است. مراجع تفهیم شد که باورها و طرحواره‌هایش رفتارهای او را موجب می‌شوند و نه واقعیات بیرونی (تمایزسازی). شناخت‌های ناسازگار مراجع (همسر همیشه باید به من توجه کند، انتقاد او به معنای تحقیر است) شناسایی شدند. سپس حمایت همدلانه و اعتباربخشی انجام شد. در ادامه برای مراجع تفهیم شد که داشتن این افکار نشانه ضعف و تهدیدی برای اعتماد به نفس می‌باشد. برای بیمار تفهیم شد که طیفی از هیجانات منفی طبیعی بوده و همه انسان‌ها آن‌ها را دارند و حتی بخش حیاتی و چالش‌زای زندگی هستند. درمانگر برای این باور جایگزین شواهدی از خود مراجع و همچنین دیگران ارائه می‌دهد. از مراجع خواسته شد با توجه تغییرات و اطلاعات جدیدی که در درمان فرا گرفته، روایت جدیدی از زندگی‌اش ارائه دهد. در این روایت هیجانات، فعال‌کننده‌های آن‌ها و نقش آن‌ها بر روابط باید تبیین می‌شد. در ادامه جلسات شواهدی که از الگوی بین‌فردی و باورهای جدید حمایت می‌کرد، بررسی شد.
تشخیص سهم خود در تداوم چرخه های بین فردی (جلسه ۱۷، ۱۸) تشکیل خودنمایان‌سازی یکپارچه و تضعیف خودمحوری (جلسه ۱۹)	از مراجع خواسته شد که روایتی از ارتباط با همسر که خشونت در آن نباشد را بازسازی کند و الگوی جدید ارتباطی را در ارتباط با همسر اجرا کند و گزارش دهد. این الگو به صورت دیاگرام برای مراجع ترسیم شد. از روش‌های شناختی رفتاری نیز برای کاهش خشونت استفاده شد. یک ماه پس از درمان، برای پیش‌گیری از عود باورها و چرخه‌های بین‌فردی ناسازگار نامه‌ای با محتوای خلاصه درمان برای مراجع ارسال شد.

ابزار

الف) پرسشنامه کیفیت ادراک شده از ابعاد رابطه زناشویی (PRQC^۱): که در ترجمه به اختصار کیفیت ابعاد رابطه نام گرفت، توسط فلچر و همکاران (۲۰۰۰) تدوین شده است. این پرسشنامه کوتاه و معتبر شامل ۳۸ سؤال در شش بعد رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق است. روایی این

^۱- Perceived relationship quality components

پرسشنامه با ضریب همبستگی بالا با پرسشنامه صمیمیت (۰/۸۶) و مقیاس سازگاری زناشویی (۰/۷۴) و همچنین پایایی آن در تمام خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۷۹ گزارش شده است (مدنی، هاشمی گلپایگانی، لواسانی، ۱۳۹۵).
ب) سیاهه شخصیت خودشیفته: این سیاهه پرکاربردترین ابزار خودگزارش‌دهی از صفات خودشیفته در جمعیت بهنجار است و ۴۰ گویه دارد که هر گویه شامل دو بازخورد است. آزمودنی باید یکی از دو بازخورد را انتخاب کند. جمع نمره‌ها در هر یک از چهار بازخورد به‌طور جداگانه محاسبه می‌شود و در نهایت مجموع نمره‌ها سطح خودشیفتگی فرد را نشان می‌دهد. روایی سیاهه شخصیت خودشیفته از طریق اجرای همزمان آن با پرسشنامه چندمحوری اختلال شخصیت میلون که بیش از سایر پرسشنامه‌ها می‌تواند شخصیت خودشیفته را ارزیابی کند، تعیین شده است و همبستگی معنادار ($P < 0/001$ و $r = 0/79$) به‌دست آمده است (راسکین و تری، ۱۹۸۸). در ایران نیز روایی و پایایی این پرسشنامه توسط صفاری نیا، شقاقی و ملکی (۱۳۹۱) بررسی شده است. نتایج نشان داد که پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسشنامه شخصیت خودشیفته به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بود. همچنین ضرایب همبستگی نمره کل این پرسشنامه با پرسشنامه چن محوری بالینی میلون-۳ و خرده‌مقیاس برون‌گرایی و توافق جویی پرسشنامه شخصیت پنج‌عاملی به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۳ و ۰/۶۸ محاسبه شد که بیانگر روایی همگرایی مناسب پرسشنامه شخصیت خودشیفته است.

شرح مورد: توصیف مراجع و مشکل موجود

مراجع مردی ۲۸ ساله می‌باشد که توسط همسرش برای درمان آورده شد. وی تنها پسر خانواده و چهار خواهر داشت. تحصیلاتش کارشناسی و مدیر شرکت راه و ساختمانی پدرش بود. از لحاظ مالی وضعیت بسیار خوبی داشت و بیان کرد که در کارش بسیار موفق است. همسرش ۲۵ سال داشت که همسایه شوهر خود بوده و به همین واسطه با وی آشنا شد. خانواده‌اش وضعیت مالی مناسبی نداشت و بیان کرد که: "زیبایی‌اش دلیل ازدواجشان بوده است". او از زندگی‌شان راضی نبود و تلاش می‌کرد بتواند مشکلاتشان را حل کند. وی بیان می‌کرد که: "همسر من را درک نمی‌کنه، به من اهمیت نمی‌ده. اگه برخلاف میلش عمل کنم به شدت عصبانی میشه و حتی گاهی منو کتک می‌زنه. یه بار پامو شکسته. انتظار داره تمام کارها به موقع و به‌طور کامل انجام بشه. اوایل زندگی‌مان بهتر بود. احترامی برای خانواده ما قائل نیست و اونا را تحقیر می‌کنه و می‌گه که خانواده تو در سطح خانواده من نیستن و به همین دلیل ارتباطمون قطع شده. نیازهای جنسی شو برطرف می‌کنم ولی توجهی به نیاز من نداره و اصلا متوجه نیست که من از این ارتباط لذت نمی‌برم. تا زمانی که به حرفاش گوش کنم خوبه اما وقتی برخلاف میلش کاری کنم یا حتی حرفمو بزنم ناراحت و عصبانی می‌شه. به کارهای شخصی خود خیلی اهمیت می‌ده ولی

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

وقتی نوبت من می‌شه رفتارش تغییر می‌کنه". مرد بیان می‌کرد که: "زندگی ما مشکلی نداره و به اصرار همسر در این جلسه شرکت کردم. من از زندگیم راضیم و اگه مشکلی وجود دارد از همسر مه. باید وظایفشو انجام بده. مثلاً لباس‌های من باید همیشه اتو کشیده باشه. مادرم فقط با من درست برخورد می‌کنه. همسر من نمی‌تونه مثل مادرم باشه. من بهش لطف کردم که باش ازدواج کردم. من در محیط کارم بسیار موقم ولی تو خونه نمیدونم همسر چه مشکلی داره. از زندگی جنسی‌ام راضیم و مشکلی وجود نداره."

فرمول‌بندی مورد و تشخیص

خودشیفته‌ها ممکن است در برابر آزمایش‌های مربوط به تشخیص از خود مقاومت نشان دهند یا شاید تلاش کنند شایستگی درمانگر را زیر سؤال ببرند. آن‌ها از شنیدن هرگونه اظهارنظری که دلالت بر وجود کاستی یا نقصی در آنان داشته باشد، خشمگین و آزرده می‌شوند (میلون و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین، در جلسات اولیه نباید عجولانه عمل کرد. مصاحبه اولیه در این مورد کمی بیش از معمول طول کشید. پس از مصاحبه اولیه با استفاده از پرسشنامه شخصیت خودشیفته (NPI-40) راسکین و تری (۱۹۷۹)، به نقل از محمدزاده، (۱۳۸۸) که در جمعیت بهنجار اعتباریابی شده است، خودشیفتگی مراجع تشخیص داده شد. این موضوع به‌طور مستقیم به اطلاع مراجع نرسید و فقط آزمون برایش تفسیر شد. مراجع در این آزمون نمره ۲۶ کسب کرده که تقریباً دو انحراف معیار از میانگین جامعه ایرانی بالاتر است (میانگین=۱۴/۲۹ و انحراف معیار=۵/۷۴؛ به نقل از صفاری، شقاقی و ملکی، ۱۳۹۱). برای همسرش اختلال خاصی تشخیص داده نشد. اولین موضوع قابل ذکر در مورد این زوج تفاوت دیدگاه‌های آن‌ها درباره مشکل بود. مرد قادر نبود مشکلات را از دیدگاه همسرش ببیند (ضعف فراشناختی). به علت تک پسر بودن مرد در خانواده خود احترام زیادی داشت و موفقیت او در ادامه کار پدر نیز به این احترام افزوده است. ازدواجش سنتی و زیبایی همسرش ملاک اصلی انتخاب وی بود. مقایسه همسر و مادر توسط مرد نشان از سبک تربیتی خاص والدین او داشت. مادر مراجع تمام کارهای او را انجام می‌داد و تمام نیازهایش را برطرف می‌کرد. طبیعی است با توجه به فضای فرهنگی جامعه ما که در آن خانواده‌ها به فرزند پسر اهمیت بیشتری می‌دهند، در این خانواده نیز پسر از جایگاه مهمی برخوردار بوده است. در واقع، ارزش‌گذاری بیش از حد والدین به فرزند در طول مراحل رشد روان عصبی به‌عنوان یک عامل مهم در پرورش طرح‌های شخصیتی خودشیفته مطرح است. مرد نمی‌توانست تأثیر رفتارهای خود را بر همسرش ارزیابی کند (عدم همدلی)، و بسیاری از کارهایش را طبیعی می‌دانست، در صورتی که این رفتارها به‌شدت همسرش را کلافه کرده بود. حتی کتک زدن همسرش را که موجب شکستگی پایش شده، چندان او را متعجب نکرد. تکبری مشهود در رفتار مرد مشاهده می‌شد و هر نوع مخالفت از

جانب همسر را تهدیدی اساسی نسبت به خود می‌دانست و به‌شدت واکنش نشان می‌داد که نشان دهنده عزت نفس شکننده او بود. این مرد در تعریف نقش همسر بسیار سنتی عمل می‌کرد و ترکیب آن با خودشیفتگی اوضاع را پیچیده‌تر می‌کرد. با توجه به توصیفی که از فضای خانواده خود ارائه داد، مردسالاری نیز به‌خوبی قابل تشخیص بود. بر اساس الگوی جدید اختلالات شخصیت در DSM-5 نیز، این مرد در حوزه بین‌فردی (صمیمیت و همدلی) مشکلات اساسی داشت. او به‌طور کلی، از تأثیر رفتارش بر دیگران از جمله همسرش آگاه نبود یا به آن اهمیت نمی‌داد و یا ارزیابی نامناسبی از آن داشت. روابط صمیمانه‌اش غالباً بر مبنای برآورده کردن نیازهای خودگردانی و عزت نفس استوار بود و انتظارات نامعقولی از دیگران داشت. کیفیت زندگی این زوج با آزمون کیفیت ادراک شده از ابعاد رابطه زناشویی (PRQC) بررسی و پایین تشخیص داده شد. نتایج آزمون برای مرد و زن اندکی متفاوت بود. زن تقریباً در تمام ابعاد (رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق) این پرسشنامه نمره پایینی داشته، درحالی‌که شوهرش در ابعاد تعهد، صمیمیت و عشق نمره پایین گزارش کرد. در مصاحبه اولیه نیز مشخص بود دیدگاه مرد به مشکلات با دیدگاه همسرش متفاوت است. با توجه به عدم تشخیص اختلال خاصی برای همسر و همچنین نبود مشکلات جانبی کیفیت پایین زندگی در این زوج بیشتر به دلیل پیامدهای خودشیفتگی مرد تشخیص داده شد، بنابراین در طول درمان با کاهش علائم خودشیفتگی، کیفیت زندگی نیز به‌طور غیرمستقیم بهبود یافت.

درمان و یافته‌ها

درمان بیست و یک جلسه، به‌صورت هفتگی و توسط دانشجوی دکترا رشته مشاوره خانواده انجام شد. این شیوه درمانی به کمک یکی از اساتید مسلط در حوزه درمان فراشناختی و مکاتبه با پروفیسور دیماجیو و ارسال فرمت درمانی توسط ایشان، به درمانگر آموزش داده شد.

الف) قوانین اولیه رابطه درمانی و شناسایی عناصر تجربه ذهنی و تم‌ها و چرخه‌های بین فردی ناسازگار

در مقایسه با اختلالات دیگر در بیماران دارای اختلال شخصیت رابطه درمانی به توجه بیشتری نیاز دارد. در این نوع اختلالات نقش درمانگر تا حدودی به شکلی ظریف تغییر می‌کند و به منظور پذیرش تأثیرگذاری درمانگر و موانع پیش روی تلاش‌های بیمار، نیاز به تلاش‌های اختصاصی‌تری است. بخش زیادی از زمان درمان، صرف آشنا شدن با تمامی جنبه‌های زندگی مراجع نظیر فرزندان، همسر، شغل، تاریخچه شخصی، علایق و غیره شد. در

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

حقیقت بیشترین نقش درمانگر این بود که از تجربیات زندگی خود بیمار و مشاهده دیگران برای ارائه راه حل‌های احتمالی برای مشکلات استفاده کند. ایجاد اتحاد درمانی با فردی که به‌سختی به مشکلات خود اقرار می‌کند، فرایند ساده‌ای نبود. غرور مراجع سبب می‌شد که نقش معیوب بیمار را نپذیرد، چون خودشیفته‌ها نه به‌منظور درک "خود"، بلکه به‌منظور عاری کردن "خود" از عیب و نقص به سراغ درمان می‌آیند (مک ویلیام، ۱۹۹۴). به شکلی متناقض، طبیعت بیشتر روابط درمانی بزرگ‌ترین مشکل بر سر راه درمان شخصیت خودشیفته است. بیشتر درمانگرها عادت دارند تشویق و حمایت‌های گرم برای بیماران خود فراهم کنند. هر چه درمان‌جو خودشیفته‌تر باشد، احتمال بیشتری دارد که وی به این بخش مهم درمان پاسخ دهد. تحسین از جانب درمانگری حمایت‌کننده محمل گرمی را فراهم می‌کند که خودشیفته می‌تواند با موفقیت در آن بال و پر خود را بگسترده و مشکل نیز درست در همین جاست. اگر درمانگر بیش‌ازحد حمایت‌کننده باشد، خودشیفته‌ها پيله‌ای از تردید به خود به دور خودشان می‌تنند و به ناگهان درمان را ترک می‌کنند. برای این مراجع نیز این حالت تا حدودی صدق می‌کرد. برای تغییر خود وارد جلسه درمانی نشد و پذیرای مشکلات خود نبود. درمانگر در شروع درمان حالت آرمانی او را به چالش نکشید و پذیرش بی‌قید و شرط و اعتباربخشی انجام شد. فضای اولیه درمان تا حدودی در راستای بزرگ‌منشی وی بود، تا احتمال بروز احساس مورد تهدید واقع شدن و نیز بروز هیجانات مشکل‌ساز کمتر شود و در درمان بماند. درمانگر همچنین اشتیاق خود را برای داشتن یک درمان کامل بیان کرد، تا اتحاد درمانی بهتر حفظ شود. درمانگر: "امیدوارم با شما بتوانیم یکی از بهترین جلسات درمانی را داشته باشیم". از آنجا که، در درمان اختلالات شخصیت احتمال وقوع انتقال و انتقال متقابل زیاد است، درمانگر در تمام مراحل درمان، این موارد را مدنظر داشت. با توجه به MIT، درمانگر بدون به چالش کشیدن باید وارد تخیلات پرطمطراق مراجع می‌شد. درمانگر باید آگاه باشد که جاه‌طلبی و آرمان‌های پرطمطراق موجود در هر فرد کاملاً طبیعی است. مراجع در مورد کارهای نیمه‌تمام شرکت راه و ساختمانی‌اش می‌گفت. درمانگر پاسخ می‌دهد: "به نظر می‌رسد در کار بسیار موفق هستی (اعتباربخشی)، هرچند ممکنه آدم گاهی اوقات به بعضی از اهداف و رؤیاهای خودش نرسه". درمانگر با خودافشایی در مورد بعضی از جنبه‌های ناکامی خود همدلی را ایجاد کرد. خودشیفته‌ها از اقرار به ضعف خجالت می‌کشند. درمانگر با خودافشایی و پذیرش شرایط را فراهم می‌کند. طبق گفته‌های میلون (۲۰۰۴) بذل همدلی و توجه کافی به‌منظور بانگیزه کردن درمان‌جوها برای تداوم درمان، حداقل تا زمانی که تغییری واقعی اتفاق بیفتد، لازم است. با این حال، اگر درمانگر درمان‌جوها را بیش از حد تقویت کند، آنان ممکن است به‌سرعت تا جایی که خود مغرور شوند که هرگونه انگیزه واقعی را برای تغییر کردن از دست بدهند. پذیرش بیش از حد منجر به تأیید

خودشیفتگی و عدم پذیرش مقاومت و ترک درمان را در پی خواهد داشت. تاریخچه کاملی از زندگی مراجع در طی این جلسات به دست آمد. درمانگر سعی کرد مراجع را از کلی‌گویی به سمت گفتن احساسات و حالات درونی در هر رخداد سوق دهد. با طرح سوال مربوط به رخداد اخیر مرتبط با خودشیفتگی مراجع (تعارض اخیر با همسر) فکر، هیجان، ارزیابی فکر و هیجان، ماهیت پاسخ‌های رفتاری و باور فرد در مورد لزوم پرداختن به این رفتارها بررسی شد. در این جلسه درمانگر آموزش‌های در مورد ساختار مغز، هیجان و احساس، تفکر و رفتار را با ذکر مثال‌های مختلف ارائه داد. با توجه به ماهیت بین‌فردی این درمان از مراجع خواسته شد مثال‌هایی از رابطه با همکاران، خانواده و همسر بیان کند و به عنوان یک تکلیف این موارد را در زندگی روزمره خود جستجو کند. مثال‌هایی از سؤالات پرسیده شده در این مرحله: "دوران کودکی را چگونه سپری کردید؟ اولین خاطره‌ای که در ذهنتان وجود دارد، چیست؟ رابطه پدر و مادر با شما چگونه بوده است؟ درباره دوستی‌ها و دشمنی‌های دوران مدرسه صحبت کنید؟ چه احساسی نسبت به والدین خود دارید؟ در محیط کار چگونه فردی هستید؟ همکاران شما در مورد شما چگونه فکر می‌کنند؟ آخرین درگیری با همسرت سر چه موضوعی بود؟ و چه چیز بیشتر شما را آزار می‌داد؟ چرا از دست همسرت عصبانی شدی؟ فکر می‌کنی چرا همسرت آن رفتار را داشت؟ ..."

ب) استخراج شرح حال و دسترسی به حالات درونی و تجربه ذهنی

در این مرحله از درمان، درمانگر منطق دسترسی به خاطرات به‌ظاهر بی‌ارزش زندگی را برای مراجع شرح داد. تمام خاطراتی که به‌نوعی جلوه خودشیفتگی در ارتباطات بین‌فردی است، باید استخراج شوند. بررسی این خاطرات باعث می‌شد فرد بهتر به ظرافت‌های ذهن خود پی ببرد. در این قسمت درمان، مراجع تشویق شد که جزئیات زندگی‌اش را بازگو کند و سپس اهمیت آن‌ها برایش تبیین گردید. درمانگر با به‌کارگیری تکنیک هدایت فراشناختی و پرسیدن سؤالات ساخت‌یافته، تامل فراشناختی مراجع، در مواجهه با محرک‌های مشکل‌آفرین را بهبود بخشید.

"خود را در موقعیتی فرض کن که رفتار همسرت شما را آزار می‌دهد. آیا می‌توانی همزمان افکار و اتفاقاتی که اطرافت رخ می‌دهد را ببینی؟ در آن لحظه به چه چیزی فکر می‌کنی؟ چه افکاری در این تعارض شما را بیشتر اذیت کرد؟ چه احساسی داشتید؟ داشتن این افکار چه معنایی برای شما دارد؟ فکر می‌کنید همسران به چه فکر می‌کرده و چه احساسی داشته‌اند؟ بدترین معنایی که افکار شما و همسران می‌توانند داشته باشند، چیست؟ آیا تا الان تلاشی برای برخورد با افکارشان داشته‌اید؟ همسرت بیشتر تو را آزار می‌دهد یا افکار؟ آیا می‌توانی دفعه بعد به جای واکنش به همسرت فکرت را دوباره مشاهده کنی؟ مشابه این افکار را در چه موقعیت‌های دیگری تجربه کردی؟ اینکه همسرت کارای تو را انجام نده بیشتر عصبانیت می‌کند یا این فکر که بخاد تحقیق کنه؟"

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

در این مرحله، درمانگر مراجع را تشویق کرد که افکارش را کشف و مشاهده کند و بیشتر به جزئیات دقت کند. چون یکی از مشکلات افراد خودشیفته عدم توانایی در تفکیک افکار و اتفاقات (عدم تمایزسازی) می‌باشد. یکی دیگر از تکنیک‌های فراشناختی که برای افزایش ذهن‌آگاهی در این مرحله مورد استفاده قرار گرفت، تکنیک تداعی آزاد بود. در این تکنیک درمانگر واژه‌های مانند همسر، دوست، خانواده، همکار و ... برای مراجع تکرار کرد و از مراجع خواست هر فکر و احساسی را که تجربه می‌کند، بدون تلاش برای تغییر و تحلیل بیان کند (افزایش آگاهی فراشناختی). همزمان درمانگر تلاش کرد تا با استفاده از استعاره‌هایی مانند ابرهای گذرا، کودک متمرده، قطار مسافری و ... از درگیری بیش از حد مراجع با افکارش جلوگیری کند، چون هدف ذهن‌آگاهی گسلیده^۱ بود. "درمانگر: موقعی که همسرت را کتک زدی چه فکری داشتی؟ مراجع: عصبانی بودم. درمانگر: این احساسات در آن لحظه بود، به چه چیز فکر می‌کردی؟ مراجع: اینکه داره منو تحقیر می‌کنه. فکر می‌کردم من رو کوچیک می‌کنه. درمانگر: این فکر چه مدت تو ذهنت می‌چرخه؟ مراجع: خیلی زیاد. درمانگر: تصور کن افکار تو واکنش‌های به قطار رو تشکیل میدن و از جلوت رد میشن، می‌تونی به ترتیب اونا رو بیان کنی؟ اگر مطمئن باشی که همسرت هدفش تحقیر شما نبوده، چیکار می‌کنیدی؟ ..."

پ) درک علیت روانی، خلاصه سازی وقایع و فهم ذهن دیگران

مراجع باید به‌جای تمرکز بر رفتارهای میان‌فردی، ارتباط بین حالات روانی و مسائل بین‌فردی خود را درک کند. در مرحله قبل مراجع نگاهی مجدد به زندگی خود داشت و با حالات درونی خود ارتباط برقرار کرد و در واقع به یک بینش نسبی به تجربیات ذهنی خود دست یافت. در این مرحله مراجع توانست در سناریوهای درونی خود نقش شخصیت‌های منفی را بگیرد. برای مثال، به‌جای توجه به احساس خود هنگام عصبانیت به انگیزه‌های درونی خود و طرف مقابل توجه کند و آن‌ها را درک کند. به‌منظور بهبود توانایی نظریه‌پردازی خودشیفته در مورد دیگران درمانگر خودآشنایی استفاده کرد. درمانگر به یکی از مشکلات ارتباطی خود اشاره کرد و احساسات و افکار خود در آن لحظه را شرح داد. در این خودآشنایی درمانگر به نقطه ضعف‌ها و همچنین نیازش به جلب توجه که نیازی طبیعی است، اشاره کرد. همچنین با بررسی تاریخچه شخصی فرد و تکنیک پیکان رو به پایین عقاید کلیشه‌ای و طرحواره‌های وی (توجه‌طلبی و تحسین‌خواهی) در مورد دیگران شناسایی شد. خودشیفته می‌توانست ببیند که خواسته‌های همسرش در راستای تحقیر یا مسدود کردن برنامه‌های او نیست، بلکه اثر نیاز عمومی همه برای جلب

^۱- Detached mindfulness

توجه است. بدین منظور آخرین مشاجره جدی مراجع با همسرش که در مورد تفریحات مشترک بود، مورد کنکاش قرار گرفت. تلاش شد مراجع فقط به احساس خود در هنگام این مشاجره بپردازد و موقتاً همسر را نادیده بگیرد.

"درمانگر: چرا فکر می‌کنی همسرت باید مثل مادرت رفتار کنه؟ مراجع: خب مادرم هوای منو داره. سر به سرم نمی‌ذاره. کارامم انجام میده. درمانگر: وقتی مادرت کارات رو انجام میده یا از تو تعریف می‌کنه چه احساسی داری و به چی فکر میکنی؟ مراجع: حس خوبی دارم. اون لحظه فکر می‌کنم با ارزشم و قدر منو می‌دونن. درمانگر: آیا ممکنه کارای مادرت دلیل دیگه‌ای هم داشته باشه؟ مراجع: مثلاً؟ درمانگر: عادت یا ترس؟ مراجع: فکر نمی‌کنم؟ درمانگر: حتی به درصد هم امکان نداره؟ مراجع: یه درصد که بله. درمانگر: می‌تونن چرخه فکر، احساس و رفتار رو وقتی با مادرت هستی برام خلاصه کنی و بگی؟ من فکر می‌کنم و احساسم اینه که پس این کار رو انجام میدم درمانگر: مشاجره‌ای که با همسرت سر بیرون رفتن داشتی رو به یاد بیار. فرض کن مثل کسی که می‌تونه ذهن آدم رو بخونه داری صحنه مشاجره رو نگاه می‌کنی. می‌تونن بگی چه اتفاقی میفته؟ تو مشاجره اخیر جاتو با همسرت عوض کن و دعوا رو یه بار دیگه توضیح بده؟ آیا مشابه این افکاری که تو دعوا با همسرت داشتی را جای دیگه تجربه کردی؟ ...". با این جابه‌جایی و بازی نقش که برای چندین مورد از مشاجرات مراجع با دیگران به ویژه همسرش انجام شد، مراجع با حالات درونی خود مواجه شد و ارتباط آنها با عصبانیت خود را درک کرد. عدم درک احساسات دیگران در روابط که یکی از ویژگی‌های اصلی افراد خودشیفته است، در این جابه‌جایی نقش بهبود یافت.

ت) استخراج خاطرات مرتبط، فهم ذهن دیگران و شروع تمایزسازی

در گام بعدی برای اینکه به بیمار نشان دهیم افکار او در مورد خودش و دیگران باثبات و پایدار است، به جمع‌آوری خاطرات و شواهدی مرتبط پرداخته شد. در این مرحله، خاطرات پراکنده و غیر مرتبط دسته‌بندی و به هم ربط داده شدند. درمانگر از مراجع خواست مواردی که در آن از دست همسرش عصبانی می‌شود را به یاد آورد. مراجع در ارتباط با خانواده همسر، تفریحات و ... خاطراتی را بازگو کرد. از مراجع خواسته شد حتی خاطراتی قبل از ازدواجش را نیز بازگو کند. خاطراتی مربوط به خانواده و محیط کار و حتی دوران کودکی. مراجع باید ارتباطی بین تمام این موقعیت‌ها برقرار کند. از مراجع خواسته شد در تمام خاطراتی که بیان کرده خود را به‌جای طرف مقابل بگذارد و انگیزه‌های خود را دوباره مورد بررسی قرار دهد.

"درمانگر: فکر می‌کنید چه موضوع مشترکی در همه مشکلاتی که بیان کردید وجود داره؟ تو همه بین اتفاقات فکر، احساس و عملت چی بود؟ مراجع: به نظر میرسه اونا میخان من رو تحقیر کنن و به من توجهی

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

ندارن، قصد دارن ادمو کوچیک کنن (ضعف و شکنندگی عزت نفس)". درمانگر: آیا بیشتر کار اونا شما رو اذیت میکنه یا این فکر که اونا دارن تحقیرت میکنن (تمایزسازی)؟ مراجع: این که کسی بهم توجه نکنه و بخاد منو کوچیک کنه منو خیلی اذیت میکنه. درمانگر: حالا این جورى به موضوع فکر کنید که بقیه ممکنه هدفشون تحقیر شما نباشه، فقط نخوان به شما توجه کنن. باز همونقد اذیت میشید و از عصبانیت میکنن؟ مراجع: فکر نمیکنم درمانگر: پس بیا این فکرت رو بیشتر بررسی کنیم. "درمانگر از مراجع خواست دایره‌ای رسم کند و هر احتمالی در مورد افکار همسرش دارد را بر روی دایره مشخص کند. سپس هر کدام از دلایل مجدداً بررسی شدند. هدف این تکنیک این است که مراجع بتواند غیر از دلایل برخاسته از طرحواره‌هایش، دلایل دیگر را نیز بررسی کند. مراجع باید ارتباط بین افکارش در مورد خودش و دیگران را با مشکلات بین فردی که برای او به وجود آمده را درک می‌کرد. نه تنها رابطه با همسر، بلکه دیگر ارتباطات خودشیفته باید بررسی می‌شدند تا طرح‌واره مشترک شناسایی شود. در تمایزسازی مراجع باید تفهیم می‌شد که برداشتش از خود و انتظاراتش از دیگران بر پایه ساختارهای طرحواره‌ای اوست و نه بر اساس واقعیت. بدین منظور با ذکر شواهدی تجربی از تاریخچه زندگی مراجع، تجدیدنظر در باورهای او آغاز شد.

ج) بازسازی طرح‌واره‌ها، چرخه‌های بین فردی ناکارآمد و نقش فرد در چرخه

پس از بررسی روایت‌های مراجع و بحث در مورد آن‌ها در طول فرایند نظارت، درمانگر فرمول زیر را که بیانگر چرخه ناکارآمد بین فردی مراجع می‌باشد، به صورت دیگرام ترسیم و برای مراجع شرح داد: "به نظر می‌رسد شما توقعاتی از دیگران دارید که گاهی برای شما انجام نمی‌دهند و این شما را عصبانی می‌کند، چون در این هنگام احساس ضعف و بی‌ارزشی می‌کنید. تنوری شما در ارتباط با دیگران احتمالاً به این شکل است: اگر دیگران مطابق میل من رفتار کنند، بالارزش‌اند چون قدر مرا می‌دانند و اگر چنین نباشد لایق سرزنش هستند چون قدر مرا نمی‌دانند و مرا تحقیر می‌کنند و این شما را به شدت عصبانی می‌کند، چون ارزشی که شما برای خودتان قائل هستید وابسته به توجهی است که دیگران به شما دارند." مراجع: نمی‌دانم. منظورتان از این فرمول چیه؟ همیشه بیشتر توضیح بدید؟ "...". درمانگر و مراجع در مورد شواهد و احتمالاً نقطه ضعف‌های این فرمول بحث کردند. برای تأیید یا رد قسمت‌هایی از آن شواهدی ارائه شد. مراجع نهایتاً باید ارتباط با همسرش را با این فرمول بیان می‌کرد. از مراجع خواسته شد که یک روز زندگی زناشویی خود را با این فرمول شرح دهد: "من انتظار دارم همسرم تمام کارهای مرا انجام دهد و اگر گاهی این کار رو نکن فکر می‌کنم بهم توهین شده و این من رو به شدت عصبانی میکنه، مثلاً چند وقت پیش که لباسی من رو کامل اتو نکرد بد جورى عصبانی شدم و کلی سرش داد و بیباد کرد.

فکر میکردم من رو هیچی حساب نمیکنه و این فکر که کسی منو هیچی حساب نکنه، بدجور منو به هم میریزه. درمانگر: عصبانی شدن تو و داد و بیداد کردن باعث شد به هدفت برسی یا نه؟ مراجع: نه، به خاطر همین چیزا من رو آورده اینجا. درمانگر: پس میبینی که کاری که انجام میدی فقط اوضاع رو بدتر میکنه (چرخه بین فردی ناسازگار)، چون فکر میکنی تحقیرت میکنه، عصبانی شدی نه به خاطر اتو نکردن لباسه (تمایزسازی).^۱ این نوع مثال‌ها بارها در طول درمان استفاده، و برای مراجع تبیین شد. مراجع با ناامنی خود در روابطش مواجه شد و اینکه چقدر در روابط نگران واکنش‌های طرف مقابل است. این نوع فرمول و طرح‌واره بین فردی منجر به چرخه بین فردی ناکارآمد می‌شد. برای مثال هر چه مراجع بیشتر به تحقیر و سرزنش همسرش می‌پرداخت، کمتر توجه دریافت می‌کرد و بیشتر احساس ضعف می‌کرد. خشونت نیز ابزاری برای رهایی از این احساس ضعف بود. برای بازسازی این چرخه از تکنیک بازی نقش و صندلی خالی استفاده شد. در این تکنیک، همزمان با بازسازی چرخه بین فردی افکار و احساسات هر دو طرف بررسی شد. با توجه به نظارت^۱ ضعیف افراد خودشیفته، آن‌ها از طرح‌واره‌های بین فردی خود، آگاه نیستند و اثر دیگران بر خود و خود بر دیگران را تشخیص نمی‌دهند. در حقیقت با توجه به خودمحوری‌شان نمی‌توانند ذهن دیگران را به گونه‌ای بخوانند که بر نگرش‌های بیماری‌زا غلبه کنند. طرح‌واره بین فردی خودشیفته محرومیت هیجانی و نقص می‌باشد. احساس محرومیت، آنها را به سمت روابط صمیمی ترغیب می‌کند، اما احساس نقص یا بی‌ارزشی باعث می‌شود از این روابط کنار بکشند. بدون بهبود باورهای فراشناختی کار کردن بر روی طرح‌واره‌های بین فردی بی‌فایده است. خودشیفته‌ها با معیار قرار دادن ارزش‌های خود بیشتر اوقات آنچه را فکر می‌کنند، درست است انجام می‌دهند، نه آنچه را واقعاً می‌خواهند.

چ) تضعیف خودمحوری و تشکیل خودنمایان سازی یکپارچه

خودمحوری^۲ خودشیفته‌ها به شدت به روابط آسیب می‌زند و نیاز است که مورد درمان قرار گیرد. فرد خودشیفته پس از اینکه به حالات و تمایلات خود که در خدمت بزرگ‌منشی نیستند، دسترسی پیدا کرد، باید به بهبود دیدگاهش در مورد دیگران بپردازد. مشکل اصلی آن‌ها ناتوانی در شناسایی نیازها و تمایلاتشان و ندانستن شیوه‌های درخواست کمک و حمایت نیست. تقاضا از آن‌ها برای تمرکز بر ذهن دیگران احساس بدی برای آن‌ها ایجاد می‌کند و خود را در معرض چپاول و بردگی می‌بندد. از نظر آن‌ها تصور ذهن دیگران به معنای عدم اعتماد به نفس

^۱ - Monitoring

^۲ - Egocentrism

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

است. بنابراین، این عمل باعث ایجاد احساس ناتوانی، عصبانیت و محدودیت در خودشیفته‌ها می‌شود. عملیات مبارزه با خودمحوری زمانی در درمان انجام شد که مراجع شخصیت درونی خود را شناسایی کرد. به منظور بهبود توانایی نظریه‌پردازی مراجع در مورد دیگران درمانگر از خودافشایی استفاده کرد. همچنین با بررسی تاریخچه شخصی مراجع عقاید کلیشه‌ای وی در مورد دیگران را شناسایی شد. مراجع توانست ببیند که خواسته‌های همسرش در راستای تحقیر یا مسدود کردن برنامه‌های او نیست، بلکه اثر نیاز عمومی همه برای جلب توجه است. مراجع باید به این بینش دست می‌یافت که تصاویری که از خود، دیگران و رابطه دارد، متعدد، متفاوت و گاه متضاد می‌باشد. درمانگر کمک کرد مراجع تمام بخش‌های خود را شناسایی کند و به جای یک خویشتن گسسته به یک خود یکپارچه برسد و تصویر یکپارچه‌ای از خود ارائه دهد. بدین منظور درمانگر طرحواره‌های ذهنی مراجع را در یک دیگرام که شامل چرخه‌های بین فردی می‌شد را برای مراجع ترسیم کرد و چند اتفاق مربوط را با این دیگرام شرح داد تا مراجع بتواند ارتباط بین مسائل مختلف را درک کند و بتواند همه مسائل را یکپارچه ببیند. برای مثال درمانگر طرحواره کنترل مراجع که منجر به خشونت و فاصله بیشتر می‌شد را با ذکر چندین مصداق از مسائلی که خود مراجع در جلسات قبل گفته بود، شرح داد. هدف از درمان در این مرحله تغییر بخش‌هایی از خود نیست، بلکه مراجع باید بتواند بخش‌های مختلف و حتی متناقض خود را در یک خود یکپارچه سازماندهی کند. بدین منظور: "درمانگر: در طی جلسات قبل دیدیم که مانند بقیه شما هم نیاز به دیده شدن و کنترل دیگران دارید. چه اسمی روی این بخش‌های وجود خود می‌گذارید؟ مراجع: نمی‌دانم، بخش‌های بد. درمانگر: این بخشها لزوماً بد نیستن و در همه وجود دارند و حتی برای زندگی لازمند، منتهی به شدت‌های مختلف. مراجع: خب فکر کنم در مورد من شدید باشن. درمانگر: میتونی اسم خاصی روشون بذاری؟" درمانگر یک تکلیف خانگی با عنوان "توصیف خود، قبل و بعد از درمان" نیز برای مراجع مشخص کرد.

ح) پرورش مهارت حل مشکلات ارتباطی و درمان نشانه‌ها

برای برخی بیماران تسکین نشانه‌ها نیز باید مدنظر باشد. در این مراجع نیز خشونت در رابطه با همسر یکی از علائمی بود که باید درمان می‌شد. در درمان علائم می‌توان از فنون رفتاری شناختی متناسب استفاده کرد. برای این مراجع علاوه بر ترسیم و تفسیر الگوی خشونت، شیوه درمانی رفتاری کنترل خشم^۱ و کنترل خود^۲ استفاده

^۱ - Anger control therapy

^۲ - Self-control therapy

شد. مراجع خواسته‌های همسرش را نوعی تحقیر خود می‌دانست. درمانگر با پرسیدن سؤالاتی از قبیل "چرا رفتارهای همسرت تو را عصبانی می‌کند؟، آیا اگر تو همین خواسته را از او داشته باشی او هم باید عصبانی شود؟، آیا اصلاً همسرت باید از تو خواسته‌ای داشته باشد؟، تا به حال چه خواسته‌هایی از همسرت را برآورده کردی؟، هنگامی که خواسته همسرت را برآورده می‌کنی چه احساسی داری؟، زمانی که تو عصبانی می‌شوی همسرت چه واکنشی نشان می‌دهد؟ آیا تا به حال شده رفتار متفاوتی نشان دهی؟ نتیجه‌اش چه بود؟، اگر همسرت بعضی خواسته‌های تو را برآورده نکند به این معنی است که تو را تحقیر کرده؟ در جلسات قبل دیدیم که هدفش میتواند تحقیر نباشد. "درمانگر: خشونت شما چگونه به خودتان، ارتباطتان و همسرتان آسیب رسانده؟ مراجع: خب پای همسرم به بار شکست، البته نمیخاستم اینجور بشه ... درمانگر: معمولاً چه روشهایی که برای بیان خشم‌تون به کار می‌برید بیشتر همسرتون رو اذیت میکنه؟ مراجع: شاید زدن و بد و بیراهی که به خانواده ش میگم. درمانگر: آیا تا الان برای بیان خشم‌تون از روش‌های متعادل تر هم استفاده کردید؟" در ادامه درمانگر دوباره دلایل خشم (به دست آوردن چیزی، ابراز استقلال فردی، حمایت از خود) را برای مراجع بیان و با توجه به طرحواره‌های بیمار تشریح کرد. در پایان بیان کلامی ملایم هیجان‌ها به عنوان یک روش جایگزین آموزش داده شد. مراجع نهایتاً به این الگوی جدید ارتباطی دست پیدا کرد: "من دوست دارم که دیگران از من حمایت کنند. ولی بیشتر مردم و گاهی هم همسرم این کار را انجام نمیدهند چون ممکن است نادان باشند، علاقه ای به انجام این کار نداشته باشند یا مشغول انجام کار دیگری هستند. میدانم که این موضوع همیشه رخ میدهد، اما میدانم چطور خود را کنترل کنم و آرام شوم. سپس هنگامی که آرام باشم، می‌توانم با آنها صحبت کنم، عذرشان را بپذیرم و به همکاری و همراهی ام با آنها ادامه دهم." یک ماه پس از درمان درمانگر نامه‌ای با محتوی درمان و تغییرات ایجاد شده برای مراجع ارسال کرد.

مباحث بالینی و نتیجه‌گیری

درمان مشکلات شخصیت قطعاً درمانی دشوار و طولانی‌مدت است، با این وجود درمان خودشیفتگی تا حدودی امکان‌پذیر است. MIT درمان را با جزئیات ساختار درمان شرح می‌دهد. شاید نتوان ویژگی‌های خودشیفتگی را به طور کامل حذف کرد، اما با افزایش خودآگاهی که کلید اصلی درمان MIT می‌باشد، می‌توان روابط فرد خودشیفته را بهبود بخشید. این درمان تقریباً یک سال طول کشید و درمان از جهات مختلفی نسبتاً موثر بود. همسر مراجع در طی درمان از بهبود شرایط زندگی خود صحبت می‌کرد. در این مدت مراجع و همسرش چندین بار آزمون کیفیت زندگی را پاسخ دادند که نتایج حاکی از ارتقاء آن بود. هر چه مدت بیشتری از درمان می‌گذشت، مراجع تمایل

تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کیفیت زناشویی مرد خودشیفته: مطالعه موردی

بیشتری برای مشارکت پیدا می‌کرد. میزان خشونت که یکی از مشکلات اصلی بیان شده توسط همسر بود، به میزان معناداری کاهش پیدا کرد. مسائل جنسی به علت مقاومت زیاد به طور مستقیم مورد درمان قرار نگرفتند، اما نتایج حاکی از بهبود رابطه جنسی این زوج بود. همدلی و صمیمیت هم تا حدودی افزایش پیدا کرد. مشکلی که در طی درمان به وضوح دیده می‌شد، مسائل ناشی از فرهنگ بود که درمان را سخت‌تر می‌کرد. طرح‌واره‌های بین-فردی خودشیفته در ارتباط با همسرش به شدت آغشته به مسائل فرهنگی بود که پیامدهای خودشیفتگی را شدت می‌بخشید. تغییر باورهای فرهنگی کار چندان ساده‌ای نیست و وقتی خودشیفتگی در یک بافت مردسالار رشد می‌کند، پیامدهای رفتاری شدیدتری را بروز می‌دهد. نظریه‌پردازان فمینیست نیز جامعه‌پذیری جنسیت را عامل اصلی شیوع و تجلی پریشانی می‌دانند. به عقیده آنان مسائل اجتماعی فرهنگی مرتبط با هم زنان را در معرض آسیب‌های بیشتر روانی قرار داده است (پروچسکا و نورکراس، ۲۰۰۷). زنان به دنبال حقوق جدید هستند و مردان حاضر نیستند نقش‌های جدید زنان را بپذیرند. یافته‌های این پژوهش با توجه روش پژوهش، ملاحظات بالینی و فرهنگی محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم دارد. پیشنهاد می‌گردد به دلیل جدید بودن رویکرد درمانی، پژوهش‌های کمی و کیفی دیگر برای نمونه‌های بزرگ‌تر و با انواع دیگر اختلالات شخصیت و متغیرهای مرتبط فردی و بین-فردی دیگر، اجرا شود و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد. می‌توان از نتایج این پژوهش در درمان افراد خودشیفته، آموزش و مداخله به هنگام به همسران برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس بر فرزندان استفاده نمود.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Freeman, A. F., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Becker, E. (1964). *The human personality: a contemporary critique*. In *revolution in personality* (pp 163-198), New York: free press.
- Bradbury, T.N., and Fincham, F.D. (1988). Individual difference variables in close relationships: A contextual model of marriage as an integrative framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 713-721.
- Campbell, W. K. (1999). Narcissism and romantic attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1254-1270.
- Campbell, W. K. (2005). *When you love a man who loves himself: How to deal with a one-way relationship*. Chicago: Sourcebooks Casablanca.
- Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2002). Narcissism and commitment in romantic relationships: An Investment Model analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 484-495.
- Campbell, W. K., Foster, C. A., & Finkel, E. J. (2002). Does self-love lead to love for others? A story of narcissistic game playing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 340-354.
- Caughlin, J. P., Huston, T. L., & Houts, R. M. (2000). How does personality matter in marriage? An examination of trait anxiety, interpersonal negativity, and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 326-336.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P.H. (Eds.). (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment* (pp. 247-268). London, UK: Routledge.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicol`o, G., Sisto, A., & Semerari, A. (2011). Progressively increasing metacognition through a step-by-step procedure in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 70-83.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicol`o, G. (2010). A rational model for maximizing the effect of regulating therapy relationship in personality disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 363-384.
- Dimaggio, G., Nicol`o, G., Fiore, R., Pedone, R., Popolo, R., Centenero, E., Carcione, A. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder. Three psychotherapy patients analysed through the grid of problematic states. *Psychotherapy Research*, 18, 466-480.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Fiore, D., Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2012). General principles for treating personality disorder with a prominent inhibitedness trait: Toward an operationalizing integrated technique. *Journal of Personality Disorders*, 26, 63-83.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicol`o, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London, UK: Routledge.

- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self-pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision making processes. *Journal of Personality Disorders*, 20, 597-617.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A., & Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles. Proposal for an integrated model of Narcissism. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 421-451.
- Dimaggio, G., Valeri, S., Ottavi, P., Popolo, R., Salvatore, G. & Montano, A. (2014). Adopting metacognitive interpersonal therapy to treat narcissistic personality disorder with severe somatization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 85-95.
- Fox, D. (2013). *The Clinician's Guide to the Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. PESI publishing.
- Gall, M. D., Gall, J. P. & Borg, W. R. (2007). *Educational research: An introduction*. (8th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Hoseini, B. (2012). *Personality Typology in Psychotherapy Systems*. Tehran: Jungle Publication. (in Persian).
- John, O.P., & Robins, R.W. (1994). Accuracy and bias in self-perception: Individual differences in self-enhancement and the role of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 206-19.
- Khalili, S., Barzgarhnamouei, S., Sahebi, A., & Farahani, H. (2016). Explore the impact of choice theory and reality therapy interventions on couples' marital satisfaction. *Applied Psychological Research Quarterly*, 7(1), 1-23. (in Persian).
- Lewis, R., & Spanier, G. (1979). *Theorizing about the quality and stability of marriage*. New York: Free Press.
- Lowman, R. L., & Kilburg, R. R. (2011). Guidelines for Case Study Submissions to Consulting Psychology journal: research and practice [Editorial]. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 63, 1-5.
- Madani, Y., & Hojjati, S. (2015). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on marital satisfaction and quality of life in couples. *Applied Psychological Research Quarterly*, 6(2), 39-60. (in Persian).
- Madani, Y., Hashemi Golpaygani, F., & Gholamali Lavasani, M. (2016). Proposing an integrated model of emotional focused approach and Gottman model and its effectiveness on quality of marital relationship in married women. *Applied Psychological Research Quarterly*, 7(4), 73-88. (in Persian).
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: The Guilford Press.
- Millon, T., & Roger, D. D. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 226.

- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorder in Modern Life* (second edition). John Wiley & Sons, Ltd. New York: Guilford Press.
- Mohammad Zadeh, A. (2010). Validation of narcissistic personality questionnaire (NPI-16), *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 11 (4), 81-274. (in Persian).
- Paleari, F. G., Regalia, C., & Fincham, F. (2005). Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: A longitudinal analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 368–378.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Raskin, R. N., & Terry, H. (1988). A principle components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890-902.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Ruter, A., Vater, A., Fydrich, T., Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241–247.
- Safarina, M., Shaghghi, F., & Maleki, B. (2012). Preliminary Study of Psychometric Properties of Narcissistic Personality Questionnaire (NPI-40). *Clinical Psychology Quarterly*, 8(2), 72-91. (in Persian).
- Vohs, K. D., & Finkel, E. J. (2006). *Self and relationships: Connecting intrapersonal and interpersonal processes*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition*. NY: Wiley.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in Theory and Method*. Maidenhead: Open University Press.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolcott, H. F. (2009). *Writing up qualitative research (3rd Ed.)*. Los Angeles, CA: Sage.