

پیش‌بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی بر اساس آسیب‌های دوران کودکی و به واسطه نقص در شفقت خود و احساس شرم*

سمانه لسانی^۱، مهناز شاهقلیان^۲، مهدی رضا سرافراز^۳، محمدحسین عبداللهی^۴

Prediction of pathological narcissism based on childhood trauma with the mediating role of self-compassion deficit and shame

Samaneh Lessani¹, Mahnaz Shahgholian², Mehdi Reza Sarafraz³, Mohammad Hossein Abdollahi⁴

چکیده

زمینه: به‌رغم پیشینه طولانی مطالعات بالینی و همچنین مطالعات اخیر تجربی در زمینه نارسیسیزم آسیب‌شناختی، این پدیده همچنان یک وضعیت گیج‌کننده و متناقض باقی مانده است، لذا پژوهش در زمینه عوامل پیش‌بینی کننده آن می‌تواند تا حدودی به شناخت ما از این پدیده روانشناختی کمک کند. آسیب‌های دوران کودکی یک عامل خطر مهم برای شکل‌گیری نارسیسیزم آسیب‌شناختی در بزرگسالی هستند، اما مطالعات اندکی در زمینه چگونگی این ارتباط وجود دارد. **هدف:** هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی بر اساس آسیب‌های دوران کودکی و به واسطه نقص در شفقت خود و احساس شرم بود. **روش:** این مطالعه توصیفی بر اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری بود، جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه‌های شهید بهشتی، تهران و خوارزمی در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که تعداد ۳۴۰ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های خودشیفتگی مرضی پینکاس و همکاران (۲۰۰۹)، ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، شفقت خود نف (۲۰۰۳) و عاطفه خود آگاه-۳ تانگنی (۱۹۹۸) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون مدل‌یابی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی به صورت منفی بر شفقت خود، شفقت خود به صورت منفی بر احساس شرم و احساس شرم به صورت مثبت بر نارسیسیزم آسیب‌شناختی اثر دارند که این روابط همگی معنی‌دار بودند ($p < 0/001$)، از سوی دیگر نتایج آزمون مدل نشان داد که شفقت خود و احساس شرم در روابط بین آسیب‌های دوران کودکی و نارسیسیزم آسیب‌شناختی نقش واسطه را دارند و در نهایت مدل پیشنهادی این مطالعه با مدل آزمون شده دارای برازش مناسب بود. **نتیجه‌گیری:** نقص در شفقت خود و احساس شرم نقش کلیدی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و نارسیسیزم آسیب‌شناختی دارند، لذا توجه به این متغیرها هم در حیطه پیش‌گیری و هم در حیطه درمان حائز اهمیت است. **واژه کلیدها:** نارسیسیزم، آسیب‌های دوران کودکی، شفقت خود، احساس شرم.

Background: In spite of the long history of clinical research as well as recent experimental study of pathological narcissism, this phenomenon is still confusing and seems contradictory. Therefore, research about its predicting factors can partly help us know about this psychological phenomenon. Childhood trauma is an important risk factor for the development of pathological narcissism in adulthood; but there are few studies on the quality of this relationship. **Aims:** The aim of the present study is to predict pathological narcissism, based on childhood traumas with the mediating role of self-compassion deficit and shame. **Method:** It was a descriptive study and was based on structural equation modeling. The statistical population included the students of Shahid Beheshti University, Tehran university and Kharazmi University in 1397-98 academic year. 340 students were selected through available sampling and filled out the following questionnaires: Pathological Narcissism Inventory (Pincas et al., 2009), the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 1994), Self-Compassion Scale (Neff, 2003) and the Test of Self-Conscious Affect-3 (Tangney, 1998). The data were then analyzed by structural equation modeling. **Results:** The results showed that childhood trauma has a negative effect on self-compassion and self-compassion has a negative effect on the feeling of Shame and the feeling of Shame has a positive effect on pathological narcissism. And all these relationships were meaningful ($p < 0/001$). On the other hand, the results of the model test showed that self-compassion and feeling of shame play a mediating role in the relationship between childhood trauma and pathological narcissism. And finally, the proposed model of the study had a good fit with the tested model. **Conclusions:** Deficit in self-compassion, and feeling of shame play a key role in the relationship between childhood trauma and pathological narcissism, therefore it is important to pay attention to these variables in both prevention and treatment. **Key Words:** Narcissism, childhood traumas, self-compassion, shame.

Corresponding Author: mshahgholian@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۱ M.A Student of Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۴ Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۶/۳۰

دریافت: ۹۹/۰۵/۲۸

مقدمه

در ملاک‌های اختلال شخصیت اجتنابی^۶ نمرات بالاتری کسب کردند.

شکل‌گیری نارسیسیزم تحت تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی قرار دارد، با این حال افزایش ویژگی‌های نارسیسیزم در طول ۳۰ سال گذشته، نقش قوی عوامل محیطی در ایجاد و حفظ نارسیسیزم را نشان می‌دهند (کونراث و بونادونا، ۲۰۱۴). نارسیسیزم آسیب‌شناختی با حوادث منفی دوران کودکی از جمله والدگری نامطلوب و سوءاستفاده جنسی، جسمی و هیجانی دوران کودکی و یا غفلت و بی‌توجهی ارتباط دارد (میلر و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع یک عامل خطر شناخته شده محیطی برای تحول نارسیسیزم آسیب‌شناختی، تجربه بدرفتاری^۷ در دوران کودکی است (کیتز، زیگلر - هیل و وانک، ۲۰۱۱؛ ماکسول و هاپریچ، ۲۰۱۴). به عقیده هگلند (۱۹۹۶) کودکانی که در سال‌های اولیه زندگی تجربه‌های تروماتیک داشته‌اند، به دلیل فقدان ساختار درونی برای حفظ حرمت خود خویش، ممکن است مستعد آشفتگی‌های نارسیسیزم شوند، همچنین کرامر (۲۰۱۰) نشان داد که تجربه بی‌تفاوتی والدین در دوران کودکی با ظهور زودرس زمینه‌سازهای نارسیسیزم^۸ رابطه دارد و این زمینه‌سازهای اولیه پیش‌بینی کننده نارسیسیزم آسیب‌شناختی در بزرگسالی هستند.

دیدگاه نظری دیگر در این زمینه، مدل کرنبرگ (۲۰۰۸) است. او ویژگی اصلی اختلال شخصیت نارسیسیستیک را وجود یک خود بزرگ‌منش^۹ می‌داند. به نظر می‌رسد این خود بزرگ‌منش شکل گرفته تا از فرد در مقابل حسادت اولیه^{۱۰} محافظت کند. تمامی این رخدادها در دوران کودکی را می‌توان در قالب آسیب‌های دوران کودکی مفهوم‌سازی کرد (شی، ۲۰۱۳). تجربه تروما در دوران کودکی یک مشکل وخیم از نظر روانشناختی، پزشکی و سیاست‌های عمومی است که پیامدهای جدی برای قربانیان و جامعه در پی دارد (دبلیس و زیسک، ۲۰۱۴). کودکانی که تجربه بدرفتاری در سال‌های اولیه زندگی خود داشته‌اند، مشکلات سلامت روان بیشتری دارند (پورنقاش تهرانی و قلندرزاده، ۱۳۹۷).

اصطلاح نارسیسیزم در زمینه تحقیقات بالینی و غیربالینی به‌گونه‌ای متفاوت توصیف و ارزیابی شده است (پینکاس و لوکوویتسکی، ۲۰۱۰). از دیدگاه بالینی، نارسیسیزم الگوی فراگیر بزرگ‌منشی، نیاز به تحسین و فقدان همدلی است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف بروز پیدا می‌کند و می‌تواند آسیب‌های جدی به فرد و جامعه وارد سازد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). نظریه پردازان و پژوهشگران این حوزه معتقدند، نارسیسیزم بسیار پیچیده‌تر از آن است که بتوان آن را با دامنه محدودی از صفات تعریف کرد. در مفهوم‌سازی‌های اولیه، بیشتر بر سازش‌نا یافته بودن این پدیده تأکید می‌شد و این دیدگاه آسیب‌شناختی به نارسیسیزم در تئوری‌های تحولی و تجربی اخیر نیز دیده می‌شود (ترومپتر و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از رحیمی‌نژاد، رضازاده، قربانی و درخشان، ۱۳۹۸). تمایز مهم بین نارسیسیزم سالم و آسیب‌شناختی این است که نارسیسیزم آسیب‌شناختی را می‌توان با نقص در مکانیسم‌های تنظیم‌کننده و به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه جهت مقابله با آسیب‌هایی که خودانگاره مثبت فرد را تهدید می‌کند، مشخص کرد (روشه، پینکاس، لوکوویتسکی، مراند و کونروی، ۲۰۱۳)؛ اما در هر دو جنبه سالم و آسیب‌شناختی نارسیسیزم نیاز به تأیید و تحسین وجود دارد (پینکاس، ۲۰۱۳). با افزایش شناخت در زمینه نارسیسیزم مشخص شد که نارسیسیزم آسیب‌شناختی یک ساختار واحد ندارد و حداقل دو فنوتیپ از تظاهرات آن وجود دارد: نارسیسیزم بزرگ‌منش^۱ و نارسیسیزم آسیب‌پذیر^۲ (وایس و میلر، ۲۰۱۸). تمایز این دو فنوتیپ اولین بار توسط وینک (۱۹۹۱)، به نقل از زاجنکوسکی، میشتوویچ، زیمانیاک و ارین، ۲۰۱۸) در مقاله «دو چهره نارسیسیزم» بیان شد. در این زمینه مطالعه دیکینسون و پینکاس (۲۰۰۳) نشان داد که نارسیسیستیک‌های بزرگ‌منش در ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های شخصیت نارسیسیستیک^۳، ضداجتماعی^۴ و هیستریونیک^۵ نمرات بالایی به دست آوردند، در حالی که نارسیسیستیک‌های آسیب‌پذیر

6. avoidant personality disorder (AVPD)

7. childhood maltreatment

8. the early presence of narcissism precursors

9. grandiose self

10. primitive envy

1. grandiose narcissism

2. vulnerable narcissism

3. narcissistic personality disorder (NPD)

4. antisocial personality disorder (APD)

5. histrionic personality disorder (HPD)

سوزش خود، انتقاد از خود و دیگر درون‌فکنی‌های غیرمشفقانه زمینه‌ساز احساس شرم می‌شوند (راس، کمینسکی و هرینگتون، ۲۰۱۹). در واقع نقطه مقابل مهربانی با خود، سوزش خود است و می‌توان احساس شرم را هسته خودسوزشی دانست (گیلبرت، ۲۰۱۷). شواهد نظری (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱) و تجربی (کلی و کارتر، ۲۰۱۳) نیز نشان می‌دهند که احساس شرم علتی برای ارتباط بین مشکلات شفقت خود و شکل‌گیری و تداوم آسیب‌شناسی روانی از جمله نارسیسیزم است، به طوری که در بسیاری از مدل‌های نظری، شرم به‌عنوان اصلی‌ترین هیجان دخیل در نارسیسیزم آسیب‌شناختی توصیف شده است (ریتر و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس دیدگاه لوئیس (۱۹۸۱) شرم و نارسیسیزم ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند و به راحتی می‌توانند از یکی به دیگری تبدیل شوند. رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳) رابطه انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت خود و سلامت روانی را در ۳۵۰ فرد متأهل بررسی کردند. بر اساس یافته‌های آنها بین بدرفتاری و شفقت خود رابطه معنادار منفی و بین بدرفتاری و سلامت عمومی همبستگی معنادار مثبت وجود دارد. همچنین، خرده‌مقیاس غفلت بیشترین سهم را در تبیین شفقت خود دارد. سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان (۱۳۹۲) در پژوهش خود با روش آزمایشی به بررسی اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه در ۸۰ نفر از دانشجویان پرداختند. نتایج حاکی از این بود که شرکت‌کنندگان گروه القای شفقت خود سطوح پایین‌تری از هیجان شرم و هیجان‌های ناخوشایند دیگر را در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه القای حرمت خود گزارش کردند. در واقع، شفقت خود در تنظیم هیجان شرم که سلامت روان فرد را به مخاطره می‌اندازد نقش مؤثری ایفا می‌کند. در پژوهشی دیگر بری، لفلین و دوئت (۲۰۱۵) رابطه شفقت خود با نارسیسیزم، حرمت خود، پرخاشگری و سمپتوم‌های درونی‌سازی را در ۲۵۱ نوجوان پسر بررسی کردند. نتایج آنها حاکی از این بود که شفقت خود با نارسیسیزم آسیب‌پذیر و پرخاشگری همبستگی منفی و با حرمت خود همبستگی مثبت دارد. جلالی عاشق‌آبادی (۱۳۹۱) با بررسی رابطه حرمت خود، شرم و نارسیسیزم در ۱۰۸ نفر از دانشجویان به این نتیجه رسید که بین شرم و نارسیسیزم آشکار رابطه منفی معنادار و بین شرم و نارسیسیزم پنهان رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج این پژوهش حاکی از اهمیت احساس شرم در ایجاد و تداوم ویژگی‌های نارسیسیستیک است.

سوءاستفاده هیجانی^۱، سوءاستفاده فیزیکی^۲، سوءاستفاده جنسی^۳، غفلت هیجانی^۴ و غفلت فیزیکی^۵ از جمله مصادیق مهم آسیب‌های دوران کودکی هستند (شولتر و همکاران، ۲۰۱۹).

آسیب‌های دوران کودکی علاوه بر نقشی که در شکل‌گیری نارسیسیزم آسیب‌شناختی دارند، فرد را با مشکلات دیگری همچون سوزش خود و انتقاد از خود (سوآئل و همکاران، ۲۰۱۲) روبه‌رو می‌کنند که نشان‌دهنده درون‌فکنی خصمانه^۶ بازماندگان این آسیب‌هاست. سوزش خود و انتقاد از خود در نقطه مقابل شفقت خود قرار دارند که ریشه در الگوی دل‌بستگی ناایمن و آسیب‌های کودکی دارد (گرمر و نف، ۲۰۱۵). شفقت خود سازه‌ای است که به تازگی مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته و شامل سه مؤلفه مثبت مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و بهبودی است (نف، ۲۰۱۹؛ به نقل از شاهدپور، حاتمی، نوری و برجعلی، ۱۳۹۸). شفقت خود یک نگرش نسبت به خویش است که شامل درک تجربیات خود به‌عنوان یک فرصت برای خودآگاهی و بهبود و نیز قضاوت خود محدود بعد از شکست است (بری، لفلین و دوئت، ۲۰۱۵). افرادی که در کودکی مورد سوءاستفاده یا غفلت قرار گرفته‌اند، تمایل دارند در برابر اینکه نسبت به خود شفقت داشته باشند، مقاومت کنند (گیلبرت، مک‌ایوان، ماتوس و ریویس، ۲۰۱۱). این نقص در شفقت خود می‌تواند بازتاب این موضوع باشد که تجربه بدرفتاری در طول سال‌های تکوینی^۷ کودکی منجر به ایجاد یک دیدگاه منفی نسبت به خود می‌شود (دین، کوهنو، هلمان و لندن، ۲۰۱۴). بر این اساس قضاوت خود، احساس انزوا و همانندسازی فزاینده را می‌توان نقطه اشتراک و رابطه بین شفقت خود پایین و ویژگی‌های نارسیسیزم دانست (بری، لفلین و دوئت، ۲۰۱۵).

شفقت خود همان‌طور که از آسیب‌های دوران کودکی تأثیر می‌پذیرد، بر بروز احساساتی چون احساس شرم نیز تأثیر دارد (فریرا، پینتو - گوئویا و دوارت، ۲۰۱۳). چرا که شفقت خود یک روش جایگزین برای تنظیم تهدیدها و عواطف منفی از جمله احساس شرم است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱). بر این اساس

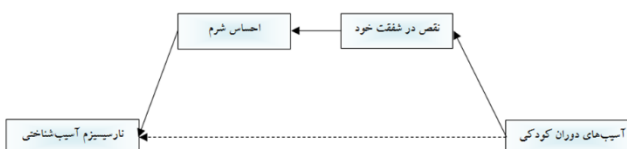
1. emotional abuse
2. physical abuse
3. sexual abuse
4. emotional neglect
5. physical neglect
6. the hostile introject
7. formative

اختلال‌های روانی مستلزم مصرف دارو و بیماری‌های ناتوان‌کننده جسمی و معیار خروج عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پیش از شروع پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت شفاهی گرفته شد و موضوع و روش اجرای پژوهش برای آنها شرح داده شد. به منظور حفاظت از اطلاعات خصوصی و شخصی شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها بر اساس کد ذخیره شدند و به آنها اطمینان داده شد اطلاعات حاصل از پاسخ‌گویی آنها به پرسشنامه‌ها محرمانه خواهند ماند. هم‌چنین، به هر شرکت‌کننده گفته شد در صورت تمایل برای دریافت تحلیل مربوط به پرسشنامه‌اش، ایمیل خود را بالای برگه یادداشت نماید.

ابزار

مقیاس خودشیفتگی مرضی^۱ (PNI): این مقیاس یک ابزار چندبعدی ۵۲ گویه‌ای است که توسط پینکاس و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده است که دو فونتیپ نارسیسیزم بزرگ‌منش و نارسیسیزم آسیب‌پذیر را ارزیابی می‌کند. مؤلفه‌های این مقیاس عبارت است از: حرمت خود مشروط^۲ (۱۲ گویه)، بهره‌کشی^۳ (۵ گویه)، خودافزایی با از خودگذشتگی^۴ (۶ گویه)، پنهان‌سازی خود^۵ (۷ گویه)، خیال‌پردازی بزرگ‌منشانه^۶ (۷ گویه)، نارزنده‌سازی^۷ (۷ گویه) و خشم حق‌طلبانه^۸ (۸ گویه) که در یک دامنه ۶ درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ (اصلاً اینطوری نیستم) تا نمره ۵ (خیلی زیاد اینطوری هستم) نمره‌گذاری می‌شود. درستی همگرایی این ابزار از طریق همبستگی منفی با مقیاس نگرش‌های اخلاق (-۰/۱۴) و همبستگی مثبت با مقیاس تجربه شرم (۰/۵۵) به دست آمده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ قرار داشت و آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه نارسیسیزم آسیب‌شناختی برابر با ۰/۹۵ بوده است (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) قابلیت اعتماد بازآزمایی ۱۵ روزه در مؤلفه‌های نارسیسیزم آسیب‌شناختی نیز بالای ۰/۷ بوده

تجربه تروما در دوران کودکی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات روانشناختی مختلفی باشد. بر اساس مبانی نظری و تجربی‌ای که به آنها اشاره شد، یکی از این مشکلات نارسیسیزم آسیب‌شناختی است. حال، سؤال اینجاست که چگونه آسیب‌های دوران کودکی منجر به شکل‌گیری نارسیسیزم آسیب‌شناختی در دوره‌های بعدی زندگی خواهند شد؟ به عبارت دیگر، فرآیندهای واسطه‌ای این رخداد احتمالاً چیست؟ با توجه به اینکه نقص در شفقت خود از پیامدهای اصلی این تروماهاست و این نقص می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد احساس شرم شود؛ از طرفی، احساس شرم نقش به‌سزایی در شکل‌گیری نارسیسیزم آسیب‌شناختی دارد، فرض بر این است که آسیب‌های دوران کودکی به واسطه ایجاد نقص در شفقت خود و در نتیجه ایجاد احساس شرم منجر به شکل‌گیری نارسیسیزم آسیب‌شناختی شوند که مطالعه حاضر درصدد آزمون این فرضیه بر اساس مدل نظری ارائه شده در شکل ۱ است.



شکل ۱. مدل مفهومی پیش‌بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی بر اساس آسیب‌های دوران کودکی و به واسطه نقص در شفقت خود و احساس شرم

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی بر مبنای مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های شهید بهشتی، تهران و خوارزمی در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. بر اساس اینکه در مدل‌یابی معادلات ساختاری استیونس (۱۹۹۶)، به نقل از مایرز، گامست و گوارینو، (۲۰۱۶) نسبت ۱۵ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده و میشل (۱۹۹۳)، به نقل از مایرز، گامست و گوارینو، (۲۰۱۶) نسبت ۱۰ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده را توصیه می‌کنند، در این پژوهش حجم نمونه ده برابر متغیرهای مشاهده شده یعنی ۲۹۰ نفر محاسبه شد. با توجه به احتمال ریزش نمونه ۳۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های نامبرده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در مطالعه شرکت کردند. معیار ورود در مطالعه حاضر تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، دانشجو بودن و نداشتن

1. Pathological Narcissism Inventory

2 Contingent Self-Esteem (CSE)

3 exploitativeness (EXP)

4 self-sacrificing self-enhancement (SSSE)

5 hiding the self (HS)

6 grandiose fantasy (GF)

7 devaluing (DV)

8 entitlement rage (ER)

پرسشنامه شفقت خود^۴ (SCS): یک مقیاس ۲۶ گویه‌ای است که توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شد. این مقیاس شامل سه مؤلفه دوقطبی است که به صورت ۶ زیرمقیاس در نظر گرفته می‌شوند: مهربانی با خود (۵ گویه) در مقابل قضاوت خود (۵ گویه)، اشتراکات انسانی (۴ گویه) در مقابل انزوا (۴ گویه) و بهوشیاری (۴ گویه) در مقابل همانندسازی فزاینده (۴ گویه). پاسخ‌های این مقیاس در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) سنجیده می‌شوند و نمره‌گذاری در سه زیرمقیاس قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس انجام می‌شود. ثبات درونی این مقیاس ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد بازآزمون آن ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهوشیاری و همانندسازی فزاینده به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ بوده است. درستی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است (خسروی، صادقی و یابنده، ۱۳۹۲).

در مطالعه حاضر از ابعاد مثبت شفقت خود استفاده شد، نتایج آزمون آلفای کرونباخ به ترتیب برای مؤلفه‌های مهربانی با خود، بهوشیاری و اشتراکات انسانی ۰/۷۰، ۰/۷۲ و ۰/۷۶ به دست آمد، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با مقادیر نسبت مجذور خی به درجه-آزادی برابر ۲/۵۴، شاخص (RMSEA= ۰/۰۵)، (GFI= ۰/۹۵) و (AGFI= ۰/۹۰) نشان از برازش خوب مدل بود.

آزمون عاطفه خودآگاه-۳ (TOSCA-3): این آزمون مبتنی بر سناریو توسط تانگنی (۱۹۹۸) طراحی شد. یکی از زیرمقیاس‌های این آزمون آمادگی برای شرم (۱۶ گویه) را می‌سنجد و در پژوهش‌های اجتماعی و شخصیتی بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس از ۱۶ سناریو تشکیل شده و پاسخ‌های آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (هرگز) تا ۵ (به احتمال زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. قابلیت اعتماد این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بسیار بالا گزارش شده است (تانگنی، دیرینگ، واگنر و گرامزو، ۲۰۰۰). روشن‌چسلی، عطری‌فرد و نوری‌مقدم

است. درستی همگرا با مقیاس حرمت خود آیسنک^۱ و مقیاس تجدیدنظر شده شخصیت^۲ نیز مورد تأیید قرار گرفت (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

برای تعیین قابلیت اعتماد این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۶ و ۰/۹۳ به ترتیب برای مؤلفه‌های نارسیسیزم بزرگ‌منش و نارسیسیزم آسیب‌پذیر به دست آمد و مقدار ۰/۹۴ برای کل ابزار محاسبه شد، به‌منظور تعیین درستی سازه مقیاس نارسیسیزم آسیب‌شناختی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. مقادیر نسبت مجذور خی به درجه‌آزادی برابر ۰/۳۴، شاخص (RMSEA= ۰/۰۵)، (GFI= ۰/۹۴) و (AGFI= ۰/۹۱) نشان از برازش خوب مدل بود.

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۳ (CTQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط برنستاین و همکارانش طراحی و تنظیم گردید. پرسشنامه ترومای دوران کودکی شامل ۵ زیرمقیاس: سوءاستفاده فیزیکی (۵ گویه)، سوءاستفاده هیجانی (۵ گویه) و سوءاستفاده جنسی (۵ گویه)، غفلت هیجانی (۵ گویه) و غفلت فیزیکی (۵ گویه) می‌شود و ۳ گویه نیز برای سنجش انکار در نظر گرفته شده است؛ که در طیف ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. قابلیت اعتماد عوامل مختلف این پرسشنامه با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ و درستی آن با استفاده از روش تحلیل عوامل مطلوب گزارش شده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش ابراهیمی، دژکام و نقه‌الاسلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند.

برای تعیین قابلیت اعتماد این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برای مؤلفه‌های سوءاستفاده هیجانی، فیزیکی و جنسی، غفلت هیجانی و فیزیکی ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۷۲ و برای کل ابزار ۰/۹۰ به دست آمد، به‌منظور تعیین درستی سازه این پرسشنامه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. مشخصه‌های نکویی برازش پرسشنامه ترومای دوران کودکی با مقادیر نسبت مجذور خی به درجه‌آزادی برابر ۱/۵۷، شاخص (RMSEA= ۰/۰۳)، (GFI= ۰/۹۰) و (AGFI= ۰/۹۲) نشان از برازش خوب مدل بود.

1. Eysenck self-esteem scale (ESES)

2. NEO personality inventory-revised (NEOPI-R)

3. Childhood Trauma Questionnaire-Short Form

4. Self-Compassion Scale

5. Test Of Self-Conscious Affect-3

یکی از شروط دیگر صحت رگرسیون خطی، عدم هم خطی متغیرهای پیش‌بین است و معیار سنجش این شرط، عامل تورم واریانس است. چنانچه این عامل عددی کمتر از ۱۰ داشته باشد عدم هم خطی متغیرها تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر، عامل تورم واریانس در تمامی متغیرها کوچکتر از ۱۰ است و عدم هم خطی تأیید شد (حبیب پورگتابی و صفری شالی، ۱۳۹۵).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
آسیب‌های کودک	سوء استفاده هیجانی	۸/۲۶	۳/۸۸	۱/۳۱	۱/۲۰
	سوء استفاده فیزیکی	۶/۶۶	۳/۲۵	۱/۹۹	۱/۶۳
شفقت خود	سوء استفاده جنسی	۶/۸۶	۳/۳۲	۱/۹۲	۱/۵۷
	غفلت هیجانی	۱۰/۹۱	۴/۱۸	۰/۵۶	-۰/۵۰
اشتراکات انسانی	غفلت فیزیکی	۷/۵۴	۳/۲۳	۱/۵۹	۱/۸۲
	مهربانی با خود	۱۵/۳۴	۳/۸۴	۰/۱۲	-۰/۱۲
شرم	به‌شیری	۱۲/۴۰	۳/۳۴	-۰/۱۲	-۰/۵۰
	شرم	۳۸/۴۴	۳/۳۲	-۰/۰۹	-۰/۴۶
نارسیسیزم	نارسیسیزم بزرگ‌منش	۷۷/۹۸	۲۷/۳۰	-۰/۱۴	-۰/۴۹
	نارسیسیزم آسیب‌پذیر	۵۱/۳۳	۱۴/۹۶	-۰/۱۳	-۰/۴۹

جدول ۲. خلاصه آزمون کولموگروف - اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	آماره‌ی آزمون	سطح معناداری
آسیب‌های کودک	سوء استفاده هیجانی	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱
	سوء استفاده فیزیکی	۰/۳۶۰	۰/۰۰۱
شفقت خود	سوء استفاده جنسی	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
	غفلت هیجانی	۰/۱۱۶	۰/۰۰۱
اشتراکات انسانی	غفلت فیزیکی	۰/۲۳۱	۰/۰۰۱
	مهربانی با خود	۰/۰۷۷	۰/۰۰۱
شرم	به‌شیری	۰/۰۶۸	۰/۰۰۲
	شرم	۰/۰۷۸	۰/۰۰۱
نارسیسیزم	نارسیسیزم بزرگ‌منش	۰/۰۵۷	۰/۰۱۸
	نارسیسیزم آسیب‌پذیر	۰/۰۵۴	۰/۰۳۰

قبل از پرداختن به آزمون مدل نظری پژوهش، بین متغیرهای مدل نظری باید همبستگی معنی‌دار وجود داشته باشد. لذا در جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش گزارش شده‌اند تا رابطه آنان مورد بررسی قرار گیرد. لازم به ذکر است که برای برآورد مدل ساختاری از روش حداکثر درست‌نمایی استفاده شد. جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را به صورت دو به دو نشان می‌دهد، یکی از مفروضه‌های اجرای مدل‌های ساختاری، روابط

در پژوهش خود درستی و قابلیت اعتماد مناسب این آزمون را تأیید کردند. برای تعیین قابلیت اعتماد این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۶ به دست آمد. به منظور تعیین درستی سازه پرسشنامه شرم از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد، مقادیر نسبت مجذور خی به درجه آزادی برابر ۱/۸۴، شاخص (RMSEA= ۰/۰۶)، (GFI= ۰/۹۰) و (AGFI= ۰/۹۰) نشان از برازش خوب مدل بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق و ماتریس همبستگی آنها محاسبه شد، بررسی قابلیت اعتماد مقیاس‌ها با استفاده از روش آلفای کرونباخ و درستی مقیاس‌ها با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی صورت گرفت. سپس به منظور بررسی روابط علی بین متغیرها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار ایموس^۱ ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت شناختی پژوهش حاضر نشان داد که از بین نمونه مورد مطالعه مردان (۱۳۸ با ۴۵ درصد)، زنان (۱۶۹ با ۵۵ درصد)، توزیع سن ۲۰-۱۸ (۱۲۸ با ۴۱/۶ درصد)، سن ۲۱-۲۵ (۱۱۱ با ۳۶/۲ درصد)، سن ۲۶-۳۰ (۴۶ با ۱۵ درصد)، سن ۳۱ به بالا (۲۲ با ۷/۲ درصد)، توزیع مجردها (۲۷۵ با ۸۹/۶ درصد)، متأهل‌ها (۳۲ با ۱۰/۴ درصد)، توزیع تحصیلات با مدرک کارشناسی (۲۲۱ با ۷۲ درصد)، کارشناسی ارشد (۷۹ با ۲۵/۷ درصد) و دکتری (۷ با ۲/۳ درصد) بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

برای بررسی نرمال بودن تک متغیری توزیع داده‌ها، قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۳ و ۱۰ بیشتر باشد (کلاین، ۲۰۱۱). در جدول زیر چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش گزارش شده‌اند. با توجه به این جدول، قدر مطلق چولگی تمامی متغیرها کمتر از ۳ و قدر مطلق کشیدگی تمام متغیرها نیز کمتر از ۱۰ است؛ بنابراین توزیع متغیرها نرمال است. نتایج کولموگروف اسمیرنوف نیز در جدول ۲ خلاصه شده است.

طبق آماره دورین واتسون، محدوده قابل قبول آن ۱/۵ تا ۲/۵ است. در تحقیق حاضر میزان آن برای متغیرهای پیش‌بین در پیش-بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی (۱/۶۲)، حاکی از استقلال خطاها بود.

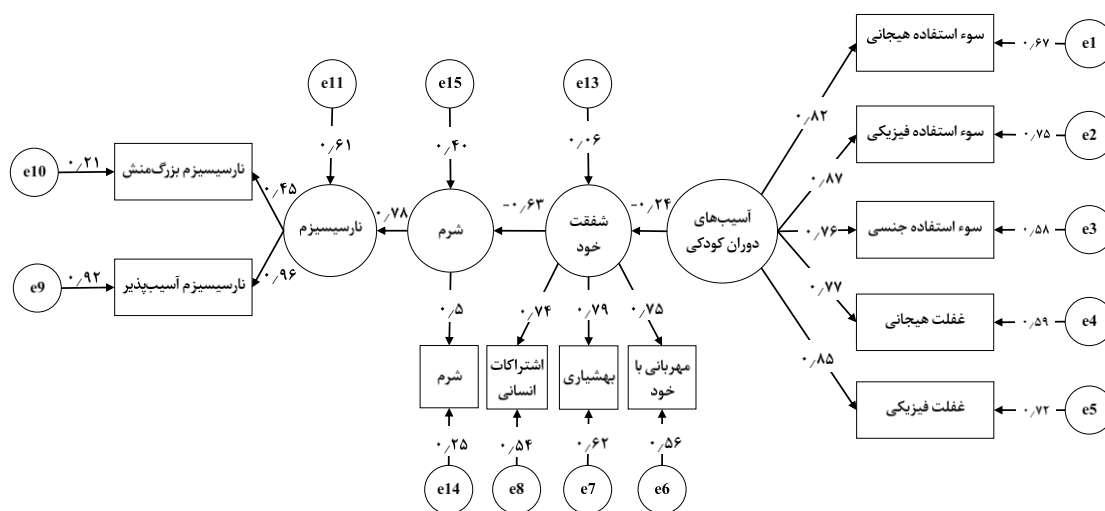
1. AMOS

نظری پژوهش: برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از طریق روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد که در شکل ۲ نشان داده شده است.

همبستگی بین مسیرهای متغیرهای موجود در مدل است، برای نمونه رابطه شرم با نارسیسیزم آسیب‌پذیر (-۰/۲۵) بوده که نشان دهنده رعایت پیش فرض روابط بین مسیرهای مدل است. آزمون مدل

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش											
n	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱	سوء استفاده هیجانی										
۲	سوء استفاده فیزیکی	۰/۶۹ ^{***}									
۳	سوء استفاده جنسی	۰/۶۶ ^{***}	۰/۶۸ ^{***}								
۴	غفلت هیجانی	۰/۶۶ ^{***}	۰/۶۱ ^{***}	۰/۵۴ ^{***}							
۵	غفلت فیزیکی	۰/۶۵ ^{***}	۰/۷۶ ^{***}	۰/۵۹ ^{***}	۰/۶۹ ^{***}						
۶	مهربانی با خود	-۰/۱۱	-۰/۰۶	-۰/۰۲	-۰/۲۶ ^{***}	-۰/۱۶ ^{***}					
۷	به‌شیری	-۰/۱۵ ^{***}	-۰/۱۱ ^{***}	۰/۰۸	-۰/۲۵ ^{***}	-۰/۱۹ ^{***}	۰/۵۶ ^{***}				
۸	اشتراکات انسانی	-۰/۱۰	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۲۲ ^{***}	-۰/۱۴ ^{***}	۰/۵۷ ^{***}	۰/۵۹ ^{***}			
۹	شرم	۰/۱۹ ^{***}	۰/۱۰	۰/۱۸ ^{***}	۰/۲۱ ^{***}	۰/۰۸	-۰/۲۶ ^{***}	-۰/۲۲ ^{***}	-۰/۲۳ ^{***}		
۱۰	بزرگ منش	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۰۶	-۰/۱۲ ^{***}	-۰/۱۳ ^{***}	-۰/۰۹	۰/۲۶ ^{***}	
۱۱	آسیب‌پذیر	۰/۲۳ ^{***}	۰/۱۵ ^{***}	۰/۱۲ ^{***}	۰/۲۴ ^{***}	۰/۱۹ ^{***}	-۰/۴۰ ^{***}	-۰/۴۱ ^{***}	-۰/۲۵ ^{***}	۰/۳۷ ^{***}	۰/۴۴ ^{***}

p<0.01, *p<0.05**



شکل ۲. مدل آزمون شده پژوهش

جدول ۴. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و واریانس تبیین شده						
مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	آماره تی مستقیم	آماره تی غیرمستقیم	R ²
به روی شفقت خود از آسیب‌های دوران کودکی	-۰/۲۴ ^{***}	۰/۱۷ [°]	-۰/۰۷	۳/۸۶	۲/۱۹	۰/۰۸
به روی شرم از شفقت خود	-۰/۶۳ ^{***}	۰/۱۱ [°]	-۰/۵۲	۴/۵۸	۲/۲۳	۰/۳۶
به روی نارسیسیزم از شرم	۰/۷۸ ^{***}	-۰/۳۹ ^{***}	۰/۳۹	۵/۸۲	۳/۵۶	۰/۴۳

p<0.001, *p<0.05***

شفقت خود (۰/۱۷)، مسیر رابطه بین شفقت خود با نارسیسیزم به واسطه شرم (-۰/۳۹) و رابطه بین آسیب‌ها با نارسیسیزم به واسطه شفقت خود و شرم (۰/۱۱) است، متغیر آسیب‌های دوران کودکی تنها ۸ درصد از تغییرات شفقت خود را پیش‌بینی می‌کند، شفقت

با توجه به جدول ۴ اثر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر شفقت خود (-۰/۲۴)، اثر مستقیم شفقت خود بر روی شرم (-۰/۶۳) و اثر مستقیم شرم بر روی نارسیسیزم (۰/۷۸) است، این اثرات در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده، مسیر رابطه بین آسیب‌ها با شرم با واسطه

منفی دارند. تأثیر آسیب‌های دوران کودکی بر سلامت روانی و مفهوم خود فرد در مطالعاتی چون شی (۲۰۱۳)، دبلیس و زیسک (۲۰۱۴) و شولتز و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شده است، در این زمینه سوآئل و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که آسیب‌های دوران کودکی منجر به ایجاد خودسرزنی و خود انتقادی در فرد می‌شوند که منجر به کاهش حرمت خود و به تبع آن بروز نقص در شفقت خود خواهد شد. این نتایج می‌تواند در تبیین رابطه منفی بین آسیب‌های دوران کودکی با شفقت خود بسیار مؤثر باشد، در این زمینه گرم و نف (۲۰۱۵) بیان می‌دارند که آسیب‌های دوران کودکی نوعی از درون فکنی خصمانه را در فرد سبب می‌شود که زمینه‌ساز فقدان شفقت خود و حتی شفقت به دیگران خواهد شد.

از دیگر یافته‌های مبتنی بر مدل حاضر رابطه منفی شفقت خود با شرم بود، در این زمینه بارنارد و کری (۲۰۱۱) باور دارند که افرادی که در شفقت خود دچار نقص هستند، از ناکامی و شکست‌های خودشان احساس شرم می‌کنند و فکر می‌کنند که آنها مقصر وضع موجود بوده و جدا از دیگران هستند. بری، لفلین و دویت (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که افراد دارای شفقت خود پایین دچار نوعی از احساس انزوا در جامعه می‌شوند که این تنهایی و منزوی بودن میزان احساس شرم را در آنها افزایش می‌دهد، به طوریکه آن‌ها حس می‌کنند که از جامعه طرد شده‌اند. برخی از نظریه پردازان معتقدند که درون فکنی‌های مختلف زمینه‌ساز عواطف مختلف هستند (هنری، شاپت و استراپ، ۱۹۹۰؛ بنجامین، ۲۰۰۳). بر این اساس سرزنش خود، انتقاد از خود و دیگر درون فکنی‌های غیرمشفقانه زمینه‌ساز احساس شرم خواهند شد (راس، کمینسکی و هرینگتون، ۲۰۱۹). شواهد نظری (گیلبرت، ۲۰۰۵) و تجربی (کلی و کارتر، ۲۰۱۳) نیز نشان می‌دهند که احساس شرم علتی برای ارتباط بین مشکلات شفقت خود و شکل‌گیری و تداوم آسیب‌شناسی روانی از جمله نارسیسیزم آسیب‌شناختی است.

یافته دیگر مطالعه حاضر رابطه مثبت بین شرم با نارسیسیزم آسیب‌شناختی بود. این یافته مطابق با مطالعات پینکاس و لوکوویتسکی (۲۰۱۰) و ریترو و همکاران (۲۰۱۴) است. علاوه بر حمایت تجربی، این یافته با مدل‌های نظری شناخته شده نیز همسو بوده، برای نمونه بر اساس دیدگاه لویس (۱۹۸۱) شرم و نارسیسیزم ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند و به راحتی می‌توانند از یکی به دیگری تبدیل شوند. او معتقد بود که شرم یک انفجار یا تخریب

خود به همراه اثر آسیب‌های دوران کودکی نیز ۳۶ درصد از واریانس شرم را تبیین می‌کنند، واریانس نارسیسیزم نیز به مقدار ۴۳ درصد توسط متغیرهای آسیب‌های دوران کودکی، شفقت خود و شرم تبیین می‌شود. در جدول ۵ بررسی اثرات میانجی بر اساس آزمون بوت استراپ نشان داده شده است.

جهت بررسی اثرات غیرمستقیم و نیز اثر میانجی سایبرلوفینگ در مدل حاضر از آزمون بوت استراپ با نمونه‌گیری ۳۰۰ و فاصله اطمینان ۰/۹۹ استفاده شد، نتایج نشان داد که تمامی اثرات غیرمستقیم در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند. در نهایت شاخص‌های برازش در جدول ۶ نیز نشان دهنده برازش مناسب مدل آزمون شده با مدل فرضی است. همچنین مقدار درجه آزادی برای مدل حاضر ۴۱ بود.

جدول ۵. اثرات غیرمستقیم مدل آزمون شده پژوهش

متغیرها	حد پایین	حد بالا	سطح معنی‌داری
به روی شرم از:			
تروما به واسطه شفقت خود	۰/۰۸	۰/۲۹	۰/۰۱
به روی نارسیسیزم از:			
تروما به واسطه شفقت خود و شرم	۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۰۱
شفقت به واسطه شرم	-۰/۴۹	-۰/۲۸	۰/۰۰۱

جدول ۶. شاخص‌های نیکویی برازش مدل آزمون شده پژوهش

شاخص‌های برازش مطلق			
شاخص	GFI	AGFI	RMR
مقدار به دست آمده	۰/۹۱	۰/۸۶	۰/۰۸
حد قابل پذیرش	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	مقدار کوچک
شاخص‌های برازش تطبیقی			
شاخص	CFI	NFI	IFI
مقدار به دست آمده	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۰
حد قابل پذیرش	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص‌های برازش تعدیل یافته			
شاخص	X2/df	PCFI	RMSEA
مقدار به دست آمده	۲/۸۴	۰/۶۷	۰/۰۷
حد قابل پذیرش	کمتر از ۳	بیشتر از ۰/۶۰	کمتر از ۰/۰۸

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف آزمون مدل پیش‌بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی بر اساس آسیب‌های دوران کودکی و به واسطه نقص در شفقت خود و احساس شرم در بین دانشجویان دانشگاه‌های شهید بهشتی، تهران و خوارزمی انجام شد، نتایج حاصل از آزمون مدل ساختاری نشان داد که آسیب‌های دوران کودکی بر شفقت خود اثر

معرض بدرفتاری و غفلت، افزایش شفقت خود و کاهش احساس شرم بیشتر مورد توجه قرار گیرد. همچنین بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌توان به محققان پیشنهاد نمود تا با استفاده از روش‌های کیفی و مصاحبه‌های بالینی به بررسی دیگر عوامل پیش‌بینی‌کننده نارسیسیزم آسیب‌شناختی در بین دانشجویان بپردازند.

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و نقه‌الاسلام، طاهره (۲۰۱۴). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*, ۱۹(۴), ۲۸۲-۲۷۵.
- پورنقاش تهرانی، سعید و قلندرزاده، زهرا (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین خشونت‌های خانوادگی و تبعات روانی آن با اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف الکل. *مجله علوم روانشناختی*, ۱۷(۶۷), ۳۳۷-۳۴۴.
- جلالی عاشق‌آبادی، پیوند (۱۳۹۱). بررسی رابطه عزت‌نفس، شرم و خودشیفتگی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حبیب پورگنابی، کرم و صفری شالی، رضا (۱۳۹۵). راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی (تحلیل داده‌های کمی). نشر مبتکران.
- خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS). *فصلنامه علمی - پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*, ۴(۱۳), ۴۷-۵۹.
- رحیمی نژاد، عباس؛ رضازاده، محمدرضا؛ قربانی، نیما و درخشان، مرضیه (۱۳۹۸). ارتباط ابعاد سازش‌یافته و سازش نایافته خودشیفتگی با عشق: نقش واسطه‌ای بهوشیاری و خودمهارگری. *مجله علوم روانشناختی*, ۱۸(۸۴), ۲۲۵۵-۲۲۴۷.
- رستمی، مهدی؛ عبدی، منصور و حیدری، حسن (۱۳۹۳). رابطه انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت‌روانی در افراد متأهل. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۶، شماره ۱، ۷۳-۶۱.
- روشن چسلی، رسول؛ عطری فرد، مهدیه و نوری مقدم، ثنا (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و پایایی سومین نسخه تجدیدنظر شده مقیاس عاطفه خودآگاهی برای بزرگسالان (TOSCA-3). *نشریه دانشور رفتار*, ۱۴(۲۵), ۳۱-۴۶.
- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی‌رضا و شریفیان، محمدحسین (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و

زودگذر خود و نارسیسیزم عشق به خود است. همچنین، طبق نظریه «روانشناسی خود» کوهات (۱۹۷۷)، انگیزش‌های نارسیستیک، بخش بهنجاری از کارکرد انسان هستند. در صورتی که کودک، حمایت و آینده‌سازی همدلانه^۱ والدین را دریافت کند، یک خود منسجم و نسبتاً پایدار تحول می‌یابد. بر اساس این نظریه، نارسیسیزم آسیب‌شناختی، یک وقفه و نقصان در خلال دوران حیاتی تحول خود است. این وقفه باعث می‌شود که فرد تا ابد به دنبال یک خود موضوعی آرمانی شده^۲ باشد. به‌طور کلی بر اساس حمایت‌های نظری و تجربی که ذکر آن رفت، مدل حاضر نشان داد که شفقت خود و شرم در روابط بین آسیب‌های دوران کودکی و نارسیسیزم آسیب‌شناختی نقش واسطه‌ای دارند که با توجه به دلایل ذکر شده این رابطه قابل تبیین است، بدین صورت که از یکسو آسیب‌های دوران کودکی منجر به نقص در شفقت خود و افزایش احساس شرم در فرد می‌شوند، از سوی دیگر نقص در شفقت خود و افزایش احساس شرم مولد و پیشاینده بروز نارسیسیزم آسیب‌شناختی هستند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این موضوع اشاره داشت که تخصصی بودن پرسشنامه‌ها از یک طرف و خصوصی بودن برخی سؤالات از دیگر سو منجر می‌شد تا شرکت‌کنندگان علاوه بر عدم درک کافی از سؤالات، در پاسخ‌گویی شفاف نیز محتاط باشند. از آنجایی که نارسیسیزم آسیب‌شناختی یک اختلال مقاوم به درمان است و می‌تواند منجر به مشکلات زیادی برای خود فرد و جامعه گردد، پیشگیری از شکل‌گیری آن بسیار اهمیت دارد. بنابراین شناخت عوامل پیش‌بینی‌کننده نارسیسیزم آسیب‌شناختی هم در پیشگیری و هم در حیطه درمان اهمیت بسیار زیادی دارد که در این پژوهش به بررسی برخی از این عوامل پرداختیم. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و با بررسی مدل پیشنهادی این پژوهش می‌توان توصیه کرد که در درمان افراد نارسیسیستیک از تدابیر درمانی متمرکز بر شفقت خود و کاهش احساس شرم استفاده شود. به‌علاوه، با توجه به اینکه آسیب‌های دوران کودکی غیرقابل اجتناب هستند و از آنجایی که با تمرکز بر شفقت خود، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود از جمله شرم اجتناب نکرده و برای سرکوب این احساسات تلاش نکنند، می‌توان پیشنهاد کرد به منظور پیشگیری از شکل‌گیری نارسیسیزم آسیب‌شناختی در کودکان در

1. empathic mirroring
2. idealized self object

- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2015). Cultivating self-compassion in trauma survivors. *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices*, 43-58.
- Gilbert, P. (2005). Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy, 75-120. *London: BrunnerRoutledge*.
- Gilbert, P. (2017). A Brief Outline of the Evolutionary Approach for Compassion Focused Therapy. *EC Psychology And Psychiatry*, 3(6), 218-227.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84(3), 239-255.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 768.
- Hoglund, C. L. (1996). Narcissistic features, shame, anger and gender differences in adults exposed to emotionally abusive family environments.
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2013). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 148-161.
- Kernberg, O. (2008). *Aggressivity, Narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic Relat: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. Yale University Press.
- Kline, R. B. (2011). *Methodology in the Social Sciences. Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.)*. Guilford Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York (International Universities Press) 1977.
- Konrath, S., & Bonadonna, J. P. (2014). *Physiological and health-related correlates of the narcissistic personality*. In A. Besser (Ed.), *Psychology of emotions, motivations and actions. Handbook of the psychology of narcissism: Diverse perspectives (175-213)*. Nova Science Publishers.
- Lewis, H. B. (1981). Shame and guilt in human nature. *Object and self: A developmental approach*, 235-265.
- Maxwell, K., & Huprich, S. (2014). Retrospective reports of attachment disruptions, parental abuse and neglect mediate the relationship between pathological narcissism and self-esteem. *Personality and Mental Health*, 8(4), 290-305.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications.
- Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (2010). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline گناه. *روانشناسی معاصر، دوفصلنامه انجمن روانشناسی ایران، ۱۸(۱)، ۹۱-۱۰۲*.
- سلیمانی، مهدی؛ پاست، نگین؛ مولایی، مه‌ری؛ محمدی، ابوالفضل؛ دشتی پور، معصومه؛ صفا، یاسمین و پینکاس، آبرون (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودشیفتگی مرضی. *نشریه روانشناسی معاصر، دوره ۱۰، شماره ۱، ۹۵-۱۱۰*.
- شاهدپور، عارف؛ حاتمی، محمد؛ نوری، ربابه و برجعلی، محمود (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانگری انطباق‌یافته با آموزه‌های اسلامی با شفقت‌درمانگری کلاسیک در خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۸۰)، ۸۶۹-۸۷۸*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub. 645-671.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77, 118-123.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders*. The Guilford Press.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Cater, T. E., Zeigler-Hill, V., & Vonk, J. (2011). Narcissism and recollections of early life experiences. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 935-939.
- Cramer, P. (2011). Young adult narcissism: A 20 year longitudinal study of the contribution of parenting styles, preschool precursors of narcissism, and denial. *Journal of Research in Personality*, 45(1), 19-28.
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185-222.
- Dean, A. C., Kohno, M., Helleman, G., & London, E. D. (2014). Childhood maltreatment and amygdala connectivity in methamphetamine dependence: a pilot study. *Brain and behavior*, 4(6), 867-876.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188-207.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors*, 14(2), 207-210.

- personality disorder. *Journal of Personality*, 78(5), 1529-1564.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and Narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21(3), 365.
- Ritter, K., Vater, A., Rüsçh, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., ... & Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*, 215(2), 429-437.
- Roche, M. J., Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R., Menard, K. S., & Conroy, D. E. (2013). An integrative approach to the assessment of narcissism. *Journal of personality assessment*, 95(3), 237-248.
- Ross, N. D., Kaminski, P. L., & Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: the roles of self-compassion and shame. *Child abuse & neglect*, 92, 32-42.
- Schulze, L. N., Van der Auwera, S., Janowitz, D., Hertel, J., Wittfeld, K., Walk, R., ... & Grabe, H. J. (2019). The Impact of Childhood Trauma and Depressive Symptoms on Body Mass Index. *Global Psychiatry*, 2(1), 97-106.
- Shi, L. (2013). Childhood abuse and neglect in an outpatient clinical sample: Prevalence and impact. *The American Journal of Family Therapy*, 41(3), 198-211.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child abuse & neglect*, 36(7-8), 572-584.
- Tangney, J. P. (1998). *How does guilt differ from shame?*. In *Guilt and children*, 1-17. Academic Press.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, E. E., & Gramzow, R. (2000). The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). George Mason University Fairfax, VA.
- Weiss, B., & Miller J. D. (2018). Distinguishing Between Grandiose Narcissism, Vulnerable Narcissism, and Narcissistic Personality Disorder. In *Handbook of Trait Narcissism*, 3-13. Springer, Cham.
- Zajenkowski, M., Maciantowicz, O., Szymaniak, K., & Urban, P. (2018). Vulnerable and grandiose narcissism are differentially associated with ability and trait emotional intelligence. *Frontiers in psychology*, 9, 1606.