

The Effectiveness of Object Relational Brief Therapy on Reducing Perfectionism and Narcissistic Personality Symptoms: A Single-Subject Research

**Mohamadreza
Vedadmofrad** 

PhD Student in Psychology, Faculty of
Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi
University of Mashhad, Mashhad, Iran

**Bahramali Ghanbari
Hashemabadi** 

Professor, Department of Psychology, Faculty of
Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi
University of Mashhad, Mashhad, Iran

**Hamidreza
Aghamohamadian
Sharbaf** 

Professor, Department of Psychology, Faculty of
Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi
University of Mashhad, Mashhad, Iran

Abstract

Objective: The present study aimed to examine the effectiveness of brief Object relational therapy in reducing perfectionism among individuals with narcissistic personality traits. **Method:** This single-case study employed an A-B multiple baseline design with a one-month follow-up. The population included university students aged 18 to 30 who visited the psychological clinic of the Faculty of Educational Sciences and Psychology at Ferdowsi University of Mashhad between January and April 2021. Purposeful sampling identified 3 participants with narcissistic traits among 17 visitors. Screening was conducted using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) and structured clinical interviews. Participants completed the MCMI-III and Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale at baseline, sessions 5, 10, 16, and follow-up. Brief Object

* Corresponding Author: mo.vedadmofrad@alumni.um.ac.ir

How to Cite: Vedadmofrad, M., Ghanbari Hashemabadi, B., Aghamohamadian Sharbaf, H.(2026). The Effectiveness of Object Relational Brief Therapy on Reducing Perfectionism and Narcissistic Personality Symptoms: A Single-Subject Research, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 16(64), 41-76. DOI: 10.22054/qccpc.2025.83165.3397

relational therapy was delivered in sixteen weekly individual sessions . Results: Visual analysis and percentage of non-overlapping data (PND) demonstrated that brief Object relational therapy effectively reduced both perfectionism and narcissistic traits. At follow-up, PND was 100% for the first two participants and 66% for the third, indicating treatment effectiveness .Conclusion: Findings suggest that brief Object relational therapy can be an effective approach to reducing maladaptive personality traits such as perfectionism and narcissistic traits, especially when they co-occur. These results support the application of this therapy in clinical interventions.

Keywords: Object Relational Brief, Therapy, Perfectionism Narcissistic Personality, Narcissistic Symptoms.





اثربخشی درمان کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش کمال گرایی و نشانگان شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد

محمد رضا ودادمفرد  *

دانشجو دکترا روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و
روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

بهرامعلی قنبری هاشم آبادی 

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف 

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،
دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت روابط موضوعی در کاهش کمال گرایی در افراد دارای نشانگان شخصیت خودشیفته بود. روش: این پژوهش از نوع مورد منفرد با طرح A-B و خط پایه چندگانه و پیگیری یک ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل دانشجویان ۱۸ تا ۳۰ ساله‌ای بود که بین دی ۱۳۹۹ تا فروردین ۱۴۰۰ به کلینیک روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. نمونه گیری به صورت هدفمند انجام شد و از میان ۱۷ مراجعه کننده، ۳ نفر دارای نشانگان شخصیت خودشیفته شناسایی شدند. غربالگری با استفاده از پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و مصاحبه ساختاریافته انجام گرفت. شرکت کنندگان در موقعیت های خط پایه، جلسات پنجم، دهم، شانزدهم و پیگیری به پرسشنامه های میلون و کمال گرایی پاسخ دادند. درمان کوتاه مدت روابط موضوعی طی شانزده جلسه هفتگی و فردی اجرا شد. یافته ها: نتایج تحلیل دیداری و درصد داده های ناهمپوش (PND) نشان داد که درمان کوتاه مدت روابط موضوعی به طور مؤثری کمال گرایی و نشانگان خودشیفتگی را کاهش داده است. PND در پیگیری برای دو مراجع اول ۱۰۰٪ و برای مراجع سوم ۶۶٪ بود که بیانگر اثربخشی درمان

است. نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی می‌تواند رویکردی کارآمد برای کاهش ویژگی‌های شخصیتی ناسازگار مانند کمال‌گرایی و نشانگان خودشیفتگی باشد، به‌ویژه زمانی که این ویژگی‌ها به‌صورت هم‌زمان مشاهده می‌شوند. این یافته‌ها کاربرد این درمان را در مداخلات بالینی تأیید می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی، کمال‌گرایی، شخصیت خودشیفته، نشانگان خودشیفته.



مقدمه

شخصیت^۱ یکی از اساسی‌ترین مقوله‌ها و مفاهیم در روان‌شناسی و آسیب‌شناسی است؛ هرچند نمی‌توان تعریف کاملاً دقیق از این واژه ارائه کرد اما می‌توان گفت شخصیت به مجموعه‌ای ویژگی‌های فیزیکی، روانی، ذهنی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی اطلاق می‌شود که یک فرد مجزا و خاص را شکل می‌دهند (شولتز^۲ و شولتز^۳، ۲۰۲۳). در تعریفی دیگر، شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش‌ها، یا ویژگی‌هایی که تا اندازه‌ای به رفتار افراد دوام می‌بخشد (فیست^۴، فیست^۵ و رابرتز^۶، ۲۰۲۱)؛ اما اگر گاهی شخصیت افراد دچار اختلال^۷ شود، می‌تواند بر عملکرد فرد تأثیر نامطلوبی بگذارد. درواقع اختلال شخصیت نوعی اختلال روانی است که الگوی فکر، عملکرد و رفتار فرد در آن ناسالم می‌شود. این مسئله منجر به محدودیت و مشکلات جدی در روابط، فعالیت‌های اجتماعی، کار و تحصیلات می‌گردد (عبودی، ایمانی، حیدری، غلامی، مرتضوی پور و مراد قجری فر، ۱۳۹۹).

یکی از این اختلالات، اختلال شخصیت خودشیفته است. اشمیت^۸ (۲۰۱۹) بیان می‌کند که یکی از خصوصیات اصلی اختلال شخصیت خودشیفته، ارتباط پر آشوب با دیگران و روابط مرضی است. شخصیت خودشیفته نمی‌تواند دیگران را به عنوان موجودیت مستقل ببیند، بنابراین دیگران را به عنوان بخشی از خود تلقی می‌کند. این افراد ویژگی‌هایی نظیر هیجانی و دمدمی مزاج بودن، نیاز به تحسین و عدم همدلی دارند و دارای دلبستگی ناایمن^۹ هستند (پورشهریار، علیزاده و رجائی‌نیا، ۲۰۱۸). ناتوانی در همدلی، ناپایداری هویت و اختلال در روابط بین فردی، از شاخص‌ترین ویژگی‌های شخصیت خودشیفته تلقی

1 Personality

2 Schultz, D

3 Schultz, S

4 Feist, J

5 Feist, G. J

6 Roberts, T. A

7 Disorder

8 Schmidt, A

9 Insecure attachment

شده‌اند (حسینی سمنانی، جان‌بزرگی، انصاری و شاطریان محمدی، ۱۴۰۴).

در پژوهش پورشهریار، علیرضایی و رجایی‌نیا (۱۳۹۸) که بر روی ۴۸۰۸۳ بزرگ‌سال ایرانی انجام شد، شیوع کلی اختلالات شخصیت ۱۸/۳ درصد گزارش شد. در این مطالعه، شیوع اختلال شخصیت خودشیفته کمتر از ۱/۷٪ بود. همچنین در میان بیماران بستری در مراکز روان‌پزشکی، شیوع اختلال شخصیت خودشیفته تا ۳۸٪ گزارش شده است و در بیماران سرپایی، این میزان تا ۵۷٪ بوده است. مطالعات نشان داده است که زنان در مقایسه با مردان و مجردها در مقایسه با افراد متأهل نمره بالاتری در خودشیفتگی دارند. همچنین سطوح تحصیلات بالاتر با میزان بالاتر خودشیفتگی همراه است (پورافکاری، ۱۳۹۸).

در تحقیقات مختلف این موضوع که حداقل دو شکل از خودشیفتگی وجود دارد، به اثبات رسیده است. خودشیفتگی بزرگ‌منشانه^۱ (خودبزرگ‌بین) و خودشیفتگی آسیب‌پذیر^۲ (کریزان^۳ و هرلاچ^۴، ۲۰۱۷؛ بسار^۵ و پریل^۶، ۲۰۱۰). خودبزرگ‌بینی با صفات تسلط بر دیگران، پرخاشگری، خودرأیی، گرایش‌های متکبرانه، عزت‌نفس اغراق‌شده، سوءاستفاده‌گری، حق‌به‌جانبی و نیاز شدید برای تحسین از سوی دیگران مشخص می‌شود. آسیب‌پذیری با صفاتی نظیر عزت‌نفس شکننده، ناپایداری هیجانی، درون‌گرایی، عاطفه منفی، خشم، نیاز به رسمیت شناخته شدن، حق‌به‌جانب بودن، خودمحوری مشخص می‌شود. همچنین آن‌ها غرق در خیال‌پردازی خودبزرگ‌بینی و نوسان میان حس برتری و حقارت می‌باشند (کمپل^۷ و میلر^۸، ۲۰۱۱). ترکیب این دو وجه، هسته خصوصیات خودشیفتگی نظیر خیال‌پردازی، خودبزرگ‌بینی، حس لیاقت و تمایل به سوءاستفاده از دیگران برای سود شخصی را نشان می‌دهد (کریزان و هرلاچ، ۲۰۱۷).

-
- 1 Grandiose narcissism
 - 2 Vulnerable narcissism
 - 3 Krizan, Z
 - 4 Herlache, A
 - 5 Besser, A
 - 6 Priel, B
 - 7 Campbell, W
 - 8 Miller, J.D

در ارتباط با ویژگی های افراد خودشیفته، بیش از یک قرن است که پژوهش های موردی و مدل های نظری همواره کمال گرایی^۱ را به عنوان یکی از خصوصیات اساسی خودشیفتگی خودبزرگ بین و آسیب پذیر در نظر می گیرند (شری^۲، گرالنیک^۳، هویت^۴، شری^۵ و فلت^۶، ۲۰۱۴؛ کوران^۷ و هیل^۸، ۲۰۱۹). همچنین به اعتقاد شری و همکاران (۲۰۱۴) یکی از ویژگی هایی که افراد خودشیفته ممکن است به آن دچار شوند، کمال گرایی است. ویژگی های کمال گرایی با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی (لیمبورگ^۹، واتسون^{۱۰}، هاگر^{۱۱} و اگان^{۱۲}، ۲۰۱۷) و مشکلات شخصیتی مرتبط است (شری^{۱۳}، ژو^{۱۴}، گو^{۱۵}، آرنون^{۱۶}، شِمِل^{۱۷} و وربورگ^{۱۸} و لو^{۱۹}، ۲۰۰۷). در همین راستا، در یک فراتحلیل، با بررسی بیش از ۳۰ پژوهش مختلف فرضیه رابطه بین خودشیفتگی و کمال گرایی به اثبات رسیده است (اسمیت^{۲۰}، شری، چن^{۲۱}، ساکلوفسک^{۲۲}، فلت و هویت، ۲۰۱۶).

کمال گرایی به عنوان تمایل فرد به تعیین استانداردهای بسیار بالا برای خود و تلاش برای عملکرد بی عیب و نقص همراه با خودارزیابی انتقادی تعریف شده است (فلِت و

1 Perfectionism

2 Sherry, S. B

3 Gralnick, T. M

4 Hewitt, P. L

5 Sherry, D. L

6 Flett, G. L

7 Curran, T

8 Hill, A. P

9 Limburg, K

10 Watson, H. J

11 Hagger, M. S

12 Egan, S. J

13 Sherry, R. A

14 Zhou, X

15 Zhou, X

16 Arnone III, J. A

17 Schimel, D. S

18 Verburg, P. S

19 Luo, Y

20 Smith, M. M

21 Chen, S

22 Saklofske, D. H

هویت، ۲۰۰۲؛ به نقل از موسوی و روشنی، ۱۴۰۳). در پژوهش ترامپتور^۱، واتسون^۲ و آلرای^۳ (۲۰۰۶) رابطه کمال‌گرایی در دو بعد انتظار از خود و انتظار از دیگران با خودشیفتگی اثبات شده است. فراست^۴، مارتین^۵، لاهارت^۶ و روزنبلیت^۷ (۱۹۹۰) بیان کردند که کمال‌گرایی از شش عنصر نیمه‌مستقل تشکیل شده است که شامل (۱) تعیین استانداردهای بالا برای عملکرد، (۲) داشتن واکنش منفی به مجازات‌های پیش‌بینی‌شده برای خطاها، (۳) داشتن احساس حقارت هنگام پیش‌بینی خطا، (۴) درک منفی (نسبت به خود)، (۵) تردید در عملکرد خود و (۶) توجه بیش‌ازحد به سازمان و نظم. همین‌طور هویت و فلت (۱۹۹۱) دریافتند که کمال‌گرایی از سه عنصر تشکیل شده است: کمال‌گرایی خودمحور که هم شامل تعیین استانداردهای بالا برای موفقیت و هم انتقاد از خود در زمانی که تصور می‌شود این استانداردها برآورده نشده‌اند، می‌شود. کمال‌گرایی دیگرگرا که شامل تعیین استانداردهای غیرواقعی بالا برای افراد دیگر است و کمال‌گرایی تجویز شده اجتماعی که شامل این تصور است که دیگران انتظارات غیرواقعی بالایی از خود دارند. کمال‌گرایی خودشیفته با خصوصیات نظیر نیاز مستقیم به کامل بودن، خودانگاره خودبزرگ‌بین، خودشایستگی میان‌فردی و انتظارات غیرمعقول از دیگران شناخته می‌شود (نایلز^۸، شری، شری، استوارت^۹، مک‌نیل^{۱۰}، ۲۰۱۵؛ شری^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴). کمال‌گرایی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی چندبعدی، با طیفی از پیامدهای منفی روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلالات خوردن در ارتباط است؛ موضوعی که ضرورت مداخلات درمانی

-
- 1 Trumpeter, N
 - 2 Watson, P. J
 - 3 O'Leary, B. J
 - 4 Frost, R. O
 - 5 Marten, P
 - 6 Lahart, C
 - 7 Rosenblate, R
 - 8 Nealis, L. J
 - 9 Stewart, S. H
 - 10 Macneil, M. A
 - 11 Sherry, S. B

ساختاریافته برای تغییر آن را برجسته می‌سازد (رُزنتال^۱، شفران^۲، جوهانسون^۳، فورس استروم^۴، جوویچیچ^۵، گلبرگ^۶ و بوهرمان^۷، ۲۰۲۴). بررسی‌های نظری و تجربی نشان داده‌اند که کمال گرایی و دشواری در تنظیم هیجان می‌توانند به عنوان عوامل تشدیدکننده‌ی ویژگی‌های خودشیفتگی عمل کرده و در کنار تجارب اولیه زندگی و عملکرد خانواده، زمینه‌ساز بروز اختلال شخصیت باشند (کرمانیان، گلشنی، باغداساریانس و جمهری، ۱۴۰۲). شاخص‌هایی مانند کمال گرایی دیگرمدار، خودبزرگ‌بینی، حس شایستگی و معیارهای سخت‌گیرانه برای دیگران، به عنوان مؤلفه‌های اصلی کمال گرایی خودشیفته، به نحوی هم‌سو در مطالعات مختلف گزارش شده‌اند (کوران و هیل، ۲۰۱۹). در نتیجه به دلیل اینکه ویژگی کمال گرایی در افراد خودشیفته وجود دارد و باعث آسیب در عملکرد آن‌ها می‌شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶) انجام مداخلات روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به پیچیدگی‌های ساختاری اختلالات شخصیت، درمان‌های متنوعی برای آن‌ها طراحی شده است. اختلال شخصیت خودشیفته از جمله اختلالاتی است که با ویژگی‌هایی نظیر خودبزرگ‌بینی، نیاز به تحسین، فقدان همدلی و حساسیت در روابط بین فردی همراه است (رانینگستام^۸، ۲۰۱۱). به تبع این ویژگی‌ها، درمان این اختلال چالش‌های قابل توجهی دارد و انتخاب روش درمانی مناسب نیازمند بررسی دقیق‌تری است. در طول دهه‌های اخیر، درمان شناختی-رفتاری^۹ (CBT) برای اختلالات شخصیت، از جمله خودشیفتگی، مورد استفاده قرار گرفته و در تعدادی از مداخلات، اثربخشی قابل توجهی بر تنظیم افکار ناکارآمد و کاهش رفتارهای مشکل ساز نشان داده است (بک^۱،

1 Rozentel, A

2 Shafran, R

3 Johansson, F

4 Forsström, D

5 Jovicic, F

6 Gelberg, O

7 Buhrman, M

8 Ronningstam, E

9 Cognitive-Behavioral Therapy

(بک^۱، دیویس^۲ و فریمن^۳، ۲۰۱۵). با این حال، مقاومت بالا، دفاع‌های نارس و ضعف در بینش‌جویی در این بیماران موجب شده است که CBT برای برخی از ابعاد عمیق‌تر شخصیت، از جمله بازنمایی‌های درونی ناپایدار، اثربخشی محدودتری داشته باشد (رانینگستام، ۲۰۱۱).

همچنین، در سال‌های اخیر، رفتاردرمانی دیالکتیک^۴ (DBT) نیز برای بهبود ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌پذیر از جمله خودشیفتگی آزموده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که DBT، به‌ویژه در کاهش تکانشگری، نوسانات هیجانی و حساسیت بین‌فردی، مؤثر است. با این حال، این روش‌ها نیز عمدتاً بر سطح رفتاری و هیجانی تمرکز دارند و به ساختارهای روانی و ریشه‌های بین‌فردی شکل‌گیری شخصیت کمتر می‌پردازند (الدشتاین^۵، ۲۰۱۰؛ رایت^۶، توماس^۷، هاپوود^۸، مارکین^۹، پینکوس^{۱۰} و کریگر^{۱۱}، ۲۰۲۱). در همین زمینه، رویکردهای روان‌پویشی و به‌طور خاص، روان‌درمانی روابط موضوعی، با تمرکز بر بازنمایی‌های درونی شده از روابط اولیه، تصویری عمیق‌تر از روان انسان ارائه می‌دهند. این نظریه معتقد است که روابط اولیه ناکارآمد، در قالب الگوهای ارتباطی درونی شده، تکرار می‌شوند و مبنای شکل‌گیری اختلال شخصیت هستند (سنت کالر^{۱۲}، ۲۰۱۴). در این رویکرد، با شناسایی و بازسازی این روابط در زمینه درمانی، می‌توان به تغییراتی بنیادین در الگوهای رفتاری و بین‌فردی دست یافت.

1 Beck, A. T

2 Davis, D. D

3 Freeman, A

4 Dialectical Behavior Therapy

5 Eldestein R, S

6 Wright A, G, C

7 Thomas, K. M

8 Hopwood, C. J

9 Markon, K. E

10 Pincus, A. L

11 Krueger, R. F

12 St.Clair, M

اصطلاح روان‌درمانی روابط موضوعی توسط فیربن^۱ (۱۹۵۴) ابداع شده است و به یک روان‌تحلیل‌گری با رویکرد رشدی و مفروضه‌هایی ساختاری اشاره می‌کند که بر نیاز کودک در ارتباط با دیگران (خصوصاً موضوع اولیه) اهمیت می‌دهد و آن را محورا اصلی انگیزش روان‌شناختی انسان می‌داند. نظریات روابط موضوعی^۲ (به‌عنوان بخشی از نظریات روانپوشی و روانتحلیلی)، به‌طور خاص بر روابط اوایل زندگی فرد که تأثیری همیشگی در فرد دارد متمرکز می‌شوند. بقایا روابط گذشته هر فرد، روابط موضوعی درونی، نحوه ارتباط او با دنیا و همچنین ادراک او از خودش را شکل می‌دهد. در نتیجه انسان در ارتباطی میان دیگری واقعی که در دنیای بیرون حضور دارد و دیگری درونی که در درون خودش هست تعامل و زندگی می‌کند (سنت کلر، ۲۰۱۴). این رویکرد معتقد است که تعارض‌های ارتباطی اولیه با موضوع، همراه با خلق حاکم بر این رابطه درونی شده و بعداً در ارتباط با افراد دیگر و جدید تکرار می‌شوند؛ بنابراین از این دیدگاه اختلال شخصیت نشانه‌ای است که به تعارض‌های ارتباطی اشاره دارد که در روانپوشی کوتاه‌مدت ضمن بررسی روابط بیمار و تکرار این تعارض‌ها در فضای انتقال، به خودآگاهی رسانده می‌شود که این فرایند منجر به کاهش مشکلات بین فردی شده و با تغییراتی که به دلیل افزایش بینش در شخصیت ایجاد می‌کند، اختلال شخصیتی را کاهش می‌دهد (هربرت^۳، مک‌کورمک^۴ و کالاهان^۵، ۲۰۱۰).

پژوهش‌موردی هویت، میکائیل^۶، دانگ^۷، کلی^۸ و فلت (۲۰۲۰) از اثربخشی گروه‌درمانی پویشی رابطه‌ای بر کمال‌گرایی خبر می‌دهد. همچنین در این پژوهش مفروضه الگوی چرخشی رابطه‌ای که یک طرح کلی از دو موضوع مثلث انطباق و مثلث روابط

1 Fairbairn, W, R, D

2 Object relation theory

3 Herbert, G. L

4 McCormack, V.K

5 Callahan, J.L

6 Mikail, S. F

7 Dang, S. S

8 Kealy, D

موضوعی است را نیز بررسی کرد. رانینگستام (۲۰۱۱) به این نتیجه رسید که روان‌درمانی بلندمدت متمرکز بر روابط موضوعی در درمان اختلال شخصیت خودشیفته مؤثر است. در پژوهشی مورد منفرد به این نتیجه رسیدند که درمان روابط موضوعی کوتاه‌مدت بر افزایش سلامت روان افراد دارای نشانگان مرزی مؤثر است (سلمانیان مشهدی، قنبری هاشم‌آبادی و شاره، ۱۴۰۱).

باوجود شواهدی از اثربخشی درمان روابط موضوعی در مدل‌های بلندمدت، هنوز مشخص نیست که آیا این اثر در قالب ساختاریافته و زمان‌بندی کوتاه‌مدت نیز حفظ می‌شود یا خیر (رانینگستام، ۲۰۱۱؛ سنت کلر، ۲۰۱۴). به‌رغم مزایای درمان‌های بلندمدت، محدودیت‌هایی نظیر زمان‌بر بودن، هزینه بالا و دشواری در اجرای عملی، نیاز به مداخلات ساختاریافته و کوتاه‌مدت را بیش‌ازپیش آشکار کرده است. در همین راستا، درمان روابط موضوعی کوتاه‌مدت دارای ساختار، به‌عنوان یک رویکرد نوظهور، امکان بررسی متمرکز الگوهای آسیب‌زای بین‌فردی در چارچوب زمانی محدود را فراهم می‌سازد. با توجه به اینکه ویژگی‌هایی مانند خودشیفتگی و کمال‌گرایی ریشه در بازنمایی‌های پایدار اما ناکارآمد روابط اولیه دارند، استفاده از این رویکرد می‌تواند با تمرکز هدفمند بر این ساختارهای روانی، تحولی مؤثر در درمان ایجاد کند. باوجود ارتباط نظری قوی بین خودشیفتگی و کمال‌گرایی، پژوهش ساختاریافته‌ای که اثربخشی درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی را بر این دو ویژگی به‌طور هم‌زمان بررسی کند، انجام نشده است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی مبتنی بر ساختار، در کاهش کمال‌گرایی در افراد دارای نشانگان شخصیت خودشیفته، در قالب یک پژوهش مورد منفرد طراحی شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با استفاده از طرح تک‌آزمودنی از نوع A-B با خط پایه چندگانه و پیگیری یک‌ماهه انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه دانشجویان ۱۸ تا ۳۰ ساله‌ی دانشگاه فردوسی مشهد بود که در بازه‌ی دی ۱۳۹۹ تا فروردین ۱۴۰۰ به پلی‌کلینیک روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. به منظور جذب مشارکت کنندگان، اطلاعیه‌هایی در سطح دانشگاه منتشر شد که در آن‌ها هدف پژوهش «بررسی و ارتقاء الگوهای شخصیتی با تأکید بر افزایش خودآگاهی، بهبود روابط بین فردی و رشد فردی» معرفی شده بود. این جهت‌گیری در معرفی پژوهش، با نیازهای روان‌شناختی افراد دارای صفات خودشیفته هم‌راستا بود و به کاهش مقاومت اولیه برای مشارکت کمک می‌کرد. در مرحله نخست، غربالگری اولیه از طریق مصاحبه‌ای کلی و نیمه‌ساختاریافته توسط روان‌شناس پژوهش انجام شد تا ارزیابی مقدماتی از ویژگی‌های شخصیتی، نحوه تعاملات بین فردی و انگیزش برای خودشناسی و تغییر صورت گیرد. در نتیجه‌ی این مرحله، ۱۷ نفر برای بررسی‌های تخصصی‌تر انتخاب شدند. سپس شرکت کنندگان با استفاده از پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-نسخه سوم (MCMI-III) و مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (SCID-II) مورد ارزیابی دقیق قرار گرفتند. در نهایت، ۳ نفر با توجه به دارا بودن نشانگان شخصیت خودشیفته و انطباق با ملاک‌های ورود و عدم انطباق با ملاک‌های خروج، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، هر سه شرکت‌کننده به صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند و به طور تصادفی در معرض دو، سه یا چهار خط پایه قرار گرفتند و وارد پروتکل درمانی شدند. مداخله شامل ۱۶ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای درمان به صورت هفتگی بود که به صورت انفرادی که در محل پلی کلینیک روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد اجرا شد.

با توجه به ماهیت اختلال شخصیت خودشیفته و تعارض ذاتی آن با انگیزه برای تغییر، شیوه‌ی معرفی مداخله و ساختار جلسات به گونه‌ای طراحی شده بود که با نیازهای شناختی و هیجانی این افراد هم‌راستا باشد. تمرکز جلسات بر «افزایش خودفهمی، بهبود تعاملات بین فردی و رشد شخصی» بود و از زبان غیرقضاوت‌گر، ساختار منظم و رویکرد فعال برای حفظ انگیزه استفاده شد (رانینگام، ۲۰۱۰). این رویکرد سبب شد که هر سه مشارکت‌کننده، در تمامی جلسات شرکت کرده و مداخله را تا پایان پیگیری یک‌ماهه

ادامه دهند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص‌های درصد داده‌های ناهمپوش (PND) و درصد داده‌های همپوش (POD) استفاده شد.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از ۱. دارا بودن نشانگان شخصیت خودشیفته (با توجه به نمره سومین نسخه پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون و مصاحبه ساختاردار برای اختلالات شخصیت SCID-II). ۲. حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۳۰ سال. ۳. مدرک تحصیلی حداقل دیپلم. ۴. عدم تجربه روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته. ۵. عدم استفاده از دارودرمانی در ۶ ماه گذشته. ملاک‌های خروج نیز شامل ۱. تشخیص هرگونه اختلال سایکوتیک یا اختلال روانی ارگانیکی که در روند مداخله تداخل داشته باشد. ۲. استفاده از هرگونه ماده (در طول اجرای طرح درمانی) که امکان ایجاد تغییرات روانی و کارکردی را داشته باشد، نظیر قرص‌های آرام‌بخش، آنتی‌دپرسانت‌ها یا انواع داروهای محرک و هرگونه ماده که به عنوان مخدر و ماده اعتیادآور در DSM-5 در فصل اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد از آن نام برده شده است. ۳. گزارش هرگونه تفکر یا اقدام برای خودکشی در هر زمان از دوره پژوهش. ۴. عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه طرح درمانی.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III)

پرسشنامه MCMI-III یک ابزار خودسنجی شامل ۱۷۵ گویه بلی/خیر است که برای ارزیابی ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی در افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده است. این پرسشنامه در مجموع دارای ۲۸ مقیاس است که در پنج طبقه‌ی شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌های شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید بالینی طبقه‌بندی می‌شوند و با ملاک‌های DSM هم‌خوانی دارند (چگینی، دلاور و غرای، ۱۳۹۲). در ایران، نسخه فارسی این ابزار توسط (شریفی، مولوی و نامداری (۱۳۸۶) هنجاریابی شده و پایایی و روایی آن در جامعه ایرانی تأیید شده است. در پژوهش حاضر، کل پرسشنامه MCMI-III در تمامی مراحل (خط پایه، جلسات پنجم، دهم، شانزدهم و پیگیری یک‌ماهه)، باهدف ارزیابی جامع بالینی و تشخیص همبودی‌های

احتمالی صورت گرفت به شرکت کنندگان ارائه شد و تنها به مقیاس خودشیفتگی بسنده نشد، چراکه ارزیابی جامع برای غربالگری اولیه و نیز بررسی تغییرات کل نگرانه در طول درمان ضروری بود. با توجه به اجرای مکرر این پرسشنامه در طول درمان، برای جلوگیری از خستگی، کاهش دقت پاسخ گویی یا اثرات منفی ناشی از تکرار، تمهیدات زیر اتخاذ شد: اجرای پرسشنامه در فضایی آرام و جدا از جلسات درمان؛ آگاه سازی شرکت کنندگان نسبت به هدف هر ارزیابی جهت ارتقاء مشارکت؛ ایجاد فضای حمایتی و استفاده از تقویت های کلامی برای حفظ انگیزه پاسخ دهمی.

نمره گذاری پرسشنامه مطابق دستورالعمل رسمی انجام گرفت و نمرات خام به نمرات نرخ پایه (Base Rate) تبدیل شدند. بر اساس راهنمای میلون: نمرات ۸۵ یا بالاتر نشان دهنده وجود قطعی یک اختلال؛ نمرات ۷۵ تا ۸۴ بیانگر احتمال حضور اختلال یا حداقل برخی ویژگی های آن؛ نمرات کمتر از ۷۵ تنها حاکی از وجود برخی ویژگی های شخصیتی هستند که به سطح بالینی نمی رسند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶). در این پژوهش، ملاک ورود شرکت کنندگان به مطالعه، کسب نمره ی نرخ پایه ۸۵ یا بالاتر در مقیاس شخصیت خودشیفته بود.

ب) پرسشنامه کمال گرایی هیل

پرسشنامه کمال گرایی در سال ۲۰۰۴ توسط هیل^۱، هولسمن^۲، فور^۳، کیبلر^۴، ویسنت^۵ و کندی^۶ تهیه شده است. این پرسشنامه از ۵۹ جمله تشکیل شده است. پاسخ دهنده باید میزانی که هر جمله توصیف کننده اوست را در یک طیف ۵ گزینه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف مشخص نماید (پاشاشریفی، صالحی، امامی پور و بشردوست، ۱۳۹۰). بازه نمرات این پرسشنامه بین ۵۹ تا ۲۹۵ می باشد. نمرات ۵۹ تا ۹۸ نشان دهنده کمال گرایی در

1 Hill, R. W
2 Huelmsan, T. J
3 Furr, R. M
4 Kibler, J
5 Vicente, B. B
6 Kennedy, C

حد پایین است، نمرات ۹۸ تا ۱۹۶ نشان‌دهنده کمال‌گرایی متوسط است و نمرات بالاتر از ۱۹۶ بیانگر کمال‌گرایی بالا می‌باشد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶). در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۹۲۹ به دست آمده بود و این نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. همچنین در بررسی جمشیدی، حسین‌چاری، حقیقت و رزمی (۱۳۸۸) پایایی کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. در مطالعه سامعی، هومن، توکلی و باقریان (۲۰۱۵) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۲۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۵۱ تا ۰/۹۱۳ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالا می‌باشد.

ج) درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی

راهنمای درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی، مشابه سایر رویکردهای روان‌درمانی تحلیلی، به‌جای تعیین محتوای دقیق جلسات، بر عبور تدریجی از مراحل درمانی تأکید دارد. این رویکرد، فرایندمحور بوده و محتوای جلسات بسته به پویایی فردی و تعاملات درمانی، انعطاف‌پذیر است. با این حال، در این پژوهش، به‌منظور انسجام و گزارش‌پذیری علمی، روند درمانی بر اساس مدل سه‌مرحله‌ای استادتر^۱ (۲۰۰۹) به‌طور کلی سازگار شد. جدول زیر، با حفظ ماهیت انعطاف‌پذیر درمان، اهداف، محورهای مداخله و روند جلسات را در قالب یک پروتکل ۱۶ جلسه‌ای ارائه می‌دهد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی (استادتر، ۲۰۰۹)

مرحله	جلسه	هدف	محتوای جلسه	فنون مورد استفاده
آغازین	۱	آشنایی و چهارچوب‌دهی	معرفی درمان، شنیدن روایت بیمار، تنظیم انتظارات	ایجاد اتحاد، مصاحبه اکتشافی
	۲	بررسی روابط اولیه	تحلیل روابط با والدین و مراقبان، کشف الگوهای تکراری	پرسش‌گری، شفاف‌سازی
	۳	شناسایی دفاع‌ها و تعارض‌ها	بررسی مکانیسم‌های دفاعی و تعارض‌های رابطه‌ای	تحلیل دفاع، مواجهه‌سازی ملایم
	۴	تعیین تمرکز درمان	توافق بر تمرکز اصلی درمان (مثلاً)	تثبیت تمرکز، تأیید اهداف

1 Stadter, M

مرحله	جلسه	هدف	محتوای جلسه	فنون مورد استفاده
			الگوهای تکرار شونده)	مشترک
میانی	۵	فعال سازی الگوهای انتقالی	شروع بازنمایی روابط درونی شده در تعامل با درمانگر	تفسیر انتقال
	۶	ادامه تحلیل انتقال	شناسایی الگوهای تعامل با درمانگر	بازتاب احساس، تحلیل انتقال متقابل
	۷	مواجهه با مقاومت ها	شناسایی اجتناب از لمس هیجانات یا افکار خاص	مواجهه سازی، شفاف سازی
	۸	تثبیت اتحاد درمانی	حفظ اتحاد هم زمان با رویارویی با دفاع ها	همدلی، تفسیر شناختی
	۹	تحلیل روابط موضوعی	بررسی رابطه های من درمانده / دیگری نجات دهنده	تحلیل روابط دو گانه، بازتاب دهی
	۱۰	تعمیق در تجربه هیجانی	بررسی احساسات شدید در رابطه درمانی	تفسیر هیجانی، فعال سازی هیجانی
	۱۱	شروع بازسازی الگوها	بازآفرینی روابط ایمن تر در جلسه درمان	بازنمایی رابطه ایمن، مدل سازی
	۱۲	تثبیت تجربه های جدید	کمک به بیمار در تعمیم تجربه جدید به روابط واقعی	تقویت خود کارآمدی، بازتاب دهی
پایانی	۱۳	بازنگری درمان	مرور مسیر طی شده، شناسایی دستاوردها و موانع	جمع بندی، بازتاب بینش ها
	۱۴	آماده سازی برای پایان درمان	پرداختن به احساسات وداع و جدایی	تفسیر انتقال، مواجهه سازی
	۱۵	ادغام بینش ها	کمک به کاربرد بینش ها در زندگی واقعی	مرور تمرین، بازسازی روایت بیمار
	۱۶	خداحافظی و پایان درمان	پایان دهی درمان، تأکید بر مراقبت خود محور و منابع درونی	تحکیم تغییر

یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی مراجعان در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی

مراجع	جنسیت	سن (به سال)	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل
اول	مرد	۲۱	کارشناسی	مجرد
دوم	زن	۲۷	کارشناسی ارشد	مجرد
سوم	مرد	۲۳	کارشناسی	متاهل

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر متغیر، در مرحله اول به وسیله میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور x کشیده شد و یک محفظه ثبات روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات دو خط موازی است که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان برون ماندگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، بدین ترتیب می‌توان گفت داده‌ها ثبات دارند (لدفورد^۱، جین^۲ و سروینی^۳، ۲۰۱۸).

برای بررسی روند داده‌ها در موقعیت خط پایه و مداخله از روش آزادی عمل و یا دومین کردن استفاده شد و خط روند بر اساس معیار ۲۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش تک آزمودنی، به PND تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان

1 Ledford, J. R

2 Lane JD

3 Severini KE

بیشتری می توان مداخله را اثربخش دانست. مقدار PND بین ۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر است. PND کمتر از ۵۰ درصد نشان دهنده اندازه اثر غیر قابل اعتماد و ضعیفی است؛ PND بین ۵۰ تا ۷۰ درصد اثربخشی متوسطی دارد؛ PND بین ۷۰ تا ۹۰ نشان دهنده درمانی نسبتاً مؤثر و PND بالای ۹۰ نشان دهنده درمانی مؤثر است (ونت^۱ ۲۰۰۱؛ به نقل از الرشید^۲، هات^۳ و بنو^۴، ۲۰۱۳).

در ابتدا نمرات خام اندازه گیری های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول زیر آمده است.

جدول ۳. نمرات کمال گرایی به دست آمده در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری یک ماهه

مرحله مراجع	خط پایه اول	خط پایه دوم	خط پایه سوم	خط پایه چهارم	جلسه پنجم	جلسه دهم	جلسه شانزدهم	پیگیری یک ماهه
مراجع اول	۲۱۵	۲۰۹	-	-	۲۰۱	۱۸۴	۱۷۱	۱۶۷
مراجع دوم	۱۶۷	۱۵۱	۱۵۷	-	۱۴۶	۱۴۰	۱۲۹	۱۲۶
مراجع سوم	۱۹۰	۱۹۹	۱۹۴	۱۹۹	۱۹۰	۱۷۶	۱۶۹	۱۷۲

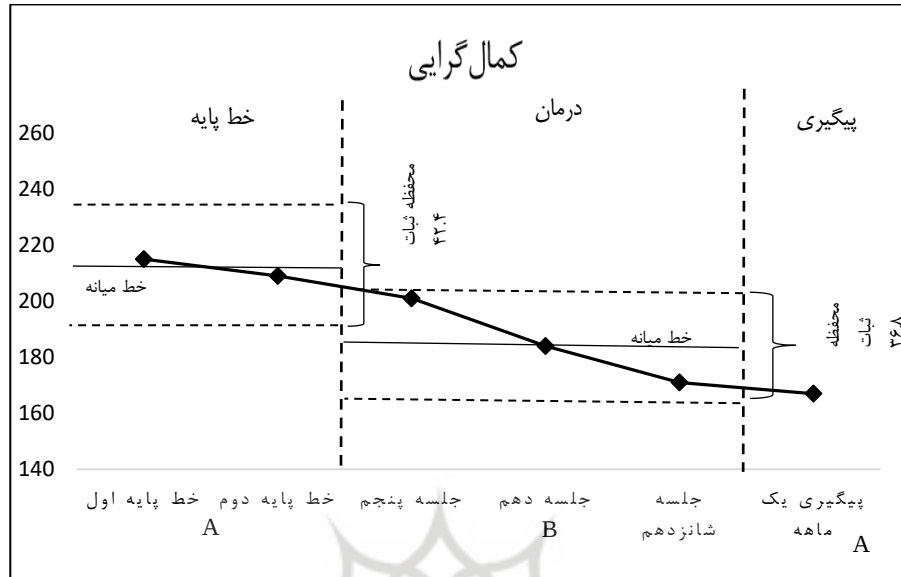
همان طور که از جدول ۳ قابل مشاهده است، نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه نزولی بوده است و کمال گرایی در آن ها کاهش پیدا کرده است. مراجع اول از کمال گرایی زیاد به سوی کمال گرایی متوسط، مراجع دوم از حد بالای کمال گرایی متوسط به نیمه پایین کمال گرایی متوسط و مراجع سوم نیز در خط مرزی کمال گرایی زیاد و متوسط، به کمال گرایی متوسط نزول پیدا کرده است. در ادامه تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی داده های تأثیر درمان کوتاه مدت روابط موضوعی بر کمال گرایی در هر سه شرکت کننده گزارش شده است.

1 Wendt, O

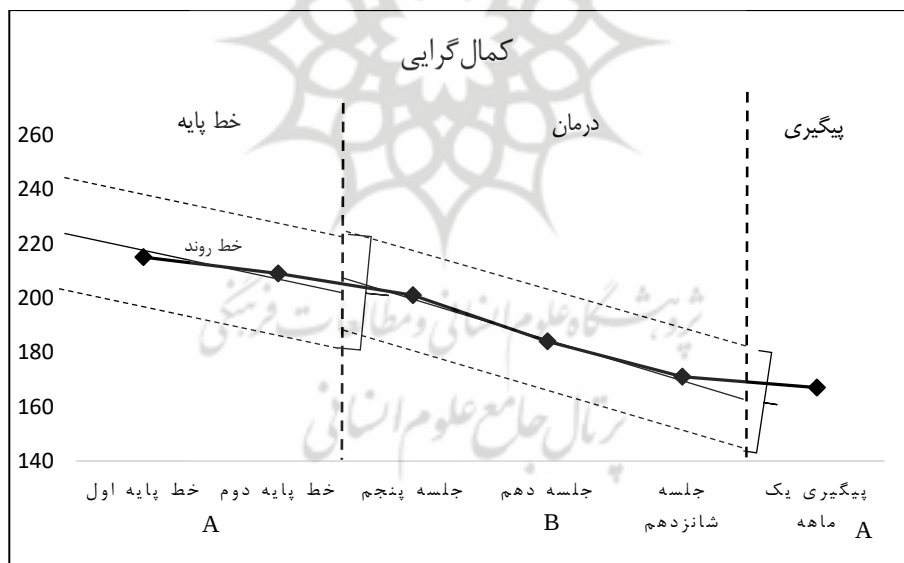
2 Alresheed, F

3 Hott, B. L

4 Bano, C



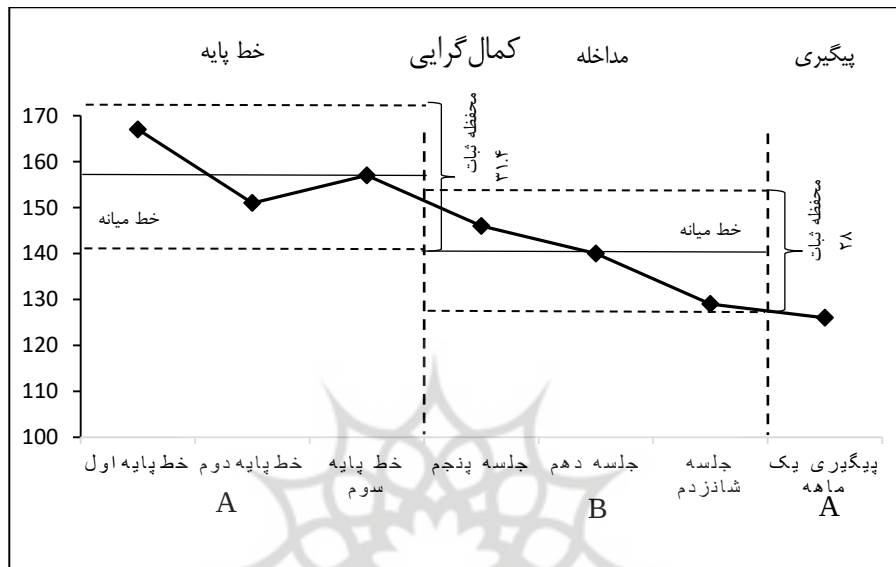
نمودار ۱. خط میانه، محفظه ثبات کمال‌گرایی برای مراجع اول



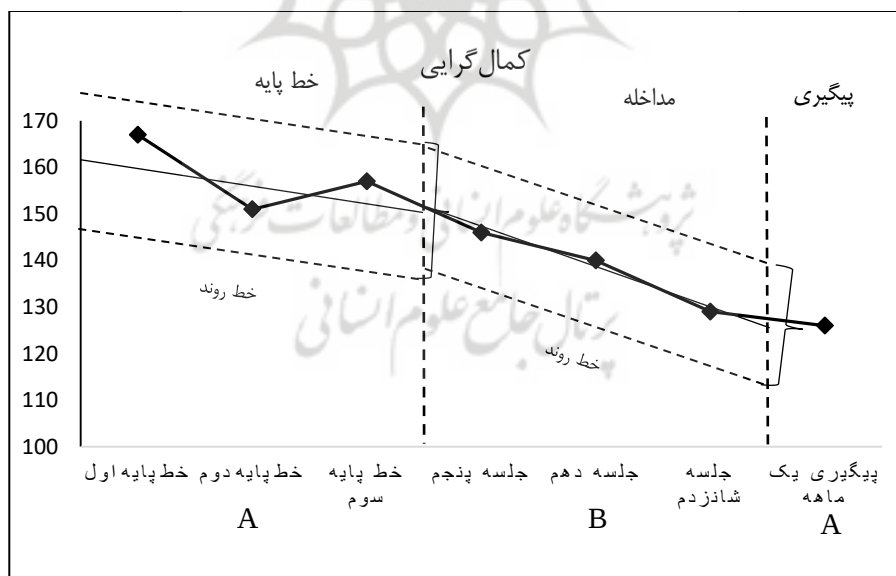
نمودار ۲. خط روند کمال‌گرایی در مراجع اول

نتایج نمودارهای ۱ و ۲ نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش بوده است (PND برای

مراجع در پیگیری یک ماهه ۱۰۰٪ بوده است)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌ها بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش کمال گرایی مؤثر بوده است.

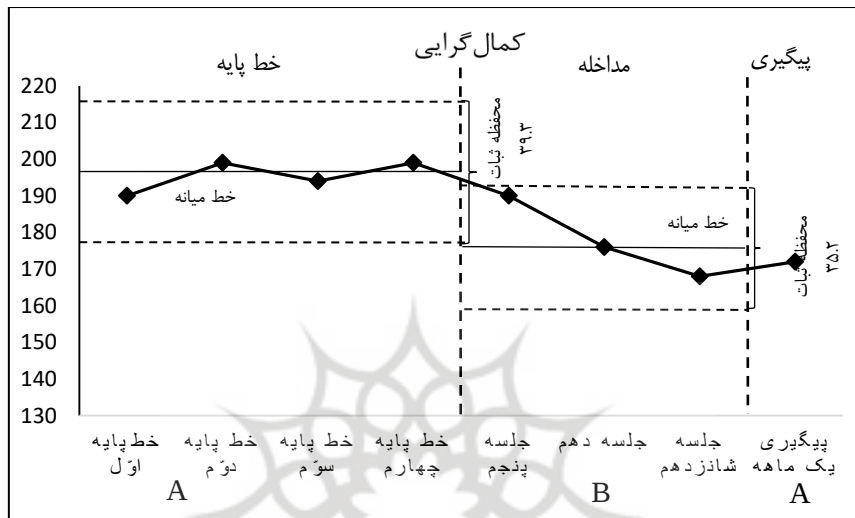


نمودار ۳. خط میانه، محفظه ثبات کمال گرایی در مراجع دوم

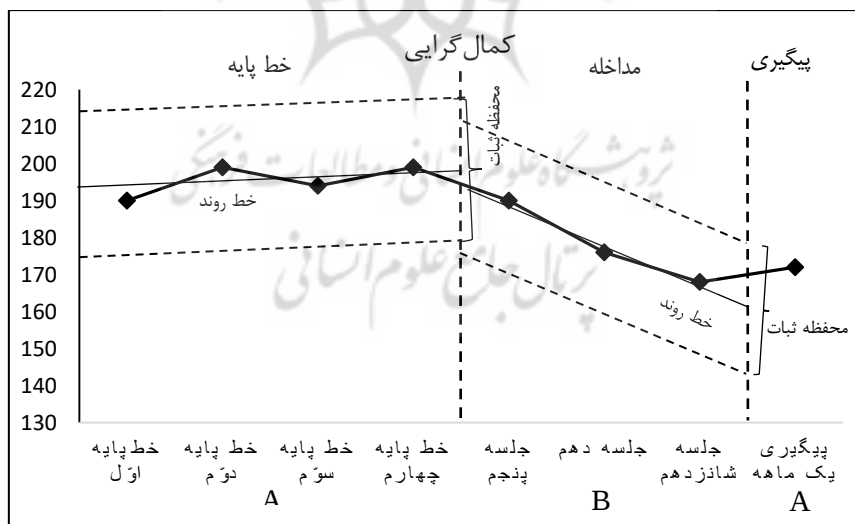


نمودار ۴. خط روند کمال گرایی در مراجع دوم

نتایج نمودارهای ۳ و ۴ نشان داد که درمان برای مراجع دوم اثربخش بوده است (PND برای مراجع در پیگیری یک‌ماهه ۱۰۰٪ بوده است)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌ها بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش کمال‌گرایی مؤثر بوده است.



نمودار ۵. خط میانه، محفظه ثبات کمال‌گرایی در مراجع سوم



نمودار ۶. خط روند کمال‌گرایی در مراجع سوم

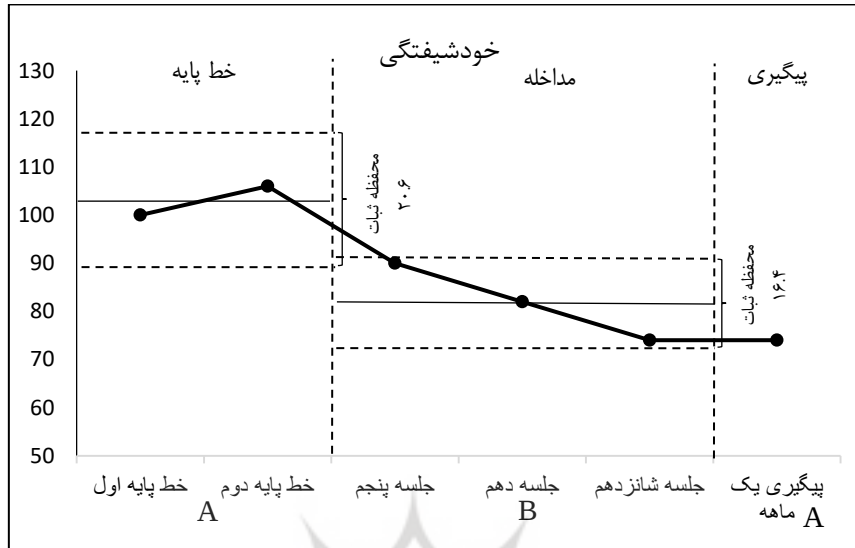
نتایج نمودارهای ۵ و ۶ نشان داد که درمان برای مراجع سوم اثربخش بوده است (PND برای مراجع در پیگیری یک ماهه ۶۶٪ بوده است)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌ها بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش کمال گرایی مؤثر بوده است.

در ادامه کاهش نشانگان خودشیفتگی در مراجعین موردبررسی قرار گرفته است. در ابتدا نمرات خام در طول جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری یک ماهه اندازه‌گیری شدند و سپس نمرات نرخ پایه (BR) تبدیل شدند که به شرح زیر در جدول ۳ آمده است:

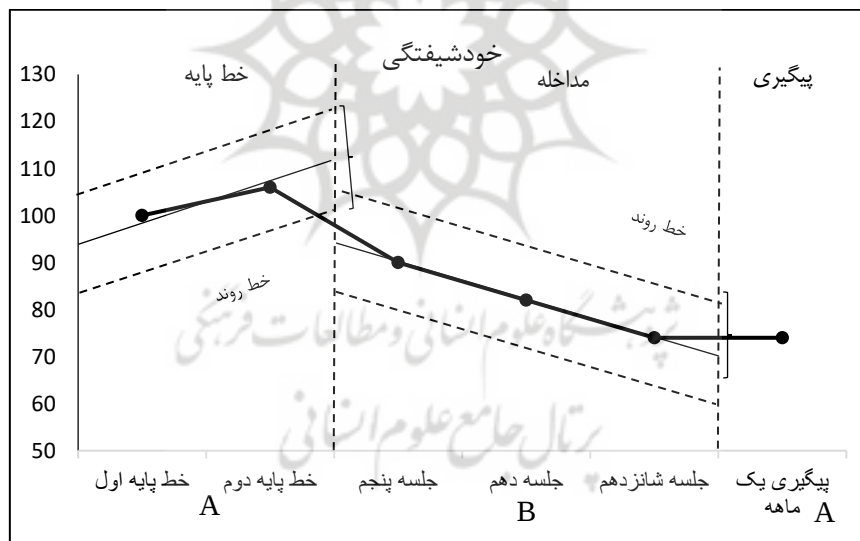
جدول ۴. نمرات خودشیفتگی به‌دست‌آمده در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری یک‌ماهه

مرحله مراجع	خط پایه اول	خط پایه دوم	خط پایه سوم	خط پایه چهارم	جلسه پنجم	جلسه دهم	جلسه شانزدهم	پیگیری یک‌ماهه
مراجع اول	۱۰۰	۱۰۶	-	-	۹۰	۸۲	۷۴	۷۴
مراجع دوم	۹۰	۸۵	۹۴	-	۷۸	۷۸	۶۹	۷۴
مراجع سوم	۹۵	۱۰۶	۹۵	۱۰۰	۱۰۶	۹۵	۸۰	۹۰

همان‌طور که از جدول ۴ قابل مشاهده است، نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه نزولی بوده است و نشانگان خودشیفتگی در آن‌ها کاهش پیدا کرده است. در ادامه تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی داده‌های تأثیر درمان کوتاه‌مدت روابط موضوعی بر کمال گرایی در هر سه شرکت‌کننده گزارش شده است.



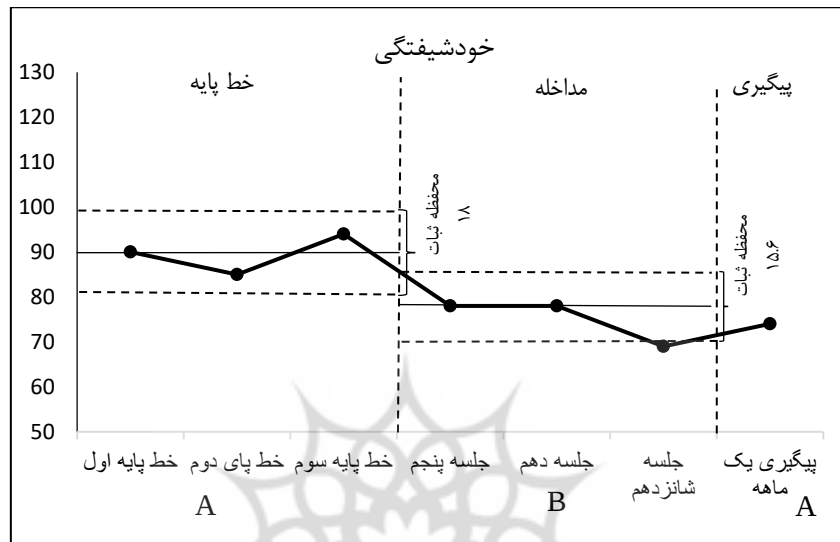
نمودار ۷. خط میانه، محفظه ثبات نشانگان خودشیفتگی در مراجع اول



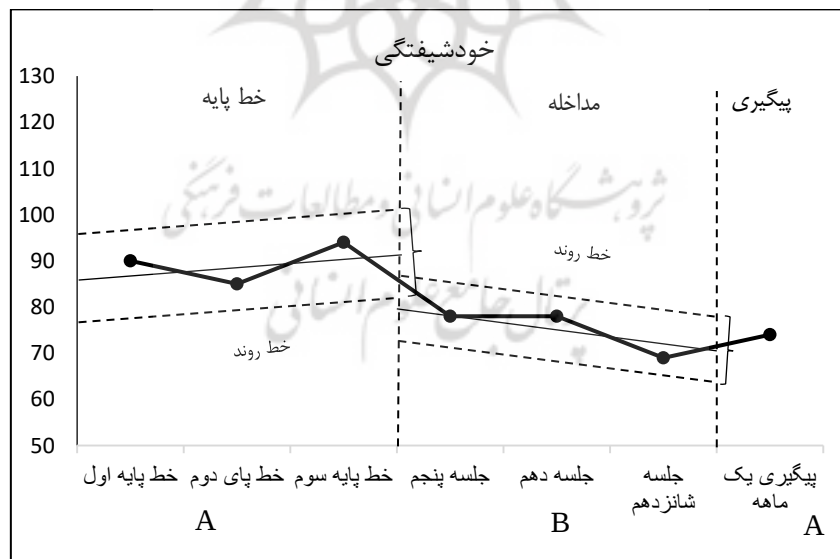
نمودار ۸. خط روند نشانگان خودشیفتگی در مراجع اول

نتایج نمودارهای ۷ و ۸ نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش بوده است (PND برای مراجع در پیگیری یک ماهه ۱۰۰٪ بوده است)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی

داده‌ها بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نشانگان خودشیفتگی مؤثر بوده است.

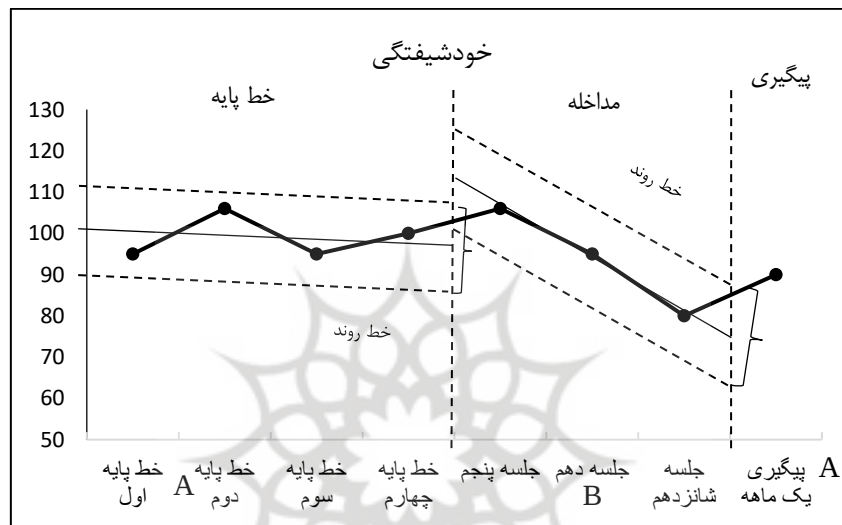


نمودار ۹. خط میانه، محفظه ثبات نشانگان خودشیفتگی مراجع دوم

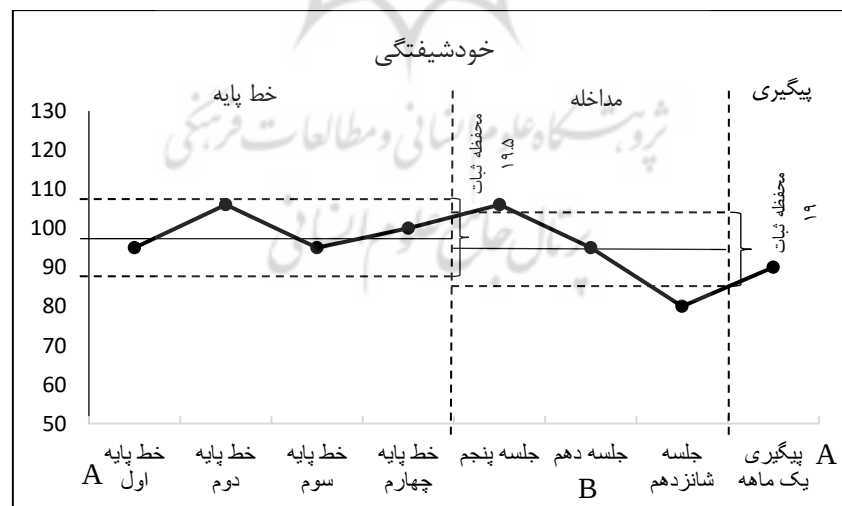


نمودار ۱۰. خط روند نشانگان خودشیفتگی مراجع دوم

نتایج نمودارهای ۹ و ۱۰ نشان داد که درمان برای مراجع دوم اثربخش بوده است (PND برای مراجع در پیگیری یک‌ماهه ۱۰۰٪ بوده است)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌ها بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نشانگان خودشیفتگی مؤثر بوده است.



نمودار ۱۱. خط میانه، محفظه ثبات نشانگان خودشیفتگی مراجع سوم



نمودار ۱۲. خط روند نشانگان خودشیفتگی مراجع سوم

نتایج نمودارهای ۱۱ و ۱۲ نشان داد که درمان برای مراجع سوم اثربخش بوده است (PND برای مراجع در پیگیری یک ماهه ۶۶٪ بوده است)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌ها بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نشانگان خودشیفتگی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت روابط موضوعی بر کمال گرایی در افراد دارای نشانگان شخصیت خودشیفته به صورت یک پژوهش مورد منفرد بود. نتایج نشان داد که روش درمانی می‌تواند باعث کاهش کمال گرایی و نیز کاهش نشانگان خودشیفتگی شود. نتیجه به دست آمده با نتایج هویت و همکاران (۲۰۲۰)، رانینگستام (۲۰۱۱)، سلمانیان مشهدی و همکاران (۱۴۰۱) و برومند و حسینی راوری زاده (۱۴۰۲) همسو است. همچنین، نجارپور، قنبری هاشم آبادی و مظاهری (۱۳۹۶) با استفاده از درمان کوتاه مدت روابط موضوعی در قالب طرح تک آزمودنی، به اثربخشی این رویکرد در کاهش شاخص‌های ناسازگاری بین فردی در اختلال شخصیت اجتنابی دست یافتند؛ یافته‌ای که همسو با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌باشد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که روان درمانی روابط موضوعی همواره تأکید بسیاری به روابط موضوعی درونی هر بیمار دارد که این موضوع در اختلالات شخصیت (به ویژه در شخصیت خودشیفته) بیش از هر نوع اختلال روانی قابل مشاهده است.

افراد خودشیفته همواره ارتباطی پیچیده و خاص با موضوعات درونی خود دارند و نحوه ارتباطشان با این موضوع‌های درونی تعیین کننده رابطه‌شان با دنیای بیرون و واقعیت است. یافته‌ها نشان می‌دهند که رشد ظرفیت‌های بازتابی و افزایش تحمل هیجانی، از جمله پیش نیازهای کلیدی در فرآیند تغییر شخصیت خودشیفته هستند، به ویژه زمانی که در قالب یک رابطه درمانی پایدار پرورش یابند (وینبرگ^۱، رونینگستام، رویچندران^۲ و گاندرسون^۱،

1 Weinberg I

2 Ravichandran C

۲۰۲۴). در مورد بیماران خودشیفته در این درمان هدف اصلی تغییر الگوی اساسی و عمیق نیست، بلکه هدف ایجاد فضایی برای تغییر در نشانگان اصلی و آزاردهنده است که موجب مسدود شدن انرژی روانی شده است. یکی از این نشانگان وجود کمال‌گرایی در این افراد است. درواقع بیماران خودشیفته دچار تعارضات بسیار عمیقی هستند که به راحتی قابل تعدیل و بررسی نیستند. این افراد ماهیتاً دچار تعارضی برای حضور در روان‌درمانی هستند. چراکه ماهیت خودشیفتگی با احساس نیاز برای تغییر در تضاد است و عموماً بیماران خودشیفته با اعتراض به روابطشان و نقش اطرافیان‌شان به درمان مراجع می‌کنند نه بیان مشکلی در درون شخصیت خود. در درمان نیز این مشکل با بیماران خودشیفته محسوس است. آن‌ها بسیار در مقابل تغییر مقاوم‌اند و تلاش به حفظ وضعیت حاضر دارند. ازاین‌رو باید در ابتدا فضایی بسیار امن برای آن‌ها شکل داد تا بتوانند در دل این فضا امکان تجربه تغییر را حس کنند. درنتیجه وقتی این محیط برای آن‌ها توسط درمانگر شکل بگیرد می‌تواند از شدت و میزان کمال‌گرایی آن‌ها کاسته شود. به عبارتی دیگر، درمان‌های بر مبنای نظریه روابط موضوعی، بیشتر به رابطه درمانی و انتقال درمانی تمرکز می‌کنند. پس درنتیجه تلاش برای فهم روابط موضوعی اصلی و عمیق به عنوان علت تعارضات مختلف شناخته می‌شود. هرچند که هدف اصلی درمان روابط موضوعی کمک کردن به بیمار برای فهم دقیق ریشه روابط موضوعی درونی اوست، اما این به تنهایی کافی نیست، درمانگر باید بتواند رابطه درمانی مناسب و فضای کافی برای بیمار خود بسازد تا بیمار از این طریق بتواند جایگزین مناسب و سالم‌تری برای موضوعات قدیمی بسازد. این محیط سالم می‌تواند محیطی باشد که فرد خودشیفته در برابر اینکه دارای نقص‌هایی است، قضاوت و داوری نمی‌شود و سعی می‌شود علت کمال‌گرایی برای آن‌ها شرح داده شود تا بینش آن‌ها افزایش پیدا کند. پس صرف تعبیر درمانی و فهمیده شدن اطلاعات ناخودآگاه به بیمار، کافی نیست و درمانگر باید تلاش کند به همراهی بیمار چیزی خلق کند که پیش‌تر وجود نداشته است. پس درنتیجه در این مدل از درمان پویشی، درمانگر نقش مهم و اساسی در

ساختن فضایی برای بیمار دارد تا او بتواند موضوعی جدید را درونی سازی کند. از نظر کوهات شخصیت خودشیفته یکی از سه حالت مرضی انتقال را که مرتبط است با سه حالت اصلی خود-موضوع انتخاب می کند: (۱) انتقال آینه‌ای، (۲) انتقال ایده آلیستی، (۳) انتقال همانندسازی شده. مراجع با درمانگر به نوعی برخورد می کند که انگار او بخشی الحاقی و اضافی از وجود خودش است. (۱) به عنوان آینه‌ای تحسین کننده برای عورت نمایی (نشان دادن خود) مراجع، (۲) به عنوان موضوعی ایده آل که مراجع آرزو دارد به عنوان منبع قدرت و مهربانی با او ترکیب شود، (۳) به عنوان خودیی جانشین که مراجع با تقلید از آن می تواند حس تعلق و یکپارچگی کند (کوهات، ۱۹۷۱). در نتیجه وقتی فرد خودشیفته در برابر این نوع درمان قرار بگیرد این انتظار می رود از میزان نشانگان خودشیفتگی و کمال گرایی آن‌ها کاسته شود و فرد بینش جدیدی پیدا کند.

هر پژوهشی به صورت طبیعی دارای محدودیت‌هایی است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می توان به این موارد اشاره کرد: الف) کم بودن دوره پیگیری درمان که به دلایل مختلف امکان اجرای بیشتر پیگیری وجود نداشت، ب) تعداد پایین بررسی تغییرات در طول دوره پژوهشی در مراحل مختلف پژوهش و ج) طرح پژوهش مورد منفرد که ماهیتاً امکان تعمیم پذیری دقیق را دارا نیست و د) نبودن گروه کنترل مجزا اشاره کرد؛ بنابراین با توجه به چنین محدودیت‌هایی پیشنهاد می شود که با توجه به مشکل تعمیم پذیری نتایج، پژوهش‌های بیشتری با روش‌های مختلف و با شرایط آزمایشی کنترل شده تری انجام شود. پیشنهاد می شود که با تکرار پژوهش و کنترل متغیرهای مزاحم مختلف و بررسی بیشتر نقش درمانگر، اثر متغیر مستقل مورد دقت بیشتری قرار بگیرد. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده نیز می توان نتیجه گرفت که درمان کوتاه مدت روابط موضوعی می توان در کاهش کمال گرایی در افراد دارای نشانگان شخصیت خودشیفته مؤثر است و از این روش می توان برای افراد دارای نشانگان خودشیفته‌ای که مقاوم به درمان هستند و کمال گرایی از ویژگی‌های آسیب رسان آن‌هاست استفاده کرد.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر از تمامی کسانی که در این پژوهش یاری دادند، کمال تشکر را دارند.

تعارض منافع

در این پژوهش، تعارض منافع وجود ندارد.

ORCID

Mohammadreza



<https://orcid.org/0000-0002-3372-174X>

Vedadmofoad



<https://orcid.org/0000-0002-1841-7264>

Bahramali Ghanbari

Hashem Abadi

Hamidreza



<https://orcid.org/0000-0002-6639-9339>

Aghamohammadian

Sharbaf



منابع

- برومند، نرمن و حسینی راوری زاده، نرجس. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت و روابط موضوعی بر حساسیت بین فردی و رفتارهای تهاجمی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان شناسی*، ۱۲ (۱)، ۲۰۷-۲۱۶.
Doi:20.1001.1.2383353.1402.12.1.19.3
- پاشاشریفی، حسن؛ صالحی، مهدیه؛ امامی پور، سوزان و بشردوست، سیمین. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی های روان سنجی سیاهه کمال گرایی هیل در دانشجویان. *فصلنامه تازه های روان شناسی صنعتی/سازمانی*، ۲ (۷)، ۹-۱۹.
Doi:20.1001.1.2383353.1402.12.1.19.3
- پور افکاری، ناصر. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی های خودشیفتگی در جمعیت جوان کشور. *فصلنامه روان پزشکی ایران*، ۱۵ (۳)، ۲۲۱-۲۳۴.
- پورشهریار، حسن؛ علیرضایی، حسن؛ و رجایی نیا، کامران. (۱۳۹۸). بررسی سبک دلبستگی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته. *مجله روان شناسی بالینی ایران*، ۱۰ (۴)، ۸۹-۱۰۴.
- جمشیدی، بهنام؛ حسین چاری، مسعود؛ حقیقت، شهربانو و رزمی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال گرایی. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۱)، ۳۵-۴۳.
<https://www.sid.ir/paper/129674/fa>
- چگینی، مریم؛ دلاور، علی و غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳. *فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی*، ۸ (۲۹)، ۱۳۷-۱۶۴.
https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4278_0.html?lang=en
- حسینی سمنانی، صدیقه؛ جانبرزگی، مسعود؛ انصاری، حسن و شاطریان محمدی، فاطمه. (۱۴۰۴). اثربخشی پروتکل مداخله ای مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی در کاهش نشانگان خودشیفتگی و بهبود کارکردهای شخصیت اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد مفرد. *مطالعات اسلام و روان شناسی*، ۱۹ (۳۶)، ۱-۳۱. doi: 10.30471/psy.2024.9947.2219
- سلمانیان مشهدی، محمدحسین؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و شاره، حسین. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان روابط موضوعی کوتاه مدت بر مکانیسم های دفاعی در زنان دارای نشانگان مرزی: پژوهش مورد مفرد. *سومین کنفرانس بین المللی رویکردهای نوین مدیریت، روان شناسی و*

علوم انسانی در قرن ۲۱، تهران. <https://civilica.com/doc/1472417>

شریفی، علی‌اکبر؛ مولوی، حسین و نامداری، کوروش. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۳۴، ۲۷-۳۸.

<https://www.magiran.com/p740804>

عبودی، جلال؛ ایمانی، فاطمه؛ حیدری، فرزانه؛ غلامی، خاطره؛ مرتضوی پور، زهرا و مراد قجری، فر. ستاره. (۱۳۹۹). بررسی اختلالات شخصیتی و راه‌های درمان آن. *نخستین کنفرانس ملی علوم شناخت و تعلیم و تربیت*، شیراز. <https://civilica.com/doc/1142755>

کرمانیان، سحر؛ گلشنی، فاطمه؛ باغدادساریانس، آیتا و جمهری، فرهاد. (۱۴۰۲). تدوین مدل ساختاری خودشیفتگی بر اساس تروماهای اوایل زندگی، عملکرد خانواده و شیوه‌های فرزندپروری ادراک‌شده مادر با میانجیگری دشواری تنظیم هیجان و کمال‌گرایی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۵۰)، ۹۳-۱۰۹. doi: 10.22034/spr.2023.394200.1834

موسوی، سیده فاطمه و روشنی، شهره. (۱۴۰۳). مطالعه نگرش‌های والدگری متمرکز، اهداف و کمال‌گرایی والدینی در پدران و مادران خانواده‌های ایرانی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی* ۱۵(۵۷): ۲۹-۵۷. doi: 10.22054/qccpc.2023.71792.3061.57

نجاپور محمدآبادی، الهام؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی و مظاهری، مهرداد. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش حساسیت بین فردی، گوش‌بزرگی بین فردی و نیاز به تأیید افراد دارای نشانگان شخصیت اجتنابی: پژوهش تک آزمودنی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۳۱)، ۷۹-۱۰۴. doi: 10.22054/qccpc.2017.24455.1589

References

- Abboudi, J., Imani, F., Heydari, F., Gholami, K. H., Mortazavipour, A., & Murad Qajrifar, S. (2019). Investigating personality disorders and ways to treat them. *The first national conference of cognitive science and education, Shiraz*. (in Persian). <https://civilica.com/doc/1142755/>
- Alresheed, F., Hott, B. L., & Bano, C. (2013). Single subject research: A synthesis of analytic methods. *The Journal of Special Education Apprenticeship*, 2(1), 1. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/josea/vol2/iss1/1/>

- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). Guilford Press.
- Besser, A., & Priel, B. (2010). Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(8), 874-902. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.8.874>
- Bromand, N., & Hosseini Ravarizadeh, N. (2023). Comparison of effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and object relationships on interpersonal sensitivity and aggressive behaviors in individuals with borderline personality disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(1), 207-216. (in Persian). <https://doi.org/20.1001.1.2383353.1402.12.1.19.3>
- Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2011). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118093108>
- Chegini, M., Delavar, A., & Gharai, B. (2013). Psychometric characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *New Psychological Research Quarterly*, 8(29), 137-164. (in Persian). https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4278_0.html?lang=en
- Craig, R. (1999). Overview and current status of the Milon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 390-406. <https://doi.org/10.1207/S15327752JP720305>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Edelstein, R. S., Yim, I. S., & Quas, J. A. (2010). Narcissism predicts heightened cortisol reactivity to a psychosocial stressor in men. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 565-572. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.06.008>
- Fairbairn, W. R. (1954). *An object-relations theory of the personality*. <https://www.amazon.com/object-relations-theory-personality-Ronald-Fairbairn/dp/B0007EA518>
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T. A. (2021). *Theories of personality* (10th ed.). McGraw Hill.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Herbert, G. L., McCormack, V. K., & Callahan, J. L. (2010). An investigation of the object relations theory of depression.

- Psychoanalytic and Psychology*, 27(2), 219-234.
<https://doi.org/10.1037/a0019423>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Dang, S. S., Kealy, D., & Flett, G. L. (2020). Dynamic-relational treatment of perfectionism: An illustrative case study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2028-2040. <https://doi.org/10.1002/jclp.23040>
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80-91. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13
- Jamshidi, B., Hosseinchari, M., Hakit, S., & Razmi, M. R. (1388). Validation of new measure of perfectionism. *Journal of Behavioral Sciences*, 3(1), 35-43. (in Persian). <https://www.sid.ir/paper/129674/fa>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York: International Universities Press. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1464977>
- Krizan, Z., & Herlache, A. (2017). The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22, 3-31. <https://doi.org/10.1177/1088868316685018>
- Ledford, J. R., Lane, J. D., & Severini, K. E. (2018). Systematic use of visual analysis for assessing outcomes in single case design studies. *Brain Impairment*, 19(1), 4-17. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2017.16>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Nealis, L. J., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Stewart, S. H., & Macneil, M. A. (2015). Toward a better understanding of narcissistic perfectionism: Evidence of factorial validity, incremental validity, and mediating mechanisms. *Journal of Research in Personality*, 57, 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2015.02.006>
- Pashashreifi, H., Salehi, M., Emamipour, S., & Beshardost, S. (2011). Examining the psychometric properties of Hill's perfectionism inventory in college students. *Industrial/Organizational Psychology*

- Updates Quarterly*, 2(7), 19-9. (in Persian).
<https://doi.org/20.1001.1.28222476.1390.2.7.1.4>
- Pourshahriar, H., Alizade, H., & Rajaeinia, K. (2018). Childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The mediating roles of attachment style and emotion regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 148-163.
<https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.148>
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(2), 89-99.
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000396060.67150.01>
- Rozental, A., Shafran, R., Johansson, F., Forsström, D., Jovicic, F., Gelberg, O., ... & Buhrman, M. (2024). Treating perfectionism via the Internet: A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy to unified protocol. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(3), 324-350.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2327339>
- Saint Clair, M. (2014). *An introduction to subject relations and psychology* (H. Tahmasab & A. Ali Aghaei, Trans.). Tehran: Nei Publishing House. (in Persian). <https://www.iranketab.ir/book/36284-object-relations-and-self-psychology>
- Salmanian Mashadi, M., Ghanbari Hashimabadi, B. M., & Share, H. (2022). The effectiveness of short-term topical relationship therapy on defense mechanisms in women with borderline syndrome: A single case study. *The third international conference on new approaches to management, psychology and humanities in the 21st century, Tehran*. (in Persian). <https://civilica.com/doc/1472417/>
- Samaei, S., Hooman, H., Tavakoli, M. R., & Bagherian, F. (2015). An investigation of psychometric properties of perfectionism inventory in Iranian sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 556-563. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.075>
- Schmidt, A. (2019). Comparison of Kernberg's and Kohut's theory of narcissistic personality disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 30(2), 137.
<https://doi.org/10.5080/u23484>
- Schultz, D., & Schultz, S. (2023). *History of modern psychology* (21st ed., Vol. 1). (A. H. Sharifi, Trans.). Tehran: Agah Publications. (in Persian). <https://www.iranketab.ir/book/42317-theories-of-personality>
- Sharifi, A., Molvi, H., & Namdari, K. (2008). The validity of MCMI-III (Millon) scales. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 34, 27-38. <https://www.magiran.com/p740804> (in Persian).
- Sherry, R. A., Zhou, X., Gu, S., Arnone III, J. A., Schimel, D. S., Verburg, P. S., ... & Luo, Y. (2007). Divergence of reproductive phenology under climate warming. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(1), 198-202. <https://doi.org/10.1073/pnas.060564210>

- Sherry, S. B., Gralnick, T. M., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism and narcissism: Testing unique relationships and gender differences. *Personality and Individual Differences*, 61, 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.007>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 64, 90-101. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.012>
- Stadter, M. (2009). *Object relations brief therapy: The therapeutic relationship in short-term work*. Jason Aronson.
- Trumpeter, N., Watson, P. J., & O'Leary, B. J. (2006). Factors within multidimensional perfectionism scales: Complexity of relationships with self-esteem, narcissism, self-control, and self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 41(5), 849-860. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.014>
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Ravichandran, C., & Gunderson, J. G. (2024). Can patients with narcissistic personality disorder change? A case series. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 212(7), 392-397. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001777>
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2021). The hierarchical structure of narcissistic personality traits. *Journal of Personality Disorders*, 35(Supplement), 52-68. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_495

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: ودادمفرد، محمدرضا، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش کمال‌گرایی و نشانگان شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد منفرد، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۶(۶۴)، ۴۱-۷۶. DOI: 10.22054/qccpc.2025.83165.3397



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.