

درمان خودشیفتگی بیمارگون با روان‌درمانی متمرکز بر انتقال

مؤلف

دایانا دایموند

فرنک ای. یومانس

بری ال. استرن

اتواف. کرنبرگ

ترجمه

دینا حاجی‌زادگان

نیما عارفی


GUILFORD
(با مجوز رسمی ترجمه)



فهرست

۷.....	یادداشت مترجمان
۹.....	در باب مؤلفان
۱۱.....	یادداشت ویراستار مجموعه
۱۳.....	پیش گفتار
۱۹.....	قدردانی
۲۱.....	فصل ۱: درمان خودشیفتگی بیمارگون با روان درمانی متمرکز بر انتقال
۶۱.....	بخش ۱: مفهوم سازی خودشیفتگی بیمارگون
۶۳.....	فصل ۲: کارکرد خود در خودشیفتگی بیمارگون
۱۲۳.....	فصل ۳: عملکرد بین فردی در خودشیفتگی بیمارگون
۱۷۲.....	فصل ۴: مروری بر TFP-N
۲۲۷.....	بخش ۲: درمان خودشیفتگی بیمارگون
۲۲۹.....	فصل ۵: ارزیابی و تشخیص خودشیفتگی بیمارگون و اختلال شخصیت خودشیفته
۲۵۲.....	فصل ۶: قرارداد و چارچوب درمانی
۲۸۴.....	فصل ۷: مراحل اولیه TFP-N
۳۱۹.....	فصل ۸: مراحل پایانی TFP-N
۳۵۸.....	فصل ۹: TFP-N برای بیماران مبتلا به آسیب خودشیفتگی و مرزی ترکیبی
۳۹۱.....	بخش ۳: خودشیفتگی بیمارگون در روابط صمیمی و جامعه
۳۹۳.....	فصل ۱۰: خودشیفتگی بدخیم
۴۳۰.....	فصل ۱۱: روابط عاشقانه خودشیفته وار
۴۴۵.....	فصل ۱۲: سخن پایانی
۴۵۲.....	منابع
۴۷۱.....	واژه نامه انگلیسی به فارسی
۴۷۲.....	واژه نامه فارسی به انگلیسی

فصل ۱

درمان خودشیفتگی بیمارگون با روان‌درمانی متمرکز بر انتقال

مقدمه

بیمار خودشیفته‌ای با عملکرد بالا، درمان را با گفتن این جمله شروع کرد: «در طول چهار سال درمان قبلی‌ام نکته جدیدی درباره خودم یاد نگرفته‌ام و انتظار دارم این درمان هم به همان شکل پیش رود...». من فقط می‌خواهم کسی وجود داشته باشد که موقع تصمیم‌گیری درباره تمام کردن یا ادامه دادن رابطه راهنمایی‌ام کند. بیمار دیگری که پیش از این مستعد خودکشی بود، بعد از چندین سال درمان سرپایی گفت: «من بهترم؛ ولی نمی‌توانم آن را بپذیرم؛ زیرا موفقیت شما برابر با شکست من است.» این گفته‌ها که از درمان‌هایی فشرده و اساساً اثربخش آمده است، فراز و نشیب‌های بالینی چشمگیری را نشان می‌دهند که افراد خودشیفته با خود به درمان می‌آورند؛ در واقع منظور همه افراد خودشیفته در سرتاسر طیف عملکردی، از عملکرد بالا تا شدیداً آشفته است. بیماران خودشیفته با عملکرد بالا، ممکن است از دید اجتماعی فعال و جذاب به نظر برسند و نیز در سیاست و هنر و اقتصاد یا دیگر زمینه‌ها موفق ظاهر شوند، اما هنگامی که عزت نفس‌شان تهدید می‌شود، در برابر حالت‌های نابسامان‌کننده‌ای چون ترس و خشم و ناامیدی آسیب‌پذیراند؛ باین‌حال، تظاهر بزرگ‌پندار خود^۱ آنها، این آسیب‌پذیری را پنهان می‌کند. در مقابل، افراد خودشیفته آشفته‌تر ممکن است در ظاهر افرادی مضطرب، فرمان‌بردار، خجالتی و خودتخریبگر به دید آیند که همواره از روابط صمیمی و تنگناهای شغلی کناره می‌گیرند. این افراد اغلب به شکلی پنهان حس می‌کنند خاص و بی‌همتا هستند، اما این حس شکننده است و این کناره‌گیری در راستای محافظت از آن صورت می‌گیرد. چه این آسیب خود^۲، آشکارا در رفتار خودبزرگ‌نمایانه^۳، چه پنهانی در عقاید و فانتزی‌های خودبزرگ‌پندارانه بیان شود، مشکلات بیمار در ایجاد وابستگی سالم و دلبستگی به درمانگر، نیز مشکلاتی در تحمل کار تفسیری، مسائل فنی مهمی به

1. Grandiose self-presentation

2. Self-pathology

3. Self-aggrandizing

وجود می‌آورند. باورها و فانتزی‌های پنهانی خودبزرگ‌پندارانه ممکن است به‌حدی شرم‌برانگیز باشند که فرد نتواند آنها را نشان دهد. کار تفسیری، دفاع‌های مقاوم بیمار را نقد می‌کند و بیمار را به تأمل دربارهٔ آشفتگی‌های درونی اغلب پنهان فرامی‌خواند (بهاری و دیویس، ۲۰۱۵؛ استون، ۱۹۸۹؛ کرنبرگ، ۲۰۰۷، ۲۰۱۸؛ کلمنس، پری و پلاکن، ۲۰۰۹؛ دایموند، یومانس و لوی، ۲۰۱۱؛ گابارد و کریسپ، ۲۰۱۸؛ رانینگستم، ۲۰۱۸). بسیاری از افراد مبتلا به خودشیفتگی بیمارگون در جلسهٔ درمان افرادی خودبزرگ‌نما، متکبر، محق، استشارگر و غیرهمدل‌اند. اینان یکسره دیگران را کوچک می‌شمارند و هم‌زمان میل شدیدی به تحسین دیگران تحقیرشده، از جمله درمانگرشان دارند. به‌طرز متناقضی، گروه دیگری از این بیماران که گرفتار این اختلال‌اند، فروتن و درون‌گرا به دید می‌آیند و بی‌اندازه در برابر طرد یا انتقاد آسیب‌پذیراند. آنها تمایل دارند درمانگرشان را آرمانی کنند و اگر درمانگر این طرد یا انتقاد را انجام دهد، میزان این آسیب‌پذیری بیشتر می‌شود. این نیم‌رخ‌های متضاد بیماران خودشیفته، ممکن است مهارت حتی باتجربه‌ترین بالینگران را با ایجاد پاسخ‌های انتقال متقابل قوی تحت‌الشعاع قرار دهند؛ آنها ممکن است در برابر نارزنده‌سازی بیمار احساس بی‌کفایتی و بی‌حوصلگی یا بی‌ارزشی کنند یا از سوی دیگر، مجذوب یا حتی فریفتهٔ آرمانی شدن گسترده و افراطی شوند (بتان، هیم، زیتل کانکلین و وسترن، ۲۰۰۵؛ گابارد، ۲۰۰۹؛ کرنبرگ، ۱۹۷۵، ۲۰۰۷؛ کوهوت، ۱۹۷۱، ۱۹۷۷). در حقیقت، بیشتر اوقات، نتیجهٔ فشارهای انتقال متقابل که افراد مبتلا به خودشیفتگی بیمارگون می‌توانند در درمانگران‌شان پدید آورند، رسیدن به بن‌بست، عملی‌سازی^۱، خاتمهٔ زودرس یا عجلانه یا طولانی شدن بی‌پایان درمان همراه با پیشرفت اندک است.

بیشتر نظریه‌پردازان رویکردهای اصلی روان‌پویشی، شاید به‌دلیل اینکه درمان این بیماران توان‌فرساست، دربارهٔ ماهیت خودشیفتگی بیمارگون یا اختلال شخصیت خودشیفته (NPD) نگاشته‌اند. این رویکردها از این قراراند: *فرویدی‌های کلاسیک و معاصر* (اختر و تامپسون، ۱۹۸۲؛ کوپر، ۱۹۹۸؛ المان، ۲۰۱۴؛ گابارد و کریسپ، ۲۰۱۸؛ رانینگستم، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ۲۰۱۲، ۲۰۱۶)، *کلاسیک‌ها و نئوکلاسیک‌ها* (بریتون، ۱۹۸۹؛ ۲۰۰۴؛ فلدمن، ۱۹۹۷، ۲۰۰۷، ۲۰۰۹؛ ژوزف، ۱۹۵۹، ۱۹۸۹)، *روانشناسی خود* (کوهوت، ۱۹۷۱، ۱۹۷۷؛ لاکمن، ۲۰۰۷؛ لیشتنبرگ، ۱۹۸۸)، *بین‌فردی* (فیسکالینی، ۱۹۹۴)، *روابط* / *ابژهٔ آمریکای شمالی* (بک، ۱۹۸۵؛ کرنبرگ، ۱۹۷۵، ۱۹۸۴، ۲۰۱۰، ۲۰۱۸) و *مکتب ارتباطی* (برومبرگ، ۱۹۸۳؛ کوپر، ۱۹۹۸؛ میشل، ۱۹۸۶؛ شو، ۲۰۱۳). در حال حاضر، علاقه به خودشیفتگی میان بالینگران *شناختی-رفتاری* (بهاری و دیویس، ۲۰۱۵؛ بهاری و دیکمن، ۲۰۱۱؛ کوکروویچ، پویندکستر و جویئر، ۲۰۱۱) نیز، میان افرادی که در چارچوب درمان‌های *دلبستگی* و *ذهنی‌سازی* محور کار می‌کنند (آنرو و درازک، ۲۰۲۰؛ بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶) در حال شکل‌گیری است. از زمان فروید تا کنون، این

رویکردهای متفاوت به درک خودشیفتگی و آسیب‌شناسی خودشیفتگی در میان بزرگ‌ترین مناقشات موجود در اندیشه روان‌پویایی افزایش یافته است. درعین‌حال، با اینکه این رویکردها ممکن است از دید نظری و درمانی متفاوت باشند، بیشتر بالینگران و پژوهشگران بالینی اتفاق نظر دارند که صورت‌بندی طبقه‌ای اختلال شخصیت خودشیفته در DSM کنونی^۱ برای درک پویایی‌های پیچیده طیف وسیع بیمارانی که به خودشیفتگی بیمارگون مبتلا هستند و پیامدهای اغلب ویرانگر آن را در کار و روابطشان برمی‌تابند، ناکافی است. این صورت‌بندی بر رفتارها و نگرش‌های خودبزرگ‌پندارانه تأکید می‌ورزد (پریس، ۲۰۱۴؛ پینکاس، کین و رایت، ۲۰۱۴؛ رانینگستم، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱، ۲۰۱۲، ۲۰۱۴، ۲۰۱۶؛ رایت، ۲۰۱۶). با وجود این، تعداد به نسبت کمی از بالینگران و پژوهشگران، نظریه‌ها یا یافته‌های پژوهشی‌شان را به رویکردهای نظام‌مند و روش‌هایی تجربی تبدیل کرده‌اند که کشمکش‌های خاصی را که افراد گرفتار خودشیفتگی بیمارگون ایجاد می‌کنند، می‌کاوند.

در این کتاب، براساس نظریه معاصر روابط اُژه، مفهوم‌پردازی خودشیفتگی بهنجار و بیمارگون را به میان می‌کشیم. نخست، خودشیفتگی بیمارگون و ساختار زیربنایی آن را ریزبینانه توصیف می‌کنیم. در ادامه، از مثال‌های بالینی و نیز، یافته‌های پژوهشی شناخت اجتماعی، دلبستگی و زیست‌شناسی عصبی در حمایت از این مدل سخن می‌گوییم. خودشیفتگی بیمارگون را به شکل آشفتگی‌ای شخصیتی می‌نگریم که ممکن است در سرتاسر طیف عملکردی افراد وجود داشته باشد: از آستانه طیف نوروتیک گرفته تا مرزی و تا خودشیفتگی بدخیم. خودشیفتگی بدخیم شدیدترین شکل اختلال است و بیماران در این نقطه از طیف در مرز درمان‌پذیری‌اند.

مفاهیم خودشیفتگی بیمارگون و اختلال شخصیت خودشیفته اغلب برای اشاره به آسیب خودشیفتگی به جای هم به کار برده می‌شوند و تاحدی هم‌پوشانی دارند. خودشیفتگی بیمارگون به دامنه وسیعی از بیماری‌هایی اشاره دارد که اختلال شخصیت خودشیفته خاص‌تر را دربرمی‌گیرد. ما به جای مفهوم‌سازی اختلال شخصیت خودشیفته در قالب تشخیص طبقه‌ای، مدل ابعادی تحولی خودشیفتگی بیمارگون را به دست می‌دهیم. در این مدل، اختلال خودشیفتگی شدت‌های متفاوتی دارد و می‌تواند تظاهرات متعددی را دربرگیرد (آسلینگر، منوک، پیلکانیس، سیمس و رایت، ۲۰۱۸). این رویکرد هم‌سو با مدل‌های بین‌تشخیصی و ابعادی آسیب‌شناسی روانی است (هسلم، هالند و کوپنز، ۲۰۱۲؛ شارپ و وال، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به خودشیفتگی بیمارگون ممکن است با مجموعه‌ای از علائم متنوع و گاهی ناسازگار روبه‌رو باشند. اینان طیفی از ویژگی‌های منش شناختی ناهمگون از خودبزرگ‌پندار تا آسیب‌پذیر، از خودبزرگ‌نما تا فروتن، از مسلط در امور اجتماعی تا کناره‌جو از اجتماع، از نمایشی یا خودنما تا مازوخیستیک یا خودتخریب‌گر و از خودانتقادگر ملال‌انگیز و افراطی

۱. منظور DSM-5 است [مترجمان].

تا بی‌عاطفه، دروغگو و حتی ضداجتماعی را نشان می‌دهند. افزون بر این، خودشیفتگی بیمارگون، بیمارانی را شامل می‌شود که در سطح متفاوتی از سازمان شخصیت عمل می‌کنند؛ برای نمونه: نوروتیک، مرزی و روان‌پریش؛ همان‌گونه که در ادامه توضیح داده شده است. در دیدگاه ما اصطلاحات خودشیفتگی بیمارگون^۱ و اختلال شخصیت خودشیفته^۲ از معیارهای توصیفی محدود DSM-5 فراتر می‌رود؛ این معیارها برای نگرش‌ها و رفتارهای آشکار مرتبط با خودبزرگ‌پنداری، مانند تصور اغراق‌آمیز درباره اهمیت خود و رفتارهای استثمارگرانه و فقدان همدلی اعتبار قایل می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و ارزیابی‌های استاندارد را برای اهداف پژوهشی ممکن ساخته‌اند. از این دید، برخی از مطالعات موجود در این کتاب براساس گروه‌های بالینی و غیربالینی با معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت خودشیفته DSM تشخیص داده شده‌اند. برخی دیگر از پژوهش‌ها بر پایه معیارهای مربوط به صفات خودشیفتگی هستند. مفهوم‌سازی روابط آبه‌مد نظر ما از خودشیفتگی بیمارگون، معیارهای توصیفی‌ای را که در DSM-5 آمده است، فقط تظاهر و نمودی از اختلالی چندوجهی یا چندشکلی (گابارد و کریسپ، ۲۰۱۸) می‌پندارد. آنچه این بیماری‌ها را یکی می‌کند، ویژگی‌های ساختاری اصلی و خاصه، ساختار خود بزرگ‌پندار بیمارگون است: چیدمان خاصی از بازنمایی‌های درونی و آرمانی‌شده خود و دیگران (در زیر شرح داده می‌شود) که معیارهای توصیفی گوناگون آن که اختلال را مشخص می‌کند، چیزی جز نمودهای سطحی نیستند.

تمرکز این کتاب بر این است که مدل روابط آبه‌مد چگونه به رویکرد درمانی‌ای تبدیل شده است که برای طیف وسیعی از بیماران خودشیفته کاربرد دارد. این مدل ویژگی‌های ساختاری مشخص و هسته‌ای اختلال را فرض می‌کند. توسعه چنین رویکردهای درمانی‌ای بسیار ارزنده است؛ زیرا به‌طور فزاینده‌ای مشخص شده است که اختلال شخصیت خودشیفته، یک مشکل سلامت عمومی ناتوان‌کننده و عمده را در نوع خودش نشان می‌دهد (پولی، گلدشتاین و گرنت، ۲۰۱۱: ۱۶۷). این اختلال شخصیت هم مانند همه اختلالات شخصیتی با پریشانی‌های درخور توجه بالینی و نقص عملکردی در زمینه‌های عملکرد شغلی و روابط بین‌فردی، خاصه روابط صمیمی یا زوجی مرتبط است (گرنت و همکاران، ۲۰۰۴). هم‌اکنون افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته ۱/۳ تا ۱۷ درصد گروه‌های بالینی (کلارکین، لوی، لنزوگر و کرنبرگ، ۲۰۰۷؛ راینگستام، ۲۰۰۹) را دربرمی‌گیرند و ۸/۵ تا ۲۰ درصد این بیماران در بین بیماران سرپایی دیده می‌شوند (زیمرن، روتچیلد و چلمینسکی، ۲۰۰۵؛ بودلاند، اکسلوس و لیندسترام، ۱۹۹۳). شیوع اختلال شخصیت خودشیفته ممکن است بین بیمارانی که بستری نمی‌شوند و در درمان‌های سرپایی چشمگیر باشد. ۳۰ تا ۷۶ درصد بالینگران در چندین پژوهش مستقل درمان بیماران خودشیفته را گزارش داده‌اند (وستن و آرکوویتز وستن، ۱۹۹۸؛ دویج و

1. Pathological narcissism

2. Narcissistic personality disorder

همکاران، ۲۰۰۲؛ دیجوسپی، رابین، ششکو، پریماورا، ۱۹۹۵).

صفات خودشیفتگی اگر هم تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته^۱ کامل نگیرند، به نظر می‌رسد در جمعیت عمومی غیربالینی، خاصه میان نوجوانان و بزرگسالان جوان در حال افزایش‌اند. براساس مطالعه‌ای که با مقیاس خودگزارش‌دهی پرسشنامه^۲ شخصیت خودشیفته^۱ ارزیابی شد (راسکین و هال، ۱۹۸۱)، از سال ۱۹۸۰ سطح بالایی از خاص و محق بودن در دانشجویان دانشگاه‌های آمریکا در حال افزایش است که این ویژگی‌ها را با همین سطح از خودشیفتگی در افراد مشهور می‌توان مقایسه کرد (فاستر، کمپبل و تونینگ، ۲۰۰۳؛ تونینگ، کنراث، فاستر، کمپبل و بوشمن، ۲۰۰۸؛ تونینگ، میلر و کمپبل، ۲۰۱۴). در یک جامعه پژوهی^۳ مشخص شد میزان اختلال شخصیت خودشیفته در بزرگسالان جوانی که در دهه بیست زندگی‌شان به سر می‌برند، سه‌برابر بیشتر از افراد بالای ۶۵ سال است (استینسون و همکاران، ۲۰۰۸). مفهوم خودشیفتگی به‌مثابه سازه‌ای فراتر از اتاق مشاوره، از سال ۱۹۷۹ در سطحی بی‌سابقه وارد گفتمان اجتماعی و سیاسی مان شده است؛ از زمانی که کریستوفر لش (۱۹۷۹)، از نظریه‌پردازان اجتماعی، نخستین بار جامعه‌مان را در قالب «فرهنگ خودشیفتگی» توصیف کرد. طبق تحقیقات اخیر روان‌شناسان اجتماعی، براساس افزایش نظام‌مند در صفات خودشیفتگی میان دانش‌آموزان طی سه دهه گذشته، «همه‌گیری خودشیفتگی» روی داده است. نمونه‌هایی از این صفات عبارت‌اند از: عزت نفسی که غیرواقع‌بینانه متورم شده، انتظارات ناشی از محق بودن درباره شغل، سرمایه‌گذاری روی رشد خود در مقابل ارتباط با دیگران و بی‌اعتنایی به رفاه دیگران (فاستر و همکاران، ۲۰۰۳؛ تونینگ، کنراث، فاستر، کمپبل و بوشمن، ۲۰۰۸a، ۲۰۰۸b). روان‌تحلیلگرانی مانند آرون استرن (۱۹۷۹) به تشدید تعارض بین این دو مورد در بیماران بالغ جوان اشاره کرده‌اند: «فرصت‌هایی برای حس اغراق‌آمیز خودبهبودی^۳ و خودستایی که فرهنگ خودشیفتگی در اختیار می‌گذارد» و «نیاز به وابستگی متقابل و دوسویگی که به طور اجتناب‌ناپذیری محدودیت‌هایی را در مسیر دستیابی به ارضای نیازهای خودشیفتگی قرار می‌دهد»؛ این یافته‌ها گفت‌وگوی بیشتری را بین نظریه‌پردازان اجتماعی و بالینگران کارآزموده می‌طلبد.

رویدادهای اجتماعی فرهنگی ممکن است صفات خودشیفتگی را در جمعیت عمومی بیفزایند؛ ازجمله «فرهنگ فردگرایی رقابتی»، «شکست ساختارهای خانواده سببی» که افراد را بدون شبکه‌های خویشاوندی عمیق و پایدار سرگردان می‌کند و نیز «وسوسه شبکه‌های اجتماعی» با کارکرد وسیله‌ای برای خودبزرگ‌نمایی و ارتباطات موقتی و سطحی با دیگران. استفاده فراگیر از توییت، پیام کوتاه،

1. Narcissistic Personality Inventory (NPI)

2. Community study

3. Self-enhancement

اینستاگرام، فیسبوک و برنامه‌های تلویزیونی واقع‌نما^۱، خودترویجی و خودبزرگ‌نمایی را تقویت می‌کند، در کنار این دسترسی فوری، ولو دور، به دیگران به تعاملات سطحی و اغلب گذرا و کم‌عمق می‌انجامد. از این دید، ارتباط رو در رو که ممکن است سطوح عمیق‌تر و پایدارتر صمیمیت را به‌پرواند محدود می‌شود؛ بر این اساس هم خود و هم روابط را رسانه‌های اجتماعی می‌سازند. این روندهای اجتماعی تجربه فرهنگی جدیدی از خود را ممکن ساخته‌اند که از یک‌سو فرصت‌های بی‌همتایی را برای خودبزرگ‌نمایی، ترویج تصاویر خود متورم، بزرگ‌نمایی‌شده یا تحریف‌شده و ارتباطات زودگذر با دیگران (توینگ و کمپیل، ۲۰۰۹) فراهم می‌آورد؛ از سویی دیگر، فرصت‌های فراوانی را برای تعریف خود و ابراز خود^۲ (بلت، ۱۹۹۳؛ دایموند، ۲۰۰۶) در اختیار می‌گذارند. به روشنی بین صفات شخصیتی غالب و شکل‌های آسیب روانی عصری خاص و همین‌طور بین خودشیفتگی فردی و جمعی، پیوند وجود دارد؛ با وجود این، هنوز بین افزایش صفات خودشیفتگی در جمعیت غربالینی و پیشرفت خودشیفتگی بیمارگون که به‌لحاظ بالینی مهم است یا اختلال شخصیت خودشیفته با ساختاربندی خاص شخصیت رابطه دقیق‌ی یافت نشده است. در حقیقت، پژوهشی که به‌تازگی اجرا شده است نشان داده حتی زمانی که به نظر می‌رسد نرخ آسیب خودشیفتگی میان گروه‌های بالینی در حال افزایش است (در حال حاضر از ۱/۳ تا ۱۷ درصد بیماران سرپایی، کلارکین و همکاران، ۲۰۰۷؛ زیرمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ رانینگستم، ۲۰۱۸)، ویژگی‌های خودبزرگ‌پنداری، محق بودن و رهبری میان دانش‌آموزان کالج کاهش یافته است (وتزل و همکاران، ۲۰۱۷). ازاین‌رو، تعریف ویژگی‌های بارز خودشیفتگی بیمارگون در مقام تشخیص بالینی، تعیین پیوستگی‌ها و ناپیوستگی‌های آن با صفات خودشیفتگی در جامعه عمومی و غربالینی (دایموند، ۲۰۰۶؛ پاریس، ۲۰۱۴؛ پری، ۲۰۱۴؛ کیلی و آگاردنیزوک، ۲۰۱۴) و توسعه رویکردهایی برای ارزیابی و درمان آسیب خودشیفتگی که شامل ساختاربندی غیرانطباقی خاص شخصیت می‌شود، به‌طور فزاینده‌ای اهمیت یافته است.

خودشیفتگی: بهنجار (انطباقی) و بیمارگون

خودشیفتگی سازه اصلی روان‌شناختی و شاید یکی از فراگیرترین و گیج‌کننده‌ترین مفاهیم باشد؛ زیرا ممکن است هم شکل بهنجار پیدا کند و هم شکل بیمارگون. از دید روان‌کاوی سنتی، خودشیفتگی شامل سرمایه‌گذاری مبتنی بر احساسات مثبت، دوست‌داشتنی یا لیبیدویی (فروید، ۱۹۵۳/۱۹۱۴) و احساسات منفی، خصمانه یا پرخاشگری روی خود، می‌شود؛ بنابراین، ممکن است از «خودابرازگری سالم» تا «چشم‌پوشی از خود» متغیر باشد (گرین، ۲۰۰۲). از دید روابط اُبژه، خودشیفتگی بهنجار نه تنها

۱. برنامه‌ای تلویزیونی که در آن از افراد معمولی در موقعیت‌های واقعی فیلم گرفته می‌شود [مترجمان]

سرمایه‌گذاری روی بازنمایی خود را دربرمی‌گیرد، بلکه سرمایه‌گذاری روی خودی را نیز شامل می‌شود که بازنمایی‌های ارزشمند از دیگران (موسوم به اُبژه‌ها) در آن می‌گنجد. اُبژه در اندیشه روان‌پویایی به بازنمایی ذهنی درونی‌ای اشاره می‌کند که دیگری واقعی را شامل می‌شود؛ اما عواطف، تکانه‌ها، آرزوها و فانتزی‌ها می‌توانند آن را در معرض تغییر قرار بدهند. خودشیفتگی بهنجار یا انطباقی، احترام به خود^۱ مثبت، براساس خودارزیایی واقع‌بینانه است. خودشیفتگی بهنجار، خودتأییدی مطلوبی است که از طریق درونی‌سازی مجموعه‌ای از تجربه‌های مثبت و تأییدکننده فرد با دیگرانی ایجاد می‌شود و ادامه می‌یابد که عزت نفس پایدار و مقاوم را بدون توجه به فرازونشیب‌های زندگی و روابط ارتقا می‌بخشند. در کنار خودشیفتگی انطباقی، برای تحقق نیاز به خودشکوفایی و گرفتن تأیید دیگران، حس تسلط و عاملیت^۲ وجود دارد (پینکس و روش، ۲۰۱۱؛ کرنبرگ، ۲۰۱۸؛ رانینگستم، ۲۰۱۶). به‌طور کلی، میل به درخشیدن، ارتقای خود از طریق اهداف و امیال واقع‌بینانه، مورد تحسین و احترام دیگران واقع شدن و برآوردن آرمان‌ها و ارزش‌های شخص، تلاش‌های خودشیفته‌وار انطباقی شناخته می‌شوند (کوهوت، ۱۹۷۷؛ کرنبرگ، ۱۹۷۵)؛ اما از دیدگاه روابط اُبژه، خودشیفتگی انطباقی سالم، معنی خاصی دارد. خودشیفتگی انطباقی با تجربه خود یکپارچه‌ای همبستگی دارد که در آن بازنمایی‌های خود و دیگری به‌وضوح متمایزاند، عواطف مثبت و منفی به‌خوبی یکپارچه و تعدیل شده‌اند و خود آرمانی که به اهداف و امیال فرد تجسم می‌بخشد، با ظرفیت‌ها و استعدادهای واقعی فرد متناسب است؛ بنابراین، خودشیفتگی انطباقی حس تداوم و یکپارچگی وجوه بی‌شمار تجربه خود در طول زمانی است که زمینه را برای ایجاد حس منسجم و پایدار هویت در اختیار می‌گذارد. این امر به نوبه خود امکان تعامل هیجانی و سرمایه‌گذاری روی روابط عمیق با دیگران را ممکن می‌سازد.

از دیدگاه روابط اُبژه، خود یکپارچه و ظرفیت رابطه‌جویی، روی دنیای درونی غنی از بازنمایی‌های ذهنی روابط رضایت‌بخش با دیگران بنا می‌شوند. روابط رضایت‌بخش با دیگران، فرد را از پوچی و فرسودگی و بیهودگی یا تلاش پی‌درپی برای تمجیدی محافظت می‌کند که بیشتر اوقات، افراد مبتلا به خودشیفتگی بیمارگون تجربه می‌کنند. به‌طور خلاصه، خودشیفتگی سالم برای خود انطباقی و عملکرد بین‌فردی، ضروری است. این امر در مواردی که در پی می‌آیند، مشهود است:

۱. رضایت و سرمایه‌گذاری روی جاه‌طلبی‌ها و دستاوردهای واقع‌بینانه؛
۲. روابط بسیار مهم که خودبهبودی را با عشق به دیگران، در قامت افرادی بی‌همتا و باارزش، جدای از نیازهای خود ترکیب می‌کند؛
۳. نظام یکپارچه اصول اخلاقی که ارزش‌های فرد و استانداردهای مجاز فرهنگی را شامل می‌شود؛

1. Self-regard

2. Agency

درعین حال، تنشی را بین این دو حفظ می کند که موجب تولید فضایی برای اندیشه و عمل مستقل، جدا از هنجارهای گروه می شود؛

۴. وقف خود به اهداف و آرمان هایی که فعالیت های کاری، خلاق یا فکری را هدایت می کنند.

بنابراین، مفهوم خودشیفتگی، تلاش های بهنجار برای کمال، تسلط، تمامیت، نیز تحریف های بیمارگون و دفاعی این تلاش ها را شامل می شود.

در مقابل، خودشیفتگی بیمارگون شامل نیازهای افراطی و انعطاف ناپذیر به ارتقای خود و گرفتن تأیید دیگران همراه با نوساناتی در عزت نفس و نابسامانی های هیجانی، به شکل انفجارهای خشم آلود، کناره گیری هیجانی یا دل گسستگی از دیگران به هنگام برآورده نشدن چنین نیازهایی است. هرچند بیشتر افراد خودشیفته به دلیل فقدان یکپارچگی ابعاد مثبت/ آرمانی شده یا منفی/ نازرنده شده تجربه شان، عزت نفس شکننده ای دارند، شدت آسیب خودشیفتگی، متفاوت است. در سطوح بالاتر سازمان شخصیت، افرادی با خودمحوری غیراختصاصی در آستانه نوروژ قرار دارند که در ظاهر عملکرد مناسبی را در کار و زندگی اجتماعی نشان می دهند و می توانند روابط عاشقانه باثبات، اما سطحی ای را حفظ کنند. در سطوح پایین تر سازمان شخصیت، افرادی وجود دارند که ظرفیتشان برای کار یا حرفه، نقصی گسترده دارد و برای سرمایه گذاری روی روابط عاشقانه، و رای روابط جنسی گذرا، ناتوان هستند. نیز، این افراد واکنش پرخاشگرانه تری به تهدید عزت نفس شان نشان می دهند. خودشیفتگی سالم مؤلفه ای از تجربه خود یکپارچه و پنداشت یکپارچه از دیگران مهم است، اما خودشیفتگی بیمارگون، سرمایه گذاری روی دنیای درونی ای است که در آن بازنمایی های بسیار آرمانی شده و نازرنده شده خود و دیگران به طور متناوب با وجوه بی ارزش خود ترکیب می شوند؛ منظور وجوه بی ارزشی است که پیوسته به دیگران فرافکنی می شوند. در نتیجه، دیگران به طور واقع بینانه ای، چندبعدی یا بی مانند دیده نمی شوند؛ بلکه از منظر وجوه خود نازرنده یا آرمانی شده ای که به آنها فرافکنی شده است، ارزیابی می شوند. چنین تجربه دوگانه ای از خود و دیگران، نوساناتی را در خود و تنظیم عاطفه ایجاد می کند؛ زیرا فرد بین حس مثبت و عالی خود، در قامت خودی برتر و ویژه و حس منفی و نازرنده شده خود، در قامت خود ناکافی و بی ارزش، در نوسان است. در این افراد بازنمایی های ذهنی یکپارچه و متمایز برای مهار کردن خود در مواجهه با فراز و نشیب های اجتناب ناپذیر در زندگی و روابط وجود ندارد. این ناپوستگی ها در تجربه خود و دیگران مهم، به اختلالاتی در حس هویت و ظرفیت حفظ روابط پایدار می انجامد. از این رو، خودشیفتگی بیمارگون از تودرتوی پیچیده و پویای خود و فرایندهای ارتباطی ناشی می شود؛ رگه های دقیقی که ممکن است از