

Prediction of Pathological Narcissism Based on Family System: The Mediating Role of Narcissistic Wounds and Perfectionism

Fateme Gholamipour¹,
Isaac Rahimian Boogar²,
Siavash Talepasand³

¹ MSc Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

³ Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

(Received December 24, 2016 Accepted April 26, 2017)

Abstract

Background and purpose: Family background is effective in incidence of unhealthy personality traits such as pathological narcissism. The aim of this study was to predict pathological narcissism according to family system and the mediating role of narcissistic wounds and perfectionism.

Materials and methods: In a cross-sectional descriptive study, 477 high school girls in Qom, Iran were selected by convenience sampling in 2015-2016 academic year. Data was obtained by Family Dynamic Environment Scale (FDES), Childhood Recollection Scale (CRS), Narcissistic Injury Scale (NIS), Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ), and Maladaptive Covert Narcissism Scale (MCNS). Data was then analyzed using structural equation modeling by LISREL-8.53 Software. Moreover, descriptive statistics were analyzed using SPSS-22 Software.

Results: Fit indices in final model indicate good model fit with data (RMSEA=0.066, GFI=0.98, IFI=0.98, $\chi^2=18.60$, $P<0.05$). According to the findings, the original assumed model and all assumed paths had significant path coefficients ($P<0.05$). Although, the path coefficients between the variables in the model were significant, but the direct and indirect path with mediating role of injury narcissism of the family system to pathological narcissism had the highest degree of coefficients ($\beta=0.63$, $\beta=0.65$, respectively, $P<0.05$).

Conclusion: The family system affects pathological narcissism directly and indirectly via reinforced narcissism wounds and negative perfectionism. In preventing the pathological narcissism, any appropriate intervention on family status and family-related unhealthy personality traits could be of great benefit.

Keywords: narcissism, perfectionism, grandiosity, family

پیش بینی خودشیفتگی بیمارگونه مبتنی بر نظام خانواده: نقش میانجی خودبزرگ بینی کاذب و کمال گرایی

فاطمه غلامی پور¹

اسحق رحیمیان بوگر²

سیاوش طالع پسند³

چکیده

سابقه و هدف: زمینه خانوادگی در بروز صفات ناسالم شخصیت از جمله خودشیفتگی بیمارگونه مؤثر است. هدف پژوهش حاضر، پیش بینی خودشیفتگی بیمارگونه با توجه به نظام خانواده و نقش واسطه‌ای خودبزرگ بینی کاذب و کمال گرایی بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی مقطعی، تعداد 477 دانش آموز دختر مقطع دبیرستانی شهر قم در سال تحصیلی 95-1394 به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های به دست آمده با استفاده از مقیاس محیط پویای خانواده (FDIS)، مقیاس تجدید خاطرات کودکی (CRS)، مقیاس خودبزرگ بینی کاذب (NIS)، پرسشنامه کمال گرایی بالینی (CPQ) و مقیاس خودشیفتگی نهان بیمارگونه (MCNS) به کمک مدل‌یابی معادله ساختاری با استفاده از نرم افزار LISREL-8/53 تجزیه و تحلیل شدند. به علاوه، آمار توصیفی با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شاخص‌های برازندگی مدل نهایی نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل با داده‌های مشاهده بودند ($\chi^2=18/60$, $IFI=0/98$, $GFI=0/98$, $RMSEA=0/066$). طبق یافته‌های به دست آمده، مدل فرضی اولیه این مطالعه و تمامی مسیرهای مفروض دارای ضریب مسیر معنی دار بود ($P<0/05$). اگرچه ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در مدل معنادار بود، اما مسیر مستقیم و غیرمستقیم با میانجی خودبزرگ بینی کاذب از نظام خانواده به خودشیفتگی بیمارگونه دارای بالاترین مقدار ضریب مسیر بود (به ترتیب، $\beta=0/63$ و $\beta=0/65$ و $P<0/05$).

استنتاج: نظام خانواده به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق تقویت خودبزرگ بینی کاذب و کمال گرایی منفی در بروز خودشیفتگی بیمارگونه مؤثر است. در پیشگیری از بروز خودشیفتگی بیمارگونه مداخله در وضعیت خانوادگی و صفات ناسالم شخصیتی بر گرفته از خانواده اهمیت دارد.

واژه های کلیدی: خودشیفتگی، کمال گرایی، خودبزرگ بینی، خانواده

مقدمه

به جانب بودن و میل به قدرت و برتری، سطح پایین همدلی و صمیمیت عاطفی همراه با عزت نفس کاذب است (1، 2). خودشیفتگی بیمارگونه در فرایندهای رشدی

خودشیفتگی بیمارگونه (pathological narcissism) یک الگوی رفتاری ناسالم با ویژگی‌های منحصر به فرد، احساس غرور، حس حق

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

مؤلف مسئول: اسحق رحیمیان بوگر - سمنان: دانشگاه سمنان

1. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

2. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

3. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

تاریخ دریافت: 1395/10/4 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1395/10/28 تاریخ تصویب: 1396/2/6

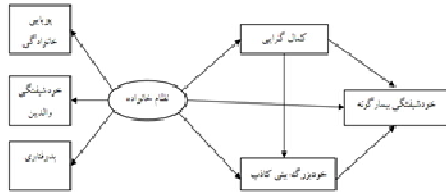
ناسالم، عدم دریافت همدلی و روابط بین فردی معیوب به وجود می آید که با چند پاره شدن ساختار خود یا خودبزرگ بینی کاذب (narcissistic wound) همراهی دارد (3). طبق نظر Kohut از مدل روانشناسی خود، خودشیفتگی بیمارگونه نتیجه ی فقدان همدلی والدین طی دوره رشد است و تداوم آن مرتبط با نظام خانواده است (4). به عبارتی، فرزندانی که به نیازهای والدین خودشیفته خود پاسخ ندهند، به روش هایی از جمله بدرفتاری جسمانی و پرخاشگری، سرزنش، طرد عاطفی و انتقاد مورد تنبیه قرار می گیرند و در این حالت صفات ناسالم شخصیتی در آنان شکل می گیرد (4).

سوابق و شواهد پژوهشی قبلی نشان می دهند که نظام خانواده و پویایی های آن، احساسات خودبزرگ منشی و گرایشات کمال گرایی نقش مهمی در بروز خودشیفتگی بیمارگونه دارند (2، 3). در این بررسی، نظام خانواده (family system) متغیر نهفته ای تعریف شده است که توسط سه شاخص بدرفتاری در دوران کودکی، خودشیفتگی والدین و پویایی خانواده مورد بررسی قرار می گیرد. از عوامل مؤثر بر خودشیفتگی بیمارگونه در فرزندان، نظام و جو حاکم بر خانواده، خودشیفتگی و چگونگی رفتار والدین و سبک فرزندپروری آن ها و پویایی های خانواده (family dynamics) در ارتباط بین اعضاء است (4، 5). خودشیفتگی در سنین اولیه متأثر از بیش ارزش دهی والدین (parental overvaluation) است که با ویژگی های خودمجدوبی، نگرانی در مورد تظاهرات بیرونی، فاصله گرفتن از دیگران و عدم تمایل به روابط نزدیک عاطفی مشخص می شود (6). در خانواده خودشیفته، خودشیفتگی فرزندان توسط بیش ارزش دهی والدین یا نیازهای کاذب آن ها رشد می یابد (6). به طور کلی، تأثیرات والدین بر حالات روانی کودکان از جمله ناسازگاری های کودکان و سایر اختلالات روانی نظیر اختلالات شخصیت در بررسی های مختلف قابل توجه بوده است (5). بدرفتاری دوران کودکی درون خانواده

مخصوصاً بدرفتاری هیجانی و جنسی پیش بینی کننده دل بستگی ناایمن (insecure attachment)، بی کفایتی های اجتماعی و خودبزرگ بینی کاذب در سنین بعدی زندگی است (4، 7). افراد قربانی بدرفتاری مستمر در دوران کودکی به دلایلی از جمله پیدایش دل بستگی ناایمن، دارای خودبزرگ بینی کاذب و آسیب به عزت نفس هستند و در خطر بروز صفات بیمارگونه شخصیت و نیز اختلال شخصیت خودشیفته هستند (7، 9). بدرفتاری و وجود خودبزرگ بینی کاذب سبب پرخاشگری مستمر، بزرگ منشی، نفوذ و برتری در دیگران و سرانجام خودشیفتگی بیمارگونه می شود (10). خودبزرگ بینی کاذب به معنای از بین رفتن عزت نفس در روابط بین فردی ناسالم و تجربه مستمر تهدید ادراک شده عزت نفس یا خودارزشی است که در روابط بین فردی به شیوه خشم خودشیفتگی (narcissistic rage) تظاهر می کند (10). خودبزرگ بینی کاذب به عنوان یک حالت پیش مرضی سبب رشد الگوی شخصیتی خودشیفتگی بیمارگونه می گردد (3). در پژوهش های دیگر، خودشیفتگی بیمارگونه با کمال گرایی رابطه ای معنی دار داشت (11). کمال گرایی به عنوان فعالیت های اجباری نسبت به اهداف غیرممکن، تمرکز بر نقایص خود و باور به این که فرد هرگز به اندازه کافی خوب نبوده و نوعی پاسخ به آسیب های روانی تعریف شده است (11). کمال گرایی در بروز صفات شخصیتی بیمارگونه، ناسازگاری های روانی، خودشیفتگی و اختلالات مرتبط با خود ارتباط داشته است (12).

ویژگی های منفی در خانواده و یا حضور در خانواده های ناکارآمد زمینه ای برای بروز کمال گرایی منفی است که به طور مستقیم و یا توسط عوامل دیگری سبب خودشیفتگی بیمارگونه می شود (11، 13). سبک فرزندپروری مستبد و کنترل زیاد بر فرزندان در خانواده به پیدایش خودبزرگ بینی کاذب و کمال گرایی منفی و ناکارآمد منجر می شود که به نوبه خود سبب رشد

کلیه‌ی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه قم در کل مناطق استان در سال تحصیلی 94-95 بودند.



نمودار شماره 1: مدل فرضی پیش‌بین خودشیفتگی بیمارگونه مبتنی بر نظام خانواده با توجه به نقش میانجی خودبزرگی‌بینی کاذب و کمال‌گرایی

با توجه به پارامترهای مدل به عنوان ملاک حجم نمونه مناسب در معادلات ساختاری (18) و نیز به منظور افزایش توان آماری، حجم نمونه از میان جامعه‌ی آماری فوق به شیوه‌ی در دسترس، 500 نفر انتخاب شد. با توجه به عدم شانس برابر در انتخاب شرکت‌کنندگان به دلایلی از جمله ملاک‌های ورود و خروج مشخص، عدم همکاری معلم برخی کلاس‌ها در نمونه‌برداری، فشردگی کلاس‌ها، عدم امکان ورود به برخی از مدارس و نیز نمونه‌برداری در فرصت‌های خارج از کلاس، امکان نمونه‌گیری تصادفی میسر نبود و لذا روش نمونه‌گیری، در دسترس بود. به دلیل دقت زیاد در جمع‌آوری اطلاعات و پرکردن پرسشنامه به طور کامل با حذف پرسشنامه‌های ناقص و ناکامل و توجه به دیگر ملاک‌های خروج، 23 نفر از مطالعه حذف شدند و حجم نمونه‌نهایی پژوهش 477 نفر بود.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های جسمانی شدید، همکاری در تکمیل ابزارها و دامنه سنی بین 15 تا 18 سال. عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و بیماری‌های جسمانی شدید با پرسش از شرکت‌کنندگان در مورد سابقه و نیز بررسی پرونده تحصیلی سنجیده شد. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از عدم تکمیل کامل ابزارهای مطالعه و عدم تسلط کافی به زبان فارسی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها.

عزت‌نفس کاذب و خودشیفتگی بیمارگونه در فرزندان می‌گردد (14، 15).

به علاوه، پویایی‌های ناسالم، فرزندپروری مستبدانه یا روابط معیوب در خانواده با عدم رفع نیازها و خواسته‌های فرزندان همراه است که ممکن است در بروز صفات بیمارگونه شخصیتی و مشکلات رفتاری نقش داشته باشد (16، 17). پویایی‌های خانوادگی الگوهای خاص ارتباطی یا تعاملات خاص بین اعضای یک خانواده هستند که در صورت معیوب بودن سبب رشد آسیب‌شناسی در کودکان می‌گردند (16).

بنابر آنچه که گفته شد و اهمیت مطالعات در زمینه صفات خودشیفتگی بیمارگونه و بر اساس پیشنهاد مطالعات قبلی، در این پژوهش خودشیفتگی بیمارگونه مبتنی بر عامل نظام خانواده و نقش میانجی خودبزرگی‌بینی کاذب و کمال‌گرایی بررسی می‌شود. خلاء پژوهشی در این زمینه در ایران، نیازهای جمعیت مخاطب و وجود تمایلات فراوان به سمت پرورش ویژگی‌های خودشیفته و نازپرورده و مورد توجه بودن دائم فرزندان بر ضرورت مطالعه در این زمینه می‌افزاید. هم‌چنین، رشد خودشیفتگی بیمارگونه در خانواده‌ها و جامعه سبب بروز آشفتگی‌هایی خواهد شد که با بار اقتصادی - اجتماعی بالایی همراه است. بنابراین بهتر است به جای شناسایی و درمان، به پیشگیری از بروز مشکلات خودشیفتگی در این حیطه پرداخت. با توجه به مبانی نظری مطرح شده، هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی خودشیفتگی بیمارگونه مبتنی بر نظام خانواده همراه با بررسی نقش میانجی خودبزرگی‌بینی کاذب و کمال‌گرایی در بروز خودشیفتگی بیمارگونه است. مدل نظری مطالعه، مبتنی بر شواهد قبلی (4، 10، 16) ارائه شده است (نمودار شماره 1).

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی (cross-sectional descriptive study)، جامعه آماری پژوهش حاضر

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل موارد زیر بودند

مقیاس محیط پویای خانواده (Family Dynamic Environment Scale; FDES) توسط Kim و Kim در سال 2007 تدوین شد و یک ابزار چند بعدی است که پویایی خانواده را می‌سنجد (19). نسخه جامع مقیاس FDES شامل 60 عبارت در هفت عامل است و نسخه کوتاه‌تر آن شامل 42 عبارت در پنج عامل است. نمره گذاری مقیاس در طیف لیکرت 6 نقطه‌ای (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. مقیاس FDES پویایی خانواده را در 5 عامل شامل تنش و عدم رضایت، رابطه کودک - والد، نگرش فرزندپروری پدر، انسجام در خانواده و نگرش فرزندپروری مادر می‌سنجد. اعتبار سازه، محتوی و صوری مقیاس تایید شد و ضرایب پایایی با آزمون - باز آزمون و آلفای کرونباخ توسط Kim و Kim به ترتیب برای کل مقیاس 0/70 و 0/86 به دست آمد و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها نیز از 0/78 تا 0/92 متغیر بود (19). در این مطالعه، پایایی به شیوه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/93 و برای خرده مقیاس‌ها بین 0/79 تا 0/95 به دست آمد. مقیاس تجدید خاطرات کودکی (Childhood Recollection Scale; CRS) برای سنجش خودشیفتگی والدین، بی تفاوتی، سردی، طرد، قابلیت اعتماد و کمال گرایی در والدین توسط Otway و Vignoles (2006) تدوین شده است (20). این پرسشنامه دارای 15 گویه است و نمره گذاری آن در طیف لیکرت هفت نقطه‌ای (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. گویه‌های 3، 4، 6، 11 به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این مقیاس از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار بود. تحلیل عامل این ابزار توسط Otway و Vignoles به کشف عامل سردی، عامل بی تفاوتی والدین و طرد توسط آن‌ها و عامل بیش برآورد کردن والدین منجر شد (20). همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای 11 گویه اول در رابطه با سردی والدین 0/92 و برای چهار گویه آخر در رابطه با کمال گرایی والدین 0/68. به دست آمد (20). در این

مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/77 به دست آمد.

- مقیاس خودبزرگ بینی کاذب (Narcissistic Injury Scale; NIS) به عنوان ابزار خودسنجی توسط Slyter (1989) برای ارزیابی جنبه‌های مهم خودبزرگ بینی کاذب، محدودیت عواطف، بزرگ منشی، افسردگی، درک رابطه ی والد - کودک و درک ساختار خود تدوین شده است (21). این مقیاس دارای 50 گویه است که در طیف لیکرت 6 طبقه‌ای نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین 38 تا 228 است و نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده این است که فرد از آسیب‌های خودشیفتگی رنج می‌برد. همسانی درونی با آلفای کرونباخ به دست آمده از مطالعه بر 250 دانشجو توسط Zamostny و همکاران در 38 آیتم 0/94 بوده است (21). بارهای عاملی مقیاس خودبزرگ بینی کاذب در تحلیل عاملی در 38 آیتم از 0/28 تا 0/75 متغیر بوده است و با شاخص آسیب شناسی روانی عمومی دارای ضریب همبستگی 0/64 است (21). در مطالعه حاضر، همسانی درونی مقیاس خودبزرگ بینی کاذب به روش آلفای کرونباخ 0/88 به دست آمد.

- پرسشنامه کمال گرایی بالینی (Clinical Perfectionism Questionnaire; CPQ) برای سنجش وابستگی بیش از حد فردی به خودارزیابی در پیگیری قاطعانه از تقاضاهای شخصی و یا تلاش برای دستیابی به معیارهای بسیار بالا و دست نیافتنی و حداقل دارای یک بعد بسیار برجسته و حتی با وجود عواقب ناگوار در دستیابی به اهداف توسط Fairburn و همکاران (2003) تدوین شد (22). مقیاس CPQ شامل 12 گویه است و گویه‌های 2 و 8 به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت چهار نقطه‌ای (هرگز، به ندرت، بعضی اوقات، همیشه) است و کم‌ترین امتیاز مربوط به هر گویه 1 و بیش‌ترین امتیاز 4 است. در تحلیل عامل، این پرسشنامه شامل دو عامل یعنی تلاش‌های کمال‌گرایی و

دغدغه‌های کمال‌گرایانه بود (22). پایایی با روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس تلاش‌های کمال‌گرایی 0/45 و خرده‌مقیاس دغدغه‌های کمال‌گرایانه 0/60 گزارش شده است (22). آلفای کرونباخ کل به دست آمده توسط Steele و همکاران (23) و Chang و (24) Sanna نشان دهنده پایایی بالای CPQ است (0/83). در مطالعه حاضر، همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه 0/81 به دست آمد.

- مقیاس خودشیفتگی نهان بیمارگونه (Maladaptive Covert Narcissism Scale; MCNS) یک ابزار خودسنجی برای سنجش خودشیفتگی بیمارگونه و باورهای بزرگ‌منشانه‌ی کاذب است که توسط Cheek و همکاران (2013) تدوین شده است (25). این پرسشنامه برای اندازه‌گیری دو عامل مختلف خودشیفتگی بیمارگونه یعنی بزرگ‌منشی - برون‌ریزی (آشکار) و آسیب‌پذیری - حساسیت‌پذیر (پنهان) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل 23 گویه است که در طیف لیکرت 5 نقطه‌ای (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود و کم‌ترین امتیاز در هر گویه 1 و بیش‌ترین امتیاز 5 است (25). ده گویه اول این مقیاس خودشیفتگی با حساسیت فوق‌العاده (HSNS) را مورد سنجش قرار می‌دهد. اعتبار محتوا و صوری مقیاس تأیید شده است و ضریب همبستگی خودشیفتگی نهان این ابزار با MMPI برابر با 0/65، با عامل خودشیفتگی آشکار NPI برابر با 0/30 و با مقیاس خودشیفتگی آشکار سالم برابر با 0/16- بوده است. آلفای کرونباخ کلی به دست آمده توسط Cheek و همکاران (2013) بر روی 420 نفر برای این ابزار 0/89 بوده است و از لحاظ اعتبار ملاکی با تمام حوزه‌های پرسشنامه پنج‌عاملی همبسته بوده است (25).

پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه، رازداری و حفظ اطلاعات محرمانه شرکت‌کنندگان، امکان ترک مطالعه در صورت تمایل

شرکت‌کنندگان به انصراف از شرکت در مطالعه اجرا شد. پس از دریافت کد و تأییدیه کمیته اخلاق پژوهشی (98/95/259) و نیز هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش کل استان قم و آموزش و پرورش هر منطقه به مدارس مقاطع دبیرستان مناطق مراجعه شد. سپس، توضیحاتی در مورد مطالعه و اهمیت آن در شناسایی و پیشگیری و مداخله به موقع ارائه شد و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و ضمن رعایت ملاحظات اخلاقی با اخذ رضایت کتبی آگاهانه و موافقت دانش‌آموزان به شرکت در پژوهش به گردآوری اطلاعات اقدام شد. با توجه به طولانی بودن پرسشنامه، برای کنترل اثر خستگی و کنترل اثرات سقف و کف از روش متوازن‌سازی متقابل استفاده شد که طی آن به ترتیب گویه‌های پرسشنامه‌ها و مقیاس‌ها به پنج شیوه مختلف جابجا شد. سپس، به منظور رعایت رازداری ابزارهای تکمیل شده با کد مشخص شدند. پرسشنامه‌ها به صورت فردی به افراد ارائه شد و از آن‌ها خواسته شد تا با دقت تمام آن‌ها را کامل کنند و شرکت‌کنندگان در متوسط بازه زمانی 30 تا 45 دقیقه آن‌ها را کامل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، آمار توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از مدل‌یابی معادله ساختاری (تحلیل مسیر) با استفاده از نرم‌افزار LISREL 8/53 برای تحلیل داده‌ها در سطح استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، 477 دانش‌آموز دختر با میانگین و انحراف معیار سنی $16/42 \pm 0/66$ مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین 14 تا 18 سال بود که بیش‌ترین فراوانی متعلق به افراد 16 و 17 ساله با تعداد 432 نفر بود که هر کدام دارای 45/3 درصد بودند. در پژوهش حاضر عوامل جمعیت‌شناختی از جمله سن، سطح تحصیلات والدین، وضعیت اجتماعی -

اقتصادی و عامل تک فرزندی یا چندفرزندی خانواده نیز مورد توصیف قرار گرفت که در جدول شماره 1 ارائه شده است.

جدول شماره 1: ویژگی های جمعیت شناختی آزمونی های پژوهش (N=477)

متغیر	طبقه	فراوانی (درصد)
تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم	مادر	320 (67/1)
	پدر	228 (47/8)
تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس	مادر	121 (25/4)
	پدر	129 (27/0)
تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر	مادر	36 (7/5)
	پدر	120 (25/2)
تعداد فرزندان خانواده	تک فرزند	44 (9/2)
	چندفرزندی	433 (90/8)
وضعیت اجتماعی اقتصادی	ضعیف	7 (1/5)
	متوسط	419 (87/7)
	مرفه	51 (10/7)

در جدول شماره 2، آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. به علاوه، آلفای کرونباخ به دست آمده از ابزارهای پژوهش نیز ارائه شده اند (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: میانگین، انحراف معیار، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش و آلفای کرونباخ (N=477)

	6	5	4	3	2	1
مادگی						
انحراف معیار	264	89/36	1989	6052	147/90	2/888
1. کمال گرایی	±460	±2816	±898	±1261	±3068	±420
2. خودبزرگ بینی					-0/88	/44
3. خودشیفتگی				-0/62	/59	/39
4. خودشیفتگی پیروگوه			-0/85	/28	/22	/15
5. پویایی خانواده		-0/93	- /17	/89	/37	/21
6. بدرفتاری	-0/77	/46	- /09	/34	/31	/19

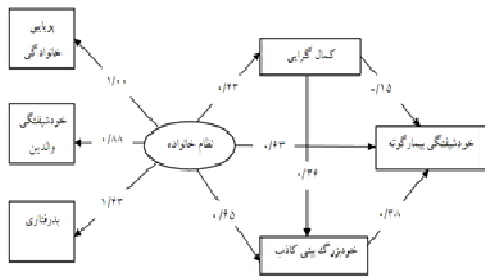
الف: آلفای کرونباخ؛ **P<0/01؛ *P<0/05

طبق جدول شماره 2، بیشترین میانگین (انحراف معیار) در میان متغیرها به ترتیب 147/90 و (30/68) مربوط به خودبزرگ بینی کاذب است و کمترین میانگین (انحراف معیار) برابر با 2/54 (4/60) در بدرفتاری است. در سطح اطمینان 99 درصد، خودبزرگ بینی کاذب همبستگی بالایی با خودشیفتگی بیمارگونه دارد، به عبارتی با افزایش نمره فرد در خودبزرگ بینی

کاذب، خودشیفتگی بیمارگونه نیز افزایش می یابد $p<0/01$ خودبزرگ بینی کاذب با خودشیفتگی والدین، پویایی خانواده و بدرفتاری رابطه مثبت و معنی داری دارد یعنی با افزایش نمرات در خودبزرگ بینی کاذب، نمره فرد در متغیرهای دیگر افزایش می یابد $p<0/01$ بین خودشیفتگی بیمارگونه، خودشیفتگی والدین، پویایی خانواده و بدرفتاری در سطح $p<0/01$ ، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد که به معنای آن است که با افزایش نمرات خودشیفتگی والدین، پویایی خانواده و بدرفتاری، نمره فرد در خودشیفتگی بیمارگونه نیز افزایش می یابد. در سطح اطمینان 99 درصد، بین کمال گرایی و خودبزرگ بینی کاذب رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. یعنی هرچه نمره فرد در کمال گرایی بالاتر باشد، خودبزرگ بینی کاذب نیز افزایش می یابد $p<0/01$ به علاوه، در سطح اطمینان 99 درصد، رابطه بین کمال گرایی، خودشیفتگی بیمارگونه، پویایی خانواده و بدرفتاری مثبت و معنی دار است و هرچه سطح این متغیرها بالاتر باشد، کمال گرایی نیز بالاتر است $p<0/01$ بعد از تحلیل داده های توصیفی، مدل یابی معادله ساختاری برای تحلیل یافته های استنباطی استفاده شد. در ابتدا مفروضه های پارامتریک مدل بررسی شدند و ضمن رعایت مفروضه های تحلیل از جمله عدم همخطی بین متغیرها و خطی بودن داده ها تحلیل انجام گرفت. آزمون مدل فرضی با مدل یابی معادله ساختاری به شاخص های برازش مطلوب مدل نهایی دست یافت (N= 477)، $\chi^2=18/60$ Chi Square و با $P=0/00489$ ، $df=6$ Value= سطح بحرانی x^2 ، $p>0/05$ ، به دلیل تأثیرپذیری بالای شاخص x^2 از حجم نمونه، صاحب نظران استفاده از روش مقایسه ای سایر شاخص های برازش را پیشنهاد می دهند (26).

مقدار شاخص برازش نرم شده (NFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) می تواند بین صفر و 1 باشد، البته مقادیر 0/95 و بالاتر، قابل قبول فرض می شوند (18). مقادیر NFI و CFI در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با

شماره 2 تمامی روابط بین متغیرها مثبت و معنی دار بوده است. در این مدل، نظام خانواده به طور مستقیم در کمال گرایی، خودبزرگی بینی کاذب و خودشیفتگی بیمارگونه مؤثر است و روابط معناداری بین آنها وجود دارد ($p < 0/05$). نظام خانواده به صورت غیرمستقیم از طریق کمال گرایی و خودبزرگی بینی کاذب بر خودشیفتگی بیمارگونه اثر دارد ($p < 0/05$).



Chi-Square=18/60, df=6, P-Value=0/00489, RMSEA=0/066

نمودار شماره 2: آزمون مدل نهایی با ضرایب معیار

طبق مدل معادلات ساختاری، نتایج تحلیل عاملی و تحلیل مسیر به صورت توأم گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی نشان می دهد سه مؤلفه پویایی خانواده، خودشیفتگی والدین و بدرفتاری به ترتیب دارای بارهای عاملی 1/00، 0/88 و 1/43 می باشد. علاوه بر آن بارهای عاملی مؤلفه کمال گرایی، خودبزرگی بینی کاذب و خودشیفتگی بیمارگونه به ترتیب 0/61، 0/61 و 0/56 می باشد (نمودار شماره 2). همه بارهای عاملی مذکور دارای سطح معنی داری آماری و رضایت بخش می باشند، علاوه بر آن نتایج تحلیل مسیر و روابط ساختاری بین متغیرها در مدل نهایی آزمون شده، نشان می دهد که بزرگ ترین ضریب مسیر مربوط به تأثیر

0/98 و 0/98 است که براساس این مقادیر، مدل نهایی مورد تایید است مقادیر شاخص برازش نرم نشده (NNFI) 0/97 با سطح بحرانی $p < 0/95$ ، شاخص برازش افزایشی (IFI) 0/98، ریشه دوم میانگین باقی مانده (RMR) 0/016 (با سطح بحرانی داشتن مقادیر کم)، شاخص نیکویی برازندگی (GFI) 0/98 و شاخص نیکویی برازندگی اصلاح شده (AGFI) 0/95 با سطح بحرانی $p < 0/95$ است. ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) توسط باقیمانده های بین همستگی/ کوواریانس مشاهده شده نمونه و مدل مورد انتظار، میزان برآورد شده از جامعه را نشان می دهد. مقدار RMSEA برای پژوهش حاضر 0/66 با سطح بحرانی $p < 0/08$ ، به دست آمد که بیانگر برازش خوب مدل با داده ها می باشد. آزمون های آماره χ^2/df با سطح بحرانی $p < 0/05$ RMSEA برای ارزیابی میزان انطباق ماتریس برآورده شده با ماتریس مشاهده شده به کار می رود. این آزمون های آماری نشان می دهند که مدل اصلاح شده و نهایی برازش بهتری با داده های مشاهده شده دارد. ضرایب تمامی مسیرها در مدل نهایی معنی دار بود (نمودار شماره 2). به طور خلاصه، بر اساس این شاخص ها، مدل به دست آمده در این پژوهش دارای اطمینان آماری و برازش بالایی است و در نتیجه قادر است تبیین قابل قبولی از یافته ها ارائه کند.

ریشه میانگین مربعات خطای برآورد: GFI شاخص خوبی برازندگی: AGFI شاخص خوبی برازندگی فرم اصلاح شده: NFI. شاخص برازش نرم شده: NNFI مقادیر شاخص برازش نرم نشده: CFI شاخص برازش تطبیقی: IFI. شاخص برازش افزایشی: RMR ریشه دوم میانگین باقی مانده در مدل نهایی SEM، طبق نمودار

جدول شماره 3: شاخص های برازندگی مدل نهایی

P value	RMR	IFI	CFI	NNFI	NFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	df	χ^2	شاخص برازش
<0/05	مقادیر کم	>0/90	>0/95	>0/95	>0/95	>0/95	>0/95	<0/08	3/1	5-3	P>0/05	سطح بحرانی
<0/05	0/016	0/98	0/98	0/97	0/98	0/95	0/98	<0/66	3/1	6	18/60	نهایی مدل

Otway و (20) Vignoles، (27) Horton و Johnson و همکاران (16) همسو است، می‌تواند سبب خودشیفتگی بیمارگونه شوند. از این رو، شرایط و نظام خانوادگی فرد، نحوه تعاملات و برخوردهای اعضای خانواده به خصوص والدین به عنوان تعیین کننده اولیه صفات شخصیتی دیرپا به طور مستقیم بر تجلی و زمینه‌سازی خودشیفتگی بیمارگونه و تداوم آن اثر می‌گذارد.

طبق یافته مدل نهایی، نظام خانواده از طریق نقش میانجی خودبزرگ‌بینی کاذب و کمال‌گرایی بر خودشیفتگی بیمارگونه اثر دارد. وجود رابطه معنی‌دار و غیرمستقیم خانواده با خودشیفتگی بیمارگونه با یافته‌های Brummelman و همکاران (5)، Nealis و همکاران (13)، Zamostny و همکاران (21) همسوست. در تبیین این یافته، فرض می‌شود که به علت وجود پویایی‌ها یا روابط بین فردی نامناسب، شرایط حادروانی والدین و اعضای خانواده و به خصوص بدرفتاری‌های دوران کودکی، فرد به دلیل آسیب‌های وارده بر ساختار و شاکله خود دچار خودبزرگ‌بینی کاذب می‌شود و از آن طریق خوشیفتگی بیمارگونه در او پدید می‌آید. این تبیین همسو با استدلال Zamostny و همکاران است که بیان می‌کنند افراد خودشیفته به واسطه وجود بدرفتاری‌ها و زخم‌های خودشیفتگی، دچار کمال‌گرایی منفی و خودشیفتگی بیمارگونه خواهند شد (21). طبق نظر Fitzpatrick و همکاران، ویژگی‌های کمال‌گرایانه فرد می‌تواند متأثر از نگرش‌های کمال‌پروری افراطی والدین خودشیفته باشد و این ویژگی‌ها زمینه بروز خودشیفتگی بیمارگونه را ایجاد می‌کنند (28). با توجه به مسیر غیرمستقیم نظام خانواده به خودشیفتگی بیمارگونه با نقش میانجی کمال‌گرایی و خودبزرگ‌بینی کاذب می‌توان گفت خانواده‌های آسیب دیده با بدرفتاری کردن دائم با کودکان و یا رفتارهای بیش ارزش‌دهی بر ایجاد خودبزرگ‌بینی کاذب و کمال‌گرایی افراطی اثر می‌گذارند که این دو عامل می‌تواند سبب خودشیفتگی بیمارگونه شود. مبتنی بر یافته‌ها، خودبزرگ‌بینی کاذب

متغیر نظام خانواده بر خودبزرگ‌بینی کاذب ($\beta=0/65$)، $p<0/05$ و بر خودشیفتگی بیمارگونه ($\beta=0/63$)، $p<0/05$ است که نشانه اثرات مستقیم معنی‌دار بر این دو متغیر است. کوچک‌ترین ضریب مسیر مربوط به تأثیر متغیر کمال‌گرایی بر خودشیفتگی بیمارگونه ($\beta=0/15$)، $p<0/05$ است که نشان‌دهنده اثر مستقیم پایین‌تری بر خودشیفتگی بیمارگونه است. نظام خانواده و کمال‌گرایی دارای اثرات مستقیم و غیرمستقیم اما متغیر خودبزرگ‌بینی کاذب فقط دارای اثر مستقیم بر خودشیفتگی بیمارگونه است ($p<0/05$). هم‌چنین، مسیر مستقیمی از نظام خانواده به کمال‌گرایی با ضریب مسیر مثبت و معنی‌دار ($\beta=0/43$)، $p<0/05$ برقرار است و مسیر غیرمستقیم نظام خانواده از طریق کمال‌گرایی به خودشیفتگی بیمارگونه با ضریب مسیر ($\beta=0/15$) نشان می‌دهد که نظام خانواده به‌طور غیرمستقیم بر خودشیفتگی بیمارگونه اثر دارد ($p<0/05$). هم‌چنین مسیر معنادار مثبتی از نظام خانواده به‌طور غیرمستقیم از طریق خودبزرگ‌بینی کاذب ($\beta=0/65$) به خودشیفتگی بیمارگونه ($\beta=0/38$) برقرار است ($p<0/05$).

بحث

طبق یافته‌های به دست آمده، نظام خانواده با خودشیفتگی بیمارگونه ارتباط بالایی دارد و اثر مستقیم نظام خانواده بر خودشیفتگی بیمارگونه معنی‌دار است. یافته‌های این پژوهش مطابق با نتایج پژوهش‌های Johnson و همکاران (16) (7) Kealy و Wiehe و همکاران (6) در این حیطه بوده است. طبق یافته‌های پژوهش حاضر در مورد نظام خانواده بر اساس سه شاخص مهم آن در این مطالعه یعنی خودشیفتگی والدین، بدرفتاری و پویایی خانواده در تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که سابقه بدرفتاری خانوادگی (جسمانی، هیجانی، جنسی یا غفلت)، پویایی‌های نامناسب و مخرب فضای خانواده و خودشیفته بودن والدین همانگونه که با استدلال‌های

به صورت مستقیم بر خودشیفتگی بیمارگونه اثر می‌گذارد. نتیجه پژوهش حاضر همسو با نظریه Kohut است که خشم و خودبزرگ‌بینی کاذب را زمینه‌ای برای خودشیفتگی بیمارگونه می‌داند (4).

هم‌چنین، یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش (4) Zamostny, McLean و همکاران (21) و (29) McDowell همسو است. تبیین احتمالی در راستای این نتیجه این است که وجود آسیب بر ساختار خود در دوران کودکی و پدیدار شدن خودبزرگ‌بینی کاذب می‌تواند با تشکیل رفتارهای دفاعی و روش‌های انطباقی ناسازگارانه، زمینه‌ای برای خودشیفتگی بیمارگونه فراهم سازد. طبق نتایج مدل مورد بررسی در این مطالعه، کمال‌گرایی به طور مستقیم بر خودشیفتگی بیمارگونه اثر می‌گذارد. این یافته پژوهش حاضر با پژوهش Freudenstein و همکاران (15) و Rose و Stern (30) همسو و با یافته‌های پژوهش‌های Otway و Vignoles (20) و Smith و همکاران (11) ناهمسو است. در یک تبیین، وجود گرایش‌های کمال‌گرایانه والدین از طریق بیش ارزش‌دهی باعث خودشیفتگی می‌شود و به این شیوه کمال‌گرایی بیمارگونه و ناسازگارانه، خودشیفتگی بیمارگونه را در پی دارد. تبیین احتمالی دیگر در ارتباط با یافته‌های پژوهشی ناهمسو این است که خودشیفتگی بیمارگونه در پژوهش‌های دیگر با سبک فرزندپروری و رفتارهای سرد و بی‌تفاوت والدین و در ارتباط با خودبزرگ‌بینی کاذب مرتبط دانسته شده است که در آن‌ها کودک با احساس بی‌ارزشی رشد می‌یابد و توجهی به ارزش‌های کودک نمی‌شود. بنابراین، وجود نتایج ناهمسو در رابطه بین کمال‌گرایی و خودشیفتگی بیمارگونه را می‌توان بر اساس وجود یا عدم وجود دیگر شرایط فرزندپروری، تعاریف مفهومی متفاوت از کمال‌گرایی و خودشیفتگی و نیز روش‌شناسی متفاوت در بررسی‌های مختلف تبیین نمود. به علاوه، در این مطالعه کمال‌گرایی بر خودبزرگ‌بینی کاذب اثر داشت. این یافته پژوهش با پژوهش Mann و

(31) Fitzpatrick و همکاران (28) همسو است. تبیین احتمالی این است که افراد خودشیفته، کمال‌گرایی را به عنوان یک مکانیسم دفاعی و جبرانی برای مخفی‌سازی عیب و نقص خود و ارزیابی‌های انتقادی بیش از حد نشان می‌دهند که نوعی پنهان کردن خودبزرگ‌بینی کاذب در فرد است. طبق نظر Mann، کمال‌گرایی روش جبرانی برای مهار تهدیدهای ناشی از خودبزرگ‌بینی کاذب است (31). از طرفی، این یافته پژوهش حاضر با نظر Karaminia و همکاران (32) ناهمسو است زیرا آن‌ها فقدان کمال‌گرایی مثبت را از عوامل همراه با خودبزرگ‌بینی کاذب می‌دانند و بیان می‌کنند زمانی که فرد از کمال‌گرایی مطلوب برخوردار نباشد و ناامید شود، خودبزرگ‌بینی کاذب را تجربه می‌کند. بر این اساس، کمال‌گرایی منفی بر پیدایش خودبزرگ‌بینی کاذب اثر دارد، در حالی که کمال‌گرایی مثبت و مطلوب با خودبزرگ‌بینی کاذب همراهی مثبتی ندارد. تبیین احتمالی دیگر طبق نظر McLean و Kohut، مبنی بر نظریه Kohut، مبنی بر این موضوع است که افراد خودشیفته دارای سابقه آسیب‌ها و بدرفتاری‌های دوران کودکی و خودبزرگ‌بینی کاذب گرایش به تجربه کمال‌گرایی منفی دارند که تأییدی بر این است که کمال‌گرایی نامطلوب احتمالاً شیوه‌ای برای کنترل نقایص درونی فرد باشد (4). از طرفی، همان‌گونه که Smith و همکاران معتقد هستند (11)، می‌توان استدلال نمود که شکست در فرایند دست‌یابی به استانداردهای بسیار بالا طبق معیارهای کمال‌گرایی سخت، سبب خودبزرگ‌بینی کاذب می‌شود که می‌تواند فرد را به خودشیفتگی بیمارگونه مبتلا سازد.

این پژوهش دارای برخی محدودیت‌ها بود. یکی از محدودیت‌های مطالعه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری است. مطالعه بر دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه استان قم انجام گرفته است و تعمیم نتایج آن به سایر جوامع باید با احتیاط صورت گیرد. به علت محدود بودن تحقیقات دیگر در این زمینه، امکان مقایسه نتایج

برنامه‌های بهبود روش‌های فرزندپروری می‌تواند در پیشگیری از بروز صفات بیمارگونه شخصیتی از جمله خودشیفتگی بیمارگونه مؤثر باشد. از این رو، جهت به کارگیری یافته‌ها پیشنهاد می‌شود تدوین برنامه‌های آگاه سازی والدین و جامعه نسبت به زمینه‌های بروز خودشیفتگی بیمارگونه در اولویت قرار بگیرند. هم‌چنین، با حمایت از خانواده‌های درگیر این حالات نامطلوب می‌توان به آن‌ها در داشتن زندگی مطلوب به منظور کاهش پیامدهای نامطلوب شخصیتی در فرزندان کمک کرد.

سپاسگزاری

این پژوهش توسط تحصیلات تکمیلی دانشگاه سمنان جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در روانشناسی بالینی مصوب و اجرا شد. از پرسنل محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه سمنان، سازمان آموزش و پرورش استان قم، مدیران و پرسنل محترم مدارس و نیز دانش آموزان محترم شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

پژوهش با سایر تحقیقات انجام شده به صورت کامل وجود نداشت. استفاده از طرح مقطعی برای توصیف روابط بین متغیرها، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی برای جمع‌آوری اطلاعات و احتمال وانمود خوب و بد در پاسخ دادن، محدودیت‌های دیگری است که پیامد پژوهش و استنتاج از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هم‌چنین، مدل‌یابی معادلات ساختاری، استنتاج روابط علی از این پژوهش را محدود می‌سازد. انجام این پژوهش در نمونه دیگر، استفاده از طرح‌های آزمایشی با نمونه‌گیری‌های تصادفی می‌تواند در تعیین روابط علی کمک کننده باشد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد نتایج نهایی پژوهش حاکی از آن هستند که نظام خانواده به عنوان یک متغیر نهفته با توجه به سه شاخص آن (پویایی خانواده، بدرفتاری در دوران کودکی و خودشیفتگی والدین) در خودشیفتگی بیمارگونه تأثیر مستقیم و غیرمستقیم (از طریق کمال‌گرایی و خودبزرگ‌بینی کاذب) دارد. بنابراین، توجه به شرایط مساعد روانی و آرامش‌بخش خانواده، وجود بیماری‌های روانی والدین و پیشگیری از بدرفتاری‌های دوران کودکی و نیز تدوین

References

1. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 421-446.
2. Wright AG, Pincus AL, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Krueger RF. Conceptions of narcissism and the DSM-5 pathological personality traits. *Assessment* 2013; 20(3): 339-352.
3. Roche MJ, Pincus AL, Conroy DE, Hyde AL, Ram N. Pathological narcissism and interpersonal behavior in daily life. *Personal Disord.* 2013; 4(4):315-323.
4. McLean J. Psychotherapy with a Narcissistic Patient Using Kohut's Self Psychology Model. *Psychiatry (Edgmont)* 2007;4(10):40-47.
5. Brummelman E, Thomaes S, Nelemans SA, Orobio de Castro B, Overbeek G, Bushman BJ. Origins of narcissism in children. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2015;112(12):3659-3662.
6. Kealy D, Hadjipavlou GA, Ogrodniczuk JS. On overvaluing parental overvaluation as the origins of narcissism. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2015; 112(23): E2986

7. Wiehe VR. Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents. *Child Abuse Negl* 2003; 27(5):541-555.
8. Izdebska A, Beisert MJ, Roszyk A. The early childhood sexual experiences and collusion in adult partner relationship. *Psychiatr Pol* 2015; 49(3):625-636
9. Oltmanns TF, Gleason ME, Klonsky ED, Turkheimer E. Meta-perception for pathological personality traits: do we know when others think that we are difficult? *Conscious Cogn* 2005; 14(4): 739-751.
10. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, et al. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord* 2007 Aug; 21(4):442-447.
11. Smith MM, Sherry SB, Chen S, Saklofske DH, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review. *J Res Pers* 2016; 64: 90–101
12. Casale S, Fioravanti G, Rugai L, Flett GL, Hewitt PL. The interpersonal expression of perfectionism among grandiose and vulnerable narcissists: Perfectionistic self-presentation, effortless perfection, and the ability to seem perfect. *Pers Individ Dif* 2016; 99: 320–324.
13. Nealis LJ, Sherry SB, Sherry DL, Stewart SH, Macneil MA. Toward a better understanding of narcissistic perfectionism: Evidence of factorial validity, incremental validity, and mediating mechanisms. *J Res Pers* 2015; 57: 11–25.
14. Lee MA, Schoppe-Sullivan SJ, Kamp Dush CM. Parenting Perfectionism and Parental Adjustment. *Pers Individ Dif* .2012; 52(3): 454-457
15. Freudenstein O, Valevski A, Apter A, Zohar A, Shoval G, Nahshoni, E, et al. Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Compr Psychiatry* 2012; 53(6): 746–752.
16. Johnson JG, Liu L, Cohen P. Parenting behaviours associated with the development of adaptive and maladaptive offspring personality traits. *Can J Psychiatry* 2011; 56(8):447-456.
17. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(5): 579-587.
18. Mueller RO. Basic principles of structural equation modeling: An introduction to LISREL and EQS. New York : Springer. 1999.
19. Kim HS, Kim HS. Development of a family dynamic environment Scale for Korean adolescents. *Public Health Nurs*. 2007; 24(4):372-381.
20. Otway LJ, Vignoles VL. Narcissism and childhood recollections: a quantitative test of psychoanalytic predictions. *Pers Soc Psychol Bull* 2006; 32(1):104-116.
21. Zamosny KP, Slyter SL, Rios P. Narcissistic injury and its relationship to early trauma, early resources, and adjustment to college. *J Couns Psychol* 1993;40(4):501-510.
22. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. *The Clinical Perfectionism Questionnaire*. Oxford UK: University of Oxford . 2003.

23. Steele AL, O'Shea A, Murdock A, Wade TD. Perfectionism and its relation to overevaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample. *Int J Eat Disord* 2011;44(5): 459-464.
24. Chang EC, Sanna LJ. Evidence for the validity of the clinical perfectionism questionnaire in a nonclinical population: more than just negative affectivity. *J Pers Asses* 2012; 94(1): 102-108.
25. Cheek JM, Wink PM, Hargreaves KM, Derr JL. Distinctions among overt, covert and adaptive types of narcissism: Conceptualization and measurement. *Proceeding of The Annual Meeting of the American Psychological Association*; June 2013; Honolulu ,Hawaii ; 2013.
26. Steiger JH. Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Pers Individ Dif* 2007; 42(5):893-898.
27. Campbell WK, Miller JD. Parenting as a Cause of Narcissism. *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Hoboken: John Wiley & Sons. 2011
28. Fitzpatrick S, Sherry S, Hartling N, Hewitt P, Flett G, Sherry D. Narcissism, perfectionism, and interest in cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127(6): 176e-177e.
29. McDowell MJ. Autism, early narcissistic injury and self-organization: a role for the image of the mother's eyes? *J Anal Psychol* 2004;49(4):495-519.
30. Rose AB, Stern TA. Narcissistic Patients: Understanding and Managing Feelings and Behaviors. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015; 17(4): 10. 4088/ PCC. 15f01823.
31. Mann MP. The adverse influence of narcissistic injury and perfectionism on college students' institutional attachment. *Pers Individ Dif* 2004;36(8):1797-1806
32. Karaminia R, Soltani MA, Bagherian-Sararoudi R. Prediction of elders' general health based on positive and negative perfectionism and type-d personality. *Int J Prev Med*. 2013; 4(6): 641-647.