

## Comparison of pathological narcissism and its dimensions in people with substance use disorders with non-clinical people

Saeedeh Mosavi Nasab<sup>1</sup>, Mehdi Soleimani<sup>2</sup>, Abolfazl Mohammadi<sup>3</sup>

1-MA, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
(Corresponding Author). E-mail: Msoleimani@sina.tums.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Psychology, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, Canada.

Received: 02/11/2021

Accepted: 13/03/2022

### Abstract

**Introduction:** Pathological narcissism is a sophisticated psychological construct that has two dimensions i.e. grandiosity and vulnerability. Substance use disorders have been related to grandiosity in the literature, but their relationship with vulnerability have not been well known

**Aim:** The aim of this study was to compare pathological narcissism and its dimensions in people with substance use disorders with non-clinical individuals.

**Method:** The research design was analytic-cross sectional study with ex-post facto (comparative) procedure. The statistical population included all people with substance use disorders who had referred to the addiction clinic of Roozbeh Hospital in Tehran from June to January 2019. The sample consisted of 93 people with substance use disorders and 92 people from non-clinical population who were included in the study by convenience sampling method. Both groups completed the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, the Pathological Narcissism Inventory & the General Health Questionnaire (for screening in non-clinical population). Data were analyzed using two-way and one-way analysis of variances and Spearman correlation coefficient in SPSS-24.

**Results:** People with substance use disorders had significantly higher scores in pathological narcissism and its dimensions compared to the non-clinical group ( $P < 0.001$ ). Spearman correlation coefficient between the variables of addiction severity and pathological narcissism ( $p < 0.001$ ), grandiose narcissism ( $p < 0.001$ ) and vulnerable narcissism ( $p < 0.001$ ) were significant and positive.

**Conclusion:** The present study highlighted the importance of evaluation and treatment planning for pathological narcissism especially vulnerability domain in substance use disorders.

**Keywords:** Pathological narcissism, Substance use disorders, Grandiosity, Vulnerability

---

**How to cite this article:** Mosavi Nasab S, Soleimani M, Mohammadi A. Comparison of pathological narcissism and its dimensions in people with substance use disorders with non-clinical people. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (1): 106-117. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1285-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## مقایسه‌ی خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالینی

سعیده سادات موسوی نسب<sup>۱</sup>، مهدی سلیمانی<sup>۲</sup>، ابوالفضل محمدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Msoleimani@sina.tums.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ساسکتچوان، ساسکتچوان، کانادا.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** خودشیفتگی مرضی سازه روانشناختی و پیچیده است که دو بعد آسیب‌پذیری و بزرگمنشی را دارد. بزرگمنشی خودشیفته با اختلال مصرف مواد مرتبط است اما نقش آسیب‌پذیری در این اختلال چندان روشن نیست.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالینی بوده است.

**روش:** طرح پژوهش تحلیلی - مقطعی از نوع پس‌رویدادی (مقایسه‌ای) بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بود که از خرداد تا دی ماه سال ۱۳۹۷ به درمانگاه اعتیاد بیمارستان روزبه تهران مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش متشکل از ۹۳ نفر بیمار مبتلا به اختلال مصرف مواد و ۹۲ نفر از جمعیت غیربالینی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند. هر دو گروه آزمون غربالگری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور، پرسشنامه خودشیفتگی مرضی و پرسشنامه سلامت عمومی (برای غربالگری جمعیت غیربالینی) را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس دو راهه و یک راهه و ضریب همبستگی اسپیرمن و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

**یافته‌ها:** افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور معناداری نمرات بالاتری در خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در مقایسه با گروه غیربالینی داشتند ( $P < 0/001$ ). همبستگی مثبت معناداری بین متغیرهای شدت اعتیاد و خودشیفتگی مرضی ( $p < 0/001$ )، بزرگمنشی خودشیفته ( $p < 0/001$ ) و آسیب‌پذیری خودشیفته ( $p < 0/001$ ) مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، اهمیت شناسایی خودشیفتگی مرضی و بویژه بعد آسیب‌پذیر و برنامه‌ریزی درمانی مناسب برای آن توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** خودشیفتگی مرضی، اختلال مصرف مواد، بزرگمنشی، آسیب‌پذیری

## مقدمه

اختلال مصرف مواد<sup>۱</sup> مجموعه‌ای از نشانگان شناختی، رفتاری و جسمانی است که باعث می‌شوند فرد علی‌رغم مشکلات مرتبط با مواد، به مصرف مواد ادامه دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). عوامل زیستی، وراثتی، شخصیتی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی در تعامل با یکدیگر در ایجاد اختلال مصرف مواد دخیل هستند که در درمان می‌بایست مد نظر قرار گیرند (دریک<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰).

نتایج برخی از پژوهش‌های قبلی نشان دهنده ارتباط بین علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی با اختلال مصرف مواد است. (استینسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریتز، روپکه، مرکل، هوسر، فیدریچ و لمرز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ لارنس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶؛ گای، هاوس، فورد، ویلمن و فولدز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸؛ هابرسات<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ فریزر، ایسیف، تلس و لاپورته<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱). افراد با ویژگی خودشیفتگی مرضی<sup>۱۰</sup> هنگام شکست و تجربه ناکامی و در مواجهه با تهدید تصویر مثبتی که از خود دارند، دچار نقص در تنظیم خود<sup>۱۱</sup> شده و برای مقابله با این تهدیدها، راهبردهای ناسازگارانه‌ای پیش می‌گیرند (هورویتز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹؛ رانینگستام<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵). خودشیفتگی مرضی شامل دو بعد آسیب‌شناختی بزرگمنشی خودشیفته<sup>۱۴</sup> و آسیب‌پذیری خودشیفته<sup>۱۵</sup> است

(کین، پینکس و آنسل<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸). بزرگمنشی خودشیفته شامل یکسری فرایندهای درون‌روانی مانند سرکوب جنبه‌های منفی خود و تحریف اطلاعات بیرونی است طوری که فرد بدون نیاز به موفقیت و یا مهارت، تصویری متورم از خود داشته و همیشه خود را محق می‌داند. از لحاظ رفتاری نیز بزرگمنشی خودشیفته از طریق فعالیت‌های بهره‌کشی بین‌فردی، فقدان همدلی، پرخاشگری و نمایشگری ابراز می‌شود. آسیب‌پذیری خودشیفته شامل بدتنظیمی عواطف و عزت نفس است و منجر به داشتن تجارب آگاهانه‌ای از درماندگی، تهی بودن، عزت نفس پایین و شرم می‌شود. افراد با این ویژگی وقتی، تاییدی که از جانب دیگران لازم دارند را دریافت نمی‌کنند این مسئله را به عنوان نوعی تهدید علیه خود تلقی کرده و با به کارگیری اجتناب اجتماعی با آن کنار می‌آیند (پینکس، آنسل، پیمنتل، کین، رایت و لوی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۹).

اکثر پژوهش‌های مرتبط با اختلال شخصیت خودشیفته مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱۸</sup> بوده‌اند، اما معیارهای تشخیصی این اختلال محدود هستند و فقط بر بعد بزرگمنش آن متمرکز شده‌اند. این امر منجر شده تا بعد آسیب‌پذیری خودشیفته در پژوهش‌های مربوط به این حوزه مغفول بماند. درحالی‌که تقریباً در تمام پژوهش‌ها با رویکرد ابعادی، آسیب‌پذیری خودشیفته در مقایسه با بعد بزرگمنشی، ارتباط بیشتری با اختلال‌های روانی داشته است (بال<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، در آسیب‌شناسی اختلال‌های مصرف مواد تاکنون تاکید

<sup>1</sup>- Substance Use Disorders (SUD)

<sup>2</sup>- American Psychiatric Association

<sup>3</sup>- Drake

<sup>4</sup>- Stinson

<sup>5</sup>- Ritter, Roepke, Merkl, Heuser, Fydrich & Lammers

<sup>6</sup>- Laurence

<sup>7</sup>- Guy, Howes, Ford, Williman & Foulds

<sup>8</sup>- Habersaat

<sup>9</sup>- Fraser, Isaif, Teles & Laporte

<sup>10</sup>- Pathological Narcissism

<sup>11</sup>- Self

<sup>12</sup>- Horowitz

<sup>13</sup>- Ronningstam

<sup>14</sup>- Grandiose Narcissism

<sup>15</sup>- Vulnerable Narcissism

<sup>16</sup>- Cain, Pincus & Ansell

<sup>17</sup>- Pimentel, Wright & Levy

<sup>18</sup>- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)

<sup>19</sup>- Ball

کمتری بر ویژگی‌های مربوط به خودشیفتگی شده است (کاراکولا و ترلیوا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

فهم ارتباط خودشیفتگی افراد با اختلال مصرف مواد مخدر می‌تواند در ارتقا برنامه‌ریزی‌های درمانی و مداخلات متمرکزتر کمک کننده باشد. به طور مثال مصرف کوکائین با تسکین افسردگی‌های تهییجی و علائم هیومانی مرتبط است، در حالی که مصرف مخدرها احساس خشم را تعدیل می‌کند (خانتازیان<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). همچنین در چندین پژوهش دیگر، تاکید بر رابطه‌ی معنادار قوی‌تری بین سوء مصرف کوکائین و اختلال شخصیت خودشیفته گزارش شده است (واگلوب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ مک‌کوبین و کارلسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ رابرتز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

در این پژوهش سعی شد با دیدگاهی ابعادی به بررسی جامع‌تری از ارتباط خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن با اختلال مصرف مواد، قبل از دریافت هرگونه درمان پرداخته شود. بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه‌ی ابعاد خودشیفتگی مرضی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالینی بود.

## روش

روش پژوهش تحلیلی-مقطعی از نوع پس رویدادی (مقایسه‌ای) بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بود که از خرداد تا دی ماه سال ۱۳۹۷ به درمانگاه اعتیاد بیمارستان روزبه تهران مراجعه کرده بودند. جامعه‌ی آماری برای گروه غیربالینی نیز

همراهان مراجعان به بیمارستان روزبه و کارکنان آن بیمارستان در بازه زمانی خرداد تا دی ماه سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری پژوهش در دسترس در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه ابتدا اطلاعات اولیه شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیر خودشیفتگی مرضی از مطالعه کاراکولا و ترلیوا (۲۰۱۶) بدست آمد، سپس بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه برای تشخیص اختلاف میانگین در دو جامعه مستقل (میرز، گامست و گورینو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶)، حجم نمونه در هر گروه برابر ۸۲ محاسبه شد. با احتساب ۲۰ درصد ریزش، تعداد ۱۰۰ پرسشنامه در هر دو گروه توزیع شد تا پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش و اعمال معیارهای ورود و خروج بتوان به حداقل نمونه مورد نیاز دسترسی داشت. معیارهای ورود برای هر دو گروه شامل سن بالای ۱۸ سال و حداقل توانایی خواندن/نوشتن در حد سیکل و معیار ورود برای گروه بالینی داشتن اختلال مصرف مواد براساس تشخیص روانپزشکی ثبت شده در پرونده پزشکی موجود در درمانگاه اعتیاد بود. معیار خروج برای هر دو گروه عدم پاسخگویی کامل به سوالات پرسشنامه‌ها و معیار خروج برای گروه غیربالینی نمره بالاتر از ۳ در آزمون غربالگری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور و نمره‌ی بالاتر از ۲۴ در پرسشنامه سلامت عمومی بود. برای گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر، با توجه به پرونده‌ی مراجعان درمانگاه اعتیاد بیمارستان روزبه که طبق معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تشخیص اختلال مصرف مواد مخدر را دریافت کرده بودند و طبق نظر متخصص مربوطه (روانپزشک، روانشناس بالینی یا دستیار تخصصی روانپزشکی) دچار اختلال روانپریشی یا

<sup>1</sup>- Karakoula & Triliva

<sup>2</sup>- Khantzian

<sup>3</sup>- Vaglum

<sup>4</sup>- McCown & Carlson

<sup>5</sup>- Robert

<sup>6</sup>- Meyers, Gamst & Guarino

پژوهش تحلیل عاملی که توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) انجام شد شامل چهار عامل اساسی علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی است. هر خرده مقیاس دارای ۷ سوال است و تمامی سوالها در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۳-۰ نمره‌گذاری می‌شوند. نقطه برش کلی این پرسشنامه ۲۴ است (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۷۹). ژانگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۱) آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران نیز ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۴ و ضریب روایی ملاکی، ضریب پایایی دو نیمه آزمون و آلفای کرونباخ نیز به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۰ و ۰/۹۷ گزارش شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). یعقوبی، کریمی، امیدی، باروتی و عابدی (۱۳۹۱) نیز آلفای کرونباخ آزمون را ۰/۹۲ گزارش نمودند.

**آزمون غربالگری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور<sup>۵</sup> (ASSIST):** این پرسشنامه ۸ سوالی توسط علی و همکاران در سال ۲۰۰۲ تهیه شده است. مواد رایج اعتیادآور به تفکیک و در ۱۰ طبقه مورد پرسش قرار می‌گیرند بنابراین نمره شرکت‌کننده در دامنه بین ۰ تا ۳۹ خواهد بود. روایی همزمان با مصرف در طول زندگی برابر با ۰/۹۳، مشتقات تنباکو برابر با ۰/۷۸ و الکل برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است. برآورد روایی سازه از طریق محاسبه همبستگی بین نمرات آزمون و نمرات عدم سلامت روانی و جسمی ۰/۵۷ بدست آمد (علی و همکاران، ۲۰۰۲؛ هومینیک، دنینگستون و علی، ۲۰۰۸).

مسمومیت دارویی نبودند، قبل از دریافت هرگونه درمان، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، آزمون غربالگری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور و پرسشنامه‌ی خودشیفتگی مرضی داده شد. برای غربالگری گروه غربالینی نیز از پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی، آزمون غربالگری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد، سپس افرادی که نمره‌ی خطر پایین (۳ و کمتر) را در آزمون غربالگری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور داشتند و نمرات آزمون پرسشنامه سلامت عمومی آن‌ها پایین تر از ۲۴ بود برای تکمیل پرسشنامه‌ی خودشیفتگی مرضی برای ادامه‌ی همکاری در پژوهش دعوت به عمل آمد. در نهایت برای گروه بالینی (افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد) ۹۳ و برای گروه غربالینی ۹۲ پرسشنامه تکمیل شده بدست آمد. قبل از انجام مصاحبه یا اجرای پرسشنامه، از تمامی افراد شرکت‌کننده رضایت‌نامه کتبی گرفته و حق خروج یا عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌ها توضیح داده شد. از نوشتن نام و مشخصاتی که باعث شناسایی شرکت‌کنندگان می‌شد اجتناب و به جای نام‌گذاری از کدگذاری استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴، شاخص‌های توصیفی، تحلیل واریانس دو راهه، یک راهه و همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

## ابزار

**پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (GHQ):** پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۲ تهیه گردید. در این پژوهش از نسخه ۲۸ سوالی استفاده شد. نتایج

<sup>۳</sup>- Hillier

<sup>۴</sup>- Zhang

<sup>۵</sup>- The Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

<sup>۱</sup>- General Health Questionnaire

<sup>۲</sup>- Goldberg

آسیب‌پذیری خودشیفته ( $\alpha=0/89$ ) و خودشیفتگی مرضی ( $\alpha=0/91$ ) بودند.

### یافته‌ها

در گروه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، ۹۳ نفر با میانگین سنی (انحراف استاندارد)  $30/49$  ( $6/67$ ) بود و در گروه غیربالینی، ۹۲ نفر با میانگین سنی (انحراف استاندارد)  $32/07$  ( $11/18$ )، از نظر جنسیتی در گروه اختلال مصرف مواد، ۸۷ مرد ( $93/5\%$ ) و ۶ زن ( $6/5\%$ ) و در گروه غیربالینی، ۸۶ مرد ( $94/6\%$ ) و ۶ زن ( $5/4\%$ ) وجود داشتند. از نظر متغیر وضعیت تاهل، در گروه اختلال مصرف مواد، ۵۷ نفر مجرد ( $61/3\%$ ) و ۳۶ نفر متاهل ( $38/7\%$ ) و در گروه غیربالینی، ۴۲ نفر مجرد ( $45/7\%$ ) و ۵۰ نفر متاهل ( $54/3\%$ ) حضور داشتند که از نظر آماری دو گروه برابر نبودند و در نتیجه این متغیر وارد تحلیل شد. در گروه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، ۵۵ نفر ( $29/9\%$ ) وابستگی به مواد مخدر، ۲۵ نفر ( $13/6\%$ ) وابستگی به مواد محرک (آمفتامین و مت‌آمفتامین‌ها) و ۱۳ نفر ( $7/1\%$ ) هم وابستگی به سایر مواد (بنزودیازپین‌ها، الکل و توه‌م‌زها) داشتند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن ذکر شده است.

اونیفید<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ ابزار را  $0/7$  گزارش کردند. در ایران پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون و زیرمقیاس‌ها بین  $0/79$  تا  $0/95$  و با روش همسانی درونی بین  $0/68$  تا  $0/93$  گزارش شد. در روایی ملاکی نیز ضرایبی بین  $0/44$  تا  $0/55$  بدست آمد (هوشیاری و همکاران، ۱۳۹۲).

**پرسشنامه خودشیفتگی مرضی<sup>۲</sup> (PNI):** یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی ۵۲ آیتمی است که توسط پینکس و همکاران در سال ۲۰۰۹ برای سنجش خودشیفتگی مرضی ساخته شد. نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای انجام می‌شود. این ابزار دارای ۷ بعد یا مولفه است. تحلیل عاملی تاییدی اعتبار سازه این ابزار را نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی مقیاس‌ها بین  $0/78$  و  $0/93$  قرار داشت و آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه خودشیفتگی مرضی برابر با  $0/95$  بود (پینکس و همکاران، ۲۰۰۹) جکسیک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ خودشیفتگی مرضی، آسیب‌پذیری خودشیفته و بزرگمنشی خودشیفته را به ترتیب برابر  $0/93$ ،  $0/93$  و  $0/83$  بدست آوردند. نسخه‌ی فارسی پرسشنامه خودشیفتگی مرضی در ایران توسط سلیمانی و همکاران (۲۰۱۵) اعتباریابی شده و پایایی بازآزمایی نمرات مقیاس بزرگمنشی خودشیفته، آسیب‌پذیری خودشیفته و نمره‌ی کل خودشیفتگی مرضی به ترتیب  $0/81$ ،  $0/83$  و  $0/84$  گزارش شده است، همچنین ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب  $0/82$ ،  $0/92$  و  $0/93$  گزارش شده است. در پژوهش حاضر، همچنین ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های بزرگمنشی خودشیفته ( $\alpha=0/82$ ) و

<sup>۱</sup>- Onifade

<sup>۲</sup>- Pathological Narcissism Inventory

<sup>۳</sup>- Jaksic

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در گروه‌های اختلال مصرف مواد و غیربالینی

متغیر	گروه اختلال مصرف مواد	گروه غیربالینی
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
آسیب‌پذیری خودشیفته	۹۲/۴۵ (۲۹/۵۵)	۴۹/۹۵ (۲۵/۶۷)
بزرگمنشی خودشیفته	۵۱/۱۵ (۱۷/۷۸)	۳۱/۹۱ (۱۷/۲۰)
خودشیفتگی مرضی	۱۴۳/۶۰ (۴۴/۰۰)	۸۱/۸۶ (۴۰/۰۲)

براساس داده‌های جدول ۱، میانگین نمرات آسیب‌پذیری خودشیفته، بزرگمنشی خودشیفته و خودشیفتگی مرضی در گروه اختلال مصرف مواد بیشتر از گروه غیربالینی است که به طور اخص نمرات آسیب‌پذیری تفاوت بارزی را نشان می‌دهد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای آزمون شاپیرو-ویلک اجرا شد و نتایج این آزمون‌ها حاکی از توزیع نرمال متغیرها بودند. در این پژوهش نمرات Z بیش‌تر و کم‌تر از ۲/۵ داده‌ی دور افتاده در نظر

گرفته شد، که بر این اساس، داده‌ی دور افتاده‌ای وجود نداشت (میرز، گامست و گورینو، ۲۰۰۶). نتایج آزمون لون برای تایید همگنی واریانس‌ها در دو گروه در متغیر خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن حاکی از همگنی واریانس‌ها بود. نتایج و معناداری آزمون تحلیل واریانس دو راهه برای متغیر خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن بزرگمنشی خودشیفته و آسیب‌پذیری خودشیفته به تفکیک در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس دو راهه خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در گروه‌های اختلال مصرف مواد و غیربالینی

متغیر	اثر گروه	اثر تاهل	اثر تعامل گروه و تاهل
	F <sub>(۱,۱۸۱)</sub> اندازه اثر	F <sub>(۱,۱۸۱)</sub> اندازه اثر	F <sub>(۱,۱۸۱)</sub> اندازه اثر
آسیب‌پذیری خودشیفته	۱۰۸/۴۳**	۰/۳۷	۰/۱۵
بزرگمنشی خودشیفته	۵۱/۶۱*	۰/۲۲	۳/۴۴
خودشیفتگی مرضی	۹۶/۷۸**	۰/۳۴	۱/۰۶

\*  $p < 0/05$ ; \*\*  $p < 0/001$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که به طور کلی نمرات خودشیفتگی مرضی در گروه اختلال مصرف مواد به طور معناداری بیش‌تر از گروه غیربالینی بود ( $P < 0/001$ ) و از نظر خودشیفتگی مرضی براساس وضعیت تاهل بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. برای متغیر بزرگمنشی خودشیفته نتایج جدول ۲ نشان داد که از نظر این متغیر بین گروه اختلال مصرف مواد تفاوت معناداری با گروه غیربالینی وجود داشت ( $P < 0/001$ ) و از نظر بزرگمنشی خودشیفتگی براساس وضعیت تاهل بین

گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد دو گروه از نظر نمرات آسیب‌پذیری خودشیفته با هم به طور معناداری تفاوت داشتند ( $P < 0/001$ ). ولیکن از نظر آسیب‌پذیری خودشیفته براساس وضعیت تاهل بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. با این حال، اثر تعاملی گروه و تاهل روی نمرات آسیب‌پذیری خودشیفته معنادار بود ( $p = 0/04$ ). آزمون اثر ساده برای بررسی اثر تعامل معنادار شده اجرا شد و نتایج نشان داد که در نمرات

خودشیفتگی مرضی ( $r=0/36$  و  $p<0/001$ )، بزرگمنشی خودشیفته ( $r=0/30$  و  $p<0/001$ ) و آسیب‌پذیری خودشیفته ( $r=0/35$  و  $p<0/001$ ) بود که هر سه رابطه معنادار و مثبت است. با توجه به ضریب تعیین، ۱۲/۹۶٪ از تغییرات شدت اعتیاد افراد توسط نمره‌ی خودشیفتگی مرضی، ۱۲/۲۵٪ توسط نمره‌ی آسیب‌پذیری خودشیفته و ۹٪ توسط نمره‌ی بزرگمنشی خودشیفته قابل تبیین است. به طورکل نتایج نشان می‌دهد که شدت اختلال مصرف مواد با متغیرهای وابسته پژوهش رابطه‌ای مثبت داشت و هرچه شدت اعتیاد بیش‌تر بود، شدت خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن یعنی آسیب‌پذیری خودشیفته و بزرگمنشی خودشیفته هم بیش‌تر می‌شد. برای بررسی این‌که آیا نوع ماده مصرفی (مخدرها، محرک‌ها و سایر مواد) ارتباطی با خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن دارد، آزمون تحلیل واریانس یک راهه انجام شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شدند.

آسیب‌پذیری خودشیفته در گروه اختلال مصرف مواد بین افراد متاهل و مجرد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F_{(1,92)}=1/07$  و  $p>0/05$ ). ولیکن در گروه غیربالینی بین افراد مجرد و متاهل از نظر آسیب‌پذیری خودشیفته گرایش به معناداری مشاهده شد ( $F_{(1,91)}=3/38$ ) و  $p=0/06$  که می‌تواند علت معناداری اثر تعامل راناشی از تفاوت نمرات آسیب‌پذیری خودشیفته در افراد غیربالینی به حساب آورد. هر چند با توجه به اندازه اثر اندک مشاهده شده در رابطه بین متغیر گروه و آسیب‌پذیری خودشیفته قابل چشم‌پوشی است.

برای بررسی رابطه شدت اختلال مصرف مواد با آسیب‌پذیری خودشیفته و ابعاد آن و باتوجه به نرمال نبودن توزیع نمرات در متغیر شدت اختلال مصرف مواد طبق آزمون شاپیرو-ویلک ( $F=0/87$  و  $p<0/001$ ) آزمون ناپارامتریک همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن اجرا شد. ضریب همبستگی اسپیرمن بین متغیرهای شدت اعتیاد و

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک راهه بر خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در گروه‌های وابستگی به مخدرها، محرک‌ها و سایر مواد

متغیر	مخدرها	محرک‌ها	سایر مواد	$F_{(2,90)}$
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	
خودشیفتگی مرضی	۱۳۶/۹ (۴۴/۶)	۱۵۵/۵ (۳۷/۱)	۱۴۹ (۵۰/۷)	۱/۶۷
آسیب‌پذیری خودشیفته	۸۸/۵ (۲۷/۹)	۱۰۱/۲ (۲۶/۹)	۹۲/۱ (۳۸/۷)	۱/۵۹
بزرگمنشی خودشیفته	۴۸/۳ (۱۹/۸)	۵۴/۳ (۱۲/۷)	۵۶/۸ (۱۵/۴)	۱/۷۶

### بحث

این پژوهش با هدف مقایسه‌ی ابعاد خودشیفتگی مرضی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با افراد غیربالینی انجام شد. نتایج نشان دادند افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور معناداری نمرات بالاتری در خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن در مقایسه با گروه غیربالینی داشتند. این

نتایج نشان داد که بین سه گروه مخدرها، محرک‌ها و سایر مواد در نمرات خودشیفتگی مرضی ( $F_{(2,90)}=1/67$ )، آسیب‌پذیری خودشیفته ( $F_{(2,90)}=1/59$ ) و بزرگمنشی خودشیفته ( $F_{(2,90)}=1/76$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت. ( $p>0/05$ )



نتایج، همسو با سایر مطالعات پیشین درباره‌ی ارتباط اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال مصرف مواد است (واگلوب، ۱۹۹۹؛ استینسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ لارنس، ۲۰۱۶؛ هابرسات و همکاران، ۲۰۱۸؛ فریزر و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین در خصوص ارتباط بین بعد آسیب‌پذیری خودشیفته و اختلال مصرف مواد، نتایج این پژوهش همسو با نتایج مطالعه کاراکولا و تریویلا (۲۰۱۶) است.

یکی از تبیین‌های احتمالی این است که یک نقص بنیادی در "خود" وجود دارد که به صورت ناتوانی در خودتنظیمی عواطف و عزت نفس و شرم بروز پیدا می‌کند. از این‌رو، این افراد با کوچکترین احساس عدم کفایت و یا عدم پذیرش از طرف دیگران، احساس شرم زیادی می‌کنند و قادر به کنترل و تنظیم احساس شرم و بی‌ارزشی خود نیستند. این احساس دردناک شرم منجر به خشم و خصومت و رفتارهای خودتخریب‌گرانه‌ای مثل مصرف مواد می‌شود (خوانتازیان، ۲۰۲۱؛ اولمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). مصرف مواد در افراد با خصوصیت بزرگمنشی خودشیفته، می‌تواند تلاشی برای بازسازی بزرگمنشی و همه‌توانی از دست‌رفته‌ی فرد و دفاعی در مقابل عدم تحمل احساساتی مثل شرم و خشم و افسردگی باشد و که با این روش فرد خودشیفته نوعی کنترل و سلطه بر تکانه‌ها و عواطف خود به خصوص خشم پیدا می‌کند. لذا مصرف داروهای اعتیادآور در افراد خودشیفته می‌توانند کارکرد شدت بخشیدن به ذهنیت مقابله‌ای جبران افراطی داشته باشد و ذهنیت خودبزرگ‌بین آن‌ها را تقویت کند (کرستن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

در راستای تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، مصرف مواد راهی برای تنظیم عزت نفس شکننده‌ی افراد خودشیفته و کنترل عواطف دردناکی مثل شرم و خشم و حسادت و یا احساس بی‌ارزشی و پوچی است. واگلوب (۱۹۹۹) نیز مطرح می‌کند که افراد هر چه تحمل کم‌تری برای عواطف خود داشته باشند و عزت نفس‌شان ناپایدارتر باشد، احتمال مصرف مواد در آن‌ها بیش‌تر می‌شود. همچنین، رفتارهای اعتیادی و قماربازی به عنوان سبک مقابله‌ای اجتنابی دیده می‌شود و ذهنیت‌های مقابله‌ای اجتناب (در آسیب‌پذیری خودشیفته) را تقویت می‌کند. رفتارهایی مثل مصرف مواد باعث می‌شوند مشکلات فرد فراموش شوند، نوعی خوددرمانی که باعث می‌شود شخص برای کاهش مشکلات و ناراحتی‌ها از رفتارهای اجتنابی و افزایش مصرف خود استفاده کند (کرستن، ۲۰۱۲؛ شاتا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰).

در مقایسه‌ای که بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر، محرک و سایر مواد (بنزودیازپین‌ها و الکل و غیره) از نظر خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن انجام شد، رابطه‌ای بین نوع ماده‌ی مصرفی و خودشیفتگی مرضی و ابعاد آن مشاهده نشد. این یافته با یافته‌های کاستنر-بوسک<sup>۴</sup> (۲۰۲۱)، بیلویسیوس<sup>۵</sup> (۲۰۱۹)، مک‌کویین و کارلسون (۲۰۰۴) و نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی که به خصوص تاکید به رابطه‌ی سوءمصرف کوکائین با اختلال شخصیت خودشیفته داشتند، همسو نبود. با این حال، نظریه‌های روان تحلیلی و طرحواره درمانی برای مصرف مواد کارکرد تنظیم نوسانات عزت نفس و تنظیم عواطف منفی را قائل می‌-

<sup>۳</sup>- Shatta

<sup>۴</sup>- Kastner-Bosek

<sup>۵</sup>- Bilevicius

<sup>۱</sup>- Ulman

<sup>۲</sup>- Kersten

### سپاسگزاری

مقاله حاضر در قالب طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۹۶-۰۳-۰۳ IR.TUMS.REC.1395.2532 و کد اخلاق ۳۳۶۷۸-۰۳ با استفاده از اعتبارات پژوهشی و حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. در پایان از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت کردند نیز تشکر و قدردانی می‌کنیم.

### References

- Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, Formigoni MLOS, Israelowitz R, Boemgen de Lacerda R, Marsden J, McRee B, Monteiro M, Pal H, Rubio-Stipec M, Vendetti J. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Association AP. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* American Psychiatric Pub.
- Ball SA, Nich C, Rounsaville BJ, Eagan D, Carroll KM. (2004). Millon Clinical Multi-axial Inventory-III subtypes of opioid dependence: validity and matching to behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 698.
- Bilevicius E, Neufeld DC, Single A, Foot M, Ellery M, Keough MT, Johnson EA. (2019). Vulnerable narcissism and addiction: The mediating role of shame. *Addictive behaviors*, 92, 115-121.
- Bond AJ, Ruaro L, Wingrove J. (2006). Reducing anger induced by ego threat: Use of vulnerability expression and influence of trait characteristics. *Personality and Individual Differences*, 40, 1087-1097.
- Cain NM, Pincus AL, Ansell EB. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric

شوند. لذا از این منظر ویژگی‌های خاص داروشناسی و اثرات شیمیایی متفاوت هر طبقه از مواد تاثیر خاصی بر مصرف بیشتر و یا کمتر آن طبقه ندارد (چیچتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

### نتیجه‌گیری

اختلال‌های مصرف مواد در افرادی که سطوح بالای خودشیفتگی مرضی دارند می‌تواند به عنوان راهی ناسازگارانه برای تنظیم عواطف دردناکی مثل شرم، خشم، رشک و یا احساس بی‌ارزشی و پوچی به منظور حفظ عزت نفس فرد و دستیابی به احساس بزرگمنشی و همه‌توانی باشد. ابعاد آسیب‌پذیری و بزرگمنشی خودشیفته نیز در افراد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد اثرگذار هستند و بویژه به نظر می‌رسد که بعد آسیب‌پذیری نقش ویژه‌ای در آسیب‌شناسی این اختلال بازی می‌کند. از این‌رو، توجه ویژه به عوامل شکل‌گیری و همچنین نحوه پیشگیری و درمان آن در افراد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد حائز اهمیت است. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است که عبارتند از: نمونه‌ی پژوهش حاضر محدود به افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان روزبه بود که تعمیم نتایج را محدود می‌کند، سنجش خودشیفتگی مرضی فقط با یک ابزار صورت گرفته است، مرد بودن بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش و ماهیت همبستگی پژوهش و عدم امکان نتیجه‌گیری علی و معلولی. از این‌رو توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده ضمن برطرف کردن محدودیت‌های پژوهش حاضر، به ارزیابی طولی نحوه شکل‌گیری و تاثیرگذاری خودشیفتگی مرضی در اختلال مصرف مواد پرداخته شود.

<sup>۱</sup> - Cicchetti

- diagnosis. *Clinical psychology review*, 28, 638-656.
- Cicchetti D. (2016). *Developmental psychopathology, theory and method*. John Wiley & Sons.
- Drake CY. (2020). Substance Use Disorder Treatment and Nutrition: A Multidisciplinary Approach. *J Ment Health Soc Behav*, 2, 117.
- Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghoobi M. (2008). Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 5, 5-12. (In Persian)
- Fraser R, Isaif L, Teles D, Laporte L. (2021). Personality Disorders and Addiction Disorders. In *Textbook of Addiction Treatment*, 1373-1389.
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9, 139-145.
- Guy N, Newton-Howes G, Ford H, Williman J, Foulds J. (2018). The prevalence of comorbid alcohol use disorder in the presence of personality disorder: systematic review and explanatory modelling. *Personality and mental health*, 12, 216-228.
- Habersaat S, Romain J, Mantzouranis G, Palix J, Boonmann C, Fegert JM, ... & Urban S. (2018). Substance-use disorders, personality traits, and sex differences in institutionalized adolescents. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44, 686-694.
- Hooshyari Z, Sadralssadat J, Sadralssadat L. (2013). Estimation of Validation and Reliability of Screening Test of Tobacco, Alcohol and Addictive Drugs in Iran. *Research on Addiction*, 7, 37-52. (In Persian)
- Horowitz M. (2009). Clinical Phenomenology of Narcissistic Pathology. *Psychiatric Annals*, 39, 124.
- Humeniuk R, Dennington V, Ali R. (2008). The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial. Geneva: World Health Organization.
- Jaksic N, Milas G, Ivezić E, Wertag A, Jokic-Begic N, Pincus AL. (2014). The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in transitional post-war Croatia: Psychometric and cultural considerations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 640-652. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9425-2>
- Karakoula P, Triliva S. (2016). Narcissistic Vulnerability and Addiction: Findings From a Study of People in Treatment. *Journal of Drug Issues*, 46, 396-410.
- Kastner-Bosek A, Dajic I, Mikus N, Weidenauer A, Willeit M. (2021). Addicted to Self-esteem: Understanding the neurochemistry of narcissism by using cocaine as a pharmacological model. *Journal of Experimental Psychopathology*, 12, 20438087211044362.
- Kernberg O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kersten T. (2012). *Schema Therapy for personality disorders and addiction*. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema therapy. Chester, John Wiley & Sons, 415-424.
- Khantjian EJ. (2021). Psychodynamic psychotherapy for the treatment of substance use disorders. In *Textbook of Addiction Treatment*, 383-389.
- Kohut H. (1977). *Psychodynamics of Drug Dependence* (National Institute on Drug Abuse Monograph 12, pp. vii-ix). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Laurence K. (2016). *The Addicted Narcissist: How Substance Addiction Contributes to Pathological Narcissism with Implications for Treatment* (Doctoral dissertation, Auckland University of Technology).
- Li X, Borodovsky JT, Kasson EM, Fentem A, Cavazos-Rehg PA. (2021). An analysis of within-subject and population level risk related to substance use and mental health outcomes

- among adolescents in the PATH study. *Drug and Alcohol Dependence*, 218, 108385.
- McCown WG, Carlson G. (2004). Narcissism, perfectionism, and self-termination from treatment in outpatient cocaine users. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 22, 325-336.
- Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*.
- Onifade PO, Bello AO, Abiodun O, Sotunsa JO, Ladipo OA & et al. (2014). Psychometric Properties of Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (Assist V3.0) Among University Students. *J Addict Behav Ther Rehabil*, 3(3). doi:10.4172/2324-9005.1000126
- Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AG, Levy KN. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21, 365.
- Ritter K, Roepke S, Merkl A, Heuser I, Fydrich T, Lammers CH. (2010). Komorbiditäten bei Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PPnP-Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie*, 60, 14-24.
- Roberts CA, Lorenzetti V, Albein-Urios N, Kowalczyk MA, Martinez-Gonzalez JM, Verdejo-Garcia A. (2021). Do comorbid personality disorders in cocaine dependence exacerbate neuroanatomical alterations? A structural neuroimaging study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110298.
- Ronningstam EF. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*: Oxford University Press.
- SageMiller PM. (2013). *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders*. Academic Press, 1(1).
- Shatta Z. (2020). *Cognitive Behavioral Therapy of Substance Use Disorders*.
- Soleimani M, Past N, Mowlaie M, Mohammadi A, Dashtipoor M, Safa Y, Aaron L. (2015). Psychometric properties of the Pathological Narcissism Inventory. *Contemporary Psychology*, 10, 95-110. (In Persian)
- Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, Ruan WJ, Pulay AJ, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 1033-1045.
- Ulman RB, Paul H. (2013). *The self psychology of addiction and its treatment: Narcissus in wonderland*: Routledge.
- Vaglum P. (1999). The narcissistic personality disorder and addiction *Treatment of personality disorders*. 241-253.
- Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Barouti E, Abedi M. (2013). Validity and factor structure of the General Health Questionnaire in university students. *Journal of Behavioral Sciences*, 6, 153-160. (In Persian)
- Zhang C, Wang T, Zeng P, Zhao M, Zhang G, Zhai S, Meng L, Wang Y, Liu D. (2021). Reliability, Validity, and Measurement Invariance of the General Anxiety Disorder Scale Among Chinese Medical University Students. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi:10.3389/fpsy.2021.648755