واکاوی آسیب‌های تعاملی زوجین در خانواده‌های زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه با خانواده درمانگران

رضوان هویدافر[1]، مریم فاتحی‌زاده[2]، احمد احمدی[3]، رضوان‌السادات جزایری[4]، محمدرضا عابدی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مطالعه کیفی آسیب‌های تعاملی زوجین در خانواده‌های زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه با خانواده درمانگران بود.

مواد و روش‌ها: جامعه پژوهش را همه متخصصان خانواده در حوزه درمان روان‌شناختی تشکیل داد. شرکت کنندگان مطالعه شامل دوازده متخصص با تجربه در زمینه درمان‌های روانی خانواده بود که به شکل هدفمند از نوع همگون انتخاب شدند. ابزار پژوهش، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. سؤال اصلی پژوهش عبارت بود از مردان با همسران مبتلا به شخصیت مرزی، دچار چه آسیب‌های تعاملی هستند؟» و سؤالات فرعی منشعب از سؤال اصلی بود که آسیب‌های مختلف تعاملی در ابعاد مختلف زندگی زوجی را در برمی‌گرفت. داده‌های حاصل از مصاحبه به روش تماتیک تجزیه و تحلیل گردید که در سه مرحله توصیف، کاهش و تفسیر داده‌ها را تحلیل نمود.

یافته‌ها: از ۵۳۳ عبارت مرتبط با آسیب‌های ارتباطی که از مصاحبه با متخصصان استخراج شد، در کدگذاری باز ۱۳۳ مفهوم مرتبط با آسیب‌های ارتباطی به دست آمد و در کدگذاری محوری در ۱۶ زیرمقوله خلاصه شد و در نهایت، در چهار مقوله جمع‌بندی گردید که عبارت از «آسیب‌های فردی مؤثر بر زندگی زوجی، آسیب‌های بین فردی اجتماعی، آسیب‌های بین‌فردی زوجی و آسیب‌های بین فردی خانوادگی» بود.

نتیجه‌گیری: حضور یک زن با شخصیت مرزی آسیب‌هایی را در خانواده تولید می‌کند که احتمال فروپاشی آن را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: مطالعه کیفی، ارتباطات، اختلال شخصیت مرزی، زنان، خانواده درمانی

ارجاع: هویدافر رضوان، فاتحی‌زاده مریم، احمدی احمد، جزایری رضوان‌السادات، عابدی محمدرضا. **واکاوی آسیب‌های تعاملی زوجین در خانواده‌های زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه با خانواده درمانگران.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۱۱۰-۱۰۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۹/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۳۰

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از انواع اختلالات شخصیت است که بی‌ثباتی هیجانی شاخص مهم آن به حساب می‌آید. این اختلال با الگوی بلندمدت از رفتار غیر طبیعی در روابط بین فردی، احساس ناپایدار درباره خود و هیجانات پایدار مشخص می‌گردد (۱). اغلب ترس شدید از طرد، رفتارهای پرخطر مکرر، احساس پوچی و خودآزاری در این گروه مشاهده می‌گردد. علایم در زندگی روزمره مشاهده می‌شود (۲). Linehan معتقد است که این رفتارها از آغاز جوانی شروع می‌شود و در موقعیت‌های گوناگون رخ می‌دهد. زنان سه برابر مردان این تشخیص را دریافت می‌کنند. حدود ۱۰-۶ درصد این افراد از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند (۳). مصرف مواد، اختلالات خوردن و افسردگی از جمله اختلالات همراه با این مشکل شخصیتی می‌باشد (۲).

همان گونه که اشاره شد، یکی از مسایل عمده این گروه، حساسیت بیش از اندازه در روابط بین فردی است که با احساس شادی و قدردانی قوی ناشی از درک مهربانی دیگران، غم، اندوه و خشم شدید ناشی از انتقاد ادراک شده یا آزار ادراک شده است، مشخص می‌گردد (۴). احساسات آن‌ها اغلب از تحسین و دوست داشتن به خشم و نفرت تبدیل می‌گردد. آن‌ها به نگاه دیگران نسبت به خودشان حساس هستند، به خصوص کسانی که در چشم آنان ارزشمند می‌باشند. این پدیده به دو بخش‌سازی شناخته می‌شود که فرد پس از ایده‌آل‌سازی طرف مقابل، ارزش او را به شدت پایین می‌آورد و از او نفرت پیدا می‌کند. این حالت در روابط خانوادگی، دوستی، همکاری یا با همسر از پایداری برخوردار است. یکی از مشکلات دیگر این گروه، چرخش‌های سریع خودپنداره از سالم به غیر سالم است؛ در حالی که علاقه شدید به صمیمیت دارند، دلبستگی آنان از نوع ناپایدار یا اجتنابی است. همچنین، آن‌ها با الگوی دلبستگی ارتباط اشتغال ذهنی دارند (۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان مبتلا به شخصیت مرزی در زندگی با همسران خود، الگوهای رفتاری مورد اشاره را نشان می‌دهند. زوجین با زن مبتلا

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۴- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: مریم فاتحی‌زاده
Email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]

به اختلال شخصیت مرزی، استرس مزمن، تعارضات مکرر و رضایت زناشویی بیشتری را گزارش می‌کنند (۶). آمار طلاق در بین زوجین با همسر اختلال مرزی بیش از جمعیت عمومی است (۷). بسیاری از همسران با شخصیت مرزی ضعف در کنترل تکانه، دوره‌های خشم شدید و حملات پرخاشگری را نشان می‌دهند (۹، ۸). در واقع، رابطه زناشویی با همسر مبتلا به این اختلال یک زندگی غیر قابل پیش‌بینی و غیر قابل کنترل است. این همسران نه تنها برای طرف مقابل خود موجبات مشکلات را فراهم می‌کنند، بلکه هیچ گاه از خودشان به رضایت درونی نمی‌رسند. هیجانات این همسران می‌تواند موجب خشونت‌ها و تخریب‌های شدید گردد. حتی در برخی موارد، وسواس‌های جنسی در بین این همسران گزارش می‌شود (۷).

اگرچه پژوهش‌هایی در حوزه اختلال شخصیت مرزی انجام شده است. مطالعه Distel و همکاران به نقش ژنتیک و فرهنگ خانوادگی در اختلال شخصیت مرزی اشاره نمودند (۱۰). Stepp و همکاران به مطالعه مادران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در ارتباط با فرزندانشان (۱۱)، Bateman و Fonagy اثربخشی بستری شدن موقت در بیمارستان در درمان اختلال شخصیت مرزی (۱۲)، Linehan و همکاران اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۳) را بر بهبود علایم این اختلال بررسی کردند. McCormack به ضرورت‌های محیطی در درمان زوجی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخت، اما مطالعات مرتبط با افراد مبتلا به این اختلال در بافت زوجی بسیار اندک است (۱۴). Bouchard و همکاران کیفیت و ثبات ارتباط زوجی این بیماران را مطالعه کردند (۱۵). Waldo و Harman اثربخشی درمان غنی‌سازی ارتباطی را در بین زوجین مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی نمودند (۱۶). Paris و Braverman به مطالعه موفقیت و عدم موفقیت ازدواج در بین بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداختند (۱۷). Valentiner و همکاران تعهد در روابط افراد مرزی را مورد مطالعه قرار دادند. برخی پژوهش‌های داخلی نیز به مطالعه اختلال شخصیت مرزی در بافت زندگی زوجی پرداخته‌اند. از آن جمله، آفتاب و همکاران نقش راهبردهای تنظیم هیجان را در ارتباط بین نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و خشونت زوجی مطالعه کردند (۱۹). نجفی و همکاران به مطالعه نشانگان شخصیت مرزی در بین زنان متقاضی طلاق و عادی پرداختند (۲۰).

در کل، همان‌گونه که شواهد پژوهشی خارجی و داخلی نشان می‌دهد، پژوهش‌های اندکی در زمینه اختلال شخصیت مرزی، شناخت آن‌ها در بافت خانواده و زندگی زوجی انجام شده است. همچنین، مرور مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی در زمینه آسیب‌های تعاملی زوجین مبتلا به اختلال شخصیت صورت نگرفته است. به نظر می‌رسد که هر گونه مداخله و کمک به این زوجین در حوزه خانوادگی و زوجی، نیاز به شناخت دقیق و علمی تعاملات این گروه از زوجین دارد. بی‌تردید یکی از حوزه‌های مهم در حوزه تعاملات این زوجین، آسیب‌های حاکم بر ارتباطات آن‌ها است که عدم شناخت دقیق آن‌ها می‌تواند به شکست مداخله‌های درمانی منجر شود. در عین حال، شناخت علمی این آسیب‌ها به تدوین مدل‌های پیشگیری و درمانی مناسب از آسیب‌های تعاملی ویژه این دسته از زوجین کمک می‌کند. از این‌رو، پژوهش حاضر بر آن بود تا آسیب‌های تعاملی زوجین با زن مبتلا به شخصیت مرزی را به شکل کیفی و از منظر متخصصان سلامت روان در حوزه خانواده مطالعه نماید و به این سؤال پاسخ دهد که زوجینی با زن شخصیت مرزی از دیدگاه متخصصان خانواده از چه آسیب‌های تعاملی رنج می‌برند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از جمله مطالعات کیفی و از نوع مطالعات تحلیل تماتیک بود. شرکت کنندگان ۱۲ خانواده درمانگر و روان‌پزشک بودند که به شکل هدفمند انتخاب شدند. در واقع، در این نوع نمونه‌گیری تلاش می‌شود تا هماهنگی مناسبی بین سؤالات پژوهشی و نمونه برقرار گردد (۲۱). ملاک ورود متخصصان به پژوهش آن بود که در زمینه کار با خانواده تجربه داشته باشند. ابزار پژوهش، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. به منظور دستیابی به سؤالات مصاحبه در یک مطالعه مقدماتی با برخی متخصصان و مطالعه متون موجود در حوزه خانواده، سؤالات استخراج شد. سؤال اصلی پژوهش عبارت بود از «زوجین مبتلا به زن مبتلا به شخصیت مرزی دچار چه آسیب‌های تعاملی هستند؟» و سؤالات فرعی منشعب از سؤال اصلی بود که آسیب‌های متفاوت از ابعاد مختلف زندگی زوجی را در برمی‌گرفت (برای مثال این زوجین چطور در زندگی مشترک تصمیم‌گیری می‌کنند و چه مشکلاتی دارند؟). قبل از شروع هر مصاحبه و به منظور رعایت اخلاق پژوهش، از شرکت کنندگان اجازه گرفته شد تا محتوای مصاحبه ثبت و ضبط گردد و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه جلب گردید. همچنین، در خصوص اهداف مطالعه و علت ضبط مصاحبه به طور مشروح با شرکت کنندگان گفتگو شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که هویت آن‌ها محرمانه می‌ماند. هر مصاحبه ۴۵ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها آغاز شد و تعداد متخصصان شرکت کننده تا اشباع مقولات ادامه یافت.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه به روش تماتیک بود که در سه مرحله توصیف، کاهش و تفسیر، داده‌ها را تحلیل می‌نماید. به این طریق که ابتدا گزاره‌بندی مفهومی، مقوله‌بندی پایه، مقوله‌بندی سازمان دهنده و مقوله‌بندی فراگیر انجام شد (۲۲). فرایند کدگذاری در جریان جمع‌آوری داده‌ها به اجرا درآمد. در گزاره‌بندی مفهومی، داده‌ها به دقت به کوچک‌ترین اجزای ممکن شکسته و در مرحله دوم داده‌ها بر اساس تفاوت و تشابه با یکدیگر مقایسه و طبقه‌بندی گردید. بعد از جابه‌جایی‌های مکرر در طبقات و کدها، دسته‌بندی انجام شد. کدهای مشابه در طبقات قرار گرفت و عناوین گویا و قابل شناسایی برای آن‌ها انتخاب شد (۲۳). پیش فرض‌های مرتبط بین رابطه طبقه‌بندی‌ها و چارچوب‌های پنداشتی به وجود آمد که این پیش‌فرض‌ها پژوهشگران را برای جمع‌آوری داده‌های بعدی هدایت نمود. داده‌های جدید هم‌زمان با تمام داده‌ها مقایسه شد تا محوریت مطلوب در بین داده‌ها آشکار گردد. در مرحله مقوله‌بندی فراگیر تلاش شد تا محوریت داده‌ها کشف و طبقه مرکزی انتخاب شود. طی این مرحله مفاهیمی که محل ارجاع سایر طبقات و مرتبط با آن‌ها بود، به عنوان متغیر مرکزی شناخته شد (۲۴). در این مرحله، آسیب‌های ارتباطی تعاملی به عنوان محل ارجاع سایر طبقات و به عنوان درون‌مایه فراگیر شناخته شد.

جامعه مورد مطالعه پژوهش حاضر، کلیه متخصصان خانواده و ازدواج بودند که مدرک دکتری تخصصی در یکی از گرایش‌های مشاوره روان‌شناسی یا روان‌پزشک در سال ۱۳۹۵ داشتند و حداقل دارای تجربه ۱۰ سال کاردرمانی با زوجین و خانواده‌ها بودند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]

جدول ۱. مشخصات شرکت کنندگان

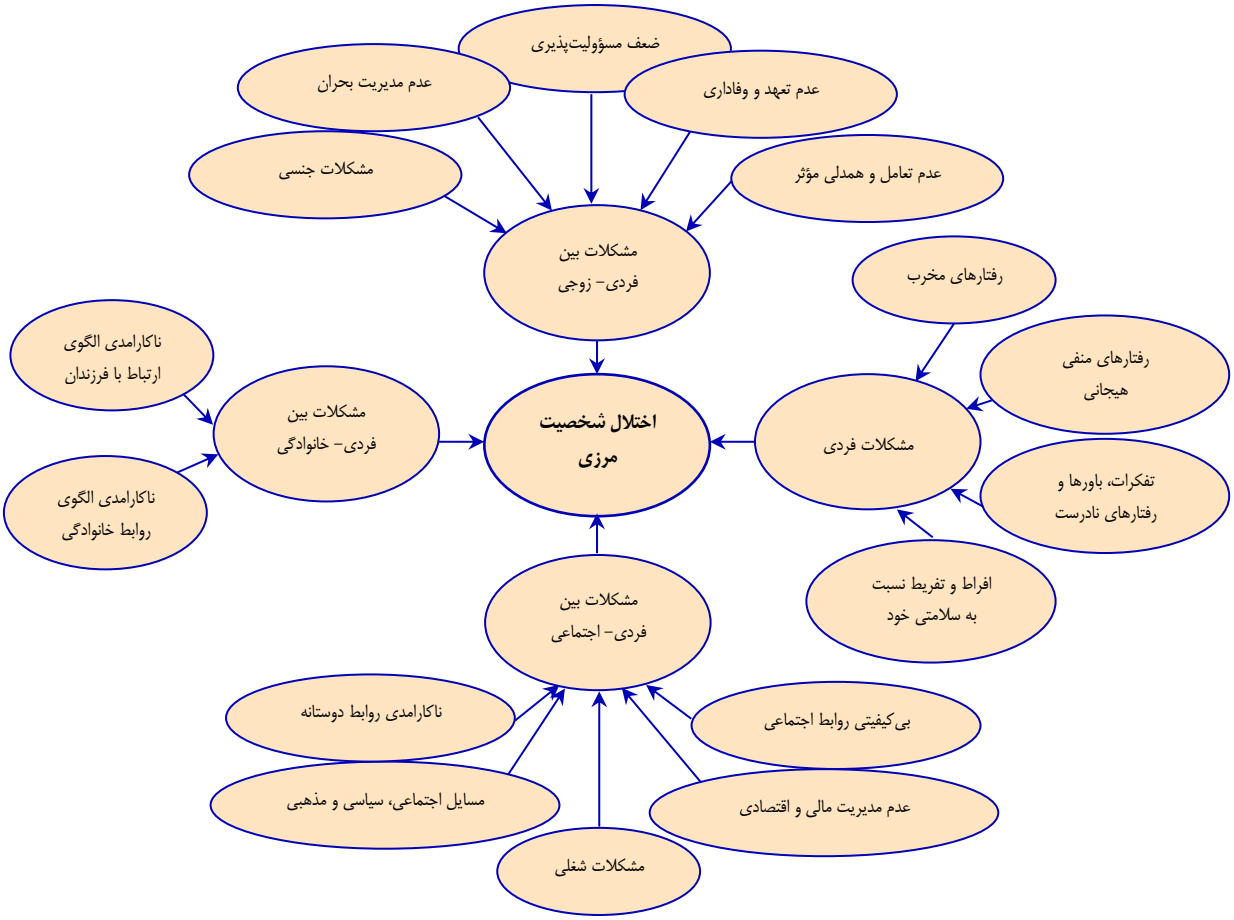
تحصیلات	شغل و تخصص	سابقه کار (سال)	تحصیلات	شغل و تخصص	سابقه کار (سال)
۱- دکتری	اعصاب و روان	۱۳	۷- دکتری	روان‌شناسی بالینی	۱۰
۲- دکتری	اعصاب و روان	۲۵	۸- دکتری	روان‌شناسی بالینی	۷
۳- دکتری	روان‌پزشکی	۱۴	۹- دکتری	روان‌شناسی بالینی	۱۱
۴- دکتری	روان‌پزشکی	۹	۱۰- دکتری	مشاوره خانواده	۱۱
۵- دکتری	مشاوره خانواده	۵	۱۱- دکتری	مشاوره خانواده	۸
۶- دکتری	روان‌شناسی بالینی	۱۸	۱۲- دکتری	روان‌شناسی بالینی	۶

روش انتخاب شرکت‌کنندگان از نوع هدفمند و همگون بود. نمونه همگون زمانی مفید است که پژوهشگر بخواهد با گروه خاصی همچون متخصصان یا اعضای برجسته یک جامعه مصاحبه کند. انتخاب شرکت کنندگان تا اشباع مقوله‌ها ادامه یافت؛ به نحوی که هیچ اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها به دست نیامد و در نهایت، ۱۲ متخصص انتخاب شدند. در جدول ۱ مشخصات شرکت کنندگان آمده است.

یافته‌ها

برای بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته در سطح تحلیل خرد، استخراج مفاهیم اولیه و نظم‌دهی مفهومی از روش گزاره‌بندی مفهومی، درون‌مایه پایه، درون‌مایه سازمان دهنده و درون‌مایه فراگیر استفاده شد. شکل ۱ مدل استخراجی از این تحلیل را نشان می‌دهد.

با توجه به شکل ۱، چهار آسیب تعاملی بین زوجین مبتلا به زن شخصیت مرزی مشاهده می‌گردد که عبارت از «مشکلات فردی مؤثر بر زندگی زوجی، آسیب‌های بین فردی زوجی، آسیب‌های بین فردی خانوادگی و آسیب‌های بین فردی اجتماعی» می‌باشد. در ادامه، علت انتخاب هر مقوله و زیرمقوله به همراه یک مثال از اظهارات ارایه شده است.



شکل ۱. آسیب‌های تعاملی زوجین مبتلا به شخصیت مرزی برگرفته از مصاحبه با متخصصان

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]

آسیب‌های فردی مؤثر بر زندگی زوجی به این علت انتخاب شد که علایم و صفات زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر ارتباطات زوجین اثر می‌گذاشت. این مقوله حاوی چهار زیرمقوله بود که عبارت بود از رفتارهای مخرب «رفتارهای خودمخربی همچون آسیب زدن به جسم در بین این زنان باعث می‌گردد تا همسران آن‌ها ناامیدی را تجربه کنند و این ناامیدی منجر به دور شدن آن‌ها از یکدیگر شود». رفتارهای منفی هیجانی «این زنان اغلب حسادت زیادی را تجربه می‌کنند، به خصوص در صمیمیت، برای مثال اگر همسرش با خواهرش کمی بخواهد گپ و گفتگو بکند او به هم می‌ریزد و رفتارهای تندی نشان می‌دهد. این رفتارها بر اثر حسادت ایجاد می‌شود». تفکر و باورهای نادرست «این زنان شناخت‌های منفی دارند که بر رفتار زوجی آن‌ها مؤثر است. برای مثال این باور را دارند که یکی از راه‌حل‌های مقابله با مشکلات بین فردی، پرخاشگری لفظی است و با کوچک‌ترین اختلافی با همسرشان ممکن است فحاشی و یا نفرین و ناله کنند که این می‌تواند از صمیمت بین آن‌ها کم کند». افراط و تفریط نسبت به سلامتی خود «این زنان در رسیدگی به خود افراط دارند، برای مثال به پوستش خیلی می‌رسد، اما به معاینات مربوط به پیشگیری از سرطان سینه بی‌توجه است».

عنوان آسیب‌های زوجی به این علت انتخاب شد که زوجین با زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به علت علایمش نمی‌تواند روابط زوجی را مدیریت کند. این مقوله پنج زیرمقوله را در برمی‌گرفت که عبارت بود از ضعف مسؤولیت‌پذیری «این زوجین نمی‌توانند مسؤولیت زندگی را به درستی قبول کنند. برای مثال، قادر نیستند تا برنامه هدفمندی برای اداره امور خانه را دنبال نمایند». عدم مدیریت بحران «وقتی مشکل شدیدی پیش می‌آید، برای مثال مرد ورشکسته می‌شود، بچه بیمار می‌گردد و یا یک اتفاقی خلاف زندگی روزمره رخ می‌دهد، به شدت به هم می‌ریزند و به جای مدیریت بحران، اوضاع را به هم می‌ریزند». مشکلات جنسی «این زنان زندگی جنسی هماهنگی ندارند یا نمی‌توانند خودشان را با طرف مقابلشان هماهنگ کنند. یعنی موقع تقاضای همسر به طور شدید امتناع نشان می‌دهد و موقع استراحت و یا زمانی که شرایط فراهم نیست، میل شدید نشان می‌دهد». عدم وفاداری «به علت این که قادر به تشخیص مرز مناسب نیستند، بعضی اوقات با مردان دیگر رابطه برقرار می‌کنند و ممکن است به همسرشان خیانت کنند». عدم تعامل و همدلی مناسب «زمانی که باید سکوت کنند، حرف می‌زنند و زمانی که باید حرف بزنند سکوت می‌کنند، اغلب هیجانات دیگران را درست تشخیص نمی‌دهند و نمی‌توانند با همسرشان همدلی داشته باشند».

عنوان مشکلات بین فردی خانوادگی به این علت انتخاب شد که این زوجین به علت علایم زنان خود با خانواده‌های اصلی خود و یا فرزندانشان مشکلات بین فردی داشتند. این مقوله حاوی دو زیرمقوله که عبارت بود از ناکارامدی الگوی ارتباطی با فرزندان «فرزندپروری این زنان به شدت مشکل دارد، قهرهای طولانی با فرزندانشان دارند، تنبیه‌های شدید و یا مراقبت‌های بی‌جا» و الگوی ناکارامد روابط خانوادگی گسترده «این زنان اغلب نه با خانواده خودشان و نه با خانواده همسرانشان رابطه خوبی ندارند و به علت بی‌ثباتی که دارند، دیگران و اطرافیانشان دل خوشی از آن‌ها ندارند».

آسیب‌های بین فردی اجتماعی از این جهت انتخاب شد که این زوجین به علت علایم زنان خود، مشکلاتی را در سطح جامعه تجربه می‌کردند. این مقوله حاوی پنج زیرمقوله که عبارت بود از بی‌کیفیتی روابط اجتماعی «این زنان در روابط اجتماعی ناکارامد هستند. از این‌رو، قادر به حضور مناسب در روابط نیستند؛ یعنی یا حضور پیدا نمی‌کنند یا اگر حضور پیدا کنند با کسی دعوا می‌کنند، قهر می‌کنند در کل پذیرش تفاوت‌های فردی برای آن‌ها بسیار دشوار است». عدم مدیریت مالی و اقتصادی «این دسته از زنان درک وضعیت مالی همسر در جامعه و خانواده برایشان مشکل است. برای مثال، چند وقت پیش مراجعه کننده‌ای در همین زمینه می‌گفت که همسرش وسط مرکز خرید به جیغ و داد افتاده است که به طور حتم چیزی را که می‌خواهد باید بخرد. البته بعد هم پشیمان می‌شود، اما دیگر مرد به طلاق به طور جدی فکر می‌کرد». مشکلات سیاسی و مذهبی «این زنان اغلب در دین جهت‌گیری‌های مشخصی ندارند. گاهی خیلی مذهبی و گاهی خیلی غیر مذهبی می‌شوند. در سیاست هم بعضی اوقات گرایش‌های غیر منطقی و هیجانی دارند. این گرایش‌ها به شدت بر روابط آن‌ها با همسرشان اثر می‌گذارد» و ناکارامدی در روابط دوستانه «نمی‌توانند دوستی‌هایشان را حفظ کنند. اغلب به علت بی‌ثباتی، روابط آن‌ها با دیگران مخدوش است. این مشکل باعث می‌شود که آن‌ها منابع حمایتی کمی داشته باشند و به احتمال بیشتر قادر به حل مشکلاتشان با همسرانشان شوند». مشکلات شغلی «این زنان اغلب قادر به داشتن شغل ثابت نیستند و اگر شغلی بتوانند دست و پا کنند، با همکاران، کارفرما و یا به علت بی‌ثباتی خودشان از دست می‌دهند. چنین مشکلاتی بار اضافی به مشکلات زوجین تحمیل می‌کند».

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی آسیب‌های تعاملی زوجین با زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از دیدگاه متخصصان بود. نتایج تحلیل کیفی داده‌ها نشان داد که آسیب‌های ارتباطی این زوجین از دیدگاه متخصصان در چهار مقوله جای می‌گیرد. آسیب‌های فردی مؤثر بر زندگی زوجی به این علت انتخاب شد که علایم و صفات زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بر ارتباطات زوجین اثر می‌گذارد. این مقوله با چهار زیرمقوله «رفتارهای مخرب، رفتارهای منفی هیجانی، تفکر و باورهای نادرست و افراط و تفریط نسبت به سلامتی خود» مشخص گردید. عنوان آسیب‌های زوجی به این علت انتخاب شد که زوجین با زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به علت علایم آن نمی‌تواند روابط زوجی را مدیریت کند. این مقوله پنج زیرمقوله را در برمی‌گرفت که عبارت از «ضعف مسؤولیت‌پذیری، عدم مدیریت بحران، مشکلات جنسی، عدم وفاداری، عدم تعامل و همدلی» بود. عنوان مشکلات بین فردی خانوادگی به این علت انتخاب شد که این زوجین به علت علایم زنان خود، با خانواده‌های اصلی خودشان و یا فرزندانشان مشکلات بین فردی داشتند. این مقوله حاوی دو زیرمقوله که«ناکارامدی الگوی ارتباطی با فرزندان و الگوی ناکارامد روابط خانوادگی گسترده» بود. آسیب‌های بین فردی اجتماعی از این جهت انتخاب شد که این زوجین به علت علایم زنانشان، مشکلاتی را در سطح جامعه تجربه می‌کردند. این مقوله از پنج زیرمقوله «بی‌کیفیتی روابط اجتماعی، عدم مدیریت مالی و اقتصادی، مشکلات سیاسی و مذهبی، ناکارامدی در روابط دوستانه و مشکلات شغلی» تشکیل شد.

تاکنون پژوهش مشابهی به آسیب‌های ارتباطی زوجین با زن مبتلا به شخصیت مرزی نپرداخته است که همسویی این نتایج با سایر پژوهش‌ها بررسی شود. به هر حال، نتایج تحقیقات McCormack (۱۴)، Braverman و

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]

Paris (۱۷)، Valentiner و همکاران (۱۸)، آفتاب و همکاران (۱۹) و نجفی و همکاران (۲۰) نشان داد که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی در روابط بین فردی به خصوص با همسر خود از مشکلات زیادی رنج می‌برند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، از آن‌جا که مهم‌ترین شاخص روانی این زنان بی‌ثباتی است؛ به طوری که تصویرشان از خود، هیجانات و رفتار خود بی‌ثبات است. بنابراین، باعث می‌شود تا ارتباطی پر از تنش و هیجان‌زده داشته باشند و بالقوه ارتباطاتشان مستعد خشونت با دیگران باشد. آن‌ها ترس‌های شدیدی از طرد و ترک دارند. این باعث می‌گردد که چنین افرادی اگر نشانه‌های رهاشدگی را درک کنند، رفتارشان با طرف مقابل تغییر کند، عصبانیت شدید نشان دهند و گاهی تلاش کنند تا هر طور شده طرف مقابل را به رابطه برگردانند و حتی برای حفظ رابطه به رفتارهای خودمخرب مانند سوزاندن یا بریدن دست بزنند (۲۵).

از سوی دیگر، Linehan (۳) و Larsen و Buss (۲۵) اشاره کرده‌اند که تغییرات خودپنداره در این زنان باعث می‌شود تا اهداف و ارزش‌هایشان به راحتی تغییر کند و سطحی باشد. تغییرات آن‌ها ناگهانی است و انواع متفاوتی از عقاید و جهت‌گیری‌های جنسی را تجربه می‌کنند. آن‌ها ممکن است که خودشان را در معرض خطر، بد و یا گناهکار تجربه کنند. رفتارهای خودمخرب رایج به هنگام تهدید، طرد و ترک افزایش می‌یابند.

به نظر می‌رسد که همه ویژگی‌های مورد اشاره که در تحلیل‌های پژوهش حاضر نیز استخراج شد، در رفتارهای مخرب، رفتارهای منفی هیجانی، تفکرات، باورها و شناخت‌های غلط و افراط و تفریط نسبت به سلامتی خود دسته‌بندی می‌شود.

آسیب‌های مورد اشاره منابعی خواهد بود که منجر به بروز آسیب‌های بعدی به شکل مشکلات بین فردی اجتماعی می‌شود. به خصوص، ترس از طرد شدن می‌تواند منبع اصلی این دسته از مشکلات باشد؛ چرا که این زنان به هنگام برقراری رابطه به علت نگرانی از طرد، رفتارها و هیجاناتی را نشان دهند که نه تنها موجب حفظ رابطه نمی‌گردد، بلکه به دور شدن دیگران منجر می‌شود و باعث می‌گردد تا آسیب‌های این حوزه در روابط اجتماعی بروز و ظهور پیدا کند (شکل ۱). هر یک از این آسیب‌ها می‌تواند منبعی برای آسیب‌های سایر حوزه‌ها باشد.

به هر حال، در ارتباطات زناشویی به علت نزدیکی طرفین به یکدیگر، ویژگی‌های شخصیتی این دسته از زنان بیش از پیش تجربه می‌شود. به نظر می‌رسد که به خصوص ترس از طرد می‌تواند آنان را مستعد رفتارهای جبرانی همچون بدعهدی و بی‌وفایی نسبت به همسرشان کند. همچنین، تغییرات شدید هیجانی و بی‌ثباتی خودپنداره موجب می‌شود تا تعامل و همدلی مؤثر آسیب ببیند و ضعف در مسؤولیت‌پذیری بروز کند (۳). این بی‌ثباتی‌ها باعث ناتوانی در مدیریت بحران و حتی تولید بحران می‌شود. در بین همه مشکلات زوجی این گروه، چسب روابط زناشویی یعنی رابطه جنسی نیز مخدوش و سرشار از مشکل است. به ویژه که این زنان بدعهدی و جهت‌گیری‌های جنسی متفاوت از خود نشان می‌دهند.

به هر ترتیب، مشکلات در حوزه‌های فردی، ارتباطات اجتماعی و زوجی باعث می‌گردد تا الگوی روابط خانوادگی ناکارامد باشد؛ چرا که به علت بی‌ثباتی این زنان در زمینه رفتار، هیجان و خودپنداره، سلسله مراتب قدرت، صمیمیت، مرزها و منابع کنترل از ثبات لازم که لازمه الگوی خانوادگی کارامد است، برخوردار نباشند (۲۶). در فرهنگ ایرانی برقراری رابطه مناسب با خانواده‌های گسترده یکی از بنیادهای حفظ خانواده هسته‌ای به حساب می‌آید. ناتوانی زن در مدیریت روابط با خانواده همسر باعث می‌شود تا الگوی خانوادگی کارامد در ارتباط با خانواده هسته‌ای و گسترده مختل گردد. این ناکارامدی زیرسیستم فرزندان در سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، آسیب ناکارامدی الگوی ارتباطی با فرزندان شکل می‌گیرد و در کل مشکلات بین فردی خانوادگی ظاهر می‌شود.

پژوهش حاضر، همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله به دلیل این که برای مصاحبه با متخصصان خانواده و ازدواج جهت نمونه‌گیری شرایط ورود و خروج در نظر گرفته شد. از این‌رو، افرادی که ملاک‌های ورود به این پژوهش را نداشتند، کنار گذاشته شدند؛ در صورتی که ممکن بود از افرادی که کنار گذاشته شدند، اطلاعات خوبی حاصل شود. پژوهش بر روی افرادی صورت گرفت که حاضر به همکاری بودند. بنابراین، در تعمیم نتایج آن باید احتیاط نمود. در انجام پژوهش برخی متخصصان منتخب خانواده حاضر به همکاری نشدند. نبود پژوهش در این زمینه و یا نیافتن آن یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود.

در کل با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که حضور زن با شخصیت مرزی، آسیب‌هایی را در خانواده تولید می‌کند که احتمال فروپاشی آن را افزایش می‌دهد. با توجه به آنچه گفته شد، پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران با استفاده از نتایج این پژوهش بنیادی به سایر پژوهش‌های کمی آزمایشی و توصیفی بپردازند و درمانگران خانواده برای انواع آسیب‌ها ضمن اولویت‌بندی آن‌ها مدلی درمانی ارایه کنند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره ۶۴۳-۱۸۲۶۱ می‌باشد. بدین وسیله از کلیه متخصصان اعصاب، روان و خانواده درمانگران، استادان گرامی و تمامی دوستانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Blom JD. A dictionary of hallucinations. New York, NY: Springer; 2010. p. 74.
2. MAj M. Personality disorders. Chichester, UK: Willey; 2005. p. 126.
3. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993. p.32.
4. Gunderson JG. Borderline personality disorder. N Engl J Med 2011; 364(21): 2037-42.
5. Levy KN, Meehan KB, Weber M, Reynoso J, Clarkin JF. Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. Psychopathology 2005; 38(2): 64-74.
6. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry 2002; 10(6): 315-23.
7. Margules S. Representing the client from hell: Divorce and borderline client. Journal of Psychiatry and Law 1997; 25(3): 347-63.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]

8. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. Psychiatr Clin North Am 1997; 20(2): 427-51.
9. Millon T, Davis RD. Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New ork, NY: Wiley; 1996.
10. Distel MA, Rebollo-Mesa I, Willemsen G, Derom CA, Trull TJ, Martin NG, et al. Familial resemblance of borderline personality disorder features: genetic or cultural transmission? PLoS One 2009; 4(4): e5334.
11. Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. Personal Disord 2012; 3(1): 76-91.
12. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 1999; 156(10): 1563-9.
13. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(7): 757-66.
14. McCormack CC. The borderline/schizoid marriage: the holding environment as an essential treatment construct. J Marital Fam Ther 1989; 15(3): 299-309.
15. Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E. Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. J Marital Fam Ther 2009; 35(4): 446-55.
16. Waldo M, Harman MJ. Relationship enhancement therapy with borderline personality. The Family Journal 1993; 1(1): 25-30.
17. Paris J, Braverman S. Successful and unsuccessful marriages in borderline patients. J Am Acad Psychoanal 1995; 23(1): 153-66.
18. Valentiner DP, Hiraoka R, Skowronski JJ. Borderline personality disorder features, self-verification, and committed relationships. J Soc Clin Psychol 2014; 33(5): 463-80.
19. Aftab R, Karbalaee A, Meigouni M, Taghiloo S. The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between borderline personality and conjugal violence. J Appl Psychol 2015; 8(4): 7-27. [In Persian].
20. Najafi M, Bitaraf M, Najafi M, Zareei Mateh Kolaee E. The comparison of clinical model of antisocial personality and borderline in divorced and normal women. Journal of Counseling Research 2015; 14 (55): 99-113. [In Persian].
21. Bryman A. Social research methods. 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.
22. Cooper H, Hedges LV. The handbook of research synthesis. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1994.
23. Polit-O'Hara D, Beck CT. Essentials of nursing research. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
24. Lo Biondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2002.
25. Larsen R, Buss D. Personality psychology. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2013.
26. Hoseini SM. Theories of family therapy. Tehran, Iran: Roshd Publication; 2011. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]

Analysis of Interactional Pathology in Families of Women with Borderline Personality Disorder Based on Interviews with Family Therapists

Rezvan Hoveidafar[1], Maryam Fatehizade[2], Ahmad Ahmadi[3], Rezvanosadat Jazayeri[4], Mohamadreza Abedi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The purpose of this study was to assess interactional pathologies among couples consisting of a woman with borderline personality disorder based on interviews with family therapists.

Methods and Materials: The research population of this qualitative study consisted of all family specialists in psychological family therapy. The study participants were 12 specialists with experience in psychological family therapy. The subjects were selected through purposive homogeneous sampling method. Data were collected through semi-structured interviews. The gathered data were analyzed using thematic method in 3 steps of description, reduction, and analysis.

Findings: From the 533 sentences related to interactional pathologies extracted from specialists' interviews, 133 concepts related to interactional pathology were extracted in open coding. They were summarized into 16 subthemes in axial coding. These subthemes were summarized into the 4 themes of personal pathology effective on couples' life, social interpersonal communication pathologies, couple interpersonal pathologies, and family interpersonal pathologies.

Conclusions: It can be concluded that the presence of women with borderline personality disorder exposes their family to damages that increase the probability of family disintegration.

Keywords: Qualitative research, Communication, Borderline personality disorder, Women, Family therapy

Citation: Hoveidafar R, Fatehizade M, Ahmadi A, Jazayeri R, Abedi M. **Analysis of Interactional Pathology in Families of Women with Borderline Personality Disorder Based on Interviews with Family Therapists.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 104-10.

Received: 14.12.2016 Accepted: 18.02.2017

1- PhD Student, Department of Consulting, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Consulting, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Professor, Department of Consulting, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4- Assistant Professor, Department of Consulting, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Maryam Fatehizade, Email: m.fatehizade@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.14.3]