

## تحلیل کیفی تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی

مشخصات نویسندگان:



۱۴۰۴ ©

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

۱. ریحانه فاضلی‌مقدم\*: گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: r.fazelimoghadam@yahoo.com

شیوه استناددهی: فاضلی‌مقدم، ریحانه. (۱۴۰۴). تحلیل کیفی تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی. *سنجش، ارزیابی و مداخلات زوج‌درمانی*، ۲(۶)، ۱۲-۱.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه زیسته زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی انجام شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل تماتیک انجام شد. جامعه پژوهش شامل زوج‌های ساکن تهران بود که دست‌کم یکی از زوجین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی یا نشانه‌های بالینی برجسته مرتبط با آن بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت و در نهایت ۱۸ نفر، شامل ۹ زوج، در پژوهش مشارکت کردند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شد. مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه ضبط، وازبه‌واژه پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo تحلیل شدند. فرایند تحلیل شامل آشنایی با داده‌ها، کدگذاری اولیه، تشکیل مقوله‌ها، بازبینی مضامین و نام‌گذاری نهایی مقوله‌های اصلی بود. تحلیل داده‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی منجر شد: چرخه بی‌ثباتی هیجانی و پیش‌بینی‌ناپذیری رابطه، ترس از رهاشدگی و اطمینان‌طلبی فرساینده، فرسودگی مراقبتی و فرسایش هویت همسر، و بازسازی رابطه از طریق مرزبندی، اعتباربخشی و کمک تخصصی. یافته‌ها نشان دادند که زندگی زناشویی در بستر اختلال شخصیت مرزی اغلب با نوسان میان نزدیکی شدید و فاصله‌گیری ناگهانی، سوءبرداشت‌های مکرر، انفجارهای هیجانی، کنترل ارتباطات اجتماعی همسر، احساس مراقبت دائمی، شرم اجتماعی و تلاش برای یافتن الگوهای ارتباطی ایمن‌تر همراه است. تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی صرفاً تجربه مواجهه با یک اختلال فردی نیست، بلکه نوعی تجربه رابطه‌ای، هیجانی و تعاملی است که کل ساختار زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که مداخلات زوج‌محور، آموزش روان‌شناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان، مرزبندی سالم و افزایش سواد اختلال می‌توانند نقش مهمی در کاهش فرسودگی زوجین و بهبود کیفیت رابطه داشته باشند.

**واژگان کلیدی:** اختلال شخصیت مرزی؛ زندگی زناشویی؛ زوجها؛ هم‌زیستی روان‌شناختی؛ تحلیل تماتیک؛ پژوهش کیفی.

## A Qualitative Analysis of Couples' Experiences of Living with Borderline Personality Disorder in Marital Life



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

### Authors' Information:

1. Reyhaneh Fazeli-Moghadam\*: Department of Family Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Corresponding author's email: r.fazelimoghadam@yahoo.com

**How to cite:** Fazeli-Moghadam, R. (2025). A Qualitative Analysis of Couples' Experiences of Living with Borderline Personality Disorder in Marital Life. *Couple Therapy Assessment, Evaluation, and Intervention*, 2(6), 1-12.

### **Abstract**

This study aimed to explore couples' lived experiences of living with borderline personality disorder in marital life. This qualitative study was conducted using thematic analysis. The study population consisted of couples living in Tehran in which at least one spouse had a clinical diagnosis of borderline personality disorder or prominent borderline-related clinical features. Participants were selected through purposive sampling, and recruitment continued until theoretical saturation was achieved. The final sample included 18 participants, representing 9 couples. Data were collected through individual semi-structured interviews. After obtaining informed consent, interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using NVivo software. The analytic process included familiarization with the data, initial coding, category development, theme review, and final naming of the main themes. Data analysis resulted in four main categories: emotional instability and relational unpredictability, fear of abandonment and exhausting reassurance seeking, caregiving fatigue and erosion of the spouse's identity, and relational reconstruction through boundaries, validation, and professional help. The findings indicated that marital life in the context of borderline personality disorder is often characterized by oscillation between intense closeness and sudden withdrawal, recurrent misinterpretations, emotional outbursts, control over the partner's social relations, constant caregiving vigilance, social shame, and efforts to establish safer patterns of communication. Couples' experiences of living with borderline personality disorder should not be understood merely as exposure to an individual disorder; rather, it is a relational, emotional, and interactional experience that affects the entire structure of marital life. The results suggest that couple-oriented interventions, psychoeducation, emotion regulation skills, healthy boundary setting, and improved disorder literacy may play an important role in reducing marital exhaustion and improving relationship quality.

**Keywords:** *Borderline personality disorder; marital life; couples; psychological coexistence; thematic analysis; qualitative research.*

اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده‌ترین اختلالات شخصیت است که در آن بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عواطف و کنترل تکانه‌ها به صورت الگوی پایدار و فراگیر تجربه می‌شود. در طبقه‌بندی‌های تشخیصی معاصر، این اختلال نه صرفاً به‌عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های فردی، بلکه به‌عنوان الگوی عمیق از آشفتگی در کارکردهای هیجانی و بین‌فردی تعریف می‌شود؛ الگویی که از اوایل بزرگسالی بروز می‌یابد و در موقعیت‌های مختلف زندگی تکرار می‌شود. (American Psychiatric Association, 2022; Leichsenring et al., 2024) آنچه اختلال شخصیت مرزی را در بافت زندگی زناشویی به پدیده‌ای بسیار حساس تبدیل می‌کند، ماهیت رابطه‌محور نشانه‌های آن است. بسیاری از نشانه‌های این اختلال، مانند ترس شدید از طرد و رهاشدگی، روابط ناپایدار و شدید، خشم نامتناسب، تکانشگری، احساس مزمن پوچی، نوسان‌های شدید خلقی و دشواری در تنظیم هیجان، مستقیماً در روابط نزدیک فعال می‌شوند و بنابراین زندگی مشترک می‌تواند به یکی از اصلی‌ترین میدان‌های ظهور و تشدید این نشانه‌ها تبدیل شود. (Gunderson et al., 2018; Lieb et al., 2004)

در زندگی زناشویی، رابطه فقط مجموعه‌ای از تعاملات روزمره نیست، بلکه بستری برای امنیت روانی، دلبستگی، اعتماد، تنظیم هیجان متقابل و بازسازی تجربه‌های آسیب‌زا است. از این‌رو، هنگامی که یکی از زوجین با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی زندگی می‌کند، رابطه زناشویی ممکن است میان دو قطب متضاد حرکت کند: از یک سو نیاز شدید به نزدیکی، اطمینان، مراقبت و حضور مداوم همسر، و از سوی دیگر ترس از صمیمیت، سوءبرداشت از رفتارهای همسر، واکنش‌های تکانشی و کناره‌گیری یا حمله هیجانی. این نوسان می‌تواند چرخه‌ای فرساینده ایجاد کند که در آن همسر فرد دارای نشانه‌های مرزی خود را در وضعیت مراقبت، پیش‌بینی بحران، آرام‌سازی تنش و اجتناب از تحریک هیجانی می‌یابد. مطالعات مربوط به روابط عاشقانه در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند که روابط نزدیک این افراد اغلب با شدت هیجانی بالا، تعارض مکرر، حساسیت نسبت به طرد، رفتارهای اطمینان‌طلبانه و دشواری در حفظ ثبات ارتباطی همراه است. (Miano et al., 2017; Navarro-Gómez et al., 2017).

یکی از چارچوب‌های مهم برای فهم این پدیده، مدل زیستی-اجتماعی اختلال شخصیت مرزی است. بر اساس این مدل، آسیب‌پذیری هیجانی فرد در تعامل با محیط‌های بی‌اعتبارساز می‌تواند به الگوی مزمن بدتنظیمی هیجان منجر شود. در چنین الگویی، فرد هیجان‌ها را سریع‌تر، شدیدتر و طولانی‌تر تجربه می‌کند و در عین حال برای بازگشت به تعادل هیجانی با دشواری بیشتری روبه‌رو است. (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993). در زندگی زناشویی، این بدتنظیمی هیجانی می‌تواند رابطه را به یک فضای حساس و انفجاری تبدیل کند؛ فضایی که در آن پیام‌های ساده همسر، تأخیر در پاسخ‌گویی، سکوت، خستگی یا نیاز به تنهایی ممکن است به‌عنوان نشانه طرد، بی‌محبتی یا خیانت تعبیر شود. در نتیجه، زوجین به تدریج وارد چرخه‌ای می‌شوند که در آن یک طرف به دنبال اطمینان و نزدیکی بیشتر است و طرف دیگر برای محافظت از خود از تعارض، فاصله‌گیری یا سکوت را انتخاب می‌کند؛ اما همین فاصله‌گیری، ترس از رهاشدگی را تشدید می‌کند و بحران هیجانی جدیدی را رقم می‌زند.

از منظر زوج‌درمانی، اختلال شخصیت مرزی را نمی‌توان فقط در سطح فردی تحلیل کرد، زیرا نشانه‌های آن در بافت تعامل زناشویی معنا پیدا می‌کنند. رابطه زناشویی برای فرد دارای نشانه‌های مرزی می‌تواند هم منبع آرامش و هم منبع تهدید باشد. همسر از یک‌سو نقش پناهگاه عاطفی را ایفا می‌کند و از سوی دیگر، به دلیل اهمیت هیجانی بالا، به محرک اصلی اضطراب رهاشدگی و واکنش‌های دفاعی تبدیل می‌شود. بنابراین، هرگونه مداخله مؤثر باید هم تجربه فرد دارای نشانه‌های مرزی و هم تجربه همسر او را در نظر گیرد. پژوهش‌های مربوط به خانواده و شرکای عاطفی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که نزدیکان این افراد اغلب با فشار روانی، احساس درماندگی، فرسودگی، شرم، انزوای اجتماعی، سردرگمی نسبت به تشخیص و نیاز شدید به حمایت تخصصی مواجه می‌شوند (Greer & Cohen, 2018; Kay et al., 2018). این یافته‌ها اهمیت نگاه رابطه‌ای و سیستمی به اختلال شخصیت مرزی را برجسته می‌سازند.

در بافت فرهنگی ایران، تحلیل تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی اهمیت مضاعفی دارد. زندگی زناشویی در جامعه ایرانی معمولاً با انتظارات فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی درباره ثبات ازدواج، نقش‌های جنسیتی، حفظ آبرو، سازگاری زوجین و مداخله خانواده‌های مبدأ همراه است. در چنین زمینه‌ای، اختلال شخصیت مرزی ممکن است نه تنها رابطه زوجین، بلکه روابط آنان با خانواده گسترده، شبکه دوستان، فرزندان و نظام درمان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. از یک‌سو، انگ اجتماعی مربوط به اختلالات روان‌شناختی ممکن است مانع مراجعه به درمان یا گفت‌وگوی آشکار درباره مشکل شود؛ از سوی دیگر، نبود آگاهی کافی درباره ماهیت اختلال شخصیت مرزی می‌تواند باعث شود رفتارهای فرد دارای نشانه‌های مرزی به‌عنوان «لجبازی»، «بی‌منطقی»، «بدخلقی»، «وابستگی افراطی» یا «بی‌وفایی عاطفی» تعبیر شود. این سوءتعبیرها می‌توانند چرخه تعارض، سرزنش و طرد را تشدید کنند و مانع شکل‌گیری پاسخ‌های حمایتی و درمان‌محور شوند.

مطالعات بین‌المللی نشان داده‌اند که همسران و اعضای خانواده افراد دارای اختلال شخصیت مرزی اغلب خود را در موقعیتی متناقض تجربه می‌کنند: از یک‌سو احساس مسئولیت، محبت و تعهد نسبت به فرد دارند و از سوی دیگر، در معرض خشم، طرد، بحران، تهدید به ترک رابطه یا رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند (Greer & Cohen, 2018; Kay et al., 2018). این وضعیت می‌تواند نوعی «مراقبت هیجانی مزمن» ایجاد کند؛ یعنی همسر به‌صورت مستمر نشانه‌های بحران را رصد می‌کند، واکنش‌های خود را کنترل می‌کند، موضوعات حساس را پنهان می‌سازد، از بیان نیازهای شخصی خود اجتناب می‌کند و بخش مهمی از انرژی روانی خود را صرف جلوگیری از انفجار هیجانی می‌کند. پیامد چنین فرایندی ممکن است فرسودگی زناشویی، کاهش صمیمیت، افت میل جنسی، محدود شدن روابط اجتماعی، احساس تنهایی در رابطه و حتی شکل‌گیری افکار جدایی باشد.

در عین حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال شخصیت مرزی قابل مداخله است و رویکردهایی مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، اعتباربخشی، ذهن‌آگاهی، تحمل‌پریشانی و مداخلات خانواده‌محور می‌توانند به کاهش آشفتگی هیجانی و بهبود کیفیت روابط کمک کنند (Hoffman et al., 2005; Linehan et al., 1991; May et al., 2016). از منظر رابطه‌ای، آموزش همسران درباره ماهیت اختلال، تفاوت میان اعتباربخشی و تسلیم‌شدن، مرزبندی سالم، شناسایی چرخه‌های تعارض و مدیریت بحران می‌تواند نقش مهمی در کاهش احساس درماندگی و افزایش کارآمدی زوجین داشته باشد. با این حال، در بسیاری از مطالعات، تمرکز اصلی بر فرد دارای

اختلال بوده و تجربه زوجها به‌عنوان یک واحد تعاملی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این خلأ به‌ویژه در مطالعات فارسی‌زبان و در بافت فرهنگی ایران محسوس‌تر است.

پژوهش کیفی امکان می‌دهد تجربه هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی از منظر خود زوجها، با زبان، معناها، استعاره‌ها و روایت‌های آنان فهم شود. برخلاف پژوهش‌های کمی که معمولاً بر شدت نشانه‌ها، همبستگی متغیرها یا اثربخشی درمان تمرکز دارند، مطالعه کیفی می‌تواند نشان دهد که زوجین چگونه بحران‌ها را معنا می‌کنند، چه راهبردهایی برای بقا در رابطه به کار می‌گیرند، چه احساساتی را پنهان می‌کنند، چگونه میان عشق و فرسودگی نوسان می‌کنند و چه شرایطی را برای بازسازی رابطه ضروری می‌دانند. چنین دانشی می‌تواند برای زوج‌درمانگران، روان‌شناسان بالینی، مشاوران خانواده و سیاست‌گذاران سلامت روان مفید باشد، زیرا نشان می‌دهد که اختلال شخصیت مرزی در زندگی روزمره زناشویی چگونه تجربه و بازتولید می‌شود.

با توجه به ماهیت رابطه‌محور اختلال شخصیت مرزی، کمبود پژوهش‌های کیفی در زمینه تجربه زوج‌های ایرانی و ضرورت طراحی مداخلات زوج‌محور متناسب با زمینه فرهنگی، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی انجام شد.

## روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل تماتیک انجام شد. انتخاب رویکرد کیفی به این دلیل صورت گرفت که هدف پژوهش، سنجش کمی شدت نشانه‌ها یا آزمون رابطه میان متغیرها نبود، بلکه فهم عمیق تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی مدنظر قرار داشت. تحلیل تماتیک نیز به دلیل انعطاف‌پذیری، توانایی در استخراج الگوهای معنایی از روایت‌های مشارکت‌کنندگان و تناسب آن با مطالعات روان‌شناختی و زوج‌درمانی انتخاب شد. (Braun & Clarke, 2006) میدان پژوهش شهر تهران بود و مشارکت‌کنندگان از میان زوج‌هایی انتخاب شدند که دست‌کم یکی از زوجین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی از سوی روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، یا دارای نشانه‌های بالینی برجسته مرتبط با این اختلال بر اساس گزارش درمانگر و مصاحبه غربالگری اولیه بود. معیارهای ورود شامل تأهل رسمی، حداقل دو سال زندگی مشترک، سکونت در تهران، تمایل هر دو زوج به مشارکت، توانایی بیان تجربه‌ها در مصاحبه، و وجود تجربه مستقیم هم‌زیستی با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود. معیارهای خروج شامل وجود روان‌پریشی فعال، مصرف شدید مواد در زمان مصاحبه، خطر حاد خودکشی یا خشونت، و ناتوانی در ادامه مصاحبه به دلیل آشفتگی شدید هیجانی بود.

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با راهبرد بیشینه‌سازی تنوع انجام شد. در انتخاب مشارکت‌کنندگان تلاش شد از نظر سن، مدت ازدواج، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و جنسیت فرد دارای نشانه‌های مرزی تنوع کافی وجود داشته باشد. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ به این معنا که در مصاحبه‌های پایانی، کد یا مضمون جدیدی که به‌طور معنادار ساختار تحلیل را تغییر دهد، ظاهر نشد. در نهایت، ۱۸ نفر شامل ۹ زوج در پژوهش شرکت کردند. با توجه به شواهد مربوط به اشباع در مطالعات کیفی با جمعیت نسبتاً همگن و هدف متمرکز،

این حجم نمونه برای دستیابی به غنای داده‌ها و اشباع مضمون‌ها مناسب تشخیص داده شد (Guest et al., 2006; Hennink & Kaiser, 2022). از هر زوج، مصاحبه‌ها به صورت فردی انجام شد تا هر مشارکت‌کننده بتواند بدون حضور همسر، تجربه‌ها، نگرانی‌ها، ترس‌ها و برداشت‌های خود را آزادانه بیان کند.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد. راهنمای مصاحبه پس از مرور ادبیات نظری و تجربی اختلال شخصیت مرزی، روابط زوجی و خانواده‌های درگیر با این اختلال تدوین شد. پرسش‌های اصلی شامل مواردی مانند «زندگی مشترک با این وضعیت را چگونه تجربه می‌کنید؟»، «چه موقعیت‌هایی بیشترین تنش را در رابطه شما ایجاد می‌کند؟»، «در لحظه‌های بحران معمولاً چه اتفاقی میان شما رخ می‌دهد؟»، «هم‌زیستی با این اختلال چه تأثیری بر صمیمیت، اعتماد، روابط اجتماعی و احساس هویت شما داشته است؟» و «چه چیزهایی به شما کمک کرده یا می‌تواند کمک کند رابطه را بهتر مدیریت کنید؟» بود. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول کشیدند و با رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان ضبط شدند. پیش از شروع مصاحبه، هدف پژوهش، محرمانگی اطلاعات، حق خروج از پژوهش، شیوه استفاده از داده‌ها و امکان توقف مصاحبه در صورت ناراحتی روانی توضیح داده شد. برای کاهش آسیب احتمالی، در صورت آشفتگی هیجانی مشارکت‌کنندگان، مصاحبه متوقف یا به زمان دیگری موکول شد و در صورت نیاز، اطلاعات تماس مراکز مشاوره و روان‌درمانی در اختیار آنان قرار گرفت.

تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل شش‌گانه تحلیل تماتیک انجام شد. ابتدا متن مصاحبه‌ها به صورت واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی و چندین بار خوانده شد تا پژوهشگر با کلیت داده‌ها آشنا شود. سپس کدگذاری اولیه به صورت خط‌به‌خط انجام گرفت و گزاره‌های معنادار درباره تجربه زوجها استخراج شد. در مرحله بعد، کدهای مشابه در خوشه‌های معنایی قرار گرفتند و مضامین اولیه شکل گرفتند. سپس مضامین اولیه با بازگشت مکرر به متن مصاحبه‌ها بازبینی شدند تا از پیوند دقیق میان داده خام، کدها و مقوله‌ها اطمینان حاصل شود. در مرحله پنجم، مقوله‌های اصلی تعریف و نام‌گذاری شدند و در مرحله نهایی، روایت تحلیلی یافته‌ها تدوین شد. برای مدیریت، سازمان‌دهی و بازیابی داده‌ها از نرم‌افزار NVivo استفاده شد. این نرم‌افزار امکان دسته‌بندی کدها، مقایسه مصاحبه‌ها، بازیابی نقل‌قول‌ها و تشکیل ساختار درختی مقوله‌ها را فراهم ساخت.

برای افزایش قابلیت اعتماد یافته‌ها، از معیارهای اعتبار، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری استفاده شد (Lincoln & Guba, 1985; Nowell et al., 2017). اعتبار از طریق درگیری طولانی با داده‌ها، بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها، بررسی همتای پژوهشی و بازبینی خلاصه یافته‌ها توسط چند مشارکت‌کننده تقویت شد. برای انتقال‌پذیری، توصیف نسبتاً غنی از زمینه پژوهش، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و موقعیت‌های تعاملی ارائه شد. وابستگی از طریق ثبت دقیق مراحل نمونه‌گیری، مصاحبه، کدگذاری و تصمیم‌های تحلیلی حفظ شد. تأییدپذیری نیز با استفاده از یادداشت‌های تأملی پژوهشگر، نگهداری مسیر ممیزی و استناد مستقیم به نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان تقویت گردید.

## یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۸ نفر شامل ۹ زن و ۹ مرد، یعنی ۹ زوج ساکن تهران، مشارکت داشتند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۶ تا ۴۸ سال بود. از نظر نقش بالینی، در ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان نشانه‌های برجسته یا تشخیص اختلال شخصیت مرزی گزارش شده بود که شامل ۶ زن

و ۳ مرد بود و ۹ نفر دیگر همسران آنان بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳ نفر دارای دیپلم، ۴ نفر دارای کاردانی یا کارشناسی ناپیوسته، ۷ نفر دارای کارشناسی، و ۴ نفر دارای کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۱۱ نفر شاغل، ۴ نفر خانه‌دار و ۳ نفر دارای اشتغال ناپایدار یا موقت بودند. مدت ازدواج زوج‌ها بین ۲ تا ۱۸ سال متغیر بود؛ ۳ زوج کمتر از ۵ سال، ۴ زوج بین ۵ تا ۱۰ سال و ۲ زوج بیش از ۱۰ سال سابقه زندگی مشترک داشتند. همچنین ۵ زوج دارای فرزند و ۴ زوج بدون فرزند بودند. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی منجر شد: چرخه بی‌ثباتی هیجانی و پیش‌بینی‌ناپذیری رابطه، ترس از رهاشدگی و اطمینان‌طلبی فرساینده، فرسودگی مراقبتی و فرسایش هویت همسر، و بازسازی رابطه از طریق مرزبندی، اعتباربخشی و کمک تخصصی.

**چرخه بی‌ثباتی هیجانی و پیش‌بینی‌ناپذیری رابطه:** نخستین مقوله نشان‌دهنده تجربه زوج‌ها از زندگی در فضایی ناپایدار و غیرقابل پیش‌بینی بود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که رابطه زناشویی آنان اغلب میان دوره‌های صمیمیت شدید، وابستگی عاطفی، عشق پرشور و دوره‌های ناگهانی خشم، قهر، تهدید به جدایی، بی‌اعتمادی و سردی هیجانی نوسان می‌کند. همسران افراد دارای نشانه‌های مرزی معمولاً احساس می‌کردند که نمی‌دانند کدام رفتار یا جمله ممکن است به بحران منجر شود. یکی از مردان مشارکت‌کننده گفت: «گاهی یک جمله خیلی معمولی می‌گفتم، اما ناگهان همه چیز عوض می‌شد؛ انگار وارد میدان مین شده باشم و ندانم قدم بعدی کجا منفجر می‌شود.» در مقابل، فرد دارای نشانه‌های مرزی نیز این تجربه را نه به‌عنوان «اغراق»، بلکه به‌عنوان احساس واقعی تهدید و فروپاشی درونی توصیف می‌کرد. یکی از زنان گفت: «وقتی جوایم را دیر می‌داد، فقط دیر جواب دادن نبود؛ برای من یعنی دیگر دوستم ندارد، یعنی دارد می‌رود.» این مقوله نشان داد که درک متفاوت زوجین از یک رویداد واحد، هسته بسیاری از تعارض‌ها را تشکیل می‌دهد. آنچه برای یک طرف رخدادی معمولی و قابل چشم‌پوشی بود، برای طرف دیگر نشانه طرد، بی‌وفایی، بی‌اهمیتی یا رهاشدگی تلقی می‌شد. به همین دلیل، رابطه در بسیاری از موارد نه بر اساس واقعیت بیرونی رویدادها، بلکه بر اساس معنایی که زوجین به آن رویدادها نسبت می‌دادند، دچار بحران می‌شد.

**ترس از رهاشدگی و اطمینان‌طلبی فرساینده:** دومین مقوله به تجربه مکرر ترس از ترک‌شدن، کنترل رابطه و نیاز شدید به اطمینان اختصاص داشت. مشارکت‌کنندگان دارای نشانه‌های مرزی بارها به احساس ناامنی، ترس از جایگزین‌شدن، حساسیت نسبت به تغییر لحن همسر، نگرانی از پیام‌های تلفنی و نیاز به شنیدن مکرر جملات محبت‌آمیز اشاره کردند. در عین حال، همسران آنان این نیاز را به‌صورت فشار دائمی برای پاسخ‌گویی، توضیح دادن، گزارش دادن و اثبات وفاداری تجربه می‌کردند. یکی از زنان همسر فرد دارای نشانه‌های مرزی گفت: «اگر با مادرم حرف می‌زدم، باید توضیح می‌دادم چرا طولانی شد؛ اگر سر کار جلسه داشتم، باید ثابت می‌کردم واقعاً جلسه بوده. بعد از مدتی حس کردم زندگی‌ام تبدیل شده به دفاعیه.» این اطمینان‌طلبی در مواردی به کنترل تماس‌ها، حساسیت نسبت به شبکه‌های اجتماعی، بررسی تلفن همراه، محدود کردن ارتباط با دوستان یا خویشاوندان و درخواست حضور دائمی همسر منجر شده بود. با این حال، داده‌ها نشان دادند که پشت این رفتارهای کنترل‌گرانه، اغلب اضطراب عمیق رهاشدگی قرار داشت. یکی از مردان دارای نشانه‌های مرزی اظهار کرد: «می‌دانم اذیتش می‌کنم، ولی وقتی بیرون است ذهنم هزار داستان می‌سازد. آن لحظه فقط می‌خواهم مطمئن شوم هنوز هست.» بنابراین، این مقوله نشان داد که

رفتارهای کنترل‌گرانه و اطمینان‌طلبانه در این زوجها اغلب صورت بیرونی یک نایمینی شدید درونی بود؛ اما وقتی این نایمینی به صورت کنترل و بازخواست بیان می‌شد، رابطه را فرسوده و همسر را از نظر عاطفی دورتر می‌کرد.

**فرسودگی مراقبتی و فرسایش هویت همسر:** سومین مقوله نشان داد که همسران افراد دارای نشانه‌های مرزی به تدریج خود را نه فقط در نقش همسر، بلکه در نقش مراقب، آرام‌کننده بحران، میانجی، درمانگر غیررسمی و مسئول حفظ ثبات خانه تجربه می‌کردند. آنان بیان کردند که برای جلوگیری از بحران، نیازها، خشم‌ها، خستگی‌ها و حتی شادی‌های خود را پنهان می‌کنند. برخی مشارکت‌کنندگان گفتند که به مرور از دوستان، خانواده، علایق شخصی و برنامه‌های فردی فاصله گرفته‌اند، زیرا هر فعالیت مستقل می‌توانست به سوءبرداشت یا تنش منجر شود. یکی از مردان همسر فرد دارای نشانه‌های مرزی گفت: «دیگر نمی‌دانستم خودم چه می‌خواهم. فقط فکر می‌کردم امروز چه کار کنم که دعوا نشود، گریه نشود، تهدید به رفتن نشود.» این فرسودگی فقط روانی نبود، بلکه به خستگی جسمانی، اختلال خواب، افت تمرکز شغلی، کاهش میل جنسی، کاهش صمیمیت و احساس تنهایی در رابطه منجر شده بود. برخی همسران اظهار کردند که از بیان مشکلات خود احساس گناه می‌کنند، زیرا فکر می‌کنند فرد مقابل «حال بدتری» دارد و آنان حق ندارند فشار خود را مطرح کنند. یکی از زنان گفت: «همیشه بیماری او مهم‌تر بود. من اگر ناراحت می‌شدم، باز هم باید مراقب می‌بودم که ناراحتی من او را بدتر نکند.» این مقوله نشان داد که در غیاب حمایت تخصصی و مرزبندی سالم، همسر ممکن است به تدریج از جایگاه شریک عاطفی به جایگاه مراقب فرسوده تغییر نقش دهد؛ تغییری که نه تنها برای همسر آسیب‌زاست، بلکه خود رابطه را نیز از صمیمیت برابر و متقابل دور می‌کند.

**بازسازی رابطه از طریق مرزبندی، اعتباربخشی و کمک تخصصی:** چهارمین مقوله به تجربه زوج‌هایی اشاره داشت که با وجود بحران‌های مکرر، توانسته بودند راه‌هایی برای کاهش شدت تعارض و بازسازی نسبی رابطه پیدا کنند. این زوجها معمولاً سه عامل را مؤثر می‌دانستند: شناخت بهتر اختلال، یادگیری مهارت‌های ارتباطی و دریافت کمک تخصصی. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که وقتی رفتارهای هیجانی را صرفاً به عنوان «بدجنسی»، «لجبازی» یا «بی‌عقلی» تفسیر می‌کردند، تعارض شدیدتر می‌شد؛ اما وقتی زبان مشترکی برای فهم اختلال پیدا کردند، امکان گفت‌وگوی آرام‌تر فراهم شد. یکی از زنان دارای نشانه‌های مرزی گفت: «وقتی همسرم یاد گرفت به جای اینکه بگوید تو دیوانه‌ای، بگوید می‌فهمم الان ترسیدی، من هم زودتر آرام می‌شدم.» در عین حال، زوجها تأکید کردند که اعتباربخشی به معنای پذیرش هر رفتار آسیب‌زا نیست. مرزبندی سالم، توقف گفت‌وگو در زمان اوج خشم، توافق درباره رفتارهای غیرقابل قبول، مراجعه منظم به درمان، و برنامه‌ریزی برای بحران از راهبردهای مفید گزارش شده بودند. یکی از مردان گفت: «ما یاد گرفتیم وقتی دعوا بالا می‌گیرد، ادامه ندهیم. قبلاً تا صبح بحث می‌کردیم. حالا می‌گوییم بیست دقیقه فاصله، بعد برمی‌گردیم.» این مقوله نشان داد که تجربه هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی لزوماً به فروپاشی رابطه منتهی نمی‌شود، اما تداوم رابطه سالم نیازمند آگاهی، درمان، مهارت، مرز و مشارکت فعال هر دو زوج است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه زوجها از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که تجربه زوجها در چهار مقوله اصلی قابل سازمان‌دهی است: چرخه بی‌ثباتی هیجانی و پیش‌بینی‌ناپذیری رابطه، ترس از رهاشدگی و اطمینان‌طلبی فرساینده، فرسودگی مراقبتی و فرسایش هویت همسر، و بازسازی رابطه از طریق مرزبندی، اعتباربخشی و کمک تخصصی. این یافته‌ها نشان می‌دهند که اختلال شخصیت مرزی در زندگی زناشویی صرفاً به صورت مجموعه‌ای از نشانه‌های فردی ظاهر نمی‌شود، بلکه به یک الگوی تعاملی تبدیل می‌شود که برداشت زوجین از محبت، طرد، کنترل، وفاداری، صمیمیت و استقلال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این نتیجه با ادبیات نظری و بالینی اختلال شخصیت مرزی همسو است که این اختلال را با بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عاطفه و تکانشگری تعریف می‌کند (American Psychiatric Association, 2022; Leichsenring et al., 2024).

اختلال شخصیت مرزی همخوان است که نشان می‌دهند روابط نزدیک آنان اغلب با حساسیت به طرد، تعارض شدید، سوءبرداشت‌های بین‌فردی و نوسان میان نزدیکی و فاصله همراه است. (Miano et al., 2017; Navarro-Gómez et al., 2017).

مقوله نخست، یعنی چرخه بی‌ثباتی هیجانی و پیش‌بینی‌ناپذیری رابطه، بیانگر آن بود که زوجها زندگی مشترک را در فضایی تجربه می‌کنند که در آن وضعیت عاطفی رابطه می‌تواند به سرعت از صمیمیت به بحران تغییر کند. این یافته با مدل زیستی - اجتماعی اختلال شخصیت مرزی قابل تبیین است. بر اساس این مدل، افراد دارای نشانه‌های مرزی از آسیب‌پذیری هیجانی بالاتری برخوردارند؛ یعنی هیجان‌ها را سریع‌تر تجربه می‌کنند، شدت هیجانی بیشتری دارند و برای بازگشت به سطح پایه هیجانی با دشواری بیشتری روبه‌رو هستند. (Crowell et al., 1993; Linehan, 2009). در بافت زناشویی، همین آسیب‌پذیری سبب می‌شود که محرک‌های ظاهراً کوچک، مانند دیر پاسخ دادن، تغییر لحن، خستگی همسر یا نیاز او به تنهایی، معنایی تهدیدکننده پیدا کنند. از سوی دیگر، همسر فرد دارای نشانه‌های مرزی ممکن است این واکنش‌ها را غیرمنطقی یا افراطی بداند و در نتیجه با دفاع، سکوت، خشم یا کناره‌گیری پاسخ دهد. این پاسخ‌ها خود ترس از طرد را تشدید می‌کنند و چرخه تعارض را پایدارتر می‌سازند. بنابراین، بی‌ثباتی تجربه‌شده در این زوجها نه تنها محصول شدت هیجان فردی، بلکه حاصل تعامل میان حساسیت هیجانی، سوءبرداشت رابطه‌ای و پاسخ‌های دفاعی همسر است.

مقوله دوم، یعنی ترس از رهاشدگی و اطمینان‌طلبی فرساینده، نشان داد که بسیاری از رفتارهایی که همسران به صورت کنترل‌گری، بازخواست، سوءظن یا وابستگی شدید تجربه می‌کردند، در سطح زیربنایی با اضطراب رهاشدگی و نیاز به اطمینان مرتبط بود. این یافته با معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی و مطالعات روابط عاشقانه همخوان است که ترس از طرد و تلاش‌های شدید برای جلوگیری از رهاشدگی را از ویژگی‌های محوری این اختلال دانسته‌اند. (American Psychiatric Association, 2022; Gunderson et al., 2018). از منظر رابطه‌ای، اطمینان‌طلبی مکرر می‌تواند در کوتاه‌مدت اضطراب فرد دارای نشانه‌های مرزی را کاهش دهد، اما در بلندمدت باعث فرسودگی همسر و کاهش خودانگیزگی محبت می‌شود. وقتی محبت به پاسخ به بازخواست‌ها، گزارش دادن یا اثبات وفاداری تبدیل می‌شود، کیفیت عاطفی رابطه آسیب

می‌بیند. در نتیجه، فرد دارای نشانه‌های مرزی اطمینان بیشتری طلب می‌کند و همسر برای حفظ استقلال روانی خود فاصله بیشتری می‌گیرد. این چرخه با یافته‌های Greer و Cohen (2018) درباره تجربه شرکای عاطفی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی همسو است؛ آنان نشان دادند که همسران و شرکای عاطفی اغلب درگیر فشار روانی، سردرگمی و نیاز به حمایت تخصصی می‌شوند.

مقوله سوم، یعنی فرسودگی مراقبتی و فرسایش هویت همسر، یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش بود. همسران افراد دارای نشانه‌های مرزی اغلب خود را در نقش مراقب هیجانی دائمی تجربه می‌کردند؛ نقشی که در آن باید تنش‌ها را پیش‌بینی کنند، کلمات خود را کنترل کنند، بحران‌ها را آرام سازند و از بیان نیازهای شخصی خود بپرهیزند. این یافته با پژوهش‌های مربوط به خانواده‌های افراد دارای اختلال شخصیت مرزی همسو است. برای مثال، Kay و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که اعضای خانواده افراد دارای این اختلال ممکن است احساس ناتوانی، فشار روانی، انزوای اجتماعی، شرم، تعارض خانوادگی و نیاز به دانش و حمایت بیشتر را تجربه کنند. هرچند مطالعه حاضر بر زوجها متمرکز بود، اما تجربه همسران شباهت زیادی به تجربه مراقبان خانوادگی داشت. تفاوت مهم این است که در رابطه زناشویی، مراقبت هیجانی با صمیمیت، رابطه جنسی، مسئولیت مالی، فرزندپروری و انتظارات فرهنگی از ازدواج گره می‌خورد. بنابراین، فرسودگی همسر فقط خستگی از مراقبت نیست، بلکه فرسایش نقش زناشویی و کاهش احساس دیده‌شدن به‌عنوان یک فرد مستقل است. این یافته نشان می‌دهد که در مداخلات بالینی نباید فقط به کاهش نشانه‌های فرد دارای اختلال توجه شود، بلکه سلامت روانی، مرزهای شخصی و نیازهای همسر نیز باید به‌طور جدی در نظر گرفته شود.

مقوله چهارم، یعنی بازسازی رابطه از طریق مرزبندی، اعتباربخشی و کمک تخصصی، نشان داد که برخی زوجها توانسته‌اند با افزایش آگاهی، مراجعه به درمان، یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان و شکل‌دهی مرزهای روشن، شدت بحران‌ها را کاهش دهند. این یافته با ادبیات درمانی اختلال شخصیت مرزی همسو است. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ترکیب پذیرش و تغییر، اعتباربخشی، ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی تأکید می‌کند. (Linehan, 1993; May et al., 2016) همچنین برنامه‌های خانواده‌محور مانند Family Connections نشان داده‌اند که آموزش خانواده‌ها و نزدیکان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی می‌تواند به کاهش فشار، افزایش دانش و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای کمک کند. (Hoffman et al., 2005) یافته حاضر نشان می‌دهد که این اصول در زمینه زوجی نیز اهمیت دارند. زوجها زمانی بهتر عمل می‌کردند که میان اعتباربخشی و تسلیم‌شدن تمایز قائل می‌شدند؛ یعنی می‌توانستند هیجان فرد مقابل را بفهمند و نام‌گذاری کنند، اما رفتار آسیب‌زا، تهدید، تحقیر یا کنترل را بدون مرز رها نکنند. این تمایز برای زوج‌درمانی در زمینه اختلال شخصیت مرزی بسیار حیاتی است، زیرا هم بی‌اعتبارسازی مداوم و هم پذیرش بی‌حد رفتارهای آسیب‌زا می‌تواند چرخه اختلال را تقویت کند.

از نظر نظری، یافته‌های پژوهش حاضر اهمیت نگاه دیالکتیکی و سیستمی به زندگی زناشویی در بستر اختلال شخصیت مرزی را برجسته می‌کند. فرد دارای نشانه‌های مرزی هم‌زمان نیازمند نزدیکی و هراسان از آسیب‌پذیری در صمیمیت است. همسر نیز هم‌زمان می‌خواهد حمایت‌گر باشد و از فرسودگی خود محافظت کند. بنابراین، رابطه در میدان تنش میان نزدیکی و فاصله، مراقبت و مرز، اعتباربخشی و خودحفاظتی، امید و فرسودگی شکل می‌گیرد. این وضعیت نشان می‌دهد که مداخلات فردمحور به‌تنهایی ممکن است برای پاسخ به پیچیدگی

زندگی زناشویی کافی نباشند. حتی اگر فرد دارای اختلال مهارت‌های تنظیم هیجان را بیاموزد، رابطه همچنان ممکن است درگیر الگوهای قدیمی سوءبرداشت، کنترل، کناره‌گیری و دفاع باقی بماند. از این رو، کار با زوج، آموزش هر دو طرف و بازسازی الگوهای تعاملی باید بخش مهمی از برنامه درمان باشد.

از نظر فرهنگی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تجربه زوج‌های ایرانی از هم‌زیستی با اختلال شخصیت مرزی در زمینه‌ای شکل می‌گیرد که در آن انگ اجتماعی، فشار خانواده، نگرانی از طلاق، حفظ ظاهر رابطه و کمبود سواد روان‌شناختی نقش مهمی دارند. برخی زوجها ممکن است سال‌ها بدون دریافت کمک تخصصی مناسب در چرخه بحران باقی بمانند، زیرا مشکل را نه به‌عنوان یک الگوی بالینی قابل فهم و مداخله، بلکه به‌عنوان نقص اخلاقی، ضعف شخصیت، ناسازگاری یا بی‌وفایی تعبیر می‌کنند. این امر اهمیت آموزش عمومی، کاهش انگ، تربیت زوج‌درمانگران آشنا با اختلالات شخصیت و طراحی بسته‌های مداخله‌ای بومی برای زوج‌های درگیر با اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

## تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Chapman, J., Jamil, R. T., & Fleisher, C. (2024). Borderline personality disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. doi:10.1037/a0015616
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 249–267). American Psychological Association.
- Greer, H., & Cohen, J. N. (2018). Partners of individuals with borderline personality disorder: A systematic review of the literature examining their experiences and the supports available to them. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 185–200. doi:10.1097/HRP.000000000000164
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. doi:10.1177/1525822X05279903

- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18029. doi:10.1038/nrdp.2018.29
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114523
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F., & Struening, E. (2005). Family Connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217–225. doi:10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
- Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P., & Downing, C. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis*, 41(1), a1892. doi:10.4102/curationis.v41i1.1892
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. doi:10.1002/wps.21156
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.