



درک بی‌ثباتی ارتباطی و هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (یک مطالعه کیفی)

ژاله ارجی^۱، قاسم نظیری^{۲*}، اعظم داوودی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: یکی از شایع‌ترین، ناتوان‌کننده‌ترین و مهلک‌ترین شرایط روانی، اختلال شخصیت مرزی بوده که با هزینه‌ها و پیامدهای جدی همراه است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و درک بی‌ثباتی ارتباطی و هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت.

روش: روش پژوهش به صورت کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی براساس روش کلایزی است. جامعه آماری آن افراد دارای بیماری اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر همدان می‌باشند که به صورت هدفمند ۱۲ نفر از آن‌ها انتخاب و براساس اشباع نظری محقق مورد مصاحبه قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این پژوهش نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که تجربه زیسته شرکت‌کنندگان در قالب چهار مضمون اصلی شامل «کنترل هیجانات»، «بی‌ثباتی خلقی»، «تکانشگری» و «کیفیت روابط بیماران» و ده مضمون فرعی «مهارت تنظیم هیجان»، «ناتوانی در توصیف کلامی هیجان‌های شخصی»، «آشفته‌گی در کنش‌های عاطفی و شناختی»، «عقاید پارانوییدی»، «نوسانات شدید رفتاری»، «تکانشگری شناختی»، «تکانشگری حرکتی»، «ارتباط بین‌فردی»، «ارتباط با خود»، «ارتباط عاطفی» نمود یافته است.

نتیجه‌گیری: این مضامین ابعاد مختلف مشکلات بی‌ثباتی ارتباطی و هیجانی بیماران را در زمینه اختلال شخصیت مرزی آشکار ساختند. یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی نیاز به توجه ویژه به تنظیم هیجان، بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و مدیریت تکانشگری در مداخلات درمانی این گروه از بیماران است.

کلیدواژه‌ها: تجربه زیسته، اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی ارتباطی، بی‌ثباتی هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸

*نویسنده مسئول: قاسم نظیری،
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز،
دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

تلفن: ۰۹۱۸۷۱۱۸۷۴۵

پست الکترونیک:
nazirry@yahoo.com



مقدمه

شخصیت به الگوی بارز رفتار، تنظیم هیجانی، عاطفه، انگیزش، شناخت خود و تعامل با دیگران اطلاق می‌شود که دیرپا بوده و از نوجوانی یا اوایل بزرگسالی وجود دارد (۱). تعریف شخصیت سالم آسان نیست، اما به‌طور کلی شخصیت سالم به فرد امکان می‌دهد با استرس‌های عادی زندگی مقابله کرده و روابط نزدیک و دوستانه، رضایت‌بخشی برقرار کند (۲). در مقابل افراد سالم به لحاظ شخصیتی، افرادی وجود دارند که درگیر اختلالات شخصیت هستند. اختلال شخصیت عبارت است از یک الگوی بادوام و پایدار از رفتار و تجربه درونی که ویژگی اصلی آن انعطاف‌ناپذیری می‌باشد (۳). یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی^۱ است. اختلال شخصیت مرزی، یکی از مشکلات پیچیده مربوط به حیطه سلامت روان است که با مشخصه‌هایی چون هیجانات منفی شدید، اختلال در هویت، رفتارهای تکانش‌گرانه و ناپایداری در روابط میان‌فردی شناخته می‌شود (۴).

این اختلال، بیماری روانی عمیق و پیچیده‌ای است که با نارسایی‌های متعددی در روابط بین‌فردی خودپنداره و واکنش‌های شناختی، هیجانی و ارتباطی مشخص می‌شود (۵). معیارهای تشخیصی برای اختلال شخصیت مرزی بر اساس ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ (۶)، اختلال در تنظیم هیجان‌ها، کنترل تکانه‌ها و بی‌ثباتی در ارتباطات میان‌فردی می‌باشد. درمانگران، معتقد هستند بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با سایر بیماران، رنج یا ناراحتی هیجانی بسیار عمیق‌تری را احساس یا لااقل گزارش می‌کنند، همچنین در تعاملات خود این عواطف را به سبکی اغراق‌آمیز مخابره می‌کنند (۷). مک‌گراو^۳ (۸) معتقد است توانایی برقراری ارتباط صحیح، یک مهارت اساسی لازم می‌باشد برای افرادی که ارتباط روشن، توأم با صداقت همراه با احترام داشته باشند، فرد دارای بالاترین عملکرد می‌باشد، اما افرادی که در برقراری ارتباط صحیح ناتوان هستند وقتی در موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرند، در برقراری ارتباط همانند افراد

شکست‌خورده عمل می‌کند. بنابراین، با افزایش مهارت‌ها، عملکرد بالاتری را در پی دارند. اختلال شخصیت مرزی یک مشکل روانی عمده با میانگین شیوع ۱/۶ درصد در جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود، اگرچه ممکن است به ۵/۹ درصد هم برسد و ۲۰ درصد جمعیت افراد بستری‌شده را تشکیل می‌دهند (۹). البته شیوع اختلال شخصیت مرزی در مراکز مراقبت‌های اولیه حدود ۶ درصد و در درمانگاه‌های سرپایی ۱۰ درصد است که رقم قابل‌توجهی است (۶). در ایران شیوع علائم اختلال شخصیت مرزی در برخی جمعیت‌های غیربالینی نظیر جمعیت دانش‌آموزی در شهر تهران حدود ۹ درصد گزارش شده است (۱۰). این اختلال با همبودی بالای بیماری‌های روانی، کیفیت پایین زندگی، ریسک بالای خودکشی و هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است (۱۱). همچنین این اختلال هزینه‌های فردی و اجتماعی زیادی را بر افراد و جامعه تحمیل می‌کند (۱۲).

نظریه‌ی زیست اجتماعی اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که اختلال در تنظیم هیجان مکانیسم اصلی زیربنای رفتارهای شدید، بی‌ثباتی خلقی، اختلال هویت و بی‌ثباتی رابطه است که در اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود. در اختلال شخصیت مرزی، مشکلات تنظیم هیجان یک ساختار چندوجهی است و به شکل فقدان آگاهی یا پذیرش هیجانی، به‌علاوه شکست در دسترسی و یا استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نشان داده می‌شود (۱۳).

همه انسان‌ها هیجان‌ها و عواطف را در زندگی تجربه می‌کنند و این کاملاً طبیعی است که در رویارویی با موقعیت‌گونگون هیجان‌ها و عواطفی متفاوت از خود نشان دهند، اما هیجان‌ها و عواطف منفی شدید غیرعادی است و نه‌تنها سازنده نیست، بلکه آثار مخرب و زیان‌باری نیز دارد (۱۴). افراط و تفریط هیجان‌ها منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب افراد می‌شود که به‌صورت کنترل‌نشده، بهداشت روانی و عاطفی افراد را به‌گونه‌ای جدی تهدید می‌کند (۱۵). ناتوانی در تنظیم

³. Mc Grow¹. Borderline Personality Disorder². Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 5th Edition-DSM-5



هیجانی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی احتمالاً زمینه‌ساز مشکلات بین‌فردی است. اختلال عملکرد بین‌فردی سنگ بنای اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته می‌شود. روابط با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که بین ایده‌آل‌سازی و کاهش ارزش شرکای رابطه متناوب هستند، شدید و بی‌ثبات توصیف می‌شود. علاوه بر این، فقدان روابط پایدار و حمایتی ممکن است با حفظ و تشدید علائم مرتبط باشد. شواهد به‌دست‌آمده به نقش بی‌ثباتی هیجانی^۱ نه تنها در تشدید اختلال شخصیت مرزی اشاره می‌کنند، بلکه می‌تواند یکی از عوامل خطر برای شروع آن نیز باشد (۱۶).

در دو دهه اخیر در درمان اختلال شخصیت مرزی پیشرفت‌های چشمگیری ایجاد شده است و همواره تلاش بر این بوده درمان‌های غیردارویی جایگزین درمان دارویی یا در جهت تقویت اثرات دارویی استفاده شود، بنابراین، شناخت سبک زندگی این بیماران نظیر خصوصیات فردی، تجربیات، تعاملات خانوادگی، عوامل محیطی و اجتماعی در درمان بیماران نقش مؤثر دارد. علی‌رغم شناخت گسترده اهمیت بی‌ثباتی رابطه در اختلال شخصیت مرزی، شواهد تجربی کمی در مورد ماهیت چنین بی‌ثباتی و چگونگی ظهور آن در طول زمان وجود دارد. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال درک و شناسایی بی‌ثباتی هیجانی و روابط بین‌فردی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی است که به درک بی‌ثباتی ارتباطی و هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر همدان در ۶ ماهه اول (فروردین تا شهریورماه) سال ۱۴۰۲ بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت پس از مصاحبه با ۱۲ نفر، اشباع نظری محقق حاصل شد. معیارهای ورود به مطالعه دریافت ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه تشخیصی

SCID^۲، حداقل ۱۸ سال سن، تمایل به شرکت و مصاحبه و امضا رضایت‌نامه کتبی، و توانایی در به اشتراک گذاشتن تجربیات می‌باشد. معیارهای خروج شامل درخواست ترک و عدم تمایل به شرکت در پژوهش است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. محتوای این مصاحبه نخست براساس پیشینه پژوهشی موجود در زمینه موضوع مورد پژوهش و بارش فکری پژوهشگر و اساتید راهنما به‌صورت سؤالات باز تهیه شد و سپس از نظر اعتبار محتوایی و اینکه چقدر برای بررسی اهداف پژوهش مناسب هستند، توسط چند ارزیاب متخصص روان‌شناس بالینی بررسی و بر اساس آراء آنان بازنگری و بازنویسی شد. مصاحبه‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط شد. هر جلسه مصاحبه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول کشید که در صورت نیاز و رضایت بیمار ممکن بود تا دو جلسه دیگر هم مصاحبه ادامه پیدا کند. پس از هر مصاحبه تمام گفتگوها توسط محقق روی کاغذ پیاده‌سازی و مکتوب شد. پس از تحلیل هر مصاحبه و شکل‌دادن به مفاهیم سازماندهی‌شده، مصاحبه بعدی انجام می‌شد. این روش تا به پایان رسیدن تمامی مصاحبه‌ها ادامه یافت.

روش تحلیل داده‌ها به این صورت بود که محقق پس از ثبت و ضبط مصاحبه‌ها چندین بار آن‌ها را مطالعه نمود تا با محتوای کلی مصاحبه‌ها آشنا شود. در مرحله بعد براساس روش کلایزی، جملات مهم هر مصاحبه استخراج شد. لازم به ذکر است اطلاعاتی که در این مرحله کنار گذاشته شده بودند، در یک فایل جداگانه‌ای نگهداری شدند تا در صورت نیاز به آن‌ها دسترسی وجود داشته باشد. در مرحله بعد برای هر جمله یک عبارت برای توضیح معنای مستتر در جملات با عنوان واحدهای معنایی تخصیص داده شد. در سومین مرحله، واحدهای معنایی با یکدیگر مقایسه شده و براساس شباهت‌ها و تفاوت‌های آنان در یک دسته بزرگ‌تری با عنوان مضامین فرعی قرار گرفتند. در مرحله آخر مضامین فرعی با یکدیگر مقایسه و ادغام شدند و در نهایت مضامین اصلی پژوهش بر اساس اهداف پژوهش شکل گرفت (۲۴). برای اعتبارسنجی و تقویت استحکام پژوهش کیفی حاضر، از چهار معیار اصلی لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) شامل قابلیت تأیید، قابلیت انتقال، قابلیت اتکا، و

2. Structural Interview of DSM

1. Affective instability



یافته‌ها

در این مطالعه شرکت‌کنندگان شامل ۱۲ نفر بیمار دارای اختلال شخصیت مرزی شامل ۷ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند. دامنه سنی آن‌ها ۲۴ تا ۵۷ سال و میزان تحصیلات آن‌ها از بی‌سواد تا لیسانس بود.

پس از تحلیل داده‌های گردآوری‌شده، ۱۰۹ واحد معنایی، ۱۰ مضمون فرعی و ۴ مضمون اصلی استخراج شد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد ۴ مضمون اصلی «کنترل هیجانات»، «بی‌ثباتی خلقی»، «تکانشگری» و «کیفیت روابط بیماران» از مصاحبه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی استخراج شد.

۱- کنترل هیجانات

این مضمون شامل ۳ مضمون فرعی «مهارت تنظیم هیجان»، «ناتوانی در توصیف کلامی هیجان‌های شخصی» و «آشفته‌گی در کنش‌های عاطفی و شناختی» می‌باشد. مهارت تنظیم هیجان به ناتوانی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی در کنترل هیجانات خود اشاره می‌کند. برخی از بیماران به ناتوانی در کنترل احساسات و هیجانات خود اشاره کردند.

باورپذیری استفاده شد. برای اطمینان از اینکه یافته‌ها به‌درستی منعکس‌کننده واقعیت تجربه‌شده شرکت‌کنندگان هستند، از راهکارهای مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته با مشارکت‌کنندگان، بررسی مجدد کدها و مضامین با کمک دو متخصص تحلیل کیفی به‌منظور اجماع نظری و تقویت دقت تحلیل و بخشی از یافته‌ها با شرکت‌کنندگان به‌اشتراک گذاشته شد تا اطمینان حاصل شود که برداشت‌های پژوهشگر با تجربیات آن‌ها هم‌خوان است، بهره گرفته شد. اگرچه هدف پژوهش کیفی تعمیم آماری نیست، اما با ارائه توصیف غنی از زمینه، مشارکت‌کنندگان و شرایط مصاحبه، امکان مقایسه و انتقال نتایج به زمینه‌های مشابه فراهم شده است. سعی شده تا متن مصاحبه‌ها، شرایط زمینه‌ای و خصوصیات نمونه‌ها با جزئیات کافی گزارش شود. برای بررسی پایداری یافته‌ها در صورت تکرار مطالعه در شرایط مشابه، از روش‌هایی مانند مستندسازی دقیق روند تحلیل داده‌ها، ثبت مراحل کدگذاری و استخراج مضامین، بازبینی همتای پژوهشی استفاده شده است. کلیه مراحل پژوهش (از مصاحبه تا تحلیل نهایی) ثبت و قابل ردیابی هستند. و در نهایت برای تضمین آنکه یافته‌ها حاصل تحلیل بی‌طرفانه داده‌ها و نه تعصب یا پیش‌فرض‌های پژوهشگر باشند از کدگذار دوم برای افزایش عینیت تحلیل‌ها استفاده شد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

شماره	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل
۱	زن	۲۴	بی‌سواد	مجرد
۲	مرد	۲۷	دیپلم	متاهل
۳	زن	۳۱	سیکل	مطلقه
۴	مرد	۳۵	لیسانس	مجرد
۵	زن	۲۹	دیپلم	مجرد
۶	مرد	۵۷	بی‌سواد	متاهل
۷	زن	۴۲	لیسانس	متاهل
۸	مرد	۳۸	سیکل	مجرد
۹	زن	۳۳	دیپلم	متاهل
۱۰	مرد	۵۰	دیپلم	متاهل
۱۱	زن	۴۶	لیسانس	متاهل
۱۲	زن	۲۶	سیکل	مجرد



جدول ۲. استخراج واحدهای معنایی، مضامین فرعی و اصلی

مضامین اصلی	مضامین فرعی	واحدهای معنایی
کنترل هیجانات	مهارت تنظیم هیجان	عدم توانایی تفسیر صحیح هیجانات/عدم وضوح هیجانی/فقدان آگاهی هیجانی/فاجعه سازی/پیش‌بینی ناپذیری/پذیرش و تحمیل هیجانات منفی/کنترل ضعیف بر هیجانات/ناتوانی در بازشناسی هیجان‌های شخصی/ناتوانی در پردازش شناخت اطلاعاتی هیجانی/ناتوانی در نظم دهی به هیجانات/نقض در تنظیم گری هیجانی/بروز هیجانات ناگهانی
	ناتوانی در توصیف کلامی هیجان‌های شخصی	توصیف مداوم نشانه‌های فیزیکی به جای هیجانات/ناتوانی در به کارگیری احساسات/نشخوار فکری/مقصر دانستن خود/مقصر دانستن دیگران
بی‌ثباتی خلقی	آشفته‌گی در کنش‌های عاطفی و شناختی	ناتوانایی در تمایز احساسات درونی از بدنی/ناتوانی در آشکارسازی بازخوردها/توصیف مداوم نشانه‌های فیزیکی به جای هیجانات/ناتوانی در به کارگیری احساسات
	عقاید پارانوئیدی	بدگمانی/سوءظن/بی‌اعتمادی/اقدامات تلافی‌جویانه/رفتار خشونت‌آمیز/گیر افتادن در چرخه‌های معیوب رفتاری
تکانشگری	نوسانات شدید رفتاری	به هم ریختگی/زودجوشی/پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی/برانگیختگی بالا/احساس خشم/واکنش سریع و بدون برنامه/رفتارهای بی‌پروا/ناسازگاری/پرخاشگری/خشم/نفرت/خشونت فیزیکی/اقدام به خودکشی/رفتارهای واکنشی/برانگیختگی فیزیولوژیکی
	تکانشگری شناختی	فقر و محدودیت زندگی تخیلی/محدودیت تمایلات و احساسات/به سرعت نتیجه‌گیری کردن در گفت‌وگوها/ترجیح پاداش آنی به پیامد تأخیری/سبک پردازش اطلاعات سریع/پیوستن و سپس جدایی از گروه‌های مختلف بدون دلیل روشن/عدم تمرکز مناسب روی اجزای موقعیت چالش‌زا/تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز/حل مسئله مبتنی بر لذت زودگذر/دسترسی محدود به راهبردها/دشواری در انجام رفتار هدفمند
تکانشگری	تکانشگری حرکتی	عمل کردن بدون فکر/بی‌دقتی/عدم توجه به جزئیات/عمل بدون ارزیابی پیامدها/عدم موفقیت در چالش‌ها/رفتار حل مسئله نامناسب/عدم توجه به پیامدهای منفی رفتار/نداشتن تفکر انتزاعی/قدرت تجسم محدود/محدود بودن تخیل‌ها/کاهش یادآوری رؤیاها/بی‌توجهی/نداشتن برنامه‌ریزی/پذیرش کم/هوشیاری کم/ترک ناگهانی شغل/تغییر یا لغو مداوم و بدون دلیل برنامه‌ها/تخریب اموال خود یا دیگران/ولخرجی/خوردن یا نوشیدن بیش از حد/دور ریختن ناگهانی اشیاء به بهانه تغییر دکور/به راه انداختن درگیری سر مسائل کوچک و پیش‌پاافتاده/ناتوانی در شنیدن نقد بدون واکنش منفی نشان دادن به آن/رفتار بدون منطق
	ارتباط بین فردی	روابط بین فردی بی‌ثبات/ناتوانی در حفظ روابط پایدار/قطع ارتباط با دیگران به بهانه شروعی تازه/روابط متزلزل/بیش از حد عذرخواهی کردن/عدم اعتماد به نفس/ترس از مورد توجه قرار نگرفتن/نداشتن تعادل در گفتار و رفتار/تصور تحریف‌شده راجع به خود و دیگران/رفتارهای ضداجتماعی/مشکلات بین فردی/تظاهرات چهره‌ای/مهارت مقابله‌ای ضعیف
کیفیت روابط بیماران	ارتباط با خود	حمایت دلسوزانه از خود/رفتارهای خود تخریبی/رفتارهای خودآسیب‌رسان/هراس از تنهایی/احساس ترک شدن/احساس تهی بودن/احساس بی‌هویتی/اندوه‌گین/افسرده/احساس کسالت/خودشیفتگی/مضطرب
	ارتباط عاطفی	هراس از برقراری رابطه صمیمانه/ترس از دست دادن شریک عاطفی/دل‌بستگی نالایم/احساسات متناقض/بیش از حد به اشتراک گذاشتن احساسات/روابط جنسی پرخطر و بدون دلیل

به عنوان نمونه بیمار شماره ۱ در این رابطه اظهار داشت: "گاهی اونقد عصبی میشم که نمی‌تونم خودمو کنترل کنم". در همین راستا بیمار شماره ۶ گفت: "احساس می‌کنم هیجان‌اتم شدید و غیرقابل کنترل است". بیمار شماره ۴ نیز گفت: "وقتی ناراحت میشم کنترل رفتارم رو ندارم". بیمار شماره ۷ به عدم آگاهی از هیجانات خود اشاره کرد و گفت: "دقیقاً نمی‌دونم چه اتفاقی میفته".

برخی از بیماران به ناتوانی در توصیف کلامی هیجان‌های شخصی اشاره کردند. به این معنی که این بیماران

نمی‌توانند آنچه را که احساس می‌کنند توصیف دهند. بیمار شماره ۲ گفت: "نمی‌دونم چجوری اون حس رو توضیح بدم". بیمار شماره ۱۰ نیز اظهار داشت: "وقتی ناراحت میشم، مدت‌ها می‌شینم و در مورد این‌که واقع چه احساسی دارم فکر می‌کنم". آشفتگی در کنش‌های عاطفی و شناختی به مضامینی اشاره می‌کند که فرد قادر به تمییز احساسات خود از حالات بدنی نیست. در این رابطه بیمار شماره ۳ اظهار داشت: "به این‌که چه احساسی دارم سردرگم هستم". بیمار شماره ۸ نیز به توصیف حالات فیزیکی به جای احساسات درونی خود پرداخت و گفت:



"وقتی از یه چیزی ناراحت میشم سردرد شدیدی می‌گیرم، معده‌ام درد می‌کنه، دستام می‌لرزه".

۲- بی‌ثباتی خلقی

این مضمون شامل ۲ مضمون فرعی «نوسانات شدید رفتاری» و «عقاید پارانوئیدی» است. نوسانات رفتاری به ویژگی‌های خلقی و رفتاری بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی اشاره می‌کند. برخی از بیماران به پرخاشگری، واکنش سریع، خشم، نفرت و رفتارهای بی‌پروا اشاره کردند. به عنوان نمونه بیمار شماره ۳ اظهار داشت: "اون لحظه دلم می‌خواد هر چی که دم دستم هست رو بشکنم". بیمار شماره ۵ نیز گفت: "انگار یه نفر از درون بهم دستور میده که آسیب بزنم و نمی‌تونم در این مورد خودمو کنترل کنم". بیمار شماره ۷ نیز اظهار داشت: "بیشتر آدم‌ها باعث عصبی شدنم میشن و منم یهو باهاشون برخورد می‌کنم". عقاید پارانوئیدی به مضامینی اشاره می‌کند که فرد نسبت به اطرافیان سوءظن دارد و بی‌اعتماد است. بنابراین در تلاش برای اقدامات تلافی‌جویانه است. برخی از بیماران به این موضوع اشاره کردند، به عنوان نمونه بیمار شماره ۹ در این باره گفت: "من نمی‌تونم با کسی صمیمی بشم و همیشه احساس می‌کنم دوستانم پشت سرم حرف می‌زنن". بیمار شماره ۱۰ نیز گفت: "هیچ وقت نمی‌تونم خودمو راضی کنم که همسرم داره راستشو میگه، همیشه احساس می‌کنم چیزی رو ازم پنهون می‌کنه".

۳- تکانشگری

این مضمون شامل دو مضمون فرعی «تکانشگری حرکتی» و «تکانشگری شناختی» است. تکانشگری موضوعی است که در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شود. در این پژوهش نیز بیماران به این موضوع اشاره کردند. تکانشگری حرکتی به رفتار بدون منطق و فکر بیماران اشاره می‌کند. به عنوان مثال، بیمار شماره ۱ اظهار داشت: "دوست دارم همون لحظه کارمو انجام بدم و نمی‌شینم در موردش فکر کنم و خسته بشم". بیمار شماره ۷ نیز گفت: "همیشه دوست دارم در حال تغییر و تحول باشم، خونه و شغلمو عوض می‌کنم، مرتب در حال خرید کردنم و...". تکانشگری شناختی به مضامینی اشاره می‌کند که بیمار تحمل

پیچیدگی‌ها و مقاومت در شرایط تصمیم‌سازی بلافاصله را داراست. در این راستا بیمار شماره ۴ اظهار داشت: "نمی‌تونم به مسائل پیچیده فکر کنم". بیمار شماره ۸ نیز گفت: "وقتی یه کاری انجام میدم، نمی‌تونم به چیز دیگه‌ای فکر کنم".

۴- کیفیت روابط بیماران

این مضمون شامل ۳ مضمون فرعی «ارتباط بین فردی»، «ارتباط با خود» و «ارتباط عاطفی» می‌باشد. ارتباط بین فردی به رابطه بیمار با دیگران و در اجتماع اشاره می‌کند. برخی از بیماران به روابط متزلزل و ناپایدار خود اشاره کردند. مانند بیمار شماره ۱۰ که در این مورد گفت: "اطرافیانم از من فاصله می‌گیرند. از بهترین دوستانم فاصله گرفتم". نداشتن اعتمادبه‌نفس و بیش‌ازحد عذرخواهی کردن نیز از دیگر مواردی است که بیماران به آن اشاره کردند. به عنوان نمونه بیمار شماره ۶ در این مورد گفت: "وقتی در جمع صحبت می‌کنم دست و پام می‌لرزه و احساس می‌کنم نمی‌تونم به اندازه کافی دیگران رو تحت تأثیر قرار بدم". بیمار شماره ۹ نیز گفت: "همیشه احساس می‌کنم گند زدم و لازمه عذرخواهی کنم". ارتباط با خود به مفاهیمی اشاره می‌کند که بیمار نسبت به خود احساس می‌کند. در این مورد مضامین ناخوشایندی از جمله احساس تهی بودن، رفتارهای آسیب‌رسان به خود، رفتارهای خودتخریبی و... استخراج شد. بیمار شماره ۷ ارتباط با خود را این گونه توصیف کرد: "خودمو دوست ندارم، خسته شدم از خودم، بارها تصمیم گرفتم خودکشی کنم". بیمار شماره ۳ گفت: "بعضی وقت‌ها ساعت‌ها می‌شینم فکر می‌کنم که چرا من باید به دنیا می‌اومدم، هدف این بوده با یه همچین بیماری مقابله کنم...؟؟!!". بیمار شماره ۵ نیز اظهار داشت: "در همه حال احساس افسردگی می‌کنم. همیشه انگار یک غمی توی دلم هست". بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در روابط عاطفی خود نیز دچار مشکل می‌شوند. به عنوان مثال نمونه بیمار شماره ۳ گفت: "می‌ترسم همسرم ازم جدا بشه و تنهام بذاره". بیمار شماره ۱ نیز گفت: "نمی‌تونم به کسی اعتماد کنم و به ازدواج باهاش فکر کنم". بیمار شماره ۸ به احساسات متناقض اشاره کرد و



اظهار داشت: "خیلی بهش وابسته‌ام، دوستش دارم ولی نمی‌دونم ازش بدم میاد، نمی‌تونم تحملش کنم".

بحث

پژوهش حاضر به صورت کیفی به درک و شناسایی بی‌ثباتی ارتباطی و هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته است. این مطالعه با رویکرد پدیدارشناسانه و بر اساس روش کلاسی بر روی ۱۲ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر همدان انجام گرفت. از تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده مضامین فرعی «مهارت تنظیم هیجان»، «ناتوانی در توصیف کلامی هیجان‌های شخصی»، «آشفته‌گی در کنش‌های عاطفی و شناختی»، «عقاید پارانوییدی»، «نوسانات شدید رفتاری»، «تکانشگری شناختی»، «تکانشگری حرکتی»، «ارتباط بین فردی»، «ارتباط با خود»، «ارتباط عاطفی» و مضامین اصلی «کنترل هیجانات»، «بی‌ثباتی خلقی»، «تکانشگری» و «کیفیت روابط بیماران» از مصاحبه بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی استخراج شد.

فرد دارای اختلال شخصیت مرزی، در روابط میان فردی خود با چالش‌های متعددی روبرو می‌شود. با توجه به تجربه شرکت‌کنندگان کیفیت روابط این افراد پایین است. آن‌ها همواره روابط متزلزلی را در رابطه با دیگران تجربه می‌کنند و نسبت به خود احساس بی‌هویتی دارند، به گونه‌ای که از برقراری روابط احساسی هراس دارند و چنانچه وارد رابطه‌ای عاطفی شوند بیش از حد احساسات خود را به اشتراک می‌گذارند. این نتایج با نتایج (۱۸-۱۷) همسو است. منیم، فلسون، آرنولد و فور^۱ (۱۷) نشان دادند اختلال شخصیت مرزی با الگوی شدید روابط بین فردی ناپایدار، خلق نوسان دار، احساس مزمن پوچی و ترس از تنهایی و طرد شناخته می‌شود. لازاروس، چیونس، فستا و روزنتال^۲ (۱۹) روابط مشکل‌ساز را یک ویژگی شناخته شده‌ی BPD به دلیل بی‌ثباتی عاطفی، ترس از رها شدن و بی‌اعتمادی دانستند. هاوارد، لازاروس و چیونس^۳ (۲۰) نیز معتقد است ماهیت اختلال شخصیت مرزی این است که ممکن است مشکلات

تجربه شده در توسعه روابط را به دلیل اختلال در تنظیم احساسات، تکانشگری، و مشکلات بین فردی تقویت کند.

با توجه به تجربه شرکت‌کنندگان، کیفیت روابط بیماران شامل ارتباط بین فردی، ارتباط با خود و ارتباط احساسی بود. ارتباط بین فردی بیماران شرکت‌کننده بی‌ثبات و متزلزل بود. آن‌ها توانایی حفظ رابطه خود را ندارند و همواره روابط خود با دیگران را به بهانه شروعی تازه قطع می‌کنند. بی‌اعتماد به نفسی در روابط آن‌ها به شدت به چشم می‌خورد. به گونه‌ای که برای هر چیزی بیش از حد عذرخواهی می‌کنند و از مورد توجه واقع نشدن می‌ترسند. مشکلات بین فردی آن‌ها زیاد است و به همین دلیل تصورات تحریف شده‌ای نسبت به خود و دیگران دارند که مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها را تضعیف می‌کند. از این رو به رفتارهای ضد اجتماعی روی می‌آورند. رفتار و گفتار آن‌ها متعادل نیست و همواره در همه زمینه‌ها خود واقعی‌شان را پنهان نموده و تظاهر می‌کنند.

برخی از شرکت‌کنندگان در ارتباط با خود به رفتارهای خود تخریبی و آسیب زن اشاره داشتند. به گونه‌ای که احساس تنهایی و تهی بودن و حس ناخوشایند ترک شدن بر آن‌ها غلبه می‌کند. از این رو همواره اندوهگین، مضطرب و افسرده هستند. برخی دیگر نسبت به خود حس خودشیفتگی و دلسوزی بیش از حد دارند. خودشیفتگی به آن‌ها حس خودبزرگ‌بینی کوتاهی می‌دهد که ناشی از حفظ ارزش فردی و احساس هویت است. این افراد همچنین در همه حال خود را قربانی بی‌عدالتی دیگران می‌دانند. این دیدگاه آنان موجب می‌شود که مسئولیت‌هایشان را نادیده بگیرند و به شدت نیازمند توجه بیرونی و همدردی دیگران باشند. به نظر می‌رسد روابط عاطفی تجربه‌کنندگان از ابعاد پیچیده اختلال شخصیت مرزی است. برخی از آن‌ها تمایلی به ایجاد رابطه احساسی نداشتند. درواقع عدم تمایل آن‌ها ترکیبی از ترس از دست دادن و احساسات متناقض بود. بنابراین برای پیشگیری از درد عاطفی ناشی از دست دادن شریک زندگی به طور ناخودآگاه از شروع یا ادامه روابط عاطفی اجتناب می‌کنند. علی‌رغم این عدم تمایل، شرکت‌کنندگان

³. Howard, Lazarus & Cheavens

¹. Mneimne, Fleeson, Arnold & Furr

². Lazarus, Cheavens, Festa & Rosenthal



اظهار داشتند در برخی مواقع به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که به نظر می‌رسد به رابطه عاطفی نیاز شدیدی دارند.

بی‌ثباتی هیجانی یکی از ویژگی‌های اصلی بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی است که به دلیل نوسانات شدید و غیرقابل پیش‌بینی در احساسات و عواطف فردی رخ می‌دهد. در پژوهش حاضر با توجه به اظهارات تجربه‌کنندگان، آن‌ها با بی‌ثباتی هیجانی بالایی در موقعیت‌های مختلف روبرو هستند. مهارت تنظیم هیجان ضعیفی دارند، در موقعیت‌های هیجانی از توصیف کلام خود ناتوان هستند به‌گونه‌ای که نمی‌توانند احساسات درونی خود را بشناسند. همچنین براساس این اظهارات بی‌ثباتی هیجانی ناشی از بی‌ثباتی خلقی و تکانشگری می‌باشد. بیماران شرکت‌کننده دارای نوسانات شدید اخلاقی و عقاید پارانوئیدی هستند که به‌مراتب بی‌ثباتی هیجانی آن‌ها را تشدید می‌کند. تکانشگری در نوع حرکتی و شناختی نیز به دلیل نوسانات شدید هیجانی در این بیماران دیده می‌شود. چراکه ترکیبی از عوامل زیستی، روان‌شناختی، و اجتماعی موجب شده است که آن‌ها برای التیام خود دست به رفتارهای تکانشی بزنند. این نتایج با نتایج رج و همکاران (۲۱)؛ مارکو-سانچز و همکاران (۲۲) و محمود علیلو و همکاران (۲۳) همسو و با نتیجه کاترین ویسپر (۲۵) ناهمسو است. مطالعه رج و همکاران (۲۱) نشان داد که ویژگی‌های تکانشگری با رفتارهای مختلف آسیب‌شناسی مانند سوء مصرف مواد، رفتار آسیب رساندن به خود، مشکلات خوردن یا روابط ناپایدار مرتبط است.

بر اساس اظهارات تجربه‌کنندگان مهارت تنظیم هیجانات در آن‌ها بسیار ضعیف است. به‌گونه‌ای که در بازشناسی هیجان‌های شخصی ناتوان هستند، کنترل ضعیفی بر هیجانات خود دارند و پذیرش و تحمیل هیجانات منفی برای آن‌ها دشوار است. براساس اظهارات شرکت‌کنندگان دلایل ناتوانی در نظم‌دهی به هیجانات عدم آگاهی آن‌ها نسبت به هیجاناتشان است. از این‌رو قادر به تفسیر صحیح هیجانات خود نیستند و از هر مسئله‌ای هرچند بی‌اهمیت فاجعه‌ای می‌سازند. بنابراین افرادی پیش‌بینی‌ناپذیر هستند. ناتوانی در شناسایی و بیان دقیق احساسات می‌تواند بر روابط بین‌فردی، خودتنظیمی هیجانی، و توانایی فرد برای

درخواست کمک یا همدلی از دیگران تأثیر منفی بگذارد. آن‌گونه که از اظهارات تجربه‌کنندگان برمی‌آید، آن‌ها همواره با نشخوار فکری درگیر هستند و خود و دیگران را مقصر می‌دانند. در بیان احساسات خود ناتوان هستند و به‌صورت مداوم در شرایط آشفته از برخوردهای فیزیکی به‌جای نشان دادن هیجانات یا کلامی نمودن آن استفاده می‌کنند.

یکی از ویژگی‌های قابل‌توجه در بیماران دارای اختلال شرایط مرزی، عقاید پارانوئیدی است که بر اساس اظهارات شرکت‌کنندگان به نظر می‌رسد در موقعیت‌های استرس‌زا و یا در رابطه با دیگران بروز می‌یابد. عقاید پارانوئیدی شرکت‌کنندگان به‌صورت بدگمانی، سوءظن، بی‌اعتمادی و رفتار خشونت‌آمیز بروز می‌یافت. اگرچه به نظر می‌رسد این عقاید گذرا و وابسته به شرایط است اما زندگی روزمره و روابط آن‌ها را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. داشتن عقاید پارانوئیدی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی با توجه به خصوصیات شخصیتی آن‌ها، به نظر طبیعی می‌رسد چراکه همواره باور دارند دیگران قصد آسیب رساندن، تحقیر و یا کنترل آن‌ها را دارند. حتی اگر شواهدی برای این ادعاها وجود نداشته باشد.

نتیجه‌گیری

در نتیجه براساس تجزیه و تحلیل اظهارات شرکت‌کنندگان ۱۰ مضمون فرعی مهارت تنظیم هیجان، ناتوانی در توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، آشفتگی در کنش‌های عاطفی و شناختی، نوسانات شدید رفتاری، عقاید پارانوئیدی، تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی، ارتباط بین فردی، ارتباط با خود، ارتباط عاطفی و ۴ مضمون اصلی کنترل هیجانات، بی‌ثباتی خلقی، تکانشگری و کیفیت روابط بیماران استخراج شد. مضامین استخراج شده ابعاد مختلف مشکلات بی‌ثباتی ارتباطی و هیجانی بیماران را در زمینه اختلال شخصیت مرزی آشکار ساختند. از این رو یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی نیاز به توجه ویژه به تنظیم هیجان، بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و مدیریت تکانشگری در مداخلات درمانی این گروه از بیماران است.

پیشنهادها



پیشنهادهای آتی

- استفاده از بازی‌های نقش‌آفرینی برای تمرین موقعیت‌های واقعی و بهبود پاسخ‌های هیجانی

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول «ژاله ارجی» (استاد راهنما: دکتر قاسم نظیری، استاد مشاور: دکتر اعظم داوودی) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز بود که در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۲۳ توسط شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است. بدین وسیله از تمام آزمودنی‌ها و افرادی که صبورانه در انجام این پژوهش همراهی کردند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی بود.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1401.041 ثبت شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در تدوین مقاله سهمی مساوی داشتند.

References:

1. Streit F, Colodro-Conde L, Hall ASM, Witt SH. Genomics of borderline personality disorder. In B. T. Baune (Ed.), Personalized psychiatry (pp. 227–237). Elsevier Academic Press; 2020.
2. Titus CE, DeShong HL. Thought control strategies as predictors of borderline personality disorder and suicide risk. J Affect Disord. 2020;266:349-355.
3. Volkert JM. Towards an HRM model predicting Organizational performance by enhancing innovative work behavior: A Study among Dutch SMEs in the Province of Limburg. Business Leadership Review. 2018;6:1-13
4. Richmond B, Siever LJ, Lippman LG. The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model. Am J Psychiatry. 2020;167:24-39.
5. Davies P, Cooper S, Weaver, T. The prevalence of personality disorder its comorbidity with mental state disorders and its clinical significance in community mental health teams. Soc Psychiat Epidemiol. 2020; 45:453–460.
6. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Zannarini KL, Frankenburg KL, DeLuca ME, Hennen BFS. A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: A pilot study of clinician acceptability. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2018;3(1):10.
8. Mc Grow. The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. Acta pstchiatrca. 2020;102:256-264.



9. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. Borderline Personality Disorder. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023.
10. Mohammadi MR, Shamohammadi M, Salmanian M. The prevalence of borderline personality symptoms in adolescents. *Iran J Psychiatry*. 2014;9(3):147-51.
11. Winsper D, Langstrom N, Andersson G, Enebrink P. Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive psychiatry*. 2016;62:63-70.
12. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024;23(1):4-25.
13. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse Negl*. 2015;39:147-55.
14. Ghafarian H, Khayatan F. The Effect of Teaching compassion focused on Affect Control amongst High School Female Students. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2020;17(39):214-193. [Persian]
15. Mahmoodinia S, Andalib M. Effect of Aggression Replacement training On Affective Control And Its Subscales In Delinquent Adolescents In Tehran's Correction And Rehabilitation Center. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2021;16(63):129-141. [Persian]
16. D'Aurizio G, Di Stefano R, Socci V, Rossi A, Barlattani T, Pacitti F, Rossi R. The role of emotional instability in borderline personality disorder: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22(1):9.
17. Mneimne M, Fleson W, Arnold EM, Furr RM. Differentiating the everyday emotion dynamics of borderline personality disorder from major depressive disorder and bipolar disorder. *Personal Disord*. 2018;9(2):192-196.
18. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Mehrabi HA. The structural model of relationship between child maltreatment, interpersonal skills and borderline personality traits in women population. *Journal of Woman and Family Studies*, 2018;6(2):5-24. [Persian]
19. Lazarus SA, Cheavens JS, Festa F, Rosenthal MZ. Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*. 2014;34:193-205.
20. Howard, K. P., Lazarus, S. A., & Cheavens, J. S. (2022). A longitudinal examination of the reciprocal relationship between borderline personality features and interpersonal relationship quality. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022;13(1):3-11
21. Wrege JS, Busmann M, Meyer AH, Euler S, Lang UE, Walter M. Impulsiveness in borderline personality disorder predicts the long-term outcome of a psychodynamic treatment programme. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2021; 28(3): 633-641.
22. Marco-Sánchez S, Mayoral-Aragón M, Valencia-Agudo F, Roldán-Díaz L, Espliego-Felipe A, Delgado-Lacosta C, Hervás-Torres G. Funcionamiento familiar en adolescentes en riesgo de suicidio con rasgos de personalidad límite: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2020;7(2):50-55.
23. Mahmoud Alilou M, Ghasempour A, Azimi, Akbari E, Fahimi S. The Role of Emotion Regulation Strategies in Predicting Borderline Personality Traits. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2012;6(24), 9-18. [Persian]
24. Smith, J. A., & Shinebourne, P. Interpretative phenomenological analysis. *American Psychological Association*. 2012
25. Catherine Whisper ,c. (2018). Impulsivity in personality disorders: current issues. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 63–68.



Understanding Communicative and Emotional Instability in Patients with Borderline Personality Disorder (A Qualitative Study)

Jaleh Arji¹, Ghasem Naziri^{2*}, Azam Davoodi³

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Type of Article Original Research

Received: 2024/12/26

Accepted: 2025/03/08

***Corresponding Author:**
Ghasem Naziri, Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

TEL: 09187118745

Email: (nazirry@yahoo.com)

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is one of the most common, debilitating, and fatal mental conditions that is associated with serious costs and consequences. The present study was conducted with the aim of identifying and understanding communicative and emotional instability in patients with borderline personality disorder.

Methods: The research method is qualitative and with a phenomenological approach based on the Collaizi method. The statistical population consisted of people with borderline personality disorder who were referred to hospitals in Hamedan, of whom 12 were purposefully selected and interviewed based on the researcher's theoretical saturation.

Results: The results of the analysis of the interviews were 4 main themes: "emotional control", "mood instability", "impulsivity", and "quality of patient relationships" and 10 sub-themes: "emotional regulation skills", "inability to verbally describe personal emotions", "disturbance in emotional and cognitive actions", "paranoid beliefs", "severe behavioral fluctuations", "cognitive impulsivity", "motor impulsivity", "interpersonal communication", "communication with oneself", and "emotional communication".

Conclusion: These themes revealed various aspects of interpersonal and emotional instability in patients within the context of borderline personality disorder. The findings emphasize the need for particular attention to emotion regulation, improving the quality of interpersonal relationships, and managing impulsivity in therapeutic interventions for this patient group.

Keywords: Lived experience, Emotional Instability, Relational Instability

► Please cite this article as: Arji J, Naziri Gh, Davoodi A. Understanding Communicative and Emotional Instability in Patients with Borderline Personality Disorder (A Qualitative Study). J Neyshabur Univ Med Sci 2024;12(1):23-33.