

Efficacy of Emotion Efficacy Therapy on Emotional Reactivity and Self-Harming Behaviors in Individuals with Borderline Personality Disorder

1. Majid Mahmoud Alilou^{*}: Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
2. Touraj Hashemi^{*}: Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
3. Mansour Bayrami^{*}: Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
4. Naimeh Mashinchi Abbasi^{*}: Assistant Professor, Department of Psychology, Postdoctoral Fellow in Cognitive Neuroscience, PhD in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
5. Amir Masoud Nejati^{*}: PhD Student, Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

*Corresponding Author's Email: alilou_647@yahoo.com

Received: 2026-06-01

Revised: 2026-09-06

Accepted: 2026-09-15

Initial Publish: 2026-09-15

Final Publish: 2027-06-22



Abstract

Introduction and Aim: Borderline personality disorder is characterized by emotional instability, heightened emotional reactivity, and self-harming behaviors, with emotion dysregulation representing a major mechanism underlying the persistence of these difficulties. This study aimed to determine the efficacy of Emotion Efficacy Therapy in reducing emotional reactivity and self-harming behaviors among individuals with borderline personality disorder.

Methodology: This study employed a single-case experimental design with asynchronous multiple baselines and continuous assessment. Four patients with borderline personality disorder referred to psychological centers in Tabriz, Iran, in 2026 were selected through purposive sampling according to predefined inclusion and exclusion criteria. Data were collected using the Structured Clinical Interview, Millon Clinical Multiaxial Inventory, Emotion Reactivity Scale, and Self-Harm Inventory. Following baseline assessments, participants entered the intervention sequentially and received eight individual sessions of Emotion Efficacy Therapy. Follow-up assessments were conducted one and two months after treatment. Data were analyzed using visual analysis, the Reliable Change Index (RCI), improvement rate, clinically significant change, and indices of trend and stability.

Findings: Emotion Efficacy Therapy produced clinically significant reductions in self-harming behaviors across all participants. RCI values ranged from 4.94 to 6.44 at post-treatment and from 5.26 to 6.54 at follow-up, while follow-up improvement rates ranged from 57% to 69%. Emotional reactivity also decreased significantly in all participants, with post-treatment RCI values ranging from 4.09 to 6.37 and follow-up values ranging from 4.12 to 6.40; follow-up improvement rates ranged from 53% to 69%. For both outcomes, all RCI values exceeded the 1.96 criterion for reliable change, and the therapeutic gains were maintained through the second follow-up assessment.

Conclusion: Emotion Efficacy Therapy appears effective in reducing emotional reactivity and self-harming behaviors in individuals with borderline personality disorder by strengthening emotional acceptance, distress tolerance, meta-awareness, emotion regulation, and value-consistent responding. The maintenance of improvements during follow-up supports the potential utility of this approach as a complementary intervention for managing emotional and behavioral difficulties associated with borderline personality disorder.

Keywords: Borderline personality disorder, emotional reactivity, self-harming behaviors, Emotion Efficacy Therapy, emotion regulation.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

How to Cite: Mahmoud Alilou, M., Hashemi, T., Bayrami, M., Mashinchi Abbasi, N., & Nejati, A. M. (2027). Efficacy of Emotion Efficacy Therapy on Emotional Reactivity and Self-Harming Behaviors in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(2), 1-21.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Borderline personality disorder (BPD) is a complex and severe mental health condition characterized by pervasive instability in affect regulation, interpersonal relationships, self-image, and behavioral control. Individuals with BPD commonly experience intense fear of abandonment, unstable interpersonal relationships, identity disturbance, impulsivity, recurrent self-harming or suicidal behaviors, chronic feelings of emptiness, intense anger, affective instability, and transient stress-related paranoid or dissociative symptoms (American Psychiatric, 2021). Contemporary conceptualizations emphasize that BPD cannot be understood solely as a collection of behavioral symptoms; rather, it reflects the interaction of biological vulnerability, developmental experiences, attachment difficulties, emotional dysregulation, interpersonal hypersensitivity, and disturbances in the sense of self (Leichsenring et al., 2024; Perrotta, 2022). Trauma and adverse developmental experiences have also been identified as important factors contributing to the emergence and persistence of borderline pathology, particularly through their effects on emotional processing, attachment, self-regulation, and interpersonal functioning (Bozzatello et al., 2021).

One of the central clinical characteristics of BPD is heightened emotional reactivity. Emotional reactivity refers to the extent to which individuals rapidly respond to emotional stimuli, experience emotions with high intensity, and require a prolonged period to return to their emotional baseline. Individuals with BPD often demonstrate greater emotional sensitivity, stronger affective responses, and more persistent negative emotional states than nonclinical populations. Reviews of emotion regulation in BPD indicate that affected individuals rely more heavily on maladaptive regulation strategies and have greater difficulty modifying intense negative affect once it has been activated (Sorgi-Wilson & McCloskey, 2022). Difficulties in emotion regulation are not exclusive to BPD and have been identified as transdiagnostic mechanisms across psychological disorders; nevertheless, their combination with impulsivity and interpersonal sensitivity makes them particularly consequential in borderline pathology (Yap et al., 2018). The reliable assessment of emotional reactivity is therefore important both clinically and experimentally, and the Persian version of the Emotion Reactivity Scale has demonstrated acceptable psychometric characteristics for assessing

sensitivity, intensity, and persistence of emotional responses (Moghbeli Hanzaei et al., 2020).

Self-harming behavior represents another major clinical concern in BPD and is closely related to problems in emotional regulation. Borderline symptoms have repeatedly been associated with suicide-related outcomes and self-injurious behaviors, highlighting the serious clinical risks associated with this disorder (Calati et al., 2022). Self-harm may function as a maladaptive attempt to reduce emotional arousal, escape intolerable internal experiences, interrupt dissociative states, express psychological pain, or restore a temporary sense of control. Recent findings indicate that self-regulation difficulties, emotional symptomatology, and maladaptive coping processes are important correlates of self-harm (López-Martínez et al., 2025). Moreover, specific dimensions of mindfulness and emotion regulation appear to underlie self-harming behavior among individuals with BPD (Natividad et al., 2024). Evidence from different populations further shows that family relationships, mentalization, cognitive emotion regulation, insecure attachment, and childhood trauma may contribute to vulnerability to self-harm (Noroozi Homayoon et al., 2025; Rojas-Velasquez et al., 2020; Salimi, 2021).

These findings have encouraged a shift in treatment from the simple suppression of symptoms toward interventions targeting underlying psychological mechanisms. Structured psychotherapies can produce meaningful improvements in BPD, challenging older assumptions that the disorder is inherently resistant to treatment (Taubner & Volkert, 2019). Interventions targeting mentalization, emotional regulation, and the ability to understand and tolerate internal experiences have also shown promise in reducing self-harm and emotional regulation difficulties among individuals with borderline features (Katani et al., 2026). Similarly, emotion-focused perspectives emphasize that adaptive processing, acceptance, and organization of emotional experiences can improve psychological and interpersonal functioning (Greenman & Johnson, 2021). Evidence from emotion-focused interventions in relational contexts likewise supports the clinical importance of directly addressing affective experiences and maladaptive emotional responses (Beasley & Ager, 2019; Iamni Rad et al., 2021).

Emotion Efficacy Therapy (EET) is particularly relevant in this context because it aims to improve individuals' capacity to experience emotions, tolerate distress, respond flexibly, and behave consistently with personally meaningful values. Rather than

attempting to eliminate unpleasant emotions, EET encourages awareness, mindful acceptance, distress tolerance, emotional exposure, and value-consistent action. These mechanisms are consistent with broader evidence supporting acceptance-based interventions and psychological flexibility across emotional disorders (Gloster et al., 2020). Cognitive emotion regulation strategies have also been associated with improved mental health, suggesting that interventions capable of modifying how individuals process and respond to emotional experiences may have broad therapeutic value (Xue et al., 2023). Empirical studies of Emotion Efficacy Therapy have reported improvements in distress tolerance, experiential avoidance, emotion regulation, self-compassion, self-efficacy, and maladaptive cognitive emotion regulation across different clinical and at-risk populations (Bayrami et al., 2021; Ebrahimi et al., 2021; Najafi et al., 2023). Related acceptance-based interventions have likewise demonstrated beneficial effects on mindfulness and cognitive emotion regulation (Dourandish et al., 2022).

Despite this growing evidence, direct investigation of EET among individuals with BPD, particularly with respect to the simultaneous reduction of emotional reactivity and self-harming behavior, remains limited. Given that emotional reactivity may serve as an important antecedent of impulsive self-injury, an intervention that enhances emotional awareness, acceptance, distress tolerance, and value-based responding may reduce both the internal emotional vulnerability and its harmful behavioral consequences. Accordingly, the present study aimed to determine the efficacy of Emotion Efficacy Therapy in reducing emotional reactivity and self-harming behaviors among individuals with borderline personality disorder.

Methodology

The study employed a single-case experimental design with asynchronous multiple baselines across participants and continuous assessment during baseline, intervention, and follow-up phases. The population consisted of individuals with borderline personality disorder referred to psychological centers in Tabriz, Iran, in 1405. Four participants were selected through purposive sampling after clinical assessment. Eligibility criteria included a diagnosis of borderline personality disorder confirmed through a structured clinical interview conducted by a clinical psychologist, education above high-school diploma level, age between 20 and 50 years, willingness to participate, and written informed consent. Exclusion

criteria included concurrent neurological disorders, depressive disorders, panic disorder, or medical conditions that could better account for the observed symptoms, education below high-school diploma level, concurrent behavioral or cognitive psychotherapy during the intervention, absence from more than two treatment sessions, or failure to cooperate with questionnaire completion and therapeutic assignments.

Data were collected using the Structured Clinical Interview for DSM disorders, the Millon Clinical Multiaxial Inventory, the Emotion Reactivity Scale, and the Self-Harm Inventory. Following participant selection, all four individuals initially entered the baseline phase. They subsequently entered treatment sequentially in randomized order at one-session or one-week intervals, consistent with the logic of a multiple-baseline design. The first participant began treatment after two baseline assessments, while the remaining participants entered the intervention phase sequentially at staggered intervals.

The intervention consisted of eight individual sessions of Emotion Efficacy Therapy. The protocol focused progressively on psychoeducation about emotions, emotional awareness, observing emotions, identifying dysfunctional thoughts, recognizing emotional avoidance, emotion surfing, emotional exposure, mindful acceptance, identifying the choice point between emotional activation and behavioral response, value-based action, mindful coping, relaxation and self-soothing, radical acceptance, replacing maladaptive coping cognitions, attention shifting, and imaginal exposure to real-life emotional situations. The final session included review, feedback, consolidation of therapeutic skills, and post-intervention assessment. Follow-up assessments were conducted one and two months after treatment.

Because of the single-case experimental design, data analysis emphasized within-participant change rather than conventional group-based inferential testing. Visual analysis was used to assess level, trend, variability, and stability across baseline, treatment, and follow-up phases. The Reliable Change Index (RCI), improvement percentages, clinically significant change, trend variability, and treatment efficacy indicators were also calculated. An RCI greater than 1.96 was interpreted as indicating reliable change, while improvement percentages of approximately 50% or greater were considered indicative of clinically desirable improvement.

Findings

All four participants were women aged between 32 and 37 years. Three were single and one was married; two held bachelor's degrees and two held master's degrees. Baseline scores for both outcome variables were highly stable across participants, while introduction of the intervention was accompanied by clear downward changes in level and trend.

For self-harming behaviors, mean baseline scores were 14.5, 14.0, 13.0, and 15.5 for Participants 1 through 4, respectively. During the intervention phase, these means decreased to 7.75, 9.00, 7.75, and 8.75, respectively. When follow-up data were incorporated, the corresponding means declined further to 6.83, 8.00, 6.66, and 8.00. Baseline trend stability was 100% for all four participants. Following introduction of treatment, variability in level and trend emerged in the expected therapeutic direction, indicating a clear change from the stable baseline condition.

Reliable Change Index values for self-harming behaviors were 6.44, 4.94, 5.89, and 5.02 at the end of treatment for Participants 1 through 4, respectively. At follow-up, these values were 6.54, 5.32, 6.12, and 5.26. All values substantially exceeded the 1.96 criterion for reliable change. Improvement percentages at the end of treatment were 64%, 50%, 62%, and 53%, respectively, and at follow-up were 64%, 57%, 69%, and 60%. Thus, reductions in self-harming behaviors were clinically meaningful and generally maintained or strengthened during follow-up.

A similar pattern was obtained for emotional reactivity. Mean baseline scores for Participants 1 through 4 were 51, 55, 56, and 59, respectively. During the intervention, these values declined to 37, 32.75, 33.50, and 43, and when follow-up observations were incorporated they were 37, 28, 29, and 40. Baseline emotional reactivity was 100% stable for all participants, whereas clear changes in level and trend appeared following introduction of the intervention.

Reliable Change Index values for emotional reactivity at the end of intervention were 4.54, 6.37, 5.40, and 4.09 for Participants 1 through 4, respectively. Corresponding follow-up values were 4.55, 6.40, 5.43, and 4.12. Again, every RCI value exceeded 1.96. Improvement percentages at post-treatment were 51%, 64%, 63%, and 64%, respectively, while follow-up improvement percentages were 53%, 69%, 64%, and 66%. Visual analysis, reliable change indices, and improvement percentages therefore converged in

demonstrating clinically meaningful reductions in emotional reactivity.

Overall, both hypotheses were supported. Emotion Efficacy Therapy was associated with marked reductions in self-harming behaviors and emotional reactivity across all four participants, and the therapeutic gains were maintained through the second follow-up assessment.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that Emotion Efficacy Therapy may be an effective intervention for reducing both emotional reactivity and self-harming behavior among individuals with borderline personality disorder. The consistency of change across all four participants, the stability of baseline data, the emergence of downward trends after the staggered introduction of treatment, the magnitude of Reliable Change Index values, and the maintenance of improvement during follow-up collectively strengthen the interpretation that the observed changes were associated with the intervention.

The reduction in emotional reactivity can be understood in relation to the specific skills taught during treatment. Participants learned to identify emotional experiences more accurately, observe emotions without immediate judgment, tolerate distress, distinguish emotional activation from behavioral response, and engage in value-consistent action. These skills may have increased the interval between emotional arousal and impulsive responding, thereby allowing more flexible regulation of intense affective states. Mindful acceptance and emotion surfing may also have changed participants' relationship with distress by reducing the perceived necessity of immediately controlling, suppressing, or escaping unpleasant emotions.

Emotional exposure may represent another important mechanism. Repeatedly encountering difficult emotions while refraining from maladaptive avoidance can help individuals learn that emotional states are temporary and tolerable. Over time, this process may reduce the intensity and persistence of emotional responses and strengthen confidence in the ability to manage distress. The maintenance of improvement during follow-up suggests that participants may have continued to apply these skills independently after the formal sessions had ended.

The decline in self-harming behaviors may similarly be explained by changes in emotion-regulation capacity. In borderline personality disorder, self-harm may function as an immediate strategy for reducing

unbearable tension, emotional pain, anger, emptiness, or dysregulated arousal. If alternative strategies for tolerating and regulating these experiences become available, the functional need for self-injury may diminish. Distress-tolerance exercises, self-soothing, mindful coping, attention shifting, radical acceptance, and value-based behavioral choices may have provided participants with practical alternatives to self-harming responses during periods of emotional crisis.

The simultaneous improvement in emotional reactivity and self-harming behavior is particularly noteworthy. Although the present design does not allow a formal mediation analysis, the parallel pattern of change is consistent with the possibility that better regulation of emotional activation contributed to reductions in self-harm. In other words, as participants became more capable of identifying, tolerating, and responding adaptively to intense emotional experiences, self-injury may have become less necessary as a short-term regulation strategy.

The persistence of clinically meaningful change at one- and two-month follow-ups further suggests that the intervention generated effects beyond the immediate treatment context. In several participants, improvement percentages were slightly higher during follow-up than at post-treatment, which may indicate continued consolidation and application of learned skills in real-life situations. This pattern is clinically

important because treatment for borderline personality disorder should ideally promote not only symptom reduction during therapy but also autonomous use of adaptive coping strategies after treatment ends.

In conclusion, the present single-case experimental study provides preliminary evidence that Emotion Efficacy Therapy can reduce emotional reactivity and self-harming behaviors in individuals with borderline personality disorder. Across all participants, stable baseline patterns were followed by clinically meaningful improvements after intervention, with Reliable Change Index values consistently exceeding the criterion for reliable change and improvement percentages remaining favorable during follow-up. The findings suggest that strengthening emotional awareness, mindful acceptance, distress tolerance, emotion regulation, exposure to difficult emotional experiences, and value-consistent responding may help individuals with borderline personality disorder manage intense affective states without resorting to harmful behavioral strategies. Although larger controlled studies are required before firm conclusions can be drawn, Emotion Efficacy Therapy appears to be a promising complementary intervention for addressing core emotional and behavioral difficulties associated with borderline personality disorder.

کارآیی درمان متمرکز بر کارآمدی هیجانی بر واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

۱. مجید محمودعلیلو^{۱*}: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. تورج هاشمی^۲: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. منصور بیرامی^۳: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴. نعیمه ماشینچی عباسی^۴: استادیار، گروه روان‌شناسی، پسادکتری علوم اعصاب شناختی، دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز،

تبریز، ایران

۵. امیر مسعود نجاتی^۵: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: alilou_647@yahoo.com

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۴/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۶/۲۴

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۱۱

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال شخصیت مرزی با بی‌ثباتی هیجانی، واکنش‌پذیری شدید و رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه است و نارسایی در تنظیم هیجان یکی از سازوکارهای مهم تداوم این مشکلات محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین کارآیی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر با طرح تجربی مورد منفرد از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان و سنجش پیوسته انجام شد. چهار بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی شهر تبریز در سال ۱۴۰۵ به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ابزارها شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون، مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی و پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان بود. شرکت‌کنندگان پس از مرحله خط پایه به‌صورت پلکانی وارد هشت جلسه درمان انفرادی مبتنی بر پروتکل کارآمدی هیجانی شدند و ارزیابی‌های پیگیری یک و دو ماه پس از مداخله انجام گرفت. داده‌ها با تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی، تغییر بالینی معنادار و شاخص‌های روند و ثبات تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در هر چهار شرکت‌کننده موجب کاهش معنادار رفتارهای خودآسیب‌رسان شد؛ شاخص تغییر پایا در پایان درمان بین ۴۹۴ تا ۶۴۴ و در پیگیری بین ۵۲۶ تا ۶۵۴ بود و درصد بهبودی در پیگیری بین ۵۷٪ تا ۶۹٪ قرار داشت. همچنین، واکنش‌پذیری هیجانی در همه شرکت‌کنندگان به‌طور معناداری کاهش یافت؛ شاخص تغییر پایا در پایان درمان بین ۶۰۹ تا ۶۳۷ و در پیگیری بین ۴۱۲ تا ۶۴۰ بود و درصد بهبودی در پیگیری بین ۵۳٪ تا ۶۹٪ گزارش شد. در هر دو متغیر، شاخص‌های تغییر پایا در تمام شرکت‌کنندگان بالاتر از ۱۹۶ بود و روند بهبود تا دومین پیگیری تداوم یافت.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می‌تواند با تقویت پذیرش هیجانی، تحمل آشفتگی، فراآگاهی، تنظیم هیجان و پاسخ‌دهی مبتنی بر ارزش‌ها، واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاهش دهد. پایداری تغییرات در دوره پیگیری نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله درمانی مکمل برای مدیریت مشکلات هیجانی و رفتاری مرتبط با اختلال شخصیت مرزی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: اختلال شخصیت مرزی، واکنش‌پذیری هیجانی، رفتارهای خودآسیب‌رسان، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، تنظیم هیجان.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: محمودعلیلو، مجید، هاشمی، تورج، بیرامی، منصور، ماشینچی عباسی، نعیمه، و نجاتی، امیر مسعود. (۱۴۰۶). کارآیی درمان متمرکز بر کارآمدی هیجانی بر واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*. ۵(۲)، ۱-۲۱.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از اختلالات پیچیده و چالش‌برانگیز حوزه سلامت روان است که با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عواطف و کنترل تکانه مشخص می‌شود و می‌تواند موجب اختلال قابل‌توجه در عملکرد فردی، اجتماعی و بین‌فردی شود. براساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افراد مبتلا به این اختلال معمولاً مجموعه‌ای از نشانه‌ها شامل تلاش‌های شدید برای اجتناب از طرد واقعی یا خیالی، روابط بین‌فردی ناپایدار و شدید، آشفتگی هویت، تکانشگری، رفتار یا تهدیدهای مکرر خودکشی و خودآسیب‌رسانی، بی‌ثباتی عاطفی، احساس مزمن پوچی، خشم شدید و گاه نشانه‌های تجزیه‌ای یا افکار شبه‌پارانوئید وابسته به استرس را تجربه می‌کنند (American Psychiatric, 2021). مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که اختلال شخصیت مرزی را نمی‌توان صرفاً به مجموعه‌ای از نشانه‌های رفتاری محدود کرد، بلکه این اختلال حاصل تعامل پیچیده عوامل زیستی، روان‌شناختی، تحولی و بین‌فردی است و مشکلات تنظیم هیجان، حساسیت بین‌فردی، تکانشگری و اختلال در مفهوم خود در هسته بالینی آن قرار دارند (Leichsenring et al., 2024). از این منظر، شدت و مزمن بودن مشکلات هیجانی و رفتاری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به میزان قابل‌توجهی کاهش داده و نیاز به مداخلات درمانی اختصاصی و چندبعدی را افزایش دهد.

در تبیین شکل‌گیری و تداوم اختلال شخصیت مرزی، امروزه بر یک چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی تأکید می‌شود. تجربه آسیب‌های دوران کودکی، روابط دلبستگی ناایمن، بی‌اعتبارسازی هیجانی، عوامل خانوادگی و آسیب‌پذیری‌های زیستی می‌توانند به‌صورت متقابل زمینه را برای ظهور مشکلات تنظیم هیجان و رفتارهای ناسازگارانه فراهم کنند. شواهد نشان می‌دهد که تروما، به‌ویژه در سال‌های نخست زندگی، می‌تواند با ایجاد اختلال در پردازش هیجان، مفهوم خود، اعتماد بین‌فردی و ظرفیت تنظیم حالات درونی، خطر بروز علائم مرزی را افزایش دهد (Bozzatello et al., 2021). در همین راستا، روابط خانوادگی نامطلوب، آسیب‌های دوران کودکی و الگوهای شناختی ناکارآمد تنظیم هیجان نیز با رفتارهای

خودآسیب‌رسان مرتبط شناخته شده‌اند (Noroozi Homayoon et al., 2025). بنابراین، رفتارهای آشکار بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را می‌توان تا حد زیادی در چارچوب تلاش آنان برای مدیریت تجارب هیجانی شدید، نامطلوب و دشوارفهم تفسیر کرد؛ تلاش‌هایی که هرچند ممکن است در کوتاه‌مدت شدت آشفتگی را کاهش دهند، در بلندمدت به تثبیت آسیب‌شناسی روانی منجر می‌شوند.

یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی، بی‌ثباتی و واکنش‌پذیری شدید هیجانی است. واکنش‌پذیری هیجانی به میزان حساسیت فرد نسبت به محرک‌های هیجانی، شدت پاسخ ایجادشده و مدت زمان لازم برای بازگشت به حالت پایه اشاره دارد. افراد دارای واکنش‌پذیری هیجانی بالا ممکن است در برابر محرک‌هایی که برای دیگران نسبتاً قابل‌کنترل هستند، به‌سرعت برانگیخته شوند، هیجان را با شدت بیشتری تجربه کنند و برای مدت طولانی‌تری تحت تأثیر آن باقی بمانند. مرور مطالعات مربوط به راهبردهای تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که افراد مبتلا در مقایسه با بسیاری از گروه‌های بالینی و غیربالینی، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند و در تعدیل هیجان‌های منفی با دشواری بیشتری مواجه‌اند (Sorgi-Wilson & McCloskey, 2022). از این‌رو، واکنش‌پذیری هیجانی را می‌توان یکی از سازوکارهای مرکزی دانست که از طریق آن بی‌ثباتی خلقی، تکانشگری و رفتارهای بین‌فردی مشکل‌زا در این بیماران تداوم می‌یابد.

سنجش دقیق واکنش‌پذیری هیجانی نیز از آن جهت اهمیت دارد که تغییر در این سازه می‌تواند یکی از شاخص‌های حساس پاسخ به درمان باشد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی نشان داده است که این ابزار قادر است ابعاد مهم حساسیت، شدت و تداوم پاسخ هیجانی را در جمعیت ایرانی با ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبول ارزیابی کند (Moghbeli Hanzaei et al., 2020). در سطح نظری نیز دشواری‌های تنظیم هیجان تنها مختص اختلال شخصیت مرزی نیستند و به‌عنوان فرایندهای فراتشخیصی در طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی مطرح شده‌اند (Yap et al., 2018). این موضوع از یک سو اهمیت تنظیم

هیجان را در آسیب‌شناسی روانی برجسته می‌کند و از سوی دیگر، زمینه نظری مناسبی برای استفاده از درمان‌هایی فراهم می‌سازد که مستقیماً فرایندهای هیجانی را هدف قرار می‌دهند.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای بالینی اختلال در تنظیم و تحمل هیجان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودآسیب‌رسان است. خودآسیب‌رسانی به مجموعه‌ای از رفتارهای عمدی آسیب به بدن اطلاق می‌شود که ممکن است با یا بدون قصد خودکشی رخ دهد و از نظر شدت، فراوانی، انگیزه و شکل بروز بسیار متنوع باشد. ارتباط میان علائم مرزی و پیامدهای مرتبط با خودکشی و خودآسیب‌رسانی از موضوعات مهم پژوهش‌های بالینی است و شواهد نشان می‌دهد که شدت نشانه‌های مرزی با افزایش خطر پیامدهای مرتبط با خودکشی همراه است (Calati et al., 2022). مطالعات انجام‌شده درباره خودآسیب‌رسانی نیز بر نقش متغیرهایی مانند بدتنظیمی هیجان، خودتنظیمی ناکارآمد، نشانه‌های هیجانی و سایر رفتارهای پرخطر تأکید کرده‌اند (López-Martínez et al., 2025). در نتیجه، خودآسیب‌رسانی را نباید صرفاً یک رفتار منفرد در نظر گرفت، بلکه لازم است آن را در بستر کارکردهای تنظیمی، شناختی و بین‌فردی فرد بررسی کرد.

از دیدگاه کارکردی، بسیاری از رفتارهای خودآسیب‌رسان در پاسخ به تجربه هیجان‌های منفی شدید رخ می‌دهند. فرد ممکن است از این رفتارها برای کاهش موقت تنش، فرار از هیجان‌های تحمل‌ناپذیر، قطع حالت‌های تجزیه‌ای، ابراز درد روان‌شناختی یا بازیابی احساس کنترل استفاده کند. مطالعات انجام‌شده درباره افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داده‌اند که جنبه‌های خاص ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان با خودآسیب‌رسانی ارتباط دارند و نقص در این توانایی‌ها می‌تواند احتمال استفاده از راهبردهای رفتاری آسیب‌زا برای مدیریت آشفتگی را افزایش دهد (Natividad et al., 2024). همچنین پژوهش‌های انجام‌شده درباره خودآسیب‌رسانی در گروه‌های مختلف نوجوانان و جوانان، بر اهمیت عوامل هیجانی، اجتماعی و زمینه‌ای در فهم این رفتار تأکید کرده‌اند (Rojas-Velasquez et al., 2020). در مطالعات داخلی نیز تجربه خودآسیب‌رسانی در ارتباط با وضعیت ذهنی‌سازی و روابط خانوادگی بررسی شده و یافته‌ها اهمیت زمینه‌های هیجانی و رابطه‌ای را در بروز و تداوم این رفتارها نشان

داده‌اند (Salimi, 2021). بنابراین، مداخله‌ای که بتواند توانایی فرد را برای تحمل، پذیرش، فهم و تنظیم تجربه‌های هیجانی افزایش دهد، ممکن است به کاهش نیاز به خودآسیب‌رسانی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد منجر شود.

بر همین اساس، درمان اختلال شخصیت مرزی طی سال‌های اخیر از تمرکز صرف بر کاهش علائم به سمت مداخلاتی حرکت کرده است که فرایندهای زیربنایی آسیب‌شناسی، از جمله تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی، تحمل‌پذیری و الگوهای روابط بین‌فردی را هدف قرار می‌دهند. رویکردهای روان‌درمانی شواهدمحور نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌توانند از درمان‌های ساختاریافته و هدفمند سود ببرند و این اختلال برخلاف نگرش‌های قدیمی، یک وضعیت درمان‌ناپذیر محسوب نمی‌شود (Taubner & Volkert, 2019). در همین راستا، نتایج جدید درباره مداخلات روانی-آموزشی مبتنی بر ذهنی‌سازی نشان داده است که هدف قرار دادن ظرفیت درک حالات ذهنی، دشواری تنظیم هیجان و رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای رفتار خودآسیب‌رسان مفید باشد (Katani et al., 2026). همچنین، رویکردهای هیجان‌محور و رابطه‌محور بر این اصل استوارند که تجربه و پردازش سازگاران هیجان می‌تواند به ارتقای امنیت رابطه‌ای و سلامت روان‌شناختی کمک کند (Greenman & Johnson, 2021). شواهد مربوط به مداخلات هیجان‌محور در سایر حوزه‌های روابط بین‌فردی نیز از اهمیت کار مستقیم با هیجان و الگوهای ارتباطی حمایت کرده‌اند (Beasley & Ager, 2019; Iamni & Rad et al., 2021).

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی یکی از رویکردهایی است که به‌طور مشخص بر افزایش توانایی فرد برای مواجهه مؤثر با هیجان‌ها تمرکز دارد. مفهوم کارآمدی هیجانی به توانایی تجربه کردن هیجان، پذیرش آن، انتخاب پاسخ سازگاران و حرکت در جهت رفتارهای همسو با ارزش‌ها اشاره دارد. در این رویکرد، هدف لزوماً حذف یا سرکوب هیجان‌های منفی نیست، بلکه فرد می‌آموزد تجربه هیجانی را بدون اجتناب افراطی تحمل کند، آن را با آگاهی بیشتری مشاهده کند و به‌جای واکنش‌های تکانشی یا خودآسیب‌رسان، پاسخ‌هایی انعطاف‌پذیرتر و هدفمندتر انتخاب نماید. چنین منطقی با یافته‌های

حوزه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز هماهنگ است؛ مرور فراتحلیل‌ها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتار همسو با ارزش‌ها از پشتوانه تجربی قابل‌توجهی در طیف متنوعی از مشکلات روان‌شناختی برخوردارند (Gloster et al., 2020). همچنین، پژوهش‌های مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده‌اند که مداخله بر فرایندهایی مانند تنظیم شناختی هیجان، ذهن‌آگاهی و خودشفقتی می‌تواند به بهبود عملکرد روان‌شناختی در افراد دارای مشکلات هیجانی کمک کند (Dourandish et al., 2022).

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با ترکیب مؤلفه‌هایی نظیر آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه، تحمل آشفتگی، مواجهه با هیجان، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله مؤثر، می‌تواند به‌طور بالقوه چند سازوکار کلیدی اختلال شخصیت مرزی را به‌صورت همزمان هدف قرار دهد. در این رویکرد، به‌جای اینکه فرد از هیجان اجتناب کند یا برای رهایی فوری از آن به رفتارهای تکانشی متوسل شود، می‌آموزد هیجان را به‌عنوان یک تجربه گذرا شناسایی کند، شدت آن را تحمل نماید و فرصت انتخاب میان برانگیختگی و پاسخ رفتاری را افزایش دهد. نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در ارتقای سلامت روان نیز در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته و نشان داده شده است که چگونگی پردازش و تنظیم شناختی هیجان می‌تواند از مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم با پیامدهای سلامت روان ارتباط داشته باشد (Xue et al., 2023). ازاین‌رو، آموزش مهارت‌های تنظیمی و افزایش فاصله میان تجربه هیجان و پاسخ تکانشی می‌تواند برای بیماران مرزی که در موقعیت‌های هیجانی شدید مستعد رفتارهای آسیب‌زا هستند، اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.

شواهد تجربی موجود درباره درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، هرچند هنوز در مقایسه با برخی درمان‌های شناخته‌شده محدودتر است، نتایج امیدبخشی را نشان داده است. در یک مطالعه، درمان کارآمدی هیجانی موجب بهبود تحمل پریشانی و کاهش برخی فرایندهای شناختی ناکارآمد، از جمله عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌ای، در افراد دارای اضطراب شد (Ebrahimi et al., 2021). در مطالعه‌ای دیگر، این درمان در بهبود تنظیم هیجان، خودشفقتی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مؤثر گزارش شد (Najafi et al., 2023). همچنین، کاربرد درمان کارآمدی هیجانی در دانشجویان دارای وابستگی به اینترنت با بهبود راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و کاهش مشکلات مرتبط همراه بوده است (Bayrami et al., 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان کارآمدی هیجانی از ظرفیت فراتشخیصی برخوردار است و می‌تواند سازوکارهایی مانند اجتناب هیجانی، تحمل پایین پریشانی، تنظیم ناکارآمد هیجان و پاسخ‌های تکانشی را هدف قرار دهد؛ سازوکارهایی که در اختلال شخصیت مرزی نیز نقش محوری دارند.

با وجود پیشرفت‌های درمانی، اختلال شخصیت مرزی همچنان یکی از دشوارترین وضعیت‌های بالینی از نظر خطر خودآسیب‌رسانی، نوسان هیجانی و حفظ مشارکت درمانی محسوب می‌شود. ویژگی‌های بالینی این اختلال و تنوع تظاهر آن سبب شده است که انتخاب مداخله مناسب نیازمند توجه به فرایندهای مرکزی هر بیمار باشد (Perrotta, 2022). واکنش‌پذیری شدید هیجانی، تکانشگری و نوسان سریع حالات عاطفی می‌تواند موجب شود فرد در هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌زا فرصت اندکی برای استفاده از راهبردهای سازگارانه داشته باشد؛ در چنین شرایطی، رفتارهای خودآسیب‌رسان ممکن است به یک پاسخ سریع و آموخته‌شده برای مدیریت آشفتگی تبدیل شوند. ازاین‌رو، رویکردی که به‌صورت نظام‌مند توانایی مشاهده هیجان، پذیرش تجربه درونی، تحمل پریشانی و انتخاب پاسخ مبتنی بر ارزش را آموزش دهد، از نظر نظری تناسب بالایی با نیازهای این بیماران دارد. افزون بر این، ارزیابی اثر چنین مداخلاتی صرفاً براساس تفاوت میانگین‌های گروهی ممکن است تغییرات فردی مهم را پنهان کند؛ ازاین‌رو، در طرح‌های مورد منفرد استفاده از شاخص‌های تغییر فردی و بالینی اهمیت زیادی دارد و شاخص‌های تغییر می‌توانند اطلاعات دقیق‌تری درباره معناداری تغییر هر فرد فراهم سازند (Peipert et al., 2023).

با وجود شواهد موجود درباره نقش تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی و نتایج مثبت درمان کارآمدی هیجانی در برخی اختلالات و مشکلات روان‌شناختی، پژوهش مستقیم درباره کارایی این درمان در کاهش همزمان واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همچنان محدود است. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که رفتارهای

ابزارهای پژوهش یا انجام تکالیف درمانی بود. شرکت‌کنندگان پس از انتخاب، به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و سپس به ترتیب تصادفی و با فاصله یک جلسه یا یک هفته، به‌صورت پلکانی وارد مرحله مداخله شدند؛ به این ترتیب، شرکت‌کننده نخست پس از دو نوبت سنجش خط پایه از هفته سوم درمان را آغاز کرد و ورود سایر شرکت‌کنندگان نیز با فاصله یک جلسه از یکدیگر انجام شد. پیش از شروع مداخله، جلسه‌ای توجیهی برای تشریح اهداف، شیوه اجرا و پاسخ به پرسش‌های شرکت‌کنندگان برگزار شد و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، فرایند درمان آغاز گردید. ارزیابی‌های پیگیری نیز یک و دو ماه پس از پایان مداخله انجام شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM یا SCID به‌منظور بررسی و تأیید تشخیص بالینی شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. این مصاحبه نخستین‌بار توسط فرست و همکاران در سال ۱۹۹۷ براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی شد و نسخه‌های بازنگری‌شده آن براساس ملاک‌های DSM-5 در محیط‌های بالینی و پژوهشی به کار می‌روند. این ابزار دارای نسخه بالینی، نسخه پژوهشی و نسخه ویژه کارآزمایی‌های بالینی است و در مطالعه حاضر از آن برای استانداردسازی فرایند تشخیص و تأیید وجود اختلال شخصیت مرزی استفاده شد. اجرای نسخه پژوهشی SCID معمولاً بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه زمان می‌برد. در مطالعات پیشین، ترن و اسمیت ضریب کاپای ۰.۶۰ را برای پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش کرده‌اند و بختیاری نیز در جمعیت ایرانی، پایایی ۰.۹۵ را با استفاده از آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی با فاصله یک هفته گزارش کرده است؛ از این رو، این ابزار از قابلیت قابل قبولی برای تشخیص‌گذاری بالینی و استفاده در پژوهش برخوردار است.

پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون یا MCMI توسط میلون در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است و برای ارزیابی الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار شامل ۱۶۵ گویه با پاسخ‌های دو گزینه‌ای بلی و خیر است و ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را مورد سنجش قرار می‌دهد که یکی از خرده‌مقیاس‌های آن به اختلال شخصیت مرزی اختصاص دارد. نمره‌گذاری گویه‌های این مقیاس در دامنه صفر تا دو انجام می‌شود. روایی خرده‌مقیاس‌های بالینی این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی

خودآسیب‌رسان از پرخطرترین پیامدهای بالینی این اختلال محسوب می‌شوند و واکنش‌پذیری هیجانی نیز یکی از فرایندهای مهم زمینه‌ساز و تداوم‌بخش این رفتارها است. بنابراین، بررسی یک مداخله فراتشخیصی که مستقیماً مهارت‌های پذیرش، تحمل‌پذیری، تنظیم هیجان، آگاهی هیجانی و پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند هم از نظر توسعه دانش نظری درباره سازوکارهای تغییر و هم از نظر کاربردهای بالینی دارای اهمیت باشد؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین کارایی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با توجه به هدف مطالعه و ماهیت متغیرهای مورد بررسی، با استفاده از طرح تجربی مورد منفرد یا **Single-Case Experimental Design** از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان در بین شرکت‌کنندگان و با سنجش پیوسته انجام شد. در این طرح، تغییرات هر شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری به‌صورت مکرر ارزیابی شد تا امکان بررسی روند تغییرات درون‌فردی و مقایسه الگوی پاسخ به درمان در میان شرکت‌کنندگان فراهم شود. جامعه پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی شهر تبریز در سال ۱۴۰۵ بود. از میان افراد واجد شرایط، چهار بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به روش نمونه‌گیری هدفمند و پس از انجام ارزیابی تشخیصی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روان‌شناس بالینی، داشتن تحصیلات بالاتر از دیپلم، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تمایل به شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل وجود همزمان بیماری‌های نورولوژیک، اختلال افسردگی، اختلال پانیک یا بیماری طبی براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 در شرایطی بود که اختلال همزمان توضیح مناسب‌تری برای نشانه‌ها یا نارسایی‌های موجود فراهم کند، داشتن تحصیلات کمتر از دیپلم، دریافت همزمان هر نوع مداخله رفتاری یا شناختی در طول دوره درمان، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تداوم همکاری در تکمیل

اکتشافی و تأییدی مورد تأیید قرار گرفته و ضرایب پایایی آن از طریق همسانی درونی و بازآزمایی با فاصله پنج تا شش روز در دامنه ۰.۷۸ تا ۰.۸۸ گزارش شده است. در مطالعات ایرانی نیز خواجه موگهی ضرایب پایایی بازآزمایی را در دامنه ۰.۷۸ تا ۰.۸۶ و شریفی همبستگی نمرات خام اجرای نخست و بازآزمایی را در دامنه ۰.۸۲ تا ۰.۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، این مقیاس به‌عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی الگوهای بالینی شخصیت و تأیید ویژگی‌های مرتبط با اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی توسط ناک و همکاران در سال ۲۰۰۸ طراحی شده و یک ابزار خودگزارشی برای ارزیابی حساسیت، شدت و تداوم تجربه‌های هیجانی است. این مقیاس شامل ۲۱ گویه است که در یک طیف پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کل آن از صفر تا ۸۴ متغیر است؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده واکنش‌پذیری هیجانی بیشتر هستند. ساختار عاملی این ابزار سه مؤلفه حساسیت هیجانی، شدت هیجان و تداوم هیجان را دربر می‌گیرد. در مطالعه ناک و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های حساسیت، شدت و تداوم به‌ترتیب ۰.۸۸، ۰.۶۶ و ۰.۸۱ گزارش شده است. همچنین، در مطالعه قبلی هنزایی و همکاران، ضریب همسانی درونی نسخه فارسی ۰.۹۲ و پایایی آزمون-بازآزمون ۰.۷۲ گزارش شد و روایی همگرایی آن با اضطراب سلامت و حساسیت اضطرابی به‌ترتیب ۰.۳۳ و ۰.۴۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر، نمرات این مقیاس در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری به‌عنوان شاخص اصلی تغییرات واکنش‌پذیری هیجانی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان سانسون یا SHI توسط سانسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ طراحی شده و برای سنجش طیف متنوعی از رفتارهای خودآسیب‌رسان، از جمله اقدام به خودکشی، مصرف مواد، بریدن عمدی خود و سوزاندن عمدی خود، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار دارای ۲۲ گویه با پاسخ‌های بله و خیر است و دامنه نمرات آن بین صفر تا ۲۲ قرار دارد. نقطه برش پیشنهادی این پرسشنامه نمره پنج است و براساس گزارش اولیه سازندگان، افراد دارای نمره پنج یا بیشتر با احتمال بالایی دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی هستند. در مطالعه سانسون و همکاران، ضریب آلفای

کرونباخ ۰.۸۴ گزارش شد و ویلکینسون و همکاران نیز روایی همگرایی ۰.۶۶ را با پرسشنامه خودتخریبی گزارش کردند. در ایران، طاهباز حسین‌زاده و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۴ و روایی همگرایی مناسب را برای این ابزار گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر، نمرات SHI در مراحل مختلف طرح برای بررسی تغییرات رفتارهای خودآسیب‌رسان در پاسخ به مداخله درمانی مورد استفاده قرار گرفت.

مداخله پژوهش مبتنی بر برنامه درمان کارآمدی هیجانی مک‌کی و وست بود که محتوای آن با استفاده از نسخه مورد استفاده محمدخانی و همکاران و پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید متخصصان تنظیم شد. هر یک از چهار شرکت‌کننده هشت جلسه درمان انفرادی دریافت کردند و ورود آنان به مداخله مطابق منطق خط پایه چندگانه، به‌صورت پلکانی و با فاصله یک هفته انجام شد. محتوای جلسات از آموزش و تمرین مهارت‌های پایه تنظیم و پردازش هیجان آغاز شد؛ به‌گونه‌ای که در جلسه نخست، برقراری رابطه درمانی، معرفی برنامه، آموزش روانی درباره هیجان‌ها، افزایش آگاهی هیجانی و تمرین مشاهده هیجان انجام شد. در جلسه دوم، کارکردهای مغز در پردازش هیجان، شناسایی افکار ناکارآمد، مفهوم اجتناب هیجانی، موج‌سواری بر هیجان و مواجهه آموزش داده شد. جلسه سوم به تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه، موج‌سواری بر هیجان با استفاده از استعاره «هیولا در اتوبوس» و شناسایی لحظه انتخاب میان برانگیختگی هیجانی و پاسخ رفتاری اختصاص یافت. در جلسه چهارم، پذیرش ذهن‌آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله ذهن‌آگاهانه با استفاده از فونونی مانند تنفس شکمی، تن‌آرامی بدون تنش، تنفس همراه با کنترل نشانه، تمرین حواس پنجگانه و خودآرام‌سازی آموزش داده شد. در جلسه پنجم، پذیرش ذهن‌آگاهانه، انتخاب رفتار مبتنی بر ارزش‌ها و مواجهه هیجانی تمرین شد. در جلسه ششم، پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و جایگزینی افکار مقابله‌ای سازگارانه با افکار مقابله‌ای ناکارآمد مورد تأکید قرار گرفت. جلسه هفتم شامل تمرین مقابله ذهن‌آگاهانه از طریق توجه‌برگردانی، مواجهه تصویری با موقعیت‌های واقعی و جابه‌جایی توجه از محرک آشفته‌ساز یا هیجان به رفتارهای همسو با ارزش‌ها بود. در جلسه هشتم، بازخورد شرکت‌کنندگان دریافت شد، مشکلات احتمالی بررسی و رفع گردید، محتوای جلسات جمع‌بندی

شد و ارزیابی پس‌آزمون انجام گرفت. تمام مراحل مداخله توسط پژوهشگر اجرا شد و برای بررسی تداوم اثرات درمان، ارزیابی‌های مجدد یک و دو ماه پس از پایان درمان انجام شد.

با توجه به ماهیت طرح تجربی مورد منفرد و تعداد محدود شرکت‌کنندگان، تحلیل داده‌ها بر مبنای روش‌های ویژه **SCED** انجام شد و به‌جای تکیه بر آزمون‌های استنباطی گروهی، الگوی تغییرات درون‌فردی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا، داده‌های هر شرکت‌کننده در طول زمان به‌صورت دیداری و با استفاده از نمودارهای خط روند تحلیل شد تا تغییرات سطح، جهت روند، ثبات، تغییرپذیری و تداوم اثر مداخله مشخص شود. سپس، شاخص تغییر پایا یا **Reliable Change Index** برای تعیین اینکه میزان تغییر مشاهده‌شده فراتر از خطای اندازه‌گیری بوده است یا خیر محاسبه شد؛ در تفسیر این شاخص، مقادیر بزرگ‌تر از ۱.۹۶ به‌عنوان تغییر پایا و معنادار در نظر گرفته شدند. علاوه بر این، درصد بهبودی برای هر شرکت‌کننده در پایان مداخله و مراحل پیگیری محاسبه شد و تغییرات بیش از ۵۰ درصد به‌عنوان نشان‌دهنده بهبود مطلوب در نظر گرفته شد. همچنین، شاخص‌های تغییر بالینی معنادار، روند تغییرپذیری داده‌ها، ثبات تغییرات، تداوم اثر درمان در دوره پیگیری، عمومیت تغییر، میزان پذیرش مداخله و شاخص‌های بررسی کارایی درمان مورد ارزیابی

قرار گرفتند. بر این اساس، اثربخشی مداخله زمانی تأیید شد که تغییرات در جهت مورد انتظار، از نظر دیداری مشخص، از نظر شاخص تغییر پایا معنادار، از نظر درصد بهبودی مطلوب و در دور پیگیری نیز نسبتاً پایدار باشند.

یافته‌ها

در این پژوهش چهار زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شرکت داشتند. شرکت کننده اول ۳۶ ساله، مجرد و دارای تحصیلات کارشناسی، شرکت کننده دوم ۳۲ ساله، مجرد و دارای تحصیلات کارشناسی، شرکت کننده سوم ۳۷ ساله، مجرد و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و شرکت کننده چهارم ۳۴ ساله، متأهل و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بود. بنابراین، دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۳۲ تا ۳۷ سال قرار داشت و از نظر وضعیت تأهل، سه نفر مجرد و یک نفر متأهل بودند؛ همچنین، دو نفر دارای مدرک کارشناسی و دو نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. به منظور بررسی تغییرات ناشی از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در رفتارهای خود آسیب رسان و واکنش پذیری هیجانی، داده‌های حاصل از مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری با استفاده از تحلیل دیداری، بررسی سطح و روند داده‌ها، شاخص ثبات و تغییر پذیری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱. اندازه‌های تغییر رفتارهای خود آسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی در مراحل خط پایه، مداخله و مداخله با احتساب داده‌های پیگیری

[illegible]

واکنش‌پذیری هیجانی	۲	۵۵	۵۵	۲	۴۱.۲۵- ۶۸.۷۵	۳۲.۷۵	۳۳	۳۶	۲۴.۷۵- ۴۱.۲۵	۲۸	۲۴.۵	۳۸	۱۸.۳۷- ۳۰.۶۳
واکنش‌پذیری هیجانی	۳	۵۶	۵۶	۰	۴۲-۷۰	۳۳.۵۰	۳۳	۳۵	۲۴.۷۵- ۴۱.۲۵	۲۹	۲۵.۵	۳۶	۱۹.۱۲- ۳۱.۸۸
واکنش‌پذیری هیجانی	۴	۵۹	۵۹	۲	۴۷.۲- ۷۰.۸	۴۳	۴۳.۵	۲۵	۳۴.۸- ۵۲.۲	۴۰	۳۸	۲۵	۳۱.۴-۴۵.۶

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، با آغاز مداخله در هر چهار شرکت‌کننده، میانگین هر دو متغیر وابسته نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافت. در رفتارهای خودآسیب‌رسان، میانگین شرکت‌کننده اول از ۱۴.۵ در خط پایه به ۷.۷۵ در مداخله و ۶.۸۳ با احتساب داده‌های پیگیری کاهش یافت؛ این مقادیر برای شرکت‌کننده دوم به ترتیب ۱۴، ۹ و ۸، برای شرکت‌کننده سوم ۱۳، ۷.۷۵ و ۶.۶۶ و برای شرکت‌کننده چهارم ۱۵.۵، ۸.۷۵ و ۸ بود. الگوی مشابهی برای واکنش‌پذیری هیجانی مشاهده شد؛ به‌طوری‌که میانگین

شرکت‌کننده اول از ۵۱ به ۳۷، شرکت‌کننده دوم از ۵۵ به ۳۲.۷۵ و سپس ۲۸، شرکت‌کننده سوم از ۵۶ به ۳۳.۵۰ و سپس ۲۹ و شرکت‌کننده چهارم از ۵۹ به ۴۳ و سپس ۴۰ کاهش یافت. در مجموع، کاهش سطح نمرات در مرحله مداخله نسبت به خط پایه و تداوم این کاهش با احتساب داده‌های پیگیری نشان می‌دهد که شروع درمان با تغییر مشخصی در هر دو پیامد همراه بوده و جهت تغییرات در تمامی شرکت‌کنندگان به سمت کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی بوده است.

جدول ۲. تعیین ثبات یا تغییرپذیری روند داده‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی

متغیر	شرکت‌کننده	مرحله خط پایه	مرحله مداخله	مرحله مداخله با احتساب داده‌های پیگیری
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۱	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۶۶.۶۶٪ (متغیر)
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۲	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۶۶.۶۶٪ (متغیر)
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۳	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۵۰٪ (متغیر)
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۴	۱۰۰٪ (بائبات)	۸۳٪ (متغیر)	۶۶.۶۶٪ (متغیر)
واکنش‌پذیری هیجانی	۱	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۵۰٪ (متغیر)
واکنش‌پذیری هیجانی	۲	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۵۰٪ (متغیر)
واکنش‌پذیری هیجانی	۳	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۶۷٪ (ثبات نسبی)
واکنش‌پذیری هیجانی	۴	۱۰۰٪ (بائبات)	۵۰٪ (متغیر)	۵۰٪ (متغیر)

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که روند داده‌ها در مرحله خط پایه برای هر چهار شرکت‌کننده و در هر دو متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی ۱۰۰٪ باثبات بود؛ بنابراین، پیش از شروع درمان نوسان قابل توجهی که بتواند تغییرات بعدی را توضیح دهد مشاهده نشد. پس از شروع مداخله، ثبات خط پایه جای خود را به تغییرپذیری داده‌ها داد؛ به‌طوری‌که در رفتارهای خودآسیب‌رسان، شاخص مرحله مداخله برای سه شرکت‌کننده ۵۰٪ و برای شرکت‌کننده چهارم ۸۳٪ بود و با احتساب پیگیری، مقادیر ۶۶.۶۶٪، ۶۶.۶۶٪، ۵۰٪ و ۶۶.۶۶٪ به دست آمد. در واکنش‌پذیری هیجانی نیز شاخص مرحله مداخله برای تمامی شرکت‌کنندگان ۵۰٪ بود و با احتساب داده‌های پیگیری برای شرکت‌کنندگان اول، دوم و چهارم ۵۰٪ و برای شرکت‌کننده سوم ۶۷٪ با ثبات نسبی گزارش شد. انتقال از خط پایه کاملاً باثبات به الگوی تغییرپذیر پس از آغاز درمان، همراه با جهت نزولی نمرات، مؤید آن است که تغییر سطح و روند داده‌ها همزمان با ورود شرکت‌کنندگان به مداخله رخ داده است.

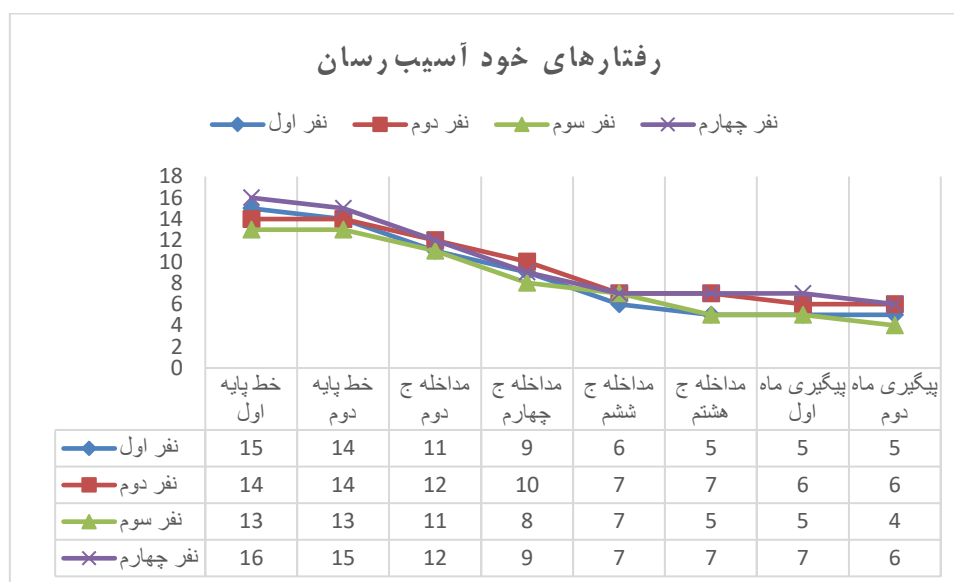
نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که روند داده‌ها در مرحله خط پایه برای هر چهار شرکت‌کننده و در هر دو متغیر رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی ۱۰۰٪ باثبات بود؛ بنابراین، پیش از شروع درمان نوسان قابل توجهی که بتواند تغییرات بعدی را توضیح دهد مشاهده نشد. پس از شروع مداخله، ثبات خط پایه جای خود را به تغییرپذیری داده‌ها داد؛ به‌طوری‌که در رفتارهای خودآسیب‌رسان، شاخص مرحله مداخله برای سه شرکت‌کننده ۵۰٪ و برای شرکت‌کننده چهارم ۸۳٪ بود و با احتساب پیگیری، مقادیر ۶۶.۶۶٪، ۶۶.۶۶٪، ۵۰٪ و ۶۶.۶۶٪ به دست آمد. در واکنش‌پذیری هیجانی نیز شاخص مرحله مداخله برای تمامی شرکت‌کنندگان ۵۰٪ بود و با احتساب پیگیری، مقادیر ۶۶.۶۶٪، ۶۶.۶۶٪، ۵۰٪ و ۶۶.۶۶٪ به دست آمد. در واکنش‌پذیری هیجانی نیز

جدول ۳. شاخص تغییر پایا در رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی

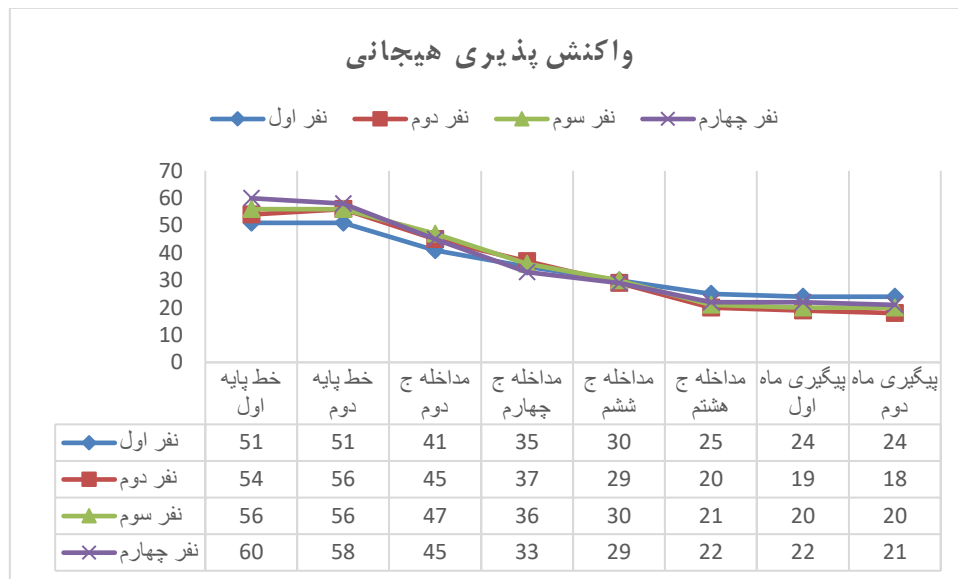
متغیر	شرکت‌کننده	پایان مداخله	پس از پیگیری
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۱	۶.۴۴	۶.۵۴
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۲	۴.۹۴	۵.۳۲
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۳	۵.۸۹	۶.۱۲
رفتارهای خودآسیب‌رسان	۴	۵.۰۲	۵.۲۶
واکنش‌پذیری هیجانی	۱	۴.۵۴	۴.۵۵
واکنش‌پذیری هیجانی	۲	۶.۳۷	۶.۴۰
واکنش‌پذیری هیجانی	۳	۵.۴۰	۵.۴۳
واکنش‌پذیری هیجانی	۴	۴.۰۹	۴.۱۲

می‌دهد تغییرات ایجاد شده صرفاً محدود به پایان مداخله نبوده و پس از اتمام جلسات درمان نیز حفظ شده است. همچنین، براساس درصدهای بهبودی گزارش شده در داده‌های اصلی، بهبودی رفتارهای خودآسیب‌رسان در پایان مداخله برای چهار شرکت‌کننده به ترتیب ۶۴٪، ۵۰٪، ۶۲٪ و ۵۳٪ و در پیگیری ۶۴٪، ۵۷٪، ۶۹٪ و ۶۰٪ بود؛ درصد بهبود واکنش‌پذیری هیجانی نیز در پایان مداخله به ترتیب ۵۱٪، ۶۴٪، ۶۳٪ و ۶۴٪ و در پیگیری ۵۳٪، ۶۹٪، ۶۴٪ و ۶۶٪ گزارش شد که بر مطلوب بودن تغییرات و حفظ آنها در دوره پیگیری دلالت دارد.

براساس نتایج جدول ۳، شاخص تغییر پایا در هر چهار شرکت‌کننده و برای هر دو متغیر در پایان مداخله و مرحله پیگیری بزرگ‌تر از معیار ۱.۹۶ بود که نشان‌دهنده وقوع تغییر پایا و معنادار بالینی است. در رفتارهای خودآسیب‌رسان، مقادیر RCI در پایان مداخله برای شرکت‌کنندگان اول تا چهارم به ترتیب ۶.۴۴، ۴.۹۴، ۵.۸۹ و ۵.۰۲ بود که در مرحله پیگیری به ۶.۵۴، ۵.۳۲، ۶.۱۲ و ۵.۲۶ رسید. در واکنش‌پذیری هیجانی نیز مقادیر RCI در پایان مداخله به ترتیب ۴.۵۴، ۶.۳۷، ۵.۴۰ و ۴.۰۹ و در پیگیری ۴.۵۵، ۶.۴۰، ۵.۴۳ و ۴.۱۲ بود. باقی ماندن تمامی مقادیر بالاتر از ۱.۹۶ در مرحله پیگیری نشان



شکل ۱. روند تغییرات رفتارهای خودآسیب‌رسان شرکت‌کنندگان در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



شکل ۲. روند تغییرات واکنش پذیری هیجانی شرکت کنندگان در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین کارآیی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌ها براساس تحلیل دیداری، تغییر سطح و روند داده‌ها، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در هر چهار شرکت‌کننده با کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی همراه بود و این تغییرات تا مرحله پیگیری دوم استمرار داشت. همان‌گونه که در شکل‌های ۱ و ۲ منعکس شده است، داده‌های هر دو متغیر در مرحله خط پایه از ثبات بالایی برخوردار بودند، اما همزمان با شروع مداخله تغییر مشخصی در سطح و جهت روند ایجاد شد و نمرات به تدریج در مسیر کاهش قرار گرفتند. تغییرات مثبت از جلسات نخست مداخله آغاز شد و در مراحل پیگیری نیز حفظ گردید. تمامی شرکت‌کنندگان فرایند درمان را تا پیگیری دوم ادامه دادند و مقادیر شاخص تغییر پایا برای هر دو متغیر در تمامی موارد بالاتر از ۱.۹۶ باقی ماند. همچنین، درصد بهبودی در پایان مداخله و پیگیری در دامنه مطلوب قرار داشت و در اغلب موارد در مرحله پیگیری نسبت به پایان مداخله حفظ یا افزایش یافت. بنابراین، همگرایی شواهد حاصل از تحلیل دیداری، ثبات خط پایه، تغییر روند پس از ورود به مداخله، شاخص‌های تغییر پایا و درصد بهبودی نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی از کارایی بالینی مطلوبی در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و واکنش‌پذیری هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برخوردار بوده است و هر دو فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند.

را فراهم می‌سازد که تغییر مشاهده‌شده در سطح هر فرد تا چه اندازه از نوسانات ناشی از خطای اندازه‌گیری فراتر رفته است (Peipert et al., 2023).

نخستین یافته اصلی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی موجب کاهش واکنش‌پذیری هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شد. این یافته از نظر نظری با ماهیت آسیب‌شناختی اختلال شخصیت مرزی سازگار است؛ زیرا بی‌ثباتی عاطفی و پاسخ‌دهی شدید و سریع به محرک‌های هیجانی از مؤلفه‌های محوری این اختلال محسوب می‌شوند (American Psychiatric, 2021). بررسی‌های جامع‌تر نیز نشان داده‌اند که تنظیم ناکارآمد هیجان، حساسیت شدید نسبت به محرک‌های بین‌فردی، کندی بازگشت به حالت هیجانی پایه و دشواری در کنترل تکانه‌های ناشی از برانگیختگی عاطفی در ساختار بالینی اختلال شخصیت مرزی جایگاه مرکزی دارند (Leichsenring et al., 2024). همچنین، مرور پژوهش‌های مرتبط با راهبردهای تنظیم هیجان نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مقایسه با بسیاری از گروه‌های دیگر بیشتر از راهبردهای تنظیمی ناسازگارانه استفاده می‌کنند و در مواجهه با هیجان‌های شدید ظرفیت کمتری برای بازتنظیمی مؤثر دارند (Sorgi-Wilson & McCloskey, 2022). بر این اساس، کاهش واکنش‌پذیری هیجانی پس از مداخله حاضر را می‌توان نشانه‌ای از بهبود یکی از فرایندهای زیربنایی اختلال دانست، نه صرفاً کاهش موقتی یک نشانه سطحی.

برای تبیین این یافته می‌توان به ماهیت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی توجه کرد. بخش مهمی از جلسات درمان حاضر بر آگاهی از هیجان، مشاهده بدون قضاوت تجربه هیجانی، پذیرش ذهن آگاهانه، شناسایی فاصله میان برانگیختگی و پاسخ، تحمل آشفتگی، مواجهه هیجانی و انتخاب رفتار مبتنی بر ارزش‌ها متمرکز بود. چنین فرایندی می‌تواند به فرد کمک کند از واکنش خودکار و تکانشی در برابر هیجان فاصله بگیرد و پیش از پاسخ رفتاری، تجربه درونی خود را شناسایی و تنظیم کند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که دشواری‌های تنظیم هیجان دارای ماهیتی فراتشخیصی هستند و به افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی در طیف گسترده‌ای از اختلالات منجر می‌شوند (Yap et al., 2018). از سوی دیگر، راهبردهای

سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌توانند با کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و بهبود سلامت روان ارتباط داشته باشند (Xue et al., 2023). بنابراین، آموزش مکرر مهارت‌های تنظیم هیجان در درمان کارآمدی هیجانی احتمالاً باعث شده است شرکت‌کنندگان بتوانند شدت، تداوم و پیامدهای رفتاری برانگیختگی هیجانی را بهتر مدیریت کنند.

نتیجه به‌دست‌آمده درباره واکنش‌پذیری هیجانی با مطالعاتی که اثر درمان کارآمدی هیجانی را بر متغیرهای مرتبط با تنظیم هیجان بررسی کرده‌اند نیز همسو است. ابراهیمی و همکاران نشان دادند که درمان کارآمدی هیجانی می‌تواند عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌ای را کاهش داده و تحمل پریشانی را افزایش دهد (Ebrahimi et al., 2021). نجفی و همکاران نیز گزارش کردند که این درمان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موجب بهبود تنظیم هیجان، خودشفقتی و خودکارآمدی می‌شود (Najafi et al., 2023). همچنین، یافته‌های بایرامی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با بهبود راهبردهای تنظیم شناختی منفی هیجان همراه است (Bayrami et al., 2021). اگرچه جمعیت‌های مورد بررسی در این مطالعات با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی متفاوت بوده‌اند، همگرایی یافته‌ها نشان می‌دهد که کارآمدی هیجانی می‌تواند از طریق اثرگذاری بر فرایندهای مشترکی مانند اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان عمل کند. این مسئله با دیدگاه فراتشخیصی درمان‌های مبتنی بر پذیرش نیز سازگار است؛ به‌گونه‌ای که شواهد حاصل از مرور فراتحلیل‌ها بر نقش افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربه درونی و رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در بهبود پیامدهای روان‌شناختی تأکید دارد (Gloster et al., 2020). نتایج پژوهش دوران‌دیش و همکاران نیز نشان می‌دهد که کار با پذیرش، ذهن آگاهی و تنظیم شناختی هیجان می‌تواند موجب بهبود فرایندهای هیجانی در افراد دارای اختلالات خلقی شود (Dourandish et al., 2022).

از سوی دیگر، مؤلفه ذهن آگاهی موجود در درمان حاضر ممکن است یکی از سازوکارهای مؤثر در کاهش واکنش‌پذیری هیجانی باشد. فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی معمولاً در مواجهه با هیجان‌های منفی شدید، به‌سرعت از مرحله برانگیختگی به مرحله

پاسخ رفتاری انتقال می‌یابد و فرصت محدودی برای پردازش انعطاف‌پذیر تجربه هیجانی دارد. تمرین مشاهده هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه و توجه به لحظه انتخاب می‌تواند این زنجیره را تعدیل کرده و امکان ایجاد فاصله روان‌شناختی میان هیجان و عمل را فراهم سازد. پژوهش ناتوییداد و همکاران نشان داد که ابعاد ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان با خودآسیب‌رسانی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی ارتباط دارند (Natividad et al., 2024). همچنین، گرینمن و جانسون بر اهمیت تجربه، پردازش و سازمان‌دهی سازگاران هیجان در کار درمانی با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأکید کرده‌اند (Greenman & Johnson, 2021). در نتیجه، کاهش واکنش‌پذیری هیجانی در پژوهش حاضر را می‌توان حاصل افزایش توانایی شرکت‌کنندگان در تحمل حضور هیجان، مشاهده تجربه درونی بدون واکنش فوری و استفاده از پاسخ‌های تنظیمی جایگزین دانست.

دومین یافته اصلی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی موجب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در هر چهار شرکت‌کننده شد و این کاهش در دوره پیگیری نیز حفظ گردید. اهمیت این نتیجه زمانی روشن‌تر می‌شود که رفتارهای خودآسیب‌رسان یکی از جدی‌ترین و پرخطرترین ویژگی‌های بالینی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی هستند. ارتباط میان علائم مرزی و رفتارهای خودآسیب‌رسان یا پیامدهای مرتبط با خودکشی در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است (Calati et al., 2022). همچنین، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که خودآسیب‌رسانی با مشکلات خودتنظیمی، نشانه‌های هیجانی و راهبردهای ناسازگارانه مقابله‌ای ارتباط دارد (López-Martínez et al., 2025). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، رفتار خودآسیب‌رسان اغلب می‌تواند کارکردی تنظیمی داشته باشد؛ به این معنا که فرد در شرایط تجربه هیجان بسیار شدید، پریشانی، خشم، پوچی یا تنش بین‌فردی، از آسیب به خود به‌عنوان روشی سریع برای کاهش یا تغییر تجربه درونی استفاده می‌کند. از این رو، کاهش این رفتارها پس از درمان کارآمدی هیجانی احتمالاً با ایجاد جایگزین‌های تنظیمی مؤثرتر برای مدیریت آشفتگی مرتبط است.

این تبیین با یافته ناتوییداد و همکاران همسو است که نقش تنظیم هیجان و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی را در خودآسیب‌رسانی افراد مبتلا به

اختلال شخصیت مرزی نشان دادند (Natividad et al., 2024). همچنین، نورووزی همایون و همکاران در مدل خودآسیب‌رسانی بر نقش تنظیم شناختی هیجان، آسیب‌های دوران کودکی و دلبستگی ناایمن تأکید کردند (Noroozi Homayoon et al., 2025). سلیمی نیز در بررسی کیفی رفتار خودآسیب‌رسان، اهمیت فرایندهای ذهنی‌سازی و روابط خانوادگی را در شکل‌گیری و تداوم این رفتار مطرح کرده است (Salimi, 2021). افزون بر این، مطالعات مربوط به خودآسیب‌رسانی در گروه‌های مختلف نوجوانان و جوانان نشان داده‌اند که عوامل هیجانی و زمینه‌ای سهم قابل‌توجهی در بروز این رفتار دارند (Rojas-Velasquez et al., 2020). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که رفتار خودآسیب‌رسان را نمی‌توان صرفاً به‌عنوان رفتاری مستقل هدف قرار داد؛ بلکه مداخله بر فرایندهای هیجانی، شناختی و بین‌فردی زمینه‌ساز آن می‌تواند احتمال کاهش پایدارتر رفتار را افزایش دهد.

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در پژوهش حاضر چند مسیر بالقوه برای کاهش رفتار خودآسیب‌رسان فراهم کرد. آموزش تحمل آشفتگی به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند هنگام شدت گرفتن هیجان به‌جای انتخاب رفتار آسیب‌زا، پریشانی را برای مدت کافی تحمل کنند؛ آموزش آگاهی و پذیرش هیجان، نیاز به فرار فوری از تجربه منفی را کاهش می‌دهد؛ عمل مبتنی بر ارزش‌ها گزینه‌های رفتاری سازگاران‌تری در اختیار فرد قرار می‌دهد؛ و تمرین مواجهه با هیجان موجب می‌شود هیجان منفی به‌تدریج کمتر به‌عنوان تجربه‌ای غیرقابل‌تحمل ادراک شود. در این چارچوب، هدف درمان حذف هیجان ناخوشایند نیست، بلکه افزایش ظرفیت فرد برای حضور مؤثر در کنار آن است. این سازوکار با یافته‌های پژوهش‌های مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجان همخوانی دارد (Gloster et al., 2020; Xue et al., 2023). همچنین، مطالعه کاتانی و همکاران نشان داد که مداخله روانی-آموزشی مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند خودآسیب‌رسانی و دشواری تنظیم هیجان را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای رفتار خودآسیب‌رسان کاهش دهد (Katani et al., 2026). همسویی نتیجه آن مطالعه با یافته حاضر از این دیدگاه حمایت می‌کند که تقویت ظرفیت فرد برای پردازش حالات ذهنی و هیجانی می‌تواند نیاز به استفاده از رفتار خودآسیب‌رسان را کاهش دهد.

نتایج حاضر را می‌توان در بستر گسترده‌تر درمان اختلال شخصیت مرزی نیز تفسیر کرد. اگرچه درمان‌های مختلفی برای این اختلال توسعه یافته‌اند، شواهد نشان می‌دهد رویکردهای ساختاریافته‌ای که مستقیماً فرایندهای روان‌شناختی مرکزی را هدف می‌گیرند، می‌توانند به بهبود معنادار علائم منجر شوند (Taubner & Volkert, 2019). اختلال شخصیت مرزی یک وضعیت یکنواخت و تک‌عاملی نیست، بلکه تعامل پیچیده‌ای از آسیب‌پذیری هیجانی، تجربه‌های تحولی، تروما، مشکلات دلبستگی و الگوهای رفتاری ناسازگار در آن نقش دارند (Bozzatello et al., 2021; Perrotta, 2022). درمان کارآمدی هیجانی نیز به‌جای تمرکز انحصاری بر یک علامت، چند فرایند مرتبط را به‌طور همزمان هدف قرار می‌دهد. این ویژگی می‌تواند توضیح دهد که چرا در پژوهش حاضر، هم واکنش‌پذیری هیجانی به‌عنوان یک فرایند درونی و هم رفتار خودآسیب‌رسان به‌عنوان یک پیامد رفتاری کاهش یافتند. به بیان دیگر، ممکن است کاهش رفتار خودآسیب‌رسان تا حدودی پیامد بهبود ظرفیت تنظیم و تحمل هیجان بوده باشد؛ هرچند طرح حاضر برای آزمون مستقیم رابطه میانجی میان این دو متغیر طراحی نشده است.

مؤلفه‌های ارتباطی و هیجان‌محور درمان نیز می‌توانند در تبیین نتایج مورد توجه قرار گیرند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب هیجان‌های شدید خود را در بستر روابط نزدیک تجربه می‌کنند و تعارض‌های بین‌فردی می‌توانند به‌عنوان محرک مهم واکنش‌پذیری یا خودآسیب‌رسانی عمل کنند. مطالعات مرتبط با مداخلات هیجان‌محور نشان داده‌اند که بازسازی تجربه هیجانی و بهبود شیوه پاسخ‌گویی به هیجان می‌تواند بر کیفیت ارتباط و سازگاری فرد اثرگذار باشد (Iamni Rad et al., 2021). شواهد حاصل از درمان‌های هیجان‌محور در روابط نیز از اهمیت کار مستقیم با تجربه عاطفی و الگوهای ارتباطی حمایت می‌کند (Beasley & Ager, 2019). بنابراین، بخش‌هایی از پروتکل حاضر که بر عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله ذهن‌آگاهانه، توجه‌برگردانی و انتخاب پاسخ سازگارانۀ تمرکز داشتند، ممکن است به شرکت‌کنندگان کمک کرده باشند در موقعیت‌های بین‌فردی برانگیزاننده نیز رفتارهای کم‌خطرتر و سازگارانۀ تری انتخاب کنند.

تداوم اثر درمان در پیگیری یک و دو ماهه یکی دیگر از جنبه‌های قابل توجه یافته‌ها بود. در هر دو متغیر، نه تنها شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری همچنان بالاتر از ۱.۹۶ باقی ماند، بلکه درصد بهبودی در بسیاری از شرکت‌کنندگان در پیگیری برابر یا بیشتر از پایان مداخله بود. این الگو ممکن است نشان دهد که مهارت‌های آموخته‌شده صرفاً در حضور درمانگر کاربرد نداشته‌اند و شرکت‌کنندگان توانسته‌اند آنها را پس از پایان درمان نیز در زندگی روزمره به کار گیرند. درمان‌هایی که بر مهارت‌های تنظیمی، خودکارآمدی و پذیرش تجربه تأکید دارند، می‌توانند از طریق افزایش توانایی فرد برای مدیریت مستقل مشکلات، زمینه حفظ تغییرات پس از پایان جلسات را فراهم کنند (Ebrahimi et al., 2021; Najafi et al., 2023). علاوه بر این، نتایج نشان داد تمام شرکت‌کنندگان مراحل درمان و پیگیری را تکمیل کردند که می‌تواند نشانه‌ای از پذیرش‌پذیری مناسب پروتکل در این نمونه باشد. بااین‌حال، با توجه به ماهیت مورد مفرد مطالعه، این یافته باید در مطالعات گسترده‌تر و با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر مورد آزمون قرار گیرد.

در مجموع، همگرایی شواهد حاصل از تحلیل دیداری، تغییر سطح و روند، شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و تداوم تغییر در پیگیری نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می‌تواند برای کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد. یافته‌ها با دیدگاهی سازگارند که تنظیم هیجان را یکی از اهداف اصلی مداخله در این اختلال می‌داند (Leichsenring et al., 2024; Sorgi-Wilson & McCloskey, 2022). همچنین، همسویی نتایج با مطالعات مربوط به کارآمدی هیجانی، ذهن‌آگاهی، پذیرش و مداخلات فرایندمحور نشان می‌دهد که افزایش توانایی فرد برای تجربه، پذیرش و تنظیم هیجان و جایگزین کردن پاسخ‌های مبتنی بر ارزش به‌جای واکنش‌های تکانشی ممکن است یکی از مسیرهای مهم تغییر درمانی باشد (Bayrami et al., 2021; Greenman & Johnson, 2021). با توجه به اینکه ویژگی‌های بالینی اختلال شخصیت مرزی و رفتارهای خودآسیب‌رسان با خطر و پیچیدگی بالینی قابل توجهی همراه هستند، نتایج حاضر شواهد اولیه‌ای در حمایت از کاربرد درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در این جمعیت فراهم می‌کند، اما برای نتیجه‌گیری

قطعی درباره اثربخشی و سازوکارهای آن به پژوهش‌های کنترل‌شده‌تر نیاز است.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، به دلیل ماهیت طرح تجربی مورد منفرد، تنها چهار شرکت‌کننده در پژوهش حضور داشتند و هر چهار نفر زن بودند؛ بنابراین، تعمیم نتایج به همه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، به‌ویژه مردان، گروه‌های سنی مختلف و افراد دارای شدت‌های متفاوت اختلال، باید با احتیاط انجام شود. دوم، شرکت‌کنندگان از مراکز روان‌شناسی یک شهر انتخاب شدند و نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام گرفت که می‌تواند دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. سوم، سنجش واکنش‌پذیری هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان عمدتاً بر ابزارهای خودگزارشی استوار بود و احتمال سوگیری پاسخ، فراموشی، کم‌گزارشی رفتارهای حساس یا پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی وجود دارد. چهارم، تفاوت‌های فردی در سابقه خودآسیب‌رسانی، شدت علائم مرزی، تجارب آسیب‌زای گذشته، میزان حمایت اجتماعی، روابط خانوادگی و رخدادهای تنش‌زای زندگی به‌طور کامل قابل کنترل نبودند. همچنین، دوره پیگیری به یک و دو ماه محدود بود و بنابراین نمی‌توان درباره پایداری بلندمدت آثار مداخله با قطعیت اظهار نظر کرد. نبود گروه مقایسه فعال و عدم مقایسه مستقیم این درمان با مداخلات تثبیت‌شده دیگر برای اختلال شخصیت مرزی نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده کارآیی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت نشانه‌های اختلال و سابقه خودآسیب‌رسانی بررسی کنند و از طرح‌های آزمایشی تصادفی شده یا طرح‌های مورد منفرد با تعداد موارد بیشتر و تکرار نظام‌مند استفاده شود. مقایسه مستقیم این مداخله با درمان‌هایی مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، طرحواره‌درمانی و درمان‌های مبتنی بر پذیرش می‌تواند جایگاه نسبی درمان کارآمدی هیجانی را روشن‌تر کند. پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک‌ساله در نظر گرفته شوند تا پایداری اثر درمان ارزیابی شود. همچنین، استفاده همزمان از پرسشنامه، مصاحبه بالینی، گزارش درمانگر،

گزارش اعضای خانواده و شاخص‌های رفتاری می‌تواند اعتبار ارزیابی تغییرات را افزایش دهد. بررسی نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده متغیرهایی نظیر تحمل پریشانی، اجتناب تجربه‌ای، ذهن‌آگاهی، تکانشگری، خودشفقتی، دلبستگی، شدت تروما و تنظیم هیجان نیز می‌تواند سازوکارهای دقیق اثر درمان را مشخص سازد. پژوهش‌های کیفی درباره تجربه زیسته بیماران از جلسات درمان و مؤلفه‌هایی که از دید آنان بیشترین نقش را در کنترل بحران‌های هیجانی و خودآسیب‌رسانی دارند نیز می‌تواند اطلاعات تکمیلی ارزشمندی فراهم آورد.

در سطح کاربردی، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان بالینی و درمانگران فعال در مراکز سلامت روان، در ارزیابی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی علاوه بر نشانه‌های تشخیصی متداول، میزان واکنش‌پذیری هیجانی، تحمل پریشانی، راهبردهای تنظیم هیجان و سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان را به‌طور منظم بررسی کنند. مؤلفه‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، از جمله آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه، تحمل آشفتگی، تشخیص لحظه انتخاب، مواجهه هیجانی، خودآرام‌سازی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها، می‌توانند در قالب برنامه‌های درمانی فردی یا به‌عنوان مؤلفه مکمل در برنامه‌های جامع درمان اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گیرند. به‌ویژه برای بیمارانی که در موقعیت‌های بحرانی از رفتار خودآسیب‌رسان به‌عنوان وسیله‌ای برای کاهش سریع تنش استفاده می‌کنند، طراحی برنامه مشخص مدیریت بحران و تمرین پاسخ‌های جایگزین پیش از وقوع بحران اهمیت دارد. آموزش اعضای خانواده درباره ماهیت واکنش‌پذیری هیجانی، نحوه پاسخ‌دهی مناسب به بحران و پرهیز از واکنش‌های بی‌اعتبارساز نیز می‌تواند محیط حمایتی‌تری برای بیمار فراهم کند. همچنین، توصیه می‌شود درمانگران انتقال مهارت‌های آموخته‌شده به موقعیت‌های واقعی زندگی را از طریق تکالیف خانگی، تمرین مستمر، پایش محرک‌های هیجانی و برنامه پیگیری از عود تقویت کنند تا احتمال حفظ دستاوردهای درمانی پس از پایان جلسات افزایش یابد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- American Psychiatric, A. (2021). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed.). American Psychiatric Press. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131>
- Bayrami, M., Hashemi Nosratabad, T., Esmaeilpour, K., & Shiri, A. (2021). Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Internet Dependency and Negative Cognitive Emotion Regulation Strategies among Students Addicted to Internet: A Quasi-Experimental Design. *Studies in Medical Sciences*, 31(12), 927-933. <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-5279-en.html>
- Beasley, C. C., & Ager, R. (2019). Emotionally Focused Couples Therapy: A Systematic Review of Its Effectiveness over the Past 19 Years. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 16(2), 144-159. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Calati, R., Romano, D., Lopez-Castroman, J., Turolla, F., Zimmermann, J., Madeddu, F., & Preti, E. (2022). Borderline Symptoms and Suicide-Related Outcomes: Protocol for a Systematic Review/Meta-Analysis and an Individual Patient Data Meta-Analysis (BONITO Study). *BMJ open*, 12(5), e056492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056492>
- Dourandish, F., Rozban, S., Ebrahimi Meymand, F., & Hashemipour, F. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Cognitive Regulation of Emotion, Mindfulness and Self-Compassion in Patients with Major Depression. *Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV)*, 11(3), 1-31. <http://ijnv.ir/article-1-959-en.html>
- Ebrahimi, M., Shahabizadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, Q. (2021). Determining the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on the Dysfunctional Cognitive System (Intolerance of Uncertainty and Experiential Avoidance) and Distress Tolerance of Anxious Nurses. *Journal of Disability Studies*(11), 81.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The Empirical Status of Acceptance and Commitment Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(181), 192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2021). Emotionally Focused Therapy: Attachment, Connection, and Health of People with Borderline Personality Disorder. *Current opinion in psychology*, 43(146), 150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
- Iamni Rad, A., Golmohammadian, M., Moradi, O., & Godarzi, M. (2021). The Effectiveness of Emotion-Oriented Couple Therapy on Forgiveness and Communication Beliefs of Couples Involved in Marital Infidelity. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 653-665. <http://psychologicalscience.ir/article-1-966-fa.html>
- Katani, A. M., Ebrahimi, M. R., Rahnejat, A. M., Mohammadimehr, M., Barzoki, H. S., & Jamil, L. (2026). Investigating the Efficacy of Mentalization-Based Psychoeducational Intervention on Self-Harm, Difficulty in Emotional Regulation, and Mentalization of Soldiers with Borderline Personality Disorder Who Engage in Self-Harm Behaviors. *Journal of education and health promotion*, 15(1), 105. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1962_24
- 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. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- López-Martínez, L. F., Carretero, E. M., Carrasco, M. A., & Pérez-García, A. M. (2025). Self-Regulation, Emotional Symptomatology, Substance Use, and Social Network Addiction in Adolescent Self-Harm. *Behavioral Sciences*, 15(3), 257. <https://doi.org/10.3390/bs15030257>
- Moghbeli Hanzaei, M., Zanjani, Z., & Omid, A. (2020). Psychometric Properties of the Persian Version of the Emotion Reactivity Scale in Students. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 7(1), 302-312.
- Najafi, M., Sajadian, A., & Manshei, G. R. (2023). Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion, and Self-Efficacy in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 15(2).
- Natividad, A., Huxley, E., Townsend, M. L., Grenyer, B. F., & Pickard, J. A. (2024). What Aspects of Mindfulness and Emotion Regulation Underpin Self-Harm in Individuals with Borderline Personality Disorder? *Journal of Mental Health*, 33(2), 141-149. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2182425>
- Noroozi Homayoon, M., Gohari, F., & Sadri Damirchi, E. (2025). Developing a Self-Harm Model Based on Cognitive Emotion Regulation and Childhood Trauma with the Mediating Role of Insecure Attachment Styles in Students of Ardabil City, Iran: A Descriptive Study. *Practice in Clinical Psychology*, 13(3), 0-0. <https://doi.org/10.32598/jpcp.13.3.1049.1>
- Peipert, J. D., Hays, R. D., & Cella, D. (2023). Likely Change Indexes Improve Estimates of Individual Change on Patient-Reported Outcomes. *Quality of Life Research*, 32(5), 1341-1352. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03200-4>
- Perrotta, G. (2022). Borderline Personality Disorder: Definition, Differential Diagnosis, Clinical Contexts, and Therapeutic Approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment*, 4(1), 43-56. <https://doi.org/10.17352/apt.000020>
- Rojas-Velasquez, D. A., Pluhar, E. I., Burns, P. A., & Burton, E. T. (2020). Nonsuicidal Self-Injury among African American and Hispanic Adolescents and Young Adults: A Systematic

- Review. *Prevention Science*, 1(11).
<https://doi.org/10.1007/s11121-020-01147-x>
- Salimi, H. (2021). Investigating Self-Harm Behavior as Influenced by Mentalization Status and Family Relationships in 14- to 18-Year-Old Female High School Students: A Qualitative Study. *Knowledge and research in applied psychology*, 22(3), 47-61.
<https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.582144.1633>
- Sorgi-Wilson, K., & McCloskey, M. (2022). Emotion Regulation Strategies among Individuals with Borderline Personality Disorder Relative to Other Groups: A Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(5), 1655-1678.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2738>
- Taubner, S., & Volkert, J. (2019). Evidence-Based Psychodynamic Therapies for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. *Clinical psychology in Europe*, 1(2), 1-20. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i2.30639>
- Xue, M., Cong, B., & Ye, Y. (2023). Cognitive Emotion Regulation for Improved Mental Health: A Chain Mediation Study of Chinese High School Students. *Frontiers in psychology*, 13, 1041969.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041969>
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion Regulation Difficulties in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695-709.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.03.002>